

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

RÉFLEXIONS SUR LES PRATIQUES PERINATALES OBSTÉTRICALE ET SAGE-
FEMME DANS LE CONTEXTE DE L'HUMANISATION DE LA MÉDICALISATION

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAITRISE EN SOCIOLOGIE

PAR
JULIE OUELLET

JUIN 2015

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

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

AVERTISSEMENT

Aux femmes lectrices

Ce mémoire n'a pas la prétention de juger le choix individuel que font les femmes d'accoucher avec le personnel hospitalier ou sage-femme. Il n'est pas question de considérer ce choix comme aliéné ou libéré. La réappropriation du travail des femmes qui accouchent en centre hospitalier n'est pas chose impossible, mais l'effort individuel à déployer pour obtenir des soins que l'on peut physiquement et mentalement s'appropriier (des soins appropriables) est certainement considérable. De même l'accouchement avec des sages-femmes n'est en aucun cas une garantie de liberté ou une promesse de libération.

Aux sages-femmes et étudiantes sages-femmes

Ce mémoire veut remettre en question les bases philosophiques implicites à la pratique des sages-femmes. Le discours sur l'accouchement comme symbole féminin et naturel y est interprété comme réducteur. L'observation des pratiques périnatales des sages-femmes m'a souvent semblé ne pas concorder avec leur discours naturalisant. Ces pratiques allaient plutôt vers une compréhension du travail d'accouchement comme «monde de possibles», ce qui permet à mon sens une plus grande ouverture. C'est ce décalage entre discours et pratique que j'ai voulu rendre visible pour enclencher une transformation du discours et la continuité des pratiques d'ouverture.

Le souhait exprimé par ce mémoire en est également un d'avertissement. Il s'agit de mettre en lumière le potentiel d'organisation du travail des femmes par le type d'organisation des pratiques périnatales effectuées par les sages-femmes.

Aux chercheur-e-s

Compte tenu des limites importantes de temps prescrit par mes deux formations conjointes (baccalauréat en pratique sage-femme et maîtrise en sociologie), ce mémoire s'est méthodologiquement transformé en cours de route. Je n'ai pas été en mesure de produire une enquête sociologique en bonne et due forme, ni de fournir des conclusions par rapport aux hypothèses de recherche. L'arrimage entre les terrains de recherche (le milieu obstétrical et sage-femme) et les postures théoriques n'est certes pas complet. L'ambition est davantage comparable à une exploration de terrain sous un nouveau jour et à la production de quelques variables intéressantes pour une enquête ultérieure.

AVANT-PROPOS

Ce mémoire explore de nouvelles avenues théoriques afin de comprendre autrement pourquoi les Québécoises se font encore accoucher, après plus de trente ans de mobilisation pour l'humanisation de la naissance et d'un consensus scientifique autour d'une approche normale, voire « naturelle », de la naissance. Aujourd'hui, l'accouchement est certes devenu un moment plus humain, mais il demeure toujours, et de plus en plus, aux mains des expert-e-s. En effet, il semble se dessiner une nouvelle tendance à l'« humanisation de la médicalisation ». Bien que cette tendance convienne ou accommode les femmes dans une certaine mesure, nous pensons qu'elle représente une condition essentielle à la poursuite de la médicalisation et freine l'autonomie réelle des femmes dans ce moment du processus reproductif.

Le discours sur l'humanisation de la naissance provient d'une influente littérature critique des années 70-80-90 (Fox, Worts, 1999). Alors que plusieurs éléments de ce discours ont été intégrés à la pratique obstétricale et sont utilisés pour améliorer l'image des établissements de soins et des autorités gouvernementales, force est de constater la nécessité d'un renouvellement de la critique des pratiques entourant l'accouchement. Au-delà d'une analyse qui tente de démystifier la représentation mécanisée et pathologique du corps féminin ainsi que de ces dispositifs technologiques réparateurs, nous proposons de comprendre ce qui arrive aux parturientes en centres hospitaliers comme une manifestation concrète de l'exploitation et de l'aliénation du *travail* d'accouchement des femmes. Plus précisément, pour que le travail médical puisse se faire, le travail d'accouchement des femmes doit, par diverses médiations, être dépouillé de son sens et de ses moyens, le rendant abstrait au point de pouvoir être approprié et devenir le travail des intervenant-e-s. Ce n'est donc plus la femme qui accouche, mais bien le personnel obstétrical qui accouche la femme en s'appropriant son travail.

Dans la même optique, nous pensons que la pratique sage-femme québécoise a la possibilité de reconnaître, au niveau social comme au niveau individuel, le travail d'accouchement des femmes et le travail reproductif en général. Pourtant, dans ce contexte de l'humanisation de la médicalisation, plusieurs observatrices s'inquiètent de l'avenir de cette profession dorénavant institutionnalisée et intégrée au système de santé. Nous proposons en ce sens de considérer la pratique sage-femme autant dans sa possibilité de fermeture que d'ouverture du travail des femmes. C'est cette ouverture d'un monde de possibles qui concrétise un travail libre de part et d'autre, de la femme et de la sage-femme.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ACRONYMES	VI
RÉSUMÉ	VII
INTRODUCTION	1
THÈME ET OBJET DE LA RECHERCHE.....	1
PRÉSENTATION DE L'ORGANISATION DU MÉMOIRE.....	4
CHAPITRE I MISE EN CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE	7
1.1 CONSTATS DE DÉPART : CONTEXTE HISTORIQUE ET CONTEXTE ACTUEL.....	7
1.2 ÉTAT GÉNÉRAL DE LA QUESTION	14
1.3 PROBLÉMATIQUE ET CONSTRUCTION DE L'OBJET DE RECHERCHE	18
1.4 POSITIONNEMENT ET DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE	24
CHAPITRE 2 CADRE THÉORIQUE	31
2.1 ÉTYMOLOGIE DU « TRAVAIL »	31
2.2 GUILLAUMIN : L'APPROPRIATION DU CORPS ET DE LA FORCE DE TRAVAIL DES FEMMES	33
2.3 TABET : LA REPRODUCTION COMME TRAVAIL EXPLOITÉ	39
<i>Pourquoi le travail reproductif des femmes est-il un travail?</i>	41
<i>Pourquoi le travail reproductif des femmes peut-il être exploité?</i>	43
2.4 ÉRIC PINEAULT : LES ÉTAPES HISTORIQUES DE L'EXPLOITATION CAPITALISTE	46
<i>Soumission formelle</i>	47
<i>Soumission réelle</i>	48
2.4 FRANCK FISCHBACH : ALIÉNATION ET PRIVATION DE MONDE	51
<i>L'aliénation, c'est la désobjectivation</i>	52
<i>Les transferts de passivité</i>	55
<i>La privation de monde : des sujets performants et jouissifs</i>	58
2.5 DES CONTRADICTIONS ET DES SIMILITUDES.....	60
CHAPITRE 3 LA PRATIQUE OBSTÉTRICALE COMME POTENTIEL D'EXPLOITATION ET D'ALIÉNATION DU TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT DES FEMMES	66
3.1 DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE SPÉCIFIQUE AU MILIEU OBSTÉTRICAL.....	66
3.2 QUESTION SPÉCIFIQUE DE RECHERCHE	68
3.3 PRÉSENTATION DU SCHEMA POUR FIN D'ENQUÊTE SUR LA PRATIQUE OBSTÉTRICALE.....	69
3.4 MISE EN FORME EXPLORATOIRE DES DONNÉES ET DISCUSSION	80
CHAPITRE 4 PRATIQUE SAGE-FEMME PERNATALE COMME POTENTIEL D'ÉMANCIPATION DU TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT DES FEMMES	92
4.1 QUESTION SPÉCIFIQUE DE RECHERCHE	92
4.2 FRANCK FISCHBACH : RENVÈREMENT DE LA COMPRÉHENSION DU TRAVAIL	93
<i>La passivité et l'activité</i>	93
<i>Le travail libéré et le rapport de convenance réciproque</i>	95
<i>L'habiter humain : l'activité productive qui temporalise l'espace</i>	96
<i>L'advenir du corps comme ouverture des possibles</i>	98
4.3 DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE SPÉCIFIQUE AU MILIEU SAGE-FEMME	99

4.4 PRÉSENTATION DU SCHÉMA POUR FIN D'ENQUÊTE SUR LA PRATIQUE SAGE-FEMME	102
4.5 L'ACCOUCHEMENT COMME ACTIVITÉ DE TRAVAIL POTENTIELLEMENT ÉMANCIPATEUR.....	106
<i>L'agir sage-femme : cet agir qui n'en est pas un</i>	<i>108</i>
<i>Le domicile pour accoucher : des ancrages mondanisants</i>	<i>111</i>
<i>Au-delà du paradigme de l'accouchement physiologique : l'advenir du corps.....</i>	<i>113</i>
CONCLUSION.....	116
APPENDICE A	119
APPENDICE B	156
APPENDICE C.....	158
BIBLIOGRAPHIE.....	161

LISTE DES ACRONYMES

AMOP	Association des médecins-omnipraticiens en périnatalité
AOGQ	Association des obstétriciens et des gynécologues du Québec
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
ASPQ	Association pour la santé publique
CPPSF	Coalition pour la pratique sage-femme
CRI-VIFF	Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes
CSN	Confédération des syndicats nationaux
FQPN	Fédération du Québec pour le planning des naissances
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
INESSS	Institut d'excellence en santé et en services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RNR	Regroupement Naissance-Renaissance
OMS	Organisation mondiale de la santé
SOGC	Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

RÉSUMÉ

Ce mémoire propose d'esquisser un modèle d'analyse qui pourrait être mis à l'épreuve pour une recherche empirique ultérieure. L'objectif est de documenter sous un nouvel angle le travail d'accouchement et les pratiques qui l'entourent dans les deux milieux où cet événement est performé au Québec, soit le milieu obstétrical et le milieu sage-femme. Les pratiques de ces milieux et les discours qui les rendent légitimes se voient aujourd'hui confondus sous la récente tendance à l'humanisation de la médicalisation qui entoure la naissance au Québec. Du côté obstétrical, cette tendance se manifeste par le dispositif technologique, bureaucratique et idéologique qui produit un ensemble de professions supposé se prévaloir de la sécurité du processus de l'accouchement mais aussi du bien-être des parturientes. La profession de sage-femme, aujourd'hui intégrée au système de santé, pourrait être considérée comme un autre visage de cette tendance entre la nécessaire collaboration avec ce système et ses pratiques dites «naturelles». Aujourd'hui, la mise en place des principes d'humanisation et de médicalisation ne semble plus être en opposition mais en complémentarité. La perspective physiologique de l'accouchement, largement utilisée pour critiquer la médecine obstétricale et revendiquer l'autonomie des femmes, ne semble plus être un outil valide pour appréhender les diverses facettes de cette nouvelle tendance.

Un bilan historique et actuel de la scène périnatale québécoise ainsi qu'une critique de la littérature issue du mouvement pour l'humanisation permettent d'appréhender l'organisation québécoise des soins relatifs à l'accouchement d'un autre point de vue. Celui-ci s'ancre dans une perspective de l'accouchement et de la grossesse comme une activité de travail à part entière. Les concepts d'aliénation et d'exploitation du travail, développés par des auteur-e-s marxistes et féministes matérialistes, servent d'une part, à déconstruire les discours à l'étude, et d'autre part, à fournir des outils permettant de renouveler l'analyse critique des pratiques propres aux milieux obstétrical et sage-femme.

Dans le premier cas, un stage à titre d'étudiante sage-femme en centre hospitalier a permis de réfléchir aux modalités selon lesquelles le travail d'accouchement est actuellement approprié et transformé pour produire le travail de l'équipe médicale. Un schéma d'analyse pour une éventuelle enquête est proposé. Dans le deuxième cas, cinq stages auprès de différentes sages-femmes permettent de considérer le *potentiel* subversif et émancipateur de la pratique sage-femme québécoise et plus

précisément de schématiser les conditions dans lesquelles ce potentiel est susceptible de se déployer. Dans le modèle proposé, un regard est porté autant sur le potentiel d'émancipation que sur celui d'appropriation du travail des femmes par les sages-femmes.

Mots-clés : accouchement – corps – obstétrique – sage-femme – pratique – travail – exploitation – aliénation – émancipation – humanisation – médicalisation – femmes

INTRODUCTION

Thème et objet de la recherche

L'attention remarquable accordée à la mise au monde d'un enfant depuis les quarante dernières années au Québec¹ exprime bien à quel point la grossesse et l'accouchement, comparés à tout autre moment de la vie reproductive des femmes, est l'enjeu d'un partage politique conflictuel entre les divers acteurs-actrices qui s'en réclament. Les frontières de cet enjeu, à savoir – à qui appartient la naissance et quelle est la parole et le geste légitimes à son égard? – renvoie à des interlocutrices qui n'ont pas tous le même poids ni dans le débat ni dans la capacité à rendre réel leur argumentaire. À juste titre, la médicalisation de la naissance apparaît aujourd'hui comme une norme incontournable aux yeux de la majorité, qui sans en être complètement dupe, la juge tout de même nécessaire. Pourtant, au cours de ces quarante dernières années, plusieurs voix féministes se sont élevées, tant pour appuyer cette prise en charge médicotكنولوجique libérant les femmes de leurs «contraintes naturelles» que pour dénoncer une dépossession de cette «expérience naturelle» de l'enfantement. Nous pensons pourtant que ces deux positions passent sous silence un autre point de vue féministe ayant peu exploré ces interrogations relatives à la grossesse et à l'accouchement. Il s'agit du point de vue du féminisme matérialiste.

En effet, prise dans l'étau d'une destinée contrainte à la procréation, une part de la réflexion féministe s'est d'abord saisie des enjeux relatifs à l'autonomie des femmes quant au contrôle des naissances. De cette manière, ces féministes souhaitaient faire

1

Pensons par exemple à la poursuite de sa médicalisation, aux groupes de femmes luttant pour son humanisation, au foisonnement des sites internet et blogs témoignant des expériences maternelles, à la légalisation de la pratique sage-femme, aux trois «Politique de périnatalité» des divers gouvernements faisant bilan du passé et espérant se diriger vers le mieux et aux écrits académiques engagés à la cause de la périnatalité.

face aux institutions patriarcales pour s'y opposer. Souvent, la maternité a été prise en bloc comme une institution-prison qu'il faudrait éviter puisqu'elle enferme les femmes dans une vie domestique monotone et les contraint à fournir gratuitement leur force de travail. La libération à l'égard de l'assignation au travail reproductif concrétiserait alors l'égalité universelle des sexes en leur permettant d'accéder au marché du travail et à l'autonomie financière. Il ne servait donc à rien, ou presque, pour ces féministes d'investir le terrain de la grossesse et l'accouchement sous cet angle d'analyse, puisque la domination des femmes, une fois l'étape du contrôle des naissances accomplie, s'exerçait de façon beaucoup plus importante dans toutes les autres sphères de la vie sociale et économique.

Ce projet vise d'abord à combler un certain vide théorique en ce qui a trait à la pensée féministe matérialiste. Car les femmes, bien qu'elles jouissent dorénavant du droit de planifier les enfants qu'elles veulent, continuent néanmoins de faire des bébés et les modalités de l'oppression qu'elles vivent dans ce moment précis de la séquence reproductive demeure toujours inexploitées de ce point de vue. Nous proposons en ce sens de poursuivre et de préciser la réflexion théorique des féministes matérialistes. Il s'agira dans un premier temps de démontrer pourquoi la grossesse et l'accouchement peuvent être considérés comme des activités de travail au plein sens du terme, puis comment le travail reproductif a été écarté de la définition courante du travail. Nous détaillerons sous quelles modalités les féministes matérialistes à l'étude ont entendu la notion de travail approprié, aliéné et exploité. Nous verrons également comment les récentes interprétations marxistes des concepts d'aliénation et d'exploitation des travailleurs-euses du système capitaliste peuvent compléter la signification accordée à ces notions en regard de notre objet.

Contre la médicalisation en cours, le terrain de réflexion à propos de l'accouchement et de ses enjeux a été largement (mais pas complètement) investi par les voix issues du féminisme essentialiste. Celles-ci, afin de revendiquer leur droit dans la maternité, se sont érigées devant le pouvoir des médecins en leur opposant un discours fondé sur

leur puissance innée dans leurs capacités reproductives – de tout temps les femmes sont faites pour porter des enfants, les faire naître et les nourrir –. Toute l'attention a été accordée à découvrir comment ne pas interférer dans ce processus issu de l'évolution naturelle, sous peine d'entraver les hormones du corps et de provoquer sa défaillance. En valorisant cette filiation originelle et naturelle entre une mère et son enfant à naître et en revendiquant le droit de se réapproprier ce processus, ces féministes redonnaient ainsi au sexe féminin une place digne de choix au sein de cette société où on ne semble favoriser que le pouvoir productif des hommes au détriment de la spécificité de celui des femmes. De façon assez surprenante, une part de ce discours a été réinterprétée dans les écrits officiels des institutions s'occupant de l'organisation des soins obstétricaux. L'accouchement physiologique et le droit de décider sont des éléments omniprésents dans les philosophies de soins et les missions des départements d'obstétrique. Humanisation et médicalisation ne sont donc plus des principes aussi étanches qu'ils ne l'ont été jadis. D'autant plus qu'une certaine proportion de femmes demande cette sécurité que «garantit» un certain niveau d'interventions. C'est pourquoi nous examinerons, dans un deuxième temps, comment la littérature critique de la médicalisation de la naissance des années 70 à 90 nous semble aujourd'hui insuffisante pour appréhender le phénomène de la médicalisation institutionnalisée et humanisée.

