

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ACCOUCHER AU QUÉBEC : UNE ENQUÊTE SUR LES EXPÉRIENCES DES FEMMES ET LES VIOLENCES  
OBSTÉTRICALES

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ(E)

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR

LAURIANNE FORTIN-MÉNARD

NOVEMBRE 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

Je remercie vivement toutes les femmes qui ont généreusement participé à mon enquête et l'ont partagée avec d'autres mamans, contribuant ainsi à sa viralité sur Facebook. Je n'aurais jamais pu espérer un tel succès. Votre engagement et votre mobilisation m'ont laissée sans voix. Les témoignages intimes et sincères que vous avez partagés avec moi m'ont touchée droit au cœur et ont renforcé ma détermination à mener à bien ce projet avec passion et dévouement.

Je voudrais transmettre un message spécial aux femmes qui ont vécu des moments difficiles lors de leur accouchement. Je tiens à vous faire part de ma compassion, de mon affection et de ma sollicitude. J'espère sincèrement que vous pourrez guérir de cette épreuve et retrouver paix et confiance. J'espère qu'ensemble nous pourrions mettre fin à cette douloureuse réalité.

Merci à mon amoureux, Olivier, pour son soutien inconditionnel. Merci d'être l'homme fort, rassurant et féministe que tu es.

Merci à ma directrice de recherche, Sylvie Jochems, et ma co-directrice, Maria Nengeh Mensah, qui ont été des mentores exceptionnelles tout au long de mon parcours académique. Merci d'avoir toujours cru en moi et en la pertinence de mon sujet pour la discipline du travail social, même lorsque je doutais de moi-même

Merci à mes amies, mes anciennes camarades de classe et collègues, mes consœurs sages-femmes, qui partagent avec moi cette passion pour le monde de la maternité. Je vous remercie pour le soutien remarquable que vous apportez chaque jour aux femmes, aux familles et aux bébés. En espérant que ce projet contribuera à valoriser votre travail.

Merci à mon papa, Normand, et ma belle-mère, Myriam, pour leur lecture attentive de ce mémoire et leurs conseils bienveillants

Et enfin, un merci tout particulier à mes deux précieuses amies, Julie et Anaïs. Merci d'avoir été à mes côtés tout au long de ce projet, de m'avoir écoutée, encouragée et soutenue dans les moments difficiles. Sans vous, cette aventure aurait été nettement moins amusante. Je me rappellerai toujours des 5@tards, des soirées endiablées, des rires et des cafés latté qui ont ponctué notre parcours de maîtrise. *Cheers* à notre amitié ! Vous allez être de travailleuses sociales formidables !

Avec reconnaissance et gratitude pour toutes les femmes qui ont contribué à ce projet,

Laurianne

## DÉDICACE

As long as birth—metaphorically or literally—remains an experience of passively handing over our minds and our bodies to male authority and technology, other kinds of social change can only minimally change our relationship to ourselves, to power and to the world outside our bodies.

Adrienne Rich  
1986

## AVANT-PROPOS

Le silence de la nuit m'enveloppe, pourtant je suis éveillée. Dans cet instant, les mots se dévoilent enfin, prêts à être couchés sur le papier. Pourquoi ce projet de recherche ? En quoi est-il pertinent ? Pour moi, pour vous, pour les femmes, pour la société ?

Ce mémoire de recherche est le fruit d'un cheminement personnel, académique et professionnel riche en rencontres et en expériences marquantes. Depuis mon plus jeune âge, la maternité a captivé mon imagination, suscitant en moi une curiosité et un émerveillement sans pareil. Ce n'est qu'en entrant au baccalauréat en pratique sage-femme à l'Université du Québec à Trois-Rivières que j'ai pu apprécier pleinement la complexité de cet événement unique dans la vie d'une femme. Ce cursus a profondément bouleversé ma perception du monde, en étant un catalyseur pour mon développement personnel, me transformant de jeune fille candide en adulte critique et sensible aux défis et enjeux que représente la maternité dans notre société. Ainsi, j'ai compris que l'accompagnement des femmes enceintes durant la grossesse et l'accouchement ne se limite pas à des examens médicaux. Il s'agit d'un moment propice à la découverte, l'introspection, et le développement personnel. Les femmes enceintes ont besoin d'une attention particulière sur les plans psychologique, émotionnel, familial et sexuel, car leur équilibre est souvent perturbé durant cette période de transformation. En tant que professionnel-le-s de la santé, accompagnateur-trice-s et intervenant-e-s, nous avons la responsabilité (et le privilège) de guider et de soutenir ces femmes vers quelque chose de beau, de grand, et d'unique.

Tout au long de mes stages et de mes expériences professionnelles, j'ai eu l'occasion d'accompagner des femmes lors de la naissance de leur enfant. J'ai été amenée à intervenir dans trois maisons de naissance sur le territoire québécois, ainsi que dans un organisme communautaire offrant un service de soutien à l'allaitement, et enfin dans un centre hospitalier universitaire à Montréal. Dans chaque contexte, les mêmes préoccupations et inquiétudes chez les femmes : « Suis-je assez forte pour accoucher ? », « Comment faire en sorte que je subisse le moins d'interventions médicales possible ? », « Comment défendre mes souhaits et mes choix auprès de l'équipe médicale ? », « Ai-je le droit d'accoucher autrement que sur le dos ? ». En bref, des femmes qui cherchent à trouver un équilibre entre les attentes de la société et leurs propres ambitions pour leur famille et pour elles-mêmes. Des femmes confrontées à des dilemmes au moment de prendre des décisions et de s'affirmer dans un système où les conventions, les protocoles et les restrictions les amènent souvent à sous-estimer leur propre pouvoir.

Si j'ai choisi de poursuivre des études supérieures en travail social, c'est certainement pour questionner les mécanismes de notre société contemporaine, épinglez ce qui s'avère défectueux, promouvoir un changement social et défendre les droits des femmes. J'aspire à braquer les projecteurs sur les enjeux qui minent nos institutions et à fournir un soutien aux femmes pour instaurer des améliorations concrètes. Dans un élan d'interrogation quant aux circonstances de la mise au monde, j'ai eu envie d'ouvrir un espace de dialogue pour les femmes, de faire entendre leurs voix souvent contraintes au silence. Il est vrai que les mères sont souvent privées de la possibilité de revisiter leur expérience de la naissance avec les professionnel-le-s qui étaient présent-e-s, de partager leurs émotions et leurs critiques. Il est peu probable qu'elles aient l'occasion de croiser à nouveau les praticien-ne-s qui les ont assisté-e-s lors de ce moment crucial. Enfin, lorsqu'elles tentent de partager un mal-être avec leurs proches, la réponse est souvent uniforme : « Ton bébé est en bonne santé et toi aussi, c'est le principal » (Déchalotte, 2017, p.22). Si elles insistent pour partager leurs sentiments, leurs confidences suscitent fréquemment le scepticisme : « Tu exagères », « Ils ont fait ça pour ton bien » (Déchalotte, 2017, p.23). En d'autres termes, certaines femmes se heurtent à l'idée que leur expérience lors de l'accouchement est insignifiante, et qu'il suffit de se réjouir d'avoir donné naissance à un bébé en bonne santé. À mon sens, nous avons tendance à négliger la douleur et les difficultés que peuvent affronter certaines femmes pendant cette période unique et dans les moments qui suivent. Je suis d'avis que leurs points de vue et leurs expériences sont très importants et méritent d'être entendus et pris en considération, et ce, que des difficultés liées à l'accouchement soient partagées par la majorité ou par une minorité. Ignorer ces réalités ne saurait être une option. Par conséquent, j'aspire à ce que nous soyons attentif-ive-s à leurs besoins, à ce qu'elles nous disent, à ce qu'elles souhaitent afin de rendre cette expérience plus belle. Travailleur·euse·s sociaux·ales, psychologues, sociologues, médecins, sages-femmes, infirmier·ère·s, je crois que nous avons tous et toutes intérêt au perfectionnement du soutien et des services que nous leur offrons.

Enfin, il est important de noter que ma conviction personnelle, forgée par mon expérience, me porte à croire fermement aux avantages des savoirs et des pratiques des sages-femmes pour améliorer l'expérience des femmes lors de l'accouchement. Je reconnais ouvertement que cette perspective influencera ma recherche. Mon objectif n'est pas de la masquer, mais plutôt de l'exploiter pour mettre en lumière des facettes peu connues de cette profession, qui pourraient, selon moi, inspirer des améliorations importantes dans la manière dont l'accouchement est pris en charge au Québec.

## NOTES AUX LECTEUR·TRICE·S

Je souhaite prendre le temps de préciser que, pour des raisons de simplification et de lisibilité, dans le cadre de ce mémoire, j'utiliserai le terme « femme » pour désigner la personne qui porte et donne naissance à un enfant, ainsi que d'autres termes féminisés comme « patiente », « cliente », « parturiente » ou « mère ». Ces termes sont les plus courants dans le corpus scientifique et littéraire étudié. Toutefois, je suis pleinement consciente que toutes les personnes qui accouchent ne s'identifient pas comme femmes, qu'il s'agisse de personnes non binaires, trans ou autres, et que toutes les femmes ne possèdent pas le même appareil reproducteur. Je veux donc souligner que l'utilisation de ces termes ne doit pas être considérée comme exclusive ou discriminatoire.

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS .....	II
DÉDICACE.....	III
AVANT-PROPOS .....	IV
NOTES AUX LECTEUR·TRICE·S.....	VI
LISTE DES FIGURES.....	XII
LISTE DES TABLEAUX .....	XIII
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	XV
LEXIQUE.....	XVI
RÉSUMÉ.....	XVIII
ABSTRACT .....	XIX
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE .....	5
1.1 L'EXPÉRIENCE DE L'ACCOUCHEMENT : UN ÉTAT DES CONNAISSANCES.....	5
1.1.1 LES FACTEURS SUSCEPTIBLES D'INFLUENCER L'EXPÉRIENCE DE L'ACCOUCHEMENT.....	7
1.1.1.1 Contexte obstétrical .....	7
1.1.1.2 Facteurs psychologiques.....	9
1.1.1.3 Facteurs relationnels .....	10
1.1.2 LES RÉPERCUSSIONS LIÉES À L'EXPÉRIENCE DE L'ACCOUCHEMENT .....	11
1.1.2.1 Sur le plan individuel .....	11
1.1.2.2 Sur le plan familial et conjugal.....	12
1.1.2.3 Sur le plan institutionnel.....	13
1.1.3 QUELQUES STATISTIQUES SUR L'EXPÉRIENCE DE L'ACCOUCHEMENT .....	13
1.2 EXPÉRIENCES ET PRISES EN CHARGE DE L'ACCOUCHEMENT AU QUÉBEC : DISCOURS ET PRATIQUES DIVERGENTS ET SOUS TENSION .....	14
1.2.1 DISCOURS BIOMÉDICAL SUR LA MÉDICALISATION DE L'ACCOUCHEMENT .....	14
1.2.1.1 Les médecins.....	17
1.2.2 DISCOURS HUMANISTE ET MILITANT POUR UNE EXPÉRIENCE DE NAISSANCE PLUS HUMAINE .....	18

1.2.2.1	Les sages-femmes.....	20
1.2.2.2	Les accompagnantes à la naissance .....	22
1.2.3	DISCOURS CRITIQUE SUR LES PRATIQUES OBSTÉTRICALES OPPRESSIVES .....	23
1.2.4	DISCOURS FÉMINISTES SUR L'APPROPRIATION PATRIARCALE DU CORPS DES FEMMES .....	25
1.2.5	DISCOURS ÉCONOMIQUE ET DE STANDARDISATION DE L'ACCOUCHEMENT .....	26
1.2.6	DISCOURS JURIDIQUE FACE AUX VIOLENCES OBSTÉTRICALES .....	28
1.2.7	DISCOURS ET POSITIONNEMENT DU TRAVAIL SOCIAL SUR L'EXPÉRIENCE DE L'ACCOUCHEMENT .....	29
<b>1.3</b>	<b>QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS .....</b>	<b>30</b>
 <b>CHAPITRE 2 CADRE THÉORIQUE .....</b>		<b>32</b>
<b>2.1</b>	<b>EXPÉRIENCE DES FEMMES ET ÉPISTÉMOLOGIE FÉMINISTE .....</b>	<b>32</b>
2.1.1	L'EXPÉRIENCE DES FEMMES D'UN POINT DE VUE FÉMINISTE.....	33
2.1.2	L'EXPÉRIENCE SOCIALE.....	34
<b>2.2</b>	<b>LES VIOLENCES SPÉCIFIQUES AUX ACCOUCHEMENTS .....</b>	<b>34</b>
2.2.1	LA VIOLENCE INSTITUTIONNELLE .....	35
2.2.2	LA VIOLENCE DE GENRE.....	36
2.2.3	LA VIOLENCE OBSTÉTRICALE.....	37
2.2.3.1	Les caractéristiques de la violence obstétricale .....	40
2.2.3.1.1	Violence obstétricale : le consentement .....	40
2.2.3.1.2	Violence obstétricale : l'agentivité des femmes.....	43
2.2.3.1.3	Violence obstétricale : la dimension subjective de la violence .....	44
<b>2.3</b>	<b>LA JUSTICE REPRODUCTIVE.....</b>	<b>45</b>
 <b>CHAPITRE 3 MÉTHODOLOGIE.....</b>		<b>47</b>
<b>3.1</b>	<b>FONDEMENTS DE LA RECHERCHE .....</b>	<b>47</b>
3.1.1	RECHERCHE FÉMINISTE .....	47
3.1.2	RECHERCHE QUANTITATIVE .....	48
<b>3.2</b>	<b>POPULATION CIBLE .....</b>	<b>49</b>
<b>3.3</b>	<b>L'ENQUÊTE PAR QUESTIONNAIRE EN LIGNE.....</b>	<b>50</b>
<b>3.4</b>	<b>RECRUTEMENT .....</b>	<b>53</b>
<b>3.5</b>	<b>TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNÉES .....</b>	<b>54</b>
<b>3.6</b>	<b>CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES.....</b>	<b>55</b>
3.6.1	LES AVANTAGES DE LA PARTICIPATION À LA RECHERCHE .....	55

3.6.2	LES RISQUES ET LES INCONVÉNIENTS DE LA PARTICIPATION À LA RECHERCHE .....	56
3.6.3	L'ANONYMAT, LA CONFIDENTIALITÉ ET LA PROTECTION DES DONNÉES .....	56
<b>3.7</b>	<b>LIMITES ET BIAIS DE L'ÉTUDE .....</b>	<b>57</b>
<b>CHAPITRE 4 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS .....</b>		<b>60</b>
<b>4.1</b>	<b>L'EXPÉRIENCE DES FEMMES QUANT À L'ACCOUCHEMENT AU QUÉBEC .....</b>	<b>61</b>
4.1.1	PROFIL DES RÉPONDANTES AU SONDAGE .....	61
4.1.2	CONTEXTE ENTOURANT L'EXPÉRIENCE DE L'ACCOUCHEMENT.....	62
4.1.3	VÉCU ÉMOTIONNEL ET RELATION AVEC L'ÉQUIPE MÉDICO-SOIGNANTE LORS DE L'ACCOUCHEMENT .....	66
4.1.4	PERCEPTION GLOBALE DE L'EXPÉRIENCE D'ACCOUCHEMENT PAR LES FEMMES .....	71
<b>4.2</b>	<b>COMPARAISON DES EXPÉRIENCES DE L'ACCOUCHEMENT.....</b>	<b>72</b>
4.2.1	SELON LE PRESTATAIRE DE SOINS EN PRÉSENCE .....	73
4.2.1.1	Profil des groupes de femmes .....	73
4.2.1.2	Perception globale de l'expérience d'accouchement par les femmes.....	73
4.2.1.3	Vécu émotionnel et relation avec l'équipe médico-soignante lors de l'accouchement .....	74
4.2.1.4	Le recours aux interventions obstétricales.....	80
4.2.2	SELON LE LIEU DE L'ACCOUCHEMENT.....	81
4.2.2.1	Profil des groupes de femmes .....	82
4.2.2.2	Perception globale de l'expérience d'accouchement par les femmes.....	82
4.2.2.3	Vécu émotionnel et relation avec l'équipe médico-soignante lors de l'accouchement .....	83
4.2.2.4	Le recours aux interventions obstétricales.....	88
<b>4.3</b>	<b>PISTES D'AMÉLIORATION SOULEVÉES PAR LES RÉPONDANTES.....</b>	<b>88</b>
4.3.1	RESSOURCES UTILISÉES ET APPRÉCIÉES DES FEMMES .....	89
4.3.2	RESSOURCES OU FORMES DE SOUTIEN SOUHAITÉES PAR LES FEMMES.....	90
<b>CHAPITRE 5 DISCUSSION.....</b>		<b>93</b>
<b>5.1</b>	<b>DES CONTEXTES DE PRATIQUE DIFFÉRENTS, DES EXPÉRIENCES D'ACCOUCHEMENT CONTRASTÉES.....</b>	<b>93</b>
<b>5.2</b>	<b>LES DIFFÉRENTES LOGIQUES DISCURSIVES EN JEU LORS DE L'EXPÉRIENCE DE L'ACCOUCHEMENT.....</b>	<b>95</b>
5.2.1	LE DISCOURS BIOMÉDICAL : LA HIÉRARCHIE DES SAVOIRS ET DES POUVOIRS.....	96
5.2.2	LE DISCOURS ÉCONOMIQUE : QUAND L'ÉCONOMIE PRIME SUR L'HUMAIN.....	97
5.2.3	LE DISCOURS JURIDIQUE : OBSTACLE OU LEVIER POUR LE RESPECT DES DROITS DES PATIENTES ? .....	97
5.2.4	LE DISCOURS HUMANISTE : UNE APPROCHE GLOBALE ET PERSONNALISÉE DE LA SANTÉ .....	98
5.2.5	LES RACINES HISTORIQUES ET CULTURELLES DES DISCOURS DE VÉRITÉ.....	98

<b>5.3</b>	<b>L'EXPÉRIENCE DES FEMMES PARTURIENTES À L'ÉPREUVE DES LOGIQUES DE GENRE .....</b>	<b>100</b>
5.3.1	L'INJONCTION À LA PASSIVITÉ.....	100
5.3.2	LA RÉPRESSION DES FEMMES NON CONFORMES : UNE FORME DE VIOLENCE DE GENRE.....	103
5.3.3	LE DANGER QUE REPRÉSENTE LA MÈRE POUR SON ENFANT .....	104
5.3.4	LES IDENTITÉS SEXUÉES INTÉRIORISÉES.....	105
5.3.5	LES MÉDECINS ET LES SAGES-FEMMES : LA GUERRE DES SEXES .....	107
<b>5.4</b>	<b>L'EXPÉRIENCE DE L'ACCOUCHEMENT ET LES LOGIQUES INSTITUTIONNELLES.....</b>	<b>108</b>
5.4.1	LA MISE À NU DE L'INTIMITÉ .....	108
5.4.2	LE RÔLE DE LA MALADE AU SEIN DE L'INSTITUTION HOSPITALIÈRE .....	110
5.4.3	LA SUPÉRIORITÉ DU MÉDECIN : UN CONSENSUS SOCIAL .....	111
5.4.4	L'ACCULTURATION DES MÉDECINS .....	112
<b>5.5</b>	<b>LA JUSTICE REPRODUCTIVE ET LES VIOLENCES OBSTÉTRICALES .....</b>	<b>113</b>
5.5.1	LES VIOLENCES OBSTÉTRICALES, UNE RÉALITÉ.....	113
5.5.1.1	La déshumanisation des soins .....	114
5.5.1.2	La pathologisation des processus naturels.....	114
5.5.1.3	L'absence de consentement.....	116
5.5.2	LES DROITS DES FEMMES.....	116
5.5.2.1	Pouvoir choisir les conditions de son accouchement.....	117
	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>119</b>
	<b>ANNEXE A QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DU VÉCU DE L'ACCOUCHEMENT.....</b>	<b>125</b>
	<b>ANNEXE B QUESTIONNAIRE DIFFUSÉ EN LIGNE.....</b>	<b>129</b>
	<b>ANNEXE C AFFICHE DE RECRUTEMENT .....</b>	<b>143</b>
	<b>ANNEXE D DÉMARCHES DE RECRUTEMENT .....</b>	<b>144</b>
	<b>ANNEXE E CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE .....</b>	<b>145</b>
	<b>ANNEXE F ANALYSES DE KHI CARRÉ .....</b>	<b>146</b>
	<b>ANNEXE G PAGE D'INFORMATIONS ET DE CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION À L'ÉTUDE .....</b>	<b>149</b>
	<b>ANNEXE H VÉCU DES PREMIERS INSTANTS DE LA FEMME AVEC SON NOUVEAU-NÉ .....</b>	<b>152</b>
	<b>ANNEXE I RÉPARTITION DES EXPÉRIENCES D'ACCOUCHEMENT EN FONCTION DU LIEU ET DU PRESTATAIRE DE SOINS .....</b>	<b>155</b>

<b>ANNEXE J COMPOSITION DES GROUPES.....</b>	<b>156</b>
<b>ANNEXE K ANALYSES COMPARATIVES DE LA PERCEPTION GLOBALE DES FEMMES DE LEUR EXPÉRIENCE DE L'ACCOUCHEMENT .....</b>	<b>161</b>
<b>ANNEXE L LES DROITS DES FEMMES DURANT LA PÉRIODE PÉRINATALE .....</b>	<b>163</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>165</b>

## LISTE DES FIGURES

Figure 4.1 Perception globale de l'expérience de l'accouchement par les femmes.....	72
Figure I.1 Répartition des accouchements par prestataire de soins.....	155
Figure I.2 Répartition des accouchements par lieu.....	155

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 3.1 Sections du questionnaire utilisé pour l'enquête en ligne.....	53
Tableau 4.1 Profil des répondantes .....	61
Tableau 4.2 Éléments de contexte des expériences d'accouchement recensées .....	63
Tableau 4.3 Données sur le lieu de l'accouchement et le type de prestataire de soins présent .....	66
Tableau 4.4 L'expérience émotionnelle des femmes et la relation avec l'équipe médico-soignante lors de l'accouchement (1).....	67
Tableau 4.5 L'expérience émotionnelle des femmes et la relation avec l'équipe médico-soignante lors de l'accouchement (2).....	70
Tableau 4.6 Perception globale par les femmes de leur expérience de l'accouchement en fonction des prestataires de soins de santé impliqués .....	74
Tableau 4.7 Comparaison de l'expérience émotionnelle des femmes et de leur relation avec l'équipe médico-soignante lors de l'accouchement en fonction des prestataires de soins impliqués (1) .....	75
Tableau 4.8 Comparaison de l'expérience émotionnelle des femmes et de leur relation avec l'équipe médico-soignante lors de l'accouchement en fonction des prestataires de soins impliqués (2) .....	79
Tableau 4.9 Taux d'interventions médicales effectuées lors de l'accouchement par les prestataires de soins de santé présents .....	81
Tableau 4.10 Perception globale par les femmes de leur expérience de l'accouchement selon le lieu de l'accouchement .....	83
Tableau 4.11 Comparaison de l'expérience émotionnelle des femmes et de leur relation avec l'équipe médico-soignante lors de l'accouchement en fonction du lieu de l'accouchement (1) .....	84
Tableau 4.12 Comparaison de l'expérience émotionnelle des femmes et de leur relation avec l'équipe médico-soignante lors de l'accouchement en fonction du lieu de l'accouchement (2) .....	87
Tableau 4.13 Taux d'interventions obstétricales pratiqués lors de l'accouchement selon le lieu de l'accouchement .....	88
Tableau 4.14 Ressources ou soutiens jugés utiles du point de vue des femmes ayant vécu une expérience négative lors de l'accouchement.....	90
Tableau 4.15 Ressources ou soutien que les personnes interrogées auraient appréciés dans le cadre de leur expérience de l'accouchement .....	91

Tableau F.1 Analyse des différences significatives dans les énoncés relatifs à l'expérience émotionnelle de l'accouchement .....	146
Tableau F.2 Analyse des différences significatives dans les énoncés relatifs à l'expérience de l'accouchement et à la relation avec le personnel soignant .....	147
Tableau F.3 Analyse des différences significatives dans l'utilisation des interventions obstétricales .....	148
Tableau H.1 Vécu des premiers instants avec le nouveau-né.....	152
Tableau H.2 Comparaisons des expériences des femmes concernant leurs premiers moments avec leur nouveau-né en fonction des prestataires de soins présents lors de l'accouchement .....	153
Tableau H.3 Comparaisons des expériences des femmes concernant leurs premiers moments avec leur nouveau-né en fonction du lieu de l'accouchement.....	153
Tableau H.4 Analyses des différences significatives dans les énoncés relatifs à l'expérience de la femme dans les premiers moments avec le nouveau-né.....	154
Tableau J.1 Analyse des différences significatives dans la composition des groupes en fonction du prestataire de soins présent lors de l'accouchement .....	156
Tableau J.2 Composition des groupes selon le prestataire de soins impliqué lors de l'accouchement ...	157
Tableau J.3 Résumé des différences significatives dans la composition des groupes en fonction du prestataire de soins présent lors de l'accouchement .....	158
Tableau J.4 Analyses des différences significatives dans la composition des groupes en fonction du lieu d'accouchement .....	158
Tableau J.5 Composition des groupes selon le lieu de l'accouchement .....	159
Tableau J.6 Résumé des différences significatives dans la composition des groupes en fonction du lieu de l'accouchement .....	160
Tableau K.1 Analyse de variance quant à la perception globale des femmes de leur expérience de l'accouchement selon le prestataire de soins impliqué.....	161
Tableau K.2 Comparaisons de la perception globale des femmes à l'égard de leur expérience de l'accouchement selon le prestataire de soins impliqué.....	161
Tableau K.3 Analyse de variance quant à la perception globale des femmes de leur expérience de l'accouchement selon le lieu de l'accouchement.....	162
Tableau K.4 Comparaisons de la perception globale des femmes à l'égard de leur expérience de l'accouchement selon le lieu de l'accouchement.....	162
Tableau L.1 Les droits universels des femmes pendant la période périnatale .....	163

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACTS : Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux  
APA : American Psychiatric Association  
AQAN : Association québécoise des accompagnantes à la naissance  
ASPC : Agence de la santé publique du Canada  
CIANE : Collectif Interassociatif Autour de la Naissance  
CERPÉ : Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants  
CMQ : Collège des médecins du Québec  
CPSSF : Coalition pour la pratique sage-femme  
CSN : Confédération des syndicats nationaux  
DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Quatrième édition  
EEM : Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité  
HAS : Haute Autorité de Santé  
HCE : Haut Conseil à l'Égalité  
IASSW : Association internationale des écoles de travail social  
INSPQ : Institut national de santé publique du Québec  
ISQ : Institut de la statistique du Québec  
MFDP : Médecine fondée sur des données probantes  
MSSS : ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec  
NGP : Nouvelle Gestion Publique  
OBYN : Obstétrique-gynécologie ou obstétricien·ne-gynécologue  
OMS : Organisation mondiale de la Santé  
OSFQ : Ordre des sages-femmes du Québec  
RNR : Regroupement Naissances Respectées. Autrefois Regroupement Naissance-Renaissance  
RSSS : Réseau de la santé et des services sociaux  
SCAD : Service de consultation statistique pour le traitement et l'analyse des données de l'UQAM  
SPSS : Statistical Package for the Social Sciences  
SSPT : Syndrome de stress post-traumatique  
VO : Violence obstétricale  
VOG : Violence gynécologique et obstétricale

## LEXIQUE

Accouchement non assisté : On parle d'accouchement non assisté lorsque la femme qui accouche n'est pas accompagnée par un personnel médical qualifié, tel qu'un-e médecin, une sage-femme ou un-ne obstétricien-ne- gynécologue. Dans les pays occidentaux, la plupart des accouchements non assistés sont involontaires, du fait que les femmes n'ont pas pu se rendre à l'hôpital à temps ou que l'équipe médicale n'a pas pu intervenir dans les délais requis. Cependant, on voit apparaître une tendance chez des femmes qui souhaitent volontairement accoucher sans assistance médicale, chez elles, en réponse à un système de soins de santé qui n'est pas en mesure de répondre à leurs désirs ou pour se protéger contre les pratiques irrespectueuses auxquelles sont confrontées certaines parturientes. Ces femmes sont en quête d'autonomie et de liberté pour accoucher, dans une perspective d'émancipation et d'accomplissement personnel, ou encore d'un désir d'intimité, de sérénité et de bienveillance pour accueillir leur bébé (Dannaway et Dietz, 2014).

Accouchement physiologique : L'accouchement physiologique implique une prise en charge médicale minimale. Il se situe donc à l'autre extrême d'un accouchement dit « médicalisé » ou « interventionniste ». Le terme « physiologique » implique que le travail commence spontanément et se déroule sans anesthésie, qu'il n'a pas été altéré par des interventions de routine et qu'il se termine par un accouchement vaginal spontané (MSSS *et al.*, 2008).

Acculturation : L'acculturation fait référence au processus par lequel un individu assimile et adopte les valeurs, les croyances, les pratiques et les normes culturelles d'un groupe donné.

Agentivité : L'agentivité renvoie à la capacité d'un individu à agir activement sur son environnement et à influencer les événements et les personnes qui l'entourent, plutôt que de subir passivement les événements.

Déshumanisation : Le processus de nier ou de retirer la qualité humaine d'une personne ou d'un groupe de personnes, telle que la sensibilité émotionnelle, la compassion et l'empathie. Elle peut se manifester par des comportements ou des discours qui rabaisent ou dégradent les personnes, en les considérant comme des objets ou des choses plutôt que des êtres humains avec des sentiments et des besoins affectifs.

Gestité : La gestité correspond au nombre total de grossesses confirmées qu'a eu une femme dans sa vie.

Interventions obstétricales : Dans certaines circonstances et selon des indications précises, des interventions obstétricales peuvent être nécessaires pour protéger la santé de la femme ou de l'enfant lors de l'accouchement. Parmi les interventions qui peuvent être effectuées pendant le processus d'accouchement, on peut citer : l'induction (déclenchement artificiel du travail), la stimulation du travail (augmentation médicamenteuse de la fréquence et de la force des contractions), l'épisiotomie (incision du périnée pour accélérer ou faciliter la sortie du bébé), l'utilisation de ventouses ou de forceps (instruments pour guider la sortie du bébé), le monitoring foetal continu (écoute continue du rythme cardiaque du fœtus) et la césarienne (MSSS *et al.*, 2008). Les interventions obstétricales peuvent être considérées comme des interventions médicales réalisées pendant l'accouchement.

Médecine fondée sur des données probantes (MFDP) : La MFDP peut être définie comme une approche qui consiste à intégrer les preuves scientifiques les plus solides et les plus actuelles (les données probantes) à la prise de décisions cliniques personnalisées pour chaque patient·e. Cette approche met l'accent sur la nécessité d'appliquer une démarche rigoureuse et systématique pour évaluer la validité et l'applicabilité des données scientifiques à la pratique clinique, et ce, dans le but d'améliorer la qualité des soins de santé offerts aux patient·e-s. La MFDP repose sur l'utilisation de méthodes rigoureuses pour la recherche, notamment des essais cliniques randomisés et des méta-analyses. Lahaye (2018), dans sa définition de la violence obstétricale, y fait référence sous le nom anglais « *Evidence Based Medicine* » (EBM), qui permet de déterminer si un acte médical était justifié sur la base des données probantes (voir section 1.7.3).

Obstétrique : La spécialité médicale qui s'intéresse à la naissance des êtres humains.

Parturiente : Femme en train d'accoucher.

Syndrome de stress post-traumatique (SSPT) : Selon l'American Psychiatric Association (1994), le syndrome de stress post-traumatique se produit lorsque : Une personne a été exposée à un événement traumatique au cours duquel les deux critères suivants étaient présents : 1) la personne a été exposée, témoin ou confrontée à un ou des événements qui ont impliqué la mort ou menace de mort, ou de blessures graves ou une menace à son intégrité physique ou à celle d'autrui ; 2) la réaction de la personne aux événements impliquait une peur intense, de la détresse ou de l'horreur.

Le SSPT peut engendrer les symptômes suivants : irritabilité, excès de colère, difficulté à se concentrer, hyper vigilance, difficulté à dormir, *flashbacks*, cauchemars, pensées répétitives ou images récurrentes, évitement d'activités, de lieux ou de personnes lui rappelant l'événement, etc. (APA, 1994)

## RÉSUMÉ

Chaque année, au Québec, quelque 80 000 femmes donnent naissance à un enfant. S'il existe des données sur les procédures médicales pratiquées et leur impact sur la santé physique des mères et des enfants, étonnamment peu d'études se sont penchées sur l'expérience de l'accouchement du point de vue des femmes, pourtant les premières concernées. Cette recherche vise à explorer cette expérience, en mettant l'accent sur la relation de la femme avec les prestataires de soins, son ressenti émotionnel ainsi que la prise en compte de ses besoins, de ses désirs et de ses droits. Mondialement, de plus en plus de femmes rapportent des expériences négatives de l'accouchement, allant même jusqu'à qualifier certaines pratiques de violences obstétricales. Pour autant, au Québec, aucune enquête exhaustive n'a encore été menée afin d'objectiver ce phénomène. Cette étude vise à combler cette lacune en adoptant une approche quantitative. Elle a été réalisée à l'aide d'une enquête par sondage en ligne qui a recensé 5197 expériences d'accouchement survenues au Québec entre 2017 et 2022. La recherche est construite selon une perspective féministe et s'appuie sur les concepts d'expérience, de violence obstétricale et de justice reproductive. Les résultats indiquent que, bien que la majorité des femmes aient une expérience positive de l'accouchement au Québec, certaines ont effectivement vécu des expériences négatives voire violentes. Les femmes ont exprimé des préoccupations concernant la communication, le soutien émotionnel, le respect de leur autonomie, de leur liberté de choix et de leur intimité de la part des professionnel·le·s de la santé. Des formes de violence obstétricale, telles que des soins déshumanisés, des pratiques non fondées sur les données probantes et l'absence de consentement, ont été signalées. Les résultats de cette étude confirment également que le travail social a tout intérêt à s'intéresser aux questions liées à l'accouchement afin de soutenir l'agentivité, l'autonomie et les droits des femmes dans cette expérience, tout en soulignant que celle-ci n'est pas seulement physique et médicale, mais aussi sociale et politique.

Mots clés : accouchement, expérience, Québec, violence obstétricale, justice reproductive, travail social, enquête en ligne, droits des femmes, humanisation des soins de santé.

## ABSTRACT

Every year, around 80,000 women give birth to a child in Quebec. While data exist on medical procedures performed and their impact on the physical health of mothers and children, surprisingly few studies have examined the experience of childbirth from the perspective of women, who are the primary stakeholders. This research aims to explore this experience by emphasizing on the relationship between the women and the healthcare providers, the emotional experience of women, and the consideration of their needs, desires, and rights. Globally, more and more women are reporting negative childbirth experiences, with some even denouncing certain practices as obstetric violence. However, in Quebec, no exhaustive investigation has yet been conducted to objectively document this phenomenon. This study aims to fill this gap by adopting a quantitative approach. It was conducted using an online survey that collected 5197 childbirth experiences that occurred in Quebec from 2017 and 2022. The research is constructed from a feminist perspective and is based on the concepts of experience, obstetric violence, and reproductive justice. The results indicate that while the majority of women have a positive childbirth experience in Quebec, some have indeed experienced negative or even violent experiences. Women have expressed concerns regarding communication, emotional support, respect for their autonomy, freedom of choice, and intimacy from healthcare professionals. Forms of obstetric violence, such as dehumanizing care, non-evidence-based practices, and absence of consent, were reported. The results of this study also confirm that social work has a vested interest in addressing issues related to childbirth to support the agency, autonomy, and rights of women, while also highlighting that this experience is not only physical and medical but also social and political.

Keywords : Childbirth, experience, Quebec, obstetric violence, reproductive justice, social work, online survey, women's rights, humanization of healthcare.

## INTRODUCTION

La venue au monde d'un enfant est un événement d'une grande portée universelle, transcendant les frontières culturelles et géographiques. Chaque jour, quelque 385 000 femmes donnent naissance à un nouvel être humain sur notre planète (United Nations, 2022). Au Québec, environ 80 000 naissances ont lieu chaque année (ISQ, 2023). Bien que toutes les femmes ne soient pas amenées à accoucher, on estime qu'environ 84 % à 86 % des femmes au Québec connaissent cette expérience au moins une fois dans leur vie (ISQ, 2016). Cependant, que savons-nous réellement de cette expérience ? Les grandes études périnatales peuvent nous donner une vue d'ensemble des interventions obstétricales pratiquées (comme l'utilisation de forceps, de césariennes, etc.) ainsi que leur impact sur la mortalité et la morbidité maternelles et périnatales. Cependant, qu'en est-il de l'expérience émotionnelle de la femme qui en est le sujet ? Qu'en est-il du contexte dans lequel ces actes ont été réalisés ?

Bien que certaines femmes aient un accouchement heureux et paisible, d'autres peuvent témoigner d'un malaise ou d'une souffrance post-accouchement (OMS, 2014). Selon Déchalotte (2017), auteure du « Livre noir de la gynécologie », certaines femmes ont « l'intuition que ce qu'il s'est passé n'est pas tout à fait normal : quelque chose au fond d'elles leur dit, par exemple, que la naissance de leur enfant aurait pu se dérouler autrement » (p. 21). Plusieurs indices laissent penser que de nombreuses femmes perçoivent leur expérience de l'accouchement de manière négative (MacDougall, 2020).

En France, cette préoccupation a suscité une prise de conscience croissante au cours des dernières années, notamment avec la publication en 2012 d'une étude du Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE) portant sur le respect des souhaits et le vécu de l'accouchement auprès de 5460 femmes. Les résultats de cette étude sont préoccupants. Près de deux femmes interrogées sur cinq (37 %) n'ont pas vu leurs souhaits pris en compte par l'équipe médicale. Parmi celles dont les souhaits n'ont pas été respectés, 57 % ont mal vécu l'expérience sur le plan physique et 70 % sur le plan psychologique. Les raisons sont multiples : incompréhension ou refus des professionnel-le-s face à leurs demandes, manque d'écoute, promesses non tenues ou même imposition par la force de certains gestes (CIANE, 2012b). Ces pratiques sont dénoncées de plus en plus fréquemment dans les médias et amènent d'autres femmes à témoigner de leur expérience en salle d'accouchement, dénonçant un manque d'empathie, une déshumanisation, voire des pratiques qualifiées de violences obstétricales (Déchalotte, 2017, p. 14).

Comment se porte le Québec sur cette question ? Combien des 80 000 femmes qui accouchent chaque année en sol québécois ressortent blessées de leur expérience de l'accouchement ? Combien sont victimes de violences obstétricales ? Le Québec fait-il exception face à cette réalité qui sévit en France, mais également dans de nombreux pays du monde, comme en témoigne la déclaration de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2014) concernant les femmes et l'accouchement :

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

Il n'existe actuellement aucune étude de santé publique approfondie sur les expériences négatives de l'accouchement et la violence obstétricale au Québec, rendant impossible la mesure précise de l'ampleur de ce phénomène.

Pourtant, des études ont confirmé que la manière dont les femmes vivent leur accouchement peut avoir des effets psychologiques et sociaux significatifs sur leur santé globale et celle de leur famille (Chabbert *et al.*, 2021). Si l'accouchement est vécu positivement, cela peut être un événement stimulant associé à la croissance personnelle et à la confiance en soi. En revanche, il peut également entraîner un état dépressif, des difficultés conjugales et des troubles d'attachement (Guittier, 2018). Les conséquences de ces expériences peuvent durer bien au-delà des premiers jours suivant la naissance et s'étendre sur des années (Maimburg *et al.*, 2016). Par conséquent, ne serait-il pas important de connaître la situation exacte des femmes au Québec à cet égard ?

Si les expériences négatives voire violentes de l'accouchement demeurent ignorées et peu interrogées dans notre société présentement, selon Déchalotte (2017) et Lahaye (2018), cette problématique résulte en grande partie de la difficulté, voire de l'impossibilité pour les femmes de dénoncer des maltraitances physiques ou psychologiques subies lors de leur accouchement. Malheureusement, les femmes sont souvent contraintes de considérer leur bien-être émotionnel comme secondaire, lorsqu'elles relatent leur accouchement. Elles sont, en effet, souvent incitées à se concentrer plutôt sur la santé de leur bébé, tout en exprimant leur gratitude envers les professionnel·le·s de santé qui ont « sauvé leur vie » (Déchalotte, 2017 ; Lahaye, 2018). Ces réponses sociales entravent la prise en compte de leur propre vécu traumatique

et de ses répercussions sur leur santé mentale et physique. Ainsi, pour pallier cette situation, il est essentiel de créer un environnement favorable à l'expression de ces expériences, afin d'offrir aux femmes un espace de sécurité et d'écoute, où elles pourront se faire entendre et recevoir une attention appropriée.

Le présent mémoire de recherche se situe dans cette continuité et vise à approfondir les connaissances sur l'expérience de l'accouchement des femmes ayant accouché au Québec au cours des cinq dernières années (2017 à 2022). Mon objectif est de partir du point de vue des femmes elles-mêmes et d'explorer leurs expériences de l'accouchement afin de mieux comprendre leurs besoins, leurs préoccupations et leurs aspirations en matière de santé reproductive et de maternité. Les expériences de certaines feront peut-être résonner d'autres histoires demeurées silencieuses.

Ce mémoire de recherche se compose de cinq chapitres. Le premier chapitre explore en profondeur les connaissances scientifiques sur les différentes notions liées à l'expérience de l'accouchement, y compris sa définition, les facteurs qui influencent son vécu, ainsi que les défis et enjeux qui y sont associés. La revue de la littérature examine également les différents discours entourant l'expérience de l'accouchement, tels que ceux véhiculés par les mondes biomédical, militant et féministe, qui ont des visions différentes des problématiques liées à cette expérience et des moyens pour l'améliorer. Je soulignerai l'importance de mener une telle recherche dans une perspective de travail social. Ce chapitre se terminera par la formulation des objectifs, des hypothèses et de la question de recherche.

Dans le deuxième chapitre de mon mémoire, j'expose les fondements théoriques qui encadrent ma recherche. Je me positionne dans une perspective féministe critique et je mobilise trois grands concepts : l'expérience des femmes, la violence obstétricale et la justice reproductive. Ce cadre théorique servira d'outil analytique pour examiner les données collectées au cours de la recherche.

Dans le troisième chapitre, je développe la méthodologie utilisée pour cette recherche. Étant donné la lacune quantitative et statistique dans notre compréhension actuelle de l'expérience de l'accouchement et des enjeux qui y sont liés au Québec, j'ai choisi d'opter pour une démarche quantitative, bien que je reconnaisse que ce choix soit inhabituel dans le domaine du travail social. Cependant, je considère qu'il est pertinent pour cet objet de recherche et qu'il est même aligné avec les objectifs de la profession. Notamment, en vue de faire évoluer les politiques existantes et d'apporter des changements aux pratiques actuelles, je suis d'avis que les résultats chiffrés et les données quantitatives sont très parlants, voire plus convaincants afin de négocier des progrès nécessaires.

Dans le quatrième chapitre, je vais exposer les résultats de la collecte de données réalisée au moyen d'une enquête en ligne. Cette enquête a permis de recenser 5197 expériences d'accouchement.

Enfin, le cinquième et dernier chapitre de ce mémoire présentera une discussion et une analyse des résultats de la recherche dans leur convergence ou divergence avec les recherches scientifiques existantes, ainsi qu'avec les hypothèses de recherche, et ce, toujours dans une perspective analytique basée sur les théories féministes.

# CHAPITRE 1

## PROBLÉMATIQUE

Ce chapitre est basé sur une revue des connaissances scientifiques et de la littérature sur l'expérience de l'accouchement. Il s'intéresse à la situation au Québec et au Canada, mais aussi à l'échelle internationale. Dans un premier temps, je présenterai une définition du concept d'expérience de l'accouchement et situerai les différents facteurs obstétricaux, psychologiques et relationnels pouvant influencer cette expérience. Ensuite, j'aborderai les répercussions associées à la façon dont une femme expérimente l'accouchement. Ses répercussions peuvent se faire sentir aussi bien au niveau individuel, familial, conjugal qu'institutionnel. J'enchaînerai avec une vue d'ensemble des multiples enjeux et défis qui entourent l'expérience de l'accouchement à partir d'une série de perspectives et de discours, qui parfois s'opposent et parfois se complètent. Cette section sera l'occasion de mettre en dialogue des réflexions et des critiques pertinentes à mon objet de recherche. À travers cette exploration, il sera possible de dresser un portrait des pratiques encadrant le processus d'accouchement au Québec. Je discuterai notamment des prestataires de soins de santé qui peuvent être impliqués et des lieux où cet événement peut se dérouler. Quelques statistiques pertinentes à cet égard seront également fournies. Enfin, la pertinence de ce projet de recherche en travail social sera soulignée et le chapitre sera conclu en présentant les objectifs et la question de recherche.

### 1.1 L'expérience de l'accouchement : un état des connaissances

Tout d'abord, afin de bien cibler l'objet de cette recherche, il convient de définir ce que l'on entend par « expérience de l'accouchement ». Selon qui vous êtes et les histoires de naissance qui ont ponctué votre vie jusqu'à présent, et selon que vous ayez vous-même expérimenté ou non le processus de l'accouchement dans votre vie, la résonance de ce concept d'« expérience de l'accouchement » vous est propre. On est en présence d'un phénomène multidimensionnel et subjectif (Guittier, 2018).

Les travaux de Larkin *et al.* (2009), consacrés à une analyse conceptuelle de l'expérience de l'accouchement, mettent en évidence des caractéristiques associées à l'expérience du travail et de l'accouchement qui peuvent être résumées en quatre points distincts.

Premièrement, l'expérience de l'accouchement est individuelle. Cette première caractéristique renvoie au caractère subjectif de l'expérience de l'accouchement, car elle s'appuie sur la perception intime qu'en ont

les individus (Larkin *et al.*, 2009). Les auteur-e-s soulignent que les femmes construisent leurs perceptions par des croyances, des normes, des émotions et des réflexions personnelles, qui varient en fonction de leur humeur, de leur disposition d'esprit et des autres personnes en leur présence (Hollins et Fleming, 2011).

Deuxièmement, l'expérience de l'accouchement est complexe. Cette deuxième caractéristique renvoie au fait qu'elle implique une contradiction de sentiments à la fois positifs et négatifs. La douleur, le stress, la tristesse, le bonheur et la joie peuvent être tous vécus ensemble (Chabbert *et al.*, 2021). S'ajoutent à ces contradictions, des facteurs et des contextes interdépendants tels que la dynamique de la relation avec la personne soignante, l'ampleur de la douleur ressentie, le contrôle perçu, la nature du soutien reçu (Aktaş et Aydın, 2019 ; Hollins et Fleming, 2011 ; Larkin *et al.*, 2009), ainsi que plusieurs autres facteurs que nous découvrons ensemble au point 1.1.1 de ce chapitre.

Troisièmement, l'expérience de l'accouchement constitue un processus, c'est-à-dire qu'elle se caractérise par un début, la sensation des premières contractions, avec un mouvement vers un but à atteindre, celui de donner naissance, de mettre au monde un enfant. Il s'agit en outre d'un processus de transformation vers la maternité, où l'on passe d'une identité de femme à une identité de mère (Larkin *et al.*, 2009).

Quatrièmement, l'expérience de l'accouchement est un événement de la vie. La littérature s'accorde à décrire l'accouchement comme ayant une signification profonde pour les femmes, une étape particulièrement importante de leur vie (Larkin *et al.*, 2009). L'expérience peut également être associée à un rite de passage, à un changement d'étape. Elle est décrite comme une expérience critique et réflexive.

En somme, Larkin *et al.* (2009) ont défini le concept de l'expérience de l'accouchement comme : « Un événement individuel, comprenant des processus physiologiques et psychologiques subjectifs et interreliés qui sont par ailleurs influencés par les contextes sociaux, environnementaux, organisationnels et politiques » (p. 49) [ma traduction].

La suivante section s'attardera à mettre en lumière avec plus de précisions le large éventail de facteurs à la fois objectifs et subjectifs pouvant influencer l'expérience de l'accouchement par les femmes.

### 1.1.1 Les facteurs susceptibles d'influencer l'expérience de l'accouchement

Des travaux de recherche, comme ceux menés par Aktaş et Aydın (2019), Carquillat *et al.* (2017), Hollins et Fleming (2011) et Larkin *et al.* (2009), ont identifié différentes catégories d'analyse relatives à l'expérience de l'accouchement. Chacune de ces catégories implique de nombreux facteurs qui peuvent avoir un impact positif ou négatif sur l'expérience. Bien que cette section ne puisse pas aborder tous ces facteurs, j'ai choisi de présenter les plus importants en les classant selon leur nature obstétricale, psychologique ou relationnelle.

Mais avant de se lancer, il faut se mettre d'accord sur ce que représente une expérience positive de l'accouchement. Comme mentionné précédemment, cela dépend de chaque femme et elle seule peut dire si son expérience a été positive ou négative (Aktaş et Aydın, 2019). Le personnel médical peut penser que l'accouchement s'est bien passé si la mère et le bébé sont en bonne santé, mais cela ne signifie pas que la femme n'a pas vécu une expérience difficile (De Koninck et Parizeau, 1991 ; Labrecque, 2018 ; MacDougall, 2020). Les lignes directrices de l'OMS (2018) peuvent néanmoins nous servir de point de repère. Celles-ci stipulent qu'une expérience positive de l'accouchement est souhaitée et souhaitable pour toutes les femmes qui accouchent, et la définissent comme suit :

une expérience qui doit remplir ou dépasser les attentes et croyances sociales, culturelles et personnelles existantes d'une femme. Il s'agit notamment de donner naissance à un enfant en bonne santé dans un environnement clinique et psychologique sûr, avec le soutien pratique et émotionnel continu d'un·e ou de plusieurs accompagnant·e·s et d'un personnel clinique bienveillant et compétent sur le plan technique. Il part du principe que la plupart des femmes désirent vivre un travail et un accouchement physiologiques, et éprouver un sentiment de réussite personnelle et de contrôle en participant à la prise de décision, même lorsque des interventions médicales sont nécessaires ou souhaitées (OMS, 2018, p.1).

Inversement, il serait logique d'associer une expérience négative de l'accouchement à une expérience où les attentes de la femme ne sont pas satisfaites (y compris le désir d'un accouchement physiologique), où le soutien clinique et émotionnel est déficient, où le personnel manque d'empathie, où la femme ne se sent pas en contrôle du déroulement des événements et de la prise des décisions, et où elle ne se sent pas en sécurité sur le plan clinique ou psychologique.

#### 1.1.1.1 Contexte obstétrical

La première catégorie d'analyse de l'expérience de l'accouchement comprend des éléments contextuels davantage physiques et médicaux de la naissance.

Le mode d'accouchement et les interventions obstétricales subies : Un taux élevé d'interventions obstétricales pratiquées sur la femme pendant l'accouchement est généralement corrélé à une expérience plus négative et à un risque accru de dépression suite à la naissance de l'enfant (Aktaş et Aydın, 2019 ; Hollins et Fleming, 2011). En effet, plus l'accouchement est ponctué d'interventions obstétricales, plus les femmes ont tendance à avoir une perception négative de cette expérience (Aktaş et Aydın, 2019 ; ASPC, 2009 ; Maimburg *et al.*, 2016).

L'environnement dans lequel l'accouchement prend place : Au Québec, les femmes peuvent accoucher à trois endroits différents : dans un hôpital, dans une maison de naissance ou chez elles. Bien que l'hôpital soit le lieu d'accouchement le plus courant, des travaux de recherche ont mis en évidence diverses caractéristiques qui font de l'accouchement à domicile une expérience généralement plus réjouissante que l'accouchement à l'hôpital (Fleming *et al.*, 2016 ; Geerts *et al.*, 2017 ; Hitzert *et al.*, 2016 ; Hollins et Fleming, 2011). Notons qu'un environnement familial tend à rassurer les femmes sur le fait que l'accouchement est un processus normal du cycle de vie et non une maladie ; il augmente la probabilité d'un accouchement physiologique<sup>1</sup> et aide les femmes à se sentir plus en contrôle de leur travail (Hollins et Fleming, 2011). Il est également prouvé que les femmes ressentent moins de douleur, utilisent moins d'analgésiques, subissent moins d'interventions obstétricales et sont plus autonomes lorsqu'elles accouchent chez elles (Hollins et Fleming, 2011). Les femmes qui accouchent dans des maisons de naissance exprimeraient aussi une perception plus positive de leur accouchement par rapport aux cohortes hospitalières, notamment dans les domaines de l'autonomie et de l'attention reçue (Hitzert *et al.*, 2016).

La douleur ressentie : L'expérience de la douleur pendant l'accouchement est un phénomène complexe qui peut avoir un impact négatif sur le vécu des femmes, mais qui peut aussi conduire à des sentiments d'épanouissement et de réussite (Larkin *et al.*, 2009). L'élimination de la douleur est bien souvent considérée par la pratique obstétricale comme le principal facteur permettant d'offrir une expérience positive de l'accouchement. Cependant, pour certaines femmes, la douleur est une composante essentielle de l'expérience de l'accouchement, donnant un sens à la transition vers la maternité, tandis que son absence peut contribuer à ce qu'elle perçoive une perte de contrôle sur le processus du travail et de la naissance (Carquillat *et al.*, 2017 ; Larkin *et al.*, 2009). La douleur est influencée par plusieurs facteurs

---

<sup>1</sup> Selon le MSSS *et al.* (2008), l'accouchement est un événement physiologique naturel qui ne nécessite pas, a priori, d'interventions médicales.

tels que le contrôle personnel, la confiance en soi et dans le personnel soignant, le soutien, l'époque, la religion, l'histoire personnelle, familiale et sociale, etc. (Aktaş et Aydın, 2019 ; Larkin et al., 2009). L'importance de la douleur en tant que facteur contribuant à l'expérience de la naissance est donc individuelle, subjective et sociale.

#### 1.1.1.2 Facteurs psychologiques

Les éléments suivants sont basés sur des attributs propres à chaque femme.

Le sentiment de contrôle : Le sentiment de contrôle est sans doute le plus étudié de tous les facteurs mentionnés dans cette section et celui qui semble exercer le plus d'influence sur la façon dont les femmes expérimentent l'accouchement (Aktaş et Aydın, 2019 ; Carquillat *et al.*, 2017 ; Larkin *et al.*, 2009). La perception de contrôle lors de l'accouchement peut contribuer de manière significative aux sentiments d'épanouissement et de bien-être psychologique et émotionnel en post-partum (Larkin *et al.*, 2009). De manière générale, le sentiment de contrôle pendant le travail est intimement lié à la capacité d'exercer des choix. La recherche suggère qu'il est important que les femmes soient considérées comme étant capables de décisions autonomes pendant l'accouchement et qu'elles soient encouragées à exprimer leurs préférences sur la façon dont leur travail est géré (Aktaş et Aydın, 2019). Avoir son mot à dire signifie, selon Hollins et Fleming (2011) : recevoir des informations sur les raisons pour lesquelles certaines décisions sont cruciales ; participer aux décisions concernant les interventions et le moment où elles auront lieu ; avoir le droit de refuser certains traitements ; et avoir la possibilité de choisir parmi plusieurs options disponibles. La capacité à exercer des choix requiert l'accès à l'information, ce qui souligne la valeur des cours de préparation à l'accouchement et d'une bonne communication avec les prestataires de soins de santé pendant l'accouchement (Aktaş et Aydın, 2019).

Comme nous l'avons vu plus haut, le contrôle est également lié à l'environnement dans lequel prend place l'accouchement (Larkin *et al.*, 2009). Ainsi, ce serait le désir d'accroître leur sentiment de contrôle pendant le travail et l'accouchement qui motiverait le choix des femmes de se tourner vers des environnements d'accouchement alternatifs, notamment l'accouchement à domicile et les maisons de naissance (Larkin *et al.*, 2009).

Les attentes de la femme : La nouvelle mère est plus susceptible de faire un rapport positif sur son expérience de l'accouchement si celle-ci a répondu à ses attentes (Maimburg *et al.*, 2016). En effet, la

littérature indique que le décalage entre les attentes maternelles concernant l'accouchement et la réalité de l'expérience réelle a un impact sur la perception qu'ont les femmes de cette expérience. Les femmes développent généralement leurs attentes<sup>2</sup> à mesure que la grossesse progresse, et celles-ci concernent l'analgésie et la douleur, en plus des interventions, du contrôle, de la participation à la prise de décision et du soutien fourni par leurs soignants. Les attentes vont parfois susciter l'espoir et le bonheur et parfois faire naître l'anxiété et la peur (Larkin *et al.*, 2009).

La qualité de la préparation en vue de l'accouchement : La préparation à l'accouchement a une incidence significative sur son vécu (Aktaş et Aydın, 2019). Les femmes qui disposent d'informations préalables sur ce à quoi elles peuvent s'attendre et sur la manière de faire face aux événements à venir sont plus confiantes et capables de les affronter le moment venu (Hollins et Fleming, 2011).

#### 1.1.1.3 Facteurs relationnels

La troisième catégorie d'analyse qui exerce une influence significative sur la perception positive ou négative qu'une femme a de son accouchement comprend des éléments qui entrent en jeu dans son interaction avec les autres.

Le soutien perçu : Hodnett (2002) a procédé à une méta-analyse de quatorze études (5 020 femmes) sur le soutien continu des soignants pendant le travail (cité dans Hollins et Fleming, 2011, p. 126). Sans surprise, il a conclu que les femmes qui se sentaient bien épaulées voyaient leur expérience de l'accouchement d'un œil plus favorable. Bien que le soutien du partenaire soit important<sup>3</sup>, le soutien continu des soignants semble avoir un impact plus significatif sur l'expérience de l'accouchement, selon Najafi *et al.* (2017). Le soutien continu d'une personne qualifiée<sup>4</sup> entraîne une diminution de la perception de la douleur du travail, une réduction significative du recours aux interventions obstétricales et aux

---

<sup>2</sup> Il convient également de noter que les attentes des femmes peuvent être colorées par les attentes de la société qui influencent leur perception des comportements appropriés à adopter lors de l'accouchement (Larkin *et al.*, 2009).