Faisant partie de la solution de la démedicalisation de l'accouchement, les sages-femmes ont également pris part au mouvement d'humanisation de la naissance. Tantôt elles ont été inspirées du discours essentialiste qui le soutenait, tantôt elles y contribuaient elles-mêmes par leurs écrits, par leurs paroles, par leurs gestes. Pourtant plusieurs observatrices s'inquiètent de la direction que la pratique sage-femme semble prendre depuis sa légalisation. Ces inquiétudes se dirigent surtout vers le potentiel de médicalisation et de standardisation normative de la pratique sage-femme, qui comme les médecins, viendrait finalement interférer avec le processus de la naissance naturelle. Ces menaces sont interprétées comme exclusivement extérieures et

s'attaquent à l'«essence» de la pratique, toujours bonne et transcendante. L'idée de la grossesse et de l'accouchement comme des processus qui devraient être avant tout biologiques/naturels/physiologiques pour bien se dérouler ne fait jamais l'objet d'une remise en doute ou d'un questionnement collectifs, bien que certaines auteures l'ait parfois abordée (MacDonald, 2006; Romito, 1992; Annandale, Clark, 1996). La possibilité que cette conception des choses puisse servir les intérêts propres à la logique de la naissance médicalisée en étant le socle sur lequel on pouvait dorénavant maintenir l'invisibilité du contrôle médical fut encore moins considérée. En se gardant de réfléchir la possible complémentarité de ces éléments du discours de l'humanisation et de la médicalisation en cours, la pratique sage-femme n'est ni à l'abri de ce qui vient d'elle-même, ni de ce qui vient de l'extérieur. Elle pourrait même très insidieusement concrétiser une nouvelle mouture de la naissance appropriée. C'est dans ce contexte de l'humanisation de la médicalisation que nous interrogerons, dans un troisième temps, les actuelles pratiques périnatales obstétricale et sage-femme au Québec en proposant d'appréhender l'accouchement en termes d'activité de travail et en nous appuyant sur la possibilité de son exploitation, de son aliénation, mais également de son éventuelle émancipation. Dans une perspective d'autonomie des femmes quant à leur travail reproductif, nous souhaitons fournir de nouveaux outils d'analyse autant pour opérer une critique des pratiques obstétricale et sage-femme actuelles que pour nourrir la réflexion du mouvement pour l'humanisation des naissances.

Présentation de l'organisation du mémoire

Le premier chapitre sera consacré à faire le bilan historique mais surtout actuel de l'organisation des soins obstétricaux et sage-femme face à la pression du mouvement pour l'humanisation des naissances. Puis nous mettrons en parallèle ce bilan avec une recension représentative de la littérature ayant nourri et appuyé ce mouvement. Cela nous permettra d'explorer plus en détails ce qui pose problème autant dans cette littérature critique que dans les paradoxes relatifs à la tendance à l'humanisation de la

médicalisation. Le questionnement général en appellera de la nécessité de trouver de nouveaux outils théoriques pour comprendre la signification de ce récent phénomène de la naissance à la fois humanisée et médicalisée.

Le second chapitre correspond au cadre théorique et sera à la base des nouveaux outils conceptuels proposés. Il explore, par l'intermédiaire de deux auteures issues du féminisme matérialiste, les raisons sociales à la source de l'invisibilisation du travail des femmes, travail domestique d'abord, puis en ce qui concerne le travail reproductif précisément. Avec Colette Guillaumin, nous verrons comment la force de travail des femmes peut être appropriée par l'intermédiaire de l'appropriation de leur corps. Avec Paola Tabet, nous préciserons comment cette appropriation du travail sur la base du sexe peut être jumelée à une exploitation qui s'apparente à celle expérimentée sur le mode capitaliste. Des récentes interprétations des écrits de Karl Marx, celle d'Éric Pineault et de Franck Fischbach, nous amènera à renouveler la littérature critique des années 70 à 90 mobilisant le concept d'aliénation, en y ajoutant celui d'exploitation, pour appréhender le phénomène de l'humanisation de la médicalisation.

Le troisième chapitre se veut une mise au diapason des principaux concepts mobilisés dans le cadre théorique à la pratique obstétricale en centre hospitalier. Nous expliquerons dans un premier temps notre démarche méthodologique pour ce qui est de ce milieu. Dans un second temps, nous décrirons le modèle théorique servant à comprendre le processus d'appropriation du travail des femmes par la pratique obstétricale. Puis nous classifierons diverses médiations pouvant exprimer les étapes de ce processus.

Le quatrième chapitre concerne le milieu de la pratique sage-femme. La démarche méthodologique spécifique à cet endroit est décrite. Puis un bref retour à la théorie marxienne de Fischbach s'avère nécessaire pour compléter nos outils conceptuels permettant d'examiner les pratiques périnatales des sages-femmes en termes de potentiel d'émancipation ou d'appropriation du travail d'accouchement. Un schéma permettant d'orienter une enquête explorant les médiations susceptibles de contribuer

au travail libre comme celles qui disposent au travail approprié sera expliqué. Afin d'exemplifier ce que peut être un travail libre pour les femmes et les sages-femmes, nous proposons une façon innovatrice de comprendre l'événement de l'accouchement en discutant précisément de trois médiations, pratique, organisationnelle et symbolique. L'objectif est ici de mettre en lumière le potentiel subversif qui peut être exprimé par la mise au monde d'un enfant comme exemple de travail libre.

CHAPITRE I MISE EN CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE

1.1 Constats de départ : contexte historique et contexte actuel

Depuis les années 70, on observe partout en Occident un vaste mouvement de contestation de l'ordre médical. On y dénonce le manque d'humanité des soins et l'emprise grandissante du champ médical dans la vie des gens. Cette contestation coïncide avec l'expérience négative que font beaucoup de femmes de l'organisation médicale des services disponibles en matière de maternité. Au Québec comme ailleurs en Occident, il faut remonter au début du XX^e siècle pour « qu'émerge et s'affirme un véritable projet "d'encadrement" de la maternité [...] qui s'enracine dans la lutte contre la mortalité infantile – et accessoirement maternelle – » (Baillargeon, 2009, p. 19). C'est toutefois dans le contexte d'après-guerre, marqué par un mouvement pour la modernisation médico-technologique des institutions, que le phénomène de la médicalisation de la maternité s'amplifie (Paumier, Richardson, 2003). En effet, c'est à partir des années 50 que plus de 50 % des accouchements se déroulent à l'hôpital et que cet événement devient une indication médicale pour l'hospitalisation des femmes (Laurendeau, 1983). En 1961, le Québec adopte le régime public d'assurance-maladie et les services médicaux s'offrent dorénavant gratuitement dans les centres hospitaliers. Pour Vadeboncoeur,

Ce changement législatif, ainsi que l'adhésion au régime d'assurance-maladie se déroulent dans un contexte où les femmes enceintes ayant de nombreux enfants pouvaient considérer l'hôpital comme un havre de paix ou une occasion de se libérer de leurs tâches ménagères, ou encore, selon Hunt & Symonds (1995), comme un lieu où elles pouvaient être libérées des douleurs de l'accouchement. Cela aura probablement une influence sur le choix de l'hôpital par les femmes comme lieu d'accouchement (2004, p.35).

Jusqu'aux années 70, les femmes qui accouchent à l'hôpital sont seules, souvent attachées et perfusées, couchées sur le dos, les pieds dans les étriers, on leur administre un lavement, on rase leur vulve, on pratique une anesthésie locale ou

générale², on agrandit systématiquement l'orifice vaginal avec une épisiotomie et on extrait souvent le fœtus avec les forceps (Laurendeau, 1983, Savard cité dans Saillant et coll. 1987).

De ce contexte est née une volonté de changement et, au fil des années 70, plusieurs associations féministes, d'auto-santé et écologistes s'organisent pour dénoncer l'emprise du pouvoir médical à tous les moments de la vie reproductive des femmes. Dans un Québec en pleine révolution tranquille, la lutte féministe prend une ampleur considérable et se déroule sur de nombreux fronts à la fois. Le plus souvent, celle-ci a la faveur du grand public. Bien que les féministes ne s'accordent pas toujours sur la marche à suivre et l'horizon des luttes à mener, on s'entend généralement sur les thèmes de la légalisation de l'avortement, de la diffusion de moyens de contraception, de l'humanisation des soins obstétricaux, de la démedicalisation de l'accouchement et de la reconnaissance de la profession de sage-femme, qui sont alors les principaux chevaux de bataille. Par ces objectifs, on vise autant un changement de mentalités que la création de lois permettant la libre disposition du corps et l'autonomie dans tout le processus de reproduction.

Une première lutte est gagnée en 1988 lorsque l'avortement est décriminalisé. Pour Lamoureux (1983), la revendication pour le droit à l'avortement libre et gratuit ne doit pas être interprétée de manière isolée, mais s'inscrit dans une perspective globale de la maternité : « Revendiquer la maternité librement consentie, c'est affirmer que les femmes ne sont pas des machines à fabriquer des enfants et qu'elles ont une sexualité qui doit être séparée de la procréation » (p.86). Les enjeux qui sous-tendent la revendication du droit à l'avortement sont donc larges et concernent autant l'organisation sociale du processus de reproduction que les impacts de celui-ci dans la vie des femmes. Quant à l'organisation des soins obstétricaux, le débat public

² 37 % à 89 % des femmes subissaient une anesthésie générale selon les régions du Québec. (Savard cité dans Saillant et coll., 1987)

culmine aussi en 1980 avec les colloques « *Accoucher ou se faire accoucher* » organisés par l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) où plus de 10 000 personnes participent dans toutes les régions du Québec. Même si les taux de mortalité périnatale et maternelle comptent parmi les plus bas au monde, les conclusions de cette rencontre sont claires : les femmes demandent la réappropriation de la naissance, l'humanisation des soins pendant la grossesse et l'accouchement ainsi que la diminution des interventions, notamment la césarienne et l'épisiotomie de routine (www.aspq.org). De plus, bien que l'on revendique des changements à l'intérieur de l'enceinte hospitalière, la sage-femme apparaît comme une alternative nécessaire à une profonde transformation des soins. La Coalition pour la pratique sage-femme (CPPSF) naît dans cette conjoncture pour mobiliser les forces communautaires auprès du gouvernement québécois. Son objectif est de légaliser la pratique sage-femme. Ainsi, après plusieurs années de pratique clandestine, de résistances marquées de la part de toutes les organisations médicales et l'instauration fructueuse de projets-pilotes avec maisons de naissance, cette légalisation aboutira finalement en 1999.

À la suite des colloques de 1980, il semble que l'appel ait été entendu de certains professionnel-le-s et plusieurs changements modifient l'organisation des services obstétricaux. Certaines pratiques de routine comme l'épisiotomie et l'accouchement en champ stérile sont progressivement abandonnées, le personnel tente d'offrir une certaine continuité des soins, des chambres de naissance sont créées dans les départements d'obstétrique, le père est libre d'assister à l'accouchement et certaines attitudes des intervenant-e-s sont critiquées (Valentini, 2004). Par ailleurs, ces colloques ont certainement donné le ton aux divers Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) puisque plusieurs politiques gouvernementales ont retenu des éléments du discours sur l'humanisation des soins et sur l'accouchement naturel

tout au long des années 1990 et 2000.³

Pourtant, malgré ces nombreux acquis, le bilan actuel semble contradictoire. Bien que les observatrices et militantes s'entendent généralement pour constater une certaine humanisation des soins en périnatalité (Vadeboncoeur, 2005, Rivard, 2010), celle-ci ne semble pas avoir produit l'effet escompté, à savoir la démedicalisation de l'accouchement. Au contraire. Aujourd'hui, la maternité médicalisée bat son plein. Par exemple, depuis 1980, le taux de césariennes au Québec n'a cessé de s'accroître. Alors que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande depuis 1985 un taux de césarienne se situant entre 5 % et 15%⁴, le Québec est passé de 12.9% en 1980, pour atteindre 18.5% en 2000, puis 23% en 2008-2009 (MSSS, 2002, Lacoursière, 2010). Même son de cloche pour la péridurale, dont les effets secondaires néfastes sur les accouchements normaux sont bien connus des intervenant-e-s (Klein et coll., 2009) : celle-ci a augmenté de 30% en 12 ans pour atteindre 69% en 2008-2009 (INESSS, 2012). Le déclenchement pharmacologique des accouchements et le monitoring électronique du cœur fœtal en continu pendant l'accouchement sont également des interventions qui, malgré la banalité de leur usage⁵, ne sont pas sans risque pour la femme et le fœtus. Pour la Dre Cherniak, le décor a changé davantage que les attitudes :

³ Pour de plus amples détails, Vadeboncoeur (2004) offre un portrait d'ensemble, des années 1970 à 2000, de l'histoire et des enjeux sociaux, économiques et politiques reliés à l'organisation des services de santé et de l'évolution des pratiques de soins obstétricaux particulièrement.

⁴ En dessous ou au-delà de ce taux, il y aurait préjudice pour la santé de la femme et du fœtus, c'est-à-dire qu'on observe une augmentation de la mortalité et de la morbidité maternelle et fœtale. Toutefois, avec les nouvelles recommandations de 2009, il n'a pas été fixé de taux optimaux quant au minimum ou au maximum de chirurgies requises (OMS, 1985, 2009). « Des taux élevés ou très bas de césariennes peuvent être dangereux, mais on ignore quel est le taux optimal. Dans l'attente d'autres recherches, les utilisateurs du présent manuel pourront continuer à utiliser la fourchette de 5-15% ou fixer leurs propres normes » (OMS, 2009, p. 30).

⁵ Le déclenchement pharmacologique des accouchements est passé de 13.5% en 1982 à 26.9% en 2009-2010. La surveillance fœtale électronique, recommandée seulement pour les grossesses à risque (représentant environ 15%), se situe à 65% au Québec en 2009-2010 (INESSS, 2012).

Encore plus que dans les années 1980, la médicalisation est omniprésente, et modifie en profondeur l'expérience de la grossesse et de l'accouchement de la majorité des femmes (et de leurs proches). On justifie cet interventionnisme par la recherche médicale, même si la validité des résultats et leur applicabilité à toutes les femmes en tout temps sont loin de faire l'unanimité [...] Souvent, on rejette sur les femmes elles-mêmes la responsabilité de l'interventionnisme médical : nous sommes trop vieilles, trop grosses, trop pauvres, trop malades et trop exigeantes pour bien accoucher (Cherniak, Brabant, 2005 cité dans Rivard, 2010, p. 279).

En ce qui concerne le professionnel de la santé assistant aux accouchements, on note qu'en 2008-2009, 64.6% des accouchements étaient effectués par les 400 gynécologues-obstétricien-ne-s du Québec, 33.1% par environ 472 omnipraticien-ne-s⁶ (ils-elles assurent toutefois 50.2% des suivis de grossesses) et 1.9% des accouchements étaient assistés par environ 100 sages-femmes. Alors que les gynécologues-obstétriciens sont formés en obstétrique pour être des spécialistes de deuxième ligne et s'occuper principalement des grossesses à risque et des transferts lors de complications, la majorité des accouchements qu'ils pratiquent sont normaux. Pourtant, le Dr Sabbah, président de l'Association des obstétriciens et des gynécologues du Québec (AOGQ), annonçait en 2011 une pénurie des effectifs dans cette spécialité due aux départs à la retraite et aux 1000 grossesses additionnelles prévues avec la gratuité du traitement pour la fécondation in vitro (Le devoir, 14 janvier 2011). On va même jusqu'à dire que ceux-ci « sont si débordés par les accouchements qu'ils délaissent la pratique de la gynécologie. Conséquence : les femmes atteintes de cancers gynécologiques doivent patienter plusieurs mois avant de voir un spécialiste » (La presse, 14 janvier 2011). Toutefois, nulle mention au fait que ce sont d'abord les sages-femmes, les omnipraticien-ne-s et les infirmières qui devraient faire partie de la solution au manque de personnel en obstétrique, et non pas

⁶ On constate actuellement une baisse du nombre d'omnipraticiens choisissant la pratique obstétricale. Plusieurs raisons expliquent ce phénomène, notamment les effets négatifs sur la vie personnelle avec les horaires atypiques et le sentiment d'une perte d'expertise par rapport aux médecins spécialistes. De plus, cette baisse des effectifs n'est pas seulement attribuable aux médecins qui prennent leur retraite. Les jeunes médecins n'incluent pas l'obstétrique dans leur pratique et préfèrent souvent les services de deuxième ligne. (MacDonald, 2007, Table sectorielle Mère-enfant, 2011) En 2008-2009, environ 472 des 8000 omnipraticiens offraient leurs services pour les accouchements, soit environ 6%. (Table sectorielle Mère-enfant, 2011).

nécessairement des médecins spécialistes. C'est d'ailleurs la stratégie que prône la Politique de périnatalité 2008-2018 :

Parallèlement à l'amélioration de l'offre de service en première ligne par des omnipraticiens et des sages-femmes, des mesures devront être mises en place afin que les femmes enceintes soient dirigées vers ces services, tant pour le suivi de leur grossesse et l'accouchement que pour le suivi de leur nourrisson. Puisque la majorité de ces suivis sont actuellement assurés par des médecins spécialistes, des efforts auprès de l'ensemble des intervenantes et des intervenants en périnatalité devront être consentis afin d'inverser la tendance et passer graduellement d'une utilisation majoritaire des services spécialisés à celle des services de première ligne (p.19).

Paradoxalement, selon le mémoire présenté en 2011 par le Regroupement Naissance-Renaissance (RNR), les dépenses effectuées par le MSSS semblent se diriger davantage vers les « services ultraspecialisés » que vers les priorités énoncées dans la politique. Par exemple, tel que le stipule la Politique de périnatalité 2008-2018 pour ce qui concerne le développement des maisons de naissances, l'objectif d'en créer treize d'ici 2018 sur l'ensemble du territoire québécois est loin d'être atteint. (MSSS, politique de périnatalité 2008-2018, p.29). Depuis 2008, seulement deux maisons de naissance ont vu le jour et trois services de sages-femmes sont toujours en attente d'en obtenir une. De plus, selon la Dre Gagnon, présidente de l'Association des médecins-omnipraticiens en périnatalité (AMOP), le plan d'action pour « augmenter la proportion des suivis de grossesse et des accouchements assistés par des omnipraticiens » (MSSS, Stratégies de mise en œuvre de la politique de périnatalité 2009-2012; p.11) s'est vu peu soutenu (Gagnon, échange de courriel, 3 février 2013).

Quant à la pratique des sages-femmes, celle-ci s'avère, en 2013, une alternative que toutes les femmes ne peuvent s'offrir en raison de la lenteur de son expansion. En 2009, les sage-femmes ne pouvaient contribuer qu'à 1.9% des accouchements à l'échelle de la province (Table sectorielle mère-enfant, 2011), bien que 26% des femmes souhaiteraient pouvoir accoucher en maison de naissance ou à domicile (Sondage CROP, 2010, CSN). En plus de rester l'option d'une faible minorité, le

Groupe MAMAN (mouvement pour l'autonomie dans la maternité et l'accouchement naturel) et d'autres auteures questionnent l'avenir de cette profession qui doit maintenant satisfaire aux exigences institutionnelles et composer avec l'hégémonie du savoir biomédical (Lemay, 2007, Fannin, 2006, Thibodeau, 2006, groupe MAMAN, 2007).