<sup>3</sup> En ce qui concerne les personnes qui soutiennent la femme en travail, les études tendent à montrer que le soutien du partenaire de la femme ou des membres de sa famille ne présente que peu d'avantages (Najafi *et al.*, 2017). En effet, on affirme que ces derniers ne sont pas en mesure de jouer un rôle de soutien efficace car, premièrement, ils ne sont pas formés pour le faire et, deuxièmement, ils ont eux-mêmes besoin de soutien pendant cette période.

<sup>4</sup> sage-femme, infirmier-ère, accompagnante à la naissance ou autre prestataire de soins de santé (Najafi *et al.*, 2017).

césariennes, un raccourcissement de la durée du travail (2,8 heures de moins) et un sentiment accru de contrôle (Aktaş et Aydın, 2019 ; Hollins et Fleming, 2011 ; Larkin *et al.*, 2009 ; Najafi *et al.*, 2017).

Le type de soutien apprécié par les femmes se définit comme un soutien attentionné, proposant un appui émotionnel et psychologique, veillant à une disponibilité continue, traitant les femmes comme des êtres autonomes capables de jugement, offrant des informations pertinentes sur le déroulement des événements, proposant des mesures techniques pour réduire la douleur du travail (techniques de respiration et de relaxation) et englobant les composantes de confort, d'intimité et de dignité (Larkin *et al.*, 2009 ; Najafi *et al.*, 2017). D'autres associent aussi le terme « soutien » au terme « défense ». Par exemple, Hodnett (2002) a défini la personne qui apporte son soutien comme un défenseur qui veille à ce que le couple puisse exprimer ses souhaits et ses préférences concernant le déroulement de l'accouchement et qui parvient à persuader le personnel soignant de répondre à ces souhaits. De plus, les femmes accordent de l'importance à la continuité des soins, ce qui suppose que le-la même professionnel-le de la santé prodigue les soins tout au long de l'accouchement (Hollins et Fleming, 2011).

#### 1.1.2 Les répercussions liées à l'expérience de l'accouchement

Les données précédentes évoquent les facteurs pouvant affecter les sentiments de la mère à l'égard de son accouchement. Maintenant, je vais présenter les impacts à court et à long terme de cette expérience sur la vie des femmes, y compris leur bien-être et leur santé, ainsi que leurs relations avec les autres (Chabbert *et al.*, 2021).

##### 1.1.2.1 Sur le plan individuel

La recherche souligne que les femmes qui considèrent leur expérience comme positive font état d'un ou de plusieurs changements positifs dans leur vie suite à la naissance de leur enfant, notamment une meilleure perception de soi et de leur image corporelle, ainsi qu'une augmentation de leur confiance en soi et de leur estime d'elles-mêmes (Hollins et Fleming, 2011 ; Lemay, 2017 ; Lorrain, 2017).

À l'inverse, une expérience négative peut déstabiliser la mère et avoir un impact négatif sur sa santé mentale, entraînant de la déception, de la tristesse, de l'impuissance, de la colère et de la culpabilité (Lévesque *et al.*, 2018). La prévalence des expériences négatives de l'accouchement varie d'une étude à l'autre : les pourcentages retrouvés oscillent entre 6 et 44 % (Chabbert *et al.*, 2021). Une étude de longue durée montre que 21 % des femmes interrogées évaluent leur expérience comme « mauvaise à très

mauvaise » cinq ans après leur accouchement, et que les femmes qui avaient évalué négativement leur expérience six semaines après l'accouchement l'évaluaient encore plus négativement cinq ans plus tard (Maimburg *et al.*, 2016).

Les expériences négatives de l'accouchement sont associées à un risque accru de dépression post-partum et de syndrome de stress post-traumatique (SSPT)(Aktaş et Aydın, 2019 ; Alliance du Ruban Blanc, 2011 ; Blazquez *et al.*, 2019 ; Delespine, 2019 ; HCE, 2018 ; Lévesque *et al.*, 2016 ; Vadeboncoeur, 2004b). Selon des estimations internationales récentes, entre un tiers et la moitié des femmes décrivent leur accouchement comme un événement traumatique (MacDougall, 2020), avec une présence de SSPT associé à cet événement dans 1,3 jusqu'à 6 % des cas (selon les critères du DSM-IV pour le diagnostic du SSPT)(Christoff, 2011). Pour mettre cela en perspective, le taux de SSPT dans les Forces armées canadiennes est estimé à 2,8 % dans l'ensemble et à 4,7 % chez les soldats ayant effectué trois déploiements ou plus (Christoff, 2011). En d'autres termes, les femmes d'aujourd'hui sont tout autant susceptibles de développer un SSPT après avoir accouché que les soldats modernes après un combat militaire (Christoff, 2011). La reconnaissance des impacts traumatiques n'est toutefois pas immédiate, certaines femmes peuvent mettre des mois, voire des années, avant de reconnaître l'évènement comme traumatique (HCE, 2018 ; Lévesque *et al.*, 2018)

#### 1.1.2.2 Sur le plan familial et conjugal

La littérature consultée décrit qu'une expérience positive d'accouchement peut faciliter la relation parent-enfant et augmenter le sentiment de compétence parentale et de satisfaction à l'égard de son rôle de parent (Carquillat *et al.*, 2017 ; Guittier, 2018). À l'inverse, une mauvaise expérience peut affaiblir le lien affectif et mener à un rejet de l'enfant ou une distance émotionnelle (Lévesque *et al.*, 2018). Cela peut avoir des effets négatifs sur le lien d'attachement et la disposition de la mère à l'allaitement (Aktaş et Aydın, 2019 ; Delespine, 2019 ; Labrecque, 2018 ; RNR, 2019).

De plus, une mauvaise expérience peut interférer dans la relation de couple (dégradation du climat conjugal) et dans la vie sexuelle (arrêt de la vie sexuelle, douleur pendant les rapports sexuels, peur de retomber enceinte) (Delespine, 2019 ; HCE, 2018 ; Labrecque, 2018 ; RNR, 2019).

Enfin, d'autres études montrent qu'une expérience négative se répercute sur la reproduction future et le choix du mode d'accouchement (Aktaş et Aydın, 2019 ; Delespine, 2019 ; Labrecque, 2018 ; RNR, 2019).

Selon ces chercheur·euse·s, ces femmes auront moins d'enfants et l'intervalle entre les grossesses sera plus long. Des expériences négatives antérieures ont aussi conduit certaines femmes à préférer interrompre leurs grossesses ultérieures ou à opter pour des césariennes programmées afin d'éviter de revivre une expérience de naissance similaire (HCE, 2018 ; Larkin *et al.*, 2009 ; Nilvér *et al.*, 2017).

#### 1.1.2.3 Sur le plan institutionnel

En France, un rapport du Haut Conseil à l'Égalité (HCE, 2018) met en évidence l'impact d'une expérience traumatique de la naissance, notamment en termes de santé publique. En effet, cette expérience entraîne souvent une peur de consulter à nouveau un·e professionnel·le de la santé et donc, une méfiance, une perte de confiance, voire un évitement total du système de santé (Delespine, 2019 ; HCE, 2018 ; Vacaflor, 2016). Comme stratégie d'évitement, en vue de ne pas être à nouveau blessées, certaines femmes s'abstiendront de fréquenter le système de santé à l'occasion d'une autre grossesse (Lévesque *et al.*, 2018). Elles pourraient préférer donner naissance à leur prochain bébé sans assistance médicale à domicile (Delespine, 2019).

#### 1.1.3 Quelques statistiques sur l'expérience de l'accouchement

Comme évoqué précédemment, peu d'études se sont intéressées à l'expérience de l'accouchement par les femmes au Québec et au Canada, ce qui a motivé la réalisation de cette recherche. L'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité (EEM), menée par l'ASPC en 2009 auprès de 6 421 femmes, constitue l'étude la plus significative sur le sujet au Canada. Elle a révélé que la plupart des femmes interrogées (53,8 %) ont qualifié leur expérience globale de l'accouchement de « très positive », tandis que seulement 7 % l'ont qualifiée de « plutôt ou très négative » (ASPC, 2009). Landry (2019) souligne qu'avec ce pourcentage appliqué au taux annuel de naissances au Canada, cela représente tout de même 28 000 personnes ayant une expérience négative de l'accouchement chaque année. Dans l'EEM, une petite section se concentrait sur les accouchements assistés par des sages-femmes. Les résultats ont montré que les femmes qui ont été accompagnées par une sage-femme ont davantage qualifié leur expérience d'accouchement de « très positive » (71,1 %) que celles qui ont été assistées par un·e médecin de famille (58,3 %) ou un·e obstétricien·ne (52,3 %) (ASPC, 2009). Cependant, étant donné que cette enquête date de 2009 et qu'il y a une variation de pratique des sages-femmes selon les provinces, les résultats pourraient ne pas refléter précisément la situation actuelle au Québec.

En 1997, les services des sages-femmes québécoises ont été évalués de manière rigoureuse lors des projets pilotes menant à la légalisation de leur pratique. Toutefois, les résultats obtenus se concentraient sur la sécurité des services, notamment en ce qui concerne les risques de complications et les taux de mortalité et de morbidité, mais ne prenaient pas en compte l'expérience des femmes ayant eu recours à ces services (MSSS, 1997). Par conséquent, étant donné les particularités de l'offre de services périnataux au Québec et le manque d'études récentes sur l'expérience des femmes lors de l'accouchement, il semble justifié de poursuivre la recherche notamment pour identifier des pistes d'amélioration spécifiques à la situation québécoise et ainsi améliorer l'expérience des femmes durant cette période.

## 1.2 Expériences et prises en charge de l'accouchement au Québec : discours et pratiques divergents et sous tension

En me reportant à Karen Healy (2014a), chercheuse australienne en travail social, les travailleur·euse·s sociaux·ales dans les milieux de la santé et des services sociaux, assument un rôle important dans la mise en évidence des contextes sociaux et structurels dans lesquels s'inscrivent les problèmes rencontrés par les usager·ère·s des services. Partant de cette prémisse, j'ai entrepris d'examiner les multiples enjeux et problématiques qui se rapportent à l'expérience de l'accouchement. La revue de littérature a mis en lumière l'existence d'une pluralité de discours et de pratiques en tension. Selon la conceptualisation proposée par Healy (2014a), le « discours » peut être appréhendé ici comme une construction mentale de représentations et d'idées qui influencent et déterminent la perception et la compréhension de certains phénomènes sociaux. Selon Healy (2014a), chaque discours établit sa propre vérité en déterminant qui détient ou non le savoir et l'expertise valorisés dans un contexte donné. Ce système de vérité influence notamment la définition des besoins des usager·ère·s de services ainsi que les pratiques d'intervention recommandées pour y répondre. Les pages suivantes présenteront des discours multiples sur l'expérience de l'accouchement ainsi que les pratiques connexes, en explorant les enjeux politiques, sociaux, économiques, professionnels, de genre et institutionnels qui y sont associés.

### 1.2.1 Discours biomédical sur la médicalisation de l'accouchement

Healy (2014b) affirme que, selon le modèle dynamique de la pratique du travail social, le discours biomédical est un des discours les plus prédominants et influents dans les institutions modernes, en particulier celles du secteur de la santé telles que les hôpitaux. Bien que ce discours soit largement répandu, il n'est pas à l'abri des critiques. Effectivement, le discours biomédical reçoit souvent des critiques pour son penchant à médicaliser à l'excès plusieurs aspects de la vie humaine. Healy (2014b)

définit la « médicalisation » comme le fait d’attribuer des explications médicales à des questions ou problèmes qui pourraient être envisagés autrement que sous un angle médical ou qui feraient partie de la gamme « normale » des comportements humains. Cette critique est partagée par d’autres professionnel-le-s du travail social qui s’opposent à la dévalorisation des réponses non médicales aux problèmes rencontrés par les usager-ère-s des services (De Koninck et Parizeau, 1991 ; MacDougall, 2020). En effet, lorsque les problèmes sont compris essentiellement en termes biomédicaux, la réponse considérée comme rationnelle devient inévitablement une réponse biomédicale, limitant ainsi les alternatives possibles (telles que le soutien psychosocial, la prise en compte du contexte familial, social et économique en vue d’une meilleure compréhension de la nature des difficultés, etc.) (Healy, 2014b).

Dans son ouvrage « *Birth as An American Rite of Passage* », l’anthropologue féministe Robbie Davis-Floyd (2022) a examiné de près le discours biomédical entourant l’accouchement. L’objet d’étude de ses recherches porte sur la distinction et la compréhension des effets des discours multiples, assimilés à des paradigmes, sur la vision de la naissance dans une société industrialisée et sur les modèles de prise en charge de l’accouchement qui en découlent. Selon elle, le discours biomédical contribue à la médicalisation de l’accouchement en le présentant comme un événement imprévisible et risqué, nécessitant une assistance médicale et des technologies avancées pour garantir une issue sûre et réussie (Davis-Floyd, 2022).

Il est important de noter que ce discours biomédical autour de l’accouchement est né dans un climat social empreint de peur et de danger, ce qui a certainement influencé ses fondements (Bel, 2004). En effet, c’est au XVIII<sup>e</sup> siècle, alors que les taux de mortalité maternelle lors des accouchements étaient extrêmement élevés et alarmants, que cette nouvelle façon de concevoir l’accouchement est mise au point (Négré et Cascales, 2016). Auparavant, la pratique de l’accouchement était assurée exclusivement par les femmes de la communauté, les amies et les sages-femmes, dans un cadre familial. Il s’agissait d’une expérience sacrée, sociale et féminine. Cette sororité de proximité a cependant été bouleversée avec l’avènement de la médecine moderne et l’institutionnalisation de l’accouchement à l’hôpital. Peu à peu, la discipline émergente que constituait la médecine obstétrique s’est imposée. Des hommes, puisque cette discipline était à l’époque exclusivement réservée aux hommes, ont perfectionné des techniques chirurgicales (césariennes) et des outils (échographie, péridurale, tests sanguins) dans une recherche désespérée de moyens pour réduire les taux de mortalité maternelle et périnatale dévastateurs de l’époque. Le déplacement massif de la pratique de l’accouchement de la maison à l’hôpital, comme le souligne Rivard

(2014), a été alimenté par les préoccupations des femmes concernant leur propre sécurité et celle de leur bébé, les incitant à se tourner vers la médecine et les conseils des « experts » (Cheyney, 2011). Cette évolution a entraîné un changement de paradigme significatif, transformant profondément l'expérience de l'accouchement en une expérience médicale et technologique placée sous la supervision de professionnel-le-s de la santé. Telle est la représentation que le discours biomédical dominant véhicule aujourd'hui en ce qui concerne l'expérience de l'accouchement. On décrit l'accouchement comme un événement médical pouvant être contrôlé et anticipé grâce à des procédures obstétricales standardisées telles que l'induction artificielle, l'augmentation du travail et la surveillance électronique du cœur fœtal.

Rivard (2014) postule que les avancées scientifiques et technologiques ont certes contribué à diminuer les risques de mortalité maternelle et périnatale<sup>5</sup>, offrant ainsi des avantages appréciables dans la prise en charge des grossesses à haut risque. Néanmoins, cette transformation a engendré une médicalisation progressive de l'accouchement physiologique, qui constitue la norme et ne requiert pas d'être médicalisé.

Parmi les critiques actuelles adressées au discours biomédical autour de l'accouchement, figure l'effet déshumanisant des soins qui en découle. Ces critiques dénoncent son caractère réductionniste mettant en avant sa propension à se focaliser sur les seuls aspects médicaux du traitement des patientes, reléguant ainsi au second plan les dimensions psychologiques et sociales, pourtant fondamentales pour le bien-être des femmes et le succès de leur expérience de l'accouchement. Cette attitude négligente vis-à-vis de la souffrance, des émotions et du vécu de la femme est dénoncée par plusieurs auteures, dont Davis-Floyd (2022), De Koninck et Parizeau (1991), Grenier (2019) et Rivard (2014).

D'après les propos de Davis-Floyd (2022), la déshumanisation des patient-e-s dans le domaine médical est inhérente à la conception biomédicale du corps en tant que « machine ». En effet, cette approche s'appuie sur la métaphore du corps-machine, où le corps de la femme enceinte ou en travail est perçu comme un objet inerte, destiné à produire un enfant sain dans les délais impartis. Selon Davis-Floyd (2022), cette perspective biomédicale réduit le corps de la femme à une machine imprévisible et défaillante, qui nécessite une manipulation constante à l'aide d'outils et de technologies pour répondre aux exigences du modèle de production industrielle. Par ailleurs, pour De Koninck et Parizeau (1991), la métaphore du corps-

---

<sup>5</sup> Si les médecins d'aujourd'hui affirment que ce sont les progrès de l'obstétrique et le transfert de l'accouchement à l'hôpital qui ont permis une forte baisse de la mortalité maternelle et périnatale, cette affirmation est relativisée par plusieurs chercheuses féministes, qui attribuent davantage ce déclin à la découverte de l'asepsie et des antibiotiques, qu'à l'obstétrique elle-même (Négrié et Cascales, 2018 ; Parrat, 2019).

machine privilégiée dans le discours biomédical accorde une importance primordiale à la perfection du produit fini, traduit en termes de santé et de survie du nouveau-né, au détriment de l'expérience intime de la mère. Une conception de l'accouchement dite « foetocentrée » qui suscite des attaques, car elle réduit la valeur des expériences subjectives des femmes et minimise leurs expériences négatives ou traumatisantes (De Koninck et Parizeau, 1991 ; Labrecque, 2018 ; Landry, 2019 ; MacDougall, 2020).

#### 1.2.1.1 Les médecins

Malgré les critiques qui lui sont adressées, le modèle biomédical de la prise en charge de l'accouchement a connu une popularité croissante au fil des années au Québec, si bien que la plupart des femmes se tournent vers cette approche dès qu'elles apprennent leur grossesse. Les femmes enceintes se retrouvent ainsi devant un choix entre deux types de professionnel-le-s de la santé pour leur suivi de grossesse et leur accouchement : les médecins de famille accoucheurs (médecins omnipraticiens) et les obstétricien-ne-s-gynécologues (OBGYN).

En principe, le choix peut sembler simple : pour une grossesse considérée à risque faible ou modéré, la femme devrait se tourner vers un médecin de famille qui offre des services de première ligne. Si la grossesse est considérée comme à haut risque, elle devrait être suivie par un-e OBGYN, un-e spécialiste de deuxième ligne formé pour prendre en charge les grossesses « pathologiques » et qualifié pour pratiquer des césariennes (Doré et Le Hénaff, 2022). En cas de complications graves ou d'urgence, le-la médecin de famille passerait le relais de la prise en charge de la grossesse ou de l'accouchement à un-e OBGYN, qui possède une expertise particulière dans la maîtrise des risques associés à l'accouchement. Or, dans les faits, les OBGYN sortent du cadre de leur spécialité. Selon la base de données MED-ECHO du Québec, en 2009-2010, 67,7 % des accouchements ont été pratiqués par des OBGYN, 31,2 % par des médecins de famille et seulement 3 % par des sages-femmes (CSN, 2016). Et ce, malgré le fait que 85 % des grossesses seraient considérées à faible risque et pourraient donc être prises en charge par des professionnel-le-s de première ligne tels que les médecins de famille ou les sages-femmes (MSSS *et al.*, 2008).

Les médecins de famille, tout comme les OBGYN travaillent généralement en grandes équipes, ils partagent leurs tours de garde en groupe. La continuité des soins prodigués par un-e même professionnel-le pendant la grossesse et l'accouchement, comme souhaité par les Québécoises selon l'ASPC (2009), n'est donc généralement pas assurée par ces professionnel-le-s. Sous leurs soins, les

accouchements se déroulent exclusivement en milieu hospitalier. De fait, presque tous (97,9 %) les accouchements canadiens ont lieu à l'hôpital (ASPC, 2009).

### 1.2.2 Discours humaniste et militant pour une expérience de naissance plus humaine

Tandis que pour certaines femmes, une prise en charge de leur grossesse par la médecine obstétricale et ses technologies est souhaitable, rassurante, voire indispensable à leur état, d'autres, en revanche, aspirent à une approche différente (Rouillier, 2015).

C'est pour répondre à cette aspiration que de nombreux groupes de femmes, parents citoyens et organismes communautaires se sont rassemblés pour lutter en faveur de l'humanisation de la naissance (CPPSF, 2019 ; Lorrain, 2017 ; RNR, 2019). Cette lutte, qui remonte aux années 1970 et qui est portée par un militantisme féministe, vise à contester la surmédicalisation de l'accouchement et la déshumanisation des soins qui en découle (Rivard, 2014). Elle prône un accès à l'information, une prise de décision éclairée et un respect accru pour les femmes lors de la mise au monde de leur enfant. Selon des chercheuses telles que Davis-Floyd (2022), De Koninck et Parizeau (1991), Grenier (2019) et Rivard (2014), cette lutte est motivée par le fait que la surveillance médicale excessive de l'accouchement occulte souvent le processus socioémotionnel et humain que vivent les femmes lors de cette étape de leur vie.

Le mouvement militant pour l'humanisation de la naissance défend un discours humaniste qui souligne l'importance de prendre en compte non seulement la biologie, mais aussi la psychologie et l'environnement social de la femme enceinte. Ce mouvement cherche à humaniser la technomédecine en la rendant relationnelle, partenariale, sensible à l'individu et compatissante (Davis-Floyd, 2022). Les militants humanistes prônent un partenariat de confiance entre la femme enceinte et le·la professionnel·le de la santé, un soutien continu durant l'accouchement, une prise en compte attentive des paroles, des émotions<sup>6</sup>, des sentiments et des préoccupations de la femme, ainsi qu'une communication transparente avec elle (Davis-Floyd, 2022 ; Najafi *et al.*, 2017). Le modèle humaniste suggère également une participation active<sup>7</sup> des femmes dans leur processus de santé, rompant ainsi avec le rôle passif

---

<sup>6</sup> L'humanisme dans l'accouchement admet la possibilité que les émotions de la femme en travail puissent affecter la progression de son travail, et que certaines problématiques du processus peuvent être traitées plus efficacement par un soutien émotionnel que par une intervention technologique (Davis-Floyd, 2001, p. 11).

<sup>7</sup> Le modèle humaniste promeut un choix éclairé et non coercitif, par rapport au simple consentement à recevoir des interventions (Rouillier, 2015). On valorise une responsabilité partagée entre le·la patient·e et le·la praticien·ne plutôt qu'une prise de décision unilatérale par le personnel de santé. Contrairement au modèle techno-médical qui

traditionnellement attribué aux patient·e·s et lié à l'autorité décisionnelle des médecins (Brabant, 2013). Dans ce modèle, les mères donnent elles-mêmes naissance à leurs bébés ; les soignant·e·s ne font que les « attraper » (Cheyney, 2011, p. 533).

Cheyney (2011) fait valoir que l'une des principales différences avec le modèle biomédical est que, tandis que les soins biomédicaux sont organisés autour de la recherche de pathologies, le modèle humaniste considère la grossesse comme essentiellement normale et saine, une période de croissance et de développement tant psychologique que physique.

Le mouvement militant pour l'humanisation des naissances s'oppose à la médicalisation excessive de l'accouchement, qui conduit à une prolifération d'interventions techniques considérées comme indispensables, mais souvent superflues ou préjudiciables (OMS, 2018 ; Rossignol *et al.*, 2012). Les humanistes prônent une utilisation réfléchie de la technologie basée sur des preuves solides.

Dans la province du Québec, la médicalisation de l'accouchement et ses répercussions sur l'expérience des femmes ne sont pas seulement pointées du doigt par ces groupes de femmes, ou par le milieu communautaire. Le ministère de la Santé et des Services sociaux partage également ces inquiétudes. Dans sa Politique de périnatalité, émise pour la période 2008-2018, le Ministère souligne que bien que les avancées médicales et technologiques aient considérablement amélioré la périnatalité au Québec, « ces progrès ne doivent cependant pas nous faire oublier que la grossesse et l'accouchement sont, avant toute chose, un processus biologique et une expérience humaine marquante. Il faut donc trouver un équilibre afin de préserver le caractère naturel de cet événement et l'aborder avec humanité<sup>8</sup>, tout en profitant des avancées de la science. » (p. 1). La politique reconnaît effectivement que certaines interventions obstétricales sont trop fréquemment utilisées et ont des effets négatifs sur les personnes qui accouchent.

---

propose une réponse prédéterminée à chaque situation, le modèle humaniste encourage une exploration de diverses alternatives également sûres, laissant à la femme enceinte le choix de la méthode qui convient le mieux à elle et à sa famille (Davis-Floyd, 2022).

<sup>8</sup> « Agir avec humanité, c'est d'abord respecter le caractère physiologique naturel de la grossesse, de l'accouchement, de la naissance et de l'allaitement. Pour ce faire, on verra à offrir des environnements propices au libre choix, à l'accompagnement et au soutien. On adoptera une approche souple, ouverte et sensible aux besoins des enfants et des parents. » (MSSS *et al.*, 2008, p. 13).

L'Organisation mondiale de la santé est également de cet avis :

Ces deux dernières décennies ont vu croître substantiellement l'application d'une variété de pratiques d'accouchement visant à initier, accélérer, achever, réguler ou contrôler le processus physiologique de l'accouchement, dans l'objectif d'améliorer les résultats pour les femmes et leurs enfants. Cette médicalisation croissante des processus d'accouchement a tendance à amoindrir la propre capacité de la femme à donner naissance ainsi qu'à produire des effets négatifs sur son expérience d'accouchement. (OMS, 2018, p. 1)

Des collectifs féministes résistent face à l'augmentation de la médicalisation de l'accouchement, en prônant l'accès aux services des sages-femmes comme alternative humaniste au modèle biomédical dominant (Lorrain, 2017; Rouillier, 2015). Ils-elles s'opposent à la normativité culturelle des accouchements en milieu hospitalier et proposent des espaces flexibles où les femmes peuvent se déplacer librement, prendre un bain, et accoucher dans le confort et le respect de leurs choix (Cheyney, 2011). Pour ces militant-e-s, la naissance est un évènement naturel qui devrait se dérouler dans un environnement convivial, tel que le domicile ou une maison de naissance, plutôt qu'une structure médicalisée conçue pour les malades (Cheyney, 2011). L'un de leurs objectifs est d'informer les femmes sur les possibilités de naissance alternatives et de leur offrir la liberté de choisir leur personnel et leur lieu de naissance, afin de renforcer leur pouvoir d'agir et de se réapproprier leur expérience de la naissance (Cheyney, 2011; Labrecque, 2018; Landry, 2019; Lorrain, 2017). Les témoignages de femmes ayant accouché avec une sage-femme soulignent l'impact positif sur leur confiance en elles-mêmes (Labrecque, 2018 ; Landry, 2019 ; Lorrain, 2017), et appellent à une plus grande accessibilité de ces services pour toutes les femmes.

#### 1.2.2.1 Les sages-femmes

Le modèle de pratique des sages-femmes au Québec est en effet souvent associé à une approche humaniste de la grossesse et de l'accouchement (Rouillier, 2015). Leur pratique a été légalisée, au Québec, en 1999, suite aux efforts du mouvement pour l'humanisation des naissances, qui revendiquait le droit de choisir des alternatives à la surmédicalisation et à la conception biomédicale de la naissance qui prévalaient dans les années 1970<sup>9</sup>. À cette époque, la profession de sage-femme avait pratiquement

---

<sup>9</sup> À l'époque mentionnée, l'anesthésie générale était largement utilisée, ce qui entraînait un accouchement passif et instrumental pour plus de la moitié des femmes dans certaines régions, qui étaient endormies pendant l'accouchement (Rivard, 2014, p.98).

disparu du paysage québécois en raison de la montée du paradigme biomédical qui avait terni sa réputation (Rivard, 2014).

Aujourd'hui, les sages-femmes font partie intégrante du système de santé publique québécois et leurs interventions sont couvertes par le régime d'assurance maladie. Elles sont des professionnelles autonomes qui travaillent en première ligne, tout comme les médecins de famille accoucheur. Elles ne peuvent intervenir que dans le cadre de grossesses et d'accouchements sans complication, conformément à la loi sur les sages-femmes (RLRQ c S-0.1). Après avoir suivi une formation universitaire intensive de quatre ans et demi, elles assurent un suivi complet de la grossesse et de l'accouchement, en veillant à la santé physique et émotionnelle de leurs clientes. Actuellement, il y a 290 sages-femmes inscrites au tableau de l'Ordre des Sages-Femmes du Québec (OSFQ, 2023). Elles travaillent dans des maisons de naissance à proximité d'hôpitaux et collaborent avec les OBGYN en cas de complications.

Les sages-femmes considèrent la grossesse comme un état de santé<sup>10</sup>, plutôt qu'une maladie ou un état problématique dans la vie d'une femme (OSFQ, 2023). Les sages-femmes ont confiance en la capacité des femmes à accoucher naturellement, et leur approche consiste à minimiser les interventions pour ne pas perturber le processus physiologique. Les sages-femmes encouragent les femmes à accoucher sans avoir recours à la péridurale et considèrent la douleur comme faisant partie intégrante du processus naturel de l'accouchement plutôt que comme un élément à supprimer. Elles travaillent en petites équipes de deux, disponibles 24/7, et assurent un suivi personnalisé jusqu'à six semaines après l'accouchement.

Les sages-femmes proposent plusieurs options pour le lieu de naissance en fonction des besoins et du mode de vie des femmes enceintes. Les choix incluent (Équipe Naître et grandir, 2020) :

1. L'accouchement à domicile (20 %) : Lequel doit respecter des normes de sécurité.
2. L'accouchement en maison de naissance (75 %) : Les maisons de naissance offrent un environnement chaleureux et accueillant avec des chambres conçues pour rappeler le confort de la maison équipées de lits doubles, de salles de bain privées, d'un grand bain pour les accouchements dans l'eau et d'un équipement médical discret.

---

<sup>10</sup> D'ailleurs, les sages-femmes utilisent le terme cliente et non patiente pour désigner les mères qui bénéficient de leur suivi, puisque bien que ces dernières aient recours à des services de santé, elles ne sont pas « malade ».

3. L'accouchement en milieu hospitalier (5 %) : Dans ce cas, une chambre est louée dans l'établissement hospitalier à l'intérieur de laquelle la sage-femme est la responsable des soins de la mère et de l'enfant.

Le taux d'accouchements assistés par des sages-femmes au Québec est actuellement de seulement 4,2 %, ce qui est préoccupant étant donné que 10 % des femmes aimeraient être suivies par une sage-femme et que 26 % souhaiteraient accoucher en dehors de l'hôpital, selon des sondages (CSN, 2010, 2021). Cette situation est en contraste avec d'autres pays à revenu élevé, tels que le Royaume-Uni et les Pays-Bas, où les sages-femmes assistent respectivement 62 % et 37 % de toutes les naissances (ASPC, 2009). En outre, un tiers des bébés aux Pays-Bas naissent à la maison (ASPC, 2009).

Dans de nombreuses régions du Québec, l'accès aux services de sage-femme est malheureusement limité. Certaines zones ne disposent pas de maisons de naissance, comme c'est le cas à Laval, la troisième ville la plus importante du Québec, où les citoyen-ne-s réclament une maison de naissance depuis près de dix ans (CPPSF, 2019). Dans d'autres régions, la demande dépasse l'offre disponible. Des groupes de parents ont exprimé leur mécontentement face à cette situation et ont souligné que cela se traduit par un accès limité à l'accouchement physiologique. Ainsi, des groupes citoyens, appuyés par la Coalition pour la pratique sage-femme (CPSSF), font campagne pour un accès élargi aux services de sage-femme et aux maisons de naissance dans toutes les régions du Québec.

La popularité croissante des services offerts par les sages-femmes a incité le Gouvernement du Québec à viser le développement de ces services dans sa Politique de périnatalité 2008-2018 afin de les rendre accessibles aux femmes qui le souhaitent. L'objectif était d'assurer le suivi périnatal et d'assister à l'accouchement de 10 % des femmes enceintes au Québec d'ici 2018, ainsi que de rendre les services de sages-femmes disponibles dans toutes les régions du Québec. Bien que ces cibles aient suscité beaucoup d'espoir, elles n'ont malheureusement pas été atteintes. Ainsi, le choix d'un accouchement par une sage-femme demeure marginal, et de nombreuses femmes sont contraintes de se tourner vers le système hospitalier faute d'option.

#### 1.2.2.2 Les accompagnantes à la naissance

Peu connues, il existe aussi au Québec plus de 200 accompagnantes à la naissance (aussi appelées doulas) pouvant offrir du soutien physique et psychologique aux femmes enceintes et qui accouchent. Elles

travaillent en tant que travailleuses autonomes, dans des petites entreprises ou des groupes communautaires. Leur formation ne leur confère pas une expertise médicale, mais leurs services complètent la dimension médicale des soins offerts par d'autres professionnel-le-s de la santé. Elles établissent une relation de confiance avec les femmes, offrent des conseils, proposent des alternatives à la péridurale pour soulager la douleur et assurent une présence continue pendant l'accouchement (Fontaine *et al.*, 2011). De plus en plus d'études démontrent que l'accompagnement est un facteur clé pour un accouchement réussi (ASPQ, 2009). Avoir recours à une accompagnante à la naissance a été démontré très efficace pour diminuer le nombre d'interventions subies par la mère et rendre l'expérience de l'accouchement plus satisfaisante (Fontaine *et al.*, 2011). Ces services doivent toutefois être défrayés par les femmes.

### 1.2.3 Discours critique sur les pratiques obstétricales oppressives

Le discours de la violence subie par les femmes lors de leurs suivis gynécologiques et de leur-s accouchement-s (VOG) est apparu dans les années 1990, lorsque des femmes ont commencé à témoigner de mauvais traitements et d'abus subis lors de leur suivi gynécologique et de leurs accouchements. Entre autres, les récits de ces femmes ont mis en évidence diverses préoccupations, notamment en ce qui concerne de la maltraitance médicale, des humiliations, des paroles déplacées, de la brutalité, du manque de respect et de la déshumanisation des soins (Déchalotte, 2017 ; HCE, 2018). Les dénonciations de ces pratiques oppressives ont gagné en visibilité au cours des années 2000, en particulier en France, grâce à l'émergence de plateformes organisées appelant à des changements dans les pratiques et à l'utilisation des réseaux sociaux comme moyen de revendication (Négré et Cascales, 2016).

Parmi les vagues de dénonciations médiatiques qui ont déclenché cette arrivée en force dans l'espace public, on peut citer le mouvement français #PayetonUterus, qui a rassemblé en novembre 2014, en moins de 24 heures, 7 000 témoignages visant à dénoncer de « mauvais traitements », tels que des remarques désobligeantes, des pratiques non consenties, un manque de respect de la pudeur ou une relation de pouvoir asymétrique exercé par des professionnel-le-s de la santé, en majorité des OBGYN (HCE, 2018). C'est dans la même optique qu'est né, aussi en France, le Tumblr « Je n'ai pas consenti », en 2015, ainsi que le Twitter #PaieTonGyno, en 2017. Tous deux visaient également à recenser les témoignages des femmes sur le manque de respect perçu dans leurs soins gynécologiques et obstétricaux. Au Québec, un mouvement similaire a été initié en 2019 par le Regroupement Naissances Respectées (RNR), une organisation qui milite depuis quarante ans pour les droits des personnes dans la période périnatale. Le

RNR a lancé le hashtag #StopVOG, qui a permis de recueillir plus de 220 témoignages de femmes en quelques mois.

Le concept de violence obstétricale (VO) se réfère spécifiquement aux problèmes de traitement irrespectueux, d'abus de pouvoir et de mauvais traitements qui peuvent survenir pendant l'accouchement. Ce terme est né officiellement en Amérique latine au début des années 2000. Au Venezuela, la toute première loi sur la VO a été adoptée en 2007, définissant la VO comme suit :

L'appropriation du corps et des processus reproductifs des femmes par le personnel de santé, qui se manifeste par : un traitement déshumanisant, un abus de médication et une pathologisation de processus naturels, entraînant une perte d'autonomie et de capacité de décision libre sur son corps et sa sexualité, affectant négativement la qualité de vie des femmes. » (Pérez D'Gregorio, 2010, p. 1) [ma traduction]

De nos jours, un nombre croissant d'intervenant·e·s, de chercheur·euse·s et de professionnel·le·s de la santé s'intéressent à cette question. La littérature spécialisée en périnatalité témoigne clairement de la réalité difficile et parfois dégradante de l'accouchement pour de nombreuses femmes (Durano, 2018 ; HCE, 2018 ; Labrecque, 2018 ; Landry, 2019 ; Lévesque *et al.*, 2016 ; Lévesque *et al.*, 2018). Il y a à peine 10 ans, presque aucune littérature n'abordait ce sujet ; le manque de respect pendant l'accouchement est donc décrit comme une « problématique émergente » (McMahon *et al.*, 2014).

En France, les mouvements de dénonciation médiatique ont incité Mme Marlène Schiappa, secrétaire d'État chargée de l'égalité entre les femmes et les hommes, à commander un rapport au HCE en juillet 2017 sur les VOG afin d'« objectiver le phénomène » et d'« identifier les leviers pour améliorer la situation ». Le rapport du HCE (2018) atteste que ces violences ne sont pas des cas isolés et a appelé à une action publique pour y faire face. Bien que les recommandations du RNR et d'autres études québécoises aient appelé à une enquête de santé publique sur la violence en périnatalité, le Québec n'a pas emboîté le pas à la France en lançant une telle initiative (Delespine, 2019 ; Fontaine *et al.*, 2011 ; HCE, 2018 ; OMS, 2014 ; RNR, 2019).

Plusieurs travaux académiques ont été consacrés aux enjeux de la violence obstétricale au Québec, tels que les expériences négatives d'accouchement (Labrecque, 2018), les enjeux de pouvoir en salle d'accouchement (Ferreira, 2023), les expériences de violence dans les hôpitaux (Landry, 2019), et le consentement pendant l'accouchement (Cadorette, 2006). Leurs recherches ont montré que des formes

de violence obstétricale étaient bien présentes dans les expériences d'accouchement au Québec, notamment en mettant en évidence les enjeux de pouvoir en salle d'accouchement où « la femme qui accouche, fatiguée et en douleur, n'est certainement pas placée devant une situation où elle peut négocier à armes égales avec un médecin possédant la connaissance médicale » (Cadorette, 2006, p. 127). Ces travaux de recherche soulignent que l'autonomie des femmes est fragilisée dans les milieux hospitaliers face aux professionnel-le-s de la santé qui détiennent le savoir-faire médical et, avec lui, le pouvoir décisionnel (Cadorette, 2006 ; Ferreira, 2023 ; Landry, 2019).

Les réflexions issues de leurs travaux appellent à une reconnaissance accrue de cette réalité dans notre société, soulignant ainsi l'importance de poursuivre les recherches explorant cette problématique au Québec (Labrecque, 2018 ; Landry, 2019). Les témoignages et les données qualitatives recueillis par ces étudiantes-chercheuses incitent d'autant plus à s'interroger sur la prévalence potentielle de ce problème dans l'ensemble de la province, et suggèrent que le manque de données quantitatives nuit à la reconnaissance sociale et politique de cette problématique. De plus, ces étudiantes-chercheuses se sont concentrées exclusivement sur l'analyse des expériences d'accouchement en milieu hospitalier, ce qui invite à explorer les expériences extrahospitalières et la possibilité de vivre des situations de violence obstétricale lors des soins prodigués par les sages-femmes.

#### 1.2.4 Discours féministes sur l'appropriation patriarcale du corps des femmes

Malgré le fait que les droits reproductifs tels que le droit à la contraception et à l'avortement ont été des questions centrales du mouvement féministe, l'accouchement et les pratiques qui l'entourent ont été largement ignorés dans la littérature féministe jusqu'à récemment (Descarries et Corbeil, 2002; Négrié et Cascales, 2016, 2018), et ce bien que le droit à l'autodétermination des femmes sur leur corps soit un enjeu fondamental du féminisme, qui a son importance dans le contexte de l'accouchement (Descarries et Corbeil, 2002, 2015 ; Négrié et Cascales, 2016, 2018). Il faut croire que pendant longtemps, les féministes se sont davantage intéressées à la possibilité pour les femmes de choisir d'avoir un enfant ou non, plutôt qu'à la question de savoir comment elles désiraient avoir cet enfant (Descarries et Corbeil, 2002, 2015 ; Labrecque, 2018 ; Négrié et Cascales, 2016, 2018). Aux yeux de certains courants féministes, tout s'est passé « comme si le refus de la maternité était la seule réponse politique radicale » (Pheterson, 2010, cité dans Négrié et Cascales, 2018). Selon Négrié et Cascales (2018), cet angle mort aurait largement contribué à ce que le corps médical gagne, au fil des années, une emprise sur le corps des femmes au moment de l'accouchement.

Enfin, on observe actuellement un intérêt croissant dans le monde féministe pour l'exploration de la question de l'accouchement, comme en témoignent les travaux de Ferreira (2023), Labrecque (2018), Landry (2019), Lorrain (2017) et Parrat (2019). En regard de ces enjeux, la perspective féministe émet un discours critique propre à l'épistémologie féministe qui remet en question la neutralité du savoir médical, qui serait influencé à plusieurs égards par des biais patriarcaux (Dorlin, 2008). Elles insistent sur le fait que l'avènement de l'obstétrique a remplacé les connaissances des femmes sur l'accouchement par un savoir développé exclusivement par des hommes sur le corps féminin. Les femmes ont été exclues de la recherche et du développement du savoir médical sur l'accouchement. Il est avancé que les connaissances de l'obstétrique seraient alors influencées par des stéréotypes de genre qui ont créé une vision biaisée et masculine de l'accouchement, le présentant comme un événement dangereux, infantilisant ainsi les femmes et les privant de leur pouvoir sur leur propre accouchement (Aubin, 2018 ; Durano, 2018 ; Grenier, 2019 ; Lahaye, 2018 ; Landry, 2019 ; Négrié et Cascales, 2018). Ces préjugés sont enracinés dans une idéologie patriarcale qui perçoit les femmes comme inférieures, comme l'a souligné Dorlin (2008). Les militantes féministes réclament une prise en compte des connaissances empiriques des femmes pour éviter toute forme de dépossession et de domination patriarcale dans le processus d'accouchement.

#### 1.2.5 Discours économique et de standardisation de l'accouchement

La standardisation des protocoles de prise en charge du processus de l'accouchement en milieu hospitalier, également qualifiée d'« industrialisation de l'accouchement », fait l'objet de critiques croissantes. Cette pratique est influencée par des considérations capitalistes et une gestion des soins de santé basée sur la performance et la rentabilité, qui visent à en faire toujours plus avec moins, comme le préconisent la nouvelle gestion publique (NGP) et l'approche LEAN. Selon Drolet *et al.* (2020), cette approche relègue au second plan les besoins individuels des femmes et de leurs bébés, en favorisant l'efficacité et les pratiques institutionnelles standardisées. Les protocoles appliqués ne seraient pas toujours étayés scientifiquement et aboutissent à des procédures routinières et exécutées de manière uniforme (Drolet *et al.*, 2020). Cette approche peut notamment entraîner une pression accrue sur les professionnel·le·s de la santé pour accélérer le processus d'accouchement (Drolet *et al.*, 2020). Les auteures ont souligné que cette approche pourrait avoir des effets négatifs sur l'expérience des femmes, leur autonomie et la qualité générale des soins prodigués.

En outre, selon plusieurs chercheur-e-s (Drolet *et al.*, 2020 ; HCE, 2018 ; Labrecque, 2018 ; Landry, 2019), ces méthodes de gestion participeraient à renforcer la violence obstétricale et à déshumaniser l'expérience de l'accouchement :

« La violence gynécologique et obstétricale est liée à une organisation des hôpitaux, véritables usines à bébés qui fonctionnent avec un modèle fordiste, avec une logique de rentabilité optimale et avec le moins de personnel possible. Cela implique une standardisation des accouchements, avec des durées maximums de dilatation du col, d'expulsion du bébé et des actes standardisés. Cela se traduit dans un protocole que les soignant.e.s doivent utiliser pour accompagner les accouchements. [...] Cette organisation fordiste se traduit également par des rythmes de travail intenses. Les sages-femmes sont sous pression, et les accouchements sont surveillés dans une salle de contrôle pour gérer la cadence des accouchements, notamment par le dosage d'ocytocine, etc. » (HCE, 2018, p. 89)

Certains qualifient ces pratiques de « *McDonalizacion* », soit une application des principes de la restauration rapide à d'autres domaines de la société (Buonaugurio, 2008). De fait, on exige de l'accouchement qu'il soit rapide et sans surprise :

En 1963, la durée optimale de l'accouchement d'une femme primipare était de 36 heures, en 1968 elle est passée à 24 heures, et en 1972 elle a encore été réduite à 12 heures. On en est à 8 heures aujourd'hui. [...] Afin que les femmes accouchent à coup sûr sans dépasser le temps imparti artificiellement, le travail est déclenché ou accéléré, les femmes sont vigoureusement encouragées à pousser à la demande, et on pratique une épisiotomie pour avoir la certitude absolue que le bébé émergera aussi vite que possible. (Beech, 2004 et O'Regan, 1998, cités dans Bel, 2004, p.4)

L'utilisation de déclencheurs et d'accélérateurs de travail est vivement critiquée par de nombreuses femmes qui ont vécu ces interventions médicales (HCE, 2018 ; Labrecque, 2018). Par ailleurs, le documentaire « *Pregnant in America* » (Buonaugurio, 2008) illustre cette tendance selon laquelle la date et l'heure de naissance des enfants sont désormais déterminées par l'horaire des médecins et l'organisation de l'hôpital plutôt que par la nature.

Faire plus avec moins conduit également à une augmentation de la charge de travail individuelle distribuée aux professionnel-le-s de la santé et à une réduction des effectifs, ce qui a pour incidence un plus grand nombre d'épuisements et des répercussions sur les soins prodigués aux femmes enceintes ainsi que sur la continuité de la prise en charge. Le surmenage du personnel se reflète notamment dans le soutien offert aux femmes qui accouchent (Drolet *et al.*, 2020). En somme, Freedman et Kruk (2014) considèrent que les mauvais traitements et le manque de respect envers les femmes sont le résultat d'un système de santé en crise, caractérisé par des problèmes de qualité (notamment une faible amélioration de la mortalité maternelle) et de responsabilité (une rupture de la responsabilité du système de santé non seulement

envers les usager·ère·s, mais également envers les femmes et les hommes qui y travaillent en tant que prestataires de services, qui eux-mêmes sont soumis à des conditions de travail dégradantes et irrespectueuses.

#### 1.2.6 Discours juridique face aux violences obstétricales

Jusqu'à présent, le terme « violence obstétricale » a été légalement reconnu dans cinq pays : le Venezuela, le Mexique, l'Argentine, le Brésil et l'Uruguay (Quattrocchi, 2019), qui ont tous promulgué des lois pour protéger les femmes contre cette forme de violence sexiste. Par ailleurs, réformé en 2015, le Code pénal du Chiapas, au Mexique, prévoit désormais deux à trois années de prison ainsi qu'une amende pour toute personne qui « altère le processus naturel à travers l'utilisation de techniques d'accélération (de l'accouchement), sans obtenir le consentement volontaire, explicite et éclairé de la femme » (HCE, 2018).

Cette reconnaissance légale des VO dans certains pays est certainement un pas en avant pour envisager de possibles changements dans les pratiques locales. Certes, au Québec, la notion de violence obstétricale n'existe pas encore dans le corpus législatif : elle reste l'objet du domaine militant, et depuis récemment, du domaine scientifique et académique (Gouilhers, 2017 ; Labrecque, 2018 ; Lévesque *et al.*, 2016, 2018 ; Parrat, 2019 ; St-Amant, 2013 ; Vadeboncoeur, 2004). Ainsi, si la réglementation façonne les obligations que nous avons envers les usager·ère·s, comme le croit Healy (2014a), il est possible de considérer que l'absence de base légale contribue à l'invisibilité de cette violence au Québec et au fait qu'elle soit actuellement peu prise en compte dans les offres de services de nos institutions (Grenier, 2019 ; Lévesque *et al.*, 2016 ; Lévesque *et al.*, 2018 ; Parrat, 2019).

Le rapport du HCE de 2018 souligne que les VOG sont souvent invisibles dans le répertoire juridique, en partie parce que les femmes méconnaissent leurs droits lors de la période périnatale (présentés à l'annexe L) et que les procédures disciplinaires sont inadaptées. Les associations qui accompagnent les victimes font état des difficultés rencontrées pour engager une procédure, tant auprès des organismes de santé que devant les tribunaux (HCE, 2018 ; Lévesque *et al.*, 2016). Les femmes hésitent souvent à s'engager dans ce processus en raison de la complexité des procédures, mais aussi du manque d'énergie dû aux soins du nouveau-né (Landry, 2019 ; HCE, 2018). Ce silence peut aussi résulter de la culture de l'autorité médicale qui amène les femmes à ne pas remettre en cause la démarche médicale. Certaines d'entre elles peuvent même légitimer les interventions qu'elles subissent comme étant nécessaires à l'arrivée d'un enfant en bonne santé (Déchalotte, 2017 ; Lahaye, 2018 ; Lévesque *et al.*, 2018). De ce fait,

beaucoup de femmes ne veulent pas se confronter aux violences qu'elles ont subies et souhaitent passer à autre chose, encouragées par le fait que « l'enfant va bien, et que c'est l'essentiel » (HCE, 2018, p. 145). Cette situation contribue également à l'invisibilité de cette réalité dans le répertoire juridique, et les VOG restent largement impunies à ce jour (HCE, 2018).

### 1.2.7 Discours et positionnement du travail social sur l'expérience de l'accouchement

Sur la base des résultats de la revue de littérature sur l'expérience de l'accouchement, et du fait que les sources pertinentes qui ont émergé en travail social sont pour la plupart très récentes (Ferreira, 2023 ; Labrecque, 2018 ; Landry, 2019 ; Lorrain, 2017 ; MacDougall, 2020 ; Parrat, 2019), il est possible de penser que le discours du travail social sur l'accouchement est encore jeune et que sa contribution n'est reconnue que depuis peu. Historiquement, la compréhension de l'expérience de l'accouchement a été fortement influencée par le monde médical. Or, elle a commencé à recevoir une attention croissante de la part de diverses disciplines des sciences sociales, dont celle du travail social, depuis le milieu du 20<sup>e</sup> siècle (Larkin *et al.*, 2009).

Le travail social offre une perspective critique pour comprendre l'accouchement comme un phénomène culturel, social et psychologique (Gomez *et al.*, 2020). Il permet également de considérer les besoins psychosociaux des femmes et peut aider à rendre visibles les structures sociales et culturelles qui contribuent également à la détresse de l'accouchement (Alzate, 2009 ; Gomez *et al.*, 2020 ; Labrecque, 2018 ; Landry, 2019 ; Liddell, 2019 ; Lorrain, 2017 ; MacDougall, 2020). Ce mémoire vise à contribuer à cette démarche réflexive et à combler en partie le manque de littérature en travail social sur l'expérience de l'accouchement.

Les valeurs et principes fondamentaux de la profession du travail social justifient clairement l'étude de l'expérience de l'accouchement. Tout d'abord, cela permet de s'assurer que les pratiques en vigueur répondent aux besoins des femmes et de mettre en lumière les situations où les politiques et les pratiques sont injustes ou nuisibles (IASSW, 2018, p. 7). De plus, les travailleur·euse·s sociaux·ales reconnaissent que les discours et les pratiques sociopolitiques et culturelles dominants contribuent à la normalisation de préjugés, d'oppressions, de marginalisations, d'exploitations, de violences et d'exclusions (IASSW, 2018, p. 8). Par conséquent, il est essentiel d'avoir une réflexion critique sur le discours biomédical dominant afin de permettre aux discours alternatifs et à la voix des femmes d'être entendus et pris en compte. De plus, les travailleur·euse·s sociaux·ales respectent le droit de tous les individus à prendre leurs propres

décisions et à être autonomes (IASSW, 2018, p. 7), ce qui rend centrale la question de l'autonomie et de la participation des femmes dans les décisions liées à leur accouchement. Enfin, le·la travailleur·euse social·e a pour mission de défendre les droits fondamentaux et de protéger toute personne contre la violence et la menace de violence (ACTS, 2005, p. 5), ce qui inclut de dénoncer et de lutter contre les violences obstétricales. Par conséquent, il est crucial de s'intéresser à cette question, même si elle pourrait ne concerner qu'une minorité de femmes.

### 1.3 Question de recherche et objectifs

En synthèse, ce chapitre a permis de mettre en évidence la complexité de la problématique étudiée, qui ne peut être appréhendée de manière réductrice ou unidisciplinaire. La tension constante entre l'autonomie des femmes et la prise en charge institutionnelle nourrit un débat passionné, qui doit être abordé de manière globale et prendre en compte les besoins psychosociaux des femmes, leurs droits et leur autonomie, ainsi que les défis du système de santé. Dans cette optique, la question générale retenue pour cette étude, *Comment les femmes qui donnent naissance à un enfant au Québec vivent-elles l'expérience de l'accouchement ?*, vise à offrir une vision globale de la problématique, en prenant en compte les différents discours, et en permettant un débat éclairé sur les enjeux impliqués dans l'expérience de l'accouchement au Québec. En outre, ce projet de recherche désire explorer les variations dans l'expérience des femmes en fonction des professionnel·le·s de la santé qui assurent leur accouchement. Je chercherai également à examiner l'impact du lieu de l'accouchement sur la manière dont les femmes vivent cette expérience. En intégrant ces deux dimensions dans l'analyse, j'espère approfondir notre compréhension des enjeux complexes de l'accouchement au Québec et des facteurs qui entrent en jeu dans l'expérience des femmes.

Les objectifs de cette recherche sont donc de :

1. Documenter le vécu d'une cohorte significative de femmes à l'égard de l'expérience de l'accouchement au Québec;
2. Comparer l'expérience de l'accouchement par les femmes en fonction du prestataire de soins de santé qui les a assistées et du lieu de l'accouchement;
3. Identifier, à partir des informations recueillies, des moyens d'améliorer l'expérience des femmes qui vivent un accouchement au Québec et ainsi mieux répondre à leurs besoins.

En cohérence avec les objectifs ci-haut, j'ai élaboré les hypothèses suivantes :

1. Étant donné que les femmes au Québec peuvent choisir entre un-e médecin et une sage-femme pour leur accouchement, et que chaque profession a une philosophie de soins et un modèle de pratique distinct, il est plausible de supposer que cela engendrera des différences significatives dans l'expérience de l'accouchement des femmes.
2. Je présume que les femmes rapporteront des expériences plus positives si elles ont accouché sous la supervision d'une sage-femme et en dehors d'un contexte hospitalier.
3. J'anticipe également que de nombreuses femmes feront l'expérience de difficultés lors de l'accouchement, et que certaines de ces expériences pourraient être liées à des formes de violence obstétricale.

Ces hypothèses sont étayées par les récits de naissance que j'ai recueillies au cours de mes expériences professionnelles, universitaires et personnelles dans le domaine de la périnatalité, ainsi que, bien sûr, par la littérature scientifique existante sur ce sujet.

## CHAPITRE 2

### CADRE THÉORIQUE

L'objectif de cette section est de présenter la perspective théorique choisie pour ce projet de mémoire, qui est de nature féministe et s'articule autour des concepts d'expérience, de justice reproductive et de violence obstétricale. C'est à la lumière de ce cadre théorique que les données de cette recherche seront ultérieurement analysées.

#### 2.1 Expérience des femmes et épistémologie féministe

L'épistémologie se concentre sur l'étude de la connaissance scientifique en examinant les processus d'acquisition, de validation et de fiabilité de ces connaissances. Elle implique une analyse critique du contexte historique de la production, de l'évolution et de la portée de la science en question (Dorlin, 2008). L'épistémologie féministe tient compte des questions de genre, de sexe et de pouvoir dans la production, la validation et la transmission des connaissances.

En accord avec la pensée de Sandra Harding (1991), en adoptant une épistémologie féministe, je remets en question la production traditionnelle de connaissances ainsi que les pratiques de recherche scientifique qui sont considérées comme neutres et fiables pour certains, mais qui sont souvent biaisées en faveur des perspectives et des expériences des groupes dominants, androcentrique et ethnocentrique. Les connaissances produites à partir de cette perspective peuvent être incomplètes et trompeuses, car elles ont omis ou exclu les voix et les perspectives des femmes et d'autres groupes marginalisés du processus de production du savoir dominant. Selon Harding (1991) et Dorlin (2008), il est essentiel de reconnaître que des biais, préjugés et inégalités liés au genre peuvent infiltrer la production et l'utilisation des connaissances, renforçant ainsi les inégalités de pouvoir et la discrimination.

Selon Dorlin (2008), les connaissances générées par une perspective féministe ne sont pas « anti-science », mais plutôt axées sur la promotion d'une science plus « objective ». Cette approche vise à encourager une vision plus inclusive et équitable du monde scientifique (Dorlin, 2008) en intégrant les voix des groupes marginalisés, y compris les femmes, dans la production de connaissances.

En m'engageant dans une épistémologie féministe, cette recherche questionne les normes et les pratiques de production de connaissances qui peuvent avoir avantage certains groupes au détriment d'autres tout au long de l'histoire.

### 2.1.1 L'expérience des femmes d'un point de vue féministe

Plusieurs féministes considèrent l'expérience comme un concept clé dans la production de connaissances féministes (Butler et Scott, 1992). On parle alors de l'expérience des femmes comme point de départ de l'épistémologie féministe.

Les épistémologies féministes (Butler et Scott, 1992 ; Dorlin, 2008 ; Harding, 1991 ; McNay, 2004) mettent en avant que la prise en compte de l'expérience des femmes en recherche remplit trois fonctions importantes.

Premièrement, cela a une fonction expressive, car elle révèle des connaissances et des réalités invisibilisées et dévalorisées dans la construction du savoir dominant. En d'autres termes, elle permet de transformer l'expérience des femmes en un savoir qui mérite d'être valorisé et pris en compte.

Deuxièmement, cela a une fonction critique. En éclairant les conditions matérielles d'existence des femmes ignorées par le savoir dominant, elle démontre que la représentation dominante, biaisée et partielle, de ce savoir est préjudiciable aux femmes (Dorlin, 2008). Elle met également en évidence la manière dont les structures de pouvoir patriarcales sont maintenues par l'exclusion et la marginalisation de certaines connaissances.

Troisièmement, l'expérience des femmes est dotée d'une fonction politique, dans la mesure où elle permet de transformer des expériences individuelles en une lutte collective contre l'oppression. Le slogan « le personnel est politique » incarne cette idée en encourageant les femmes à partager des événements qu'elles croyaient être personnels, tels que des avortements, des viols ou de l'oppression, et à réaliser que ces expériences sont partagées par d'autres femmes, constituant ainsi une réalité commune. Cette prise de conscience collective a pour effet de reconnaître l'existence d'une oppression partagée et de favoriser une action collective pour trouver une solution (Dorlin, 2008). Ainsi, comme l'a souligné Carroll Hanish : « nos problèmes personnels sont des problèmes politiques pour lesquels il n'existe aucune solution personnelle. Il ne peut y avoir qu'une action collective pour une solution collective » (Picq, 1995, p. 342).

### 2.1.2 L'expérience sociale

La notion d'expérience sociale du sociologue français François Dubet (2007) est un concept théorique qui est pertinent pour étudier l'expérience de l'accouchement sous l'angle du travail social. Issu des travaux sur l'exclusion et les inégalités sociales, le concept s'inscrit dans ce que l'on appelle aujourd'hui la *Sociologie de l'expérience*. L'expérience sociale est définie comme une combinaison de « logiques d'action » qui relie l'acteur (l'individu, la personne, la femme) à chacune des dimensions d'un système social, celui-ci relevant aussi bien de l'institutionnel que du culturel. L'expérience rattache donc l'acteur au système. Selon Dubet (2007), ces logiques d'action sont l'expression d'influences sociales telles que les normes culturelles, les contraintes institutionnelles et les rapports de pouvoir.

Les relations sociales jouent un rôle crucial dans le concept de l'expérience sociale puisque ce sont ces mêmes logiques d'action qui guident et orientent le comportement des individus dans la vie sociale, y compris dans leurs interactions avec d'autres individus, des groupes et des institutions. Ces interactions entre les différents acteurs sont déterminantes pour la construction de l'expérience sociale des personnes. Pour Dubet (2007), l'expérience sociale est le produit de la rencontre entre les structures sociales (les normes, les valeurs, les institutions) et les acteurs sociaux (les individus et les groupes). Cette rencontre façonne les expériences et les trajectoires de vie des individus.

Dubet (2007) nous invite à prendre en considération la pluralité de logiques d'action et à voir comment les acteurs se retrouvent souvent pris dans des tensions inhérentes. En conséquence, il n'est pas possible de postuler de manière univoque sur les causalités du fonctionnement des systèmes et de la manière dont leurs logiques s'imposent aux acteurs. Les influences multiples s'entrecroisent de manière complexe. Dans le cadre d'une recherche en travail social portant sur l'expérience de l'accouchement, le concept permet de comprendre l'expérience individuelle de l'accouchement comme étant construite socialement, dans le jeu complexe des relations et des influences sociales. L'analyse de cette expérience nous permettra de mettre en lumière les différentes logiques d'action en jeu dans l'expérience de l'accouchement par les femmes au Québec.

## 2.2 Les violences spécifiques aux accouchements

Dans le cadre de cette recherche, une attention sera aussi portée aux éléments pouvant se rapporter à des formes de violence dans l'expérience de l'accouchement des femmes du Québec. Pour ce faire, nous allons nous appuyer sur le concept de violence obstétricale introduit au chapitre précédent. Avant cela, il

importe de définir la violence institutionnelle et la violence basée sur le genre, car il est communément admis que la VO est leur addition ou intersection (Grenier, 2019 ; Labrecque, 2018 ; Lahaye, 2018 ; Vadeboncoeur, 2004). Bohren et ses collègues (2015) notent que bien que la violence obstétricale soit reconnue dans de nombreuses régions du monde, il n'existe pas de définition et de mesure universellement acceptées à l'échelle mondiale. Néanmoins, Lévesque et ses collègues (2018) ont repéré des attributs associés au concept de la violence obstétricale en examinant plusieurs définitions évoquées dans les écrits portant sur les violences subies lors de l'accouchement. Les caractéristiques constantes observées lors d'occurrences de VO tournent autour du consentement, de l'agentivité et de la subjectivité. Ces caractéristiques seront détaillées ultérieurement.

### 2.2.1 La violence institutionnelle

Selon Bembem (2016, cité dans Grenier 2019, p.31), la violence institutionnelle est définie comme « toute action commise dans et par une institution, ou toute absence d'action, qui cause à un individu une souffrance physique ou psychologique inutile ». Lahaye (2018) affirme que toute institution a tendance à produire de la violence, qui peut se manifester de différentes façons, y compris par la mise en place de procédures et d'organisation qui négligent les besoins des personnes prises en charge. Cette violence peut prendre la forme de violence physique ou verbale, mais aussi de « violence silencieuse », celle qui nie la personne et la rend invisible (Lahaye, 2018).

Dans le contexte de l'accouchement, la violence institutionnelle peut se manifester par le manque de personnel, les gardes interminables, l'observation à travers des machines plutôt que par la présence humaine d'un-e soignant-e, et les rapports de domination entre les professionnel-le-s de la santé au sein des maternités, qui peuvent affecter les patientes (Grenier, 2019; Lahaye, 2018). Les règles de financement des hôpitaux qui favorisent l'acte technique plutôt que l'accompagnement humain peuvent également contribuer à la violence institutionnelle (Grenier, 2019, p. 34). En outre, les coupes budgétaires, l'efficacité de gestion et les réformes organisationnelles peuvent également jouer un rôle important dans la qualité des soins reçus par les patient-e-s et éventuellement, dans la fragilisation du respect de leurs droits (Grenier, 2019).

Il est important de noter que la violence institutionnelle est caractérisée par les conséquences de l'action plutôt que par la nature violente de l'action elle-même (Grenier, 2019, p. 32). Plusieurs membres du personnel soignant vont généralement s'opposer à l'usage du terme de « violence », insistant qu'ils sont

guidés de l'intention première de faire « le bien », de soigner, de sauver des vies. Même si l'intention des professionnel-le-s n'est jamais de « faire du mal », le point central pour définir la violence est l'existence concrète de préjudice chez la victime (HCE, 2018). De fait, comme le mentionne dans son mémoire Nathalie Ferreira « Avoir de bonnes intentions n'empêche pas de faire violence. », « 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-e-s » (Ferreira, 2023, p. 35). Pour éviter la diabolisation des professionnel-le-s de la santé, il est donc important de placer les violences obstétricales dans le contexte plus large de la violence institutionnelle (Grenier, 2019; Labrecque, 2018; Vadeboncoeur, 2004). Cela implique de reconnaître l'idée de transmission d'une culture de pratiques violentes qui se vit concrètement, physiquement, mais dont la source est structurelle (Grenier, 2019).

### 2.2.2 La violence de genre

La violence envers les femmes représente un enjeu social qui met en danger la santé, les droits humains et les libertés fondamentales des femmes, comme l'ont souligné des travaux tels que ceux de Cabal *et al.*(2003) et de l'OMS (2005). Selon les Nations Unies, elle englobe « tous les actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée » (OMS, 2023).

La violence de genre est une forme de violence qui cible spécifiquement les femmes parce qu'elles sont des femmes (Lahaye, 2018). Elle est enracinée dans des rapports de force historiquement inégaux entre les hommes et les femmes, qui ont entraîné la domination et la discrimination des femmes par les hommes (Lahaye, 2018). Elle s'appuie également sur les stéréotypes de genre qui assignent des caractéristiques physiques et mentales différentes selon les sexes qui justifient également les rôles prédéfinis dans la société (Young, 1990). Par exemple, les femmes sont considérées comme faibles, intuitives et futiles, tandis que les hommes sont forts, rationnels et responsables.

Depuis les années 1960 et 1970, les mouvements féministes ont contribué à mettre en lumière la violence envers les femmes et à la politiser, popularisant ainsi le slogan emblématique « Le privé est politique » (Dorlin, 2008). Les militantes et théoriciennes féministes ont notamment cherché à sensibiliser l'opinion publique à la réalité de la violence conjugale, qui était autrefois considérée comme un sujet tabou et dissimulé au sein de la sphère privée. Marie-Pier Landry (2019), qui a réalisé un mémoire en travail social

sur les violences obstétricales au Québec, soutient que de la même manière que la société a pris conscience de la violence conjugale et a décidé de la sortir de la « chambre à coucher », il est maintenant temps de faire sortir la violence obstétricale de la « chambre à accoucher ». Elle est d'avis que la violence obstétricale demeure souvent méconnue et dissimulée, car elle survient dans un contexte intime et privé, tel que la salle d'accouchement, où les femmes se trouvent souvent dans une position vulnérable (Vadeboncoeur, 2004). C'est dans cette perspective, celle d'interroger les réalités invisibles, que cette recherche a été initiée.

### 2.2.3 La violence obstétricale

Ainsi, la violence obstétricale se caractérise par une superposition de la violence institutionnelle et de la violence fondée sur le genre, selon plusieurs auteures (Grenier, 2019 ; Labrecque, 2018 ; Vadeboncoeur, 2004). Les définitions de cette violence sont multiples dans la littérature, notamment dans le domaine juridique en Amérique latine. Dans le chapitre précédent, nous avons vu la définition de la violence obstétricale telle qu'elle est énoncée dans l'article 15 de la loi vénézuélienne :

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 la 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 en ce qui concerne leur propre corps et leur sexualité, ce qui influe négativement sur leur qualité de vie. » (Pérez D'Gregorio, 2010, p. 1) [ma traduction].

Le Mexique a suivi l'exemple du Venezuela en définissant également la violence obstétricale dans une loi fédérale, qui a été adoptée par quatre États et concerne « l'accès des femmes à une vie sans violence ».

Sa définition de la VO est la suivante :

Toute conduite, action, ou omission exercée par le personnel de santé, de façon directe ou indirecte, et qui affecte les femmes pendant le processus de la grossesse, du travail, de l'accouchement ou des suites de l'accouchement, qui s'exprime par :

- a — Un traitement déshumanisant ;
- b — Des pratiques ne prenant pas en compte le consentement éclairé de la femme, telles que la stérilisation forcée ;
- c — Une absence d'attention opportune et efficace en urgences obstétricales ;
- d — Ne pas favoriser le rapprochement précoce de la mère et de l'enfant, en l'absence de justifications médicales ;

- e — Altérer le processus naturel d'accouchement à bas risque, par une pathologisation, un abus de médication, en usant de techniques d'accélération du travail, sans que cela soit nécessaire ;
  - f — Pratiquer une césarienne quand les conditions permettent un accouchement naturel.
- (Audibert, 2016, p. 49)

De son côté, l'Argentine adopte aussi en 2009 un texte à la formulation très semblable à celui du Venezuela. La « violence obstétricale » y est : « [...] celle exercée par le personnel de santé sur le corps et les processus reproductifs des femmes, exprimée par un traitement déshumanisant, un abus de médicalisation et une pathologisation de processus naturels » (Vacaflor, 2016, p. 66) [ma traduction].

Pour les auteures féministes Négrié et Cascales (2016), la pathologisation de l'accouchement se définit ainsi :

Il s'agit là de refabriquer par le biais de nouveaux rites (ici médicaux) le corps reproducteur féminin. On remplace les hormones sécrétées spontanément dans le corps féminin par des hormones synthèse pour réduire la durée de l'accouchement, on entrave le processus physiologique de l'expulsion de l'enfant — en allongeant les femmes en travail, en ne leur permettant pas de pousser quand elles en ressentent le besoin, ou en leur ordonnant de le faire dans le cas contraire, ou encore en les anesthésiant — pour le remplacer par une expulsion artificielle menée par des poussées dirigées, l'usage de forceps ou de ventouse, voire la pratique de l'épisiotomie, et parfois même le recours à la césarienne. Finalement, toutes les fonctions physiologiques opérantes pour accoucher sont neutralisées et recrées artificiellement. Le corps est ainsi refaçonné pour correspondre à de nouvelles normes d'enfantement qui privent les femmes-mères de leur statut de sujet, les contraignant à devenir totalement passives, et dépendantes du corps médical. (Négrié et Cascales, 2016, p. 193)

Ainsi, la pathologisation du processus est étroitement liée à la surmédicalisation ou hypermédicalisation de l'accouchement caractérisée par l'utilisation d'interventions médicales non justifiées par les données probantes, alors même que les données statistiques (MSSS *et al.*, 2008) indiquent que plus de 85 % des accouchements sont considérés comme normaux et ne nécessitent pas d'être médicalisés ou accélérés.

Le traitement déshumanisant ou dénigrant des femmes qui accouchent peut consister à porter atteinte à leur dignité, à les infantiliser, à ne pas reconnaître leur aptitude à prendre des décisions et à ne pas respecter leur intimité (HCE, 2018).

Par ailleurs, d'autres militantes et travaux de recherche ont aussi tenté de définir le concept de la violence obstétricale. Dans le monde francophone, Marie-Hélène Lahaye (2018), féministe, juriste et auteure belge,

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

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

Cette définition contient quatre éléments constitutifs :

1. tout comportement, acte, omission ou abstention : cette énumération couvre l'ensemble des événements qui peuvent se produire dans une maternité ou lors d'une consultation. Il ne s'agit pas uniquement d'actes posés, mais aussi de l'attitude du personnel soignant, les mots déplacés qu'il utilise, le manque de respect, l'infantilisation de la femme, la violence psychologique en général. S'ajoutent l'omission et l'abstention qui visent l'absence de réaction ou d'acte face à une demande de la parturiente, la négation de son ressenti, la non-prise en compte de sa douleur ou de ses besoins ou souhaits particuliers.

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

3. Pas justifié médicalement : il s'agit d'une référence à l'*Evidence Based Medecine* (EBM), la médecine basée sur les données probantes, c'est-à-dire l'utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures données (preuves) actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient. [...] Cette référence à l'EBM permet donc de considérer que tout acte justifié non pas par des données scientifiques, mais par des propos de type « c'est ce qu'on m'a appris pendant mes études », « c'est le protocole », « c'est pour faciliter l'organisation du service », « ça permet au gynécologue d'être plus confortablement installé, mieux voir ou mieux contrôler la situation », « ici, on ne prend aucun risque » tombe dans la définition de la violence obstétricale.

4. Le consentement libre et éclairé de la parturiente : ces mots renvoient à la loi Kouchner. Toute atteinte au corps sans le consentement de la personne est une violence. Quand cette atteinte est faite au sexe, il s'agit même d'une agression sexuelle, voire d'un viol. Les termes « libre et éclairé » impliquent une information préalable de la part du professionnel, un dialogue entre le médecin et la future mère, un échange d'information pour que la parturiente puisse donner son consentement de façon lucide, et l'absence de toute pression, menace et autre procédé afin que le consentement soit libre. (Lahaye, 2018, p. 187-188)

Enfin, Bohren *et al.* (2015) ont mené une analyse portant sur 65 études relatives à l'accouchement réalisées dans 34 pays différents, dans le but d'identifier les comportements considérés comme abusifs dans une variété de contextes géographiques et socio-économiques. Les résultats de cette analyse sont présentés dans leur article en six axes.

1. La violence physique, qui peut inclure les coups, les agressions, les abus physiques, les « contacts brutaux » et l'utilisation d'une force extrême, commis par des médecins, des infirmier·ère·s et des sages-femmes.
2. La violence verbale, le plus souvent perpétrée sous forme d'insultes raciales et désobligeantes, de commentaires inappropriés sur l'activité sexuelle des clientes, de menaces de mauvais résultats (« votre bébé va mourir ») ou de refus de traitement. Les femmes ont signalé être maltraitées lorsqu'elles ne suivaient pas les règles ou ne faisaient pas ce qu'on leur disait.
3. La stigmatisation et la discrimination, le traitement partial et défavorable basé sur l'ethnicité, la race ou la religion, l'âge, le statut socio-économique et les conditions médicales de la femme, y compris l'obésité.
4. Le non-respect des normes professionnelles de soins, notamment l'absence de consentement, le non-respect de la confidentialité, la négligence, l'abandon des patientes, les examens et traitements inappropriés.
5. Une mauvaise relation entre le prestataire de soins et la femme, citant une communication inefficace, le manque de soins de soutien et la perte d'autonomie de la patiente.
6. Les contraintes et les restrictions organisationnelles, incluant le manque de ressources humaines et matérielles, la culture des établissements de santé et l'absence de politiques permettant aux femmes d'exprimer leur opinion sur les traitements et les services pendant l'accouchement.

#### 2.2.3.1 Les caractéristiques de la violence obstétricale

Je vais maintenant énumérer les attributs associés au concept de la violence obstétricale qui ont été proposés par Lévesque *et al.* (2018).

##### 2.2.3.1.1 Violence obstétricale : le consentement

Tous les auteurs consultés sont unanimes pour affirmer qu'une caractéristique fondamentale de la violence obstétricale est l'absence de consentement libre et éclairé. Labrecque (2018) souligne que les femmes ayant vécu des expériences d'accouchement négatives ont souvent subi des interventions médicales ou obstétricales courantes sans avoir donné un consentement éclairé préalable.

Au Québec, la définition juridique du consentement aux soins et son encadrement s'effectuent par le biais de l'article 9 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, c. S-4.2.) et l'article 11 du *Code civil du Québec* (RLRQ, c. CCQ-1991) qui énonce que « nul ne peut être soumis sans son consentement à

des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention ». Le consentement aux soins est aussi inscrit dans le Code de déontologie des médecins et des sages-femmes du Québec (*Code de déontologie des médecins*, RLRQ c M-9, r. 17 ; *Code de déontologie des sages-femmes*, RLRQ c S-0.1, r. 5). Le « consentement libre et éclairé » s'applique bien entendu à la femme qui accouche puisqu'elle reçoit des soins (Cadorette, 2006).

La notion de consentement « éclairé » a été précisée par le Collège des médecins du Québec, qui souligne que celui-ci est à la fois un droit pour le·la patient·e et un devoir pour le·la médecin. Elle stipule que la personne doit être en mesure de prendre sa décision en toute connaissance de cause et pour ce faire le·la médecin doit veiller à « donner les renseignements nécessaires et suffisants à l'expression du consentement [et] vérifier si le patient a compris les informations fournies. » (CMQ et Barreau du Québec, 2018, p. 23-24)

Cette communication d'informations, préalable au consentement, constitue un élément essentiel de ce processus. De manière générale, l'information doit éclairer le·la patient·e sur :

- le diagnostic ou du moins la nature de la maladie (si le diagnostic est incertain, fournir les précisions nécessaires);
- la nature et l'objectif des interventions, diagnostiques ou thérapeutiques, proposées (expliquer pourquoi ces interventions sont retenues plutôt que les autres);
- les risques prévisibles, probables des interventions;
- les résultats escomptés, dont les chances de réussite du traitement, mais aussi leur impact sur la vie du patient;
- les autres choix possibles : la nature, les risques et les bénéfices de chacun;
- les conséquences d'un refus, si envisagé;
- l'identité de la personne qui réalisera, en tout ou en partie, la procédure, l'intervention ou le traitement, si ce n'est pas le médecin avec qui la décision est prise (CMQ et Barreau du Québec, 2018, p.24).

La notion de consentement « libre » est pour sa part définie comme suit : « Pour que le consentement soit "le plus libre possible", il doit être obtenu sans pression, menace, contrainte ou promesse de la part du médecin, de la famille ou de l'entourage du patient, voire des instances administratives et des impératifs budgétaires » (CMQ et Barreau du Québec, 2018, p. 23). Il est donc important qu'aucune pression ne soit exercée, par les équipes médicales, sur la parturiente pour lui faire accepter un traitement. Celle-ci doit se sentir entièrement libre d'accepter ou de refuser l'intervention proposée.

Marlène Cadorette (2006, p. 16), qui a rédigé une thèse sur le consentement des parturientes en droit québécois, confirme qu'en droit, l'existence d'un consentement libre et éclairé se vérifie par trois éléments :

- 1) la présence d'un contexte de liberté qui caractérise la demande de consentement et son obtention
- 2) l'information pertinente en droit donnée à la personne soignée, et
- 3) l'aptitude à consentir de cette dernière.

Au regard de l'aptitude à consentir, si plusieurs auteur·e·s dénoncent qu'il est difficile d'obtenir un consentement éclairé au moment de l'accouchement puisque cet événement constitue un moment de vulnérabilité ou de non-disponibilité pour les femmes, Cadorette (2006, p. 14) précise dans sa thèse que « cette situation de vulnérabilité ne signifie pas que l'aptitude et la capacité de choix des femmes enceintes et parturientes sont diminuées lors de l'accouchement, mais que la fatigue, l'anxiété et la douleur rendent plus difficile le fait de faire respecter leur intégrité et leurs choix ».

En outre, selon l'article 14 du *Code civil du Québec* (RLRQ, c. CCQ-1991), il existe des exemptions à l'obligation de consentement aux soins, notamment dans les situations d'urgence où « la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée ». Selon Cadorette (2006, p. 102-103), si la notion « vie de la personne est en danger » se comprend facilement comme étant une situation d'imminence de mort, la signification de « intégrité menacée » est plus complexe. La définition donnée à cette expression est cependant décisive, car elle établit les circonstances dans lesquelles les médecins peuvent pratiquer des interventions sur des patient·e·s sans leur consentement, du fait que recueillir celui-ci dans des délais raisonnables est empêché par l'urgence de la situation. L'expression « intégrité » est généralement comprise comme étant ce qui est complet ou entier. Ainsi, l'intégrité d'une personne est menacée lorsqu'elle risque de perdre un organe, un membre ou l'usage de certaines fonctions physiques ou cognitives, même si cette perte n'entraîne pas nécessairement la mort, dans la mesure où elle peut conduire à une diminution des capacités personnelles et à une altération de la qualité de vie (Cadorette, 2006, p. 102-103).

La notion d'urgence peut s'appliquer à la fois à la mère et au fœtus dans le contexte de l'accouchement. Dans ce cas, si les soignants estiment que la mère est prête à subir une invasion corporelle importante pour que son enfant naisse en santé, ils·elles peuvent se sentir libres de passer outre à la demande de consentement, assimilant l'intégrité du fœtus à celle de la mère pour sauver la vie en danger. Cependant,

les réflexions de Cadorette (2006, p. 103) sur la notion d'urgence fœtale soulignent le danger que cet argument puisse être utilisé pour justifier des interventions sans demande de consentement, ce qui représente un danger pour les femmes. Il est important de souligner que la loi ne reconnaît pas le fœtus comme un être humain et ne lui octroie donc pas de statut juridique avant sa naissance (*Code criminel*, L.R.C. (1985), ch. C-46). Par conséquent, aucune décision ou intervention ne devrait pouvoir être imposée à une femme enceinte contre sa volonté sous prétexte de protéger le fœtus. Il est essentiel de comprendre que la notion de danger ou d'urgence doit être interprétée de manière restreinte et limitée pour éviter d'élargir les exemptions à l'obligation de consentement et d'encourir des atteintes corporelles non consenties.

L'article 10 du *Code civil du Québec* (RLRQ, c. CCQ-1991) stipule que l'exigence du consentement libre et éclairé est nécessaire à la protection de l'intégrité de la personne. Par conséquent, si le consentement n'est pas respecté, suivant une prise de décision éclairée, il s'agit d'une atteinte aux droits et à l'intégrité de la personne. Le consentement est aussi spécifique et doit être réitéré à chaque nouveau soin, de routine ou non (Cadorette, 2006).

Les principes fondateurs de la notion de consentement en santé sont l'inviolabilité du corps de la personne et l'autodétermination de la personne :

Le principe d'autonomie (ou d'autodétermination) est effectivement ce qui marque un tournant dans la philosophie de la relation médecin-patiente, passant alors d'un modèle paternaliste, où la décision de traitement revenait entièrement au médecin, à un modèle autonomiste où la personne peut exprimer ses choix et volontés, dans lequel le consentement est devenu un outil obligatoire pour assurer le respect des droits des patient-e-s (Grenier, 2019, p. 35).

En conclusion, malgré son encadrement législatif et professionnel, les composantes du consentement aux soins en obstétrique sont multiples et complexes. Le consentement est une préoccupation centrale au cœur des VO, et cette recherche entend explorer si le droit à l'autonomie décisionnelle de la parturiente est respecté pendant l'accouchement.

#### 2.2.3.1.2 Violence obstétricale : l'agentivité des femmes

Selon Lévesque *et al.* (2008), dans les cas de violence obstétricale, les femmes voient leur agentivité reproductive ignorée. Des chercheur-e-s définissent l'agentivité comme la capacité à agir de manière

compétente, raisonnée, consciencieuse et réfléchi (Smette, Stefansen et Mossigne, 2009, cités dans Lévesque *et al.*, 2018, p. 224). L'agentivité reproductive fait référence à la capacité des individus à réfléchir, planifier et articuler leurs préférences et choix en matière de grossesse et d'accouchement, dans un contexte de relations de pouvoir (Weigl, 2010, cités dans Lévesque *et al.*, 2018, p. 225). Le concept d'agentivité, introduit dans les études de genre dans les années 1990, est associé à d'autres phénomènes tels que le libre-arbitre, l'autonomie et l'autonomisation (Granger, 2022). Par ailleurs, l'agentivité est une notion centrale des travaux de la féministe Judith Butler. Pour cette dernière, l'agentivité représente « la capacité à faire quelque chose avec ce qu'on fait de moi » (Butler et Cervulle, 2006, p. 15) « c'est-à-dire le fait qu'en tant que sujet, je suis constitué-e par des rapports de pouvoirs dont je dépends, mais sur lesquels j'ai la possibilité, parfois mince, d'agir » (Marignier, 2015, p. 4). Selon plusieurs chercheur-e-s, l'agentivité permet aux femmes d'échapper au contrôle médical et à la (sur)médicalisation de leur corps et de ses phénomènes biologiques naturels (Gaucher *et al.*, 2002, cité dans Granger, 2022, p.10).

Selon plusieurs études, la violence obstétricale peut se manifester par une non-reconnaissance des choix et des préférences des femmes quant à leur accouchement, les conditions et le rythme étant dictés par les protocoles hospitaliers plutôt que par les décisions libres et éclairées des patientes (Cadorette, 2006 ; Vadeboncoeur, 2004). Les professionnel-le-s de santé peuvent ainsi placer les femmes dans une position d'obéissance et ne pas tenir compte de leur autonomie et de leur pouvoir d'autodétermination, entraînant des expériences traumatiques (Elmir et al. 2010 ; Forssén 2012 ; Sanchez, 2014, cité dans Lévesque *et al.*, 2018). Pour appréhender l'expérience de l'accouchement sous un angle féministe, il est donc essentiel d'analyser l'agentivité des femmes dans celle-ci.

#### 2.2.3.1.3 Violence obstétricale : la dimension subjective de la violence

La violence obstétricale est une expérience dont la reconnaissance varie d'une personne à l'autre, d'un contexte à l'autre et d'une culture à l'autre (Lévesque *et al.*, 2018). De fait, le filtre d'analyse principal de la violence obstétricale est la perception subjective de la femme ou de son entourage de cette expérience. Ainsi, toujours selon Lévesque *et al.* (p. 225) « ce qui est perçu comme violent par une femme accouchant peut ne pas l'être par une autre, par son conjoint ou sa conjointe ou encore par les personnes qui l'accompagnent ».

### 2.3 La justice reproductive

Le concept de justice reproductive fait également partie intégrante des réflexions entourant cette étude. Le cadre d'analyse féministe de la justice reproductive s'inscrit dans le mouvement pour la justice sociale et les droits de la personne (FQPN, 2014). L'objectif de la justice reproductive est que chaque femme puisse posséder, contrôler et prendre ses propres décisions à propos de son corps, de sa santé et de ses relations. La justice reproductive s'intéresse donc aux contraintes culturelles, sexuelles, sexistes, coloniales et structurelles qui limitent l'autonomie reproductive des femmes (FQPN, 2014).

Loretta J. Ross, militante féministe, a contribué à l'émergence de ce concept dans les années 1990, de même que les femmes racisées et autochtones qui ont milité pour le respect des droits civiques et la coercition en matière de stérilisation et de contraception (CQFD et AQOCI, 2021 ; Eaton et Stephens, 2020 ; FQPN, 2014).

La justice reproductive est l'état de bien-être physique, mental, spirituel, politique, économique et social des femmes et des filles. Elle devient une réalité lorsque chaque femme et chaque fille a le pouvoir et les ressources économiques, sociales et politiques nécessaires pour faire des choix sains à propos de son corps, de sa sexualité et de sa reproduction, pour elle-même, pour sa famille et pour sa communauté et dans toutes les sphères de sa vie (Alliance du ruban blanc, 2017, cité dans CQFD et AQOCI, 2021, p. 3).

La justice reproductive soutient l'idée que les décisions relatives à la gestation d'un enfant et à la parentalité ont toujours été modelées par des inégalités systémiques (FQPN, 2014 ; Ross, 2017). Ainsi, ce concept défend la liberté sexuelle, la dignité individuelle, l'intégrité, la prise de décision éclairée et l'autonomie corporelle de la personne (Ross, 2017). Comme le souligne Ross, l'autonomie des femmes, des filles et des personnes LGBTQI2S+ est essentielle pour leur permettre de vivre en santé et de réaliser pleinement leurs droits sexuels et reproductifs (CQFD et AQOCI, 2021). La Fédération internationale des Travailleurs sociaux considère que lorsque les droits reproductifs des femmes sont négligés, les possibilités des femmes sur le plan de la vie publique et privée, de l'éducation et de la participation aux affaires économiques et politiques en sont gravement entravées (IFSW, 2012).

Le concept de justice reproductive sera employé dans cette étude pour enrichir les réflexions, notamment en ce qui concerne l'autonomie et la prise de décision éclairée des femmes.

En somme, cette section a permis de mettre en place une base théorique et une grille d'analyse pour interpréter les données recueillies dans le cadre de cette recherche. Avec l'orientation portée par le cadre théorique exposé ci-haut, la question de recherche et les objectifs qui en découlent m'apparaissent toujours aussi pertinents. Les expériences de l'accouchement seront donc analysées dans une perspective féministe qui reconnaît : a) les racines historiques et contemporaines de la violence à l'égard des femmes ; b) les influences sociales et les systèmes de domination qui façonnent l'expérience des femmes ; c) l'importance de protéger les droits reproductifs et de dénoncer les injustices vécues par les femmes.

## **CHAPITRE 3**

### **MÉTHODOLOGIE**

L'objectif de ce chapitre est de présenter la méthodologie utilisée dans cette étude. Dans un premier temps, je présente les fondements féministes de la recherche, puis je détaille la population cible et la technique d'échantillonnage. Ensuite, les éléments relatifs à la collecte des données ainsi que les techniques de traitement et d'analyse des données utilisées seront précisés. Enfin, une section abordera les limites, les biais et les aspects éthiques de l'étude.

#### 3.1 Fondements de la recherche

##### 3.1.1 Recherche féministe

La méthodologie employée pour ce projet de recherche s'ancre dans une épistémologie féministe à de nombreux égards. Premièrement, plusieurs auteures insistent sur un paramètre qui apparaît central à la recherche féministe, soit la valorisation de l'expérience et du vécu des femmes comme point de départ de la recherche (Ollivier et Tremblay, 2000). Comme expliqué dans le chapitre un, l'obstétrique-gynécologie s'est construite en excluant les femmes de la production de connaissances, malgré leur expérience et leur expertise en la matière. Par conséquent, cette recherche se veut un espace de réflexion où les femmes peuvent s'exprimer en toute sécurité et nous aider à mieux comprendre leur vision du monde.

Deuxièmement, cette recherche est fondée sur une forte volonté de changement social, un principe clé de la recherche féministe selon Ollivier et Tremblay (2000). En d'autres mots, ce projet de changement social s'inscrit dans une démarche de recherche à visée émancipatrice, « c'est-à-dire d'en faire un instrument d'action politique capable d'influencer les politiques publiques et de changer l'expérience des femmes » (Fonow et Cook, 1991, cité dans Ollivier et Tremblay, 2000, p. 38). Autrement dit, mon processus de recherche s'aligne avec les idées de Harding (1990), selon lesquelles la recherche féministe a deux fonctions : celle d'être destinée aux femmes, et non pas aux systèmes de dominations ; et celle de produire des résultats qui n'oppriment pas davantage les personnes, mais qui leur offrent des outils et des réponses pour améliorer leurs conditions. Selon les propos de Dorlin (2008), le savoir féministe consiste à produire du savoir en tant qu'objet et sujet de connaissance, pour contester un savoir dominant qui prend pour objet les femmes, objectivent leurs corps, leurs paroles ou leurs expériences.

Troisièmement, la recherche féministe requiert l'engagement de la chercheuse et possède une dimension militante (Ollivier et Tremblay ; 2000). En reconnaissant le rôle de la subjectivité et des émotions de la chercheuse dans le processus de recherche, l'objectivité et la subjectivité sont ici combinées pour produire des connaissances riches et néanmoins objectives. Mes expériences personnelles et professionnelles antérieures influencent ma démarche de recherche, mais je crois que leur intégration peut enrichir notre compréhension de l'expérience de l'accouchement des femmes au Québec. J'admets de plus ma subjectivité en tant qu'étudiante chercheuse en choisissant d'utiliser la première personne du singulier (le « je ») dans la rédaction de ce mémoire. Dans une démarche féministe, reconnaître notre subjectivité dans notre démarche de recherche représente également une façon de contester la supposée neutralité et l'objectivité des connaissances scientifiques et sociales.

### 3.1.2 Recherche quantitative

La littérature sur les méthodologies de recherche féministe fait état d'un large éventail de méthodes, tant qualitatives que quantitatives, à la disposition des chercheur·euse·s (Charron et Auclair, 2016 ; Ollivier et Tremblay, 2000 ; Turcotte, 2016). Selon Greaves et Wylie (1995), il est essentiel que nous reconnaissions, tant en pratique qu'en théorie, l'énorme complexité de la vie des femmes et de nos objectifs militants, et pour ce faire, un éventail de méthodes peut être utilisé. Turcotte (2016) soutient qu'il n'y a pas une seule façon de faire de la recherche féministe, car ce ne sont pas les méthodes ou les méthodologies qui sont « féministes » ou « non féministes » dans leur essence, mais plutôt des questions spécifiques émanant de certaines valeurs dites féministes. Il est donc plus logique de laisser le contexte et l'objectif de la recherche guider le choix des outils et des techniques de recherche (Greaves et Wylie, 1995, p. 334). Ainsi, la problématique de ce projet, le manque de données quantitatives disponibles sur les expériences des femmes en matière de soins périnataux au Québec et la prévalence potentielle de la violence obstétricale, a motivé l'utilisation d'une approche quantitative pour cette étude. Selon Amyotte et Pépin (2017), les méthodes quantitatives permettent d'analyser la fréquence des phénomènes sociaux et de saisir les caractéristiques moyennes ou normales d'un groupe. Cette approche permettra de dresser un portrait général de l'expérience de l'accouchement des femmes au Québec et de faire des comparaisons entre les groupes de prestataires de soins de santé et les établissements de soins. En outre, les approches quantitatives aident à situer l'expérience des femmes dans un contexte plus large et à lutter contre les dynamiques de pouvoir qui circonscrivent leur expérience comme étant singulières (Greaves et Wylie, 1995).

### 3.2 Population cible

La population cible pour cette recherche englobait l'ensemble des femmes, âgées de plus de 18 ans, qui avaient donné naissance à un enfant au Québec au cours des cinq dernières années (2017 à 2022). Les répondantes se devaient également de maîtriser le français écrit. Des critères d'exclusion ont été choisis tels :

- 1) Avoir donné naissance à un bébé prématuré de moins de 37 semaines de gestation
- 2) Avoir donné naissance à des jumeaux ou autres naissances multiples
- 3) Avoir donné naissance à un bébé mort-né
- 4) Avoir accouché depuis moins de quatre semaines.

Les trois premiers critères visaient à exclure des grossesses et des accouchements considérés comme à haut risque et donc susceptibles d'avoir nécessité des soins et des services non standard. Le choix du quatrième critère d'exclusion fut basé sur plusieurs recherches ayant exploré le moment optimal pour enquêter sur l'expérience des femmes à l'égard de l'accouchement. Ce moment « optimal » est controversé selon les études (ASPC, 2009 ; Chabbert *et al.*, 2021 ; Guittier, 2018 ; Maimburg *et al.*, 2016). Dans des études antérieures, il a été suggéré que la mesure de l'expérience de l'accouchement peu de temps après la naissance peut être biaisée par le soulagement immédiat que procure la naissance d'un enfant en bonne santé et par l'impact de « l'effet de halo » (Guittier, 2018 ; Maimburg *et al.*, 2016). Ainsi, selon la littérature, l'expérience globale de l'accouchement est mesurée de manière plus fiable dans une perspective où les femmes ont suffisamment de recul pour rapporter et intégrer des aspects plus négatifs du processus de naissance (Chabbert *et al.*, 2021 ; Guittier, 2018 ; Maimburg *et al.*, 2016). Il a donc été suggéré que de laisser s'écouler un mois, voire six à huit semaines selon d'autres (Hollins et Fleming, 2011), après la naissance de l'enfant fournirait une mesure plus valide du processus réel de l'accouchement.

Une période de cinq ans a été choisie pour augmenter les chances d'obtenir un échantillon de taille appréciable tout en maintenant un certain niveau d'actualité dans les expériences rapportées par les femmes. Selon Maimburg *et al.* (2016), les femmes se rappellent clairement leur expérience de la naissance, même cinq ans après celle-ci. Afin de disposer d'une variance aussi large que possible, toutes les femmes qui souhaitaient partager leur expérience par le biais du questionnaire et qui répondaient aux critères de sélection ont été incluses.

Bien que je ne puisse pas accéder à une liste permettant de déterminer avec exactitude le nombre de femmes admissibles au moment de l'étude. Il m'a été permis d'estimer la taille de cette population à l'aide

des statistiques de l'ISQ sur les naissances survenues au Québec au cours des années qui nous intéressent<sup>11</sup>. J'ai alors estimé à 396 666 le nombre de naissances pouvant être incluses dans cette étude. Toutefois, il convient de noter que ce chiffre ne représente pas le nombre exact de femmes éligibles, car une femme peut avoir accouché plusieurs fois au cours de la période considérée. Néanmoins, étant donné que chaque expérience de naissance est unique et peut différer considérablement d'une précédente, je vais considérer que ce chiffre correspond au nombre d'expériences de naissance différentes pouvant être recensées au cours de cette période. Il a été permis aux répondantes de soumettre plusieurs questionnaires si elles souhaitaient partager plus d'une de leurs expériences.

Afin de représenter adéquatement la diversité des expériences de l'accouchement, j'ai cherché à collecter un minimum de 384 questionnaires reflétant cette variété (Cochran, 1977 ; Lohr, 2022)<sup>12</sup>.

### 3.3 L'enquête par questionnaire en ligne

La collecte des données s'est effectuée par le biais d'un questionnaire en ligne, et ce, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, cette technique permet de rejoindre facilement un grand nombre de personnes géographiquement éloignées sur une courte période de temps et à moindre coût (Amyotte et Pépin, 2017). Le questionnaire offre également la flexibilité d'être complété au moment qui convient le mieux aux participantes (Lachance *et al.*, 2020), ce qui constitue un avantage non négligeable lorsqu'on sait que les mères de jeunes enfants ont des emplois du temps imprévisibles et des responsabilités considérables.

Quant au choix du questionnaire, plusieurs options ont été envisagées. Soulignons que compte tenu des aspects multidimensionnels qui la construisent, l'expérience de l'accouchement est tout aussi difficile à mesurer, qu'à définir (Chabbert *et al.*, 2021). Certains instruments ont été développés en ce sens, avec chacun leurs forces et leurs faiblesses. Toutefois, la majorité de ces instruments sont des questionnaires qui explorent la satisfaction des soins reçus dans les maternités plutôt que le vécu de l'expérience elle-même (Chabbert *et al.*, 2021). Les études sur l'accouchement vont quelques fois utiliser les termes

---

<sup>11</sup> Nous savons précisément qu'en 2017, 83 855 naissances ont été enregistrées au Québec. Les années suivantes, les chiffres étaient de 83 840 (2018), 84 309 (2019), 81 850 (2020), 84 900(2021) et 19 250 (janvier à mars 2022). Les statistiques ont également révélé 9 670 naissances multiples (2017 à 2021) et 18 090 naissances prématurées (avant 37 semaines) (2017 à 2019). J'ai estimé 558 naissances multiples pour les mois de janvier à mars 2022 sur la base d'une moyenne de 2,9% de naissances multiples par an et 13 020 naissances prématurées de 2020 à 2022 sur la base d'une moyenne annuelle de 7% des naissances (ISQ, 2022a, 2022b, 2023).

<sup>12</sup> Le SCAD a effectué une vérification et une validation de ce calcul d'estimation de la proportion, qui permet de déterminer la taille de l'échantillon nécessaire pour obtenir une population présentant les caractéristiques que l'on cherche à estimer.

« expérience », « satisfaction de l'accouchement » et « satisfaction des soins » de manière interchangeables. Cependant, ces concepts ne sont pas équivalents. Les concepts de satisfaction découlent de l'appréciation par la femme de la qualité des soins reçus ce jour-là (Procter *et al.*, 2017). Pour Blazquez et ses collègues (2019), la satisfaction maternelle est conceptualisée comme une perception dynamique de la mesure dans laquelle les soins de santé attendus sont reçus. En outre, la distinction entre la satisfaction des soins et la satisfaction de l'expérience de l'accouchement est ambiguë (Carquillat *et al.*, 2017 ; Larkin *et al.*, 2009). Ils sont dérivés de modèles biomédicaux de l'accouchement dans lesquels l'accent est mis sur l'obtention de résultats tels que la santé du nouveau-né, la sécurité des soins, l'efficacité des interventions, ou encore, la mortalité et la morbidité (Chabbert *et al.*, 2021). En conséquence, l'accent est mis simultanément sur la femme en tant que consommatrice de services et sur la responsabilité des prestataires de soins de santé d'évaluer l'efficacité de leurs prestations (Carquillat *et al.*, 2017). Pour toutes ses raisons, le concept de « satisfaction » m'a semblé peu approprié pour recueillir le caractère multidimensionnel de l'expérience des femmes, mais plus important encore, il m'est apparu inapproprié pour refléter leurs sentiments. Je suis d'avis que l'étude de l'accouchement est trop souvent centrée sur les résultats, mais pas suffisamment sur les processus cognitifs, émotionnels et relationnels que chaque femme vit pendant l'accouchement.

Pour contrer la complexité de l'étude de l'expérience de l'accouchement, d'autres auteur-e-s ont fait le choix d'explorer de façon unidimensionnelle certains déterminants de l'accouchement (par exemple, le sentiment de contrôle) (Chabbert *et al.*, 2021). Or, je réitère ici que ce projet de recherche tend à évaluer l'expérience de l'accouchement en embrassant sa complexité émotive et sa construction multifactorielle.

Finalement, la collecte de données pour ce mémoire s'est inspirée d'un questionnaire déjà utilisé en recherche et validé en français : le « Questionnaire d'Évaluation du Vécu de l'Accouchement » (QEVA) (voir annexe A). Cet outil permet d'évaluer le vécu de l'accouchement par les femmes en prenant en considération l'aspect multidimensionnel de l'expérience : la relation avec l'équipe médico-soignante, l'état émotionnel, les premiers instants avec le nouveau-né et le bilan à ce jour (Carquillat *et al.*, 2017). J'ai trouvé cet instrument adapté parce qu'il a été développé de manière méthodique sur la base d'une analyse rigoureuse de la littérature pertinente. De plus, il est facile et rapide à remplir (10-15 minutes). Depuis sa publication, l'évaluation de ses propriétés psychométriques a révélé un intérêt à la fois clinique<sup>13</sup> et de recherche pour investiguer l'accouchement à la fois comme un événement subjectif et

---

<sup>13</sup> Cet instrument en permettant le recueil des expériences subjectives de l'accouchement vécues par les femmes permet de dépister les mères ayant un vécu difficile de l'accouchement et un besoin de soutien, mais aussi

multidimensionnel (Chabbert *et al.*, 2021 ; Guittier, 2018). Dans le cadre de ma recherche, j'ai repris 24 des 26 questions développées dans la version complète et officielle du QEVA et je me suis permis de rajouter quatre questions plus spécifiques à la problématique de recherche et au cadre d'analyse choisi. Ces questions ajoutées concernent la prise de décision en toute autonomie, le consentement aux soins, le respect de l'intimité et enfin la présence de gestes ou de commentaires inappropriés et/ou sexistes lors de l'accouchement. En effet, puisque le QEVA n'a pas été élaboré dans une perspective féministe ni dans une visée d'exploration des expériences de violence obstétricales, l'ajout de certains items avait pour but d'assurer une plus grande cohérence entre les données de la recherche et le cadre théorique retenu.

Le questionnaire a été autoadministré à partir du logiciel LimeSurvey, hébergé par l'UQAM. Précisément, le questionnaire était divisé en sept sections, dont les éléments sont précisés dans le tableau 3.1.

Pour chacun des énoncés retrouvés dans le questionnaire, les répondantes ont été invitées à indiquer dans quelle mesure elles étaient d'accord avec les énoncés présentés à l'aide d'une échelle de Likert à quatre modalités de réponse (tout à fait ; en partie ; pas tellement ; pas du tout)<sup>14</sup>.

Les sections trois, quatre et cinq du questionnaire utilisé sont des représentations fidèles du QEVA.

Les deux premières sections de mon questionnaire sont pour leur part des ajouts au QEVA qui permettent d'obtenir des informations représentatives des femmes qui ont participé à l'étude. Enfin, une sixième section a été jugée nécessaire conformément à mes objectifs de recherche, à savoir la volonté d'identifier, à partir des informations recueillies, des pistes pour améliorer l'expérience des femmes qui accouchent au Québec et, ainsi, mieux répondre à leurs besoins.

L'instrument de mesure utilisé pour mener cette recherche est présenté à l'annexe B. En totalité, prenant en compte les ajouts au QEVA, le questionnaire utilisé comportait 40 questions. Le temps estimé pour remplir le questionnaire était d'environ quinze minutes, ce qui, selon plusieurs participantes, était effectif.

---

d'adapter les services destinés à celles-ci en fonction des dimensions du vécu de l'accouchement et des difficultés associées (Carquillat *et al.*, 2017).

<sup>14</sup> Une alternative de réponse offerte était l'option « pas concernée », donnant ainsi la possibilité à une femme de ne pas répondre à une question qui ne faisait pas partie de son expérience ou qu'elle préférait éviter.

Tableau 3.1 Sections du questionnaire utilisé pour l'enquête en ligne

<b>Renseignements personnels</b>	Données sociodémographiques : l'âge, la gestité (nombre de grossesses vécues), l'état civil, le niveau de scolarité complété, le processus d'immigration ainsi que l'appartenance à un groupe ethnoculturel.
<b>Renseignement sur l'accouchement</b>	Données obstétricales et néonatales : l'année et le lieu de l'accouchement, les professionnel-le-s de la santé responsable des soins lors de l'accouchement, la participation à des cours prénataux, les interventions obstétricales, les critères d'exclusion (prématurité, décès néonatal, grossesse multiple).
<b>État émotionnel et relation avec l'équipe médico-soignante durant l'accouchement</b>	Quinze énoncés : le sentiment de sécurité et de confiance de la femme au moment de l'accouchement, sa perception du soutien reçu, sa participation aux décisions la concernant, la liberté de mouvement, la satisfaction, la communication, le respect de l'intimité, etc.
<b>Premiers instants avec le nouveau-né</b>	Trois énoncés : la satisfaction de la mère à l'égard de ces moments de découverte avec son enfant (découverte visuelle et moment où elle a pu tenir l'enfant dans ses bras) et la conformité de ces moments avec ses attentes initiales.
<b>Bilan de l'expérience à ce jour</b>	Perception globale de l'accouchement sur une échelle de 0 à 10, allant d'une expérience très mauvaise à une expérience très bonne.  Cinq énoncés <sup>15</sup> : les sentiments de regret, de fierté, d'échec, la peur d'accoucher à nouveau et la compréhension des événements survenus.
<b>Soutien reçu ou souhaité</b>	Deux questions à choix multiples où les répondantes pouvaient sélectionner les formes de soutien qui leur avaient été utiles en lien avec leur expérience d'accouchement, ainsi que les ressources ou formes de soutien qu'elles auraient trouvées profitables.
<b>Commentaires libres</b>	Les répondantes avaient la possibilité de s'exprimer librement sur leur expérience de l'accouchement, soit sur des thèmes déjà abordés dans le questionnaire, soit sur des aspects qui leur tenaient à cœur, mais qui n'avaient pas été traités.

### 3.4 Recrutement

La participation à cette recherche était volontaire. Les femmes ciblées par cette recherche ont été invitées à participer à l'étude par le biais d'une affiche d'appel à la participation (voir annexe C) sur le réseau social

<sup>15</sup> Malheureusement, en raison d'une erreur lors de la reproduction du questionnaire sur LimeSurvey, les résultats de ces cinq affirmations n'ont pas pu être recueillis. Ces données ne seront donc pas étudiées.

Facebook<sup>16</sup>. Cette affiche a d'abord été publiée sur ma page Facebook personnelle d'où elle a été partagée 839 fois au sein des femmes et mères de mon réseau, mais aussi sur certains groupes destinés aux mères du Québec. La liste des groupes Facebook où l'affiche de recrutement a été diffusée se retrouve à l'annexe D.

La collecte de données a duré une semaine, soit du 18 avril 2022 au 25 avril 2022<sup>17</sup>.

### 3.5 Traitement et analyse des données

Pour le traitement et l'analyse des données collectées par l'entremise du sondage, j'ai bénéficié du soutien de Jill Vandermeerschen du service de consultation statistique pour le traitement et l'analyse des données de l'UQAM (SCAD) pour m'aider dans l'utilisation du logiciel Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) et pour orienter le choix et l'exécution des analyses statistiques pertinentes à mes objectifs de recherche.

La première étape a consisté à transférer toutes les données compilées sur LimeSurvey vers le logiciel d'analyse statistique SPSS. J'ai ensuite passé en revue la totalité des questionnaires afin de ne retenir que ceux qui étaient complets et répondaient aux critères de sélection<sup>18</sup>.

Toutes les analyses statistiques ont été réalisées par l'entremise du logiciel SPSS. Les données sociodémographiques, obstétricales, néonatales et les données obtenues à l'aide d'échelles Likert ou de choix multiples ont fait l'objet d'analyses statistiques de type descriptives afin d'obtenir des fréquences et des pourcentages pour chacun des choix.

Pour l'objectif de recherche qui visait à comparer l'expérience de l'accouchement en fonction du type de prestataire de soins de santé et du lieu de naissance, les données ont été séparées en groupes :

---

<sup>16</sup> J'ai opté pour Facebook comme plateforme de diffusion du sondage en ligne en raison de plusieurs avantages : une audience massive, une diffusion ciblée pour des réponses pertinentes, une facilité de partage pour étendre la portée de l'enquête, et un environnement interactif pour encourager la participation.

<sup>17</sup> La collecte de données s'est terminée après seulement sept jours, car l'objectif de recueillir 384 questionnaires avait été largement dépassé.

<sup>18</sup> Les instructions relatives à la question « Quelle est votre année de naissance ? » semblent avoir créé une confusion chez certaines personnes qui ont saisi l'année de naissance de leur enfant au lieu de la leur. J'ai supprimé les données inscrites qui n'étaient pas conformes à la question (120).

1) Type de prestataire de soins de santé :

- a. Médecin de famille + infirmier·ère·s
- b. Obstétricien·ne-gynécologue (médecin spécialiste) + infirmier·ère·s
- c. Sage-femme
- d. Je n'ai reçu aucune assistance médicale

2) Lieu de l'accouchement :

- a. En centre hospitalier (hôpital)
- b. En maison de naissance
- c. À domicile avec une sage-femme
- d. À domicile sans assistance médicale
- e. Dans un lieu non prévu (ex. durant le transport)

J'ai utilisé des tests de khi carré et des analyses d'Anova à un facteur pour déterminer s'il y avait des différences significatives dans l'expérience de l'accouchement entre les différents groupes<sup>19</sup> formés. Un niveau d'importance de 0,05 a été utilisé pour tous les tests statistiques. Les tests ont été réalisés avec l'assistance du SCAD. Les valeurs de khi carré obtenues sont disponibles à l'annexe F.

### 3.6 Considérations éthiques

Puisque cette étude implique des êtres humains, certaines dimensions éthiques étaient à considérer : le respect de la dignité humaine, le respect du consentement libre et éclairé, le respect de la vie privée et des renseignements personnels, l'équilibre des avantages et des inconvénients, le respect des personnes vulnérables, etc. En ce sens, ce projet a fait l'objet d'une demande de certification éthique auprès du Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants (CERPÉ) de l'UQAM (voir annexe E).

#### 3.6.1 Les avantages de la participation à la recherche

Il se peut que les participantes n'aient tiré aucun avantage personnel de leur participation à cette étude. Cependant, en partageant leur expérience, elles nous ont aidées à mieux comprendre ce qui est important

---

<sup>19</sup> Étant donné que les groupes « sans assistance médicale », « à domicile sans assistance médicale » et « dans un lieu non prévu » représentaient une proportion négligeable des expériences de naissance (soit seulement 1,3 % des expériences), ils n'ont pas été pris en compte dans les analyses. De même, les options de réponse « pas concernée » ont été exclues des tests statistiques, notamment pour garantir la validité des tests de khi carré.

pour elle et leur communauté concernant l'expérience de l'accouchement et les raisons de cette importance. Le développement de la recherche dans ce domaine permettra, je l'espère, d'améliorer les politiques et les services pendant l'accouchement. Donc, indirectement, en répondant à cette enquête, elles auront eu l'occasion de contribuer à ce que d'autres femmes vivent une meilleure expérience de ce moment important. Les participantes le désirant pourront aussi obtenir un rapport des principaux résultats de cette recherche.

Des recherches (Landry, 2019 ; HCE, 2018) montrent également que l'expérience négative de l'accouchement est un sujet tabou dans notre société. Ce projet de recherche, en leur offrant un espace pour partager leur expérience, aspirait à contribuer à la réappropriation de leur expérience, à sentir que quelqu'un-e s'intéresse vraiment à ce qu'elles ont éprouvé et que les émotions ressenties pendant l'accouchement sont importantes et méritent d'être prises en compte.

### 3.6.2 Les risques et les inconvénients de la participation à la recherche

Les risques liés à la participation à la recherche étaient principalement rattachés au sujet de l'étude. Discuter de l'expérience de l'accouchement, et des expériences potentiellement négatives ou traumatisantes pouvait s'avérer émotionnellement difficile pour les participantes, par exemple en faisant resurgir des souvenirs douloureux. Avant de pouvoir accéder aux premières questions de l'enquête en ligne, les participantes devaient d'abord passer en revue les informations présentées sur la page d'information et de consentement qui décrivait ces risques (voir annexe G). Les participantes ont également été informées qu'elles pouvaient se retirer de la recherche à tout moment et sans conséquence. Dans le cas où les participantes auraient ressenti un inconfort psychologique ou émotionnel lié à certaines des questions posées, une liste de ressources a été mise à leur disposition sur la page de déconnexion du sondage (voir annexe B).

### 3.6.3 L'anonymat, la confidentialité et la protection des données

La préservation de la confidentialité et de l'anonymat des participantes était une autre préoccupation éthique à prendre en compte dans cette recherche. Tout d'abord, afin de protéger l'identité des participantes, j'ai veillé à ce que chaque questionnaire reste anonyme. Les données ont été recueillies via une plateforme de sondage en ligne, hébergée sur le serveur sécurisé de l'UQAM. Comme seul élément d'identification, à la toute fin du questionnaire en ligne, les personnes qui souhaitaient recevoir un résumé des principaux résultats de cette recherche pouvaient inscrire leur adresse courriel afin que ce résumé leur soit envoyé au moment venu. Les adresses électroniques ont été stockées, séparément des données

de recherche, dans des fichiers distincts, mais tous deux protégés par un mot de passe sur un ordinateur personnel également protégé par un mot de passe. Les seules personnes qui ont accès aux données sont l'étudiante-chercheuse, sa directrice et sa codirectrice de recherche.

### 3.7 Limites et biais de l'étude

Ce projet de recherche présente certaines limites. Tout d'abord, il convient de tenir compte de certains biais de sélection. Étant donné que la participation était volontaire, il est possible que les femmes les plus concernées par le sujet de l'étude soient plus enclines à répondre au questionnaire, notamment celles qui ont vécu une expérience d'accouchement négative et qui ressentent le besoin d'en parler. De plus, avoir recours à un échantillonnage non probabiliste implique qu'il est plus difficile d'inférer que mon échantillon est parfaitement représentatif de la population. Je comprends qu'il sera délicat de tirer des conclusions sur toute la population à partir de cet échantillon (Lachance *et al.*, 2020). Dans mon cas, cette non-représentativité pourrait être due à la sélection non aléatoire des pages internet et des réseaux sociaux utilisés pour recruter les participantes (Amyotte et Pépin, 2017).

Deuxièmement, il convient de noter que je n'ai pas recueilli d'informations sur certaines caractéristiques sociodémographiques telles que la classe sociale, le revenu familial, l'orientation sexuelle ou les limitations fonctionnelles, qui auraient pu être intéressantes. En effet, il est possible que ces facteurs soient liés à un risque accru de violence ou d'injustice sociale lors de l'accouchement (Amroussia *et al.*, 2017). Des recherches ultérieures seront nécessaires pour mieux comprendre les expériences de ces personnes qui font face à des oppressions intersectionnelles.