Ainsi, après trente ans de lutte sociale et de pression auprès des gouvernements, il semble que la médicalisation de la naissance ait changé de visage, plutôt que diminué. C'est en ce sens que « nombre de militantes parlent du processus en cours comme d'une « humanisation de la médicalisation » plutôt que d'une véritable « humanisation de la naissance » (Rivard, 2010, p. 278). Cela signifie qu'il y aurait effectivement eu une humanisation *bien précise* des soins périnataux, mais qu'en revanche, la démedicalisation souhaitée par les groupes d'usagères n'aurait pas eu lieu. C'est également le constat de la chercheuse en périnatalité Hélène Vadeboncoeur qui, à la suite d'une étude ethnologique dans un hôpital dit « progressiste » du Québec, constate une « humanisation limitée » :

[...] en réponse à certaines demandes des femmes, des aspects de l'accouchement ont été humanisés; l'accent a été mis sur le caractère familial de l'événement. Les femmes en travail ne sont plus déplacées. Elles peuvent se promener, se restaurer et s'immerger dans l'eau chaude. Elles bénéficient de la présence d'un ou de plusieurs proches et aussi d'une accompagnante, si elles le désirent. [...] Cette étude montre que malgré une philosophie soulignant la nécessité de respecter les besoins des femmes, le respect des volontés des femmes qui accouchent demeure partiel et conditionnel. *Si les femmes sont traitées dans cet hôpital avec attention et gentillesse, le processus de l'accouchement et le caractère physiologique de cet événement sont, contrairement aux demandes du mouvement des femmes, peu respectés.* (Vadeboncoeur, 2005, p. 81, nous soulignons).

Ces paradoxes sont au principe de ce projet de recherche. Il consistera dans un premier temps à interroger la signification des discours et pratiques de l'humanisation de la médicalisation. Alors que la médecine obstétricale se réclame du discours scientifique et de la médecine factuelle (*evidence-based medicine*), on peut s'interroger sur l'écart entre l'état actuel des connaissances sur les bénéfices d'un accouchement physiologique et l'accroissement des pratiques interventionnistes en

cours. Nombres d'études et ouvrages de référence ont en effet démontré et démontrent encore les avantages des accouchements par voie basse ainsi que ceux de la réduction des interventions invasives, délétères et évitables.⁷ Comment expliquer l'introduction de réaménagements « humanisants » des pratiques obstétricales d'une part et la persistance simultanée de la médicalisation d'autre part? Comment peut-on interpréter ce double mouvement apparemment contradictoire de « médicalisation humanisée », selon l'expression de Hélène Valentini (2000 cité dans Vadeboncoeur, 2004, p. 232)? Voici en ce sens notre question générale de recherche : comment mieux comprendre ces paradoxes au sein de l'organisation du travail d'accouchement des femmes au Québec, tant en ce qui concerne la pratique obstétricale que la pratique sage-femme?

1.2 État général de la question

Sans aborder directement ces paradoxes, plusieurs auteur-e-s se sont questionné-e-s sur les facteurs favorisant le recours aux interventions et différentes interprétations ont été avancées. D'un côté, les chercheur-euse-s issu-e-s des sciences biomédicales ou obstétricales font état des divers facteurs pouvant être à l'origine de l'augmentation des interventions. Par exemple, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a publié en 2011 un rapport sur le potentiel accru de complications des accouchements pour les femmes, de plus en plus nombreuses, dont l'âge maternel est avancé (plus de 35 ans). Tout en faisant la promotion de l'accouchement normal (Déclaration de principe, SOGC, 2008), la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) pointe également du doigt les complications intrapartum corrélatives à l'obésité montante des femmes enceintes (2010). L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), qui a publié un rapport sur les mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque, soutient que

⁷ Pour ne dire que ceux-là : Barrett, Pitmann, 2002; Enkin, 2001; INESSS 2012; OMS, 1985, 1996; Romano, Lothian, 2008; Sakala, Corry, 2008.

les taux d'utilisation actuels [de certaines interventions] ne sont associés ni à l'amélioration de la santé des mères et des nouveau-nés, ni au choix des mères, mais à l'autorégulation de l'obstétrique médicohospitalière avec sa propre logique de résolution de problème et de prise de décision (2012, p. xv).

Ce rapport pointe aussi les interrelations entre les interventions (une intervention entraîne une autre) comme facteur accentuant le recours systématique aux interventions (INESSS, 2012, p. 104).

Sociologues, anthropologues, sages-femmes et quelques médecins mettent pour leur part davantage l'accent sur l'aspect social et la multidimensionnalité de la montée de la médicalisation de l'accouchement au Québec, comme ailleurs en Occident. Ils dénoncent les liens structurels et idéologiques unissant les conceptions mécanisée, industrialisée et patriarcale de l'accouchement, par exemple (Kitzinger, 2006; Martin, 1987; Odent, 1976, 2004; Rothman, 1989) ou encore la socialisation des professionnel-le-s de la santé à l'égard du risque zéro et de la prédominance du modèle technologique et biomédical de soins (Cherniak, 2008; Davis-Floyd, 1987, 1993). D'autres dénoncent plutôt le genre masculin qui persiste dans les pratiques internes au système médical (Locicero, 1993) ou encore l'influence du cadre hospitalier comme la structure hiérarchique, le type d'intervenant-e-s (Vadeboncoeur, 2004), le degré de spécialisation du centre hospitalier, l'impact de la peur des poursuites médico-légales ainsi que la perte d'expertise pour l'accouchement physiologique (ASPQ, 2004). Certaines auteures ont également mis en doute la transformation des valeurs et comportements sociaux des femmes, comme la perte collective de la tolérance à la douleur et la perception de son inutilité, le sentiment d'assurance à l'égard de la technologie ou la perte de confiance dans la capacité à accoucher des femmes (Brabant, 2013; Quéniart, 1988; Vadeboncoeur, 2004). Bref, le contexte social entourant l'accouchement a été observé et analysé sous de nombreuses coutures.

Plusieurs de ces analyses ont d'abord été effectuées au niveau macrosociologique. Capitalisme, patriarcat et société technocratique étaient alors les grandes structures

interreliées configurant le rapport à la maternité (Oakley, 1980; O'Brien, 1981; Rothman, 1989). Puis, cette médicalisation a été mise au diapason des *cultural studies*, à la manière d'un microcosme dont la culture interne est le reflet et le symbole de la culture au sens large. Déjà, on amorçait la question de la réception par les femmes du discours et des pratiques médicales, selon leurs statuts socio-économiques ou la couleur de leur peau. (Martin, 1987; Davis-Floyd, 1993). Puis les recherches se sont précisées et complexifiées, à la fois pour mieux comprendre le vécu, le contexte social et l'agence des femmes désireuses de prise en charge médicale, mais aussi pour critiquer certains fondements épistémologiques ayant servi à conceptualiser et généraliser les effets négatifs de la médicalisation sur les femmes (Akrich et Pasveer, 1999, 2004; Annandale et Clark, 1996; Fox et Worts, 1999). Au Québec, ce n'est que récemment que certaines auteures et organismes ont examiné, dans une perspective microsociologique ou psychosociale, les processus décisionnels et jeux de pouvoir internes entre les types d'intervenant-e-s et les femmes afin de mieux comprendre les obstacles freinant l'humanisation et la démedicalisation de la naissance (ASPQ, 2004; Cadorette, 2006; CRI-VIFF, 2011; Vadeboncoeur, 2004). Des enquêtes similaires ont aussi été faites en France auprès de sages-femmes travaillant en centres hospitaliers (Robin, 2011), ainsi qu'en Nouvelle-Zélande (Surtees, 2003) et en Australie (Fahy, 2002). Aux États-Unis, on a tenté de comprendre comment l'organisation économique de la médecine selon des modèles commerciaux (*business models*) avait historiquement façonné l'activité clinique des praticiens et les théories qui la sous-tendent (Perkins, 2003).

Toutefois, malgré la diversité des analyses critiques de la médicalisation proposées, les recherches montrent également qu'une prise en charge courtoise et bien intentionnée pendant la grossesse comme lors de l'accouchement peut procurer aux femmes un sentiment de sécurité pour elles-mêmes et leurs bébés, ainsi qu'une certaine libération devant la responsabilité d'un tel événement (Quéniart, 1988; Vadeboncoeur, 2004). Vadeboncoeur propose d'ailleurs une réflexion intéressante à

propos de cet «absence de réaction» de la part des femmes devant cet état des choses :

La normalisation de l'accouchement par l'humanisation des pratiques qui a eu lieu à des degrés divers au Québec depuis une vingtaine d'années, pourrait avoir joué un rôle dans cette relative absence de réactions, un peu comme si l'environnement de l'accouchement et les attitudes des intervenant-e-s s'étant améliorés, on se contente de ce que l'on a, ignorant ce qui aurait pu être possible. Dans notre société, peu de femmes connaissent en effet d'autres manières de mettre un enfant au monde que ce qui est véhiculé par les médias notamment et que ce qui a lieu en centre hospitalier. (2004, p. 218).

En ce sens, les éléments d'humanisation progressivement mis en place au Québec depuis les années 80 semblent assurer un équilibre suffisant pour plusieurs femmes. Une enquête sur l'expérience de la maternité effectuée par l'Agence de santé publique du Canada (ASPC), qui a d'ailleurs été critiquée pour ses résultats (Rocheleau, 2004 cité dans Vadeboncoeur, 2004, p.32)⁸, observe la même attitude en révélant que 55% des Québécoises disent avoir vécu une expérience « très positive » et 28% « positive » de leur travail et de leur accouchement (ASPC, 2009, p. 170). Toutefois, pour Isabelle Brabant, sage-femme, la médicalisation est devenue « insidieuse » au point de devenir « souhaitable » pour les femmes :

Dans les années 70, bien qu'elle ait débuté avant cette décennie, la médicalisation était palpable et même tellement grossière que pour peu qu'on s'ouvrait les yeux, on ne pouvait la manquer. Les pieds dans les étriers, les salles d'accouchement aseptisées en étaient des exemples frappants. Au fil des années, elle a changé de forme pour devenir encore plus présente, mais de façon plus insidieuse, si bien qu'elle est devenue souhaitable pour bien des femmes. La médicalisation a enfermé la grossesse, l'accouchement et le postnatal dans un univers médical à un tel point qu'il est difficile d'en parler ou d'envisager ses multiples dimensions autrement qu'en ces termes-là (2003, p. 50).

C'est dans ce même sens que Céline Lemay, auteure d'une thèse sur la pratique sage-femme des années 70-80, remet en cause les effets des bonnes intentions humanisantes du personnel hospitalier : « Sous le biopouvoir, la vraie question n'est pas le changement, mais surtout éviter la perte de contrôle, stratégie que Barel exprime joliment par « convivialiser le contrôle » ou de « contrôler la convivialité »

⁸ Rocheleau met en doute ces sondages sur la satisfaction, peu importe le domaine, car ils révèlent un pourcentage élevé de personnes «très satisfaites» et «satisfaites» et un pourcentage peu élevé de personnes «peu satisfaites» ou «insatisfaites», comme si les gens hésitait à faire des critiques.

(Lemay, 2007, p. 57). Ainsi, même si plusieurs femmes semblent vivre cet événement de façon satisfaisante, et même si elles perçoivent la prise en charge comme étant souhaitable, cela n'empêche pas pour autant l'effectivité du contrôle à l'égard du corps des femmes et du processus d'accouchement.

1.3 Problématique et construction de l'objet de recherche

Bien que plusieurs auteurs et observatrices aient fait un certain constat de l'humanisation de la médicalisation au Québec, aucune étude, à notre connaissance, n'a porté spécifiquement sur l'analyse de ce phénomène. Robles (2008) aborde toutefois le concept d'humanisation des soins de maternité au Brésil en tant qu'idéologie reprise par les autorités de santé publique dans un but de contrôle des femmes pauvres. Dans la lignée de cette démonstration, nous voudrions développer l'hypothèse selon laquelle l'humanisation effectuée (autant en pratique que dans les discours) au Québec s'est imposée et continue de développer comme une condition nécessaire à la poursuite de la médicalisation des accouchements et, par le fait même, à la légitimité des professions et des institutions qui l'assurent. Étant donné qu'une certaine forme de violence⁹ par l'interventionnisme a été rendue visible aux yeux d'une population de plus en plus critique et informée, il devient dès lors quasi impossible de poursuivre une organisation des accouchements dont la violence, en plus d'être dénoncée, est proprement devenue injustifiable sur le plan scientifique. Ainsi, en se dotant d'une philosophie de pratique basée sur les principes des droits humains, en organisant une certaine continuité des soins, en ne déplaçant plus les

⁹ Citons en exemple le Venezuela qui a ajouté en 2007 un article sur la violence obstétricale dans leur loi contre la violence faite aux femmes. La violence obstétricale est définie comme suit dans l'article 13 de la loi : « *L'appropriation du corps et du processus reproducteurs 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. Ceci entraîne pour les femmes une perte d'autonomie et la capacité à décider en toute liberté de ce qui concerne leur propre corps et sexualité, affectant négativement leur qualité de vie* » (Gregorio R.P, 2010 cité dans mémoire Regroupement Naissance-Renaissance, 2011, p. 9).

femmes d'une pièce à l'autre, en leur permettant de marcher si elles n'ont pas la péridurale et en préservant une atmosphère conviviale, certains établissements de soins produisent ce que l'on pourrait nommer une « performance » de l'humanisation, qui a pour effet d'occulter le processus de la médicalisation en cours. Par conséquent, dans l'organisation des soins au quotidien, cette médicalisation n'a plus la possibilité d'être questionnée, ni par les femmes qui la vivent, ni par les professionnels-le-s de la santé qui la mettent en œuvre.

Cependant, il est primordial de mentionner ici que nous ne pensons pas que ce processus d'humanisation de la médicalisation des soins obstétricaux se fait directement *contre* les femmes. Comme s'il s'agissait d'un complot prémédité et mis en action par les praticien-ne-s dans le but conscient de poursuivre l'augmentation des actes médicaux et d'en tirer profit. Ce n'est pas si simple. Il y a effectivement eu une prise de conscience collective sur le caractère inapproprié de certaines interventions. Par exemple, il serait aujourd'hui impensable au Québec d'attacher les femmes, de faire un lavement, d'endormir, de couper la chair et d'extraire le fœtus avec des forceps systématiquement.

La volonté de changer les discours et pratiques existent réellement pour de nombreuses intervenant-e-s. Par contre, nous pensons qu'il y a un intérêt à maintenir intacte la légitimité des interventions, et donc la légitimité de leur travail et du type d'organisation qui lui est associé. En effet, que deviendrait le travail des médecins s'ils-elles n'appliquaient plus *systématiquement* toutes les interventions protocolaires et les lignes directrices de soins? Que deviendrait leur travail, au sens concret du terme, si les femmes refusaient toutes les interventions qu'on leur « propose » et pour lesquelles les médecins sont rémunéré-e-s? S'assoieraient-ils-elles patiemment auprès des femmes pour les encourager à ce qu'elles poursuivent leur propre travail? Alors que l'organisation des soins se fait de plus en plus autour de la disponibilité et de la facilité que représente la péridurale, il y a en effet tout intérêt à ce que cette

intervention, pour ne nommer que cet exemple, soit perçue par les femmes comme étant *exclusivement* une mesure de soulagement de leur douleur, alors que pour les intervenant-e-s, elle est également « une stratégie d'organisation et de gestion du temps » (Robin, 2011). Comme disait déjà Laurendeau en 1983 : « c'est le professionnel qui a besoin du client et qui a intérêt à maintenir sa dépendance et à créer de nouveaux besoins » (p. 232).

En retenant certains éléments spécifiques de l'humanisation, c'est-à-dire en ne préservant que ceux qui ne remettent pas en question les modalités de la prise de contrôle de l'accouchement, on s'assure d'une attitude optimale et collaboratrice des femmes tout en évitant la perte de contrôle que représenterait une éventuelle autonomie *réelle*. Ainsi, le type d'autonomie dont il sera question dans ce mémoire n'est pas tant l'autonomie décisionnelle de la « patiente », exercée de façon légale par le biais du consentement éclairé aux interventions, mais bien une autonomie matérielle et pratique, qui se mesure dans la possibilité pour les femmes de reconnaître en tout temps leur travail et les moyens de l'accomplir sans que ceux-ci ne soient occultés par les fonctionnalités et dispositifs « nécessaires » au travail des intervenant-e-s. Cela ne veut pas dire pour autant que l'autonomie décisionnelle ne soit pas importante. Les intervenant-e-s en périnatalité semblent toutefois utiliser cette notion de consentement éclairé comme unique critère de respect des droits et de l'autonomie des femmes alors que l'autonomie corporelle des femmes en travail et les possibilités qui lui sont associées sont occultées. De cette manière, la légitimité du travail professionnel d'accoucher les femmes est préservée et on oublie le fait que ce sont d'abord les femmes qui accouchent et non le contraire. Tout se passe alors comme si le travail d'accouchement des femmes entraînait en contradiction avec le travail des professionnel-le-s : pour que le travail de la médicalisation puisse se faire, celui des femmes doit nécessairement devenir invisible et être pris en main.

Nous avançons qu'il s'agit là de l'un des enjeux politiques, paradoxalement méconnu,

de la pratique des sages-femmes du Québec : celle-ci rend visible et rappelle à la population québécoise que ce sont d'abord les femmes qui font le travail de l'accouchement et non pas les « professionnelles » sages-femmes qui accoucheraient les femmes. Par leur pratique, elles démontrent que la médicalisation en cours est superflue, voire nuisible, pour la grande majorité des femmes qui vivent une grossesse normale. Selon le Rapport final et recommandations du Conseil d'évaluation des projets-pilotes sages-femmes (1997), on constate, pour des femmes dont les accouchements étaient considérés à faible risque, quatre fois moins d'induction, quatre fois moins de forceps, huit fois moins de ventouses, cinq fois moins d'épisiotomie, deux fois moins de césariennes, une réduction de plus de 70% des déchirures du 3e et 4e degré, près de deux fois moins de prématurité, près de deux fois moins de bébés de faible poids et trois fois moins d'hospitalisation en cours de grossesse (CPPSF, 2012). À rebours de toutes les croyances institutionnalisées sur les risques de l'accouchement vaginal (Klein et coll., 2009), elles démontrent qu'il est possible de travailler auprès des femmes, non pas en restreignant leur champ d'actions et de visions, mais en ouvrant des possibilités à l'égard de leur propre travail. C'est donc de la reconnaissance et des conditions d'exercice même de ce travail, dont il est question dans leur pratique.

Par opposition, comme nous le verrons dans le présent mémoire, les centres hospitaliers sont organisés afin qu'il y ait, non seulement une prise de contrôle du corps, mais surtout une appropriation de la force de travail des femmes et donc de tout le processus concernant le travail d'accouchement. Par-delà le contrôle exercé sur le corps, c'est cette appropriation du travail qui s'avère aussi nécessaire à l'exercice du travail du personnel médical et qui, à notre avis, rend caduque toute possibilité de démedicalisation ou d'autonomie à l'égard de ce moment du travail reproductif. Nous proposons en ce sens que l'appropriation et la transformation par la médicalisation de l'activité productive des femmes en l'activité productive des intervenant-e-s constituent un mode d'exploitation du travail d'accouchement, et plus largement, du

travail de reproduction. Dans cette optique, au lieu de servir l'intérêt des femmes, la tendance à l'humanisation de la médicalisation apparaît comme une nouvelle modalité reproductrice de cette exploitation, c'est-à-dire permettant de maintenir la légitimité du fonctionnement actuel des établissements hospitaliers en privilégiant un gentil statu quo au détriment d'une autonomie réelle à l'égard de la reproduction.

Ainsi, en contrepoint de la littérature critique de la médicalisation qui continue d'occulter le travail d'accouchement des femmes en tant qu'activité de travail, nous proposons de placer l'exploitation au centre de l'analyse. Il nous apparaît que la plupart des critiques délaissent cette question pour se concentrer sur les dimensions idéologiques des pratiques de contrôle ou de domination des médecins sur les femmes. On accuse par exemple, les médecins de nier l'authenticité de l'expérience de l'enfantement par le biais d'une représentation idéologique du corps des femmes, qui le prend pour une machine faible et dysfonctionnelle (Davis-Floyd, 1992; Martin, 1987; Rothman, 1989; Young, 1984) et qui tient l'accouchement comme nécessairement risqué. C'est cette représentation qui justifierait l'usage des nombreux dispositifs, techniques, outils, médicaments, procédures, utilisés pour surveiller, pallier et réparer les déficiences récurrentes du corps féminin. Au même titre que la conception négative du corps, ces dispositifs auraient pour conséquence de faire obstacle aux sensations physiques naturelles et émotions propres à cette expérience et, par le fait même, à diminuer le contrôle que la femme exerce sur ses processus naturels. Brabant (2012) exprime bien ce lien de causalité qui relie la vision médicale de l'accouchement à l'important dispositif d'interventions :

Surtout, je vois combien ces différences [de visions] ont un impact extrêmement important sur la façon dont les accouchements sont « conduits » à l'hôpital, sur la nécessité apparente d'avoir recours à un nombre élevé d'interventions et sur le besoin de soulager la douleur par des moyens médicaux. Cette différence de visions est donc à la source de conséquences importantes sur ce que les femmes vivent [...]. (p.8)

Suivant ce type d'analyse, la domination médicale, puis technologique et institutionnelle serait vécue par les femmes comme une aliénation. Elles se sentiraient

dépossédées et séparées d'elles-mêmes (corps/esprit), c'est-à-dire objectivées, impuissantes et passives. (Davis-Floyd, 1993; Martin, 1987; Rothman, 1989; Young, 1984) L'aliénation serait donc le produit d'une objectification, un « rendre-objet-passif » du corps, lequel serait « agi » par le médecin et ses outils. C'est donc le fait d'être associée idéologiquement puis matériellement à un objet (machine, matériel brut, viande sur la table d'opération), passif et inanimé par définition, qui serait à l'origine de l'aliénation, privant les femmes de la richesse complexe du processus et de l'expérience de l'enfantement et les dépossédant de leurs capacités en tant que sujet autonome et entier. De la même manière, dans la littérature sur l'humanisation de la naissance, l'idée du sujet souverain, autonome et global (corps/esprit), sert de référence au projet de réhumanisation de ce qui a été déshumanisé. Redonner le statut de sujet à ce qui est considéré comme un objet résumerait bien l'échafaudage théorique de l'humanisation de la naissance.

C'est dans cette optique que Martin (1987), et plus récemment Kitzinger (2006), Odent (2004), Perkins (2003) et Walsh (2005) dénoncent la configuration du discours et des pratiques médicales sous l'homologie de la chaîne de montage industrielle.

Women in childbirth are treated like products on a factory conveyor belt. Technocracy distorts the birth experience. Their labor are obstetrically «managed», and they feel they are not cared as human beings, but are like «meat on the table», «an over-trussed turkey», or «fish on a slab». They suffer from institutionalised violence (Kitzinger, 2006, p. 4)

Martin parle de la « métaphore de la production » : « *It allows us, for example, whether the doctor is only a mechanic or perhaps more like a supervisor, the woman might be a «laborer» whose «machine» (uterus) produces the «product», babies* » (1987, p. 57). Ou encore, « *when they are actually bearing children, they «are viewed less as individuals than as the «raw material» from which the «product» is extracted. In these circumstances, the physician rather than the mother comes to be seen as having produced the baby* » (1987, p. 19). Martin dénonce ici l'idée que la reproduction puisse être confondue par les médecins avec une activité de production

de type industrielle dont ils se font les superviseurs. Sa critique sous-entend qu'il est aliénant pour les femmes de considérer leur processus naturel de reproduction comme un simple travail mécanique industrialisé parce qu'il est beaucoup plus « complexe et interrelié » et ne devrait pas être réduit en ce sens. Suivant un autre raisonnement, qui aboutit néanmoins aux mêmes conclusions, Walsh (2005) suppose que les accouchements ont été rationalisés (dans les procédures dont ils font l'objet) et centralisés (dans des mégacentres hospitaliers) à partir des modèles fordistes et tayloristes dans le but d'augmenter l'efficacité sur les unités de soins. « *Efficiency on a labour ward was achieved when procedures were adhered to, hierarchical authority was respected, and rôle compliance achieved* » (2005, p.1333). Pour cet auteur, les gains de productivité liés au processus de rationalisation viennent donc exclusivement du travail des employé-e-s (médecins, sages-femmes, infirmières), ce qui n'est évidemment pas faux. Par contre, il n'aborde pas la question, pourtant centrale à notre avis, de la rationalisation directe (et donc de la nécessaire appropriation et exploitation) du travail des femmes et des conséquences qui en découlent pour elles.

Il nous semble donc qu'un vide théorique persiste dans la littérature critique de la médicalisation de la naissance. Celle-ci continue de méconnaître l'accouchement en tant qu'activité de travail, entendu comme une forme de production, ce qui les empêche de voir dans l'accouchement toute possibilité d'exploitation. C'est ce qui explique probablement l'insistance sur la face idéologique de la domination qui s'exerce dans le cadre de l'accouchement. Nous reviendrons plus amplement sur ce point dans le troisième chapitre.

1.4 Positionnement et démarche méthodologique

J'ai entrepris ma maîtrise en sociologie il y a maintenant sept ans à l'Université du Québec à Montréal. J'y ai fait d'abord les cours préalables au projet de mémoire en m'orientant résolument vers une perspective critique de la science, mais sans avoir d'objet de recherche à proprement parler. À ce moment, je ne connaissais rien du

monde de la périnatalité ni des sages-femmes. Lorsque j'ai appris que j'étais enceinte, mes réflexions sociologiques m'ont très naturellement dirigé vers un suivi sage-femme. Découvrir le monde de la périnatalité alternative a été pour moi une concrétisation pratique de tout ce que je faisais déjà en théorie. Le métier de sage-femme me semblait donc une opportunité de participer à un vaste projet de transformation du monde et il me semblait que de cette façon, j'allais me rendre plus utile auprès des femmes. Après avoir eu deux enfants, le premier né après un transfert de la maison de naissance vers l'hôpital et le deuxième à mon domicile accompagné de sages-femmes, j'ai décidé de mettre en veille mon projet de maîtrise pour suivre le programme de baccalauréat en pratique sage-femme. Cette mise en veille ne fut que de courte durée puisque l'exploration de l'intérieur du monde sage-femme représentait un terrain passionnant et extrêmement fertile et cela m'a convaincu d'en faire mon projet de recherche. Bien que je voyais partiellement l'ampleur de la tâche (accomplir un baccalauréat assez exigeant et réaliser une maîtrise avec une jeune famille), j'ai considéré que cela en valait la peine puisque je « vivrai » mon terrain à chaque jour faisant d'une pierre deux coups. Il m'est apparu assez rapidement qu'il serait très fastidieux, voire impossible, de faire une collecte et un traitement de données formalisés de façon conventionnelle en recherche qualitative. J'ai donc dû trouver une solution alternative et revoir mes objectifs de recherche. Au lieu de m'engager vers une analyse qualitative confirmatoire, j'ai plutôt choisi d'orienter ma démarche vers une analyse exploratoire. Ainsi, loin de prétendre que ces résultats soient universalisables ou transférables dans d'autres contextes de pratique, l'intérêt de cette recherche est de fournir quelques jalons théoriques pour des recherches et enquêtes ultérieures. Plus spécifiquement, cet exercice de théorisation devrait d'abord inspirer puis orienter vers la production de variables pouvant être mesurées empiriquement par une enquête de terrain. Cette réorientation des objectifs de recherche ne m'a pourtant pas empêchée d'*être et de vivre* mon terrain.

Mes stages à titre d'étudiante sage-femme se sont déroulés dans deux maisons de

naissance différentes, la maison de naissance de la Rivière à Nicolet, la maison de naissance de l'Estrie à Bromptonville, ainsi qu'au centre hospitalier de Lasalle. Je reviendrai sur ce dernier lieu de stage au chapitre 3 où j'explique ma démarche méthodologique spécifique à ce milieu. Pour ce qui est des stages en maison de naissance, le modèle d'enseignement pratique fonctionne par préceptorat, c'est-à-dire que chaque stagiaire est jumelée avec une sage-femme. La stagiaire adopte le même horaire que celui de sa préceptrice, le plus souvent à temps complet (35h/sem.) ou temps partiel (28h/sem.). Cela signifie qu'elle doit être présente à la fois lors des rendez-vous prénataux et postnataux auprès des femmes et des familles (deux ou trois jours/sem.), à la fois disponible pour les accouchements qui surviennent de jour comme de nuit. Les accouchements se déroulent à la maison de naissance, aux domiciles des femmes ou à l'hôpital de référence, selon le choix de la femme. La stagiaire est donc « de garde » chez elle, en même temps que sa préceptrice. Les gardes sont partagées la plupart du temps à 50% avec une coéquipière sage-femme, mais il arrive que certaines sages-femmes soient 10 jours de garde sur 14, ce qui représente plus de la moitié du temps. Selon le niveau de stage où l'étudiante est rendu, les objectifs d'apprentissage augmentent en compétences cliniques et relationnelles jusqu'au point où la stagiaire prend toutes les responsabilités incombant normalement à la sage-femme. La stagiaire se trouve donc en mesure d'expérimenter ce que signifie concrètement « être sage-femme » tout en ayant la possibilité de consulter en tout temps sa préceptrice. J'ai été jumelé à trois préceptrices différentes, le plus souvent pour deux stages de suite, ce qui a l'avantage d'ouvrir les stagiaires à la continuité auprès des femmes, principe cher à l'approche des sages-femmes du Québec.

Je me suis donc retrouvée à cheval entre deux disciplines, soit stagiaire à temps complet en pratique sage-femme et en rédaction de mémoire aussi à temps complet. Ce chevauchement a eu bien sûr des avantages et des inconvénients qui ont largement influencé les choix que j'ai dû faire à chaque étape de ma démarche. J'ai commencé

les premières étapes (revue de littérature, état de la question, problématique, intérêt et questionnement de la recherche) de mon mémoire à peu près à la mi-chemin de mon baccalauréat en pratique sage-femme, après avoir effectué mes trois premiers stages en maison de naissance. J'ai ainsi pu bénéficier d'une expérience terrain de douze mois consécutifs avant d'entreprendre les premières étapes de mon projet de mémoire. Durant les deux dernières années, je rédigeais donc dans les moments de pause, soit entre les sessions consacrées aux différents stages. Comme les stages se sont déroulés à temps complet et étant donné que mon statut de stagiaire est exigeant et participatif, il fut à peu près impossible pour moi de prendre des notes « en direct » et de traiter les données de manière systématique. J'ai toutefois pu prendre plusieurs cahiers de notes a posteriori, allant parfois jusqu'à quelques mois sans écrire de notes. Ces notes ont été produites le plus souvent sous la forme d'associations heuristiques entre mon cadre théorique, la littérature sur la pratique obstétricale et la pratique sage-femme et mon vécu sous forme de souvenirs. Comme le nomme Ricoeur (2000), il me semble que l'« effort de rappel » auquel je me suis soumise à de nombreuses reprises se situe dans l'enchevêtrement entre les deux formes de la mémoire qui sont les deux modalités de la reconnaissance chez Bergson : la mémoire-habitude se faisant dans l'action, puis la mémoire-remémoration se faisant par un travail de l'esprit « qui irait chercher dans le passé, pour les diriger dans le présent, les représentations les plus capables de s'inscrire dans la situation actuelle » (Ricoeur, 2000, p. 559). Ainsi, le fait de me trouver au quotidien plongée dans l'apprentissage de l'approche sage-femme (les gestes, les paroles, les attitudes...), a certainement produit chez moi des mémoires du corps-agissant que je pouvais par la suite aisément nommer et rationaliser, c'est-à-dire situer ces expériences vécues par rapport à mon cadre théorique. D'ailleurs, le fait d'être en apprentissage intensif m'a certainement servi à bien saisir ce qu'il faut déployer d'énergie émotionnelle, d'intuition et de compréhension relationnelle pour accomplir le travail de sage-femme et mettre en place ces pratiques qui constituent l'objet de ce texte.

Ainsi, bien que cette méthode par réminiscence ne soit pas optimale pour le recueil et l'interprétation de données, je pense que cela n'a toutefois pas empêché mon regard et ma volonté de compréhension de se poser au quotidien sur le phénomène de la pratique obstétricale et sage-femme ainsi que de constituer progressivement ce que j'ai fini par appeler une base empirique « *in vivo* ». En effet, il me semble que ce contact constant, prolongé et quotidien avec mon terrain m'a permis de déployer une pratique axée selon ce que je découvrais en théorie, et inversement, ma pratique influençait directement ma démarche de théorisation, la rendant de plus en plus opérationnelle et concrète. Kathleen Fahy, chercheure et sage-femme australienne, abonde dans le même sens avec la « *praxis research design* » : « *Like action research, praxis research as an ongoing spiral of practice, self-reflection, scholar inquiry and theorising which leads to change in the practitioner/researcher's practice* » (2002, p. 6). De plus, ce va-et-vient entre ces outils théoriques qui prenaient forme et la pratique a également rendu nécessaire l'exercice de redéfinition constant de mon objet de recherche. C'est en ce sens que j'ai peu à peu éprouvé le besoin de comparer les catégories développées et schématisées avec d'autres modèles théoriques et concepts proposés dans la littérature sur la pratique obstétricale et sage-femme. Autrement dit, je voulais situer ma propre démarche au regard des travaux existants afin de tester son éventuelle validité d'abord, mais aussi dans une volonté de mettre en perspective les résultats recueillis sur mon terrain. Étonnamment, cet exercice m'a permis de faire apparaître plus clairement la globalité des étapes que j'avais parcourues et de constater que ma recherche était constituée de plusieurs types de corpus de données. Mon analyse de données se dirigeait autant du côté de mon terrain que du côté de l'analyse critique de la littérature sur la pratique obstétricale, puis sur la pratique sage-femme. C'est d'ailleurs ce va-et-vient perpétuel entre ces différentes sources confrontées, puis mises en commun grâce à mon cadre théorique, qui a permis de former, de détailler, de transformer, de réorienter et de peaufiner ma démarche. Cela se rapproche grandement de ce que Paillé décrit dans les différentes étapes de la théorisation ancrée : « L'analyse par théorisation ancrée porte sur des

données recueillies dans le cadre d'une recherche qualitative dont l'une des caractéristiques majeures est la simultanéité de la collecte et de l'analyse, contrairement aux façons de faire plus habituelles où la collecte de données est effectuée en une seule occasion et suivi de l'analyse de l'ensemble du corpus. » (1994, p. 152). Fahy nomme cela le « *sense-making process in interaction* » (2002, p. 6).

Tout au long de ce processus, j'ai eu de nombreuses discussions qui m'ont servi à valider le sens de cet exercice de catégorisation auprès de mes consœurs étudiantes sages-femmes. J'ai pu également faire part de mes résultats primaires lors d'un atelier présenté à l'automne 2013 au rassemblement de la communauté sage-femme qui s'adressait autant aux étudiantes qu'aux sages-femmes. Plusieurs commentaires positifs m'ont permis d'obtenir une certaine reconnaissance à mes propositions puisque cela semblait avoir du sens pour elles.

Comme nous le verrons dans la partie théorique de ce mémoire, en prenant appui sur les redéfinitions féministes du concept de travail, le travail d'accouchement et plus largement de production d'enfant peut effectivement être théorisé comme du travail au sens plein du terme. Se pose alors la question de comprendre ce qui se produit lorsque les femmes, dans les centres hospitaliers avec le personnel obstétrical, sont dépossédées de ce travail d'accoucher et à devoir «être accouché» par les travailleuse-s. Se pose tout autant la question de savoir comment définir et comprendre le travail des sages-femmes, dès lors qu'il n'est plus d'accoucher les femmes. C'est pourquoi nous esquisserons un modèle d'analyse qui pourrait être mis à l'épreuve pour une recherche empirique ultérieure. Celui-ci servirait à documenter précisément le travail d'accouchement en ce qui concerne l'organisation des pratiques obstétricale et sage-femme au Québec.

Avant d'aborder le cœur de l'organisation du travail d'accouchement selon les pratiques obstétricales et sage-femme, il convient de mettre en place l'essentiel des

fondements théoriques qui serviront à appréhender l'accouchement en termes de travail. Quatre auteur-e-s seront plus particulièrement mobilisé-e-s dans cette perspective: Colette Guillaumin et Paola Tabet, pour une définition extensive du travail; Éric Pineault et Franck Fischbach, pour leurs théorisations de l'exploitation et de l'aliénation.