Il est à noter aussi que les réponses n'ont pas été classées en fonction de la région au Québec où les accouchements se sont déroulés. En conséquence, les résultats ne permettent pas d'identifier les défis particuliers auxquels fait face la population d'une région spécifique. La disponibilité des prestataires de soins de santé peut différer selon la localisation géographique, notons notamment l'absence de services de sage-femme en Abitibi-Témiscamingue et sur la Côte-Nord (RSFQ, 2023).

Troisièmement, il a été démontré précédemment que l'organisation des services de santé peut influencer l'expérience des femmes lors de l'accouchement et leur susceptibilité à certaines formes de violence. Bien que je suis consciente de cette influence, les questions de l'enquête n'ont pas permis d'analyser précisément comment certaines contraintes et restrictions organisationnelles peuvent peser sur l'expérience de l'accouchement des femmes au Québec.

Je ne peux nier non plus que le contexte de crise sanitaire dans lequel le Québec a été plongé au cours des dernières années, avec la COVID-19, accompagné de la mise en place de directives particulières (sous les recommandations de la Direction de la santé publique) dans les pratiques de l'accouchement, a pu avoir un impact sur les résultats que j'ai obtenus quant aux expériences de l'accouchement en 2020-2021<sup>20</sup>.

Ensuite, la formation nécessaire pour maîtriser l'analyse statistique a certainement été une limite à mon travail. C'est pourquoi je me suis tournée vers le SCAD de l'UQAM pour être accompagnée, afin de pallier le manque de ressources et de connaissances dont je disposais au départ pour l'application de cette méthode à mes résultats de recherche en travail social<sup>21</sup>.

Compte tenu de mon choix méthodologique quantitatif, les données qualitatives recueillies dans la section « commentaire » qui clôt le questionnaire n'ont pas pu être analysées dans leur intégralité. Les commentaires laissés par les femmes qui ont participé à l'étude étaient nombreux (3010 commentaires) et je ne doute pas qu'ils soient très pertinents par rapport à l'objectif de l'étude. Cependant, la quantité de données recueillies par le biais de cette enquête en ligne m'a obligé à faire des choix quant aux analyses. Une analyse plus poussée de ces données qualitatives présenterait un réel intérêt pour enrichir la recherche et permettre de mieux comprendre les résultats quantitatifs.

Enfin, je reconnais que ma pratique de sage-femme peut être à la fois un atout et un biais dans la recherche. Grâce à mon expertise pratique de sage-femme et à mon expérience directe dans le domaine de l'accouchement, j'ai acquis des connaissances approfondies, un vocabulaire spécialisé et un large éventail de témoignages de femmes ayant vécu l'expérience de l'accouchement. Ces éléments

---

<sup>20</sup> Cette recherche ne se penche pas sur l'impact des mesures sanitaires liées à la pandémie sur les droits des femmes enceintes et leurs expériences d'accouchement, donc nous n'explorerons pas ce contexte en profondeur. Cependant, il est probable que les décisions organisationnelles prises pendant la crise sanitaire aient eu des répercussions négatives sur les conditions d'accouchement. Cela pourrait s'être traduit par une augmentation des interventions médicales, l'interdiction des accouchements à domicile, une hausse de l'anxiété et du stress chez les femmes enceintes, ainsi qu'une réduction du soutien continu offert aux parturientes en raison de contraintes telles que le sous-effectif de personnel et les restrictions sur la présence des accompagnantes à la naissance (RNR *et al.*, 2020a, 2020b).

<sup>21</sup> Une meilleure connaissance préalable des statistiques aurait pu me guider vers des choix différents dans la conception du questionnaire, notamment en excluant l'option de réponse « pas concernée » proposée dans le modèle de questionnaire LimeSurvey. Son inclusion a entraîné une diminution de la taille de l'échantillon, limitant les analyses statistiques aux seules personnes concernées, sans fournir d'informations significatives sur les expériences des femmes. Il est difficile de tirer des conclusions de ces données et de comprendre le sens donné par les femmes à ce choix. Par exemple, il est difficile de comprendre pourquoi une femme aurait choisi l'option « pas concernée » pour l'affirmation « j'ai pu me mouvoir librement ».

enrichissent ma recherche et m'aident à poser des questions pertinentes. Cependant, cette expérience entraîne un risque de biais dans la mesure où elle pourrait m'amener à privilégier des points de vue en accord avec les pratiques et les valeurs de cette profession. Néanmoins, je m'engage à maintenir une objectivité rigoureuse dans l'analyse des données recueillies, tout en reconnaissant que je laisserai sans doute parfois transparaître mes convictions personnelles à travers mon écriture.

## CHAPITRE 4

### PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Ce chapitre présente les résultats du sondage en ligne qui a circulé sur la plateforme Facebook entre le 18 et le 25 avril 2022. Au total, 6726 personnes ont participé à l'enquête ; cependant, certains questionnaires n'ont pas été remplis en totalité. J'ai choisi de ne retenir que les réponses des questionnaires complétés, soit 5501 questionnaires. Parmi ceux-ci, 304 ont été écartés selon les critères d'exclusion précédemment établis pour cette étude (accouchement prématuré, mortinaissance, naissance multiple). Ainsi, le nombre total de questionnaires soumis dont les réponses ont été compilées ici est de 5197<sup>22</sup>. Rappelons que le nombre cible de questionnaires remplis était initialement de 384 pour représenter adéquatement une diversité des expériences.

Les résultats seront présentés à partir des objectifs de recherche, soit : 1) Documenter le vécu d'une cohorte significative de femmes à l'égard de l'expérience de l'accouchement au Québec ; 2) Comparer la façon dont les femmes vivent leur expérience de l'accouchement en fonction du type de prestataire de soins de santé qui les a assistées et du lieu de l'accouchement ; 3) Identifier des moyens d'améliorer l'expérience des femmes qui vivent un accouchement au Québec.

Les résultats de cette enquête en ligne ont généré de nombreuses réponses et offrent des possibilités d'analyse abondantes. Toutefois, dans ce chapitre, je me concentre uniquement sur les données qui sont pertinentes pour mes objectifs et mes hypothèses de recherche. Les contraintes imposées par le format d'un mémoire de recherche m'ont également obligé à faire des choix en ce qui concerne la présentation des résultats. Par conséquent, il convient de noter que certaines parties du questionnaire, telles que la section « Vécu des premiers instants de la femme avec son nouveau-né », présentée en annexe H, ne seront pas abordées ici.

---

<sup>22</sup> Il est important de souligner que le nombre de réponses prises en compte pour chaque question n'est pas uniforme et ne correspond pas toujours à 5197, étant donné que certaines questions étaient optionnelles (c'est-à-dire que les femmes n'étaient pas obligées d'y répondre) et que les choix de réponse « pas concernées » ont été exclus des analyses statistiques. Par conséquent, les analyses portent sur un sous-échantillon de personnes qui étaient concernées par la question.

## 4.1 L'expérience des femmes quant à l'accouchement au Québec

### 4.1.1 Profil des répondantes au sondage

Les participantes à l'enquête ont été interrogées sur leur âge, leur gestité, leur état civil, leur niveau de scolarité, le nombre d'années vécues au Québec et leur appartenance à un groupe ethnoculturel. Le tableau 4.1 résume le profil de l'ensemble des répondantes.

Tableau 4.1 Profil des répondantes

Variable	Données	
	N de répondantes	Pourcentage
<b>Âge</b>		
18—25 ans	176	3,4 %
26—35 ans	3384	65,1 %
36—45 ans	1494	28,7 %
46—55 ans	22	0,4 %
Manquant	121	2,3 %
<b>Nb de grossesses vécues (gestité)</b>		
1	1767	34,00 %
2	1936	37,25 %
3	880	16,93 %
4	381	7,33 %
5	124	2,39 %
6	62	1,19 %
7 et plus	47	0,90 %
<b>État civil</b>		
Célibataire	234	4,50 %
Mariée	1160	22,32 %
En couple	3800	73,12 %
Autre	3	0,10 %
<b>Niveau de scolarité le plus élevé</b>		
Niveau primaire	16	0,3 %
Diplôme d'études secondaires (DES)	202	3,89 %
Diplôme d'études professionnelles (DEP)	443	8,52 %
Diplôme collégial (DEC)	1099	21,15 %
Baccalauréat (premier cycle universitaire)	1979	38,08 %
Maîtrise (2 <sup>e</sup> cycle universitaire)	1255	24,15 %
Doctorat (3 <sup>e</sup> cycle université)	201	3,87 %
<b>Nb d'années de résidence au Québec</b>		
Je suis née au Québec	4625	89,04 %
Moins d'un an	1	0,02 %
1 à 3 ans	42	0,80 %
Plus de 4 ans	529	10,14 %
<b>Groupe(s) ethnoculturel(s) d'appartenance</b>		
Québécois	4669	89,82 %
Français	363	6,89 %
Canadien anglais	106	2,02 %
Latino-Américain	70	1,33 %
Noir	56	1,13 %
Arabe	35	0,71 %
Italien	31	0,56 %
Autochtone	22	0,44 %
Chinois	17	0,31 %
Asiatique	7	0,20 %
Autre	141	2,87 %

La majorité des personnes qui ont répondu étaient en couple ou mariées (95,4 %). L'âge moyen était de 33 ans. La plus jeune répondante avait 19 ans et la plus âgée 51 ans, au moment de la passation du sondage. Les 26-35 ans constituaient la grande majorité des répondantes (65,1 %). 28,7 % d'entre elles se situent dans la tranche d'âge des 36-45 ans et 3,4 % dans celle des 18-25 ans. L'âge moyen des répondantes semble être légèrement plus élevé que les données de l'ISQ (2022c) qui, pour les années en question, a comptabilisé l'âge moyen des femmes donnant naissance à 30,8 ans. En 2021, l'ISQ a noté que 67,3 % des femmes ayant accouché se situaient dans la catégorie des 25-34 ans, contre 22 % dans celle des 35-44 ans. La proportion de femmes, dans cette enquête, dans la catégorie des 36-45 ans, est donc plus élevée que ce à quoi on aurait pu s'attendre, ce qui se reflète dans la moyenne<sup>23</sup>.

En ce qui concerne le plus haut niveau de scolarité atteint par les participantes à l'enquête, 29,67 % ont obtenu un diplôme d'études collégiales (DEP ou DEC) et 3,89 % un diplôme d'études secondaires. Près des deux tiers ont un diplôme universitaire, soit un baccalauréat (38,08 %) ou une maîtrise (24,1 %). Selon les données de l'ISQ (2022d), on constate que le plus haut niveau d'éducation atteint est plus élevé dans mon échantillon que pour la moyenne des femmes au Québec. Selon les statistiques de 2021, 39,6 % des femmes âgées de 25 à 65 ans au Québec ont un diplôme, un certificat ou un grade universitaire, un pourcentage que nous retrouvons à 54,9 % dans cette étude. Les répondantes sont plus nombreuses à être diplômées de l'université.

En termes de gestité, je pourrais grossièrement diviser les répondantes en trois groupes : un tiers d'entre elles en étaient à leur première grossesse (34 %), un tiers en étaient à leur deuxième (37 %) et près d'un tiers avaient connu trois grossesses ou plus jusqu'à présent dans leur vie (28,7 %).

89,8 % des femmes ont indiqué qu'elles étaient nées au Québec. Les chiffres de l'ISQ (2021) indiquent que 14,6 % des personnes vivant au Québec n'y sont pas nées. Dans cette étude, ce pourcentage serait donc légèrement inférieur et représenterait 10,18 %.

#### 4.1.2 Contexte entourant l'expérience de l'accouchement

Pour recueillir des informations relatives au contexte dans lequel s'est déroulée l'expérience de l'accouchement que les femmes ont choisi de rapporter dans le cadre de l'enquête, il a été demandé à

---

<sup>23</sup> L'âge des femmes présenté dans ce tableau correspond à leur âge au moment de la passation du questionnaire et non au moment de la naissance de leur enfant, ce qui pourrait expliquer une moyenne plus élevée que les données de l'ISQ (2022c).

celles-ci de mentionner l'année de leur accouchement, s'il s'agissait de leur première expérience d'accouchement ou non, le type de prestataire de soins de santé qui était responsable des soins prodigués lors de l'accouchement et le lieu de celui-ci. Les personnes interrogées pouvaient également préciser si elles avaient obtenu pour leur accouchement les soins du type de prestataire de soins de santé de leur choix (médecin de famille, sage-femme, OBGYN). Des informations ont également été recueillies concernant leur participation à des cours de préparation à la naissance, ainsi que les interventions obstétricales qui ont été pratiquées lors de leur expérience d'accouchement. Le tableau 4.2 ci-dessous met en lumière le contexte entourant les 5197 expériences d'accouchement rapportées par les participantes de cette enquête.

Tableau 4.2 Éléments de contexte des expériences d'accouchement recensées

Variable	Données	
	N de répondantes	Pourcentage
<b>Année de l'accouchement</b>		
2017	563	10,83 %
2018	750	14,43 %
2019	872	16,78 %
2020	911	17,53 %
2021	1673	32,19 %
2022	428	8,24 %
<b>Rang de l'expérience d'accouchement rapportée dans le questionnaire</b>		
Premier accouchement	3116	59,96 %
Deuxième accouchement	1371	26,38 %
Troisième accouchement	527	10,14 %
Autre	183	3,50 %
<b>Obtention du prestataire de soins de santé de leur choix pour le suivi de grossesse et l'accouchement**</b>		
Oui	4640	89,28 %
Non	414	7,97 %
<b>Participation à des cours de préparation à la naissance</b>		
Oui, avec un organisme communautaire	393	7,56 %
Oui, avec le système de santé (CLSC ou services de sages-femmes)	1546	29,75 %
Oui, au privé	904	17,39 %
Non	2354	45,30 %
<b>Interventions obstétricales**</b>		
Déclenchement médical de l'accouchement	2079	40,0 %
Rupture des membranes	2283	43,9 %
Forceps ou ventouses	659	12,7 %
Épisiotomie (coupure du périnée pour faciliter la sortie du bébé)	505	9,7 %
Césarienne	1018	19,6 %
J'ai accouché sans interventions médicales	1017	19,6 %
Péridurale	2783	53,6 %
Autre	307	5,90 %

Notes. \*\* Questions optionnelles

En ce qui concerne l'année à laquelle l'expérience de l'accouchement des femmes ayant participé au sondage en ligne a eu lieu, près d'un tiers d'entre elles ont situé celui-ci en 2021 (32,19 %). Par la suite,

nous retrouvons en ordre de fréquence les accouchements ayant eu lieu en 2020 (17,53 %), 2019 (16,78 %), 2018 (14,43 %), 2017 (10,83 %) puis 2022 (8,24 %). Je considère qu'il est normal que le nombre d'accouchements déclarés pour l'année 2022 soit moins élevé, puisque ces accouchements, pour être inclus dans ce rapport, devaient avoir lieu uniquement pendant les mois de janvier, février et mars 2022.

La majorité des répondantes ont rempli le questionnaire en ligne en faisant état d'événements qui se sont déroulés lors de leur première expérience de naissance (59,96 %). 26,38 % des femmes ont fait part de leur deuxième expérience d'accouchement, 10,14 % de leur troisième et 3,5 % d'une expérience ultérieure (de la quatrième à la huitième).

La majeure partie des femmes (89,28 %) ont déclaré avoir obtenu les services du prestataire de soins (médecin de famille, OBGYN ou sage-femme) de leur préférence pour le déroulement de leur grossesse et de leur accouchement. 7,97 % des répondantes n'ont toutefois pas eu cette chance. Les femmes interrogées ont été invitées à préciser les raisons pour lesquelles elles n'ont pas pu obtenir les services du prestataire de soins de leur choix et les réponses les plus fréquentes ont été les suivantes :

- Aucune place disponible pour le suivi avec une sage-femme dans la maison de naissance à proximité de leur domicile (liste d'attente) (33,3 %)
- Pas de services de sage-femme disponible dans leur région (22,3 %)
- Condition médicale de grossesse non compatible avec le suivi de sage-femme (18,5 %)

Parmi les femmes interrogées qui n'ont pas pu bénéficier des services de leur prestataire de choix (soit 292 répondantes), mes données indiquent que 71 % d'entre elles auraient souhaité être suivies par une sage-femme, mais n'ont pas eu accès à ce service pour les raisons mentionnées ci-dessus.

En ce qui concerne la participation à des cours de préparation à la naissance (cours prénataux), l'échantillon est divisé : 54,7 % des répondantes ont participé à ce type de cours, 45,3 % n'y ont pas participé. La plupart des femmes (29,75 %) qui ont suivi des cours prénataux ont reçu ce service par le biais du système de santé publique (dans un CLSC ou dans le cadre de leur suivi par les sages-femmes),

17,39 % d'entre elles se sont toutefois tournées vers des services privés et 7,56 % ont participé à des cours prénataux offerts par un organisme communautaire de leur région<sup>24</sup>.

À la question relative aux interventions obstétricales pratiquées lors de l'accouchement, 53,6 % des répondantes ont déclaré avoir reçu un soulagement de la douleur par péridurale, 43,9 % une rupture artificielle des membranes, 40 % un déclenchement médical de l'accouchement, 19,6 % une césarienne, 12,7 % des accouchements ont nécessité l'utilisation de forceps ou de ventouses, et 9,7 % des femmes ont déclaré avoir vécu une épisiotomie. Dans l'ensemble, 19,6 % des répondantes ont déclaré avoir donné naissance sans aucune intervention médicale. Enfin, 5,9 % des répondantes ont ajouté que d'autres interventions médicales avaient été pratiquées, en dehors de celles mentionnées ci-dessus, parmi les plus fréquemment rapportées : 1) Accélération du travail par injection d'ocytocine synthétique ; 2) Gestion médicamenteuse de la douleur outre la péridurale : bloc honteux, fentanyl, gaz hilarant, rachi, morphine, etc. ; 3) Induction du travail par des méthodes naturelles alternatives : mouvement, stimulation des mamelons, ingestion de produits naturels et 4) Extraction manuelle du placenta.

Par la suite, il était demandé aux participantes d'identifier où et en compagnie de quel type de prestataire de soins de santé (médecin de famille, OBGYN ou sage-femme) elles étaient 1) Pendant la majorité du travail actif, soit des contractions régulières et fortes jusqu'aux premières poussées) et 2) Au moment de la naissance de l'enfant, plus précisément lorsque le bébé a été expulsé du corps de la femme ou lors de la césarienne<sup>25</sup>. Le tableau 4.3 rapporte les réponses obtenues.

De ces données, on peut constater que la grande majorité des accouchements rapportés dans le cadre de cette recherche ont eu lieu en centre hospitalier (85,4 %) sous les soins d'un-e OBGYN (64,7 %) ou d'un médecin de famille (20 %). 14,6 % des répondantes ont bénéficié du soutien d'une sage-femme pour la naissance de leur enfant. Dans l'ensemble, 10,6 % des répondantes ont accouché dans une maison de

---

<sup>24</sup> Il est en revanche difficile de tirer des conclusions à partir de ces données, car le non-recours à des cours prénataux pourrait s'expliquer par le fait qu'une femme puisse avoir rempli ce questionnaire pour une deuxième ou troisième grossesse et ne pas avoir jugé pertinent de répéter des cours auxquels elle avait déjà participé lors de sa première grossesse.

<sup>25</sup> J'ai choisi d'examiner leurs expériences de cette manière, considérant que les médecins de famille et les sages-femmes ne peuvent superviser que les accouchements à faible risque et que si des complications surviennent pendant le travail, les parturientes doivent être transférées aux soins d'un-e OBGYN. En identifiant les données de cette façon, il est possible de spécifier de manière plus précise, lors des analyses comparatives, les groupes (prestataires de soins de santé et lieu de l'accouchement) auxquels chaque répondante appartient pour chaque énoncé, certains énoncés étant davantage centrés sur l'expérience du travail actif tandis que d'autres portent sur le moment de la naissance de l'enfant.

naissance, 3,3 % à domicile et 0,7 % dans un hôpital avec une sage-femme. Une faible proportion de femmes (0,5 %) ont également déclaré avoir accouché à domicile sans assistance médicale. À l'annexe I se retrouvent deux figures permettant de visualiser ces données.

Tableau 4.3 Données sur le lieu de l'accouchement et le type de prestataire de soins présent

Variable	Pendant la majorité du travail actif		Au moment de la naissance de l'enfant	
	N de répondantes	%	N de répondantes	%
<b>Professionnel-le de la santé responsable des soins</b>				
Médecin de famille + infirmier-ère-s	1324	26,1 %	1039	20,0 %
OBGYN + infirmier-ère-s	2709	53,5 %	3359	64,7 %
Sage-femme	887	17,5 %	756	14,6 %
Je n'ai reçu aucune assistance médicale	145	2,9 %	34	0,7 %
<b>Lieu</b>				
En centre hospitalier	4182	81,6 %	4438	85,4 %
En maison de naissance	641	12,5 %	553	10,6 %
À domicile avec une sage-femme	177	3,5 %	174	3,3 %
À domicile sans assistance médicale	106	2,1 %	27	0,5 %
Dans un lieu non prévu (ex. durant le transport)	20	0,4 %	3	0,1 %

En outre, la division des données en deux phases de soins a permis d'identifier que 131 répondantes (14,7 %) ont commencé leur expérience de l'accouchement avec une sage-femme, mais ont été transférées aux soins d'un médecin spécialiste au cours du travail. Parmi ces dernières, 88 (13,7 %) ont été amenées à se déplacer de la maison de naissance vers l'hôpital pour donner naissance à leur enfant. 285 parturientes (21,5 %) semblent également avoir commencé leur travail auprès d'un médecin de famille, puis avoir été transférées vers les soins d'un médecin spécialiste, probablement en raison de complications médicales en cours de route.

#### 4.1.3 Vécu émotionnel et relation avec l'équipe médico-soignante lors de l'accouchement

Le vécu émotionnel à l'égard de l'accouchement ainsi que la qualité de la relation entre la femme et le personnel médical sont tous deux des indicateurs nécessaires pour appréhender la manière dont ces femmes se sont senties, de façon générale, pendant leur accouchement. Une échelle de Likert a été utilisée pour évaluer leur degré d'accord (pas du tout, pas tellement, en partie, tout à fait) avec différents énoncés associés à ces dimensions de l'expérience. Les résultats sont présentés dans deux tableaux, le tableau 4.4 et le tableau 4.5.

Tableau 4.4 L'expérience émotionnelle des femmes et la relation avec l'équipe médico-soignante lors de l'accouchement (1)

Énoncés en lien avec le vécu émotionnel de la femme lors de l'accouchement	Données	
	N de répondantes	Pourcentage
<b>Je me sentais inquiète</b>		
Pas du tout	1456	28,2 %
Pas tellement	1636	31,6 %
En partie	1509	29,2 %
Tout à fait	569	11,0 %
<b>Je me sentais en sécurité</b>		
Pas du tout	79	1,5 %
Pas tellement	225	4,3 %
En partie	1292	24,9 %
Tout à fait	3598	69,3 %
<b>Je me sentais confiante</b>		
Pas du tout	254	4,9 %
Pas tellement	721	13,9 %
En partie	2254	43,4 %
Tout à fait	1965	37,8 %
<b>L'équipe soignante comprenait et répondait à mes désirs de manière satisfaisante</b>		
Pas du tout	185	3,6 %
Pas tellement	459	8,9 %
En partie	1393	27,0 %
Tout à fait	3127	60,6 %
<b>Je me suis sentie soutenue émotionnellement par les professionnel-le-s qui s'occupaient de moi</b>		
Pas du tout	281	5,4 %
Pas tellement	508	9,8 %
En partie	1305	25,3 %
Tout à fait	3069	59,4 %
<b>Les professionnel-le-s me tenaient informée de ce qui se passait</b>		
Pas du tout	153	3,0 %
Pas tellement	492	9,5 %
En partie	1284	24,9 %
Tout à fait	3238	62,7 %
<b>Je sentais que je pouvais m'exprimer et donner mon avis à propos des décisions me concernant</b>		
Pas du tout	250	4,9 %
Pas tellement	523	10,2 %
En partie	1207	23,4 %
Tout à fait	3169	61,5 %
<b>Je suis satisfaite de la manière dont les événements se sont déroulés</b>		
Pas du tout	410	7,9 %
Pas tellement	520	10,0 %
En partie	1427	27,5 %
Tout à fait	2836	54,6 %
<b>Je me suis sentie obligée d'accepter les options de soins que m'a suggérées ma-mon médecin ou ma sage-femme lors de mon accouchement</b>		
Pas du tout	2521	51,3 %
Pas tellement	751	15,3 %
En partie	1034	21,0 %
Tout à fait	613	12,5 %
<b>On m'a demandé mon consentement pour tous les soins/interventions que j'ai reçus</b>		
Pas du tout	201	3,9 %
Pas tellement	340	6,7 %
En partie	939	18,4 %
Tout à fait	3622	71,0 %

Notes. Les analyses statistiques ont été réalisées sur un sous-échantillon de personnes concernées, c'est-à-dire que le choix de réponse « pas concernée » n'a pas été pris en compte.

Tout d'abord, le tableau 4.4 décrit les sentiments d'inquiétude, de sécurité et de confiance pendant l'accouchement. Les résultats pour l'affirmation « Je me sentais inquiète » sont dispersés de la façon suivante : dans 28,2 % des expériences d'accouchement, les femmes n'ont rapporté aucune inquiétude, dans 60,8 % des cas l'inquiétude était en partie présente, et enfin dans 11 % des accouchements l'inquiétude était très présente. Ainsi, si le niveau d'inquiétude ressenti par la femme semble être plutôt variable lors de l'expérience de l'accouchement, environ une femme sur dix est fortement angoissée pendant cette expérience. En ce qui concerne le sentiment de sécurité, une majorité de femmes (69,3 %) ont estimé qu'elles se sentaient en sécurité pendant leur travail. Cependant, dans 30,7 %<sup>26</sup> des cas, les femmes ont déclaré que ce sentiment de sécurité, essentiel à la bonne évolution de leur travail, était absent ou trop faible. Enfin, il convient de souligner que seulement 37,8 % des femmes interrogées ont affirmé se sentir entièrement « confiantes » tout au long de leur accouchement, laissant ainsi une majorité de 62,2 % de femmes peu ou pas du tout confiantes quant au déroulement de leur accouchement.

Deuxièmement, les femmes ont été invitées à évaluer si l'équipe soignante avait compris leurs désirs et y avait répondu de manière satisfaisante au cours de l'accouchement. Dans la majorité des cas (60,6 %), on constate que le personnel soignant a satisfait aux besoins de la femme. Cependant, quasiment 40 % (39,5 %) ont estimé que cette compréhension ou cette réponse n'était pas satisfaisante. Dans des proportions similaires, 59,4 % des femmes se sont senties suffisamment soutenues sur le plan émotionnel par les professionnel-le-s de la santé, tandis que les 40,5 % restants ont estimé que ce soutien était insuffisant. Cela nous amène à la constatation plutôt inquiétante que pour 40 % des accouchements rapportés dans cette étude, soit 2078 naissances, les femmes ont estimé que leurs préférences n'avaient pas été suffisamment prises en compte et qu'elles n'avaient pas reçu un soutien émotionnel satisfaisant de la part des prestataires de soins de santé.

Maintenant, différents énoncés ont exploré ce qui touche à la transmission de l'information aux femmes en travail ainsi qu'à leur participation aux processus de prise de décision. Dans la majorité des cas (62,7 % des expériences d'accouchement), les femmes ont déclaré avoir reçu toutes les informations nécessaires concernant le processus d'accouchement de la part des professionnel-le-s de la santé. Cependant, 37,4 % ont estimé que le personnel ne les avait pas suffisamment tenues au courant de ce qui se passait. 61,5 %

---

<sup>26</sup> J'ai choisi de regrouper ici les femmes qui ont répondu « pas du tout », « pas tellement » ou « en partie ». Je vais présenter à plusieurs reprises les résultats en regroupant des options de réponse afin de rendre la présentation des résultats plus facile à interpréter. Je considère, sur la base de la définition de l'OMS (2018) d'une expérience positive de l'accouchement (voir page 7), que si, par exemple, le sentiment de sécurité n'est que partiellement présent, il ne contribue pas à un déroulement favorable des événements.

des femmes considèrent qu'elles ont pu s'exprimer et donner leur avis sur les décisions qui les concernaient tout au long de leur accouchement, alors que pour 38,5 % d'entre elles cela n'a pas toujours été le cas, de sorte qu'elles n'ont pas toujours fait partie du processus de prise de décision. Ainsi, la participation active des femmes dans la prise de décision les concernant ne semble pas être chose systématique dans le processus de l'accouchement au Québec : de nombreuses femmes ne sont pas informées et sont tenues à l'écart de décisions importantes.

La question du consentement libre et éclairé aux soins suscite d'autres préoccupations concernant l'autonomie des femmes en matière de prise de décision. Alors que le consentement devrait être demandé pour tous les soins et interventions à réaliser lors de l'accouchement, les expériences qui m'ont été rapportées par les participantes montrent qu'il serait demandé « pour tous les soins » dans 71 % des cas. Dans le tiers des expériences d'accouchements (29 %), les personnes interrogées estiment que le consentement n'a pas été demandé ou uniquement dans une mesure limitée. Près de la moitié des personnes interrogées (48,7 %) ont également déclaré qu'à un moment ou à un autre de l'accouchement, elles s'étaient senties contraintes d'accepter les options de soins qui leur étaient proposées par le personnel soignant, ce qui constitue une entrave au principe du consentement « libre ». Les données de ma recherche mettent indubitablement en évidence des manquements à l'obligation éthique des professionnel-le-s de la santé en matière de consentement aux soins.

Enfin, comme on peut également le voir dans le tableau 4.4, la satisfaction des femmes à l'égard du déroulement de l'accouchement n'est pas homogène. La moitié (54,6 %) des femmes ont répondu qu'elles en étaient tout à fait satisfaites, tandis que l'autre moitié (45,4 %) n'en était que partiellement voire nullement satisfaite.

Il convient à présent d'examiner le tableau 4.5, qui présente d'autres aspects de l'expérience émotionnelle de l'accouchement, notamment la liberté de mouvement, le sentiment de contrôle, le respect de l'intimité et l'adéquation entre les attentes et la réalité.

Premièrement, les résultats de cette recherche mettent en évidence un écart significatif entre les pratiques actuelles dans les établissements de santé québécois et les recommandations de l'OMS (2018) en matière de liberté de mouvement pendant l'accouchement. En effet, selon l'OMS (2018), les mouvements libres, les postures verticales et les changements de position fréquents tout au long du travail actif sont des stratégies fortement soutenues par la recherche pour leurs effets bénéfiques sur le processus physiologique de l'accouchement, ainsi que sur la santé de la mère et de l'enfant. L'OMS (2018)

recommande également de ne pas imposer une position spécifique aux femmes, pendant la phase de poussée, mais plutôt de les encourager et de les aider à adopter la position la plus confortable pour elles. Cependant, les données obtenues révèlent que 42,2 % des parturientes ont signalé une restriction de leur liberté de mouvement pendant leur travail actif. De plus, la majorité des femmes (61,6 %) estimaient avoir été privées de leur mobilité pendant la phase de poussée. La prise en compte de ces résultats amène à réfléchir sur la restriction de la liberté de mouvement pendant l'accouchement, surtout pendant la phase d'expulsion, qui représente une limitation de l'autonomie des femmes et un enjeu majeur à considérer en termes de respect de leurs droits.

Tableau 4.5 L'expérience émotionnelle des femmes et la relation avec l'équipe médico-soignante lors de l'accouchement (2)

Énoncés en lien avec le vécu de l'accouchement et la relation avec le personnel soignant	Pendant la majorité du travail actif		Au moment de la naissance de l'enfant	
	N de répondantes	%	N de répondantes	%
<b>J'ai pu me mouvoir ou choisir librement ma position</b>				
Pas du tout	375	7,9 %	1074	22,8 %
Pas tellement	540	11,3 %	911	19,3 %
En partie	1097	23,0 %	922	19,5 %
Tout à fait	2761	57,8 %	1811	38,4 %
<b>Tout s'est déroulé comme je l'avais imaginé</b>				
Pas du tout	1074	21,7 %	1100	21,7 %
Pas tellement	817	16,5 %	755	14,9 %
En partie	1965	39,7 %	1965	38,8 %
Tout à fait	1091	22,1 %	1243	24,6 %
<b>J'avais l'impression de perdre tous mes moyens</b>				
Pas du tout	1385	28,2 %	1614	32,2 %
Pas tellement	1436	29,3 %	1216	24,2 %
En partie	1353	27,6 %	1405	28,0 %
Tout à fait	734	15,0 %	784	15,6 %
<b>On a respecté mon intimité</b>				
Pas du tout	145	3,0 %	167	3,4 %
Pas tellement	297	6,0 %	339	6,8 %
En partie	961	19,6 %	1009	20,2 %
Tout à fait	3511	71,4 %	3469	69,6 %
<b>J'estime avoir été victime de gestes ou de commentaires inappropriés et/ou sexistes</b>				
Pas du tout	4429	90,5 %	4549	90,9 %
Pas tellement	195	4,0 %	190	3,8 %
En partie	143	2,9 %	150	3,0 %
Tout à fait	127	2,6 %	116	2,3 %
<b>Le soutien de mon partenaire m'a aidé</b>				
Pas du tout	42	0,8 %	79	1,6 %
Pas tellement	220	4,4 %	220	4,4 %
En partie	826	16,7 %	782	15,5 %
Tout à fait	3866	78,0 %	3959	78,6 %

Notes. Les analyses statistiques ont été réalisées sur un sous-échantillon de personnes concernées, c'est-à-dire que le choix de réponse « pas concernée » n'a pas été pris en compte.

Globalement, en ce qui concerne l'adéquation entre les attentes de la femme et la réalité de l'accouchement, les résultats montrent qu'environ 22-24 % des femmes ont vécu l'accouchement

exactement comme elles l'avaient imaginé, 39 % en partie, 15-16 % pas tellement et pour 21 % d'entre elles, la réalité était totalement différente de leurs attentes. Environ 15 % des femmes interrogées ont exprimé une perte totale de leurs moyens pendant l'accouchement, tandis que 30 % ont indiqué qu'elles ont gardé le contrôle.

Troisièmement, le tableau 4.5 soulève des interrogations quant au respect de l'intimité des femmes durant l'accouchement, principalement durant la phase de poussée, où bien que 70 % d'entre elles aient ressenti que leur intimité a été respectée, un tiers ont signalé un manque de respect à cet égard. Dans environ 9 % à 10 % des expériences rapportées, les femmes ont signalé avoir été victimes de gestes ou de commentaires inappropriés, voire sexistes, ce qui témoigne aussi d'un manque de respect envers elles durant l'accouchement.

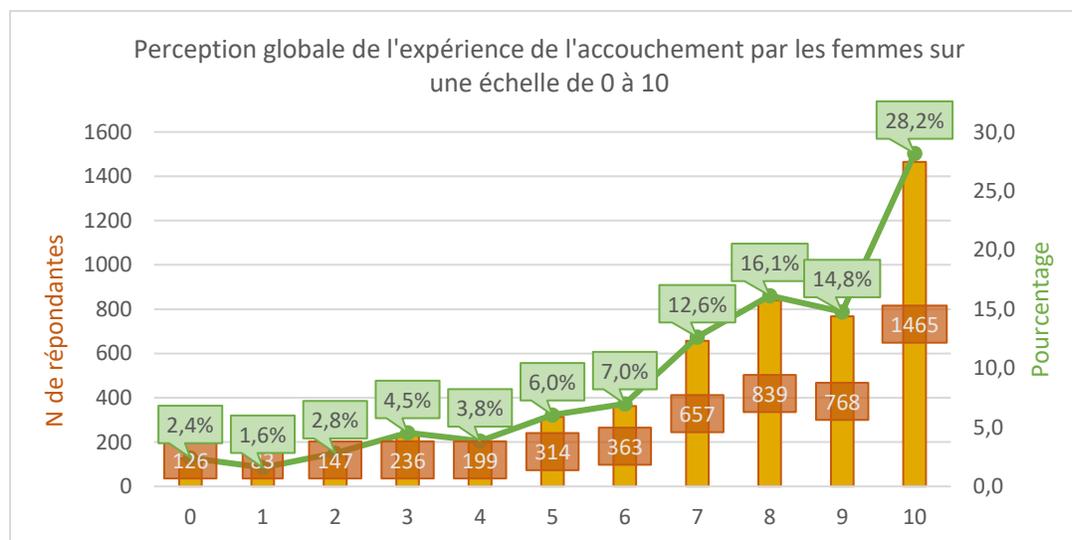
Finalement, le tableau 4.5 apporte des éclairages sur le soutien apporté aux femmes pour faire face aux contractions. À cet effet, une majorité de femmes (78 %) ont indiqué avoir bénéficié d'un soutien utile de leur partenaire pendant l'accouchement.

En somme, les résultats de cette section de l'enquête sont relativement constants, quelle que soit la période de l'accouchement étudiée (le travail actif ou la phase de poussée), à l'exception de la perception de la liberté de mouvement qui apparaît plus restreinte durant la phase de poussée.

#### 4.1.4 Perception globale de l'expérience d'accouchement par les femmes

Dans la cinquième section du questionnaire, intitulée « Bilan à ce jour », on demandait aux femmes de noter leur expérience personnelle de l'accouchement sur une échelle de zéro à dix. Un score de zéro indiquait une expérience très négative, tandis qu'un score de dix reflétait une expérience très positive. Les répondantes ont été invitées à se concentrer sur elles-mêmes en tant que femmes et à mettre de côté les émotions liées à l'arrivée de leur bébé dans leur vie (c'est-à-dire à se concentrer sur le vécu du processus plutôt que sa finalité). Les résultats obtenus pour l'ensemble des participantes sont présentés à la figure 4.1.

Figure 4.1 Perception globale de l'expérience de l'accouchement par les femmes



Notes. Un score de zéro indique une expérience très négative, tandis qu'un score de dix reflète une expérience très positive.

Les résultats de l'enquête ont mis en évidence une grande diversité d'expériences vécues lors de l'accouchement au Québec, allant du très négatif au très positif. Près d'un tiers (28,2 %) des femmes interrogées ont décrit leur expérience comme étant très positive (10/10). La note moyenne donnée globalement a été de 7,41/10. En considérant une note de 5/10 comme étant neutre, représentant un juste milieu entre une expérience très mauvaise et une expérience très bonne, environ 15,2 % des répondantes ont noté leur expérience en dessous de 5/10, tandis que 78,7 % l'ont évaluée au-dessus de 5/10. Ces résultats suggèrent que la majorité des femmes ont considéré leur expérience d'accouchement plutôt positivement.

#### 4.2 Comparaison des expériences de l'accouchement

L'étape suivante du processus de traitement et d'analyse des résultats a consisté à subdiviser les expériences d'accouchement recueillies en différents groupes conformément au prestataire de soins de santé ayant assisté à l'accouchement et au lieu où celui-ci s'est déroulé, dans le but, conformément au deuxième objectif de la recherche, de déterminer si l'expérience de l'accouchement par les femmes différait de manière significative en fonction desdits éléments. Comme discuté dans le premier chapitre, étant donné que ces professions et milieux découlent de perceptions différentes de l'accouchement (pathologie contre physiologie), de paradigmes distincts (technocratique contre humaniste) et de modèles de soins également différents (biomédical contre biopsychosocial), on est en droit de supposer que les soins offerts à la parturiente et l'expérience de celle-ci seraient nettement différents. L'objectif de la comparaison de ces contextes était également de pouvoir distinguer ce qui contribue à des expériences

positives de l'accouchement et, inversement, ce qui contribue à des expériences plus négatives, voire violentes.

#### 4.2.1 Selon le prestataire de soins en présence

Dans un premier temps, les expériences recueillies ont été divisées en fonction du prestataire de soins qui a assisté à la naissance pour former trois groupes distincts : les accouchements assistés par un-e médecin de famille, ceux assistés par un-e obstétricien-ne-gynécologue et, enfin, ceux assistés par des sages-femmes<sup>27</sup>.

##### 4.2.1.1 Profil des groupes de femmes

Le groupe comprenant les femmes qui avaient donné naissance sous les soins d'un-e OBGYN est composé de 3359 femmes, soit 64,7 % des répondantes totales. 1039 femmes ont pour leur part accouché en compagnie d'un-e médecin de famille (20 %) et 756 femmes ont bénéficié du soutien d'une sage-femme pour la naissance de leur enfant (14,6 %).

Ces trois groupes ont été soumis à des analyses comparatives afin de déterminer s'ils différaient significativement en termes d'âge, d'éducation, d'état civil, d'année d'accouchement et de taux d'interventions médicales à l'accouchement (voir annexe J). Ces analyses ont révélé que les clientes des sages-femmes constituaient un groupe dont la moyenne d'âge était plus élevée et qui possédait davantage de diplômes universitaires. Ces tendances avaient été précédemment documentées dans les sondages de MSSS *et al.* (2008). Les résultats indiquent que les sages-femmes ont été impliquées dans l'accompagnement d'un plus grand nombre de femmes connaissant leur troisième accouchement ou plus, par rapport aux médecins. Ces différences sont statistiquement significatives.

##### 4.2.1.2 Perception globale de l'expérience d'accouchement par les femmes

Contrairement à la section 4.1 qui a conclu avec la présentation de la perception globale des femmes sur leur expérience de l'accouchement, cette section débutera en examinant cette évaluation en tenant compte de la variation observée selon les prestataires de soins de santé présents. Nous explorerons

---

<sup>27</sup> Les répondantes ayant sélectionné l'option « je n'ai pas reçu aucune assistance médicale » ainsi que celles qui ont indiqué qu'elles n'étaient « pas concernées » en ce qui concerne le prestataire de soins en présence n'ont pas été prises en considération pour les analyses de cette section (4.2.1).

ensuite divers aspects de leur expérience émotionnelle et de leur relation avec le personnel soignant, ce qui nous permettra de comprendre ces résultats de manière progressive.

Le tableau 4.6 expose la perception globale des femmes concernant leur expérience d'accouchement, évaluée sur une échelle de 0 à 10 pour chaque groupe de professionnels de santé. Il est important de rappeler que les femmes qui ont attribué une note de zéro ont jugé avoir vécu une expérience très mauvaise, tandis qu'une note de dix correspond à une expérience très positive.

Tableau 4.6 Perception globale par les femmes de leur expérience de l'accouchement en fonction des prestataires de soins de santé impliqués

Prestataires de soins de santé impliqués lors de l'accouchement	Données					
	Perception globale par les femmes à l'égard de leur expérience de l'accouchement sur une échelle de zéro à dix					
	N	Moyenne	Écart type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne	
Borne inférieure					Borne supérieure	
<b>Médecin de famille + infirmiers.ères</b>	1039	7,78/10	2,26899	0,07039	7,6424	7,9187
<b>OBGYN + infirmiers.ères</b>	3359	6,86/10	2,75288	0,04750	6,7678	6,9541
<b>Sage-femme</b>	756	9,32/10	1,21717	0,04427	9,2332	9,4070
Total	5188	7,41/10	2,63949	0,03665	7,3406	7,4843

Notes. 1 Un score de 0/10 indique une expérience très négative, tandis qu'un score de 10/10 reflète une expérience très positive

D'après les données du tableau 4.6, les femmes ayant été assistées par une sage-femme lors de leur accouchement ont attribué les évaluations les plus positives (9,32/10) parmi les différents groupes interrogés. Ensuite, les femmes qui ont été assistées de médecins de famille ont donné une note moyenne de 7,78/10 à leur expérience de l'accouchement, tandis que celles assistées d'OBGYN ont rapporté une expérience globalement moins satisfaisante avec une moyenne de 6,86/10. Une analyse de variance (ANOVA) et à un test de Bonferroni (voir annexe K) confirme une différence statistiquement significative dans les perceptions moyennes de l'expérience d'accouchement des femmes selon le prestataire de soins qui les accompagnait.

#### 4.2.1.3 Vécu émotionnel et relation avec l'équipe médico-soignante lors de l'accouchement

Le tableau 4.7 révèle des différences statistiquement significatives, mesurées par des analyses de khi carré, pour chaque énoncé lié à la dimension émotionnelle de l'expérience de l'accouchement et la relation avec l'équipe médico-soignante en fonction du prestataire de soins impliqué lors de l'événement.

Tableau 4.7 Comparaison de l'expérience émotionnelle des femmes et de leur relation avec l'équipe médico-soignante lors de l'accouchement en fonction des prestataires de soins impliqués (1)

Énoncés en lien avec le vécu émotionnel de la femme lors de l'accouchement		Prestataires des soins impliqués					
		Médecin de famille + infirmier-ère-s		OBGYN + infirmier-ère-s		Sage-femme	
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>Je me sentais inquiète</b>	Pas du tout	297 <sub>a</sub>	28,8 %	682 <sub>b</sub>	20,4 %	457 <sub>c</sub>	61,3 %
	Pas tellement	383 <sub>a</sub>	37,1 %	1054 <sub>b</sub>	31,5 %	189 <sub>c</sub>	25,3 %
	En partie	270 <sub>a</sub>	26,1 %	1142 <sub>b</sub>	34,1 %	88 <sub>c</sub>	11,8 %
	Tout à fait	83 <sub>a</sub>	8,0 %	470 <sub>b</sub>	14,0 %	12 <sub>c</sub>	1,6 %
<b>Je me sentais en sécurité</b>	Pas du tout	12 <sub>a,c</sub>	1,2 %	65 <sub>a,b</sub>	1,9 %	1 <sub>c</sub>	0,1 %
	Pas tellement	36 <sub>a</sub>	3,5 %	180 <sub>a</sub>	5,4 %	5 <sub>b</sub>	0,7 %
	En partie	245 <sub>a</sub>	23,6 %	1000 <sub>b</sub>	29,8 %	35 <sub>c</sub>	4,6 %
	Tout à fait	746 <sub>a</sub>	71,8 %	2111 <sub>b</sub>	62,9 %	715 <sub>c</sub>	94,6 %
<b>Je me sentais confiante</b>	Pas du tout	43 <sub>a</sub>	4,1 %	205 <sub>a</sub>	6,1 %	2 <sub>b</sub>	0,3 %
	Pas tellement	110 <sub>a</sub>	10,6 %	593 <sub>b</sub>	17,7 %	13 <sub>c</sub>	1,7 %
	En partie	477 <sub>a</sub>	45,9 %	1549 <sub>a</sub>	46,1 %	215 <sub>b</sub>	28,5 %
	Tout à fait	409 <sub>a</sub>	39,4 %	1010 <sub>b</sub>	30,1 %	525 <sub>c</sub>	69,5 %
<b>L'équipe soignante comprenait et répondait à mes désirs de manière satisfaisante</b>	Pas du tout	33 <sub>a</sub>	3,2 %	141 <sub>a</sub>	4,2 %	2 <sub>b</sub>	0,3 %
	Pas tellement	80 <sub>a</sub>	7,7 %	368 <sub>b</sub>	11,0 %	7 <sub>c</sub>	0,9 %
	En partie	299 <sub>a</sub>	28,8 %	1047 <sub>a</sub>	31,3 %	43 <sub>b</sub>	5,7 %
	Tout à fait	625 <sub>a</sub>	60,3 %	1790 <sub>b</sub>	53,5 %	703 <sub>c</sub>	93,1 %
<b>Je me suis sentie soutenue émotionnellement par les professionnel-le-s qui s'occupaient de moi</b>	Pas du tout	45 <sub>a</sub>	4,4 %	219 <sub>a</sub>	6,5 %	3 <sub>b</sub>	0,4 %
	Pas tellement	91 <sub>a</sub>	8,8 %	405 <sub>b</sub>	12,1 %	10 <sub>c</sub>	1,3 %
	En partie	286 <sub>a</sub>	27,7 %	984 <sub>a</sub>	29,4 %	30 <sub>b</sub>	4,0 %
	Tout à fait	609 <sub>a</sub>	59,1 %	1738 <sub>b</sub>	51,9 %	712 <sub>c</sub>	94,3 %
<b>Les professionnel-le-s me tenaient informée de ce qui se passait</b>	Pas du tout	25 <sub>a</sub>	2,4 %	116 <sub>a</sub>	3,5 %	4 <sub>b</sub>	0,5 %
	Pas tellement	83 <sub>a</sub>	8,0 %	396 <sub>b</sub>	11,8 %	8 <sub>c</sub>	1,1 %
	En partie	268 <sub>a</sub>	26,0 %	955 <sub>a</sub>	28,5 %	56 <sub>b</sub>	7,4 %
	Tout à fait	656 <sub>a</sub>	63,6 %	1888 <sub>b</sub>	56,3 %	684 <sub>c</sub>	91,0 %
<b>Je sentais que je pouvais m'exprimer et donner mon avis à propos des décisions me concernant</b>	Pas du tout	34 <sub>a</sub>	3,3 %	204 <sub>b</sub>	6,1 %	4 <sub>c</sub>	0,5 %
	Pas tellement	104 <sub>a</sub>	10,1 %	408 <sub>a</sub>	12,2 %	8 <sub>b</sub>	1,1 %
	En partie	239 <sub>a</sub>	23,1 %	943 <sub>b</sub>	28,3 %	20 <sub>c</sub>	2,6 %
	Tout à fait	656 <sub>a</sub>	63,5 %	1777 <sub>b</sub>	53,3 %	724 <sub>c</sub>	95,8 %
<b>Je suis satisfaite de la manière dont les événements se sont déroulés</b>	Pas du tout	59 <sub>a</sub>	5,7 %	342 <sub>b</sub>	10,2 %	3 <sub>c</sub>	0,4 %
	Pas tellement	75 <sub>a</sub>	7,2 %	433 <sub>b</sub>	12,9 %	7 <sub>c</sub>	0,9 %
	En partie	302 <sub>a</sub>	29,1 %	1057 <sub>a</sub>	31,5 %	60 <sub>b</sub>	7,9 %
	Tout à fait	603 <sub>a</sub>	58,0 %	1524 <sub>b</sub>	45,4 %	686 <sub>c</sub>	90,7 %
<b>Je me suis sentie obligée d'accepter les options de soins que m'a suggérées ma-mon médecin ou ma sage-femme</b>	Pas du tout	523 <sub>a</sub>	52,6 %	1382 <sub>b</sub>	43,4 %	604 <sub>c</sub>	84,6 %
	Pas tellement	174 <sub>a</sub>	17,5 %	513 <sub>a</sub>	16,1 %	62 <sub>b</sub>	8,7 %
	En partie	202 <sub>a</sub>	20,3 %	790 <sub>b</sub>	24,8 %	36 <sub>c</sub>	5,0 %
	Tout à fait	95 <sub>a</sub>	9,6 %	500 <sub>b</sub>	15,7 %	12 <sub>c</sub>	1,7 %
<b>On m'a demandé mon consentement pour tous les soins/interventions que j'ai reçus</b>	Pas du tout	25 <sub>a</sub>	2,5 %	171 <sub>b</sub>	5,2 %	1 <sub>c</sub>	0,1 %
	Pas tellement	63 <sub>a</sub>	6,2 %	271 <sub>a</sub>	8,2 %	3 <sub>b</sub>	0,4 %
	En partie	199 <sub>a</sub>	19,5 %	698 <sub>a</sub>	21,0 %	37 <sub>b</sub>	5,0 %
	Tout à fait	731 <sub>a</sub>	71,8 %	2177 <sub>b</sub>	65,6 %	702 <sub>c</sub>	94,5 %

Notes. 1 Les valeurs dans la même ligne et sous-table ne partageant pas le même indice diffèrent significativement à  $p < 0,05$  dans le test bilatéral d'égalité pour proportions de colonnes. Les cellules sans indice ne sont pas incluses dans le test.

Notes. 2 Les analyses statistiques ont été réalisées sur un sous-échantillon de personnes concernées, c'est-à-dire que le choix de réponse « pas concernée » n'a pas été pris en compte.

Les premières analyses comparatives ont montré de manière statistiquement significative que les femmes accompagnées par une sage-femme pendant l'accouchement ont déclaré vivre moins d'inquiétudes, tout en ayant un sentiment de sécurité et de confiance plus élevé que celles assistées par des médecins de famille, qui à leur tour ont déclaré des niveaux d'inquiétude moins élevés, tout en ayant un sentiment de

sécurité et de confiance plus élevé que celles assistées par un·e OBGYN. 61,3 % des femmes ayant été assistée d'une sage-femme lors de leur accouchement ont répondu « pas du tout » à l'énoncé « Je me sentais inquiète », tandis que pour les médecins de famille et les OBGYN, les pourcentages étaient de 28,8 % et 20,4 %. Les femmes ayant été assistées par une sage-femme pendant leur accouchement ont signalé un sentiment de sécurité total dans 94,6 % des cas, comparativement à 62,9 % pour les naissances assistées par des médecins de famille et 71,8 % pour les naissances assistées par des OBGYN. Les différences entre les trois groupes sont statistiquement significatives, le sentiment de sécurité étant le plus faible en présence d'un·e OBGYN, où 37,1 % des parturientes n'ont pas ressenti un sentiment de sécurité totale.

De plus, il y avait des écarts significatifs dans le niveau de confiance ressenti par les femmes selon les prestataires de soins présents. Seulement 30,1 % des parturientes étaient tout à fait confiantes lorsqu'elles étaient assistées par un·e OBGYN, 39,4 % avec un·e médecin de famille, tandis que 69,5 % étaient tout à fait confiantes lorsqu'elles étaient assistées par une sage-femme.

Dans un deuxième temps, les femmes qui ont été assistées par une sage-femme lors de leur accouchement ont signalé une réponse plus satisfaisante à leurs souhaits, un meilleur soutien émotionnel, une participation plus active à la prise de décision et une plus grande satisfaction quant au déroulement des événements, par rapport aux femmes ayant été accompagnées par des médecins (différences statistiquement significatives selon les analyses de khi carré). En effet, les résultats de l'enquête indiquent que les sages-femmes ont compris et répondu de manière satisfaisante aux souhaits de leurs clientes dans 93,1 % des accouchements, tandis que les médecins de famille ne l'ont fait que dans 60,3 % des cas et les OBGYN dans 53,5 %. Cela signifie que près de 40 % des femmes ayant accouché avec un·e médecin de famille et près de la moitié des femmes ayant accouché avec un·e OBGYN ne sont pas satisfaites de la manière dont leurs souhaits ont été entendus et pris en compte ! En outre, le soutien émotionnel n'a pas été jugé adéquat dans 40 % des accouchements avec des médecins de famille et 48,1 % des accouchements avec des OBGYN, alors qu'il l'était tout à fait pour 94,3 % des femmes assistées par une sage-femme.

Les résultats pour l'énoncé « les professionnel·le·s m'ont tenue informée de ce qui se passait » ont été similaires. Parmi les femmes accompagnées par une sage-femme, 91 % ont répondu avoir été parfaitement informées de l'évolution de leur travail, tandis que pour les femmes ayant accouché avec un·e médecin, les taux variaient de 56,3% (OBGYN) à 63,6% (médecin de famille). En d'autres termes, entre 36,4 % et 43,7 % des patientes de médecins ont signalé avoir été tenues à l'écart d'informations

portant sur l'avancement de leur travail, soit plus d'un tiers des cas. Si la littérature suggère que pour vivre positivement leur expérience de l'accouchement les femmes veulent être informées de manière détaillée et honnête sur l'évolution du travail et les procédures à considérer, on peut raisonnablement supposer que les manquements au niveau de la communication entre les médecins et les patientes ont eu un impact négatif sur leur expérience de l'accouchement.

Les résultats présentés au tableau 4.7 permettent également de relever plusieurs constats portant sur la participation des femmes aux décisions lors de l'accouchement. Tout d'abord, il ressort que la quasi-totalité des femmes ayant été accompagnées par une sage-femme ont estimé pouvoir s'exprimer et donner leur avis sur les décisions les concernant (95,8 %). En revanche, cette proportion est statistiquement moins élevée pour les médecins de famille (63,5 %) et les OBGYN (53,3 %). Cela signifie que les femmes n'ont pas perçu qu'elles avaient la possibilité de s'exprimer et de donner leur avis dans les processus de décision pour 36,5 % des accouchements avec un·e médecin de famille et près de la moitié des accouchements avec un·e OBGYN (46,7 %).

Afin de garantir une participation informée et volontaire des femmes à la prise de décision concernant leur accouchement, l'enquête a également examiné la mesure dans laquelle le consentement aux soins a été respecté en posant des questions à cet effet. Selon les résultats de l'enquête, une proportion considérable de femmes ont ressenti une certaine forme de pression pour accepter les options de soins proposées par les professionnel·le·s de la santé pendant leur accouchement. En effet, près de la moitié des femmes accompagnées d'un·e médecin de famille (47,4 %), plus de la moitié avec un·e obstétricien·ne (56,6 %) et une minorité avec une sage-femme (15,4 %) ont déclaré avoir ressenti cette pression. Les femmes accompagnées par des sages-femmes ont été les plus susceptibles de déclarer que leur consentement avait été demandé pour tous les soins et interventions, avec un pourcentage significativement plus élevé (94,5 %) que les groupes de médecins de famille (71,8 %) et de médecins spécialistes (65,6 %). Cela indique que dans un pourcentage considérable d'interventions médicales (28,2 % à 34,4 %), les professionnel·le·s de la santé ont omis de respecter leur obligation éthique de solliciter le consentement libre et éclairé des femmes. Les résultats de l'enquête mettent en évidence un problème évident de la dépossession des femmes de leur capacité à prendre des décisions pendant l'accouchement.

Les résultats concernant la satisfaction des femmes quant au déroulement de leur accouchement renforcent l'idée que les accouchements assistés par une sage-femme sont associés à des expériences plus positives, telle que mis en évidence dans la section 4.2.1.2. Selon les réponses des femmes interrogées dans l'enquête, 90,7 % de celles ayant accouché avec une sage-femme ont exprimé une

satisfaction totale envers leur accouchement. En revanche, le taux de pleine satisfaction quant au déroulement de l'accouchement était respectivement de 58 % pour les médecins de famille et de 45,4 % pour les obstétricien-ne-s-gynécologues.