CHAPITRE 2 CADRE THÉORIQUE

2.1 Étymologie du « travail »

Le mot « travail » a une riche histoire qu'on ne peut passer sous silence pour en comprendre les usages. Car il n'est pas anodin de le retrouver tant en ce qui concerne la besogne, la corvée, le labeur que l'enfantement. Plusieurs langues telles que le latin, l'anglais et l'allemand nous informent du sens que plusieurs termes relatifs au « travail » ont pris à travers le temps.

Le travail nous vient d'abord du latin « tripalium », lui-même venu du latin populaire « tripaliare », qui signifiait « contraindre ». Tripalium est à l'origine un instrument de contrainte, d'abord utilisé comme « dispositif servant à immobiliser les grands animaux », puis il fait référence à ce qui est effectué de force par des esclaves à l'époque romaine. En 548, retrouvé sous la forme « trepalium », issu du mot romain « trabicula » (désignant une petite poutre), il désigne un instrument de torture servant à « empaler les suppliciés » (Benaben, 1996). Son sens renvoie donc au tourment et à la douleur. Et c'est suivant ce même sens qu'il fut mobilisé pour signifier le travail d'accouchement jusqu'à nos jours, par l'intermédiaire de la tradition catholique. Pour Gilles Ménage : « Le mot travail a passé de la machine où les animaux sont enfermés pour souffrir des opérations douloureuses, à la peine & la fatigue. *Auffi appelle-t'on proprement travail, les douleurs de la femme qui enfante, parce qu'elles la font fouvent veiller toute la nuit* » (1751, p. 541, colonne I).

Le terme latin « labor », devenu commun pour désigner le travail d'accouchement en anglais, et dans une moindre mesure en français par l'intermédiaire du mot « labeur », peut nous informer différemment. Ce terme signifie « la peine que l'on se donne ». Sur le fronton du Prieuré d'Arles daté de 1615 est frappée la devise « *Nulli labor fallax* » : cela signifie « aucune défaillance ne trompe; aucun travail ne déçoit ». « *Aucune* peine que l'on se donne ne déçoit » (Gaffiot, 2000, p. 878, colonne II). Par

opposition au mot anglais « work », qui prend un sens plus positif. Celui-ci est issu du saxon « werke », qui signifie « œuvre », lui-même dérivant d'une racine sanskrit « karma » signifiant « une action, une œuvre, un acte, une volonté » ainsi que du mot « karmin », « être au travail, être occupé » (Maisonneuve, 1959, p. 181, colonne I).

Enfin, comme nous le rappelle Fischbach, selon le philosophe Jünger, le terme allemand « arbeit » ne renvoie pas à la souffrance ni à la torture, mais provient du gothique « arpeo » qui signifie « héritage » (2011, p. 117). De plus, il ne peut concerner que les humains (et non les animaux ou les machines), car ils sont les seuls à pouvoir faire l'acte de transmettre le fruit de leur travail aux générations suivantes. C'est donc la dimension historique et une certaine position par rapport à l'historicité que l'on veut signifier dans ce terme.

Aujourd'hui, le travail renvoie généralement au travail salarié dans ses usages les plus courants. On dit par ailleurs régulièrement d'une femme qui s'apprête à accoucher qu'elle est « en travail ». Comme on verra dans ce chapitre, l'usage du mot travail ne se restreint pas exclusivement au fait de la « souffrance » qui, historiquement, a lié le travail de production et celui de la reproduction par le biais des douleurs de l'accouchement. Au contraire, l'homologie de sens qu'on peut attribuer aujourd'hui à l'activité de production humaine comme à celle de reproduction de l'espèce humaine peut éclairer autrement notre objet de recherche, l'organisation du travail d'accouchement selon les pratiques obstétricale et sage-femme au Québec.

2.2 *Guillaumin : L'appropriation du corps et de la force de travail des femmes*

Môman travaille pas, a trop d'ouvrage!¹⁰

On doit aux mouvements de libération des femmes dits de la deuxième vague d'avoir impulsé une critique et une redéfinition proprement féministe du travail, jusque là restrictivement associé au seul travail salarié. C'est d'abord Delphy (1970) qui s'attaque à la théorisation du mode de production ou d'exploitation domestique et du travail gratuit des femmes en tant que travail exploité. Ainsi, en affirmant qu'il existe un type d'exploitation autre – l'exploitation du travail domestique – que celle exercée par le système capitaliste, Delphy a pris le contre-pied de toute une tradition de pensée marxiste qui hiérarchise les formes d'exploitation, en intégrant celles qui sont dites « mineures » (de race, de sexe, d'orientation sexuelle, etc.) comme des « épiphénomènes » de la grande exploitation capitaliste (Delphy, 2003). Dans la tradition de la pensée marxiste, l'oppression des femmes est présentée comme un sous-produit du capitalisme, comme si la catégorie de travailleurs-femmes était simplement plus désavantagée que la catégorie de travailleurs-hommes. Sous cet angle de vue, il n'y a pas de patriarcat, et par conséquent, pas de rapports de pouvoir directs qui structureraient les relations hommes/femmes. Toutefois, pour Delphy, capitalisme et patriarcat sont des systèmes sociaux qui doivent être articulés côte à côte, comme deux entités distinctes et non pas hiérarchisées.

À sa suite, Guillaumin (1978) met en évidence un rapport d'appropriation – et non plus seulement d'exploitation de la force de travail – qui passe par une mainmise sur les corps comme machine à force de travail. Compte-tenu de la centralité qu'elle accorde aux corps, cette théorisation nous semble particulièrement heuristique pour envisager le travail d'accouchement.

¹⁰ Titre d'une pièce de théâtre jouée au Québec dans les années 1970 par la troupe « Théâtre des cuisines ». Cette pièce décrivait la vie des femmes et l'exploitation par le travail ménager.

Dans son livre *Sexe, race et pratique du pouvoir*, elle théorise cette situation d'inégalité entre les sexes en termes d'oppression de classe. Pour elle, la nature spécifique de l'oppression des femmes, c'est l'appropriation de la classe des femmes par la classe des hommes. Elle définit le concept d'appropriation ainsi :

L'usage d'un groupe par un autre, sa transformation en instrument, manipulé et utilisé aux fins d'accroître les biens (d'où également la liberté, le prestige) du groupe dominant, ou même simplement – ce qui est le plus fréquent – aux fins de rendre sa survie possible dans des conditions meilleures qu'il n'y parviendrait réduit à lui-même (1992, p. 19).

En effet, Guillaumin explique que l'exploitation des femmes ne se produit pas seulement sur le marché du travail où leur force de travail est dévaluée par rapport à celle des hommes, mais elle se produit également dans la sphère domestique, où cette force de travail, en plus de ne pas être payée, est accaparée par les hommes pour leurs bénéfices. Si l'on suit cette logique, la définition courante marxiste de la force de travail comme ce que l'ouvrier possède et vend à son employeur ne s'applique pas à une catégorie entière d'êtres humains, soit la moitié de la population : les femmes. La particularité de la force de travail des femmes, lorsqu'elle est mobilisée sous le toit de son mari, est donc celle d'être invisible et non-payée. Par exemple, les tâches ménagères habituellement effectuées sans salaire par la « femme du foyer » seront rémunérées (quoiqu'à bas prix) si ces mêmes tâches sont exécutées par une autre femme, qui n'est pas mariée à l'homme de la maison.

Dans le mariage et dans les rapports sociaux de sexe qu'il institue, les femmes deviennent des « non-vendeurs » de leur force de travail. C'est dans cette non-équivalence matérielle de la force de travail qu'il faut voir le rapport d'appropriation d'une classe par l'autre. Mais cette appropriation ne s'arrête pas là. Car pour

Guillaumin, ce n'est pas la seule force de travail des femmes que les hommes s'approprient par le « contrat » du mariage, mais leur corps en entier. Dans ce contrat, à l'opposé du contrat entre employeur et travailleur, il n'y a pas d'entente préalable qui prévoit une évaluation de la mesure, la quantité ou la valeur de la force de travail qui sera extorquée. Avec le mariage, tout vient en bloc et de façon illimitée, car « le corps est un réservoir à force de travail, et c'est en tant que tel qu'il est approprié » (1992, p. 18). C'est donc ce qui fait dire à Guillaumin que « ce n'est pas la force de travail [...] qui est accaparée, mais son origine : la machine-à-force-de-travail » (1992, p. 19). Au même titre que le servage ou l'esclavage, l'appropriation physique des corps féminins contient et garantit donc l'accaparement de leur force de travail et de tous ses usages potentiels. «[...] c'est l'unité matérielle productrice de force de travail qui est prise en main, et non la seule force de travail» (Guillaumin, 1992, 19).

L'appropriation privée, garantie par le mariage, de cette machine-à-force-de-travail permet plusieurs types d'usage. De l'usage physique sexuel, à l'appropriation du temps et des produits du corps (les enfants), Guillaumin décrit en détail chacun de ces usages et les exemplifie autant par des exemples tirés du quotidien d'hier et d'aujourd'hui, que par leurs cristallisations manifestes dans les lois ou les normes sociales. Par exemple, en ce qui concerne l'appropriation des produits du corps, elle mentionne

que les enfants restent un très puissant outil de chantage en cas de désaccord conjugal : c'est leur possession que revendiquent les hommes, et non leur charge matérielle, qu'ils s'empressent de confier à une autre femme (mère, domestique, épouse ou compagne) selon la règle qui veut que les possessions des dominants soient entretenus matériellement par une (ou des) possession des mêmes (1992, p. 22).

De plus, alors que dans l'esclavage et le servage les individus sont réduits à l'état d'instrumentalités appliquées majoritairement à d'autres choses (agricoles, mécaniques, animales...), la spécificité de la réduction des femmes à l'état d'outils « s'applique de surcroît et fondamentalement à d'autres humains » (1992, p. 28). Cela signifie que ce sont les femmes qui sont affectées à la fonction de l'entretien matériel

du corps du mari et des corps qui appartiennent ou dépendent de ce dernier. Loin de penser que cette fonction leur est confiée par un quelconque instinct de « prendre soin », elle soutient au contraire que ce travail d'entretien corporel, matériel et affectif est effectué dans le cadre d'une appropriation physique directe des femmes. Guillaumin conclut que ce type particulier d'utilisation de la force de travail a pour conséquence la perte d'individualité propre, car les femmes se retrouvent, malgré elles et constamment absorbées dans d'autres individualités, d'autres vies que la sienne.

Pas de pointeuses ici, une vie dont tout le temps est absorbé, dévoré par le face à face avec les bébés, les enfants, le mari; et aussi les gens âgés ou malades. Face à face, car leurs gestes, leurs actions tiennent directement la mère-épouse-fille-belle-fille dans leur mouvance. Chacun des gestes de ces individus est plein de sens pour elle et modifie sa propre vie à chaque instant [...] (1992, p. 29-30).

De ce type particulier d'appropriation du corps, soit l'entretien sans limites et hors salaire d'autres êtres humains, il devient impossible de distinguer son individualité de l'usage de cette individualité. C'est-à-dire que lorsqu'un porteur de force de travail vend sa force, il y a un début et une fin à l'usage que l'on peut en faire, ce qui permet à ce porteur d'être autre chose que son usage. Bref, après la vente de son usage, cette personne redevient autonome. Dans le cas du travail féminin domestique, de la complexité des rapports humains, de la constante et illimitée disponibilité qui y est nécessaire, de l'absence de rémunération et de la perte de dignité qu'impliquent certaines tâches d'entretien corporel, l'autonomie physique et mentale des femmes s'en trouve freinée, fragilisée, compromise. Guillaumin fait état en ce sens du chemin parcouru pour que les ouvriers en arrivent à pouvoir s'individualiser, se constituer en sujet autonome : « C'est le résultat d'un long et dur processus que d'être parvenu à ne vendre QUE sa force de travail et à ne pas être soi-même approprié » (1992, p. 19).

D'où l'intérêt de la classe des hommes à maintenir cet état de fait par le biais de l'idéologie. Guillaumin met en évidence l'arsenal juridique, scientifique, jusqu'au langage populaire (tu es la reine du foyer!) qui a historiquement projeté les femmes

dans cet état de fait, parfois en le défendant elles-mêmes. En glorifiant ces aptitudes comme étant naturellement et fondamentalement féminines, on fait en sorte de nier cette force de travail gratuite comme si elle était simplement dérivée du corps physique et donc qu'il ne pouvait s'agir de travail à proprement parler. De plus, en s'assurant idéologiquement de cette naturalisation de la force de travail du corps physique, on permet non seulement à l'époux de s'attendre à ce que le travail émanant de *sa* machine-à-force-de-travail lui revienne et lui profite, mais on s'assure également qu'il en sera de même de façon collective, pour toute la classe des femmes. Par exemple, il ne suffit de penser qu'à la catégorie spécifique de personnes qui se lèvent pour ramasser et faire la vaisselle pendant le temps des fêtes. Et lorsqu'un homme bien intentionné se lève, les gens sont généralement surpris et passent des commentaires soit en le félicitant, soit en lui disant qu'il n'est pas à sa place. C'est en ce sens que Guillaumin fait de l'appropriation privée du mariage

la surface institutionnelle d'un rapport généralisé : l'appropriation d'une classe de sexe par l'autre. [...] [Le mariage] n'est que l'expression individualisée – en ce qu'il établit un rapport quotidien entre deux individus particuliers – d'un rapport de classes général où l'ensemble de l'une est à la disposition de l'autre (1992, p. 36).

Cela signifie que l'appropriation sociale de toutes les femmes est antérieure à l'entérinement légal par le mariage, qui lui, privatise cette appropriation. De fait, pour l'auteure, même si les femmes échappent de façon croissante aux institutions traditionnelles (au mariage, au patriarcat, à la religion), l'appropriation sociale ne change pas : « l'appropriation collective n'est pas brisée pour autant que l'appropriation privée n'a pas lieu » (1992, p. 38). Elle nomme d'ailleurs plusieurs moyens de maintenir ce rapport d'appropriation sociale. Par exemple, le marché du travail qui contraint encore aujourd'hui les femmes à un moindre salaire ainsi qu'à une majorité d'emplois à temps partiel afin qu'elles puissent être toute désignées pour être celles qui « choisissent » de demeurer à la maison et d'élever les enfants. Un autre moyen serait qu'on les dirige implicitement vers les métiers qui ressemblent à celui d'épouse, ceux d'infirmières, d'éducatrices à la petite enfance, de secrétaires,

d'enseignantes, bref, tous ces emplois que, manifestement, les hommes ne veulent pas faire. Une autre expression concrète de l'appropriation sociale serait la violence ou la démonstration de force qui est faite régulièrement et d'innombrables manières aux femmes. Nous savons aujourd'hui que cette violence n'est pas affaire de « bavure » individuelle, mais le reflet d'un rapport social d'appropriation où les femmes sont une possession dont on dispose à sa guise.

En conclusion, nous voulons mettre en lumière trois éléments essentiels de la théorie proposée par Colette Guillaumin, qui nous servira à l'analyse de la pratique obstétricale et sage-femme québécoise. Premièrement, ses travaux, conjointement à ceux de Delphy (1970), ont permis d'élargir la définition courante du travail en faisant de l'exploitation du travail domestique des femmes un enjeu social au même titre que l'exploitation du travail capitaliste. Comme on a vu, la notion de « force de travail » est inappropriée dans le cas des rapports sociaux de sexe (ce qu'elle nomme le sexage) précisément parce que cette notion sert à désigner ce qui se passe dans le rapport salarial et qu'elle suppose un travailleur qui possède sa force de travail. Le sexage permet au contraire une appropriation du corps en tant que machine-à-force-de-travail et c'est en tant que telle que la force de travail peut être appropriée. Deuxièmement, en démystifiant l'idéologie naturalisante qui ferait du travail des femmes un prolongement dérivé des aptitudes naturelles de leur corps, elle a rendue visible non seulement l'appropriation de leur force de travail, mais également l'appropriation matérielle des corps, soit la possession physique directe de la machine-à-force-de-travail. Troisièmement, nous avons vu que cette appropriation, bien qu'elle ait été principalement théorisée comme appropriation privée, est d'abord un rapport social de sexe et se manifeste également comme appropriation collective, que ce soit entre autres sur le marché du travail ou sur la place publique qui reste un espace dans lequel se déploie les violences faites collectivement aux femmes comme dans la sphère privée.

2.3 Tabet : La reproduction comme travail exploité

On peut dire que Tabet suit le même chemin que Guillaumin en voulant élargir, dans la même perspective du féminisme matérialiste, la notion de travail. Dans *La construction sociale de l'inégalité des sexes*, elle remet en question l'adage voulant que les femmes soient contraintes à ne pas « travailler » du fait de leur « fonction » reproductive, celle-ci déterminant leur place restreinte dans la société. Pour l'auteure, la division, basée sur le sexe, entre la production des hommes et la reproduction des femmes ne tient pas au caractère prétendument naturel de la fécondité féminine, qui les empêcherait d'avoir les mêmes possibilités que les hommes du fait qu'elles sont enceintes et qu'elles allaitent. Cette division, qui est constante dans de nombreuses sociétés anciennes et modernes, trouverait plutôt son explication dans une volonté de contrôle masculin de la reproduction des femmes. C'est-à-dire que « le monopole de certaines activités clés est nécessaire aux hommes pour s'assurer le contrôle des instruments de production et, finalement l'utilisation globale des femmes » (Tabet, 1998, p. 21). Son questionnement fondamental sur la réalité matérielle de ce monopole est celui-ci :

On doit en effet se demander ce que signifie le fait qu'un des deux sexes détient la possibilité de dépasser ses capacités physiques grâce à des outils qui élargissent son emprise sur le réel et sur la société, et que l'autre, au contraire, se trouve limité à son propre corps aux opérations à main nue ou aux outils les plus élémentaires dans chaque société. Ne serait-ce pas là une condition nécessaire pour que les femmes puissent être utilisées elles-mêmes matériellement comme outils dans le travail, dans la reproduction, dans l'exploitation sexuelle? (1998, p. 19).

Ainsi, selon les diverses sociétés et à divers moments de leurs histoires, il y aurait une gestion sociale qui canaliserait et soumettrait les corps féminins fertiles vers l'activité reproductive. Tabet répertorie, à partir de nombreux exemples issus d'études anthropologiques, divers types d'interventions orchestrés par les hommes sur la capacité de reproduction : l'organisation d'une exposition maximale au risque de grossesse, la socialisation coercitive au coït, la contrainte au devoir conjugal ainsi que la surveillance de la fécondation, de la grossesse et de l'accouchement. Cette division du travail entre les sexes aurait donc une origine sociale et non simplement naturelle.

Pourtant, dans la littérature ethnologique, il semble que l'on se contente de penser la division sexuelle des tâches comme naturellement complémentaire et la procréation comme un événement strictement féminin et biologique, c'est-à-dire qu'ils sont tous deux perçus comme étant antérieurs et extérieurs aux rapports sociaux. Et s'il y a rapports de pouvoir ou mécanismes de contrôle, ce n'est que lorsqu'on tente de limiter cette fécondité naturellement débordante.

C'est à partir de ce constat sur l'orientation arbitraire des théories ethnologiques que Tabet souhaite mettre en doute ces « évidences », ces « impensés ». « Il faut donc envisager un modèle plus large de la gestion sociale de la reproduction » (1998, p. 81). Son objectif est de repérer et d'analyser les mécanismes sociaux qui orientent, interviennent et dominent l'organisation de la reproduction. Pour cela, elle veut rendre compte au niveau théorique du caractère spécifiquement social de l'activité reproductive, d'abord interrogeant son statut en tant qu'activité humaine – « est-ce du travail? » (1998, p. 86) – puis en cherchant à appliquer les mêmes concepts – travail aliéné, exploitation, appropriation, expropriation du produit – qui ont été développés par Marx pour comprendre la situation (occidentale) de l'activité productive transformée par le capitalisme. Car pour Tabet, tant du point de vue de l'évolution technique que du point de vue des rapports sociaux, « rapports de production et rapports de reproduction ont suivi des lignes d'évolution parallèles et structurellement homologues » (1998, p. 166). Nous verrons ce point à la fin de cette partie.

Toute la démarche de Tabet illustre à l'aide de données ethnologiques comment il y a domestication de la sexualité des femmes vers l'assignation imposée, voire forcée dans certaines sociétés, au travail reproductif. Elle débute son exposé en déconstruisant la notion de fécondité des femmes à partir des concepts utilisés dans la documentation ethnologique. La « fécondité naturelle » est celle où « il n'y a pas d'effort conscient pour espacer les naissances et en limiter le nombre ». « Autrement dit, tout comportement ne visant pas à restreindre la fécondité est classé comme

«naturel», comme faisant partie des conditions naturelles de la fécondité» (1998, p.80). D'un autre côté, la «fécondité dirigée» est celle où il y aurait une intervention directe sur la naissance, le plus souvent cette intervention étant limitative. Cette dichotomie instituée entre la fécondité naturelle et dirigée est, pour notre auteure, un produit idéologique en ce qu'il n'envisage pas les interventions sur le corps qui *contraignent* les femmes vers la reproduction. En effet, ces notions permettent d'évacuer les rapports de pouvoir entre les sexes et de faire de la fécondité une affaire naturelle et exclusive de femmes. Tabet propose alors d'élargir le modèle de gestion sociale de la reproduction en faisant de la limitation des naissances une des modalités possibles du contrôle et en y intégrant les modes de la filiation (mariage, polygynie, échanges de femmes, etc.) comme un de ses éléments. Car c'est bien de cela qu'il s'agit : dans la société occidentale comme dans d'autres sociétés, la reproduction fait l'objet d'une intervention sociale de la même manière que la production, et à ce titre, la reproduction des femmes ne peut plus être envisagée comme un phénomène naturel. Tabet avance plus précisément que « la gestion de la reproduction transforme la procréation, d'activité naturelle qu'elle était, en travail » (1998, p. 159). Toutefois, le caractère social de l'activité procréative exige un questionnement sur son statut d'activité humaine. Est-ce du travail? Comment faut-il classer cette activité humaine parmi les autres activités? Il lui faut donc démontrer pourquoi la production d'êtres humains peut être comprise comme un travail.

Pourquoi le travail reproductif des femmes est-il un travail?

L'auteure part de la définition matérialiste que Marx donne du travail pour examiner les caractéristiques du procès reproductif :

un procès qui se passe entre l'homme et la nature »; dans ce procès, l'homme « met en mouvement les forces naturelles de sa personne physique, ses bras et ses jambes, sa tête et ses mains, pour s'approprier la matière naturelle sous une forme utile à sa propre vie. Mais en agissant sur la nature extérieure et en la modifiant par ce mouvement il modifie aussi sa propre nature (Marx, 1983 cité dans Tabet, 1998, p. 157).

Ainsi, selon cette définition, les deux procès présentent plusieurs similitudes.

Premièrement, dans la production comme dans la reproduction, l'être humain « met en mouvement les forces naturelles de sa personne physique ». Alors que dans la production, l'appropriation de la nature extérieure sert à la rendre « utile à sa propre vie »; dans la reproduction, cette mise en mouvement des forces naturelles sert à la production de l'espèce humaine. Deuxièmement, le procès reproductif met en jeu et modifie la nature biophysique de l'espèce humaine à deux niveaux. 1) Au niveau de l'espèce : par la régulation sociale de la reproduction et par les différentes formes d'interventions dont elle est l'objet : « les soins dispensés au cours de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement constituent un travail sur la nature de l'espèce humaine, sur les modalités de perpétuation des groupes humains » (1998, p. 158). C'est la « domestication de la reproduction » qui en fait un travail reproductif et qui, par là, « modifie directement la nature propre de l'espèce humaine et, au sens plein, se transforme elle-même » (1998, p. 158-159). 2) Au niveau de l'individu reproducteur : cela se traduit d'une part, par le fait que dans la reproduction l'objet du travail, c'est le corps lui-même.

Le procès s'effectue à l'intérieur du corps avec les matériaux métabolisés par l'organisme maternel, sur l'embryon (l'objet du travail) qui accomplit son programme génétique par le travail de l'organisme maternel. La dépense énergétique, jusqu'à l'allaitement où le sein prend le relais du placenta, est ainsi employée à produire des modifications à l'intérieur du corps, et non à l'extérieur comme dans le travail manuel (1998, p. 159).

Toutefois, dans le travail de production d'enfants, les outils de fabrication ne sont pas détachés du corps : ils sont le corps. Par conséquent, pour s'approprier les instruments de production ou pour pouvoir contrôler le processus de reproduction (que ce soit la force de travail ou la capacité de procréation et parfois même le produit, l'enfant), il faut obtenir la mainmise sur les personnes reproductrices elles-mêmes (1998, p. 159).

Pourquoi le travail reproductif des femmes peut-il être exploité?

Après avoir démontré, à partir de la définition de Marx, comment le procès de

reproduction peut être compris comme un travail, elle poursuit son argumentaire en précisant selon quelles modalités la reproduction peut être exploitée. Pour cela, elle prend d'abord soin d'expliquer ce qui différencie l'exploitation dans le procès de production de l'exploitation dans le procès de reproduction. Cette particularité se manifeste en effet dans les relations de reproduction que cette exploitation engendre : étant donné que le procès reproductif se produit à l'intérieur du corps, l'enjeu d'une grossesse non souhaitée est de taille puisqu'il s'agit d'invasion de l'intégrité corporelle.

Toute forme d'accès au corps de l'autre est lourde de signification et implique une codification rigoureuse de la proximité et de la distance corporelle dans le règne animal, y compris humain. L'accès au territoire corporel met en cause l'identité même. D'où un caractère spécifique des relations de reproduction. D'où la possibilité d'un lien d'appropriation matérielle, la plus matérielle pensable, une appropriation qui atteint la personne même dans son intégrité (1998, p. 162).

Puis, elle s'inspire ici de la théorie de l'aliénation de l'activité productive chez Marx¹¹ pour comprendre comment le travail reproductif peut être aliéné et exploité. « La procréation devient un travail aliéné et l'agent reproducteur est dépossédé de soi » (Tabet, 1998, p. 162). Voici les modalités qu'elle définit :

L'exploitation peut consister non seulement à imposer la grossesse, mais aussi :

- à priver l'agent reproducteur de la gestion des conditions de travail, c'est-à-dire : a) à le priver du choix du partenaire, b) à le priver du choix des temps de travail, c) à le priver du choix du rythme (la cadence) du travail;
- à imposer le type (la qualité) du produit (le sexe, la légitimité, la « qualité raciale », etc.);
- à exproprier l'agent reproducteur de son produit;
- à l'exproprier sur le plan symbolique de sa capacité et de son travail reproductifs. (1998, p. 163).

En exploitant les femmes sous ces modalités, on s'assure ainsi du « bon

¹¹ De façon schématique, il y a trois moments de l'aliénation chez Marx : l'expropriation des moyens de production, l'expropriation du travail accompli par le travailleur qui lui fait face et qu'il ne peut reconnaître comme étant le sien, et finalement l'expropriation du produit de son travail qui appartient aux propriétaires de l'entreprise.

fonctionnement, la mise en marche et la cadence » (1998, p. 164) de la machine reproductrice. C'est pour cela que Tabet situe la reproduction selon la même logique d'évolution technique que la production aboutissant à l'extériorisation du geste, mais également selon les mêmes transformations qui ont lieu dans les rapports de production.

Nous assistons là à un phénomène sous certains aspects assez proches de ce qui s'est produit dans la formation du capitalisme, le passage des rapports de servage, d'appropriation directe du travailleur, aux rapports capitalistes de production où le travailleur est libre de sa personne. Évolution analogue dans les rapports de reproduction : de l'appropriation privée de la reproductrice dans le lien de dépendance personnelle constitué par le mariage à l'émergence actuelle de rapports où l'appropriation globale de la personne reproductrice n'est pas la condition de la reproduction même (1998, p. 166).

Pour illustrer les transformations où la mainmise sur la personne reproductrice n'est pas essentielle au bon fonctionnement de la séquence reproductrice, elle aborde le cas particulier de la location d'utérus, et l'autre plus général, des familles monoparentales. Pour ce qui est de la location d'utérus, en plus d'y constater la dissolution du lien d'appropriation privée des femmes par le mariage, elle y voit également l'objet d'une vente, «dans laquelle la force de procréation est échangée de la même manière que la force de travail» (1998, p. 174). De la même manière, alors que les familles monoparentales sont très majoritairement dirigées par des femmes «sans que, pour autant, rien ne change dans les rapports socio-économiques de sexe – les salaires féminins restent inférieurs, l'accès au travail inégal, etc. –, on peut se demander si les femmes ne sont pas en train de payer seules tout le coût de cette transformation.» (1998, p. 178) Tout comme ces deux exemples de la dissolution du lien d'appropriation privée, nous pensons que la situation des femmes qui accouchent en centres hospitaliers représente une actualisation des rapports de sexe et donc une manifestation du rapport d'appropriation sociale et institutionnelle. Toutefois, bien que la grossesse fasse l'objet d'une certaine appropriation institutionnelle médicale, nous pensons que ce rapport d'appropriation directe du corps ne se déploie pleinement que le temps de l'accouchement où les femmes s'y retrouvent collectivement

appropriées dans leur corporéité même, pour un usage invisible bien spécifique : celui de l'appropriation et du transfert systématique de leur force de travail.

En excluant la reproduction de la définition conceptuelle du travail et en en faisant un phénomène exclusivement et naturellement complémentaire aux tâches masculines de production, le sexisme ordinaire, la littérature ethnologique occidentale sur les sociétés dites « primitives », mais aussi la théorie marxiste, auront rendu invisible l'exploitation dont le travail reproductif a été l'objet et qui, comme nous verrons, subsiste encore aujourd'hui dans les formes les plus insoupçonnées. Selon notre auteure, celui-ci reste aujourd'hui invisible pour deux raisons : « d'une part il existe entre eux un certain décalage; d'autre part les idéologies tendent à verser "au compte de la nature" la fécondité et même les femmes tout entières » (1998, p. 166). Cette invisibilité de la reproduction comme une activité de travail, entièrement sociale, aura non seulement occulté la possibilité de son exploitation, mais également le fait que cette homologie structurelle entre les deux procès se situe à travers le « processus général d'évolution qui conduit à l'extériorisation progressive des aptitudes du corps humain » (1998, p. 164). Par contre, et ici je me sépare de son analyse (peut-être à cause des années qui nous sépare), ce qui différencie le procès de production de celui de reproduction, c'est que l'extériorisation du geste propre à l'évolution de la production (de la motricité directe manuelle au machinisme), n'aurait pas, selon elle, encore réellement affecté le procès de reproduction lui-même. Bien qu'il n'y ait pas eu d'extériorisations majeures, les plus importantes à ce jour étant la césarienne, les chirurgies *in utero*, la fécondation *in vitro*, les tests de dépistage prénatals et la viabilité des naissances très prématurées, toutes ces interventions concourent à modifier partiellement le travail reproductif. Nous verrons aussi que la pratique obstétricale des accouchements en centre hospitalier privilégie toute sorte de médiations (technologique et autres) qui ont pour fonction spécifique l'extériorisation du geste d'accoucher, ce qui transforme nécessairement la réalité matérielle sociale et historique du procès reproductif lui-même. Il faut dire toutefois que nous n'en

sommes pas rendus à l'extériorisation complète par le biais d'utérus et de placentas artificiels extérieurs au corps des femmes, bien que ceux-ci fassent l'objet d'un intérêt économique-politique (Martin, 2010).

2.4 *Éric Pineault : les étapes historiques de l'exploitation capitaliste*

Après s'être penché sur le concept d'exploitation du travail de reproduction basé sur les rapports de sexe, notre cadre théorique ne saurait être complet sans un détour par une brève explication des concepts de subsumption formelle et de subsumption réelle, élaborés par Marx pour détailler les étapes du procès de production et d'exploitation du travail capitaliste. Tel qu'abordé dans le chapitre 1, nous avons vu que plusieurs auteur-e-s ont effectué des rapprochements entre le procès de production industrialisée et ce qui se passe sur les départements d'obstétrique (Walsh, 2006; Martin, 1987; Perkins, 2003; Odent, 1976; Kitzinger, 2006). Dans la même lignée démonstration, il s'agit ici de pousser cette analogie jusqu'au bout en examinant comment les étapes historiques de l'exploitation, telle que théorisée dans le cadre des rapports de production capitalistes, peut servir à mieux comprendre l'organisation des pratiques obstétricales lors des accouchements conventionnels. Le même exercice sera fait dans la prochaine partie en ce qui concerne Fischbach, mais spécifiquement pour expliquer son interprétation du concept d'aliénation.

Comme les concepts d'aliénation et d'exploitation renvoient au même procès et se produisent simultanément, il convient de clarifier la distinction entre les deux. Ainsi, on peut dire que l'aliénation concerne directement le rapport entre la personne dominée et son activité aliénée, qui est vécu comme un devenir étranger à soi. Alors que l'exploitation renvoie à la détermination de l'activité d'un individu pour en favoriser la productivité puis en extorquer son usage. Plus précisément, il s'agit du rapport entre le ou les dominants (possédant les moyens de production) et l'activité contrôlée de la personne dominée. Deux étapes historiques du procès capitaliste d'exploitation seront explorées dans cette partie : la soumission formelle et la

soumission réelle. Dans la soumission réelle du travail au capital, trois moments se succèdent et se contiennent les uns à la suite des autres : la coopération, la manufacture et le machinisme.

Soumission formelle

Selon Pineault (2008), la soumission formelle du travail au capital correspond à une appropriation simple du travail. Dans cette appropriation et contrairement à la soumission réelle, il n'y a pas d'optimisation de la productivité de l'activité productive, il n'y a que prolongation de la journée de travail dans le but d'en tirer profit. C'est donc essentiellement le rapport au temps du travailleur qui devient modifié : le travail se définit désormais en heures travaillées et non plus en lien avec l'activité singulière et concrète de l'artisan.

Pour qu'il y ait travail, il ne suffit pas qu'il y ait vente et achat de la force de travail, il faut de plus que cette soumission se matérialise dans un intervalle temporel, et cet intervalle a la particularité d'être construit dans un temps homogène et abstrait qui ne renvoie en rien à la texture temporelle spécifique à l'activité pratique assujettie (Pineault, 2008, pas de page).

La soumission formelle concerne donc la régulation du temps de travail. Cette régulation se fait en inscrivant toute activité productive dans une moyenne de temps de travail socialement nécessaire. C'est cette idée de « moyenne » qui fait du temps une abstraction, car l'activité (et le temps qui doit lui être consacré) « ne relève plus de la culture, de la tradition, elle n'a que cette signification nouvelle d'être un quantum de temps » (Pineault, 2008). Plusieurs moyens ont été historiquement employés pour parvenir à transformer l'activité productive des individus en travail social « moyen », c'est-à-dire à effectuer une soumission formelle du travail.

La soumission formelle implique ainsi l'arrachement des conditions et moyens de production de l'espace immanent à la pratique des individus, l'expropriation de leurs outils et leur perte d'accès aux matières premières; ceux-ci, dès lors, sont mis à nu comme sujets « propriétaires de force de travail » et ceux-là deviennent ainsi des choses aliénables et appropriables (Pineault, 2008).

Par exemple, le paysan travaillant pour lui-même et indépendant se fait exproprier de

sa terre. Il devient ainsi journalier et produit pour un autre fermier. Cela correspond à la soumission formelle du travailleur. Toutefois, en tant que propriétaire de sa force de travail, ce travailleur peut aussi offrir sa force de travail dans une « fabrique », ce qui a pour conséquence de massifier le travail par la coopération des individus entre eux. En surveillant tous ces travailleurs regroupés et en les comparant les uns aux autres, le capitaliste devient en mesure de veiller à ce que le travail ait un degré normal de qualité et d'intensité. C'est donc cette massification et cette normalisation du temps de la force de travail sous un même toit qui sera le premier pas de la soumission réelle du travail au capital, et qui constituera pour Marx le mode de production proprement capitaliste. Trois moments de la soumission réelle seront ici résumés : la coopération, la manufacture et le machinisme (ou l'automatisation).