En résumé, les informations présentées dans le tableau 4.7 laissent entendre que les sages-femmes ont procuré une expérience émotionnelle plus positive de l'accouchement à leurs clientes, car les réponses à une majorité d'affirmations mentionnées ont montré une différence statistiquement significative en faveur des sages-femmes par rapport aux médecins de famille et aux obstétricien-ne-s-gynécologues. Certaines différences statistiquement significatives ont également été observées entre les femmes ayant accouché avec des médecins de famille et celles ayant accouché avec des OBGYN.

Prenons maintenant en considération le tableau 4.8 (voir page suivante), qui montre clairement qu'il y a des différences statistiquement significatives dans la façon dont les femmes perçoivent leur liberté de mouvement pendant l'accouchement en fonction des prestataires de soins de santé en présence. Au cours de la phase active du travail, les femmes accompagnées par des médecins de famille étaient 46,7 % à ne pas se sentir totalement libres de leurs mouvements, tandis que ce chiffre était de 53,3 % pour celles accompagnées par un-e OBGYN et de seulement 7,3 % pour celles assistées d'une sage-femme. Au moment de la poussée, c'est maintenant à 64,2 % et 74,9 % des femmes assistées par des médecins qui sont privées de liberté de mouvement, un pourcentage qui demeure stable à 8 % pour les sages-femmes. Les résultats soulignent des divergences significatives entre les pratiques de soins des sages-femmes et des médecins en ce qui concerne la mobilité pendant l'accouchement.

Des différences statistiquement significatives ont été observées entre les sages-femmes et les médecins lors de la phase de poussée et de naissance de l'enfant, notamment en ce qui concerne le respect de l'intimité des femmes, la perte de contrôle perçue et la conformité aux attentes. Le tableau 4.8 indique que durant cette phase d'accouchement, la satisfaction concernant le respect de l'intimité était moins élevée pour les femmes ayant été assistées d'un-e médecin de famille (28,9 % n'étaient pas totalement satisfaites) et d'un-e OBGYN (36,9 % n'étaient pas totalement satisfaites). En revanche, pour les accouchements assistés par une sage-femme, le pourcentage de femmes insatisfaites concernant le respect de leur intimité était beaucoup plus faible, seulement 4,4 %.

Tableau 4.8 Comparaison de l'expérience émotionnelle des femmes et de leur relation avec l'équipe médico-soignante lors de l'accouchement en fonction des prestataires de soins impliqués (2)

Énoncés en lien avec le vécu de l'accouchement et la relation avec le personnel soignant	Degré d'accord avec l'énoncé	Pendant la majorité de votre travail actif						Au moment de la naissance de votre enfant					
		Médecin de famille + infirmier-ère-s		OBGYN + infirmier-ère-s		Sage-femme		Médecin de famille + infirmier-ère-s		OBGYN + infirmier-ère-s		Sage-femme	
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>J'ai pu me mouvoir ou choisir librement ma position</b>	Pas du tout	93 <sub>a</sub>	7,4 %	267 <sub>b</sub>	10,8 %	4 <sub>c</sub>	0,5 %	201 <sub>a</sub>	20,2 %	865 <sub>b</sub>	29,5 %	3 <sub>c</sub>	0,4 %
	Pas tellement	161 <sub>a</sub>	12,8 %	367 <sub>a</sub>	14,8 %	5 <sub>b</sub>	0,6 %	212 <sub>a</sub>	21,3 %	693 <sub>a</sub>	23,6 %	3 <sub>b</sub>	0,4 %
	En partie	334 <sub>a</sub>	26,5 %	690 <sub>a</sub>	27,8 %	55 <sub>b</sub>	6,3 %	225 <sub>a</sub>	22,6 %	638 <sub>a</sub>	21,8 %	54 <sub>b</sub>	7,2 %
	Tout à fait	671 <sub>a</sub>	53,3 %	1159 <sub>b</sub>	46,7 %	816 <sub>c</sub>	92,7 %	356 <sub>a</sub>	35,8 %	735 <sub>b</sub>	25,1 %	694 <sub>c</sub>	92,0 %
<b>Tout s'est déroulé comme je l'avais imaginé</b>	Pas du tout	265 <sub>a</sub>	20,6 %	671 <sub>b</sub>	25,8 %	81 <sub>c</sub>	9,3 %	152 <sub>a</sub>	14,8 %	912 <sub>b</sub>	28,1 %	21 <sub>c</sub>	2,8 %
	Pas tellement	229 <sub>a</sub>	17,8 %	496 <sub>a</sub>	19,1 %	66 <sub>b</sub>	7,5 %	165 <sub>a</sub>	16,0 %	546 <sub>a</sub>	16,8 %	41 <sub>b</sub>	5,5 %
	En partie	540 <sub>a</sub>	41,9 %	996 <sub>a</sub>	38,3 %	370 <sub>a</sub>	42,3 %	434 <sub>a</sub>	42,1 %	1164 <sub>b</sub>	35,9 %	359 <sub>c</sub>	47,9 %
	Tout à fait	255 <sub>a</sub>	19,8 %	437 <sub>a</sub>	16,8 %	358 <sub>b</sub>	40,9 %	279 <sub>a</sub>	27,1 %	619 <sub>b</sub>	19,1 %	329 <sub>c</sub>	43,9 %
<b>J'avais l'impression de perdre tous mes moyens</b>	Pas du tout	317 <sub>a</sub>	24,6 %	634 <sub>a</sub>	24,7 %	368 <sub>b</sub>	41,9 %	350 <sub>a</sub>	34,4 %	895 <sub>b</sub>	27,9 %	349 <sub>c</sub>	46,5 %
	Pas tellement	413 <sub>a</sub>	32,0 %	727 <sub>a</sub>	28,3 %	259 <sub>a</sub>	29,5 %	276 <sub>a</sub>	27,1 %	750 <sub>b</sub>	23,4 %	185 <sub>a,b</sub>	24,7 %
	En partie	366 <sub>a</sub>	28,4 %	753 <sub>a</sub>	29,4 %	194 <sub>b</sub>	22,1 %	249 <sub>a</sub>	24,5 %	971 <sub>b</sub>	30,2 %	174 <sub>a</sub>	23,2 %
	Tout à fait	195 <sub>a</sub>	15,1 %	451 <sub>a</sub>	17,6 %	58 <sub>b</sub>	6,6 %	142 <sub>a</sub>	14,0 %	594 <sub>b</sub>	18,5 %	42 <sub>c</sub>	5,6 %
<b>On a respecté mon intimité</b>	Pas du tout	40 <sub>a</sub>	3,1 %	90 <sub>a</sub>	3,5 %	4 <sub>b</sub>	0,5 %	31 <sub>a</sub>	3,1 %	131 <sub>a</sub>	4,1 %	2 <sub>b</sub>	0,3 %
	Pas tellement	82 <sub>a</sub>	6,4 %	185 <sub>a</sub>	7,1 %	19 <sub>b</sub>	2,2 %	66 <sub>a</sub>	6,5 %	266 <sub>a</sub>	8,3 %	4 <sub>b</sub>	0,5 %
	En partie	282 <sub>a</sub>	21,9 %	589 <sub>a</sub>	22,7 %	59 <sub>b</sub>	6,7 %	196 <sub>a</sub>	19,3 %	780 <sub>b</sub>	24,5 %	27 <sub>c</sub>	3,6 %
	Tout à fait	882 <sub>a</sub>	68,6 %	1734 <sub>a</sub>	66,7 %	794 <sub>b</sub>	90,6 %	722 <sub>a</sub>	71,1 %	2011 <sub>b</sub>	63,1 %	720 <sub>c</sub>	95,6 %
<b>J'estime avoir été victime de gestes ou de commentaires inappropriés et/ou sexistes</b>	Pas du tout	1178 <sub>a</sub>	91,5 %	2279 <sub>b</sub>	88,7 %	825 <sub>c</sub>	94,9 %	941 <sub>a</sub>	92,3 %	2844 <sub>b</sub>	88,6 %	739 <sub>c</sub>	98,9 %
	Pas tellement	41 <sub>a</sub>	3,2 %	127 <sub>b</sub>	4,9 %	18 <sub>a</sub>	2,1 %	29 <sub>a</sub>	2,8 %	157 <sub>b</sub>	4,9 %	4 <sub>c</sub>	0,5 %
	En partie	41 <sub>a</sub>	3,2 %	84 <sub>a</sub>	3,3 %	13 <sub>b</sub>	1,5 %	33 <sub>a</sub>	3,2 %	114 <sub>a</sub>	3,6 %	1 <sub>b</sub>	0,1 %
	Tout à fait	27 <sub>a,b</sub>	2,1 %	80 <sub>a</sub>	3,1 %	13 <sub>b</sub>	1,5 %	17 <sub>a</sub>	1,7 %	94 <sub>a</sub>	2,9 %	3 <sub>b</sub>	0,4 %
<b>Le soutien de mon partenaire m'a aidé</b>	Pas du tout	11 <sub>a</sub>	0,8 %	25 <sub>a</sub>	1,0 %	5 <sub>a</sub>	0,6 %	18 <sub>a</sub>	1,8 %	56 <sub>a</sub>	1,7 %	3 <sub>b</sub>	0,4 %
	Pas tellement	68 <sub>a</sub>	5,3 %	117 <sub>a,b</sub>	4,5 %	24 <sub>b</sub>	2,8 %	52 <sub>a</sub>	5,1 %	145 <sub>a</sub>	4,5 %	22 <sub>a</sub>	3,0 %
	En partie	229 <sub>a</sub>	17,7 %	445 <sub>a</sub>	17,1 %	122 <sub>a</sub>	14,1 %	147 <sub>a</sub>	14,3 %	534 <sub>a</sub>	16,5 %	97 <sub>a</sub>	13,1 %
	Tout à fait	987 <sub>a</sub>	76,2 %	2022 <sub>a</sub>	77,5 %	714 <sub>b</sub>	82,5 %	810 <sub>a</sub>	78,9 %	2495 <sub>a</sub>	77,2 %	620 <sub>b</sub>	83,6 %

Notes. 1. Les analyses statistiques ont été réalisées sur un sous-échantillon de personnes concernées, c'est-à-dire que le choix de réponse « pas concernée » n'a pas été pris en compte.

Notes. 2. Les valeurs dans la même ligne et sous-table ne partageant pas le même indice diffèrent significativement à  $p < 0,05$  dans le test bilatéral d'égalité pour proportions de colonnes. Les cellules sans indice ne sont pas incluses dans le test.

Les résultats indiquent que pour les femmes assistées par des médecins de famille, 14 % ont exprimé avoir eu l'impression d'avoir perdu l'ensemble de leurs moyens lors de la poussée, alors que ce chiffre est de 18,5 % pour celles accompagnées d'OBGYN, et de 5,6 % pour celles assistées par des sages-femmes. Par ailleurs, seulement 2,8 % des femmes qui ont mis au monde leur enfant assistée d'une sage-femme ont rapporté une non-conformité de leurs attentes par rapport à la réalité, contre 28,1 % pour les OBGYN et 14,8 % pour les médecins de famille. Ces résultats sont cohérents avec les recherches antérieures qui ont établi un lien entre un sentiment de contrôle limité, des attentes divergentes par rapport à la réalité de l'accouchement, et des expériences négatives de l'accouchement (Aktaş et Aydın, 2019 ; Larkin *et al.*, 2009).

Pour conclure, j'ai également examiné la présence de violences physiques et psychologiques dans les expériences des femmes lors de l'accouchement. Bien que la grande majorité ait répondu « pas du tout » à l'énoncé « J'estime avoir été victime de gestes ou de commentaires inappropriés et/ou sexistes », il est possible que ces situations aient été vécues par un petit pourcentage de femmes. Plus précisément, 11,4 % des femmes ayant accouché avec un-e OBGYN, 7,7 % avec un-e médecin de famille et 1,1 % avec une sage-femme ont déclaré avoir été victimes de ces violences dans une certaine mesure. D'un point de vue statistique, il y a des différences significatives dans les proportions de femmes rapportant avoir vécu ces situations dans la deuxième phase de l'accouchement si l'on compare les groupes de médecins à celui des sages-femmes.

#### 4.2.1.4 Le recours aux interventions obstétricales

Bien que ce mémoire en travail social entende mettre l'accent sur la dimension psychosociale de l'accouchement, on ne peut ignorer qu'il existe des différences statistiquement significatives dans les taux d'interventions obstétricales pratiquées pendant l'accouchement en fonction des professionnel-le-s responsables des soins à la femme. Ce facteur médical joue un rôle important dans la perception positive ou négative qu'ont les femmes de cette expérience (Aktaş et Aydın, 2019 ; Hollins et Fleming, 2011).

Le tableau 4.9 démontre une différence significative dans le degré de médicalisation des accouchements assistés par les sages-femmes par rapport à ceux assistés par les médecins.<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> Les sages-femmes ne sont pas formées et autorisées à pratiquer le déclenchement médical du travail, les césariennes et les péridurales, ce qui explique l'une des raisons de ces résultats.

Selon l’OMS (2018), le MSSS *et al.* (2008) et de nombreuses autres études, la plupart des femmes souhaitent un accouchement physiologique sans interventions médicales, et cela est associé à des expériences d’accouchement plus positives. Cependant, cette enquête montre que seulement une minorité des femmes qui accouchent avec des médecins de famille ou des OBGYN font l’expérience d’un accouchement physiologique, avec des taux de 16,6 % et 8,3 % respectivement. En comparaison, 70,8 % des femmes ayant accouché sous la surveillance d’une sage-femme ont connu un accouchement physiologique.

Tableau 4.9 Taux d’interventions médicales effectuées lors de l’accouchement par les prestataires de soins de santé présents

Interventions médicales pratiquées lors de l’accouchement	Prestataires de soins de santé présents					
	Médecin de famille + infirmier·ère·s		OBGYN + infirmier·ère·s		Sage-femme	
	N de répondantes	%	N de répondantes	%	N de répondantes	%
<b>Déclenchement médical de l’accouchement</b>	462 <sub>a</sub>	44,5 %	1609 <sub>a</sub>	47,9 %	5 <sub>b</sub>	0,7 %
<b>Rupture des membranes</b>	505 <sub>a</sub>	48,6 %	1586 <sub>a</sub>	47,2 %	187 <sub>b</sub>	24,7 %
<b>Forceps ou ventouses</b>	87 <sub>a</sub>	8,4 %	562 <sub>b</sub>	16,7 %	9 <sub>c</sub>	1,2 %
<b>Épisiotomie</b>	97 <sub>a</sub>	9,3 %	396 <sub>a</sub>	11,8 %	11 <sub>b</sub>	1,5 %
<b>Césarienne</b>	51 <sub>a</sub>	4,9 %	961 <sub>b</sub>	28,6 %	0	0,0 %
<b>Aucune intervention médicale</b>	172 <sub>a</sub>	16,6 %	278 <sub>b</sub>	8,3 %	535 <sub>c</sub>	70,8 %
<b>Péridurale</b>	593 <sub>a</sub>	57,1 %	2186 <sub>b</sub>	65,1 %	1 <sub>c</sub>	0,1 %

Notes. Les valeurs dans la même ligne et sous-table ne partageant pas le même indice diffèrent significativement à  $p < 0,05$  dans le test bilatéral d’égalité pour proportions de colonnes. Les cellules sans indice ne sont pas incluses dans le test.

Bien que le taux global de déclenchement pharmacologique au Québec était de 30 % en 2009-2010 (ASPQ, 2009), cette enquête montre plutôt une variation de 44,5 % à 47,9 % dans la pratique médicale. Les données révèlent que les médecins ont eu recours à la rupture artificielle des membranes deux fois plus souvent que les sages-femmes, et ont pratiqué des épisiotomies sept fois plus souvent. On peut également noter que 28,6 % des accouchements dirigés par des OBGYN se sont terminés par une césarienne.

#### 4.2.2 Selon le lieu de l’accouchement

Dans un deuxième temps, j’ai divisé le bassin de participantes en fonction du lieu de leur accouchement pour former à nouveau trois groupes distincts : celles qui ont accouché dans un hôpital, celles qui ont accouché dans une maison de naissance, et enfin, celles qui ont accouché chez elles. J’ai répété les analyses statistiques effectuées à la section 4.2.1 afin de comparer maintenant l’expérience de l’accouchement en

fonction du lieu de l'accouchement plutôt que du prestataire de soins de santé, comme cela a été fait précédemment.

#### 4.2.2.1 Profil des groupes de femmes

Les trois groupes ainsi constitués sont représentés comme suit dans l'échantillon de participantes : 4438 femmes (85,4 %) ont accouché dans un hôpital, 553 femmes (10,6 %) dans une maison de naissance et 174 femmes (3,3 %) à domicile. Les tests statistiques n'ont pas tenu compte des groupes « à domicile sans assistance médicale » et « dans un lieu non prévu » ou encore l'option « pas concernée » qui représentaient respectivement 0,5 %, 0,1 % et 0,04 % des répondantes. Des analyses de khi carré ont été effectuées pour vérifier si la composition des différents groupes de femmes différait significativement en fonction du lieu d'accouchement (voir annexe J). En résumé, on constate que la population hospitalière est significativement plus jeune et que davantage de ces femmes ont fait part de leur expérience concernant leur première et unique grossesse.

#### 4.2.2.2 Perception globale de l'expérience d'accouchement par les femmes

D'après les résultats présentés dans le tableau 4.10, les femmes ayant accouché à domicile avec l'aide d'une sage-femme ont signalé les expériences les plus positives (9,52/10), suivies de près par celles ayant accouché dans une maison de naissance avec une sage-femme (9,28/10). De façon statistiquement significative, les évaluations moyennes des femmes ayant accouché à l'hôpital (7,08/10) étaient inférieures à celles des deux autres groupes, indiquant ainsi que ces femmes ont perçu leur expérience comme étant plus négative. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre la maison de naissance et le domicile (voir annexe K).

Il est suggéré par ces résultats que la moyenne de la perception globale de l'expérience de l'accouchement par les femmes, évaluée à 7,4/10 dans la section 4.1.4 sans tenir compte du prestataire de soins ni du lieu d'accouchement, ne reflète probablement pas de manière fidèle l'expérience de l'accouchement au Québec. En effet, il est possible que cette évaluation soit biaisée à la hausse en raison des expériences très positives avec les sages-femmes, qui sont surreprésentées dans cette étude (14,6 % des répondantes) par rapport à la proportion estimée pour la population générale du Québec (4,2 % selon l'enquête CSN menée en 2019). Pour mieux comprendre l'expérience d'accouchement de la majorité des femmes au Québec, il semble plus approprié de se pencher sur une note moyenne de 7,08/10, car les statistiques nationales indiquent que plus de 95 % des accouchements ont lieu à l'hôpital.

Tableau 4.10 Perception globale par les femmes de leur expérience de l'accouchement selon le lieu de l'accouchement

Lieu de l'accouchement	Données					
	Perception globale par les femmes à l'égard de leur expérience de l'accouchement sur une échelle de zéro à dix					
	N	Moyenne	Écart type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95 %	
Borne inférieure					Borne supérieure	
<b>En centre hospitalier</b>	4438	7,08/10	2,67742	0,04019	7,0035	7,1610
<b>En maison de naissance</b>	553	9,28/10	1,27353	0,05416	9,1811	9,3939
<b>À domicile</b>	174	9,52/10	0,85141	0,06455	9,3956	9,6504
<b>Total</b>	5165	7,40/10	2,64144	0,03675	7,3285	7,4726

Notes. 1 Un score de 0/10 indique une expérience très négative, tandis qu'un score de 10/10 reflète une expérience très positive.

#### 4.2.2.3 Vécu émotionnel et relation avec l'équipe médico-soignante lors de l'accouchement

Les tableaux 4.11 et 4.12 présentent les résultats d'analyses de khi carré qui ont comparé le vécu émotionnel et la qualité de la relation entre la femme et le personnel médical en fonction du lieu d'accouchement.

Les données indiquent que les femmes se sentaient moins inquiètes, plus confiantes et plus en sécurité lorsqu'elles accouchaient chez elles que dans tout autre lieu. En effet, 94,8 % des femmes se sont senties totalement en sécurité lorsqu'elles ont accouché chez elles, comparés à 95,3 % pour celles qui ont accouché dans une maison de naissance et seulement 65 % pour celles qui ont accouché à l'hôpital. Bien que la sécurité soit souvent considérée comme un argument en faveur d'un accouchement en milieu hospitalier en raison de la proximité des technologies et des expertises, les résultats de cette recherche remettent en question cette idée en montrant que les femmes sont moins susceptibles de se sentir en sécurité dans un hôpital que dans tout autre lieu de naissance. De même, les femmes ont ressenti plus d'inquiétude et étaient moins confiantes lorsqu'elles accouchaient à l'hôpital.

Hormis le sentiment de confiance, pour les autres résultats rapportés dans le tableau 4.11, les analyses du khi carré ont révélé des différences significatives dans l'expérience de l'accouchement par les femmes selon qu'elle ait été vécue à l'intérieur ou à l'extérieur de l'hôpital, mais pas lorsqu'on comparait l'expérience en maison de naissance à celle vécue à domicile.

Tableau 4.11 Comparaison de l'expérience émotionnelle des femmes et de leur relation avec l'équipe médico-soignante lors de l'accouchement en fonction du lieu de l'accouchement (1)

Énoncés en lien avec le vécu émotionnel de la femme lors de l'accouchement		Lieu de l'accouchement					
		En centre hospitalier		En maison de naissance		À domicile avec une sage-femme	
		Effectif	% N valide colonne	Effectif	% N valide colonne	Effectif	% N valide colonne
<b>Je me sentais inquiète</b>	Pas du tout	995 <sub>a</sub>	22,5 %	319 <sub>b</sub>	58,3 %	123 <sub>c</sub>	71,9 %
	Pas tellement	1444 <sub>a</sub>	32,7 %	153 <sub>a</sub>	28,0 %	31 <sub>b</sub>	18,1 %
	En partie	1425 <sub>a</sub>	32,2 %	66 <sub>b</sub>	12,1 %	15 <sub>b</sub>	8,8 %
	Tout à fait	556 <sub>a</sub>	12,6 %	9 <sub>b</sub>	1,6 %	2 <sub>b</sub>	1,2 %
<b>Je me sentais en sécurité</b>	Pas du tout	77 <sub>a</sub>	1,7 %	1 <sub>b</sub>	0,2 %	0 <sup>1</sup>	0,0 %
	Pas tellement	221 <sub>a</sub>	5,0 %	1 <sub>b</sub>	0,2 %	1 <sub>b</sub>	0,6 %
	En partie	1253 <sub>a</sub>	28,3 %	24 <sub>b</sub>	4,3 %	8 <sub>b</sub>	4,6 %
	Tout à fait	2884 <sub>a</sub>	65,0 %	527 <sub>b</sub>	95,3 %	165 <sub>b</sub>	94,8 %
<b>Je me sentais confiante</b>	Pas du tout	252 <sub>a</sub>	5,7 %	1 <sub>b</sub>	0,2 %	0 <sup>1</sup>	0,0 %
	Pas tellement	707 <sub>a</sub>	15,9 %	12 <sub>b</sub>	2,2 %	0 <sup>1</sup>	0,0 %
	En partie	2041 <sub>a</sub>	46,0 %	167 <sub>b</sub>	30,3 %	37 <sub>b</sub>	21,3 %
	Tout à fait	1436 <sub>a</sub>	32,4 %	372 <sub>b</sub>	67,4 %	137 <sub>c</sub>	78,7 %
<b>L'équipe soignante comprenait et répondait à mes désirs de manière satisfaisante</b>	Pas du tout	178 <sub>a</sub>	4,0 %	1 <sub>b</sub>	0,2 %	0 <sup>1</sup>	0,0 %
	Pas tellement	453 <sub>a</sub>	10,2 %	4 <sub>b</sub>	0,7 %	1 <sub>b</sub>	0,6 %
	En partie	1352 <sub>a</sub>	30,6 %	29 <sub>b</sub>	5,2 %	9 <sub>b</sub>	5,2 %
	Tout à fait	2439 <sub>a</sub>	55,2 %	519 <sub>b</sub>	93,9 %	163 <sub>b</sub>	94,2 %
<b>Je me suis sentie soutenue émotionnellement par les professionnel-le-s qui s'occupaient de moi</b>	Pas du tout	271 <sub>a</sub>	6,1 %	2 <sub>b</sub>	0,4 %	0 <sup>1</sup>	0,0 %
	Pas tellement	499 <sub>a</sub>	11,3 %	7 <sub>b</sub>	1,3 %	1 <sub>b</sub>	0,6 %
	En partie	1274 <sub>a</sub>	28,8 %	24 <sub>b</sub>	4,3 %	4 <sub>b</sub>	2,3 %
	Tout à fait	2374 <sub>a</sub>	53,7 %	520 <sub>b</sub>	94,0 %	168 <sub>b</sub>	97,1 %
<b>Les professionnel-le-s me tenaient informée de ce qui se passait</b>	Pas du tout	145 <sub>a</sub>	3,3 %	2 <sub>b</sub>	0,4 %	1 <sub>a,b</sub>	0,6 %
	Pas tellement	485 <sub>a</sub>	11,0 %	6 <sub>b</sub>	1,1 %	0 <sup>1</sup>	0,0 %
	En partie	1234 <sub>a</sub>	27,9 %	35 <sub>b</sub>	6,3 %	11 <sub>b</sub>	6,4 %
	Tout à fait	2563 <sub>a</sub>	57,9 %	509 <sub>b</sub>	92,2 %	159 <sub>b</sub>	93,0 %
<b>Je sentais que je pouvais m'exprimer et donner mon avis à propos des décisions me concernant</b>	Pas du tout	244 <sub>a</sub>	5,5 %	3 <sub>b</sub>	0,5 %	0 <sup>1</sup>	0,0 %
	Pas tellement	513 <sub>a</sub>	11,6 %	6 <sub>b</sub>	1,1 %	0 <sup>1</sup>	0,0 %
	En partie	1186 <sub>a</sub>	26,9 %	12 <sub>b</sub>	2,2 %	7 <sub>b</sub>	4,0 %
	Tout à fait	2462 <sub>a</sub>	55,9 %	532 <sub>b</sub>	96,2 %	167 <sub>b</sub>	96,0 %
<b>Je suis satisfaite de la manière dont les événements se sont déroulés</b>	Pas du tout	407 <sub>a</sub>	9,2 %	2 <sub>b</sub>	0,4 %	0 <sup>1</sup>	0,0 %
	Pas tellement	512 <sub>a</sub>	11,5 %	5 <sub>b</sub>	0,9 %	1 <sub>b</sub>	0,6 %
	En partie	1370 <sub>a</sub>	30,9 %	37 <sub>b</sub>	6,7 %	13 <sub>b</sub>	7,5 %
	Tout à fait	2146 <sub>a</sub>	48,4 %	509 <sub>b</sub>	92,0 %	160 <sub>b</sub>	92,0 %
<b>Je me suis sentie obligée d'accepter les options de soins que m'a suggérées ma-mom médecin ou ma sage-femme</b>	Pas du tout	1926 <sub>a</sub>	45,7 %	451 <sub>b</sub>	86,6 %	135 <sub>b</sub>	81,3 %
	Pas tellement	694 <sub>a</sub>	16,5 %	38 <sub>b</sub>	7,3 %	19 <sub>a,b</sub>	11,4 %
	En partie	996 <sub>a</sub>	23,6 %	22 <sub>b</sub>	4,2 %	10 <sub>b</sub>	6,0 %
	Tout à fait	600 <sub>a</sub>	14,2 %	10 <sub>b</sub>	1,9 %	2 <sub>b</sub>	1,2 %
<b>On m'a demandé mon consentement pour tous les soins/interventions que j'ai reçus</b>	Pas du tout	196 <sub>a</sub>	4,5 %	1 <sub>b</sub>	0,2 %	0 <sup>1</sup>	0,0 %
	Pas tellement	336 <sub>a</sub>	7,7 %	1 <sub>b</sub>	0,2 %	1 <sub>b</sub>	0,6 %
	En partie	905 <sub>a</sub>	20,7 %	26 <sub>b</sub>	4,8 %	7 <sub>b</sub>	4,1 %
	Tout à fait	2937 <sub>a</sub>	67,1 %	514 <sub>b</sub>	94,8 %	164 <sub>b</sub>	95,3 %

Notes. 1 Les analyses statistiques ont été réalisées sur un sous-échantillon de personnes concernées, c'est-à-dire que le choix de réponse « pas concernée » n'a pas été pris en compte.

Notes. 2 Les valeurs dans la même ligne et sous-table ne partageant pas le même indice diffèrent significativement à  $p < 0,05$  dans le test bilatéral d'égalité pour proportions de colonnes. Les cellules sans indice ne sont pas incluses dans le test.

Concernant l'énoncé « L'équipe soignante a compris mes souhaits et y a répondu de manière satisfaisante », près de la moitié des femmes qui ont accouché à l'hôpital se sont dites en désaccord, tandis que plus de 93,9 % des femmes dans les maisons de naissance et 94,2 % de celles qui ont accouché à domicile étaient satisfaites à cet égard. Les femmes ont trouvé que le soutien émotionnel offert ainsi que la transmission d'informations relatives au déroulement des événements étaient meilleurs en dehors de l'hôpital, et ce, de manière statistiquement significative. Seulement 53,7 % des femmes qui ont accouché à l'hôpital ont déclaré se sentir adéquatement soutenues sur le plan émotionnel par les professionnel-le-s de santé qui s'occupaient d'elles, tandis que ce sentiment a été rapporté par 94 % des femmes dans les maisons de naissance et 97,1 % de celles qui ont accouché à domicile. En outre, 42,1 % des femmes qui ont accouché à l'hôpital ont estimé que les informations qui leur ont été données n'étaient pas suffisantes pour leur permettre de bien comprendre le déroulement des événements. Les expériences de plusieurs femmes ayant pris part à cette étude soulignent un défaut de communication en milieu hospitalier qui les a laissées parfois démunies en termes de soutien et d'informations durant leur accouchement.

Lorsqu'il leur a été demandé si elles se sentaient satisfaites du déroulement des événements, 48,4 % des femmes qui ont accouché à l'hôpital ont répondu « tout à fait » versus un taux de satisfaction de 92 % en maison de naissance et à domicile. Une femme sur deux quitte donc l'hôpital avec un sentiment d'insatisfaction partielle ou totale par rapport à son expérience d'enfantement.

Trois affirmations ont été soumises aux femmes interrogées dans le cadre de cette étude, en lien avec le partage des décisions et le consentement. Premièrement, pour l'énoncé « Je sentais que je pouvais m'exprimer et donner mon avis à propos des décisions me concernant », seulement 55,9 % des femmes ayant accouché à l'hôpital ont totalement été d'accord, contre 96,2 % pour celles en maison de naissance et 96 % pour celles à domicile. Ainsi, dans 44,1 % des accouchements hospitaliers, les femmes n'ont pas toujours pu exprimer leur opinion lors des prises de décisions les concernant. Deuxièmement, en réponse à l'affirmation « Je me suis sentie obligée d'accepter les options de soins que m'a suggérées ma mon médecin ou ma sage-femme », la moitié des femmes (54,3 %) ont répondu affirmativement, en partie ou en totalité, lors de leur accouchement à l'hôpital, contre seulement 13,4 % en maison de naissance et 18,7 % à domicile. Enfin, les résultats de l'étude montrent que le consentement a été demandé aux femmes pour tous les soins et interventions reçus dans 67,1 % des accouchements en centre hospitalier, 94,8 % des accouchements en maison de naissance et 95,3 % des accouchements à domicile. Les femmes qui accouchent à domicile ont apparemment plus de pouvoir décisionnel et jouent un rôle plus important

dans la prise de décision pendant l'accouchement. En revanche, cette étude tend à montrer que les femmes qui donnent naissance à l'hôpital se sentent souvent exclues des processus décisionnels.

Pour sa part, le tableau 4.12 qui présente les résultats concernant la liberté de mouvement et le choix de position pendant l'accouchement montrent également des différences significatives en fonction du lieu d'accouchement<sup>29</sup>. Seulement 49,4 % des femmes déclarent être totalement libres de leurs mouvements à l'hôpital, pendant la phase du travail actif, contre 93 % en maison de naissance et 96,6 % à domicile. Ce taux chute même à 28,2 % pendant la phase de poussée à l'hôpital, alors qu'il reste stable à 90,9 % et 96,5 % respectivement dans les autres milieux. Ainsi, près des trois quarts des femmes (71,8 %) ne sont pas libres de leurs mouvements et de leur choix de position lors de la poussée à l'hôpital, et la moitié ne le sont pas non plus lors du travail actif.

En examinant les données du tableau 4.12, il est également évident que le respect de l'intimité des femmes varie en fonction de l'endroit où elles ont accouché. Les résultats indiquent que 67,5 % des femmes à l'hôpital ont déclaré que leur intimité était totalement respectée pendant le processus d'accouchement, tandis que ce pourcentage atteignait 91,5 % en dehors de l'hôpital, pendant la phase active du travail. Par conséquent, un tiers des femmes hospitalisées ont le sentiment que leur intimité n'a pas été suffisamment respectée.

Pour conclure, il convient de noter que la prévalence des gestes ou commentaires déplacés et/ou sexistes rapportés par les femmes varie de manière statistiquement significative selon qu'elles aient accouché à l'hôpital ou à l'extérieur de l'hôpital. Selon les résultats de l'enquête, 10,4 % des femmes interrogées à l'hôpital ont signalé avoir été victimes de tels comportements, contre 4,7 % en maison de naissance et 2,3 % à domicile. En d'autres termes, une femme sur dix est susceptible de subir des violences physiques ou psychologiques lors d'un accouchement en milieu hospitalier, ce qui en fait un environnement plus propice aux manifestations de violence en contexte d'accouchement que les maisons de naissance ou les accouchements à domicile.

---

<sup>29</sup> Les analyses du khi carré ont montré une différence significative dans la liberté de mouvement entre les femmes dans un environnement hospitalier et celles en dehors de l'hôpital, mais aucune différence significative n'a été observée entre les expériences des femmes en maison de naissance et celles à domicile avec une sage-femme.

Tableau 4.12 Comparaison de l'expérience émotionnelle des femmes et de leur relation avec l'équipe médico-soignante lors de l'accouchement en fonction du lieu de l'accouchement (2)

Énoncés en lien avec le vécu de l'accouchement et la relation avec le personnel soignant	Degré d'accord avec l'énoncé	Pendant la majorité de votre travail actif						Au moment de la naissance de votre enfant					
		En centre hospitalier		En maison de naissance		À domicile avec une sage-femme		En centre hospitalier		En maison de naissance		À domicile avec une sage-femme	
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>J'ai pu me mouvoir ou choisir librement ma position</b>	Pas du tout	365 <sub>a</sub>	9,5 %	2 <sub>b</sub>	0,3 %	0 <sup>1</sup>	0,0 %	1066 <sub>a</sub>	27,0 %	3 <sub>b</sub>	0,5 %	0 <sup>1</sup>	0,0 %
	Pas tellement	531 <sub>a</sub>	13,9 %	4 <sub>b</sub>	0,6 %	0 <sup>1</sup>	0,0 %	906 <sub>a</sub>	22,9 %	2 <sub>b</sub>	0,4 %	0 <sup>1</sup>	0,0 %
	En partie	1040 <sub>a</sub>	27,2 %	39 <sub>b</sub>	6,1 %	6 <sub>b</sub>	3,4 %	865 <sub>a</sub>	21,9 %	45 <sub>b</sub>	8,2 %	6 <sub>b</sub>	3,5 %
	Tout à fait	1888 <sub>a</sub>	49,4 %	594 <sub>b</sub>	93,0 %	171 <sub>b</sub>	96,6 %	1116 <sub>a</sub>	28,2 %	501 <sub>b</sub>	90,9 %	166 <sub>b</sub>	96,5 %
<b>Tout s'est déroulé comme je l'avais imaginé</b>	Pas du tout	965 <sub>a</sub>	24,2 %	56 <sub>b</sub>	8,8 %	10 <sub>b</sub>	5,6 %	1065 <sub>a</sub>	24,8 %	16 <sub>b</sub>	2,9 %	4 <sub>b</sub>	2,3 %
	Pas tellement	742 <sub>a</sub>	18,6 %	48 <sub>b</sub>	7,6 %	7 <sub>b</sub>	4,0 %	713 <sub>a</sub>	16,6 %	30 <sub>b</sub>	5,5 %	8 <sub>b</sub>	4,7 %
	En partie	1568 <sub>a</sub>	39,4 %	272 <sub>a</sub>	42,9 %	76 <sub>a</sub>	42,9 %	1617 <sub>a</sub>	37,6 %	264 <sub>b</sub>	48,3 %	75 <sub>a,b</sub>	43,6 %
	Tout à fait	709 <sub>a</sub>	17,8 %	258 <sub>b</sub>	40,7 %	84 <sub>b</sub>	47,5 %	904 <sub>a</sub>	21,0 %	237 <sub>b</sub>	43,3 %	85 <sub>b</sub>	49,4 %
<b>J'avais l'impression de perdre tous mes moyens</b>	Pas du tout	975 <sub>a</sub>	24,7 %	251 <sub>b</sub>	39,3 %	100 <sub>c</sub>	56,8 %	1257 <sub>a</sub>	29,5 %	243 <sub>b</sub>	44,3 %	92 <sub>b</sub>	53,5 %
	Pas tellement	1165 <sub>a</sub>	29,5 %	199 <sub>a</sub>	31,1 %	43 <sub>a</sub>	24,4 %	1032 <sub>a</sub>	24,3 %	139 <sub>a</sub>	25,4 %	40 <sub>a</sub>	23,3 %
	En partie	1147 <sub>a</sub>	29,0 %	144 <sub>b</sub>	22,5 %	28 <sub>b</sub>	15,9 %	1228 <sub>a</sub>	28,9 %	133 <sub>a,b</sub>	24,3 %	32 <sub>b</sub>	18,6 %
	Tout à fait	662 <sub>a</sub>	16,8 %	45 <sub>b</sub>	7,0 %	5 <sub>b</sub>	2,8 %	737 <sub>a</sub>	17,3 %	33 <sub>b</sub>	6,0 %	8 <sub>b</sub>	4,7 %
<b>On a respecté mon intimité</b>	Pas du tout	133 <sub>a</sub>	3,3 %	3 <sub>b</sub>	0,5 %	0 <sup>1</sup>	0,0 %	162 <sub>a</sub>	3,8 %	2 <sub>b</sub>	0,4 %	0 <sup>1</sup>	0,0 %
	Pas tellement	276 <sub>a</sub>	6,9 %	12 <sub>b</sub>	1,9 %	2 <sub>b</sub>	1,1 %	334 <sub>a</sub>	7,9 %	2 <sub>b</sub>	0,4 %	0 <sup>1</sup>	0,0 %
	En partie	884 <sub>a</sub>	22,3 %	39 <sub>b</sub>	6,1 %	13 <sub>b</sub>	7,4 %	981 <sub>a</sub>	23,2 %	16 <sub>b</sub>	2,9 %	5 <sub>b</sub>	2,9 %
	Tout à fait	2680 <sub>a</sub>	67,5 %	582 <sub>b</sub>	91,5 %	161 <sub>b</sub>	91,5 %	2754 <sub>a</sub>	65,1 %	530 <sub>b</sub>	96,4 %	167 <sub>b</sub>	97,1 %
<b>J'estime avoir été victime de gestes ou de commentaires inappropriés et/ou sexistes</b>	Pas du tout	3538 <sub>a</sub>	89,6 %	604 <sub>b</sub>	95,3 %	167 <sub>b</sub>	97,7 %	3813 <sub>a</sub>	89,6 %	541 <sub>b</sub>	98,9 %	167 <sub>b</sub>	98,8 %
	Pas tellement	175 <sub>a</sub>	4,4 %	12 <sub>b</sub>	1,9 %	1 <sub>b</sub>	0,6 %	186 <sub>a</sub>	4,4 %	2 <sub>b</sub>	0,4 %	2 <sub>a,b</sub>	1,2 %
	En partie	129 <sub>a</sub>	3,3 %	9 <sub>b</sub>	1,4 %	1 <sub>a,b</sub>	0,6 %	147 <sub>a</sub>	3,5 %	1 <sub>b</sub>	0,2 %	0 <sup>1</sup>	0,0 %
	Tout à fait	108 <sub>a</sub>	2,7 %	9 <sub>a</sub>	1,4 %	2 <sub>a</sub>	1,2 %	111 <sub>a</sub>	2,6 %	3 <sub>b</sub>	0,5 %	0 <sup>1</sup>	0,0 %
<b>Le soutien de mon partenaire m'a aidé</b>	Pas du tout	38 <sub>a</sub>	1,0 %	2 <sub>a</sub>	0,3 %	1 <sub>a</sub>	0,6 %	74 <sub>a</sub>	1,7 %	1 <sub>b</sub>	0,2 %	2 <sub>a,b</sub>	1,2 %
	Pas tellement	193 <sub>a</sub>	4,8 %	16 <sub>b</sub>	2,5 %	2 <sub>a,b</sub>	1,2 %	200 <sub>a</sub>	4,7 %	15 <sub>a</sub>	2,7 %	4 <sub>a</sub>	2,4 %
	En partie	683 <sub>a</sub>	17,1 %	87 <sub>a</sub>	13,8 %	25 <sub>a</sub>	14,5 %	684 <sub>a</sub>	16,0 %	68 <sub>a</sub>	12,5 %	26 <sub>a</sub>	15,7 %
	Tout à fait	3085 <sub>a</sub>	77,1 %	526 <sub>b</sub>	83,4 %	144 <sub>a,b</sub>	83,7 %	3326 <sub>a</sub>	77,6 %	462 <sub>b</sub>	84,6 %	134 <sub>a,b</sub>	80,7 %

Notes. 1 Les analyses statistiques ont été réalisées sur un sous-échantillon de personnes concernées, c'est-à-dire que le choix de réponse « pas concernée » n'a pas été pris en compte.

Notes. 2 Les valeurs dans la même ligne et sous-table ne partageant pas le même indice diffèrent significativement à  $p < 0,05$  dans le test bilatéral d'égalité pour proportions de colonnes. Les cellules sans indice ne sont pas incluses dans le test.

#### 4.2.2.4 Le recours aux interventions obstétricales

Sans grande surprise, en comparant les expériences d'accouchement en fonction du lieu, on remarque également une différence significative dans le taux d'intervention médicale, qui est nettement plus élevé à l'hôpital par rapport aux deux autres milieux où les sages-femmes pratiquent, comme le souligne le tableau 4.13. Ces constatations suggèrent que l'hôpital n'est pas un environnement favorable à l'accouchement physiologique, car seulement une femme sur dix semble en mesure de bénéficier d'une telle expérience, alors que ce type d'accouchement représente 68,7 % des expériences en maison de naissance et 77 % à domicile, selon les résultats de cette enquête.

Tableau 4.13 Taux d'interventions obstétricales pratiqués lors de l'accouchement selon le lieu de l'accouchement

Interventions médicales pratiquées lors de l'accouchement	Lieu de l'accouchement					
	Hôpital		Maison de naissance		Domicile	
	N de répondantes	%	N de répondantes	%	N de répondantes	%
<b>Déclenchement médical de l'accouchement</b>	2074 <sub>a</sub>	46,7 %	3 <sub>b</sub>	0,5 %	1 <sub>b</sub>	0,6 %
<b>Rupture des membranes</b>	2013 <sub>a</sub>	47,4 %	148 <sub>b</sub>	26,8 %	31 <sub>c</sub>	17,8 %
<b>Forceps ou ventouses</b>	649 <sub>a</sub>	14,6 %	9 <sub>b</sub>	1,6 %	0 <sub>b</sub>	0,0 %
<b>Épisiotomie</b>	493 <sub>a</sub>	11,1 %	11 <sub>b</sub>	2,0 %	0 <sub>b</sub>	0,0 %
<b>Césarienne</b>	1018 <sub>a</sub>	22,9 %	0 <sub>b</sub>	0,0 %	0 <sub>b</sub>	0,0 %
<b>Aucune intervention médicale</b>	474 <sub>a</sub>	10,7 %	380 <sub>b</sub>	68,7 %	134 <sub>c</sub>	77,0 %
<b>Péridurale</b>	2782 <sub>a</sub>	62,7 %	0 <sub>b</sub>	0,0 %	0 <sub>b</sub>	0,0 %

Notes. Les valeurs dans la même ligne et sous-table ne partageant pas le même indice diffèrent significativement à  $p < 0,05$  dans le test bilatéral d'égalité pour proportions de colonnes. Les cellules sans indice ne sont pas incluses dans le test.

Il convient également de mentionner que l'anesthésie péridurale a été utilisée par 62,7 % des femmes ayant accouché à l'hôpital. En milieu hospitalier, mes données indiquent aussi que près de la moitié des accouchements (46,7 %) ont été déclenchés artificiellement et que, dans presque la même proportion (47,4 %), il y a eu une rupture artificielle des membranes. En outre, des forceps ou des ventouses ont été employés dans 14,6 % de ces accouchements et une épisiotomie a été pratiquée dans 11,1 % des cas.

#### 4.3 Pistes d'amélioration soulevées par les répondantes

Certaines des questions du sondage ciblaient le troisième objectif de recherche, soit d'identifier, à partir des informations recueillies, des moyens d'améliorer l'expérience des femmes qui accouchent au Québec et ainsi mieux répondre à leurs besoins. Voyons maintenant ce que les femmes nous ont dit à ce sujet.

#### 4.3.1 Ressources utilisées et appréciées des femmes

La prochaine question du questionnaire en était une à choix multiple qui s'adressait plus précisément aux femmes qui jugeaient avoir vécu difficilement leur expérience de l'accouchement et était formulé de la façon suivante : « Dans le cas où vous avez eu une mauvaise expérience de votre accouchement, merci de préciser parmi les éléments suivants ce qui a pu vous aider ». Les participantes pouvaient sélectionner plusieurs éléments qui leur avaient été bénéfiques. Ce qu'elles ont rapporté est présenté au tableau 4.14.

Les résultats compilés dans ce tableau 4.14 indiquent que 64,5% des personnes interrogées ne considèrent pas avoir eu une mauvaise expérience de l'accouchement. Elles sont 35,5% à avoir considéré que cela est le cas. Parmi celles qui se sont senties interpellées par la question, la plupart ont déclaré que parler avec des membres de leur famille ou des amis était le soutien le plus utile pour surmonter cette expérience difficile (24,8 %). Environ 7,5 % ont mentionné qu'elles avaient trouvé utile de discuter de leur expérience avec leur prestataire de soins de santé, et 5,3 % ont utilisé des ressources en santé mentale (telles qu'une ligne d'écoute téléphonique, une consultation avec un·e psychologue ou travailleur·euse social·e ou un groupe de soutien). Seul 1,2 % ont mentionné le bénéfice de déposer une plainte formelle dans leur situation. Par ailleurs, 7,3 % ont déclaré qu'elles ne savaient tout simplement pas quoi faire face à cette expérience difficile.

Les répondantes avaient la possibilité d'indiquer d'autres types de soutien qu'elles ont trouvé bénéfiques. Ces réponses ont ensuite été classées en catégories thématiques, et voici les plus souvent citées :

- Bénéficier du soutien et de l'écoute de mon accompagnante à la naissance.
- Pouvoir faire un retour sur les événements avec l'équipe médicale — consulter mon dossier médical — Obtenir des réponses à mes questions liées au déroulement de mon accouchement.
- Bénéficier du soutien et de l'écoute de mon·ma partenaire
- Participer à des rencontres postnatales dans des organismes communautaires
- Exprimer mon mécontentement à l'équipe médicale

Les commentaires déposés par plusieurs personnes dans la section « autre » ne sont pas directement liés à la question telle qu'elle a été posée, mais ils indiquent que certaines femmes auraient souhaité déposer une plainte pour leur expérience négative, mais qu'elles ne l'ont pas fait en raison de diverses raisons

telles que le manque de temps et d'énergie, le manque de connaissances sur le fonctionnement du dépôt de plainte ou peu d'espoir quant à l'impact significatif d'une telle action.

Tableau 4.14 Ressources ou soutiens jugés utiles du point de vue des femmes ayant vécu une expérience négative lors de l'accouchement

Variable	Données	
	N de répondantes	Pourcentage
<b>Ressources ou formes de soutien jugées utiles après une expérience négative de l'accouchement</b>		
Parler à des membres de ma famille ou des amis	1287	24,8 %
Parler à mon ou mes prestataires de soins	389	7,5 %
Déposer une plainte officielle	58	1,2 %
Me servir de ressources en santé mentale, telles qu'une ligne d'écoute téléphonique, une consultation avec un-e psychologue ou travailleur-euse social-e ou un groupe de soutien	277	5,3 %
Je ne savais pas quoi faire	380	7,3 %
Autre	166	3,2 %
Je n'ai pas vécu de mauvaise expérience	3351	64,5 %

#### 4.3.2 Ressources ou formes de soutien souhaitées par les femmes

La dernière question du sondage demandait aux répondantes d'identifier, à partir d'une liste de choix, les ressources ou les formes de soutien qu'elles auraient aimé avoir pendant ou après leur expérience d'accouchement. Le tableau 4.15 présente les résultats.

Ce tableau 4.15 démontre que parmi les choix de ressources présentés aux participantes, les deux auxquelles un plus grand nombre de femmes auraient aimé avoir accès sont « les services d'un-e travailleur-euse social-e ou d'un-e psychologue offerts par l'hôpital » (26,6 %) et « un-e infirmier-ère pivot/un-e intervenant-e en faveur des patientes sur le lieu de l'accouchement » (26,4 %). 21,9 % des femmes ont également indiqué qu'elles souhaitaient disposer d'un outil d'aide à la décision contenant des informations claires pour les aider à prendre des décisions sur leurs options de soins pendant l'accouchement. Selon les résultats de l'enquête, environ un sixième (16,5 %) des répondantes ont exprimé leur intérêt pour la participation à des groupes de soutien en personne, tandis que 14,7 % ont manifesté un intérêt pour des groupes de soutien en ligne. Quant à l'obtention de plus d'informations sur leurs droits liés à l'accouchement, 17,3 % auraient aimé qu'on leur en propose. Enfin, 5,8 % ont également indiqué qu'elles auraient voulu être aidées dans l'élaboration et le dépôt d'une plainte officielle.

Tableau 4.15 Ressources ou soutien que les personnes interrogées auraient appréciés dans le cadre de leur expérience de l'accouchement

Variable	Données	
	N de répondantes	Pourcentage
<b>Ressources ou formes de soutien qui auraient été appréciées</b>		
Services d'un-e travailleur-euse social-e ou d'un-e psychologue offert par l'hôpital	1380	26,6 %
Groupes de soutien (en personne)	858	16,5 %
Groupes de soutien (en ligne)	766	14,7 %
Outils d'aide à la décision ou information claire pour m'aider à prendre des décisions par rapport à mes soins	1139	21,9 %
Infirmier-ère-pivot ou intervenant.e en faveur des patients sur le lieu d'accouchement	1374	26,4 %
Information sur mes droits	898	17,3 %
Système de notation des prestataires de soins ou des hôpitaux	324	6,2 %
Aide pour l'élaboration et le dépôt d'une plainte officielle	304	5,8 %
Autre	418	8,0 %

Lorsqu'on leur a demandé quelles autres ressources ou formes de soutien elles auraient appréciées et trouvées pertinentes par rapport à leurs expériences, les 418 réponses qualitatives ont été regroupées en catégories thématiques et classées de manière à ce que la catégorie la plus fréquemment mentionnée se trouve en tête de la liste suivante :

- 1) Avoir gratuitement accès au soutien et aux services d'une accompagnante à la naissance
- 2) Avoir la possibilité de compter sur la présence de plus d'un-e accompagnant-e dans la salle d'accouchement (relié aux restrictions de la pandémie COVID-19)
- 3) Bénéficier d'un meilleur soutien en ce qui concerne le démarrage de l'allaitement (y compris un accès plus facile à une consultante en lactation)
- 4) Recevoir plus d'informations sur les procédures médicales et le déroulement de l'accouchement
- 5) Améliorer les cours prénataux
- 6) Obtenir un meilleur soutien postnatal à domicile
- 7) Avoir accès aux services d'une sage-femme
- 8) Bénéficier d'un soutien plus continu de la part du personnel de santé
- 9) Avoir facilement accès aux services d'un-e psychologue ou d'un-e travailleur-euse social-e après la naissance
- 10) Être davantage écoutée
- 11) Être respectée quant à mes choix, à mes droits et qu'on me demande mon consentement
- 12) Être soutenue émotionnellement et psychologiquement durant l'accouchement
- 13) Être accompagnée par un personnel hospitalier plus humain
- 14) Être en mesure d'accéder plus facilement aux médecins et de leur poser des questions de manière plus aisée
- 15) Être mieux guidée dans l'utilisation de méthodes alternatives (non médicamenteuses) de gestion de la douleur

- 16) Être en mesure de faire respecter mon propre rythme en ce qui concerne la progression du travail, et avoir plus de temps à disposition
- 17) Avoir gratuitement accès aux services de physiothérapie postnatale
- 18) Favoriser la création d'espaces de discussion au sein de groupes de soutien postnatal dédiés aux femmes
- 19) Rendre les salles d'accouchement plus chaleureuses
- 20) Obtenir une meilleure reconnaissance sociale de la réalité des expériences négatives de l'accouchement et de la violence obstétricale
- 21) Bénéficier d'un suivi post-traumatique rapide et efficace à l'hôpital
- 22) Avoir accès à un outil synthétique des informations essentielles et des décisions éclairées à prendre pendant l'accouchement
- 23) Assurer une meilleure continuité des soins lors de l'accouchement hospitalier
- 24) Mieux soutenir et prendre en compte le-la partenaire de la femme au cours de l'accouchement
- 25) Utiliser systématiquement un questionnaire d'évaluation des services

## CHAPITRE 5

### DISCUSSION

À la lumière des données recueillies et décrites dans le chapitre précédent, le moment est venu de répondre à la question qui constitue l'essence même de mon enquête : ***Comment les femmes qui donnent naissance à un enfant au Québec vivent-elles l'expérience de l'accouchement ?***

Afin de répondre à cette question, ou du moins tenter d'en donner une image à la lumière des résultats obtenus par cette enquête en ligne, j'ai choisi d'analyser l'expérience de l'accouchement en tant qu'expérience sociale. Afin d'étayer ma discussion sur un plan théorique, je me référerai à plusieurs auteur·e·s et théoricien·ne·s abordé·e·s dans les premiers chapitres de ce mémoire. Cela me permettra de corroborer mes résultats et de mettre en évidence des liens pertinents entre mes données et ma problématique de recherche. En outre, les théories féministes de Sara Cohen Shabot (2016) et de Brigitte Jordan (2014) viendront également compléter cette analyse. Cette discussion s'articulera autour de trois grandes parties. Tout d'abord, puisque c'était l'un de mes objectifs, je voudrais souligner les différences significatives entre les expériences des femmes en matière d'accouchement dans différents contextes. Les réflexions de Healy (2014a) sur l'influence des discours dans les contextes de pratique professionnelle me semblent intéressantes pour suggérer des explications possibles aux différences constatées. Ensuite, puisque nous pouvons considérer, selon Dubet (2007), que l'expérience se définit par l'interaction entre l'individu, les structures sociales et les acteurs sociaux, et qu'elle est traversée par une pluralité de logiques d'action telles que des normes sociales et culturelles, des valeurs, des contraintes institutionnelles et des rapports de pouvoir, nous prendrons le temps de mettre en lumière quelques-unes des logiques d'action qui entrent en jeu dans la construction de cette expérience pour les femmes du Québec. Enfin, j'utiliserai les concepts de violence obstétricale et de justice reproductive pour aborder des points importants soulevés par ma recherche. Bien entendu, sur le plan épistémologique, l'analyse des données sera guidée par ma posture féministe.

#### 5.1 Des contextes de pratique différents, des expériences d'accouchement contrastées

Mes données ont confirmé l'une de mes hypothèses selon laquelle l'expérience de l'accouchement démontre des différences statistiquement significatives selon son contexte, en ce qui concerne les professionnel·le·s de la santé en présence et les lieux de l'accouchement. Après avoir étudié différents contextes, j'ai identifié deux réalités distinctes de l'expérience de l'accouchement au Québec :

l'accouchement assisté par une sage-femme à l'extérieur de l'hôpital et l'accouchement avec un-e médecin à l'hôpital<sup>30</sup>. Dans la suite, je vais opposer ces deux réalités en mettant en évidence les thèmes clés qui les différencient.

Tout d'abord, il convient de noter les différences dans le soutien émotionnel fourni aux femmes lors de l'accouchement. Les femmes qui ont été accompagnées d'une sage-femme ont signalé une plus grande satisfaction en ce qui concerne leur besoin d'être écoutées, comprises, soutenues et rassurées pendant cette expérience émotionnelle. Cependant, il semble que cette dimension des soins soit souvent négligée lors de l'accouchement pratiqué par un-e médecin dans un contexte hospitalier, comme l'ont montré plusieurs études menées au Québec (Labrecque, 2018 ; Landry, 2019 ; Lévesque *et al.*, 2016). Ces études révèlent un sentiment de solitude, d'abandon et de vulnérabilité ressenti par de nombreuses femmes lors de l'accouchement en milieu hospitalier.