Soumission réelle

La soumission réelle fait suite à la soumission formelle. Cela ne signifie pas que la soumission formelle disparaît pour autant, au contraire elle est le socle sur lequel la soumission réelle peut s'établir, elle la rend possible. Dans la soumission formelle, il n'y a pas de négation de l'activité productive des individus. Les travailleurs poursuivent leurs activités telles qu'ils l'ont toujours faite selon la tradition et le savoir-faire transmis. Dans la soumission réelle, il y a négation et transformation extrême de l'activité productive.

Pour Marx, la coopération, qui est la première phase de la soumission réelle, c'est la concentration des moyens de production dans une même fabrique, qui fait en sorte de soumettre la force de travail à une massification, mais également, comme on l'a vu, de l'assujettir à la norme sociale par la moyenne. Ici l'enjeu n'est donc plus simplement d'allonger la journée de travail pour en extorquer le maximum. Il se produit maintenant des modifications au niveau de l'activité productive elle-même : il y a transformation du procès de production. Ce qui est explicitement visé, c'est l'intensification de l'exploitation, qui se traduit par l'augmentation de la productivité

de l'activité elle-même, dans le plus court laps de temps possible. Ainsi, une fois réunis les travailleurs et les moyens de production, la coopération, qui permet de massifier la force de travail, permet aussi de diriger cette force d'un même mouvement. Il se produit alors une séparation entre les fonctions d'exécution et de décision : c'est-à-dire entre ceux qui opèrent et celui ou ceux qui, de façon hiérarchique, commandent l'organisation générale de l'entreprise. Pour Marx, cette séparation représente le prélude qui agira au principe de l'organisationnalité en tant que système de régulation du travail abstrait.

Marx voit dans le principe de la manufacture l'élimination de la régulation traditionnelle du travail artisanal. Pour lui, cette tradition fait l'objet d'une rationalisation, c'est-à-dire que les savoir-faire et techniques ancestraux sont utilisés et décortiqués en tâches distinctes dans le but d'opérer une nouvelle division du travail. Cette division se produit sur deux plans distincts : la réorganisation de la division *sociale* du travail qui nie les échanges entre corporations artisanales pour les restructurer et la réorganisation de la division *technique* par le biais de la parcellisation des tâches (Pineault, 2008). Conséquence : le travailleur devient en quelque sorte l'activation d'une parcelle du travail total nécessaire pour la fabrication d'un produit : c'est l'émergence de la figure du travailleur parcellaire. Il s'agit là pour Marx d'une radicalisation du principe de travail massifié (coopération), où les travailleurs sont désormais fragmentés, puis réunis en un sujet collectif. Mais ce sujet collectif n'existe que pour l'objet à produire : la somme de la division des parcelles de travail abstrait correspond à l'aboutissement du produit final. Ainsi, dans cette deuxième phase de la soumission réelle du travail, c'est encore le travail, même s'il est abstrait et divisé, qui « demeure *in fine* une activité qui trouve son sens et son unité dans la subjectivité du producteur; le travail en tant que forme de l'activité sociale, *produit le capital* » (Pineault, 2008). Ce qui ne sera pas le cas pour la troisième phase de la soumission réelle, le machinisme.

Contrairement aux deux premières phases que nous avons décrites, le machinisme représente la forme achevée du mode de production capitaliste. Cela signifie qu'une fois parvenu à la grande industrie, ce n'est plus le travailleur qui utilise les moyens de production pour activer sa force de travail et produire la marchandise. Le rapport entre la force de travail et la technique est renversé, c'est-à-dire que « ce n'est pas le travailleur qui utilise la condition de travail, c'est la condition de travail qui utilise le travailleur » (Marx, s.d. cité dans Pineault, 2008). Ici, ce n'est plus la pratique subjective des individus qui est la base et la logique pour organiser les facteurs objectifs de production. Dans cette inversion des statuts propres au machinisme, le travailleur social, institué par la massification et la division, apparaît désormais comme un « organe conscient » faisant objectivement partie de l'ensemble du système de machines et c'est ce système qui s'impose dès lors comme sujet et qui prend vie pour leur imposer sa force centrale et sa cadence. Les machines « travaillent » et utilisent la force de travail abstraite des travailleurs comme matière objective capable de maintenir la productivité nécessaire à la production. La rationalisation technoscientifique atteint son apogée dans tous les facteurs objectifs possibles : « planification technoscientifique du procès de travail comme système de machines, utilisation d'une source mécanique de force pour mouvoir et faire agir les machines et finalement organisation du système selon les principes de la production de masse et de la division rationnelle du travail » (Pineault, 2008). Encore une fois, il y a radicalisation de la césure entre opération et décision, c'est-à-dire qu'il y a maintenant un déploiement systématique de toute la hiérarchie de superviseurs chargés d'encadrer et de surveiller la force de travail. Voilà ce à quoi correspond l'achèvement de la soumission réelle du travail : l'atteinte d'une productivité maximale qui se renouvelle sans cesse pour s'intensifier.

Il nous semble qu'à la lumière de ces trois auteur-e-s exposé-e-s, l'exploitation dont il peut être question dans les centres hospitaliers se situe au carrefour de ces interprétations. Autant il nous a été possible de constater une certaine forme

d'exploitation du travail basé sur les rapports de sexe et visant spécifiquement le travail reproductif féminin; autant, il nous a semblé que le processus industrialisé ambiant permettait d'entrevoir un type d'exploitation basé sur des rapports du type capitaliste. Comme le dit Delphy (2003), il se pourrait bien qu'il y ait « coexistence des exploitations » du travail d'accouchement des femmes. Nous y reviendrons plus en détail dans le troisième chapitre.

2.4 *Franck Fischbach : Aliénation et privation de monde*

Les travaux de Franck Fischbach permettent eux aussi d'éclairer le caractère construit, et donc situé historiquement, de la notion de travail. Il propose une lecture philosophique de des écrits de Marx¹², lecture qui lui permettra de se positionner en rupture avec les diverses interprétations faisant de lui un penseur du règne de la productivité. En effet, nombreux sont les commentateurs qui décryptent chez Marx l'apologie de la grande industrie. Comme si la seule collectivisation industrialisée des moyens de production suffisait à éliminer le travail afin de libérer pleinement l'être humain. Pour notre auteur, ces interprétations se méprennent sur son projet : Marx ne pense pas l'émancipation des sujets, et par le fait même l'élimination du travail, comme une voie de dépassement du capitalisme. Au contraire, comme nous verrons, l'émergence de la subjectivité dans l'ère capitaliste est plutôt le symptôme le plus révélateur de l'accomplissement effectif de cet ère. C'est en ce sens que Fischbach se propose d'élargir la compréhension du travail : ce n'est pas le travail qu'il faut abolir, il s'agit plutôt de surpasser la forme historique capitaliste de l'activité productive. « Non pas se libérer *du* travail, mais libérer *le* travail, et donc se libérer dans le travail » (Fischbach, 2011, p. 133). « Il s'agit de la perspective d'une sortie de la forme-travail de la production, d'une émancipation de la production à l'égard du travail, et évidemment pas d'en finir avec la production ou avec l'activité productive

¹² Une lecture philosophique qui sera effectuée à la lumière d'auteurs inattendus tels que Spinoza et Heidegger, pour ne nommer que ceux-ci. Pour Fischbach, ces deux auteurs servent de « révélateur » de l'originalité méconnue de Marx, qui se traduit par une exploration et une mise au jour « d'autres possibles toujours recelés par l'ontologie de l'agir » (Fischbach, 2002, quatrième de couverture).

elle-même [...] » (Fischbach, 2005, p. 145). Ainsi en ouvrant les horizons conceptuels de cette notion de travail qui a été historiquement rétrécie, Fischbach explore de nouveaux possibles, non seulement pour comprendre ce que peut être le sens d'une activité productive, mais aussi pour saisir sous un autre jour ce qu'il advient de l'aliénation des sujets dans le monde contemporain.

L'aliénation, c'est la désobjectivation

Il propose ainsi une vision tout à fait distincte, disons renversée, de la conception « classique » ou idéaliste de l'aliénation. Contrairement à la conception courante de l'aliénation, il entend démontrer que ce phénomène n'est pas la conséquence d'une perte du sujet dans l'objet, ni d'une imposition du mode d'être des objets au sujet, mais bien le contraire. L'individu aliéné est d'abord celui qui « se retrouve dépourvu ou privé d'objet, sans objet » (Fischbach, 2009, p. 152). Sous cet angle de vue, l'aliénation n'est donc plus le résultat d'une objectivation, mais son opposé, la désobjectivation, c'est-à-dire la perte de ses objets et, ultimement, la privation de l'objectivité. Voici comment Marx départit ce qu'est un être objectif d'un être non objectif :

[que l'humain soit] un être vivant, réel, sensible, objectif, cela signifie qu'il a des *objets réels* et *sensibles* pour objets de son être et de l'expression de sa vie, ou bien qu'il ne peut *exprimer* sa vie qu'à même des objets réels et sensibles; (...) un être qui n'a pas d'objet hors de lui n'est pas un être objectif (...); un être non objectif est un non-être (Marx, 2007, p. 166-167 cité dans Fischbach, 2009, p. 153).

Ainsi, pour Marx, c'est l'activité productive qui devrait permettre aux humains à la fois d'exprimer leurs vies et de répondre à leurs besoins objectifs, soit de s'auto-objectiver. Il est donc tout à fait adéquat que l'activité productive des humains soit une activité auto-objectivante et que celle-ci aboutisse à l'objectivation de leur individualité : « les *objets* deviennent pour lui l'*objectivation* de lui-même, des objets qui confirment son individualité, en tant que *ses* objets; c'est-à-dire qu'il devient *lui-même* objet » (Marx, 2007, p.150 cité dans Fischbach, 2009, p. 153). L'activité auto-objectivante est donc ce travail positif et affirmatif qui permet aux humains de

s'approprier le monde extérieur pour *se faire soi-même*, reconnaître ce corps que nous sommes parmi les autres, mais aussi être à la fois incarné et transformé par cette matière en mouvement. Chez Marx, il n'y aurait donc pas l'idée qu'on peut être *réduit à l'état d'objet*, car nous sommes d'abord « des êtres objectifs, c'est-à-dire des êtres existant objectivement au même titre que les autres » (Fischbach, 2009, p. 82). Voilà pourquoi l'aliénation ne peut pas être comprise directement comme une objectivation, mais avant tout comme une désobjectivation, comme une perte de ses objets vitaux puis comme une privation d'objectivité. Dans l'analyse marxienne de Fischbach, ce sont précisément les rapports sociaux capitalistes qui permettent ce dépouillement et qui constituent un aspect essentiel de l'aliénation des travailleurs. Décortiquons-en maintenant les étapes.

Ce que les rapports de production capitaliste font au travail, c'est d'abord que l'objet, une fois produit, ait une existence totalement indépendante de celui qui l'a produit, ce qui conduit le travailleur à être toujours dépourvu et séparé des objets qu'il a lui-même produit, objets appartenant d'ores et déjà à un autre. Et ainsi « [...] que l'acte de s'exprimer dans la chose aboutisse en la perte de la chose en laquelle il a exprimé son être » (2009, p. 152). Puisque le travailleur ne possède pas les objets nécessaires (moyens de production et matières premières) pour produire d'autres objets, le résultat final du procès de travail, à savoir l'objet produit, ne lui appartient pas non plus, il est toujours déjà la propriété d'un autre. Le travail aboutit donc à la complète absence d'objet. C'est-à-dire que le travailleur est un être irrémédiablement dépourvu des objets, non seulement qu'il a lui-même produit, mais aussi des objets nécessaires à la production. Cette activité supposée objectivante qu'est le travail s'achève donc en son contraire, le dépouillement le plus complet des objets avec lesquels le travailleur s'est lui-même accompli. Mais ceux-là ne sont pas son unique perte, car il se trouve également contraint à devoir vendre sa force de travail s'il veut avoir accès aux objets de son besoin. Ainsi, s'il ne travaille pas pour l'autre possédant les moyens de produire et les objets produits, il se retrouve également sans les objets nécessaires à la

satisfaction de ses besoins les plus élémentaires. Cette contrainte à devoir vendre sa force de travail pour obtenir les objets dont il a besoin pour vivre le place donc dans cette situation étrange : il se voit offrir une chose, un autre objet qu'il ne possède pas : le travail.

C'est donc du travail lui-même dont le travailleur est dépossédé en définitive, car ne disposant ni des objets pour vivre, ni des outils pour produire, ni de la matière à travailler, ni des fruits de son travail, ni du travail lui-même, tout ce qu'il peut faire, c'est de vendre la seule chose qui lui appartienne maintenant : sa capacité à travailler, c'est-à-dire le potentiel de sa force de travail. C'est à cela qu'aboutit, dans le capitalisme, l'activité d'objectivation du travailleur : elle devient la privation la plus totale de tous les objets, ce qui, pour Fischbach, le prive donc de l'objectivité en tant que telle.

[...] la perte d'objectivité subie par le travailleur aliéné est bien plus radicale que la seule perte de l'objet produit par lui. Ce qu'il perd, nous dit Marx, ce sont les objets nécessaires à la vie et les objets du travail (*die Arbeitgegenstände*) : par où il faut entendre, d'une part, les objets nécessaires à la satisfaction des besoins vitaux (se nourrir, se vêtir, se loger), objets auxquels le travailleur n'a pas d'accès autrement qu'en travaillant, et d'autre part les objets requis par le travail lui-même (la matière à travailler, les moyens de travailler, c'est-à-dire les outils de travail) que le travailleur ne possède pas et auquel il n'a accès que par l'intermédiaire de celui qui lui fournit du travail (2009, p. 152).

Pour Fischbach, cette privation de la dimension objective se manifeste de façon éloquente chez le travailleur par la perte du besoin. Dans les conditions de l'industrialisation telles que Marx les connaît, les travailleurs ne sont même plus en mesure de reconnaître leurs besoins les plus élémentaires : « un air sain à respirer, besoin de lumière, besoin de propreté, d'une alimentation saine (ainsi l'irlandais, écrit Marx, ne connaît plus le "besoin de manger", mais seulement le besoin de manger "des patates à cochons"). Le producteur est ainsi conduit à travailler dans la négation complète de ses besoins élémentaires et de la dimension sensible, passive, de son être » (2009, p. 155).

Nous sommes ici loin de l'activité d'auto-objectivation par laquelle les humains manifestent leurs forces vitales, confirment leur vie et répondent à leurs besoins en attestant de leur objectivité la plus essentielle. L'individu aliéné est plutôt celui qui est contraint à subir une objectivation qui n'est pas la sienne, qui vient du dehors et s'impose à lui comme une puissance étrangère. C'est pourquoi Fischbach dit que l'aliénation est en quelque sorte la « version pathologique » d'une objectivation « qui rate et qui échoue » (2009, p. 155). « [Elle] n'est pas cette objectivation elle-même, mais un phénomène interne à l'objectivation » (2009, p. 155). Le paradoxe est celui-ci : alors que la dimension objective, sensible, passive de son être devrait se manifester par la réalisation de son activité productive, le travailleur aliéné est plutôt celui qui se voit privé de cette dimension en accomplissant l'activité même par laquelle il est censé l'affirmer. « L'aliénation est ainsi le nom du processus par lequel, d'activité d'auto-objectivation, le travail est transformé en activité de désobjectivation [...] » (2009, p. 156).

Les transferts de passivité

Au terme de ce processus de désobjectivation, « que reste-t-il au travailleur? », demande Fischbach (2009, p. 156). Une pure force de travail abstraite faisant de lui une activité subjective pure. Car en étant contraint de faire cette activité de désobjectivation, en se retrouvant ainsi sans objet, en étant plus le ressort d'aucune condition objective et en étant même dépossédé « de l'épreuve (en elle-même passive) du besoin comme tel » (2009, p. 156), tout ce qui subsiste pour le travailleur, c'est une simple capacité abstraite de travail. Pour Fischbach, cette désobjectivation de soi aboutit donc à deux choses primordiales :

- 1) le producteur est réduit à une pure activité ou à une activité pure, c'est-à-dire à une capacité ou une puissance abstraite de travail qui doit attendre que les conditions objectives de sa mise en œuvre lui soit fournit du dehors par un autre qui les possède;

2) lorsque cette pure puissance subjective de travail est mise en œuvre, elle est vécue et expérimentée par le travailleur comme négation de son activité, comme activité d'un autre en lui et comme une activité pour un autre que lui, s'effectuant en lui malgré lui et contre lui (2009, p. 156).

Ainsi désobjectivée et devenue pur sujet, la dimension passive de son être se trouve complètement extériorisée, soit transférée au-dehors. Cela correspond au premier mouvement du transfert de passivité : « étant contraint d'abandonner sa propre dimension d'objectivité, il se trouve privé de toute possibilité de concevoir ou de reconnaître sa propre dimension passive, où il fait l'épreuve de se reconnaître affecté, d'être un être de besoins, de désirs, d'affects » (2009, p. 157). Il devient alors en mesure de se réduire lui-même comme sujet purement actif. Non seulement il possède une force de travail, mais en l'activant, il s'y confond dans son être même : il devient pure activité, même si celle-ci est mise en œuvre et appartient en définitive à un autre. C'est en cela que consiste précisément le second mouvement du transfert de passivité. Cette fois-ci, le transfert se produit de l'extérieur vers le travailleur. « [...] réduit à la pure activité, il a l'objectivité et la dimension passive en dehors de lui-même, de sorte que cette passivité fait ensuite retour contre lui-même, s'impose à lui comme la puissance qu'exerce en lui-même une objectivité qui n'est plus la sienne et dont il est séparé » (2009, p. 157). L'impuissance du sujet se manifeste donc à ce moment précis où cette objectivité qui lui fait face est puissante au point de s'imposer, le sujet s'y oubliant et s'y conformant malgré lui. Ainsi, contre la conception courante du machinisme voulant que ce soit l'activité qui soit retirée aux travailleurs pour être transférée aux machines, laissant ceux-ci dans un état de passivité intolérable (comme si c'était les machines qui « travaillaient » à la place de l'humain), Fischbach y voit plutôt le contraire, à savoir qu'autre chose (des machines) qu'eux-mêmes deviennent passif à leur place. Pour être plus explicite, Fischbach fait ici appel au concept d'interpassivité élaboré par Slavoj Žižek pour rendre compte de l'aliénation chez Marx. Il donne l'exemple des nouveaux médias : « L'impact vraiment inquiétant des nouveaux médias ne résiderait pas dans le fait que les machines nous arrachent la part

active de notre être, mais à l'exact opposé, dans le fait que les machines digitales nous privent de la dimension passive de notre vécu : elles sont passives pour nous » (Žižek, 2004 cité dans Fischbach, 2009, p. 158). Ce transfert de passivité se produit donc en ce que quelqu'un ou quelque chose exprime la dimension passive du travailleur à sa place et que celui-ci accepte cette détermination affectuelle objective comme étant la sienne.