Deuxièmement, il est manifeste que des disparités flagrantes dans l'expérience des femmes gravitent largement autour de la notion d'autonomie et de l'ampleur du contrôle délégué à la parturiente, permettant ainsi la prise en compte de ses préférences et de sa faculté de discernement quant à la direction des soins. Ce phénomène se reflète notamment dans sa capacité à participer pleinement aux décisions afférentes à sa propre personne et à jouir de sa liberté de mouvement. Les résultats de mon enquête révèlent que les femmes qui ont été accompagnées par une sage-femme ont exprimé une plus grande amplitude de choix et d'autonomie dans leur expérience de l'accouchement. Cependant, une tendance se dégage de l'enquête selon laquelle de nombreuses femmes ayant accouché en présence de

---

<sup>30</sup> Il m'a semblé adéquat de synthétiser les différents contextes étudiés de l'expérience de la naissance en deux réalités distinctes de cette expérience au Québec, notamment pour alléger la suite de ce mémoire. Pour ce faire, j'ai considéré d'une part que l'expérience de l'accouchement assisté par une sage-femme se déroule à l'extérieur de l'hôpital dans 99,3 % des cas, soit dans une maison de naissance ou à domicile. Ces deux milieux ont démontré peu de différences statistiquement significatives pour l'expérience des femmes. Par conséquent, l'expérience de l'accouchement avec une sage-femme à l'extérieur de l'hôpital me semble une réalité à part entière. D'autre part, 100 % des accouchements avec des médecins (OBGYN ou médecin de famille) ont lieu dans le contexte de l'hôpital. Bien que ces deux catégories de médecins aient présenté des différences statistiquement significatives pour certains énoncés, les résultats pour d'autres énoncés n'étaient pas significativement différents. De fait, l'expérience de l'accouchement avec un-e médecin à l'hôpital pourrait être considérée comme une deuxième réalité distinctive de l'accouchement au Québec. Ainsi, il est important de noter que dans le chapitre cinq, lorsque je parle d'accouchement à l'hôpital, cela implique la présence d'un-e médecin, et vice-versa. Quant à l'expérience avec une sage-femme, elle peut être considérée comme une expérience extrahospitalière.

médecins ont rapporté une pression contraignante pour se conformer aux décisions prises par ceux-celles-ci, limitant leur pouvoir décisionnel et leur agentivité.

Dans l'ensemble, les résultats de l'enquête suggèrent que les femmes qui ont été accompagnées par une sage-femme ont eu une expérience plus positive de l'accouchement que celles ayant accouché avec un-e médecin à l'hôpital, ce qui vient confirmer une autre hypothèse de cette étude. En outre, ces résultats semblent soutenir l'idée que les femmes qui accouchent en maison de naissance ou à domicile ont une perception plus positive de leur expérience de l'accouchement que celles qui accouchent à l'hôpital, comme cela avait été avancé par Hollins et Fleming (2011). Il est probable que cela soit en grande partie attribuable au fait que, comme expliqué dans la section 1.1.1., la perception de contrôle, la participation active aux décisions et le soutien émotionnel sont des éléments cruciaux pour une expérience de l'accouchement positive, et que ceux-ci étaient plus favorables dans les expériences extrahospitalières, ce qui corroborerait aussi les résultats d'autres recherches (Aktaş et Aydın, 2019 ; Hollins et Fleming, 2011 ; Larkin *et al.*, 2009).

Maintenant, comment pouvons-nous interpréter ces résultats sur le plan théorique ? Quelles sont les logiques d'action sous-jacentes à l'expérience des femmes lors de l'accouchement ?

## 5.2 Les différentes logiques discursives en jeu lors de l'expérience de l'accouchement

Tout d'abord, en utilisant la perspective théorique de Healy (2014a), on peut comprendre les idées prédominantes qui influencent la pratique professionnelle dans un environnement donné en analysant les discours en présence. Il est donc possible que les divergences dans la manière dont les femmes sont accompagnées pendant l'accouchement soient conditionnées par les discours qui prévalent dans chaque contexte professionnel. Étant donné que l'idée derrière ce mémoire est d'améliorer les services et les soins prodigués aux femmes lors de l'accouchement au Québec, les pages suivantes se concentreront principalement sur l'étude du contexte de l'accouchement en milieu hospitalier avec un-e médecin. Ce contexte est celui pour lequel mes résultats ont montré le plus d'insatisfaction chez les femmes. Cela permettra de proposer des pistes de réflexion et d'amélioration significatives. Je vais commencer mon exploration en examinant, à l'aide de l'approche discursive suggérée par Healy (2014b), les interactions possibles entre les trois discours qui prédominent dans les institutions — le discours biomédical, le discours économique et le discours juridique — et les pratiques liées à l'accouchement.

### 5.2.1 Le discours biomédical : la hiérarchie des savoirs et des pouvoirs

Sur la base de l'analyse des théories avancées par Davis-Floyd (2022) et Healy (2014b), il est possible d'inférer que la domination du discours biomédical en milieu hospitalier perpétue une logique institutionnelle qui laisse de côté les besoins personnels et particuliers des personnes, et ne répond pas aux attentes des femmes en matière de soutien émotionnel lors de l'accouchement. En effet, comme mentionné et déjà critiqué dans la section 1.2.1, l'approche biomédicale de l'accouchement est une approche qui tend à reléguer les aspects émotionnels et relationnels au second plan, au profit d'une vision étroitement biomédicale du processus. Les femmes de mon enquête qui ont accouché à l'hôpital ont fait écho à cette tendance en rapportant entre autres un manque de soutien émotionnel et des taux d'intervention médicale significativement plus élevés que pour les accouchements extra-hospitaliers.

Pour Healy (2014a), cela pourrait s'expliquer par le fait que les professionnel·le·s de la santé sont profondément imprégnés des croyances et des normes qui dominent leur lieu de travail ; celles-ci étant dérivées des discours les plus influents. Par conséquent, dans les hôpitaux où l'accouchement est compris comme un phénomène médical, on pourrait penser que les besoins émotionnels des femmes pendant l'accouchement pourraient être considérés comme des problèmes susceptibles d'être résolus par des interventions médicales. Comme l'a noté Durano (2018), au lieu d'offrir une présence réconfortante, des encouragements et des conseils, il serait courant que les professionnel·le·s de la santé répondent à la détresse, à la douleur et aux doutes des femmes pendant l'accouchement en recourant à des solutions médicales telles que l'anesthésie de la douleur et l'accélération du travail. Il est communément admis dans le discours biomédical que les interventions technologiques sont essentielles au processus d'accouchement, ce qui peut avoir comme effet de minimiser les retombées négatives et perturbatrices de leur surutilisation sur le processus d'accouchement, comme l'ont fait remarquer plusieurs auteures telles que Davis-Floyd (2022), Farber (2011) et Durano (2018).

En outre, il convient de noter que les connaissances valorisées par la perspective biomédicale se limitent à celles des scientifiques, des praticien·ne·s et des expert·e·s médicaux, comme l'a relevé Healy (2014b). Par conséquent, appliqué au contexte de l'accouchement, ce discours conçoit les médecins comme ayant la responsabilité exclusive de résoudre les problèmes liés au processus d'accouchement, créant un déséquilibre fondamentalement inégal entre ceux·celles-ci et les patient·e·s. Les résultats de l'enquête expriment cette hiérarchie de la relation de soins à l'hôpital, où les femmes estiment avoir un pouvoir moindre dans les processus de prise de décision.

### 5.2.2 Le discours économique : quand l'économie prime sur l'humain

En analysant les résultats de l'enquête, il est possible de constater une corrélation entre les pratiques d'accouchement en milieu hospitalier et le discours économique qui sous-tend la NGP. En effet, cette perspective économique, qui encourage la standardisation des protocoles médicaux, restreint la liberté, l'autonomie et la flexibilité laissées aux patientes en imposant des procédures uniformes, telles que soulignées par Drolet et ses collègues (2020). Toutes les femmes sont soumises au même protocole, ce qui peut conduire à leur dépersonnalisation en les privant de leur singularité, en négligeant leurs besoins émotionnels spécifiques et leurs préférences, comme l'ont relevé plusieurs répondantes. Comme l'affirment Drolet *et al.* (2020, p. 104), la logique de rentabilité qui sous-tend les pratiques hospitalières conçoit les patient·e·s comme des « numéros » à gérer plutôt que comme des êtres vivants, uniques et en quête d'interactions sociales significatives. Le message qui ressort de cette enquête est toutefois que les dynamiques sociales jouent un rôle clé dans l'expérience de l'accouchement des femmes. L'adoption d'une démarche uniformisée pourrait inéluctablement se répercuter de façon sur leur expérience d'accouchement, en restreignant leur capacité de bénéficier d'une prise en charge individualisée et bienveillante qui tienne compte de leurs besoins propres.

### 5.2.3 Le discours juridique : obstacle ou levier pour le respect des droits des patientes ?

D'après Healy (2014b), le discours juridique, tout comme les discours biomédical et économique, exerce une forte influence sur la définition des responsabilités des professionnel·le·s envers les usager·ère·s au sein des institutions. Comme expliqué dans la section 1.2.6, l'absence de reconnaissance de la notion de VO dans la législation québécoise pourrait contribuer à la présence de pratiques irrespectueuses dans le contexte de l'accouchement, car ces pratiques ne sont ni reconnues ni punies en tant que telles, ce qui limite la prise de conscience des professionnel·le·s de la santé quant aux effets préjudiciables de certaines méthodes d'intervention.

En outre, selon Bel (2004) et Cadorette (2006), la restriction de la liberté décisionnelle de la parturiente et la médicalisation excessive de l'accouchement pourraient être influencées par la crainte des médecins de poursuites judiciaires. En effet, lors de poursuites pour faute professionnelle en obstétrique, la pertinence des protocoles médicaux n'est souvent pas prise en compte (même s'ils sont en contradiction avec la MFDP), mais plutôt la recherche de preuves montrant si le·la praticien·ne a respecté ou enfreint ces protocoles (Bel, 2004 ; Cadorette, 2006). Par ailleurs, les praticien·ne·s sont généralement sanctionné·e·s pour avoir omis un geste plutôt que pour en avoir réalisé trop. Cette réalité pourrait expliquer leur attitude

interventionniste et proactive lors de l'accouchement, car ils-elles cherchent à éviter tout risque potentiel, même si cela peut entraîner une médicalisation excessive. Dans ce contexte, certains auteur·e·s ont qualifié cette attitude de « médecine défensive » (Cadorette, 2006).

En somme, il ressort que les femmes pourraient vivre une expérience d'accouchement plus difficile à l'hôpital en raison d'un cadre de pratique qui ne répond pas à leurs besoins en matière d'autonomie et de soutien émotionnel, besoins qui ont été largement documentés dans la littérature (voir section 1.1.1). Les discours dominants, tels que le discours biomédical, économique et juridique, qui guident les pratiques des professionnel·le·s de la santé dans ces environnements, pourraient ne pas être suffisamment à même de reconnaître l'importance de ces dimensions dans les soins prodigués.

#### 5.2.4 Le discours humaniste : une approche globale et personnalisée de la santé

En scrutant les accouchements assistés par les sages-femmes, je discerne une moindre emprise des discours biomédical, économique et juridique sur leurs pratiques, ce qui renforce l'hypothèse d'une approche plus profondément ancrée dans un discours humaniste, telle que décrite dans la section 1.2.2. Cette approche humaniste a été caractérisée par une prise en compte plus fine des émotions et des préoccupations individuelles des femmes tout au long du processus d'accouchement, une meilleure communication et la reconnaissance de leur capacité de discernement, ce qui s'est aussi manifesté par une participation plus active des femmes à la prise de décision. En outre, comme l'affirment des auteures telles que Davis-Floyd (2022), Cheyney (2011) et Najafi *et al.* (2017), en envisageant la grossesse comme un état de santé plutôt qu'une pathologie, les sages-femmes optent manifestement pour une approche moins interventionniste et médicalisée de la gestion de l'accouchement. Healy (2014a) soutient que le discours humaniste, en qualité de discours « alternatif », est soumis à une concurrence féroce avec les discours dominants qui ont tendance à le marginaliser dans les grandes institutions telles que les hôpitaux, raison pour laquelle il ne serait pas aussi prégnant au sein de ces dernières.

En définitive, nous pouvons affirmer que l'expérience de l'accouchement est marquée par la coexistence de différentes logiques discursives en interaction les unes avec les autres.

#### 5.2.5 Les racines historiques et culturelles des discours de vérité

Pour approfondir cette analyse, il semble approprié d'examiner de manière critique les racines historiques et culturelles des discours en jeu, et ceci, dans la continuité de la théorie de Healy (2014a) et de

l'épistémologie féministe de Dorlin (2008). En effet, d'un point de vue analytique, l'épistémologie féministe invite à mettre en évidence la continuité sociale des logiques genrées et à questionner les rapports de pouvoir inscrits dans les savoirs, afin de mieux comprendre les enjeux complexes de l'expérience de l'accouchement. Dans les faits, il serait illusoire de considérer qu'un discours dominant, du seul fait qu'il occupe une place de choix dans notre société, serait nécessairement porteur d'une vérité absolue, neutre et objective. Il est légitime, pour la problématique qui nous intéresse, de s'interroger sur les biais possibles du discours biomédical sur l'accouchement. En adoptant une perspective féministe, on est notamment amené à se demander si ce discours n'est pas porteur d'une idéologie du genre, susceptible de nous éclairer sur les conséquences des pratiques et des vérités qu'il génère sur l'expérience des femmes.

En scrutant attentivement l'histoire de ce discours biomédical, cette hypothèse sur son caractère genré et sexiste dans le contexte de l'accouchement se révèle justifiée. Elle est d'ailleurs appuyée par les propos de Déchalotte (2017) qui rappelle que l'histoire de l'accouchement est avant tout celle d'une conquête des hommes sur les femmes. En effet, l'apparition du discours biomédical sur l'accouchement et du modèle de soins biomédicaux s'est conjuguée avec le transfert de la responsabilité de la prise en charge des naissances de la « sphère féminine » à la « sphère masculine » (voir section 1.2.1). Un transfert de pouvoir qui témoigne d'une grande misogynie et de la mainmise des institutions politiques et médicales sur le corps des femmes, selon Lahaye (2018) :

Les sages-femmes, qui étaient les alliées des femmes tout au long de leur vie affective, sexuelle et reproductive, se sont vues tour à tour exterminées durant la chasse aux sorcières par le clergé (masculin), interdites d'accès à la formation et à l'enseignement par le pouvoir politique (masculin) et accusées d'être incompetentes, sales et dangereuses par les médecins (masculins). (Lahaye, 2018, p. 243)

Plusieurs féministes, dont Cohen Shabot (2016), Durano (2018), Lahaye (2018), Martin (2003) et Négrié et Cascales (2016), font le lien entre l'histoire de l'obstétrique et les violences obstétricales subies par les femmes. À travers son développement et sa pratique, cette discipline a en effet imposé une double domination aux femmes : médicale, en confinant l'accouchement à un seul lieu hospitalier, et patriarcale, en accordant le contrôle masculin sur l'accouchement, qui serait à l'origine des violences institutionnelles et genrées aujourd'hui dénoncées.

### 5.3 L'expérience des femmes parturientes à l'épreuve des logiques de genre

Cette perspective historique et féministe permet de considérer que les connaissances biomédicales sur l'accouchement puissent être marquées par des stéréotypes de genre (Cohen Shabot, 2016 ; Durano, 2018 ; Martin, 2003 ; Négrié et Cascales, 2016). Selon Dorlin (2008), une connaissance biaisée par une perspective « masculine » crée une hiérarchisation des valeurs où le masculin est associé à des qualités positives et le féminin à des qualités négatives, ce qui perpétue des inégalités de genre. Cette hiérarchisation peut en outre se refléter dans des dichotomies telles que homme/femme, culture/nature, raison/corps, activité/passivité, rationnel/intuitif, objectif/subjectif (Dorlin, 2008).

#### 5.3.1 L'injonction à la passivité

Les expériences d'accouchement partagées par les répondantes soulèvent des interrogations pertinentes quant à la notion de passivité, qui a été un thème récurrent dans mes résultats de recherche, comme nous en discuterons à nouveau dans la section 5.4. La passivité physique, sous sa forme la plus évidente, a été observée chez près de la moitié des femmes interrogées, qui ont signalé des restrictions dans leur mobilité physique lors de l'accouchement à l'hôpital. De plus, la majorité des parturientes n'ont pas eu la possibilité de choisir leur position pendant la phase de poussée, se soumettant ainsi à la volonté du personnel médical. Il est pertinent de souligner que les observations recueillies sont en adéquation avec des recherches antérieures qui ont mis en évidence une restriction de la liberté de mouvement des femmes pendant l'accouchement en milieu hospitalier (HCE, 2018 ; Landry, 2019). Or, les recommandations de l'OMS (2018) pour faciliter l'accouchement et améliorer la santé de la mère et de l'enfant sont claires : encourager les mouvements libres, les postures verticales et les changements de position fréquents pendant le travail actif, et ne pas imposer de position spécifique pendant la phase de poussée. Le non-respect de ces pratiques est considéré comme une violation des droits reproductifs des femmes et de la violence obstétricale par le HCE (2018). Dans ce contexte, il est légitime de s'interroger sur les raisons pour lesquelles ces pratiques persistent malgré les preuves scientifiques et les recommandations de l'OMS qui les désapprouvent.

Iris Marion Young (1990), une philosophe politique et féministe américaine, m'amène à penser que les logiques d'action qui sous-tendent les restrictions de la mobilité physique des femmes lors de l'accouchement pourraient être liées aux dynamiques de genre. Dans son analyse intitulée « *Throw like a girl* », elle a souligné que l'injonction à la passivité des femmes découle d'une histoire longue et complexe de relations entre les sexes, caractérisée par la dichotomie entre activité et passivité. Selon Young (1990),

les corps des femmes sont socialement construits dès leur plus jeune âge pour se comporter différemment de ceux des hommes, en raison des attentes culturelles et sociales. Cette division a un impact sur leur identité, et les hommes et les femmes ont tendance à internaliser ces différences comme si elles étaient le résultat d'une nature immuable. Ainsi, dans les représentations traditionnelles, les femmes sont souvent associées à la passivité et au rôle de l'attente au foyer, tandis que les hommes sont liés à l'activité et à l'exploration du monde extérieur (Lahaye, 2018). Cette opposition homme-actif versus femme-passive n'a pourtant aucun fondement biologique. Selon les réflexions de Young (1990), la construction de l'existence féminine se résume à un perpétuel « je ne peux pas » (« *I cannot* »). Par ailleurs, cette construction engendre une différence de perception entre les hommes et les femmes de leur corps dans les sociétés patriarcales et sexistes. Les hommes se sentent généralement en harmonie avec leur corps qu'ils considèrent comme un outil puissant pour accomplir des tâches, tandis que les femmes ont tendance à sous-estimer leurs capacités corporelles et à se sentir étrangères à leur propre corps. Toujours selon Young (1990), les femmes abordent souvent les activités avec hésitation, perçoivent leur corps comme faible et nécessitant constamment un soutien et une protection. Ce phénomène d'aliénation des femmes par rapport à leur corps est aussi remarqué par Cohen Shabot (2016, p. 242) : « on attend d'elles qu'elles ne l'utilisent pas [leur corps], qu'elles n'accomplissent rien avec lui, qu'elles ne le développent pas et qu'elles n'acquiescent pas de pouvoir grâce à lui » [ma traduction]. Dans cette perspective, il est légitime de se demander si l'expérience de l'accouchement ne se retrouve pas en tension avec cette logique de genre. Il est attendu que la femme reste allongée et immobile alors que le médecin, traditionnellement un homme, s'active à faire naître l'enfant ?

Notre langage usuel pour parler de l'accouchement contribue sans doute à renforcer la représentation de passivité des femmes, en particulier lorsque l'expression « accoucher » est couramment employée dans le sens passif du terme. Cette construction linguistique présente les femmes comme des sujets subissant passivement leur accouchement, plutôt que comme des actrices agissant lors de cet événement majeur. Des mères parlent souvent de l'obstétricien·ne qui les a « accouchées » ou des médecins qui « accouchent » les femmes (Lahaye, 2018 ; Négrié et Cascales, 2016). Cette manière de s'exprimer ne révèle-t-elle pas une pratique médicale qui assigne aux femmes un rôle passif, alors qu'une tierce personne détient le pouvoir de faire naître l'enfant ?

Et que penser de la péridurale<sup>31</sup> ? Alliée de la passivité. Aborder cette question est un sujet délicat, comme le souligne Lahaye (2018), car remettre en cause cette technique médicale revient à s'attaquer à un dogme tant elle est souvent présentée comme une solution universelle :

Toute personne exerçant son esprit critique sur cette analgésie peut s'attirer les foudres de bon nombre de gens, à commencer par les féministes, la soupçonnant de vouloir priver les futures mères de cet incontestable progrès et de les renvoyer dans les tournants millénaires de leur terrible condition de femme (Lahaye, 2018, p. 129).

Cependant, dans la mesure où mes résultats montrent que la majorité des femmes (62,7 %) accouchent sous péridurale à l'hôpital, il semble impossible d'ignorer cette réalité incontournable de l'expérience de l'accouchement au Québec.

D'un côté, certaines féministes n'interrogent pas l'usage généralisé de la péridurale, tandis que d'autres, comme Davis-Floyd (2022), Durano (2018), Farber (2011) et Lahaye (2018), estiment qu'une étude minutieuse de cette pratique pourrait mettre en évidence des logiques de pouvoir présentes dans les salles d'accouchement. Elles se questionnent sur le caractère réellement libre et éclairé du choix de la péridurale, malgré la présentation courante de cette technique comme un choix personnel. En effet, l'analgésie peut conduire à une perte de contrôle et à une dissociation complète de la femme de son corps. Le médecin ne pourrait-il pas ainsi bénéficier d'un plus grand pouvoir sur le processus d'accouchement ? Selon Farber (2011), cette passivité imposée à la parturiente par la péridurale peut être considérée comme l'un des plus grands cadeaux offerts au système technocratique patriarcal. Cette anesthésie prive les femmes de leur capacité à ressentir et à contrôler les sensations de leur corps, les rendant tributaires d'appareils électroniques, tels que les moniteurs fœtaux internes et externes, pour apprécier le travail de leur corps. Le-la médecin est alors en charge de l'interprétation des données, ce qui renforce sa position de pouvoir. Selon Davis-Floyd (2022), Farber (2011) et Lahaye (2018), cet état de déconnexion met les femmes en position de dépendance face aux médecins et à la technologie, ce qui peut contribuer à renforcer l'emprise des médecins sur les femmes pendant l'accouchement.

---

<sup>31</sup> Je reconnais que les idées exprimées ici au sujet de la péridurale suscitent des points de vue variés parmi les femmes, ainsi que parmi les féministes, en particulier celles qui ont milité pour l'accès à l'accouchement sans douleur. Bien que je reconnaisse que certaines femmes désirent sincèrement recourir à la péridurale, il est essentiel que personne ne soit contraint de se soumettre à cette procédure sous pression. Il convient de noter que les idées partagées ici sont en partie influencées par ma posture de sage-femme.

Par ailleurs, l'usage répandu de la péridurale s'inscrit dans la logique économique visant à maximiser le nombre d'accouchements sur le lieu de travail tout en minimisant la main-d'œuvre nécessaire. En effet, les femmes soulagées et apaisées grâce à l'analgésie péridurale ne « nécessiteraient » plus un soutien aussi constant de la part du personnel soignant, et peuvent être laissées à elles-mêmes (Lahaye, 2018). Plusieurs études ont mis en évidence une corrélation inverse entre l'utilisation de la péridurale et le niveau de soutien émotionnel offert aux femmes par les professionnel-le-s de la santé (Rossignol *et al.*, 2012). Ainsi, selon Durano (2018), le choix entre la péridurale ou non dépend souvent de la charge de travail que le personnel soignant doit gérer ce jour-là, ce qui pourrait expliquer pourquoi certaines femmes peuvent ressentir une pression pour accepter la péridurale, même si elles ne le souhaitaient pas initialement (Lahaye, 2018).

En dépit de l'argument selon lequel la péridurale améliore l'expérience de l'accouchement en éliminant la douleur, les études révèlent que la satisfaction des femmes n'est pas significativement différente qu'elles aient eu recours à cette technique ou non (Carquillat *et al.*, 2017 ; Larkin *et al.*, 2009). En réalité, la tendance actuelle suggère plutôt le contraire, à savoir que le recours à la péridurale est associé à des expériences moins satisfaisantes pour les femmes (Geerts *et al.*, 2017). Dans ce sens, cette enquête soulève un constat intéressant : les femmes assistées par une sage-femme ont eu les expériences d'accouchement les plus satisfaisantes, et ce malgré l'absence de péridurale.

Finalement, à qui bénéficie réellement l'utilisation de la péridurale ? Bien que cette technique puisse être considérée comme extraordinaire dans la mesure où elle offre aux femmes un choix quant à la manière d'accoucher, elle ne peut être considérée comme telle que si elle sert véritablement les intérêts de la femme plutôt que de répondre à d'autres considérations. Comme nous amènent De Koninck et Parizeau (1991) à réfléchir, les technologies ne sont pas des outils neutres, elles peuvent induire des pressions, voire des déformations dans l'expérience de la maternité (p. 17).

### 5.3.2 La répression des femmes non conformes : une forme de violence de genre

Selon Sara Cohen Shabot (2016), contraindre une femme à la passivité pendant son accouchement implique l'utilisation de violence envers elle. En tant que professeure et chercheuse en phénoménologie, philosophie féministe et philosophie du corps, Cohen Shabot a élaboré une analyse des violences obstétricales en s'appuyant sur la théorie de Young (1990), qui décrit l'expérience féminine sous le patriarcat comme caractérisée par une oppression persistante du « je ne peux pas ». Dans son article

« *Making Loud Bodies 'Feminine'* » (2016), Cohen Shabot démontre comment ces violences pourraient être utilisées pour invalider les femmes et les maintenir dans un rôle passif, tout en renforçant les stéréotypes de genre qui favorisent cette oppression. Elle souligne dans son analyse à quel point le corps des femmes qui accouchent s'oppose à l'idéal de féminité fragile et passive. Lors de l'accouchement, le corps devient fort, actif et créatif, capable de faire face à une douleur intense (Cohen Shabot, 2016). Les femmes produisent, pendant l'accouchement, une énergie débordante et une puissance rarement égalée, ce qui les conduit souvent à émettre des sons bruyants, comme nous le rappelle Lahaye (2018). Contrairement à ce que l'on pourrait penser, ces cris ne sont généralement pas des manifestations de souffrance, mais plutôt des moyens de libérer un surplus d'énergie, comme le font les joueuses de tennis en frappant la balle (Lahaye, 2018). L'équipe soignante se voit alors confrontée à une femme « animale », bruyante et aux forces décuplées (Lahaye, 2018, p. 215). Selon Cohen Shabot (2016), cette puissance physique des femmes pendant l'accouchement, se libérant des normes de comportement dicté par le patriarcat, représente une menace directe pour les pouvoirs hégémoniques en place. Par conséquent, selon elle, la violence obstétricale devient nécessaire pour dompter et contrôler ces corps, afin de les ramener à leur état soi-disant féminin : couchées, passives et silencieuses. Les violences obstétricales représenteraient une sorte d'affront du corps en tant que « je peux ». Selon Cohen Shabot, « si vous êtes faible et avez besoin d'aide, vous êtes féminine et vous serez aidée, mais si vous menacez d'éroder l'essence de la féminité avec votre corps bruyant et exubérant, vous serez domestiquée et violemment remise à votre place » (2016, p. 244) [ma traduction].

### 5.3.3 Le danger que représente la mère pour son enfant

Lahaye (2018) souligne par ailleurs l'existence de logiques sexistes, fondées sur une distinction homme-culture versus femme-nature, dans la façon dont l'expérience de l'accouchement est construite. Cette dichotomie constitue une idée fondamentale du patriarcat et véhicule une vision archaïque des différences entre les sexes, selon laquelle les hommes, en tant qu'êtres cultivés, sont censés être plus rationnels que les femmes, soumises à leurs pulsions et enfermées dans un état naturel (Dorlin, 2008). En tenant compte de ces considérations, pour Martin (2003), l'accouchement peut être considéré comme un domaine où ces stéréotypes renforçant la fragilité et l'imprévisibilité supposées des femmes ont conduit à la perception que les femmes peuvent mettre en danger la vie de leur enfant à naître.

Effectivement, comme l'affirment Farber (2011) et Davis-Floyd (2022), la suprématie du discours biomédical en périnatalité perpétue une vision qui considère le corps féminin comme une menace pour la

vie de l'enfant à naître. Cette vision est instaurée, dès le début de la grossesse, par les messages adressés aux femmes enceintes, qui les poussent à adopter des comportements restrictifs considérés comme « appropriés » pour assurer la santé du fœtus, comme l'ont souligné De Koninck et Parizeau (1991). Selon ces auteures, ces normes et restrictions touchant divers aspects tels que l'alimentation, l'activité physique, la consommation ou encore la position de sommeil, incite les femmes à se percevoir comme un risque pour la santé de leur enfant à naître, renforçant ainsi leur sentiment de responsabilité et de défaillance (De Koninck et Parizeau, 1991).

Au moment de l'accouchement, selon Farber (2011), cette pratique qui se veut protectrice de la dyade mère-enfant peut souvent entraîner une opposition entre les droits de la mère et les intérêts du futur enfant. Les professionnel-le-s de la santé peuvent alors réprimer toute initiative de la mère au nom des potentiels risques encourus par le bébé, amenant les femmes à consentir à des interventions qu'elles n'auraient peut-être pas acceptées autrement (Martin, 2003). Dans cette optique, les professionnel-le-s de la santé peuvent avoir recours à un discours culpabilisant et se servir d'arguments invoquant le bien-être de l'enfant pour exercer une pression sur les femmes enceintes, tels que « Pour le bien de votre bébé » ou « Si votre bébé a un problème, vous en assumerez les conséquences », allant jusqu'à remettre en question leur capacité de discernement et leur droit au consentement libre (Negrié et Cascales, 2016, p. 94).

Comme le souligne Cadorette (2006), aucune intervention médicale ne peut être imposée à une femme enceinte sans son consentement éclairé et libre, même au nom du bien-être du fœtus. Toutefois, selon Martin (2003), ces pratiques coercitives restent largement efficaces. Cette efficacité s'explique en partie par l'ancrage des logiques de genre qui encouragent les femmes, définies comme des êtres altruistes et bienveillants, à sacrifier leurs propres besoins pour le bien-être des autres (Martin, 2003). Le discours biomédical renforce cette dynamique en faisant croire aux femmes que les professionnel-le-s de la santé sont plus compétents qu'elles pour décider de ce qui est bon pour leur enfant. Ainsi, il est regrettable que certaines femmes justifient les actes de violence qu'elles subissent en les percevant comme nécessaires pour protéger la vie de leur bébé (Lahaye, 2018 ; Lévesque *et al.*, 2018).

#### 5.3.4 Les identités sexuées intériorisées

Les logiques de genre qui sous-tendent l'expérience de l'accouchement sont donc, pour Martin (2003), des logiques qui vont au-delà du contrôle médical exercé par les médecins, les hôpitaux et la technologie

médicale ; ces logiques sont ancrées en nous-mêmes et façonnent notre relation à notre corps et à notre vie. Ainsi, dans « *Giving birth like a girl* », Martin (2003) montre que les femmes sont souvent enclines à adopter une attitude conciliante et soumise pendant l'accouchement, et que cette attitude pourrait bien trouver son origine dans l'intériorisation par les femmes de certaines normes de comportement féminin. Ces normes comprennent l'importance du relationnel, de la bienveillance, de la politesse et de la soumission à la tyrannie de la gentillesse et de l'amabilité. Ainsi, il ressort de ses recherches que même lorsqu'elles vivent une expérience profondément naturelle et physiquement exigeante, les femmes mobilisent beaucoup d'énergie en vue du respect des normes sociales liées à leur genre (Martin, 2003). Selon Martin (2003), ces normes de genre sont des logiques qui maintiennent les femmes dans un état de soumission, les empêchant de se faire entendre et de revendiquer leurs besoins, de peur de paraître égoïstes ou impolies. Martin (2003) a constaté que lors des moments les plus intenses de l'accouchement, les femmes sortent parfois de leur comportement habituel en criant, en donnant des ordres ou en se plaignant. Les femmes se perçoivent souvent comme « mauvaises », « mal élevées » ou « égoïstes » à ces moments-là, car elles agissent en dehors de leurs identités sexuées habituelles. Elles se sentent souvent coupables d'être trop exigeantes, de ne pas être suffisamment soumises ou polies. En somme, ces normes de genre limiteraient les femmes dans leur capacité à demander ce dont elles ont besoin pendant l'accouchement et à se placer au centre de l'expérience de l'accouchement (Martin, 2003 ; Savage, 2006).

Alors que l'accouchement est une occasion rare pour les femmes de découvrir le pouvoir de leur corps, une expérience qui peut les transformer, renforcer leur estime de soi et leur confiance dans leurs capacités parentales (Aktaş et Aydın, 2019 ; Carquillat *et al.*, 2017 ; Larkin *et al.*, 2009), ces logiques de genre peuvent les empêcher d'accéder à une telle expérience transformatrice et émancipatrice (Cohen Shabot, 2016).

Les femmes seraient plutôt conditionnées à adopter des comportements stéréotypés de soumission et de passivité pendant l'accouchement, en grande partie à cause de normes sociales sexistes intériorisées qui les poussent dans cette direction (Martin, 2003). Ces normes sont complétées par un manque de confiance dans leur capacité à accoucher, confirmé par les discours biomédicaux et technocratiques omniprésents qui les découragent de le faire. Ensemble, ces logiques convergent pour créer une représentation du corps féminin comme étant pathologique, doté d'organes incompetents (Négré et Cascales, 2016, p. 191).

### 5.3.5 Les médecins et les sages-femmes : la guerre des sexes

D'après ma recherche, il ressort que les sages-femmes sont à l'origine d'expériences d'accouchement très positives, mais leur modèle de soins demeure marginalisé au Québec. Les répondantes ont souligné les difficultés d'accès aux services des sages-femmes, ce qui explique en partie cette situation. En outre, plusieurs auteures soutiennent l'idée selon laquelle, en dépit des résultats positifs qu'elle offre, la profession de sage-femme demeure sous-développée et difficile d'accès, résultant d'une histoire complexe avec la discipline obstétricale, fondée sur des rapports de pouvoir, de concurrence et de guerre des sexes (Burton-Jeangros *et al.*, 2014 ; Cavalli et Gouilhers-Hertig, 2014 ; Farber, 2011 ; Négrié et Cascales, 2016).

La dichotomie sexiste entre le rationnel et l'intuitif a eu un impact significatif sur la répartition des professions liées à l'accouchement, comme le souligne Rivard (2014, p. 66), en notant que depuis le siècle des Lumières, la science et la rationalité ont prévalu, entraînant une volonté de « scientifier » l'art de l'accouchement et de faire du médecin accoucheur le représentant digne du Progrès et de la Modernité. Les connaissances traditionnelles et les modes de connaissance féminins ont été relégués au rang de simples « contes de vieilles femmes » [ma traduction], considérés comme insuffisamment logiques ou spécialisés (Rivard, 2014, p. 66). Cette évolution a eu pour effet de modifier radicalement la perception de la société à l'égard des sages-femmes et de leur pratique, les reléguant au rang de métier obsolète et dangereux, alors que la biomédecine obstétricale devenait le seul choix pour toute femme désireuse d'accoucher de manière « moderne » et « civilisée ». Selon cette logique, seul le savoir scientifique, exact et neutre pouvait répondre aux besoins de l'humanité. Cette vision essentialiste a donc marginalisé les sages-femmes et restreint leur champ de pratique (Rivard, 2014).

Or, il est aujourd'hui injustifié de déprécier les connaissances et les compétences des sages-femmes comme étant archaïques ou obsolètes, car les preuves scientifiques attestent de manière irréfutable de l'efficacité et de la sécurité des soins qu'elles prodiguent (ASPC, 2009 ; MSSS, 1997), comme le confirment les expériences positives des répondantes ayant bénéficié de leurs services dans cette enquête. Toutefois, malgré la reconnaissance légale de cette profession au Québec depuis plus de deux décennies, elle demeure encore sous la tutelle des médecins, qui occupent une position prépondérante dans la psyché collective et l'organigramme hiérarchique du système de santé, entraînant des limites importantes à leurs conditions d'exercice, comme l'illustre le documentaire récent « Sages et rebelles » (Simard, 2023).

Les recherches menées par Burton-Jeangros et ses collègues (2014), ainsi que le documentaire de Simard (2023), mettent en lumière un conflit persistant entre les professionnel·le·s de la santé que sont les sage-femmes et les médecins, qui entraînent des conséquences directes sur les femmes enceintes en restreignant leur liberté de choix quant aux conditions de leur accouchement et ne leur offrant pas une gamme de services adaptée à leurs besoins personnels et particuliers. En outre, cette situation se traduit par une restriction de l'accès à l'accouchement physiologique, préféré par la majorité des femmes et recommandé pour leur santé par les normes internationales (OMS, 2018) et nationales (MSSS *et al.*, 2008) en matière de meilleures pratiques. Cette étude révèle que l'accès à un accouchement physiologique avec un minimum d'interventions médicales est injustement limité pour les femmes qui accouchent à l'hôpital (10 %) comparativement à celles qui ont recours à une sage-femme en dehors de l'hôpital (70 %). Cette inégalité reflète la culture de la suprématie de la technologie sur la nature qui prévaut dans la société occidentale, et porte préjudice aux femmes qui accouchent, comme en est d'avis le HCE (2018).

#### 5.4 L'expérience de l'accouchement et les logiques institutionnelles

Selon mes résultats, la grande majorité des femmes au Québec (85,4 %) accouchent à l'hôpital, ce qui les soumet à des normes et des contraintes institutionnelles susceptibles de façonner leur expérience, selon la théorie de Dubet (2007). Dans cette section, nous examinerons les expériences négatives de l'accouchement en milieu hospitalier à travers le prisme de la notion d'expérience sociale de Dubet (2007) pour mieux comprendre les logiques institutionnelles potentiellement en jeu.

##### 5.4.1 La mise à nu de l'intimité

À la lumière de mes résultats, l'expérience des femmes qui accouchent en institution semble confrontée à une faible considération des dimensions intimes et sexuelles du processus. En effet, il convient de souligner, le sentiment partagé par plusieurs participantes à ce sondage d'une intrusion dans leur intimité durant leur accouchement à l'hôpital. Ce constat est partagé par d'autres chercheur·e·s (HCE, 2018 ; Landry, 2019 ; St-Amant, 2013). Selon ces dernier·ère·s, le fait de négliger la dimension intime et sexuelle de l'accouchement dans les soins porte atteinte à la dignité des femmes, engendre douleur et anxiété, et conséquemment des effets négatifs sur leur expérience globale de l'accouchement. Les féministes Négrié et Cascales attribuent cette intrusion à la gestion biomédicale et masculine de l'accouchement en institution, qui a perverti cet événement en en faisant un acte médical débarrassé de toute dimension sexuelle et intime :

L'histoire de la naissance en Occident tend à montrer que l'accouchement a longtemps été perçu comme faisant partie intégrante de la sexualité et de l'intimité. Les femmes accouchaient le sexe caché, exclusivement dans l'entre-soi. De plus, on estime qu'environ 20 % des femmes auraient des orgasmes ou du plaisir pendant leur accouchement, lorsque celui-ci est respecté et physiologique ; l'ocytocine sécrétée spontanément pendant le travail en serait en partie responsable. Progressivement, l'arrivée des médecins autour des femmes en travail a contribué à déssexualiser ce moment. Les aidantes ont été exclues, les femmes accouchant découvertes, et allongées, exposant leur sexe d'abord à la vue des obstétriciens, puis plus largement, en institution à la vue de tout le personnel soignant. Cette déssexualisation a permis d'instaurer la pratique des touchers vaginaux, de l'épisiotomie, l'introduction de forceps et de ventouses en toute légitimité, et de rendre public un acte de la vie privée. (Négré et Cascales, 2018, p. 183)

Dans son livre, Déchalotte précise à ce sujet :

Pour pouvoir poser des actes tels qu'introduire des doigts ou des forceps dans le vagin, couper le périnée, et également exposer le sexe des femmes à la vue du personnel soignant, il est nécessaire que la perception habituelle de cet endroit du corps comme étant intime et sexuel, tout comme l'est l'accouchement, disparaisse. Il est nécessaire également que les gestes soient identifiés – tant par les femmes que par les médecins – comme indispensables à la sécurité des futures mères et des enfants, afin d'éviter tout malentendu. La pudeur s'arrête là où la médicalisation s'impose. (Déchalotte, 2017, p. 384)

Pourtant, l'accouchement possède une dimension intrinsèquement sexuelle étant donné que celui-ci est issu de la grossesse, généralement conséquence d'un rapport sexuel, et implique nos organes génitaux (Lahaye, 2018). Les sages-femmes s'accordent d'ailleurs à dire que plus le travail est permis de revêtir ses aspects sexuels, tels que l'intimité, la pénombre et la présence de personnes de confiance, plus l'accouchement se déroule avec succès (Brabant, 2013). Selon Michel Odent, Ina May Gaskin et de nombreux physiologistes, les hormones clés pour un accouchement réussi sont considérées comme des hormones « pudiques », ce qui explique pourquoi leur sécrétion peut être affectée par l'environnement social et médical dans lequel se déroule l'accouchement (Négré et Cascales, 2016, p. 58). Cette enquête a clairement montré que le respect de l'intimité des femmes lors de l'accouchement était plus favorablement considéré dans les expériences d'accouchement assistées par des sages-femmes que dans celles avec des médecins à l'hôpital, comme en témoignent des résultats statistiquement significatifs.

Lors des accouchements en institution, il peut y avoir jusqu'à dix membres du personnel médical entrant précipitamment dans la pièce au moment de l'expulsion, où la femme est allongée sur une table d'accouchement, exposant son sexe sous une lumière vive à la vue de tous (Landry, 2019). Cette réalité institutionnelle peut entraver une expérience d'accouchement épanouissante et expliquer en partie

pourquoi les femmes ayant accouché dans cette enseigne ont signalé des expériences plus négatives. Le respect de l'intimité pendant l'accouchement est en effet un élément crucial qui influe sur l'expérience vécue, comme le soulignent plusieurs études, notamment Larkin *et al.* (2009), Najafi *et al.* (2017), Davis-Floyd (2022) et Négrié et Cascales (2018).

#### 5.4.2 Le rôle de la malade au sein de l'institution hospitalière

Après avoir considéré l'interrelation entre les logiques de genre et le comportement passif des femmes pendant l'accouchement, il est plausible que l'institution hospitalière participe également à la perpétuation de cette passivité. Selon Martin (2003), le traitement de l'accouchement comme une maladie dans un environnement hospitalier conçu pour les patient·e·s malades peut enfermer la femme qui accouche dans un « rôle de malade ». Ainsi, comme le souligne Ferreira (2023, p. 87), dès l'instant où nous devenons un·e patient·e souffrant·e d'une condition médicale, une partie de la responsabilité de notre santé est transférée au personnel soignant qui nous prend en charge à notre arrivée à l'hôpital.

Cohen Shabot (2016) suggère que l'enseignement médical est en partie responsable de l'attente de passivité envers les patient·e·s, une tradition qui remonte à l'étude des cadavres dans le but de comprendre les pathologies des corps vivants et de trouver des remèdes, et qui reste en vigueur dans la formation médicale actuelle. Déchalotte (2017) partage cette analyse en soulignant que les médecins ont tendance à répéter les gestes qu'ils ont appris dans les conditions qui leur ont permis de les assimiler, c'est-à-dire lorsqu'ils sont face à une femme qui adopte une attitude passive, silencieuse, dénudée et inanimée. Selon Déchalotte (2017), pour permettre à la femme d'accoucher dans d'autres positions et de bénéficier d'une plus grande liberté de mouvement, les médecins devraient donc réapprendre, accepter de changer leurs habitudes et de se sentir, pour un temps, moins assurés.

D'après l'analyse de Martin (2003), ce sont aussi des logiques institutionnelles intériorisées par les femmes qui sont en jeu au regard de l'environnement médicalisé dans lequel elles se retrouvent pour donner naissance à leur enfant. Comme elle le souligne, les femmes peuvent ressentir une pression à adopter une attitude passive et immobile sur la table d'examen afin d'être considérées comme de « bonnes » patientes et de ne pas perturber le travail des professionnel·le·s de la santé, même si cette pression n'est pas toujours consciente. En effet, Martin (2003) estime que ces comportements peuvent être induits par une interprétation inconsciente du rôle attendu du patient·e dans l'environnement hospitalier, où la passivité est valorisée.

#### 5.4.3 La supériorité du médecin : un consensus social

Après une analyse approfondie des expériences des femmes en matière de décisions liées à l'accouchement en milieu hospitalier, il est apparu que certaines d'entre elles ont fait face à des formes de passivité qui vont bien au-delà d'une simple inaction physique. Ces expériences soulèvent des questions essentielles sur les rapports de pouvoir et d'autorité dans ce contexte. En effet, plusieurs femmes ont fait part de choix qui ne reflétaient pas leur volonté et ont été exclues des décisions les concernant. Ces situations m'apparaissent reflétées une forme de passivité mentale, « intellectuelle », pour ainsi dire, mettant en lumière la théorie de Healy (2014b), selon laquelle le discours biomédical dominant s'appuie sur une hiérarchie des connaissances dans un contexte donné, qui défavorise souvent les connaissances subjectives des femmes enceintes, minimisées lors de l'orientation des soins. Cette attitude sous-entend qu'« on va penser pour toi, on sait mieux que toi ».

Selon les recherches menées, aux États-Unis, par l'anthropologue Jordan (2014), le fait de négliger ou d'ignorer la capacité de jugement des femmes dans ces situations revient à questionner l'autorité culturelle de la médecine dans notre société. Lahaye (2018) souligne également ce point en se référant au pouvoir symbolique conféré à la blouse blanche. Les deux s'accordent sur le fait que l'accouchement est un domaine où l'autorité culturelle de la médecine est particulièrement évidente. En effet, bien que diverses connaissances soient présentes dans les salles d'accouchement, les travaux de Jordan (2014) mettent en évidence le fait que seuls les savoirs médicaux sont considérés comme légitimes dans le processus décisionnel. Selon elle, les médecins ont le monopole des « savoirs autoritaires » lors des accouchements en milieu hospitalier. Elle développe dans sa théorie sur les « savoirs autoritaires » l'idée que ces savoirs sont considérés comme légitimes et appropriés par les parties prenantes d'une situation donnée pour justifier les actions à accomplir. Selon Jordan, la force des « savoirs autoritaires » réside dans leur capacité à naturaliser et à légitimer les relations de pouvoir qui les traversent. En d'autres termes, ces savoirs sont perçus comme étant dans l'intérêt de tous les acteurs impliqués, sans tenir compte du caractère construit et relatif de toute connaissance. Les « savoirs autoritaires » ne sont pas perçus comme étant socialement construits, relatifs et coercitifs (Jordan, 2014).

En somme, les réflexions de Jordan (2014) nous amènent à nous intéresser à la question de la soumission en quelque sorte « librement consentie » vis-à-vis des personnes en blouse blanche, plutôt que de nous arrêter sur la production de la violence par les acteurs en question. Les recherches de l'anthropologue révèlent que l'autorité médicale dans une salle d'accouchement est largement acceptée et considérée

comme autoritaire, grâce à un consensus social autour de la supériorité des médecins dans la gestion de la santé et de la maladie. Dans notre société, cette autorité médicale est si puissante que les médecins sont placés sur un piédestal, considérée comme incarnant l'autorité, et les patientes, vulnérables, leur confient habituellement leur corps et leur santé en toute confiance. Ainsi, dans un cabinet médical ou une salle d'accouchement, on leur accorde souvent sans hésitation le statut d'autorité. En résumé, Jordan (2014) soutient que ce contrat social autour de l'autorité médicale constitue une logique socioculturelle qui place les médecins dans une position supérieure, alors que les parturientes sont laissées en marge des décisions et des actions, ce qui serait corroboré par mes résultats.

De ce point de vue, il me semble difficile de dissocier la non-reconnaissance du problème social de la violence obstétricale du prestige social qui entoure la profession médicale (comme discuté au point 1.2.6). Selon les écrits de Déchalotte (2017), ce statut élevé est presque un camouflage parfait pour l'exercice de la violence, tant la bienveillance inconditionnelle de l'autorité en blouse blanche et l'idée qu'elle sauve des vies sont profondément ancrées dans notre société et rarement remises en question. Par conséquent, de nombreuses femmes ne perçoivent pas le caractère violent des actes subis, car elles partent d'un a priori positif à l'égard du personnel soignant et estiment leur expertise.

Qu'elle sévise en gynécologie et obstétrique ou dans un autre champ médical, la maltraitance infligée par les professionnels de la santé reste invisible, car souvent acceptée par les patients eux-mêmes. Lorsque des voix s'élèvent pour dénoncer cette violence, les médecins peuvent compter sur leur esprit de corps et la puissance de la solidarité confraternelle. Mieux : tout simplement la société tout entière qui se charge de les défendre (Déchalotte, 2017, p. 392)

#### 5.4.4 L'acculturation des médecins

Enfin, il est important de ne pas attribuer la responsabilité des pratiques oppressives lors de l'accouchement uniquement aux médecins, car ils ne sont que des acteurs au sein d'un système qui les dépasse, comme le soulignent Davis-Floyd (2022) et Jordan (2014). La maltraitance obstétricale n'est généralement ni intentionnelle ni volontaire, mais plutôt issue de l'histoire de l'obstétrique et de la suprématie accordée au corps médical dans notre société.

Par ailleurs, il est d'importance capitale de relever que la formation médicale elle-même participe à la perpétuation de cette violence systémique. Selon les travaux de Davis-Floyd (2022), tout comme la naissance constitue un rite de passage pour les femmes, les médecins sont initiés aux traditions et

pratiques culturelles de l'obstétrique par le biais d'un processus de formation de dix ans, en conformité avec les valeurs biomédicales du système médical dominant. Cette formation joue un rôle majeur dans la perception que les professionnel-le-s de la santé ont d'eux-mêmes et de leur rôle auprès des patient-e-s. La façon dont ils sont formés peut déterminer s'ils apprennent à « prendre des décisions pour » ou à « prendre des décisions avec » leurs patientes, ainsi qu'à « prendre en charge » plutôt qu'à « prendre en compte » (Ferreira, 2023).

En fin de compte, la transmission de la tradition patriarcale de l'obstétrique à travers le processus de formation médicale pourrait expliquer pourquoi, malgré la forte présence de femmes dans la profession d'obstétricien-ne-gynécologue au Québec (73 %) (FMSQ, 2023), une culture « masculine » de l'accouchement semble persister. Pour Déchalotte (2017), les femmes médecins ne sont pas à l'abri des pressions sexistes ou de la domination du paradigme biomédical qui imprègne leur environnement professionnel. « Pour survivre dans un milieu de dominants, elles endossent souvent les habits du dominant » (Déchalotte, 2017, p. 407). Par conséquent, il est possible que les femmes obstétriciennes-gynécologues contribuent elles aussi à la perpétuation de la violence institutionnelle, tout comme leurs collègues masculins. Les médecins, quels que soient leur genre, suivent une formation dans un cadre institutionnel patriarcal qui façonne leur perception et leur pratique professionnelle. Ils deviennent ainsi les porteurs du pouvoir conféré par l'institution médicale, contribuant à une violence systémique plutôt qu'à une violence intentionnelle.

## 5.5 La justice reproductive et les violences obstétricales

### 5.5.1 Les violences obstétricales, une réalité

Les données que j'ai recueillies auprès des participantes à cette étude sont une illustration du phénomène des violences obstétricales au sein du système de santé et des services sociaux du Québec. Si une majorité d'entre elles n'en vivent heureusement pas, certaines en sont assurément victimes. En effet, plusieurs des caractéristiques clés de la violence obstétricale sont facilement identifiables dans les expériences d'accouchement documentées dans cette étude, à savoir la déshumanisation des soins, la pathologisation des processus naturels, le non-respect des données probantes, le manque de consentement éclairé et la négation de l'agentivité des femmes. Comme développé dans ce chapitre, mon analyse de la situation pourrait suggérer que certaines logiques discursives, genrées, socioculturelles et institutionnelles puissent contribuer à ces formes de violences dans l'expérience de certaines femmes.

#### 5.5.1.1 La déshumanisation des soins

Les résultats de cette étude mettent en lumière des formes de déshumanisation des soins, telles que décrites par Labrecque (2018) et Lahaye (2018), qui se traduisent par une atteinte à l'intégrité et à la dignité de la personne. En ce sens, mes résultats ont révélé un manque de respect de l'intimité des femmes lors de l'accouchement, ainsi qu'un manque de considération pour leur capacité de discernement, leur agentivité et leur capacité à prendre des décisions éclairées. Comme rappelé à plusieurs reprises, les femmes devraient pouvoir participer activement à leur processus d'accouchement et prendre des décisions éclairées concernant leur corps et leur santé (HCE, 2018). Cela permettrait non seulement de garantir le respect de leurs droits, mais aussi de favoriser une expérience positive et respectueuse de l'accouchement (Aktaş et Aydın, 2019 ; Carquillat *et al.*, 2017 ; Larkin *et al.*, 2009).

Ce qui est considéré comme une déshumanisation peut également impliquer une perte de considération pour la sensibilité individuelle, une réalité soulevée par cette étude si l'on considère que plusieurs personnes interrogées ont exprimé un soutien émotionnel inadéquat et que leurs besoins et leurs préférences n'ont pas été reconnus. En effet, selon Lahaye (2018), l'absence de réaction ou d'acte face à une demande de la parturiente, la négation de son ressenti, la non-prise en compte de sa douleur ou de ses besoins ou souhaits particuliers, fait partie intégrale de la définition de la violence obstétricale.

En bref, la déshumanisation crée un environnement de soin où les femmes ne se sentiront pas respectées, dignes et écoutées, et où leur bien-être ne sera pas placé au centre des préoccupations. Dans un tel contexte, Durano (2018) et Landry (2019) affirment que les femmes peuvent se sentir réduites à leur ventre. Selon leurs propres termes, elles peuvent se sentir reléguées au rang de « marchandise » (Landry, 2019, p. 50) ou de « numéro » (Landry, 2019, p. 62), sans aucun pouvoir sur leur propre expérience de soins. De manière plus grossière, les témoignages recueillis par Ferreira illustrent ce sentiment par une impression d'être transformé en « de la chair à pâté », « une vache qui va à l'abattoir » (Ferreira, 2023, p. 102).

#### 5.5.1.2 La pathologisation des processus naturels

Les travaux du MSSS *et al.* (2008) et de Labrecque (2018) soulignent que la médicalisation excessive de la grossesse et de l'accouchement est considérée comme une pathologisation de ce processus naturel, une forme de violence obstétricale. Nous avons vu précédemment que cette tendance se manifeste par une intervention active dans le travail, l'utilisation de techniques pour accélérer ou déclencher le travail sans

raison médicale valable (donc non justifié par la MFDP), l'abus de médicaments, ainsi que l'accouchement dans des environnements qui ne favorisent pas la physiologie. Il a été effectivement démontré que certains actes médicaux pratiqués aujourd'hui au Québec ne sont pas bénéfiques pour la santé des femmes et de leurs nouveau-nés, mais au contraire entraînent des interventions inutiles et potentiellement dangereuses (MSSS *et al.*, 2008 ; Rossignol *et al.*, 2012). Il est pertinent de s'interroger sur les motifs qui sous-tendent le fait que, selon les résultats de cette étude, 89,3 % des accouchements en milieu hospitalier aient fait l'objet d'une ou plusieurs interventions obstétricales, alors que les statistiques indiquent que 85 % des accouchements ne requièrent pas de telles interventions a priori (MSSS *et al.*, 2008). En outre, les données de mon enquête montrent que 70,8 % des femmes ayant accouché sous la surveillance d'une sage-femme ont pu bénéficier d'un accouchement dépourvu de toute intervention médicale. Mes résultats mettent en évidence des disparités statistiquement significatives dans l'utilisation d'interventions obstétricales en fonction du contexte de pratique. Comme l'ont souligné Rossignol et ses collègues (2012), ces écarts ne peuvent pas être expliqués uniquement par la survenue de complications nécessitant ces interventions. Ainsi, parmi les interventions pratiquées dans les environnements hospitaliers, certaines peuvent être considérées comme évitables selon les auteur·e·s de cette étude.

Par exemple, il ressort de mes données que près d'un cinquième (19,6 %) des naissances répertoriées ont été réalisées par césarienne. Or, les normes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) établissent qu'un taux de césariennes supérieur à 10 % ne se traduit pas par des améliorations sur le plan de la mortalité et de la morbidité maternelles et périnatales. En d'autres termes, l'OMS (2015) considère qu'il n'y a aucune bonne raison de pratiquer une césarienne dans une proportion supérieure à 10 % des accouchements. Ainsi, près de la moitié des césariennes pratiquées dans notre étude auraient été inutiles, car elles n'ont pas été justifiées médicalement selon ces normes. Même si la césarienne est une opération relativement sûre, elle entraîne une multiplication par 3,5 du risque de décès par rapport à un accouchement vaginal (Deneux-Tharaux *et al.*, 2006) et une augmentation de la probabilité de devoir subir de nouveau cette intervention lors des accouchements ultérieurs (HAS, 2013).

L'excès d'interventions obstétricales expose les femmes à des risques inutiles et peut être considéré comme une forme de violence obstétricale, comme souligné dans la législation sur les violences obstétricales au Mexique (Audibert, 2016, p. 49). En effet, pratiquer une césarienne lorsque les conditions permettent un accouchement naturel est considéré comme un acte de violence obstétricale. Comme mentionné précédemment, il y a une corrélation significative entre le nombre d'interventions médicales

pendant l'accouchement et une expérience négative pour les femmes. Les résultats de ma recherche seraient en conformité avec cette réalité documentée dans la littérature scientifique (Aktaş et Aydın, 2019 ; Maimburg *et al.*, 2016).

#### 5.5.1.3 L'absence de consentement

Il est malheureusement préoccupant de constater que le devoir professionnel fondamental de respecter le consentement des patientes est souvent ignoré, comme l'ont attesté les femmes interrogées dans cette enquête sur l'accouchement au Québec. Cette violation des droits et de l'intégrité de la personne est non seulement une injustice, mais aussi une forme de violence obstétricale envers les femmes (HCE, 2018 ; Labrecque, 2018 ; Lévesque *et al.*, 2018). Bien que la loi reconnaisse déjà ces pratiques comme illégales dans plusieurs pays, dont le Canada et la France, leur mise en application et leur sanction restent insuffisantes, selon le rapport du HCE (2018). De nombreuses études, telles qu'une enquête menée par le CIANE auprès de 4400 femmes ayant accouché en France en 2012, ont révélé que le consentement des femmes en travail est rarement sollicité et que des pratiques sont couramment effectuées sans leur consentement explicite, voire en dépit de leur refus explicite<sup>32</sup> (Cohen Shabot, 2016 ; Landry, 2019 ; Lévesque *et al.*, 2016 ; RNR, 2019). Le CIANE a également constaté que la plupart du temps, les actes prescrits ne sont pas présentés comme des choix possibles, mais plutôt comme des protocoles à suivre. Par exemple, au lieu de demander « Puis-je vous faire un toucher vaginal ? », les professionnel-le-s de la santé déclarent souvent « Déshabillez-vous, je vais vous examiner » (Négrié et Cascales, 2016, p. 93). Il est important de noter que l'utilisation du terme « protocole » ne peut être considérée comme synonyme d'obligation et ne suffit pas à contourner l'exigence du consentement éclairé des patientes (Cadorette, 2006).

#### 5.5.2 Les droits des femmes

Enfin, il ressort de ce mémoire que les droits des femmes enceintes tout au long de la période périnatale ne sont pas toujours respectés dans le cadre de l'accouchement. En effet, on constate que le droit de la femme enceinte d'être informée adéquatement, d'exprimer son consentement, ou son refus, libre et

---

<sup>32</sup> Un tiers des femmes ayant été déclenchées n'ont pas reçu d'informations sur les raisons de la procédure ou sur les risques associés, et 36 % d'entre elles n'ont pas donné leur consentement (CIANE, 2012a). 55 % d'entre elles se sont vues administrées de l'ocytocine pour accélérer le travail sans qu'on leur ait demandé leur consentement. De même, sur la période de 2010 à 2013 (9783 accouchements) 85 % des femmes ayant subi une épisiotomie pendant leur accouchement n'ont pas donné leur consentement (CIANE, 2013).

éclairé, d'exiger le respect de ses choix et de ses préférences, de jouir de liberté, d'autonomie, d'autodétermination et de ne pas être forcée à quoi que ce soit, est souvent bafoué.

Au-delà de l'obligation professionnelle de respecter les droits des femmes, pour lutter contre les violences obstétricales et garantir la justice reproductive, le HCE (2018) estime que la sensibilisation des femmes à leurs droits et l'accès à des personnes formées pour les aider à défendre leurs intérêts et à faire des choix concernant leur santé reproductive constituent un point de départ essentiel. Les travailleur·euse·s sociaux·ales pourraient jouer un rôle clé à ce niveau, comme le souligne MacDougall (2020). Les femmes interrogées dans le cadre de l'enquête ont également exprimé le souhait d'avoir une personne à leurs côtés pour leur fournir des informations et défendre leurs intérêts avant, pendant et après l'accouchement. Bien que cela n'ait pas été discuté davantage, les résultats suggèrent que la présence d'un·e accompagnant·e à la naissance peut également contribuer à protéger les droits des femmes pendant l'accouchement, comme de nombreuses personnes interrogées l'ont souligné en parlant des bénéfices de cette présence pour une expérience positive de l'accouchement.

#### 5.5.2.1 Pouvoir choisir les conditions de son accouchement

Après une longue bataille juridique, Ternovszky contre Hungary, le droit des femmes de choisir les conditions de leur accouchement a été pour la première fois reconnu par la Convention européenne des droits de l'homme en 2010.

Lahaye (2018) soutient que le choix des femmes quant aux conditions d'accouchement doit être reconnu universellement, au même titre que leur droit de choisir leur partenaire sexuel, de décider d'avoir un enfant ou non, ainsi que de poursuivre ou non leur grossesse. De nombreuses militantes prônent l'idée selon laquelle les femmes devraient bénéficier d'une palette variée d'options de services périnataux de qualité, centrées sur leur bien-être et leurs choix personnels (Déchalotte, 2017 ; Lahaye, 2018 ; Lorrain, 2017). Le droit des femmes à choisir librement le lieu et le prestataire de soins de santé de leur choix pour leur accouchement, ainsi que d'avoir la possibilité d'un accouchement physiologique si tel est leur souhait, est une question cruciale de justice reproductive.

Toutefois, les résultats de mon enquête démontrent que de nombreuses femmes sont confrontées à des barrières systémiques qui réduisent leurs options et leur autonomie en matière d'accouchement : la marginalisation des discours alternatifs par la médecine biomédicale dominante, les problèmes

d'accessibilité aux services de sages-femmes, le manque de considération des souhaits de la parturiente lors de l'accouchement, ainsi que la médicalisation excessive des processus naturels, entre autres. Depuis longtemps déjà, des militantes féministes s'emploient avec force à revendiquer l'accessibilité des services de sages-femmes sur l'ensemble du territoire québécois, de manière à ce que chaque femme puisse librement opter pour cette alternative (Rouillier, 2015). Peut-on espérer une évolution significative de notre système de santé vers des soins plus humains et respectueux des choix des femmes en matière d'accouchement, en prenant en compte les résultats déjà établis par de nombreuses études scientifiques sur les bienfaits de l'approche des sages-femmes ? De combien de temps et de preuves scientifiques supplémentaires le ministère de la Santé et des Services sociaux aura-t-il encore besoin pour finalement appliquer les mesures qu'il a lui-même identifiées comme étant nécessaires à l'amélioration de la santé des femmes et des bébés au Québec dans sa politique de Périnatalité de 2008-2018 ?

## CONCLUSION

Ce projet de recherche trouve son origine dans ma propre expérience en tant que sage-femme. Les questionnements et les frustrations suscités par mon immersion dans le domaine de la naissance ont été renforcés par une revue de la littérature sur l'expérience de l'accouchement, mettant en évidence que de nombreuses femmes à l'échelle mondiale rapportent des expériences négatives, allant même jusqu'à qualifier certaines pratiques d'obstétrique de violentes. Au Québec, aucune enquête nationale n'ayant permis d'objectiver le phénomène, la présente étude a contribué à combler cette lacune en examinant comment les femmes vivent l'expérience de l'accouchement. Il s'agissait également de repérer des améliorations possibles pour le système de santé et de services sociaux de la province, et d'étudier si des écarts significatifs étaient observables dans les expériences des femmes en fonction soit du prestataire de soins de santé qui les accompagnait ou encore du lieu de l'accouchement. Au total, 5197 expériences ont été recensées par le biais d'une enquête par sondage en ligne. J'ai étudié ces expériences en effectuant diverses analyses statistiques et en examinant les résultats à la lumière des concepts d'expérience, de justice reproductive et de violence obstétricale.

L'investigation comparative des différents contextes d'accouchement a permis de mettre en lumière des variables qui favorisent l'expérience positive des femmes, mais également des logiques oppressives qui lui sont défavorables. L'analyse des expériences des femmes assistées par des sages-femmes lors de leur accouchement a révélé des expériences nettement plus épanouissantes que celles des patientes prises en charge par des médecins dans le milieu hospitalier. Les conclusions que j'ai tirées de ces expériences positives me poussent à adhérer aux travaux antérieurs en soulignant la valeur cruciale de la qualité de la relation entre les femmes et les professionnel·le·s de la santé, la reconnaissance de l'impact émotionnel de l'accouchement et la nécessité d'un soutien concomitant (Aktaş et Aydın, 2019 ; Larkin *et al.*, 2009). Cela implique de reconnaître que l'accouchement est avant tout une expérience et une aventure sociale et humaine, et non simplement une expérience biologique. Les personnes qui accompagnent la femme en travail sont des acteurs clés dans cette aventure, et leurs capacités à communiquer, à établir une relation de respect et de partenariat avec la parturiente sont des facteurs essentiels à considérer, en sus de leur expertise technique.

Réduire l'expérience de l'accouchement à une simple réalité biologique serait ignorer les rapports sociaux qui l'accompagnent. Ce mémoire, en étudiant les rapports sociaux de genre et leur évolution historique, a

mis en évidence la position hiérarchique de la masculinité et de la technologie dans la prise en charge des accouchements, et a souligné que l'expérience n'était pas dénuée de stéréotypes de genre. En effet, les résultats de cette recherche ont permis de réfléchir à la construction sociopolitique de l'expérience de l'accouchement dans un contexte de double domination : celle de la médecine et celle des hommes. Si ces rapports de domination datent de loin, la médecine, ses praticien·ne·s et ses institutions perpétuent un prestige culturel qui apparaît limiter l'autonomie et le pouvoir de décision des femmes dans les salles d'accouchement.

Cette recherche a mis en évidence des expériences concordant avec les revendications d'un mouvement militant pour la reconnaissance de la violence obstétricale comme un enjeu social concret nécessitant une action au Québec. Il est incontestable que des femmes sont victimes de cette violence dans cette province, et que les pratiques obstétricales ne sont pas toujours conformes aux meilleures pratiques, au respect des droits des femmes ni basées sur un consentement éclairé et libre.

La problématique de la violence obstétricale est souvent abordée dans un débat polarisé et stérile. D'un côté, les femmes partagent leurs expériences de violence obstétricale, tandis que de l'autre, les représentants du corps médical se sentent accusés d'abus délibérés. Cependant, l'examen des expériences d'accouchement présentées dans cette étude soutient que la dénonciation de la violence obstétricale ne vise pas à stigmatiser des individus spécifiques, mais plutôt à identifier un système qui renforce les inégalités entre les genres, la primauté de la perspective médicale, ainsi que les rapports de pouvoir injustes dans les soins de santé. Ce système est constitué d'institutions, de protocoles, de normes, de valeurs et de coutumes qui ont des effets puissants sur les expériences de la périnatalité. Ainsi, il est essentiel de ne pas réduire cette question à des cas individuels, mais plutôt de reconnaître l'existence d'un système qui peut causer une grande souffrance à de nombreuses femmes lors de leur accouchement. Pour garantir des soins de qualité et respectueux, il est impératif de réfléchir collectivement et de manière interdisciplinaire aux moyens de replacer la femme au centre de cette expérience. Rendre aux femmes leur autonomie, tel est l'enjeu de la lutte contre les violences obstétricales.

L'accouchement respecté n'est pas uniquement le respect de la physiologie, même si nous savons qu'elle protège la santé des femmes et des bébés, mais c'est surtout celui du respect de l'autonomie et des choix de la femme.

Protéger toutes les femmes contre les violences obstétricales, c'est leur donner le droit de disposer librement de leur corps, d'avoir accès à une information scientifique impartiale et objective leur permettant de faire des choix libres et éclairés ; c'est les informer de leurs droits, car nul ne peut les défendre si on les ignore ; c'est leur laisser la possibilité de refuser toute intervention médicale qu'elles ne souhaitent pas et d'obtenir des alternatives ; c'est prendre en compte leur projet de naissance et personnaliser les soins en tenant compte de leurs préférences ; c'est leur donner le choix, un vrai choix, des personnes qui les accompagneront dans cette aventure et du lieu où elles accueilleront leur enfant ; c'est aussi mettre en place un système de plaintes et d'évaluation des services accessible et efficace pour leur permettre de dénoncer les oppressions et ainsi œuvrer à leur éradication.

Si nous aspirons à une évolution des pratiques périnatales vers plus d'humanité et de respect des femmes, le rapport du HCE (2018) recommande aussi de revoir la formation des professionnel-le-s, de centrer l'enseignement sur le savoir-être, les compétences empathiques, la reconnaissance de la dimension intime et sexuelle de l'accouchement, la considération des choix et des savoirs des femmes, le respect du consentement éclairé, ainsi que la sensibilisation des professionnel-le-s aux impacts négatifs potentiels de certaines pratiques pouvant être à l'origine de détresse, de souffrance, ou de violence. Enfin, une meilleure collaboration et un meilleur transfert de connaissances entre les différents professionnel-le-s de santé et des services sociaux (sage-femme, médecin, obstétricien-ne, infirmier-ère, travailleur-euse social-e) seraient des moyens prometteurs de transformer les mentalités et d'améliorer les soins aux femmes, également soutenus par le HCE (2018).

La démarche quantitative choisie pour ce projet de recherche s'est avérée pertinente pour offrir un aperçu de la situation de l'expérience des femmes lors de l'accouchement au Québec. Sa réussite s'explique en partie par le taux de participation exceptionnellement élevé auquel l'enquête a fait appel, ce qui ne fait que confirmer la nécessité pour les femmes de voir davantage de recherche explorer les enjeux de l'accouchement et rendre justice à leur expérience. Il serait avisé d'entreprendre des études qualitatives afin de creuser davantage les résultats découlant de cette étude, de même que celle-ci pourrait servir d'étude pilote pour justifier l'importance d'une enquête de santé publique plus vaste visant à documenter la situation au Québec et de quantifier à plus large échelle les expériences négatives et violentes de l'accouchement. Des initiatives ont déjà été prises dans plusieurs pays du monde, le Canada et le Québec doivent suivre la vague (HCE, 2018).

Cette recherche met également en lumière l'importance de développer des alternatives à l'accouchement médicalisé, y compris le déploiement de services de sages-femmes dans toutes les régions du Québec, pour répondre aux besoins et aux préférences des femmes et garantir des expériences positives d'accouchement. Bien que le ministère de la Santé et des Services sociaux ait pris des résolutions allant dans ce sens en 2008, il est maintenant crucial qu'il honore ses engagements.

Il a été démontré que l'expérience de l'accouchement est centrale dans la vie des femmes, provoquant une transformation profonde sur les plans physique, psychologique et social. Néanmoins, il est étonnant de constater que la recherche en travail social sur ce sujet reste limitée. Il ne fait aucun doute, au terme de cette étude, de l'importance fondamentale pour cette discipline de prendre en compte les questions liées à l'accouchement afin de soutenir l'agentivité, l'autonomie et les droits des femmes dans cette expérience complexe.

Au niveau microsocial, les travailleur-euse-s sociaux-ales pourraient jouer un rôle crucial dans l'amélioration des services de soutien psychosocial pour les femmes qui ont vécu des expériences difficiles lors de leur accouchement. Landry (2019) a souligné un manque de soutien psychosocial dans les services postnataux offerts dans les CLSC du Québec, avec une concentration sur les soins du nouveau-né (suivi de poids, allaitement, vaccination) plutôt que sur le soutien de la mère pour surmonter les effets de son expérience d'accouchement. Les travailleur-euse-s sociaux-ales peuvent donc contribuer à combler cette lacune en offrant un soutien psychosocial adapté aux besoins des femmes en matière de santé psychosociale et de bien-être. Les participantes à l'étude ont souligné leur besoin d'exprimer leurs expériences, de revenir sur les événements difficiles et d'être écoutés dans leurs émotions, soulignant ainsi l'importance d'un espace de parole et de la création de groupes de soutien comme moyens prometteurs pour répondre à ces besoins. Les travailleur-euse-s sociaux-ales seraient aussi des ressources utiles pour soutenir les femmes confrontées à la complexité des procédures visant à dénoncer les pratiques périnatales irrespectueuses.

Finalement, pour lutter efficacement contre les violences subies par les femmes enceintes, il est également impératif d'adopter une approche plus globale et collective. C'est en s'attaquant aux racines sociales, culturelles et politiques qui contribuent à la violence obstétricale et à l'oppression des femmes dans le système de soins de santé que nous pourrions travailler à l'élimination de ces injustices. À cet égard, je suis convaincue que le travail social peut jouer un rôle central en mobilisant une méthode d'organisation

communautaire et en menant des actions collectives à une échelle macrosociale. En fin de compte, la promotion de la justice reproductive est une question de justice sociale et d'égalité des genres, qui nécessite l'implication de tous les acteurs sociaux, y compris les travailleur·euse·s sociaux·ales, pour créer une société plus juste et égalitaire pour tous et toutes.

Les femmes seront-elles enfin entendues ?

## ANNEXE A

### QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DU VÉCU DE L'ACCOUCHEMENT

Version complète en français du Questionnaire d'Évaluation du Vécu de l'Accouchement, par voie-basse ou par césarienne (QEVA)<sup>33</sup>

#### D'une façon générale...

		Tout à fait	En partie	Pas tellement	Pas du tout
1.	Je me sentais inquiète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Je me sentais en sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	J'ai ressenti des sensations bizarres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Je me sentais confiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	L'équipe soignante comprenait et répondait à mes désirs de manière satisfaisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Je me suis sentie soutenue émotionnellement par les professionnels qui s'occupaient de moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Les professionnels me tenaient informée de ce qui se passait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Je sentais que je pouvais m'exprimer et donner mon avis à propos des décisions me concernant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Je suis satisfaite de la manière dont les événements se sont déroulés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>33</sup> Carquillat, P., Vendittelli, F., Perneger, T. et Guittier, M.-J. (2017). Development of a questionnaire for assessing the childbirth experience (QACE). BMC Pregnancy and Childbirth, 17(1), 279. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1462-x>

		<u>Pendant le travail</u> (des premières contractions jusqu'aux premières poussées)					<u>Pendant l'accouchement</u> (des premières poussées jusqu'à la naissance OU durant la césarienne)				
		*Pas concernée	Tout à fait	En partie	Pas tellement	Pas du tout	*Pas concernée	Tout à fait	En partie	Pas tellement	Pas du tout
10.	J'ai réussi à utiliser des méthodes de relaxation pour m'aider lors des contractions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	J'ai pu me mouvoir ou choisir librement ma position	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	On a pu soulager ma douleur au moment où je l'ai demandé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Tout s'est déroulé comme je l'avais imaginé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	J'avais l'impression de perdre tous mes moyens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Le soutien de mon partenaire m'a aidé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Mon partenaire n'était pas présent pendant le travail <input type="checkbox"/>					Mon partenaire n'était pas présent pour l'accouchement <input type="checkbox"/>				

\*Pas concernée= j'ai eu une césarienne avant d'avoir une phase de travail avec des contractions

16. Sur une échelle de 0 à 10, à quel point avez-vous éprouvé de la douleur ?  
(Entourez le chiffre correspondant sur les deux échelles ci-dessous)

a) Durant le travail :  Pas concernée

Pas de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur extrême

b) Durant l'accouchement (césarienne ou voie-basse)

Pas de douleur 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Douleur extrême

### Immédiatement après la naissance

		Tout à fait	En partie	Pas tellement	Pas du tout
17.	J'ai pu découvrir visuellement mon bébé de manière satisfaisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	J'ai eu mon bébé contre moi pour la première fois au moment où j'en ai eu envie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Les premiers instants avec mon bébé correspondaient à ce que j'avais imaginé avant d'accoucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### À ce jour

		Tout à fait	En partie	Pas tellement	Pas du tout
20.	J'ai compris tout ce qui s'est passé lors de mon accouchement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Je suis fière de moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	J'ai des regrets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	J'ai un sentiment d'échec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	L'idée d'accoucher une nouvelle fois m'effraie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**25. Selon vous, un accouchement idéal est un accouchement...**

**(Numérotez de 1 à 6 les propositions par ordre d'importance : 1= la plus importante des 6 réponses, 6= la moins importante des 6 réponses. Attention de ne pas mettre deux fois le même chiffre s'il-vous-plaît)**

	Numérotez de 1 à 6
Par voie-basse	N°
Se déclenchant naturellement	N°
Sans douleur	N°
Par césarienne	N°
Avec le professionnel de mon choix (sage-femme, médecin)	N°
A une date programmée	N°

**26. Si l'on met de côté les émotions relatives à l'arrivée de votre bébé, pour vous en tant que femme, votre vécu de l'accouchement a été...**

**(Entourez le chiffre correspondant sur l'échelle ci-dessous)**

Très mauvais    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    Très bon

**Commentaires libres**

**Ici vous pouvez librement partager les points non mentionnés dans le questionnaire ou ceux qui doivent être précisés. Vous pouvez écrire au dos ou sur une autre feuille si cet espace ne suffit pas**

---

---

## ANNEXE B

### QUESTIONNAIRE DIFFUSÉ EN LIGNE

03/11/2022 15:39

UQAM | Logiciel de sondage LimeSurvey - Étude sur l'expérience de l'accouchement au Québec

## Étude sur l'expérience de l'accouchement au Québec

**Bienvenue! Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à cette étude.**

Nous savons que l'accouchement est un événement très important dans la vie d'une femme. Or, aucune étude récente n'a évalué l'expérience des mères pendant l'accouchement au Québec. Il a pourtant été démontré que cette expérience, selon la façon dont elle est vécue, peut avoir des effets positifs immédiats et à long terme (meilleure perception de soi, confiance en soi, sentiment d'accomplissement, meilleure adaptation au rôle de mère) ou négatifs (perte d'estime de soi, tristesse, colère, dépression post-partum, syndrome de stress post-traumatique) sur la vie des femmes, leurs relations, leur bien-être et leur santé. Des études internationales démontrent d'ailleurs que le respect des besoins des femmes pendant l'accouchement est une question de plus en plus préoccupante en raison de l'augmentation, au cours des dernières années, du nombre d'organisations, de projets de recherche et de témoignages dans les médias sociaux relatant des expériences négatives d'accouchement ainsi que leurs conséquences pour les femmes et leurs familles. Nous savons très peu de choses sur le vécu de l'accouchement dans le système de santé québécois et c'est pourquoi nous avons besoin de vous aujourd'hui.

#### **Objectif de la recherche :**

1. Documenter le vécu de femmes à l'égard de l'expérience de l'accouchement au Québec
2. Comparer la façon dont les femmes vivent leur expérience de l'accouchement en fonction du type de professionnel de santé qui les a assistées et du lieu de l'accouchement.
3. Identifier, à partir des informations recueillies, des moyens d'améliorer l'expérience des femmes qui vivent un accouchement au Québec et ainsi mieux répondre à leurs besoins.

Il y a 25 questions dans ce questionnaire.

### Première section : Renseignements personnels

La section suivante comprend des questions qui peuvent vous sembler très personnelles. Sachez qu'aucun nom ni aucune information permettant de vous identifier, vous ou les membres de votre famille, ne sont recueillis dans le cadre de ce projet de recherche. Ces informations sont destinées à nous donner un portrait global des femmes qui participent à l'étude.

Quelle est votre année de naissance ? \*

❗ Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veuillez écrire votre réponse ici :

Inscrivez les 4 chiffres de votre année de naissance.

Combien de grossesses avez-vous vécues dans votre vie? \*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12

Quel est votre état civil?

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Célibataire
- Mariée
- En couple

Autre (veuillez préciser)

Quel est votre niveau de scolarité le plus élevé ?

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Niveau primaire
- Diplôme d'études secondaires (DES)
- Diplôme d'études professionnelles (DEP)
- Diplôme collégial (DEC)
- Baccalauréat (premier cycle universitaire)
- Maîtrise (2e cycle universitaire)
- Doctorat (3e cycle université)
- Autre (veuillez préciser)

Depuis combien de temps habitez-vous au Québec ?

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Je suis née au Québec
- Moins d'un an
- 1 à 3 ans
- Plus de 4 ans

À quel(s) groupe(s) ethnoculturel(s) vous identifiez-vous ?

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Québécois
- Canadien anglais
- Français
- Autochtone
- Irlandais
- Italien
- Anglais
- Noir
- Arabe
- Latino-Américain
- Chinois
- Asiatique
- Philippine
- Coréen
- Japonais

Autre (veuillez préciser):

## Deuxième section : Renseignements sur votre accouchement

Dans le cadre de ce questionnaire, je vais faire part de mon expérience vécue :

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Lors de mon premier accouchement
- Lors de mon deuxième accouchement
- Lors de mon troisième accouchement

Lors d'un autre accouchement (veuillez préciser lequel) :

Si vous avez vécu plusieurs accouchements au cours des cinq dernières années au Québec, veuillez choisir un seul d'entre eux pour répondre aux questions de ce questionnaire. Si vous souhaitez partager plusieurs expériences d'accouchement, vous pouvez remplir un questionnaire distinct pour chaque expérience différente.

En quelle année a eu lieu cet accouchement? \*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 2017
- 2018
- 2019
- 2020
- 2021
- 2022

Lors de cet accouchement, avez-vous vécu l'une des situations suivantes ?

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Naissance prématurée (accouchement à moins de 37 semaines de gestation)
- Décès néonatal (bébé mort-né)
- Jumeaux ou autres naissances multiples
- Je n'ai vécu aucune des situations ci-dessus

Avez-vous obtenu, pour votre accouchement, les soins du type de professionnels de la santé de votre choix (médecin de famille, sage-femme, obstétricien.ne-gynécologue) ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Par exemple, si vous souhaitez un suivi avec une sage-femme mais que ce service n'était pas disponible dans votre région ou s'il n'y avait plus de place dans la maison de naissance de votre territoire.

Si vous avez répondu « non », veuillez préciser pourquoi :

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question '10 [Choixprof]' (Avez-vous obtenu, pour votre accouchement, les soins du type de professionnels de la santé de votre choix (médecin de famille, sage-femme, obstétricien.ne-gynécologue) ? )

Veillez écrire votre réponse ici :

Pouvez-vous nous renseigner sur le lieu et le professionnel de la santé qui vous a assisté au cours de la naissance de votre enfant ?

\*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Quel était le professionnel de la santé en charge des soins ?					Dans quel lieu étiez-vous ?					
	Médecin de famille + infirmier	Gynécologue (médecin spécialiste) + sage-femme	Obstétricien.né	Je n'ai reçu aucune assistance médicale	Pas concernée	En centre hospitalier (hôpital)	En maison de naissance	À domicile avec une sage-femme	À domicile sans assistance médicale	Dans un lieu non prévu (ex. transport)	Pas concernée
Pendant la majorité de votre travail actif (des contractions régulières et fortes jusqu'aux premières poussées)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Au moment de la naissance de votre enfant (lorsque vous avez expulsé le bébé de votre corps ou lors de la césarienne)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si vous avez dû changer de lieu pendant votre accouchement, veuillez préciser :

Veuillez écrire votre réponse ici :

Aviez-vous suivi des cours de préparation à la naissance (cours prénataux) ?

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, avec un organisme communautaire
- Oui, avec le système de santé (CLSC ou services de sages-femmes)
- Oui, au privé
- Non

Sélectionnez les interventions qui ont eu lieu lors de votre accouchement (vous pouvez en sélectionner plusieurs) :

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Déclenchement médical de l'accouchement (gel de prostaglandine, ballonnet, pitocin, syntho)
- Rupture des membranes
- Forceps ou ventouses
- Épisiotomie (coupure du périnée pour faciliter la sortie du bébé)
- Césarienne
- J'ai accouché sans interventions médicales
- Péridurale
- Autre (veuillez préciser):

## Troisième section : État émotionnel et relation avec l'équipe médico-soignante durant l'accouchement

Sélectionnez votre degré d'accord avec l'affirmation. Un seul choix possible.

D'une façon générale, lors de mon accouchement ...

\*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Tout à fait	En partie	Pas tellement	Pas du tout	Pas concernée
Je me sentais inquiète	<input type="radio"/>				
Je me sentais en sécurité	<input type="radio"/>				
J'ai ressenti des sensations bizarres	<input type="radio"/>				
Je me sentais confiante	<input type="radio"/>				
L'équipe soignante comprenait et répondait à mes désirs de manière satisfaisante	<input type="radio"/>				
Je me suis sentie soutenue émotionnellement par les professionnels qui s'occupaient de moi	<input type="radio"/>				
Les professionnels me tenaient informée de ce qui se passait	<input type="radio"/>				
Je sentais que je pouvais m'exprimer et donner mon avis à propos des décisions me concernant	<input type="radio"/>				
Je suis satisfaite de la manière dont les événements se sont déroulés	<input type="radio"/>				
Je me suis sentie obligée d'accepter les options de soins que m'a suggéré ma/mon médecin ou ma sage-femme	<input type="radio"/>				
On m'a demandé mon consentement pour tous les soins/interventions que j'ai reçus	<input type="radio"/>				

Pendant le travail (des premières contractions jusqu'aux premières poussées) \*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	<b>Pas concernée</b>	<b>Tout à fait</b>	<b>En partie</b>	<b>Pas tellement</b>	<b>Pas du tout</b>
<b>J'ai réussi à utiliser des méthodes de relaxation pour m'aider lors des contractions</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>J'ai pu me mouvoir ou choisir librement ma position</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>On a pu soulager ma douleur au moment où je l'ai demandé</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Tout s'est déroulé comme je l'avais imaginé</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>J'avais l'impression de perdre tous mes moyens</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>On a respecté mon intimité</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>J'estime avoir été victime de gestes ou de commentaires inappropriés et/ou sexistes</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Le soutien de mon partenaire m'a aidé</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pas concernée = j'ai eu une césarienne avant d'avoir une phase de travail avec des contractions

Pendant l'accouchement (des premières poussées jusqu'à la naissance OU durant la césarienne) \*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	<b>Pas concernée</b>	<b>Tout à fait</b>	<b>En partie</b>	<b>Pas tellement</b>	<b>Pas du tout</b>
<b>J'ai réussi à utiliser des méthodes de relaxation pour m'aider lors des contractions</b>	<input type="radio"/>				
<b>J'ai pu me mouvoir ou choisir librement ma position</b>	<input type="radio"/>				
<b>On a pu soulager ma douleur au moment où je l'ai demandé</b>	<input type="radio"/>				
<b>Tout s'est déroulé comme je l'avais imaginé</b>	<input type="radio"/>				
<b>J'avais l'impression de perdre tous mes moyens</b>	<input type="radio"/>				
<b>On a respecté mon intimité</b>	<input type="radio"/>				
<b>J'estime avoir été victime de gestes ou de commentaires inappropriés et/ou sexistes</b>	<input type="radio"/>				
<b>Le soutien de mon/ma partenaire m'a aidé</b>	<input type="radio"/>				

## Quatrième section : vos premiers instants avec votre nouveau-né

Sélectionnez votre degré d'accord avec l'affirmation. Un seul choix possible.

Immédiatement après la naissance...

\*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Tout à fait	En partie	Pas tellement	Pas du tout
J'ai pu découvrir visuellement mon bébé de manière satisfaisante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai eu mon bébé contre moi pour la première fois au moment où j'en ai eu envie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les premiers instants avec mon bébé correspondaient à ce que j'avais imaginé avant d'accoucher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Cinquième section : le bilan à ce jour

À ce jour, quand je pense à mon expérience de l'accouchement.

Si l'on met de côté les émotions relatives à l'arrivée de votre bébé, pour vous en tant que femme, votre vécu de l'accouchement a été...

\*

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 0 (très mauvais)
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 (très bon)

Sélectionnez le chiffre correspondant sur l'échelle ci-dessus

## Sixième section : Soutien reçu ou souhaité

Dans le cas où vous avez eu une mauvaise expérience de votre accouchement, merci de préciser ce qui vous a aidé parmi les éléments suivants :

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- je n'ai pas vécu de mauvaise expérience
- Parler à des membres de ma famille ou des amis
- Parler à mon ou mes prestataires de soins
- Déposer une plainte officielle
- Me servir de ressources en santé mentale, telles qu'une ligne d'écoute téléphonique, une consultation avec un.e psychologue ou travailleur.euse social.e ou un groupe de soutien
- Je ne savais pas quoi faire
- Autre (veuillez préciser):

**Vous pouvez sélectionner plusieurs éléments qui vous ont été bénéfiques.**

Quelles sont les ressources ou les formes de soutien qui m'auraient été utiles ?

\*

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Services d'une travailleuse sociale/un travailleur social ou d'un.e psychologue offerts par l'hôpital
- Groupes de soutien ( en personne)
- Groupes de soutien (en ligne)
- Outils d'aide à la décision ou information claire pour m'aider à prendre des décisions par rapport à mes soins
- Infirmière-pivot ou infirmier-pivot/intervenant.e en faveur des patients sur le lieu d'accouchement
- Information sur mes droits
- Système de notation des prestataires de soins ou des hôpitaux
- Aide pour l'élaboration et le dépôt d'une plainte officielle
- Autre (veuillez préciser):

**Vous pouvez sélectionner plusieurs éléments.**

## Septième section : Commentaires

Vous pouvez ici vous exprimer librement sur votre expérience de l'accouchement, sur les sujets abordés dans le questionnaire ou sur ceux qui sont importants pour vous mais qui n'ont pas été mentionnés.

Cette section n'est pas obligatoire, mais tous les commentaires que vous partagez avec nous seront très précieux pour cette étude. Nous vous encourageons fortement à profiter de cet espace pour nous aider à mieux comprendre comment vous avez vécu cette expérience, ce que vous avez aimé, ce que vous auriez aimé qu'il se passe différemment, vos suggestions pour améliorer les services d'accouchement au Québec, etc.

Veuillez écrire votre réponse ici :

Avons-nous la permission de citer vos commentaires dans le rapport de recherche ? Soyez assurée qu'aucun renseignement permettant de vous identifier ne se retrouvera dans le rapport.

\*

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui  
 Non

Une fois complété, ce projet de mémoire sera publié et vous pourrez le consulter dans les archives de publications électroniques en libre accès de l'UQAM (Archipel) : <https://archipel.uqam.ca/> (<https://archipel.uqam.ca/>)

Si vous souhaitez recevoir un résumé des principaux résultats de cette recherche, vous pouvez saisir votre adresse électronique ci-dessous, il vous sera envoyé lorsque le moment sera venu :

Veuillez écrire votre réponse ici :

Soyez assurée que votre adresse électronique sera conservée dans un fichier protégé par un mot de passe sur un ordinateur personnel également protégé par un mot de passe, et ce, séparément des données de recherche.

**Merci beaucoup d'avoir bien voulu partager votre expérience de l'accouchement avec nous !**

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier.

#### **Ressources pour vous aider**

Si votre expérience de l'accouchement a été difficile, vous avez le sentiment d'avoir subi de mauvais traitements ou de ne pas avoir été respectée pendant votre accouchement et que vous souhaitez recevoir de l'aide, voici une liste de ressources à votre disposition.

- Naitre et Grandir - Quand l'accouchement ne se déroule pas comme prévu  
: <https://naitreetgrandir.com/fr/grossesse/accouchement/accouchement-pas-comme-prevu/>  
(<https://naitreetgrandir.com/fr/grossesse/accouchement/accouchement-pas-comme-prevu/>)
- Naitre et Grandir - La dépression post-partum : [https://naitreetgrandir.com/fr/etape/0\\_12\\_mois/viefamille/fiche.aspx?doc=ik-naitre-grandir-maman-depression-postpartum-babyblue](https://naitreetgrandir.com/fr/etape/0_12_mois/viefamille/fiche.aspx?doc=ik-naitre-grandir-maman-depression-postpartum-babyblue) ([https://naitreetgrandir.com/fr/etape/0\\_12\\_mois/viefamille/fiche.aspx?doc=ik-naitre-grandir-maman-depression-postpartum-babyblue](https://naitreetgrandir.com/fr/etape/0_12_mois/viefamille/fiche.aspx?doc=ik-naitre-grandir-maman-depression-postpartum-babyblue))
- Action on Mental Illness : 1-877-303-0264
- Mouvement Santé Mentale Québec : 514-849-3291
- Ordre des Psychologues du Québec – Trouver de l'aide : <https://www.ordrepsy.qc.ca/> (<https://www.ordrepsy.qc.ca/>)

Si votre participation à ce questionnaire a déclenché des souvenirs douloureux et que vous êtes actuellement en détresse, nous vous invitons à appeler Info-Social (811) pour obtenir une aide immédiate ou la Ligne Parents, un service d'intervention gratuit, confidentiel et disponible 24 heures sur 24 (1-800-361-5085).

Si vous avez peur de vous faire du mal ou de faire du mal à votre enfant, rendez-vous à l'urgence d'un hôpital ou communiquez immédiatement avec l'Association québécoise de prévention du suicide en composant le numéro sans frais (24 heures sur 24) suivant 1-866-APPELLE (277-3553).

25.04.2022 – 03:25

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

**ANNEXE C**  
**AFFICHE DE RECRUTEMENT**

APPEL DE PARTICIPATION À LA RECHERCHE

**AVEZ-VOUS  
ACCOUCHÉ AU QUÉBEC  
AU COURS DES 5  
DERNIÈRES ANNÉES?**

REMP LISSEZ  
LE SONDAGE  
ICI



**BUT DE LA RECHERCHE :**

Cette recherche vise à documenter le vécu de femmes à l'égard de l'expérience de l'accouchement au Québec, ainsi qu'à comparer la façon dont les femmes vivent leur expérience de l'accouchement en fonction du type de professionnel de santé qui les a assistées et du lieu de l'accouchement. Nous pensons fortement que les informations que vous pouvez partager avec nous pourront contribuer à améliorer l'expérience des femmes qui la vivront à leur tour, pour que ce moment précieux réponde mieux à leurs besoins.

**NOUS RECHERCHONS  
DES MÈRES POUR  
PARTICIPER À UNE  
ÉTUDE EN LIGNE SUR  
L'EXPÉRIENCE DE  
L'ACCOUCHEMENT AU  
QUÉBEC.**

**CRITÈRES :**

- Avoir plus de 18 ans
- Avoir donné naissance à un enfant au Québec au cours des cinq dernières années (2017 à 2022)

**NATURE DE LA PARTICIPATION :**

Il vous sera demandé de remplir un questionnaire en ligne comportant une trentaine de questions à choix multiples. Le temps estimé pour répondre au sondage est de 10 minutes. Votre participation à l'étude est anonyme.

Pour toute question, vous pouvez contacter Laurianne Fortin-Ménard par courriel :



## ANNEXE D

### DÉMARCHES DE RECRUTEMENT

Diffusion de l'affiche de recrutement sur la plateforme Facebook

- Page Facebook personnelle de l'étudiante-chercheuse où elle a généré 839 partages et 310 commentaires, principalement de répondantes ou de répondantes potentielles invitant des femmes de leur entourage à participer à l'enquête en ligne.
- Groupes Facebook :
  - Groupes destinés aux mères et aux futures mères du Québec
    - Maman avec Bébé - Regroupement d'activités Maman-Bébé du Québec
    - Maman du Québec 🌿🌿🌿
    - Les mamans sur la rive-sud de montréal
    - Les mamans de Villeray et Petite-Patrie
    - Maman Et Futur Maman Vaudreuil-soulange
    - Maman échange Gatineau 🤗😊
    - Trouve ta Doula / Accompagnante à la naissance - Québec
    - Naître sous les bons soins d'une sage-femme – Québec
    - Mamans suivi sage-femme Québec
  - Groupes reliés au travail social
    - Maîtrise en Travail Social de l'UQAM
    - Étudiant.e.s en travail social - UQAM
    - FEM7000- hiver 2021
  - Groupes reliés à la pratique sage-femme
    - Étudiant(e)s sages-femmes en devenir au Québec
    - Association des étudiantes sages-femmes du Québec (AÉSFQ) ouvert à tous
  - Organismes communautaires
    - Regroupement Naissances Respectées
    - Lactéa
    - Mouvement Maisons de Naissance Montérégie
    - Groupe MAMAN

## ANNEXE E

### CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE



No. de certificat : 2022-4626  
Date : 2022-04-05

### 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* (avril 2020) de l'UQAM.

Titre du projet : Étude sur l'expérience de l'accouchement au Québec : ce que nous confient les femmes

Nom de l'étudiant : Laurianne Fortin-Ménard

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

Direction(s) de recherche : Maria Nengeh Mensah; Sylvie Jochems

#### 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 au plus tard un mois avant la date d'échéance (**2023-04-05**) de votre certificat. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.

Sylvie Lévesque  
Professeure, Département de sexologie  
Présidente du CERPÉ FSH

## ANNEXE F

### ANALYSES DE KHI CARRÉ

Le tableau F.1 se veut un complément aux tableaux 4.7 et 4.11 démontrant à l'aide de tests de khi carré les différences statistiquement significatives obtenues pour chaque énoncé.

Tableau F. 1 Analyse des différences significatives dans les énoncés relatifs à l'expérience émotionnelle de l'accouchement

Test Khi carré de Pearson			
Énoncés en lien avec le vécu émotionnel de la femme lors de l'accouchement		Prestataires de soins	Lieu de l'accouchement
Je me sentais inquiète	Khi-carré	587,541	520,406
	df	6	6
	Sig.	<0,01*	<0,01*
Je me sentais en sécurité	Khi-carré	296,759	267,433
	df	6	6
	Sig.	<0,01*	<0,01*
Je me sentais confiante	Khi-carré	468,722	419,788
	df	6	6
	Sig.	<0,01*	<0,01*
L'équipe soignante comprenait et répondait à mes désirs de manière satisfaisante	Khi-carré	410,917	394,156
	df	6	6
	Sig.	<0,01*	<0,01*
Je me suis sentie soutenue émotionnellement par les professionnel-le-s qui s'occupaient de moi	Khi-carré	466,279	436,644
	df	6	6
	Sig.	<0,01*	<0,01*
Les professionnel-le-s me tenaient informée de ce qui se passait	Khi-carré	324,337	318,342
	df	6	6
	Sig.	<0,01*	<0,01*
Je sentais que je pouvais m'exprimer et donner mon avis à propos des décisions me concernant	Khi-carré	475,956	428,006
	df	6	6
	Sig.	<0,01*	<0,01*
Je suis satisfaite de la manière dont les évènements se sont déroulés	Khi-carré	542,163	483,057
	df	6	6
	Sig.	<0,01*	<0,01*
Je me suis sentie obligée d'accepter les options de soins que m'a suggéré ma mon médecin ou ma sage-femme	Khi-carré	427,707	384,116
	df	6	6
	Sig.	<0,01*	<0,01*
On m'a demandé mon consentement pour tous les soins/interventions que j'ai reçus	Khi-carré	258,892	233,364
	df	6	6
	Sig.	<0,01*	<0,01*

Notes. \* Les statistiques khi carré sont significatives au niveau 0,05.

Le tableau F.2 se veut un complément aux tableaux 4.8 et 4.12 démontrant, lui aussi, à l'aide de tests de khi carré les différences significatives obtenues pour chaque énoncé.

Tableau F. 2 Analyse des différences significatives dans les énoncés relatifs à l'expérience de l'accouchement et à la relation avec le personnel soignant

Test Khi carré de Pearson					
Énoncés en lien avec le vécu de l'accouchement et la relation avec le personnel soignant		Prestataires des soins lors du travail actif	Prestataires des soins durant l'accouchement	Lieu du travail actif	Lieu de l'accouchement
J'ai pu me mouvoir ou choisir librement ma position	Khi-carré	586,227	1173,702	545,853	1078,053
	df	6	6	6	6
	Sig.	<0,01*	<0,01*	<0,01*	<0,01*
Tout s'est déroulé comme je l'avais imaginé	Khi-carré	319,272	444,983	327,321	349,787
	df	6	6	6	6
	Sig.	<0,01*	<0,01*	<0,01*	<0,01*
J'avais l'impression de perdre tous mes moyens	Khi-carré	145,899	156,376	169,608	121,912
	df	6	6	6	6
	Sig.	<0,01*	<0,01*	<0,01*	<0,01*
On a respecté mon intimité	Khi-carré	193,547	307,149	192,777	289,225
	df	6	6	6	6
	Sig.	<0,01*	<0,01*	<0,01*	<0,01*
J'estime avoir été victime de gestes ou de commentaires inappropriés et/ou sexistes	Khi-carré	34,555	83,835	31,638	64,968
	df	6	6	6	6
	Sig.	<0,001*	<0,001*	<,001*	<,001*
Le soutien de mon/ma partenaire m'a aidé	Khi-carré	15,825	20,897	20,857	20,171
	df	6	6	6	6
	Sig.	0,015*	0,002*	,002*	,003*

Notes. \* Les statistiques khi carré sont significatives au niveau 0,05.

Le tableau F.3 est un complément aux tableaux 4.9 et 4.13 démontrant les différences significatives obtenues, à l'aide de tests de khi carré, pour chaque intervention obstétricale réalisée selon le contexte de l'accouchement.

Tableau F. 3 Analyse des différences significatives dans l'utilisation des interventions obstétricales

Test Khi carré de Pearson			
Interventions obstétricales		Prestataires de soins durant l'accouchement	Lieu de l'accouchement
Déclenchement médical de l'accouchement	Khi-carré	581,975	553,696
	df	2	2
	Sig.	<0,01*	<0,01*
Rupture des membranes	Khi-carré	136,698	134,758
	df	2	2
	Sig.	<0,01*	<0,01*
Forceps ou ventouses	Khi-carré	156,379	100,825
	df	2	2
	Sig.	<0,01*	<0,01*
Épisiotomie	Khi-carré	74,989	65,734
	df	2	2
	Sig.	<0,01*	<,001*
Césarienne	Khi-carré	498,954	206,302
	df	2	2
	Sig.	<0,01*	<0,01*
J'ai accouché sans interventions médicales	Khi-carré	1564,398	1457,067
	df	2	2
	Sig.	<0,01*	<0,01*
Péridurale	Khi-carré	1052,853	989,308
	df	2	2
	Sig.	<0,01*	<0,01*

Notes. \* Les statistiques khi carré sont significatives au niveau 0,05.

## ANNEXE G

### PAGE D'INFORMATIONS ET DE CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION À L'ÉTUDE

**Titre de la recherche :** Évaluation du vécu de l'accouchement au Québec : ce que nous confient les femmes

#### **Qui effectue cette étude ?**

Cette recherche est menée par Laurianne Fortin-Ménard, candidate à la maîtrise en travail social de l'Université du Québec à Montréal (UQAM). Cette étude est réalisée sous la direction de recherche de Sylvie Jochems et de la co-direction de Maria Nengeh Mensah, professeures à l'école de travail social de l'UQAM.

#### **Qui peut participer ?**

Pour participer à cette étude, vous devez, au moment de remplir le questionnaire, être une femme âgée de 18 ans ou plus ayant donné naissance à un enfant au Québec au cours des cinq dernières années (2017 à 2022). Vous devez avoir accouché depuis plus de 4 semaines. Du fait que ces expériences de naissance sont susceptibles d'avoir nécessité des soins et des services non standards, les femmes qui ont donné naissance à un bébé prématuré de moins de 37 semaines de gestation ; qui ont donné naissance à des jumeaux ou à d'autres naissances multiples ou qui ont donné naissance à un bébé mort-né ne peuvent pas être incluses dans cette recherche.

#### **En quoi consiste l'étude ?**

Cette étude est basée sur un questionnaire composé de 30 questions à choix multiples. Omis l'ajout de cinq questions plus spécifiques à ce projet de recherche, ce questionnaire consiste en une reproduction d'un questionnaire déjà utilisé en recherche et validé en français : le « Questionnaire d'Évaluation du Vécu de l'Accouchement » (QEVA), qui permet d'évaluer le vécu de l'accouchement par les femmes selon quatre dimensions : la relation avec l'équipe médico-soignante, l'état émotionnel, les premiers instants avec le nouveau-né et le bilan à ce jour. Pour la majorité des questions, vous avez à cocher votre degré d'accord ou de désaccord avec l'énoncé sur une échelle à quatre modalités de réponse (tout à fait ; en partie ; pas tellement ; pas du tout).

#### **Comment mes réponses au questionnaire seront-elles utilisées ?**

Vos données sont collectées via une plateforme de sondage en ligne, hébergée sur le serveur sécurisé de l'UQAM. Votre participation à l'étude est anonyme. Aucune information permettant de vous identifier personnellement ne sera recueillie.

Tous les fichiers associés à l'étude seront stockés sur un ordinateur protégé par un mot de passe. Seules l'étudiante chercheuse et les codirectrices auront accès aux informations fournies. L'ensemble des documents seront détruits cinq ans après la dernière communication scientifique.

### **Y a-t-il des risques associés à cette étude ?**

Il est possible que certaines des questions posées vous rappellent des événements difficiles qui vous sont arrivés ou qui sont arrivés à votre famille. Si les réponses aux questions font remonter des émotions ou des souvenirs pénibles, nous vous invitons à appeler le service Info-Social. (811) pour obtenir une aide immédiate ou la Ligne Parents, un service d'intervention gratuit, confidentiel et disponible 24 heures sur 24 (1-800-361-5085). Une liste de ressources supplémentaires sera également accessible à la fin du questionnaire.

### **Quels sont les avantages de participer à l'étude ?**

Il se peut que vous ne tiriez aucun avantage personnel de votre participation à cette étude. Cependant, en partageant votre expérience, nous souhaitons mieux comprendre ce qui est important pour vous et votre communauté concernant l'expérience de l'accouchement et les raisons de leur importance. Le développement de la recherche dans ce domaine permettra, nous l'espérons, d'améliorer les politiques et les services pendant l'accouchement. Donc, indirectement, en répondant à cette enquête, vous avez la possibilité d'aider d'autres femmes à vivre une meilleure expérience de ce moment important.

### **Consentement :**

Votre participation est entièrement libre et volontaire. Vous pouvez refuser d'y participer ou vous retirer en tout temps sans devoir justifier votre décision. En remplissant le questionnaire, vous consentez à participer à l'étude.

Si vous décidez de vous retirer de l'étude, vous n'avez qu'à quitter le questionnaire sans le soumettre ; aucune donnée vous concernant ne sera conservée. Si le questionnaire a déjà été soumis, vous pouvez aviser l'étudiante-chercheuse par courriel.

### **Des questions sur le projet ?**

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

Laurianne Fortin-Ménard, étudiante-chercheuse : [REDACTED]

Sylvie Jochems, Directrice du projet de recherche : [REDACTED]

Marie Nengeh Mensah, Co-directrice : [REDACTED]

Des questions sur vos droits? Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE) a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. 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 CERPE: [cerpe.fsh@uqam.ca](mailto:cerpe.fsh@uqam.ca)

Continuez à la page suivante pour commencer à répondre au questionnaire.

## ANNEXE H

### VÉCU DES PREMIERS INSTANTS DE LA FEMME AVEC SON NOUVEAU-NÉ

Hollins et Fleming (2011) ont remarqué que la qualité de la relation établie entre la mère et son bébé immédiatement après l'accouchement est liée à une expérience plus positive de l'accouchement dans son ensemble. Le contact peau à peau avec le nouveau-né favorise le développement d'une relation riche entre la mère et l'enfant, qui procure une intimité émotionnelle particulièrement appréciée des nouvelles mères. En tenant compte de ces observations, j'ai posé des questions aux participantes de l'enquête sur leur expérience des premiers moments avec leur bébé. Toutefois, en raison des contraintes rédactionnelles inhérentes à la production d'un document de recherche, les résultats n'ont pas pu être inclus dans le chapitre quatre. Vous trouverez ci-dessous les résultats obtenus.

Tableau H. 1 Vécu des premiers instants avec le nouveau-né

Énoncés en lien avec le vécu de leurs premiers instants avec le nouveau-né	Données	
	N de répondantes	%
<b>J'ai pu découvrir visuellement mon bébé de manière satisfaisante</b>		
Pas du tout	382	7,4 %
Pas tellement	381	7,3 %
En partie	727	14,0 %
Tout à fait	3707	71,3 %
<b>J'ai eu mon bébé contre moi pour la première fois au moment où j'en ai eu envie</b>		
Pas du tout	543	10,4 %
Pas tellement	291	5,6 %
En partie	477	9,2 %
Tout à fait	3886	74,8 %
<b>Les premiers instants avec mon bébé correspondaient à ce que j'avais imaginé avant d'accoucher</b>		
Pas du tout	886	17,0 %
Pas tellement	472	9,1 %
En partie	978	18,8 %
Tout à fait	2861	55,1 %

Notes. Les analyses statistiques ont été réalisées sur un sous-échantillon de personnes concernées, c'est-à-dire que le choix de réponse « pas concernée » n'a pas été pris en compte.

Tableau H. 2 Comparaisons des expériences des femmes concernant leurs premiers moments avec leur nouveau-né en fonction des prestataires de soins présents lors de l'accouchement

Énoncés en lien avec le vécu de leurs premiers instants avec le nouveau-né	Degré d'accord avec l'énoncé	Prestataires de soins de santé présents à l'accouchement					
		Médecin de famille + infirmier·ère·s		OBGYN + infirmier·ère·s		Sage-femme	
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>J'ai pu découvrir visuellement mon bébé de manière satisfaisante</b>	Pas du tout	39 <sub>a</sub>	3,8 %	338 <sub>b</sub>	10,1 %	2 <sub>c</sub>	0,3 %
	Pas tellement	60 <sub>a</sub>	5,8 %	316 <sub>b</sub>	9,4 %	4 <sub>c</sub>	0,5 %
	En partie	125 <sub>a</sub>	12,0 %	572 <sub>b</sub>	17,0 %	28 <sub>c</sub>	3,7 %
	Tout à fait	815 <sub>a</sub>	78,4 %	2133 <sub>b</sub>	63,5 %	722 <sub>c</sub>	95,5 %
<b>J'ai eu mon bébé contre moi pour la première fois au moment où j'en ai eu envie</b>	Pas du tout	63 <sub>a</sub>	6,1 %	471 <sub>b</sub>	14,0 %	5 <sub>c</sub>	0,7 %
	Pas tellement	33 <sub>a</sub>	3,2 %	253 <sub>b</sub>	7,5 %	5 <sub>c</sub>	0,7 %
	En partie	86 <sub>a</sub>	8,3 %	376 <sub>b</sub>	11,2 %	12 <sub>c</sub>	1,6 %
	Tout à fait	857 <sub>a</sub>	82,5 %	2259 <sub>b</sub>	67,3 %	734 <sub>c</sub>	97,1 %
<b>Les premiers instants avec mon bébé correspondaient à ce que j'avais imaginé avant d'accoucher</b>	Pas du tout	101 <sub>a</sub>	9,7 %	760 <sub>b</sub>	22,6 %	17 <sub>c</sub>	2,2 %
	Pas tellement	83 <sub>a</sub>	8,0 %	363 <sub>a</sub>	10,8 %	21 <sub>b</sub>	2,8 %
	En partie	194 <sub>a,b</sub>	18,7 %	671 <sub>a</sub>	20,0 %	106 <sub>b</sub>	14,0 %
	Tout à fait	661 <sub>a</sub>	63,6 %	1565 <sub>b</sub>	46,6 %	612 <sub>c</sub>	81,0 %

Notes. 1 Les analyses statistiques ont été réalisées sur un sous-échantillon de personnes concernées, c'est-à-dire que le choix de réponse « pas concernée » n'a pas été pris en compte.

Notes. 2 Les valeurs dans la même ligne et sous-table ne partageant pas le même indice diffèrent significativement à  $p < 0,05$  dans le test bilatéral d'égalité pour proportions de colonnes. Les cellules sans indice ne sont pas incluses dans le test.

Tableau H. 3 Comparaisons des expériences des femmes concernant leurs premiers moments avec leur nouveau-né en fonction du lieu de l'accouchement

Énoncés en lien avec le vécu de leurs premiers instants avec le nouveau-né	Degré d'accord avec l'énoncé	Lieu de l'accouchement					
		Hôpital		Maison de naissance		Domicile avec une sage-femme	
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>J'ai pu découvrir visuellement mon bébé de manière satisfaisante</b>	Pas du tout	380 <sub>a</sub>	8,6 %	2 <sub>b</sub>	0,4 %	0 <sup>1</sup>	0,0 %
	Pas tellement	377 <sub>a</sub>	8,5 %	3 <sub>b</sub>	0,5 %	1 <sub>b</sub>	0,6 %
	En partie	702 <sub>a</sub>	15,8 %	22 <sub>b</sub>	4,0 %	3 <sub>b</sub>	1,7 %
	Tout à fait	2979 <sub>a</sub>	67,1 %	526 <sub>b</sub>	95,1 %	170 <sub>b</sub>	97,7 %
<b>J'ai eu mon bébé contre moi pour la première fois au moment où j'en ai eu envie</b>	Pas du tout	538 <sub>a</sub>	12,1 %	4 <sub>b</sub>	0,7 %	1 <sub>b</sub>	0,6 %
	Pas tellement	287 <sub>a</sub>	6,5 %	4 <sub>b</sub>	0,7 %	0 <sup>1</sup>	0,0 %
	En partie	466 <sub>a</sub>	10,5 %	8 <sub>b</sub>	1,4 %	2 <sub>b</sub>	1,1 %
	Tout à fait	3147 <sub>a</sub>	70,9 %	537 <sub>b</sub>	97,1 %	171 <sub>b</sub>	98,3 %
<b>Les premiers instants avec mon bébé correspondaient à ce que j'avais imaginé avant d'accoucher</b>	Pas du tout	865 <sub>a</sub>	19,5 %	15 <sub>b</sub>	2,7 %	2 <sub>b</sub>	1,1 %
	Pas tellement	452 <sub>a</sub>	10,2 %	14 <sub>b</sub>	2,5 %	3 <sub>b</sub>	1,7 %
	En partie	872 <sub>a</sub>	19,6 %	80 <sub>b</sub>	14,5 %	20 <sub>b</sub>	11,5 %
	Tout à fait	2249 <sub>a</sub>	50,7 %	444 <sub>b</sub>	80,3 %	149 <sub>b</sub>	85,6 %

Notes. 1 Les analyses statistiques ont été réalisées sur un sous-échantillon de personnes concernées, c'est-à-dire que le choix de réponse « pas concernée » n'a pas été pris en compte.

Notes. 2 Les valeurs dans la même ligne et sous-table ne partageant pas le même indice diffèrent significativement à  $p < 0,05$  dans le test bilatéral d'égalité pour proportions de colonnes. Les cellules sans indice ne sont pas incluses dans le test.

Tableau H. 4 Analyses des différences significatives dans les énoncés relatifs à l'expérience de la femme dans les premiers moments avec le nouveau-né

<b>Test Khi-carré de Pearson</b>			
<b>Énoncés en lien avec le vécu de leurs premiers instants avec le nouveau-né</b>		<b>Prestataires de soins durant l'accouchement</b>	<b>Lieu de l'accouchement</b>
J'ai pu découvrir visuellement mon bébé de manière satisfaisante	Khi-carré	354,031	251,959
	df	6	6
	Sig.	<0,0001*	<0,0001*
J'ai eu mon bébé contre moi pour la première fois au moment où j'en ai eu envie	Khi-carré	342,246	231,773
	df	6	6
	Sig.	<0,0001*	<0,0001*
Les premiers instants avec mon bébé correspondaient à ce que j'avais imaginé avant d'accoucher	Khi-carré	398,096	271,438
	df	6	6
	Sig.	<0,0001*	<0,0001*

Notes. \* Les statistiques khi carré sont significatives au niveau 0,05.

**ANNEXE I**  
**RÉPARTITION DES EXPÉRIENCES D'ACCOUCHEMENT EN FONCTION DU LIEU ET DU PRESTATAIRE DE SOINS**

Figure I.1 Répartition des accouchements par prestataire de soins

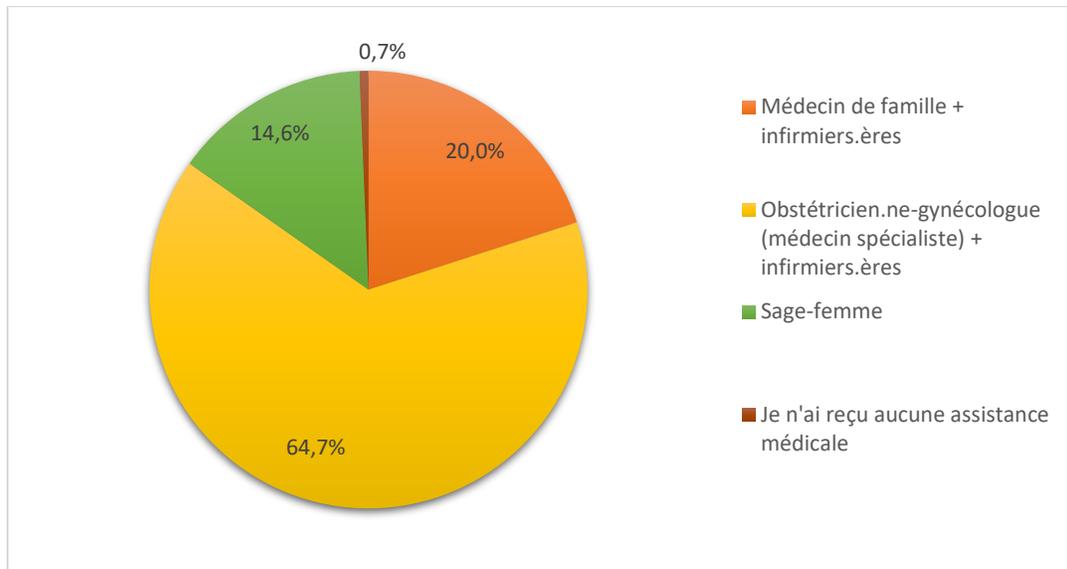
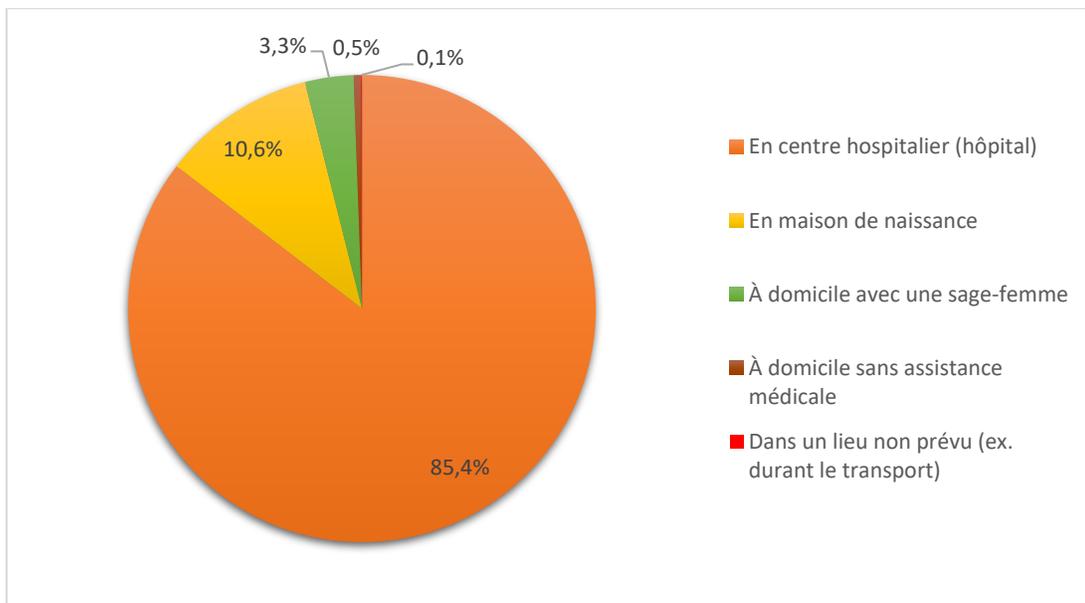


Figure I.2 Répartition des accouchements par lieu



## ANNEXE J

### COMPOSITION DES GROUPES

Des analyses de khi carré ont été effectuées afin de vérifier si la composition des différents groupes de femmes différait significativement selon le prestataire de soins ayant assisté leur accouchement puis selon le lieu de l'accouchement. Les tableaux de l'annexe J présentent les résultats obtenus.

Tableau J. 1 Analyse des différences significatives dans la composition des groupes en fonction du prestataire de soins présent lors de l'accouchement

Test Khi carré de Pearson		
Variable		Prestataires de soins présents lors de l'accouchement
<b>Gestité</b>	Khi-carré	181,178
	df	22
	Sig.	<0,0001*
<b>État civil</b>	Khi-carré	30,841
	df	4
	Sig.	<0,001*
<b>Niveau de scolarité le plus élevé</b>	Khi-carré	74,994
	df	12
	Sig.	<0,001*
<b>Rang de l'accouchement rapporté dans le sondage</b>	Khi-carré	313,505
	df	6
	Sig.	<0,0001*
<b>Année de l'accouchement</b>	Khi-carré	11,648
	df	10
	Sig.	0,309
<b>Groupe d'âge</b>	Khi-carré	61,206
	df	6
	Sig.	<0,001*

Notes. \* Les statistiques khi carré sont significatives au niveau 0,05.

Tableau J. 2 Composition des groupes selon le prestataire de soins impliqué lors de l'accouchement

Variable		Prestataires de soins impliqués lors de l'accouchement					
		Médecin de famille		OBGYN		Sage-femme	
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
<b>Gestité</b>	1	336 <sub>a</sub>	32,3 %	1285 <sub>b</sub>	38,3 %	138 <sub>c</sub>	18,3 %
	2	412 <sub>a</sub>	39,7 %	1232 <sub>a</sub>	36,7 %	278 <sub>a</sub>	36,8 %
	3	181 <sub>a</sub>	17,4 %	506 <sub>a</sub>	15,1 %	184 <sub>b</sub>	24,3 %
	4	74 <sub>a</sub>	7,1 %	208 <sub>a</sub>	6,2 %	92 <sub>b</sub>	12,2 %
	5	20 <sub>a</sub>	1,9 %	66 <sub>a</sub>	2,0 %	35 <sub>b</sub>	4,6 %
	6	13 <sub>a,b</sub>	1,3 %	32 <sub>a</sub>	1,0 %	15 <sub>b</sub>	2,0 %
	7	0 <sup>1</sup>	0,0 %	16 <sub>a</sub>	0,5 %	9 <sub>b</sub>	1,2 %
	8	3 <sub>a</sub>	0,3 %	7 <sub>a</sub>	0,2 %	3 <sub>a</sub>	0,4 %
	9	0 <sup>1</sup>	0,0 %	1 <sub>a</sub>	0,0 %	1 <sub>a</sub>	0,1 %
	10	0 <sup>1</sup>	0,0 %	4 <sub>a</sub>	0,1 %	1 <sub>a</sub>	0,1 %
	11	0 <sup>1</sup>	0,0 %	1 <sub>a</sub>	0,0 %	0 <sup>1</sup>	0,0 %
	12	0 <sup>1</sup>	0,0 %	1 <sub>a</sub>	0,0 %	0 <sup>1</sup>	0,0 %
<b>État civil</b>	Célibataire	30 <sub>a</sub>	2,9 %	167 <sub>b</sub>	5,0 %	36 <sub>a,b</sub>	4,8 %
	Mariée	224 <sub>a</sub>	21,6 %	707 <sub>a</sub>	21,1 %	218 <sub>b</sub>	28,9 %
	En couple	785 <sub>a</sub>	75,6 %	2483 <sub>a</sub>	74,0 %	501 <sub>b</sub>	66,4 %
<b>Niveau de scolarité complété</b>	Niveau primaire	8 <sub>a</sub>	0,8 %	8 <sub>b</sub>	0,2 %	0 <sup>1</sup>	0,0 %
	Diplôme d'études secondaires (DES)	21 <sub>a</sub>	2,0 %	155 <sub>b</sub>	4,6 %	26 <sub>a,b</sub>	3,4 %
	Diplôme d'études professionnelles (DEP)	73 <sub>a</sub>	7,0 %	331 <sub>b</sub>	9,9 %	34 <sub>a</sub>	4,5 %
	Diplôme collégial (DEC)	216 <sub>a</sub>	20,8 %	737 <sub>a</sub>	22,0 %	138 <sub>a</sub>	18,3 %
	Baccalauréat (premier cycle universitaire)	407 <sub>a</sub>	39,2 %	1255 <sub>a</sub>	37,4 %	300 <sub>a</sub>	39,7 %
	Maîtrise (2e cycle universitaire)	264 <sub>a</sub>	25,4 %	748 <sub>a</sub>	22,3 %	231 <sub>b</sub>	30,6 %
	Doctorat (3e cycle université)	50 <sub>a</sub>	4,8 %	123 <sub>a</sub>	3,7 %	27 <sub>a</sub>	3,6 %
<b>Rang de l'accouchement rapporté dans le sondage</b>	Premier	613 <sub>a</sub>	60,8 %	2249 <sub>b</sub>	68,7 %	241 <sub>c</sub>	34,8 %
	Deuxième	294 <sub>a</sub>	29,2 %	771 <sub>b</sub>	23,5 %	289 <sub>c</sub>	41,7 %
	Troisième	101 <sub>a</sub>	10,0 %	255 <sub>a</sub>	7,8 %	163 <sub>b</sub>	23,5 %
	Quatrième ou plus	0 <sup>1</sup>	0,0 %	1 <sub>a</sub>	0,0 %	0 <sup>1</sup>	0,0 %
<b>Année de l'accouchement</b>	2017	100 <sub>a</sub>	9,6 %	367 <sub>a</sub>	10,9 %	90 <sub>a</sub>	11,9 %
	2018	148 <sub>a</sub>	14,2 %	483 <sub>a</sub>	14,4 %	114 <sub>a</sub>	15,1 %
	2019	165 <sub>a</sub>	15,9 %	564 <sub>a</sub>	16,8 %	136 <sub>a</sub>	18,0 %
	2020	184 <sub>a</sub>	17,7 %	589 <sub>a</sub>	17,5 %	131 <sub>a</sub>	17,3 %
	2021	340 <sub>a</sub>	32,7 %	1101 <sub>a</sub>	32,8 %	219 <sub>a</sub>	29,0 %
	2022	102 <sub>a</sub>	9,8 %	255 <sub>a</sub>	7,6 %	66 <sub>a</sub>	8,7 %
<b>Groupe d'âge</b>	18—25 ans	42 <sub>a</sub>	4,2 %	123 <sub>a</sub>	3,7 %	9 <sub>b</sub>	1,2 %
	26—35 ans	726 <sub>a</sub>	71,1 %	2189 <sub>b</sub>	66,7 %	445 <sub>c</sub>	59,9 %
	36—45 ans	237 <sub>a</sub>	23,5 %	952 <sub>b</sub>	29,0 %	288 <sub>c</sub>	38,8 %
	46—55 ans	2 <sub>a</sub>	0,2 %	19 <sub>a</sub>	0,6 %	1 <sub>a</sub>	0,1 %

Notes. Les valeurs dans la même ligne et sous-table ne partageant pas le même indice diffèrent significativement à  $p < 0,05$  dans le test bilatéral d'égalité pour proportions de colonnes. Les cellules sans indice ne sont pas incluses dans le test.

Tableau J. 3 Résumé des différences significatives dans la composition des groupes en fonction du prestataire de soins présent lors de l'accouchement

Profil des participantes	Prestataires de soins		
	Médecin de famille + infirmier·ère·s	OBGYN + infirmier·ère·s	Sage-femme
<b>Gestité</b>		Plus de femmes n'ayant vécu qu'une grossesse dans leur vie	Plus de femmes ayant vécu trois grossesses et plus
<b>État civil</b>			Plus de femmes mariées, mais moins de femmes en couple
<b>Niveau de scolarité le plus élevé</b>		Plus de femmes détenant un DEP	Plus de femmes ayant complété une maîtrise de 2e cycle (30,6 %)
<b>Rang de l'accouchement rapporté dans le sondage</b>	Plus de données rapportées par rapport au premier accouchement de la femme		Plus de données concernant les troisièmes accouchements et subséquentes
<b>Année de l'accouchement</b>	Aucune différence significative		
<b>Moyenne d'âge</b>	32,72 ans	33,3 ans	34,3 ans. Les femmes sont significativement plus âgées dans ce groupe.

Tableau J. 4 Analyses des différences significatives dans la composition des groupes en fonction du lieu d'accouchement

Test Khi-carré de Pearson		
Variable		Lieu de l'accouchement
<b>Gestité</b>	Khi-carré	228,531
	df	22
	Sig.	<0,0001*
<b>État civil</b>	Khi-carré	21,791
	df	4
	Sig.	<0,001*
<b>Niveau de scolarité le plus élevé</b>	Khi-carré	46,735
	df	12
	Sig.	<0,001*
<b>Rang de l'accouchement rapporté dans le sondage</b>	Khi-carré	338,004
	df	6
	Sig.	<0,0001*
<b>Année de l'accouchement</b>	Khi-carré	20,032
	df	10
	Sig.	,029*
<b>Groupe d'âge</b>	Khi-carré	53,573
	df	6
	Sig.	<0,001*

Notes. \* Les statistiques khi carré sont significatives au niveau 0,05.

Tableau J. 5 Composition des groupes selon le lieu de l'accouchement

Variable		Lieu de l'accouchement					
		Hôpital		Maison de naissance		Domicile	
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Gestité	1	1634 <sub>a</sub>	36,8 %	116 <sub>b</sub>	21,0 %	14 <sub>c</sub>	8,0 %
	2	1658 <sub>a</sub>	37,4 %	220 <sub>a</sub>	39,8 %	47 <sub>b</sub>	27,0 %
	3	694 <sub>a</sub>	15,6 %	126 <sub>b</sub>	22,8 %	52 <sub>b</sub>	29,9 %
	4	286 <sub>a</sub>	6,4 %	51 <sub>b</sub>	9,2 %	38 <sub>c</sub>	21,8 %
	5	87 <sub>a</sub>	2,0 %	22 <sub>b</sub>	4,0 %	13 <sub>b</sub>	7,5 %
	6	46 <sub>a</sub>	1,0 %	10 <sub>a</sub>	1,8 %	5 <sub>a</sub>	2,9 %
	7	17 <sub>a</sub>	0,4 %	4 <sub>a,b</sub>	0,7 %	4 <sub>b</sub>	2,3 %
	8	9 <sub>a</sub>	0,2 %	3 <sub>a</sub>	0,5 %	0 <sup>1</sup>	0,0 %
	9	1 <sub>a</sub>	0,0 %	1 <sub>a</sub>	0,2 %	0 <sup>1</sup>	0,0 %
	10	4 <sub>a</sub>	0,1 %	0 <sup>1</sup>	0,0 %	1 <sub>a</sub>	0,6 %
	11	1 <sub>a</sub>	0,0 %	0 <sup>1</sup>	0,0 %	0 <sup>1</sup>	0,0 %
	12	1 <sub>a</sub>	0,0 %	0 <sup>1</sup>	0,0 %	0 <sup>1</sup>	0,0 %
État civil	Célibataire	199 <sub>a</sub>	4,5 %	28 <sub>a</sub>	5,1 %	7 <sub>a</sub>	4,0 %
	Mariée	941 <sub>a</sub>	21,2 %	154 <sub>b</sub>	27,9 %	54 <sub>b</sub>	31,0 %
	En couple	3296 <sub>a</sub>	74,3 %	370 <sub>b</sub>	67,0 %	113 <sub>b</sub>	64,9 %
Niveau de scolarité le plus élevé	Niveau primaire	16 <sub>a</sub>	0,4 %	0 <sup>1</sup>	0,0 %	0 <sup>1</sup>	0,0 %
	Diplôme d'études secondaires (DES)	177 <sub>a</sub>	4,0 %	17 <sub>a</sub>	3,1 %	8 <sub>a</sub>	4,6 %
	Diplôme d'études professionnelles (DEP)	406 <sub>a</sub>	9,2 %	28 <sub>b</sub>	5,1 %	3 <sub>b</sub>	1,7 %
	Diplôme collégial (DEC)	960 <sub>a</sub>	21,6 %	102 <sub>a</sub>	18,4 %	30 <sub>a</sub>	17,2 %
	Baccalauréat (premier cycle universitaire)	1680 <sub>a</sub>	37,9 %	216 <sub>a</sub>	39,1 %	73 <sub>a</sub>	42,0 %
	Maîtrise (2e cycle universitaire)	1023 <sub>a</sub>	23,1 %	174 <sub>b</sub>	31,5 %	50 <sub>a,b</sub>	28,7 %
	Doctorat (3e cycle université)	174 <sub>a</sub>	3,9 %	16 <sub>a</sub>	2,9 %	10 <sub>a</sub>	5,7 %
Rang de l'accouchement rapporté dans le sondage	Premier	2880 <sub>a</sub>	66,6 %	205 <sub>b</sub>	39,8 %	24 <sub>c</sub>	16,1 %
	Deuxième	1083 <sub>a</sub>	25,0 %	207 <sub>b</sub>	40,2 %	68 <sub>b</sub>	45,6 %
	Troisième	360 <sub>a</sub>	8,3 %	103 <sub>b</sub>	20,0 %	57 <sub>c</sub>	38,3 %
	Quatrième ou plus	1 <sub>a</sub>	0,0 %	0 <sup>1</sup>	0,0 %	0 <sup>1</sup>	0,0 %
Année de l'accouchement	2017	472 <sub>a</sub>	10,6 %	69 <sub>a</sub>	12,5 %	19 <sub>a</sub>	10,9 %
	2018	636 <sub>a</sub>	14,3 %	70 <sub>a</sub>	12,7 %	40 <sub>b</sub>	23,0 %
	2019	737 <sub>a</sub>	16,6 %	97 <sub>a</sub>	17,5 %	34 <sub>a</sub>	19,5 %
	2020	779 <sub>a</sub>	17,6 %	103 <sub>a</sub>	18,6 %	22 <sub>a</sub>	12,6 %
	2021	1454 <sub>a</sub>	32,8 %	163 <sub>a</sub>	29,5 %	45 <sub>a</sub>	25,9 %
	2022	360 <sub>a</sub>	8,1 %	51 <sub>a</sub>	9,2 %	14 <sub>a</sub>	8,0 %
Groupe d'âge	18—25 ans	167 <sub>a</sub>	3,9 %	5 <sub>b</sub>	0,9 %	2 <sub>a,b</sub>	1,2 %
	26—35 ans	2936 <sub>a</sub>	67,8 %	339 <sub>b</sub>	62,5 %	90 <sub>b</sub>	52,3 %
	36—45 ans	1206 <sub>a</sub>	27,9 %	197 <sub>b</sub>	36,3 %	80 <sub>b</sub>	46,5 %
	46—55 ans	21 <sub>a</sub>	0,5 %	1 <sub>a</sub>	0,2 %	0 <sup>1</sup>	0,0 %

Notes. Les valeurs dans la même ligne et sous-table ne partageant pas le même indice diffèrent significativement à  $p < 0,05$  dans le test bilatéral d'égalité pour proportions de colonnes. Les cellules sans indice ne sont pas incluses dans le test.

Tableau J. 6 Résumé des différences significatives dans la composition des groupes en fonction du lieu de l'accouchement

Profil des participantes	Lieu de l'accouchement		
	Hôpital	Maison de naissance	Domicile avec une sage-femme
Gestité	Plus de femmes n'ayant vécu qu'une grossesse dans leur vie		
État civil	Moins de femmes mariées, mais plus de femmes en couple.		
Niveau de scolarité le plus élevé	Plus de femmes ont un DEP	Une plus grande proportion détient une maîtrise de 2 <sup>e</sup> cycle (31,5 %) comparativement au groupe de femmes ayant accouché à l'hôpital (23,1 %).	
Rang de l'accouchement rapporté dans le sondage	Plus de données rapportées par rapport au premier accouchement de la femme		Plus de données concernant les troisièmes accouchements et subséquents
Année de l'accouchement			La proportion d'accouchements en 2018 est significativement plus élevée (23 %)
Moyenne d'âge	33,18 ans. La moyenne d'âge est significativement plus jeune dans ce groupe.	34,14 ans.	34,94 ans.

## ANNEXE K

### ANALYSES COMPARATIVES DE LA PERCEPTION GLOBALE DES FEMMES DE LEUR EXPÉRIENCE DE L'ACCOUCHEMENT

Tableau K. 1 Analyse de variance quant à la perception globale des femmes de leur expérience de l'accouchement selon le prestataire de soins impliqué

<b>ANOVA</b>					
Perceptions globales des femmes à l'égard de l'accouchement selon le prestataire de soins présent à l'accouchement					
	Somme des carrés	df	Carré moyen	F	Sig.
Entre groupes	3913,408	2	1956,704	315,851	< 0.01
Intra-groupes	31910,575	5151	6,195		
Total	35823,983	5153			

Tableau K. 2 Comparaisons de la perception globale des femmes à l'égard de leur expérience de l'accouchement selon le prestataire de soins impliqué

<b>Comparaisons multiples de Bonferroni</b>						
Prestataires de soins		Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig.	95 % Intervalle de confiance	
					Borne inférieure	Borne supérieure
Médecin de famille	OBGYN	,91959*	0,08836	< 0.01*	0,7080	1,1312
	Sage-femme	-1,53955*	0,11898	< 0.01*	-1,8245	-1,2546
OBGYN	Médecin de famille	-,91959*	0,08836	< 0.01*	-1,1312	-0,7080
	Sage-femme	-2,45914*	0,10019	< 0.01*	-2,6991	-2,2192
Sage-femme	Médecin de famille	1,53955*	0,11898	< 0.01*	1,2546	1,8245
	OBGYN	2,45914*	0,10019	< 0.01*	2,2192	2,6991

Tableau K. 3 Analyse de variance quant à la perception globale des femmes de leur expérience de l'accouchement selon le lieu de l'accouchement

<b>Analyse de variance (ANOVA)</b>					
Perceptions globales des femmes à l'égard de l'accouchement selon le lieu de l'accouchement					
	Somme des carrés	df	Carré moyen	F	Sig.
Entre groupes	3202,525	2	1601,263	251,791	<0,0001*
Intra-groupes	32827,673	5162	6,359		
Total	36030,198	5164			

Tableau K. 4 Comparaisons de la perception globale des femmes à l'égard de leur expérience de l'accouchement selon le lieu de l'accouchement

<b>Comparaisons multiples de Bonferroni</b>						
Lieu de l'accouchement		Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig.	95 % Intervalle de confiance	
					Borne inférieure	Borne supérieure
Hôpital	Maison de naissance	-2,20528*	0,11372	< 0.01*	-2,4776	-1,9329
	Domicile avec une sage-femme	-2,44074*	0,19489	< 0.01*	-2,9075	-1,9740
Maison de naissance	Hôpital	2,20528*	0,11372	< 0.01*	1,9329	2,4776
	Domicile avec une sage-femme	-0,23547	0,21920	< 0.01*	-0,7604	0,2895
Domicile avec une sage-femme	Hôpital	2,44074*	0,19489	< 0.01*	1,9740	2,9075
	Maison de naissance	0,23547	0,21920	< 0.01*	-0,2895	0,7604

## ANNEXE L

### LES DROITS DES FEMMES DURANT LA PÉRIODE PÉRINATALE

Bien que les « violences obstétricales » ne soient pas définies en tant que telles dans le cadre juridique au Québec, plusieurs droits reconnus aux femmes enceintes et aux femmes qui accouchent peuvent être mobilisés autour des enjeux de l'accouchement. À cet égard, l'Alliance du Ruban Blanc a publié en 2011 un outil de plaidoyer destiné à promouvoir le respect des droits reproductifs, intitulé « Le respect dans les soins de maternité : Les droits universels des femmes pendant la période périnatale », qui sont déclinés en sept axes :

Tableau L. 1 Les droits universels des femmes pendant la période périnatale

Article I	Toute femme a le droit de conserver son intégrité et de ne pas être soumise à de mauvais traitements	Par conséquent, la femme a droit de bénéficier de soins dispensés avec douceur et compassion, et nul n'est autorisé à lui faire du tort, physiquement ou autrement (Alliance du Ruban Blanc, 2019).
Article II	Toute femme a le droit d'être informée adéquatement, d'exprimer son consentement, ou son refus, libre et éclairé, et d'exiger le respect de ses choix et de ses préférences, y compris en ce qui concerne la présence auprès d'elle d'accompagnant(s) (famille, amis, doula) pendant qu'elle reçoit des soins de maternité.	
Article III	Toute femme a droit au respect de sa vie privée et à la confidentialité des informations la concernant	
Article IV	Toute femme a le droit d'être traitée avec dignité et respect	Personne n'est autorisé à l'humilier, à l'agresser verbalement, à lui parler ou à la toucher d'une manière dégradante ou irrespectueuse (Alliance du Ruban Blanc, 2019).
Article V	Toute femme a droit à l'égalité, à l'absence de discrimination, et à des soins équitables	Le principe d'égalité exige que les femmes enceintes bénéficient des mêmes protections en vertu de la loi que si elles n'étaient pas enceintes, y compris le droit de prendre les décisions qui concernent leur corps (Alliance du Ruban Blanc, 2019).
Article VI	Toute femme a le droit de bénéficier de soins de santé et de jouir du meilleur état de santé possible	Et a donc droit à des soins de la plus haute qualité, dispensés en temps opportun, dans un environnement propre et sûr, par des prestataires formés aux meilleures pratiques actuelles (Alliance du Ruban Blanc, 2019).
Article VII	Toute femme a droit à la liberté, à l'autonomie, à l'autodétermination et elle ne peut être forcée à quoi que ce soit	

Tous ces droits sont issus d'instruments internationaux ou multinationaux des droits de la personne, tels que la Déclaration universelle des droits de l'homme, la Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, la Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, le Rapport du Haut-Commissariat des Nations-Unies aux droits de l'homme sur la mortalité et la morbidité maternelles évitables et les droits de l'homme, et la Quatrième Conférence mondiale des Nations Unies sur les femmes à Pékin (Alliance du Ruban Blanc, 2011, 2019)<sup>34</sup>.

---

<sup>34</sup> Alliance du Ruban Blanc. (2011). Le respect dans les soins de maternité : les droits universels des femmes lors de la période prénatale. <https://www.whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2017/11/RespectfulCareCharterFrench.pdf>

Alliance du Ruban Blanc. (2019). Charte des soins de maternité respectueux : Droits universels des femmes et des nouveau-nés. [https://www.reseaux-sante-mayotte.fr/uploads/WRA\\_RMC\\_Charter\\_French.pdf](https://www.reseaux-sante-mayotte.fr/uploads/WRA_RMC_Charter_French.pdf)

## BIBLIOGRAPHIE

- ACTS. (2005). *Code de déontologie*. Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux. [https://www.casw-acts.ca/files/attachements/code\\_de\\_deontologie\\_de\\_lacts.pdf](https://www.casw-acts.ca/files/attachements/code_de_deontologie_de_lacts.pdf)
- Aktaş, S. et Aydın, R. (2019). The analysis of negative birth experiences of mothers: a qualitative study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37(2), 176-192. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1540863>
- Alliance du Ruban Blanc. (2011). *Le respect dans les soins de maternité : les droits universels des femmes lors de la période prénatale*. <https://www.whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2017/11/RespectfulCareCharterFrench.pdf>
- Alliance du Ruban Blanc. (2019). *Charte des soins de maternité respectueux : Droits universels des femmes et des nouveau-nés*. [https://www.reseaux-sante-mayotte.fr/uploads/WRA\\_RMC\\_Charter\\_French.pdf](https://www.reseaux-sante-mayotte.fr/uploads/WRA_RMC_Charter_French.pdf)
- Alzate, M. M. (2009). The Role of Sexual and Reproductive Rights in Social Work Practice. *Affilia*, 24(2), 108-119. <https://doi.org/10.1177/0886109909331695>
- Amroussia, N., Hernandez, A., Vives-Cases, C. et Goicolea, I. (2017). « is the doctor God to punish me?! » An intersectional examination of disrespectful and abusive care during childbirth against single mothers in Tunisia. *Reproductive Health*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0290-9>
- Amyotte, L. et Pépin, J.-N. (2017). Situer l'analyse des données dans une démarche scientifique. Dans *Méthodes quantitatives : applications à la recherche en sciences humaines* (4<sup>e</sup> éd., p. 1-30). Pearson.
- APA (dir.). (1994). *Diagnostic criteria from DSM-IV*. The Association.
- ASPC. (2009). *Ce que disent les mères: l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*. Agence de santé publique du Canada. <http://www.santepublique.gc.ca/eem>
- Aubin, É. (2018). *L'histoire de l'accouchement : Entre sécurité et dépossession féminine* [Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de maîtrise en sciences en gestion, HEC Montréal]. <https://biblos.hec.ca/biblio/memoires/m2018a603358.pdf>
- Audibert, N. (2016). *Violence obstétricale : émergence d'un problème public en France* [Mémoire de maîtrise, Paris School of International Affairs]. [https://www.academia.edu/29049665/Violence\\_obst%C3%A9tricale\\_%C3%A9mergence\\_dun\\_prob%C3%A8me\\_public\\_en\\_France](https://www.academia.edu/29049665/Violence_obst%C3%A9tricale_%C3%A9mergence_dun_prob%C3%A8me_public_en_France)
- Bel, B. (2004). Pour une naissance insoumise. Dans *Au cœur de la naissance: témoignages et réflexions sur l'accouchement* (Remue-ménage, p. 361-382).
- Blazquez, R. A., Ferrandiz, E. F., Caballero, V. G., Corchon, S. et Juarez-Vela, R. (2019). Women's satisfaction with maternity care during preterm birth. *Birth*, 46(4), 670-677. <https://doi.org/10.1111/birt.12453>

- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Saraiva Coneglian, F., Diniz, A. L. A., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R., Hindin, M. J. et Gülmezoglu, A. M. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLOS Medicine*, 12(6), e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- Brabant, I. (2013). *Une naissance heureuse: bien vivre sa grossesse et son accouchement*. Fides.
- Buonaugurio, S. (2008). *Pregnant in America* [Documentaire]. Bella Media Productions, Marquee Productions.
- Burton-Jeangros, C., Hammer, R. et Maffi, I. (2014). Pratiques professionnelles et contextes institutionnels autour de la naissance: Dans *Accompagner la naissance* (p. 5-30). BSN Press. <https://doi.org/10.3917/bsn.burt.2014.01.0005>
- Butler, J. P. et Cervulle, M. (2006). *Défaire le genre*. Éd. Amsterdam.
- Butler, J. et Scott, J. W. (dir.). (1992). *Feminists theorize the political*. Routledge.
- Cabal, L., Roa, M. et Sepulveda-Oliva, L. (2003). What Role Can International Litigation Play in the Promotion and Advancement of Reproductive Rights in Latin America? *Health and Human Rights*, 7(1), 50. <https://doi.org/10.2307/4065417>
- Cadorete, M. (2006). *Le consentement libre et éclairé de la parturiente en droit québécois : l'accouchement comme contexte d'évitement du respect de l'autonomie* [Thèse de doctorat en droit, Université Laval]. CorpusUL. <https://corpus.ulaval.ca/jspui/handle/20.500.11794/18289>
- Carquillat, P., Vendittelli, F., Perneger, T. et Guittier, M.-J. (2017). Development of a questionnaire for assessing the childbirth experience (QACE). *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 279. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1462-x>
- Cavalli, S. et Gouilhers-Hertig, S. (2014). Gynécologues-obstétriciens et sages-femmes dans le suivi de la grossesse : une complémentarité sous contrôle médical ? : Dans *Accompagner la naissance* (p. 85-106). BSN Press. <https://doi.org/10.3917/bsn.burt.2014.01.0085>
- Chabbert, M., Devouche, E., Rozenberg, P. et Wendland, J. (2021). Validation de l'échelle d'évaluation du vécu de l'accouchement (QEVA) auprès d'une population française. *L'Encéphale*, 47(4), 326-333. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.06.016>
- Charron, H. et Auclair, I. (2016). Démarches méthodologiques et perspectives féministes. *Recherches féministes*, 29(1), 1. <https://doi.org/10.7202/1036666ar>
- Cheyney, M. (2011). Reinscribing the Birthing Body: Homebirth as Ritual Performance. *Medical Anthropology Quarterly*, 25(4), 519-542. <https://doi.org/10.1111/j.1548-1387.2011.01183.x>
- Christoff, K. (2011). *Vancouver Birth Trauma | Connecting women who were traumatized during childbirth*. <http://www.vancouverbirthtrauma.ca/home.html>

- CIANE. (2012a, mars). *Le déclenchement et l'accélération du travail : premiers résultats de l'enquête lancée par le CIANE*. (1) [Enquête sur les accouchements]. <https://ciane.net/publications/enquete-accouchement/>
- CIANE. (2012b, août). *Respect des souhaits et vécu de l'accouchement* (3) [Enquête sur les accouchements]. <https://ciane.net/publications/enquete-accouchement/>
- CIANE. (2013, novembre). *Épisiotomie : État des lieux et vécu des femmes* (6) [Enquête sur les accouchements]. CIANE. <https://ciane.net/publications/enquete-accouchement/>
- CMQ et Barreau du Québec. (2018). *Le médecin et le consentement aux soins: document de référence* (Service des communications). Collège des médecins du Québec. <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2018-09-11-fr-medecin-consentement-aux-soins.pdf>
- Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques* (3d ed). Wiley.
- Code civil du Québec*. RLRQ, c. CCQ-1991. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/ccq-1991>
- Code criminel*. L.R.C. (1985), ch. C-46. <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-46/page-198.html#docCont>
- Code de déontologie des médecins*. RLRQ c M-9, r. 17. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/M-9,%20r.%2017%20/>
- Code de déontologie des sages-femmes*. RLRQ c S-0.1, r. 5. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/S-0.1,%20r.%205%20/>
- Cohen Shabot, S. (2016). Making Loud Bodies “Feminine”: A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence. *Human Studies*, 39(2), 231-247. <https://doi.org/10.1007/s10746-015-9369-x>
- CPPSF. (2019, 7 mai). *La Coalition pour la pratique sage-femme souligne des décennies de luttes*. CDÉACF. <http://cdeacf.ca/actualite/2019/05/07/coalition-pour-pratique-sage-femme-souligne-decennies-luttes>
- CQFD et AQOCI. (2021, février). *Justice reproductive et sexuelle* [Fiche technique sur la Justice reproductive et sexuelle du CQFD de l'AQOCI.]. <https://aqoci.qc.ca/justice-reproductive/>
- CSN. (2010, avril). *Études sur les attentes des femmes en âge de procréer à l'égard des services de périnatalité*. <https://docplayer.fr/52748057-Etude-sur-les-attentes-des-femmes-en-age-de-procreer-a-l-egard-des-services-de-perinatalite.html>
- CSN. (2016, avril). *Rapport synthèse : Accouchement avec sages-femmes ou accouchement par des médecins*. [https://www.csn.qc.ca/wp-content/uploads/2016/05/2016-05-04\\_sagefemmes\\_CSN.pdf](https://www.csn.qc.ca/wp-content/uploads/2016/05/2016-05-04_sagefemmes_CSN.pdf)
- CSN. (2021). *Journée internationale des sages-femmes*. <https://www.newswire.ca/fr/news-releases/journee-internationale-des-sages-femmes-824360439.html>
- Dannaway, J. et Dietz, H. P. (2014). Unassisted childbirth: why mothers are leaving the system. *Journal of Medical Ethics*, 40(12), 817-820. <https://doi.org/10.1136/medethics-2012-101150>

- Davis-Floyd, R. (2022). *Birth as an American rite of passage* (Third edition). Routledge.
- De Koninck, M. et Parizeau, M.-H. (1991). Réflexions sur les techno-sciences et l'instrumentalisation dans la procréation humaine. *Service social*, 40(1), 11-30. <https://doi.org/10.7202/706512ar>
- Déchalotte, M. (2017). *Le livre noir de la gynécologie*. First éditions.
- Delespine, M. (2019). *Emergence du problème des violences obstétricales : point de vue des patientes* [Mémoire, Université de Lille]. <https://afar.info/biblio/public/3091.pdf>
- Deneux-Tharoux, C., Carmona, É., Bouvier-Colle, M.-H. et Bréart, G. (2006). Accouchement par césarienne et mortalité maternelle du postpartum, France, 1996-2000. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, (50). <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/172530/2275999>
- Descarries, F. et Corbeil, C. (2002). La maternité au cœur des débats féministes. Dans *Espaces et temps de la maternité* (p. 25-50). Les Éditions Remue-Ménage.
- Descarries, F. et Corbeil, C. (2015). La maternité : un défi pour les féministes. *International Review of Community Development*, (18), 141-152. <https://doi.org/10.7202/1034274ar>
- Doré, N. et Le Hénaff, D. (2022). *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans : guide pratique pour les parents*. INSPQ. <https://www.inspq.qc.ca/mieux-vivre/version-pdf>
- Dorlin, E. (2008). *Sexe, genre et sexualités: introduction à la théorie féministe*. Presses universitaires de France.
- Drolet, M.-J., Lalancette, M. et Caty, M.-È. (2020). « Brisées par leur travail! OU Au bout du rouleau » : réflexion critique sur les modes managériaux en santé. *Canadian Journal of Bioethics*, 3(1), 103-107. <https://doi.org/10.7202/1070230ar>
- Dubet, F. (2007). V. L'expérience sociale (p. 89-110). La Découverte. <https://www.cairn.info/l-experience-sociologique--9782707153531-p-89.htm>
- Durano, M. (2018). *Mon corps ne vous appartient pas*. Éditions Albin Michel.
- Eaton, A. et Stephens, D. (2020). Reproductive Justice Special Issue Introduction "Reproductive Justice: Moving the Margins to the Center in Social Issues Research". *Journal of Social Issues*, 76. <https://doi.org/10.1111/josi.12384>
- Équipe Naître et grandir. (2020). *Sage-femme: suivi de grossesse et accouchement*. <https://naitreetgrandir.com/fr/grossesse/trimestre1/sage-femme-maison-naissance-domicile/>
- Farber, M. E. (2011). *The Technocratic Birthing Model as Seen in Reality Television and Its Impact on Young Women Age 18-24* [Social and Cultural Anthropology, University of Connecticut]. Honors Scholar Theses. [https://opencommons.uconn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1196&context=srhonors\\_theses](https://opencommons.uconn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1196&context=srhonors_theses)
- Ferreira, N. (2023). *Expériences d'accouchement en milieu hospitalier au québec : asymétrie des rapports de pouvoir, injustice épistémique et violences obstétricales* [Mémoire de maîtrise en travail social, Université du Québec à Montréal]. Archipel. <http://archipel.uqam.ca/id/eprint/16359>

- Fleming, S. E., Donovan-Batson, C., Burduli, E., Barbosa-Leiker, C., Hollins Martin, C. J. et Martin, C. R. (2016). Birth Satisfaction Scale/Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS/BSS-R): A large scale United States planned home birth and birth centre survey. *Midwifery*, 41, 9-15. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.07.008>
- FMSQ. (2023). *Les effectifs médicaux*. Fédération des médecins spécialistes du Québec. <https://fmsq.org/fr/notre-profession/les-effectifs-medicaux>
- Fontaine, L., Pino, N. et Jouny, C. (2011, janvier). *Maternité et inégalités : réalité indissociable mais occultée* [Mémoire présenté à la Commission des relations avec les citoyens]. Regroupement Naissance-Renaissance. [http://bv.cdeacf.ca/CF\\_PDF/148615.pdf](http://bv.cdeacf.ca/CF_PDF/148615.pdf)
- FQPN. (2014). *La justice reproductive, ou l'application du prisme de la justice sociale à la santé et aux droits sexuels, reproductifs et maternels*. [https://api.fqpn.qc.ca/wp-content/uploads/2021/01/PDF\\_FR\\_COULEUR-1.pdf](https://api.fqpn.qc.ca/wp-content/uploads/2021/01/PDF_FR_COULEUR-1.pdf)
- Freedman, L. P. et Kruk, M. E. (2014). Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas. *The Lancet*, 384(9948), e42-e44. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60859-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60859-X)
- Geerts, C. C., van Dillen, J., Klomp, T., Lagro-Janssen, A. L. M. et de Jonge, A. (2017). Satisfaction with caregivers during labour among low risk women in the Netherlands: the association with planned place of birth and transfer of care during labour. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1410-9>
- Gomez, A. M., Downey, M. M., Carpenter, E., Leedham, U., Begun, S., Craddock, J. et Ely, G. (2020). Advancing Reproductive Justice to Close the Health Gap: A Call to Action for Social Work. *Social Work*, 65(4), 358-367. <https://doi.org/10.1093/sw/swaa034>
- Gouilhers, S. (2017). *Gouverner par le risque: une ethnographie comparée des lieux d'accouchement en Suisse romande* [University of Geneva]. <https://doi.org/10.13097/archive-ouverte/unige:101730>
- Granger, L. (2022). *Androcentrisme et médecines : L'autonomisation des femmes dans un contexte de soins féministes en santé sexuelle et reproductive au Québec* [Thèse de doctorat en anthropologie, Université d'Ottawa]. [https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/44365/6/Granger\\_Laurence\\_2022\\_these.pdf](https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/44365/6/Granger_Laurence_2022_these.pdf)
- Greaves, L. et Wylie, A. (1995). Chapter eleven : Women and violence : Feminist practice and quantitative method. Dans S. D. Burt et L. Code (dir.), *Changing methods: feminists transforming practice* (p. 301-325). Broadview Press.
- Grenier, M. (2019). *Le consentement dans la formation médicale en gynécologie obstétrique et la reproduction sociale des violences obstétricales* [Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal]. Archipel. <https://archipel.uqam.ca/12949/>
- Guittier, M.-J. (2018). Évaluer le vécu de l'accouchement (p. 16-22). *Violences obstétricales : sur le chemin de la bienveillance*.

- Harding, S. G. (1991). *Whose science? Whose knowledge? thinking from women's lives*. Cornell University Press.
- HAS. (2013). *La césarienne : ce que tout femme enceinte devrait savoir* [Brochure d'information]. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-07/brochure\\_patient\\_cesarienne\\_mel\\_2013-07-02\\_11-25-35\\_632.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-07/brochure_patient_cesarienne_mel_2013-07-02_11-25-35_632.pdf)
- HCE. (2018, 26 juin). *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical* (2018-06-26-SAN-034) [Rapport]. Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/actualites/article/actes-sexistes-durant-le-suivi-gynecologique-et-obstetrical-reconnaitre-et>
- Healy, K. (2014a). 1. Understanding our context. Dans *Social work theories in context: creating frameworks for practice* (2nd edition, p. 3-11). Palgrave Macmillan.
- Healy, K. (2014b). *Social Work Theories in Context : Creating Frameworks for Practice*. Macmillan Education UK. [https://doi.org/10.1007/978-1-137-02425-1\\_4](https://doi.org/10.1007/978-1-137-02425-1_4)
- Hitzert, M., Hermus, M. A. A., Scheerhagen, M., Boesveld, I. C., Wiegers, T. A., van den Akker-van Marle, M. E., van Dommelen, P., van der Pal-de Bruin, K. M. et de Graaf, J. P. (2016). Experiences of women who planned birth in a birth centre compared to alternative planned places of birth. Results of the Dutch Birth Centre Study. *Midwifery*, 40, 70-78. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.06.004>
- Hollins, M. C. et Fleming, V. (2011). The birth satisfaction scale. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 24(2), 124-135. <https://doi.org/10.1108/09526861111105086>
- IASSW. (2018, 15 juillet). *Éthique en travail social* [Déclaration de principes]. Association internationale des écoles de travail social. <https://www.iassw-aiets.org/wp-content/downloads/global-social-work-statement-of-ethical-principles-2018/Global-Social-Work-Statement-of-Ethical-Principles-IASSW-27-April-2018-03-French.pdf>
- IFSW. (2012, 23 février). *Femmes*. Fédération internationale des travailleurs sociaux. <https://www.ifsw.org/women/>
- ISQ. (2016). *Le bilan démographique du Québec. Édition 2016*. Institut de la statistique du Québec.
- ISQ. (2021, mars). *Un aperçu de la situation démographique au Québec en 2020*. Institut de la statistique du Québec. [statistique.quebec.ca/fr/fichier/aperçu-situation-demographique-quebec-2020.pdf](https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/aperçu-situation-demographique-quebec-2020.pdf)
- ISQ. (2022a). *Naissances selon la durée de la grossesse et le poids à la naissance, Québec, 1980-2020*. <https://statistique.quebec.ca/fr/produit/tableau/naissances-selon-la-duree-de-la-grossesse-et-le-poids-a-la-naissance-quebec>
- ISQ. (2022b). *Naissances selon le type (simple ou multiple), Québec, 1988-2021*. <https://statistique.quebec.ca/fr/document/naissances-le-quebec/tableau/naissances-selon-le-type-simple-ou-multiple-quebec>

- ISQ. (2022c). *Naissances, taux de fécondité selon le groupe d'âge de la mère, indice synthétique de fécondité et âge moyen à la maternité, selon le rang de naissance, Québec, 1975-2021*.  
<https://statistique.quebec.ca/fr/document/naissances-le-quebec/tableau/naissances-taux-de-fecondite-selon-le-groupe-dage-de-la-mere-indice-synthetique-de-fecondite-et-age-moyen-a-la-maternite-selon-le-rang-de-naissance-quebec>
- ISQ. (2022d). *Répartition de la population de 25 à 64 ans selon le plus haut niveau de scolarité atteint, la région administrative, l'âge et le sexe, Québec*.  
<https://statistique.quebec.ca/fr/document/repartition-de-la-population-de-25-a-64-ans-selon-le-plus-haut-niveau-de-scolarite-atteint-la-region-administrative-lage-et-le-sexe-quebec/tableau/repartition-de-la-population-de-25-a-64-ans-selon-le-plus-haut-niveau-de-scolarite-atteint-la-region-administrative-lage-et-le-sexe-quebec>
- ISQ. (2023). *Naissances, décès et mariages par mois et par trimestre, Québec, 2010-2022*.  
<https://statistique.quebec.ca/fr/document/naissances-deces-et-mariages-par-mois-et-par-trimestre-quebec/tableau/naissances-deces-et-mariages-par-mois-et-par-trimestre-quebec>
- Jordan, B. (2014). *Technology and Social Interaction: Notes on the Achievement of Authoritative Knowledge in Complex Settings*, 6(1), 95-132.
- 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 en service social, Université de Montréal]. Papyrus.  
<https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/21340>
- Lachance, L., Cournoyer, L. et Richer, L. (2020). ENQUÊTES EN LIGNE: Exemple d'une étude longitudinale en ligne sur l'utilisation des technologies de l'information et de la communication auprès de travailleurs autonomes. Dans M. Corbière et N. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes, 2e édition* (2<sup>e</sup> éd., p. 753-774). Presses de l'Université du Québec.  
<http://www.jstor.org/stable/j.ctv1c29qz7.33>
- Lahaye, M.-H. (2018). *Accouchement: les femmes méritent mieux*. Michalon.
- Landry, M.-P. (2019). *Expériences de violence obstétricale en milieu hospitalier québécois : une analyse féministe intersectionnelle* [Mémoire de maîtrise, Université Laval]. CorpusUL.  
<https://corpus.ulaval.ca/entities/publication/00784f08-2048-4582-8297-cfcfdb09e156>
- Larkin, P., Begley, C. M. et Devane, D. (2009). Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 25(2), e49-e59. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.07.010>
- Lemay, C. (2017). *La mise au monde: physiologie : autres savoirs, autres regards*. Les Presses de l'Université de Montréal.  
<http://books.scholarsportal.info/en/read?id=/ebooks/ebooks4/upress4/2019-02-10/1/9782760637344>
- Lévesque, S., Bergeron, M., Fontaine, L. et Rousseau, C. (2018). La violence obstétricale dans les soins de santé : une analyse conceptuelle. *Recherches féministes*, 31(1), 219-238.  
<https://doi.org/10.7202/1050662ar>

- Lévesque, S., Bergeron, M., Fontaine, L., Rousseau, C. et Beauchemin-Roy, S. (2016). *Détresse, souffrance ou violence obstétricale lors de l'accouchement : perspectives des intervenantes communautaires membres du Regroupement Naissance-Renaissance*.  
<https://doi.org/10.13140/RG.2.2.33053.51682>
- Liddell, J. L. (2019). Reproductive Justice and the Social Work Profession: Common Grounds and Current Trends. *Affilia*, 34(1), 99-115. <https://doi.org/10.1177/0886109918803646>
- Lohr, S. L. (2022). *Sampling: design and analysis* (Third edition). CRC Press.
- Loi sur les sages-femmes*. RLRQ c S-0.1. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-0.1/>
- Loi sur les services de santé et les services sociaux*. RLRQ, c. S-4.2.  
<https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/s-4.2>
- Lorrain, R. (2017). La participation et l'action militante des comités de parents à travers l'évolution sociohistorique des maisons de naissance québécoises. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 23(1), 174-200. <https://doi.org/10.7202/1040753ar>
- MacDougall, C. (2020). Childbirth Distress: A Call for Professional Engagement. *Affilia : Journal of Women and Social Work*, 35(3), 376-396. <https://doi.org/10.1177/0886109919873909>
- Maimburg, R. D., Væth, M. et Dahlen, H. (2016). Women's experience of childbirth – A five year follow-up of the randomised controlled trial "Ready for Child Trial". *Women and Birth*, 29(5), 450-454. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.02.003>
- Marignier, N. (2015). L'agentivité en question : étude des pratiques discursives des femmes enceintes sur les forums de discussion: *Langage et société*, n° 152(2), 41-56.  
<https://doi.org/10.3917/lis.152.0041>
- Martin, K. A. (2003). Giving Birth Like A Girl. *Gender & Society*, 17(1), 54-72.  
<https://doi.org/10.1177/0891243202238978>
- McMahon, S. A., George, A. S., Chebet, J. J., Mosha, I. H., Mpembeni, R. N. M. et Winch, P. J. (2014). Experiences of and responses to disrespectful maternity care and abuse during childbirth; a qualitative study with women and men in Morogoro Region, Tanzania. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 14(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-268>
- McNay, L. (2004). Agency and experience: gender as a lived relation. *The Sociological Review*, 52, 173-190. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.2005.00530.x>
- MSSS. (1997). *Projets-pilotes sages-femmes* [Rapport final et recommandations]. Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux.  
<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs40403>
- MSSS, Anctil, H. et Laverdière, F. (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018: un projet porteur de vie*. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec.  
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000730/>

- Najafi, T. F., Roudsari, R. L. et Ebrahimipour, H. (2017). A historical review of the concept of labor support in technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. *Electronic Physician*, 9(10), 5446-5451. <https://doi.org/10.19082/5446>
- Négré, L. et Cascales, B. (2016). *L'accouchement est politique: fécondité, femmes en travail et institutions*. Éditions L'Instant présent.
- Négré, L. et Cascales, B. (2018). L'accouchement, une question clivante pour les mouvements féministes ? *Travail, genre et sociétés*, n° 39(1), 179. <https://doi.org/10.3917/tgs.039.0179>
- Ollivier, M. et Tremblay, M. (2000). Chapitre 1. Quelques principes de la recherche féministe. Dans *Questionnements féministes et méthodologies de la recherche* (L'Harmattan, p. 17-58).
- OMS. (2005). *Étude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes: premiers résultats concernant la prévalence, les effets sur la santé et les réactions des femmes* [Rapport succinct]. Organisation mondiale de la santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43366>
- OMS. (2014, septembre). *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]. World Health Organization. [https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal\\_perinatal/statement-childbirth/fr/](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/fr/)
- OMS. (2018). *Les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement* [Recommandations de l'OMS]. Organisation mondiale de la santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/339794>
- OMS. (2023). *Violence à l'encontre des femmes*. <https://www.who.int/fr/health-topics/violence-against-women>
- OMS et Human reproduction programme. (2015, avril). *Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne* (WHO/RHR/15.02). World Health Organization. [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/cs-statement/fr/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/fr/)
- OSFQ. (2023). *L'ordre : Présentation*. Ordre des sages-femmes du Québec. <https://www.osfq.org/fr/ordre>
- Parrat, C. (2019). *Mobilisations féministes autour des violences gynécologiques et obstétricales : enjeux pour la pratique en santé sexuelle* [DAS en Santé sexuelle, Haute école de travail social Genève]. [https://www.sante-sexuelle.ch/assets/docs/Parrat\\_Travail-diplome.pdf](https://www.sante-sexuelle.ch/assets/docs/Parrat_Travail-diplome.pdf)
- Pérez D'Gregorio, R. (2010). Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 111(3), 201-202. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.09.002>
- Picq, F. (1995). « LE PERSONNEL EST POLITIQUE » FÉMINISME ET FOR INTÉRIEUR. Dans *Le for intérieur* (p. 341-352). Centre Universitaire de Recherches sur l'Action Publique et le Politique Épistémologie & Sciences Sociales.

- Procter, S., Hollins Martin, C. J., Larkin, D. et Martin, C. R. (2017). *Woman's Experience of Childbirth: Qualitative Analysis from Data Derived from the 30-Item-Birth-Satisfaction-Scale*, 1(1). <https://hull-repository.worktribe.com/output/867503/womans-experience-of-childbirth-qualitative-analysis-from-data-derived-from-the-30-item-birth-satisfaction-scale>
- Quattrocchi, P. (2019). Obstetric Violence Observatory: Contributions of Argentina to the International Debate. *Medical Anthropology*, 38(8), 762-776. <https://doi.org/10.1080/01459740.2019.1609471>
- Rivard, A. (2014). *Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne*. Les Éditions du Remue-ménage.
- RNR. (2019, 17 mai). *Avis sur les mauvais traitements et les violences envers les femmes dans les services de soins de santé reproductive avec attention particulière sur l'accouchement*. Regroupement Naissance-Renaissance. <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/SR/ReproductiveHealthCare/Regroupement%20Naissance-Renaissance%20Canada.pdf>
- RNR, AQAN et Groupe MAMAN. (2020a, 25 septembre). *Accoucher en pandémie* [Rapport préliminaire]. <http://accoucherenpandemie.ca/regard-sur-la-premiere-vague-un-rapport-preliminaire-suite-a-votre-participation-a-tous-tes>
- RNR, AQAN et Groupe MAMAN. (2020b, 7 novembre). *Port du masque pendant l'accouchement : vague de dénonciations* [Communiqué]. <http://accoucherenpandemie.ca/communique-port-du-masque-pendant-laccouchement-vague-de-denonciations>
- Ross, L. J. (2017). Reproductive Justice as Intersectional Feminist Activism. *Souls*, 19(3), 286-314. <https://doi.org/10.1080/10999949.2017.1389634>
- Rossignol, M., Boughrassa, F., Moutquin, J.-M. et Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (Québec). (2012). *Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque: avis*. Institut national d'excellence en santé et services sociaux. <http://www.deslibris.ca/ID/234665>
- Rouillier, A.-M. (2015). *Corps, douleur et risque dans le processus menant à privilégier l'accouchement physiologique et le suivi sage-femme* [Mémoire de maîtrise en anthropologie, Université Laval]. CorpusUL. <https://corpus.ulaval.ca/server/api/core/bitstreams/8dcf145a-ce2e-489a-8bd0-36cdaa2c9a01/content>
- RSFQ. (2023). *Trouver une sage-femme*. Regroupement Les sages-femmes du Québec (RSFQ). <https://www.rsfq.qc.ca/trouver-une-sage-femme/>
- Savage, J. S. (2006). The Lived Experience of Knowing in Childbirth. *The Journal of Perinatal Education*, 15(3), 10-24. <https://doi.org/10.1624/105812406X118986>
- Simard, C. (2023). *Sages et rebelles*. Tapis Rouge. <https://ici.tou.tv/sages-et-rebelles>
- St-Amant, S. (2013). *Déconstruire l'accouchement : épistémologie de la naissance, entre expérience féminine, phénomène biologique et praxis technomédicale* [Thèse de doctorat en sémiologie, Université du Québec à Montréal]. Archipel. <http://archipel.uqam.ca/id/eprint/6134>

- Turcotte, E. (2016). Les méthodes mixtes dans la recherche féministe : enjeux, contraintes et potentialités politiques. *Recherches féministes*, 29(1), 111-128.  
<https://doi.org/10.7202/1036672ar>
- United Nations. (2022). *World population prospects 2022: summary of results*. United Nations.  
[https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022\\_summary\\_of\\_results.pdf](https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022_summary_of_results.pdf)
- Vacaflor, C. H. (2016). Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 65-73.  
<https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.05.001>
- Vadeboncoeur, H. (2004). *La naissance au Québec à l'aube du troisième millénaire : de quelle humanisation parle-t-on ?* [Thèse de doctorat en sciences humaines appliquées, Université de Montréal]. Papyrus. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/14380>
- Young, I. M. (1990). *Throwing like a girl and other essays in feminist philosophy and social theory*. Indiana University Press.