Un commentaire, qui réfute partiellement la compréhension de Fischbach du rapport entre passivité et activité, s'impose par contre dans l'optique de la compréhension des pratiques obstétricales du prochain chapitre. Pour ce qui est de l'analyse de ces pratiques, nous pensons qu'il y a effectivement présence des deux moments au transfert de passivité que nous venons de discuter. De plus, nous sommes en accord avec lui sur le point qu'il n'y a pas de transfert de l'activité des femmes qui accouchent vers les machines¹³ : les machines utilisées pendant l'accouchement ne sont pas actives à leur place. Toutefois, nous pensons qu'il existe bel et bien un transfert de l'activité dans les rapports de reproduction institués par l'obstétrique moderne. C'est un transfert qui s'effectue non pas vers les machines, mais plutôt de la parturiente vers les autres intervenant-e-s. Plus précisément, il procède du travail de la femme, qui se voit approprié et transformé de nombreuses façons, au point de pouvoir devenir directement – automatiquement – le travail des intervenant-e-s, qui en retour s'impose alors à elle. C'est exactement parce que le travail de la femme fait face au travail des intervenant-e-s qu'il peut y avoir à notre avis ce type de transfert. La possibilité de l'exploitation se trouve dans la possibilité de ce transfert, c'est-à-dire d'usage optimisé de la force de travail de la femme au profit du travail des autres.

¹³ Voici quelques-unes des machines et autres instruments utilisés pour les accouchements en centre hospitaliers : cardiocographe qui sert à l'enregistrement électronique des battements cardiaques fœtal et de la pression des contractions utérines. Sphygmomanomètre pour mesure la pression artérielle de la femme. Pompe à perfusion anesthésique pour l'injection des doses lors de la péridurale. Perfusion intraveineuse pour l'ocytocine, hormone synthétique stimulant les contractions utérines, ainsi que pour les solutions de remplissage. Ventouse, forceps, parfois sonde échographique.

La privation de monde : des sujets performants et jouissifs

Dans son ouvrage *La privation de monde* (2011), Fischbach accomplit un pas de plus dans son analyse de la subjectivité, qu'il qualifie d'« hyper » ou d'« ultra-sujet ». Pour lui, la production de cet ultra-sujet est « structurellement nécessaire » au capitalisme. Comme nous avons vu, les rapports de production capitalistes produisent une subjectivité abstraite, dépouillée et déracinée de ses objets vitaux. C'est en quelque sorte une subjectivité « libérée » de toutes déterminations objectives, qui flotte sur une réalité sociale qui n'est plus la sienne. Ce sujet travaille pour vivre, mais n'accomplit pas ni se s'accomplit lui-même, car il se trouve pris dans des rapports qui le privent constamment de *son* rapport à l'objectivité. Ainsi il produit des objets et consomme ses envies de façon maximale et frénétique, sans que cela ne fasse de sens pour lui et sans faire l'épreuve du besoin. D'où le sentiment d'impuissance face au monde, la perte du sens de la vie, le « désenchantement du monde ». C'est ce que Fischbach exprime comme privation de monde. « Je considérerai ici le monde comme ce dont nous sommes privés par la réalité sociale, ou comme ce dont notre réalité sociale est très largement parvenue à nous priver. Il s'agira donc ici de comprendre en quoi et comment nous nous trouvons expropriés du monde, et par là privés d'une dimension essentielle de notre propre être [...] » (2011, p. 11).

Pour ce faire, il considère sous un œil critique non pas *la relation* que le sujet entretient avec le monde, mais bien la catégorie du « sujet » lui-même.

Je crois qu'on se représente d'abord un *sujet* qui est privé d'une *relation* ou d'un lien avec un monde qu'il puisse considérer comme le sien. Si bien qu'on cherche à restaurer la relation et qu'on se tourne vers le monde en se demandant ce qu'il faudrait y faire, comment il faudrait le transformer pour que les sujets puissent s'y reconnaître à nouveau comme dans leur monde, comme dans un monde qui est bien le leur (2011, p. 31).

Dès qu'on convoque le concept de sujet, l'absence de monde et la privation de monde viennent avec (2011, p. 32).

Ainsi, les nombreuses critiques sociales de l'appareil d'État et du capitalisme, menées

dans les années 60-70, qui dénonçaient l'aliénation comme chosification des personnes et qui prônaient un « retour au sujet » vu comme solution émancipatrice, auront finalement servi le renforcement de la perception de soi comme sujet, tel que Fischbach en témoigne. C'est précisément ce sujet émancipé qui se trouve aujourd'hui encouragé tant par le biais de la consommation de masse, par l'autopromotion obligatoire en entreprise, que par les divers services gouvernementaux.

Alors que les systèmes bureaucratiques fortement hiérarchiques des années 60 et la consommation de masse de ces mêmes années tendaient à nier l'individualité, la singularité et donc aussi la subjectivité des sujets, au contraire les procédures de contrôle et les techniques de gouvernement qui se sont progressivement imposées depuis les années 80 ont eu pour particularité de promouvoir la singularité de chaque sujet : le Soi du sujet et de *chaque* sujet n'a jamais autant été promu, voire « reconnu », de sorte que ce Soi est conduit à devoir se maximiser lui-même en permanence à la fois en produisant et en consommant toujours davantage (2011, p. 35).

C'est donc à l'intériorisation des injonctions de performance et de jouissance que Fischbach prête l'oreille et analyse comme nouveau dispositif de maximisation du sujet. Ce sont en effet des dispositifs perçus comme étant très humanisants en ce qu'ils permettent aux sujets d'atteindre sans relâche leur plein potentiel de jouissance et de développer la richesse de leurs compétences. En même temps, ceux-ci permettent de rendre invisible d'une part, le discours et les techniques de contrôle effectués par le gouvernement et, d'autre part, l'aliénation spécifique au système capitaliste actuel. Par homologie, nous pensons que l'humanisation actuelle (et probablement à venir) des soins obstétricaux permet aux femmes et aux intervenant-e-s de produire une mise en scène humanisée de l'accouchement qui invisibilise l'exploitation de leur travail et la productivité à laquelle on les soumet. Cette humanisation où l'on fait la promotion des femmes et des familles comme sujet actif à part entière, comme « participante aux décisions » est pour nous synonyme d'aliénation en ce qu'elle véhicule l'intériorisation du contrôle de soi et de l'autonomie. C'est ce que Fischbach signifie lorsqu'il parle d'une injonction paradoxale d'autonomie : « [l'humain] est constamment et de toute part incité à agir

en sujet libre et autonome, mais l'accès aux conditions et aux moyens objectifs qui lui permettraient de l'être effectivement lui est systématiquement soustrait et refusé » (Fischbach, 2009, p. 256). De la même manière, on pourrait considérer l'humanisation promue par la pratique sage-femme québécoise comme un impératif d'autonomie, de jouissance et de performance de l'expérience de l'accouchement. Il ne faut donc pas se surprendre que les femmes vivent parfois les transferts de la maison de naissance vers le centre hospitalier comme un échec devant ces « impératifs » sous-jacents à la pratique des sages-femmes.

Deux concepts seront centraux à notre analyse de la pratique obstétricale : les concepts d'exploitation et d'aliénation. Trois auteur-e-s, Guillaumin, Tabet et Pineault, ont été visités pour approfondir différentes facettes du premier concept. Les particularités de l'exploitation propres au travail reproductif ont été soulevées, de même que celles que l'on associe généralement au travail capitaliste. Fischbach nous aura permis d'explorer un nouveau sens du concept d'aliénation qui semble également pouvoir s'opérationnaliser avec ce qui se passe lorsque les femmes accouchent sur les départements d'obstétrique.

2.5 Des contradictions et des similitudes

Toutefois, avant d'aborder le cœur de notre objet de recherche, à savoir les pratiques obstétricales et sage-femme, il convient de soulever les contradictions ou tensions apparentes entre les auteures féministes matérialistes et marxiennes que nous avons exposé dans ce chapitre. Nous sommes d'avis qu'en dépit de ces contradictions, un arrimage de ces quatre auteur-e-s s'avère non seulement possible, mais également utile pour la construction d'un modèle d'analyse des pratiques périnatales obstétricale et sage-femme. Une première tension concerne une critique souvent formulée par les

auteurs féministes matérialistes, particulièrement Delphy (2003, 2004) et Guillaumin (1992). Il s'agit de la tendance de certains auteurs marxistes à considérer l'exploitation et l'aliénation vécues par les travailleurs capitalistes comme étant la pire forme historique de toutes ou du moins celle qui soit théoriquement centrale par rapport aux autres formes comme celles de genre ou de race/ethnie. Pour Delphy (2003), c'est l'hégémonie de la théorie de la plus-value de Marx qui a conduit tous ces successeurs à ne plus être en mesure de cerner les autres formes d'exploitation, passées ou actuelles. Elle mentionne que

dans ce système de pensée, exploitation et extorsion de plus-value sont la même chose. Et l'exploitation n'est plus qualifiée : tout se passe comme si cette forme, censée être la dernière en date, et aussi la dernière avant le renversement du capitalisme, dans une vision explicitement évolutionniste des stades de la société, résumait toutes les exploitations passées : la seule qui reste est aussi réputée la pire (2003, p.71).

Toujours selon Delphy (2004), même Simone de Beauvoir serait tombée dans le panneau en disant «mais où est l'exploitation des femmes puisqu'il n'y a pas de plus-value?» (p.102) Guillaumin (1992) dit que c'est l'un des paradoxes propres à l'extorsion directe du travail : parce qu'elle n'est pas évaluée ni quantifiée comme l'est le salariat, l'exploitation du travail non-rémunéré devient invisible. On est donc porté à croire que là où le travail n'est pas payé du tout, il serait moins exploité que là où il est partiellement rémunéré. C'est précisément parce qu'il est invisible qu'on ne peut saisir la spécificité de l'exploitation du travail féminin, à savoir que c'est l'appropriation du corps qui permet l'appropriation sans limite de la force de travail.

Pourtant, Marx disait déjà à son époque que la reconnaissance du travailleur en personne juridique libre était une «avancée décisive» par rapport aux modes de production «antérieurs» comme le féodalisme ou l'esclavagisme (Fischbach, 2005, p.171). La différence entre ces modes résiderait essentiellement dans le fait que le travailleur n'est dorénavant plus considéré comme une valeur d'échange marchande (l'esclave est une marchandise vendue) puisqu'il dispose librement de sa propre force de travail. Il n'est plus une marchandise mais il en a une. Fischbach résume cela

ainsi :

Ce qui s'introduit ici c'est une différence entre l'être et le faire du travailleur, l'être du travailleur n'est pas immédiatement identique à ce qu'il fait. *En cédant à un autre pour une certaine durée l'usage de ses forces, il n'aliène pas son être même; au contraire : puisqu'il peut céder l'usage de ses forces c'est justement qu'il est maître de cet usage et donc qu'il est quelqu'un en dehors de cet usage* (Fischbach, 2009, p. 171, nous soulignons).

Ce qui est sous-entendu ici, c'est que lorsque le corps de la personne est approprié pour sa force de travail, c'est l'être même de la personne, et non pas seulement le faire, qui se trouve aliéné. Guillaumin abonde dans le même sens en disant que «la privation d'individualité est la séquelle ou la face cachée de l'appropriation matérielle de l'individualité» (1992, 31). Pourtant chez Fischbach, nulle mention n'est faite à la *coexistence actuelle* des diverses formes d'exploitation et d'aliénation, de leur similitude, mais aussi de leur spécificité. Seule l'aliénation en provenance du système capitaliste semble actuellement s'imposer dans l'organisation du monde actuelle. À la lecture de ces différents ouvrages, on pourrait même être porté à penser que la spécificité de l'aliénation subie par les travailleur-euse-s capitalistes tend à s'étendre partout et transformer la race humaine entière en ultra-sujet (2011), bien au-delà des frontières propres à l'expérience de l'exploitation salariale. Le sexage, comme rapport d'appropriation de la personne en tant que machine-à-force-de-travail, ne semble pas être considéré comme une donnée sociale à tenir compte dans son analyse théorique des formes actuelles d'exploitation et aliénation. Fischbach va même jusqu'à mentionner le footballeur contemporain comme exemple de personne pouvant être approprié (en tant que corps qui possède une valeur d'échange) dans la société actuelle. De notre point de vue, cette incapacité à considérer les implications théoriques de cette coexistence a amené Fischbach à exclure de la définition du concept d'aliénation la possibilité qu'il puisse y avoir *en ce moment* aliénation par appropriation du corps, réduit à l'état d'objet.

Cela nous amène à aborder la seconde contradiction. Celle-ci concerne le sens

attribué au concept d'aliénation chez nos auteures féministes par rapport à Fischbach. Si l'on suit l'entreprise théorique de Fischbach, il entend démontrer avec Marx que la formation du paradigme moderne de la subjectivité chez les philosophes modernes est directement dépendante d'une forme historique précise et déterminée de la production, celle du travail capitaliste. Aujourd'hui cette concomitance se manifeste de cette manière : «Le Soi du sujet et de chaque sujet n'a jamais été autant promu, voire reconnu de sorte que ce Soi est conduit à devoir se maximiser lui-même en permanence à la fois en produisant et en consommant toujours davantage» (Fischbach, 2011, p. 35). Par conséquent, il se positionne contre ces auteur-e-s critiques qui dénoncent les mécanismes aliénants de la société contemporaine en ce qu'ils mettraient en danger la subjectivité des sujets en les traitant comme des choses ou des objets. On l'a vu, Fischbach pense exactement le contraire : l'aliénation n'est pas une objectivation des sujets ni une réduction des sujets à l'état de chose, elle est une désobjectivation et une privation d'objectivité.

Le sens du concept d'aliénation diffère substantiellement chez Tabet (1998). Elle utilise ce concept, toujours inspirée par Marx, pour décrire la conséquence de l'exploitation du travail reproductif comme une dépossession de soi. «Comme tout travail, le travail reproductif peut être libre ou objet d'exploitation. Dans le second cas, la procréation est alors un *travail aliéné* et l'agent reproducteur est dépossédé de soi» (Tabet, 1998, p.162). Au contraire de Guillaumin, cela semble signifier qu'elle interprète la conséquence d'un travail aliéné, c'est-à-dire la dépossession de soi, comme un phénomène qui peut toucher toutes les formes de travail, qu'il soit productif ou reproductif. Toutefois, paradoxalement, elle enchaîne son argumentaire sur la différence fondamentale entre la gestion d'un travail reproductif par rapport à un travail productif : «L'accès au territoire corporel met en cause l'identité même. D'où un caractère spécifique des relations de reproduction. D'où la possibilité d'un lien d'appropriation matérielle [...] qui atteint la personne même dans son intégrité» (Tabet, 1998, p. 162). On pourrait effectivement se demander en quoi diffère la

dépossession de soi qui survient lors d'un travail productif par rapport au travail reproductif. Est-ce pour Tabet simplement une différence de degré d'invasion du corps, le travail reproductif permettant une plus grande intrusion? Ou est-ce que la possibilité de l'appropriation matérielle des corps en vue de l'exploitation du travail reproductif introduit une dépossession de soi *singulière*, s'apparentant plutôt à la perte d'individualité décrit chez Guillaumin?

Chez Guillaumin, le concept d'aliénation n'est jamais utilisé comme tel. Elle décrit par contre le rapport d'appropriation physique des femmes par les hommes comme une relation de propriétaire à objet. «*Les appropriées étant, DANS CE RAPPORT, des choses*, la face idéologico-discursive de cette appropriation sera un discours exprimant que les dominés appropriés sont des objets naturels» (1992, p. 48). Elle mentionne également que le sexage concerne la réduction à l'état d'outil dont la possession implique qu'on en fait usage. Toutefois, Guillaumin n'aborde pas la différence fondamentale entre l'instrument de travail qui correspond à du travail mort objectivé (un marteau, une lessiveuse, une moissonneuse, etc.) et l'instrument de travail qui contient en lui-même une force de travail vitale (les femmes, les esclaves, les serfs). Car c'est précisément de cela qu'il s'agit dans le rapport d'appropriation des femmes : les femmes ne sont pas un outil, un objet ou une machine comme les autres, elles sont appropriées parce qu'elles sont une *machine-à-force-de-travail*. C'est là l'intérêt de l'appropriation physique directe, on peut bénéficier de cette machine en tant que réservoir illimité de force de travail. Dans un sens, bien qu'elle voie dans ce rapport d'appropriation un «rendre objet» des femmes, elle y décèle également une appropriation de leurs forces vitales, qui n'a rien d'une objectivation.

À la lumière de l'exposition des contradictions et des similarités entre nos auteur-e-s, peut-on penser qu'il existe deux formes d'aliénation compatibles où l'une n'empêche pas l'autre mais a le potentiel de la rendre possible : l'aliénation de l'«être» par appropriation du corps et l'aliénation du «faire» par appropriation de la force de

travail? Ainsi, dans le cas du sexage, les femmes subiraient l'une comme l'autre, bien que l'aliénation relative au «faire» des femmes diffère considérablement de celle décrit dans les rapports de production capitaliste. Dans le cas qui nous concerne, l'appropriation de la force de travail des femmes qui accouchent passe nécessairement par la mainmise sur leur corps. De plus, la parenté souvent soulignée entre les départements d'obstétrique et l'industrialisation de la production laisse penser que l'aliénation de l'activité des femmes se fait tout autant sur le mode capitaliste. Nos quatre auteur-e-s s'avèrent donc un terreau intéressant pour poursuivre notre réflexion et construire notre modèle d'analyse.

CHAPITRE 3 LA PRATIQUE OBSTÉTRICALE COMME POTENTIEL D'EXPLOITATION ET D'ALIÉNATION DU TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT DES FEMMES

3.1 Démarche méthodologique spécifique au milieu obstétrical

J'ai pu avoir accès au milieu hospitalier grâce à mon stage en tant qu'étudiante sage-femme. Celui-ci s'est déroulé sur une période de trois mois, de juin à août 2013. Je faisais des quarts de travail de 12 heures, parfois le jour, souvent la nuit, à raison d'un minimum de 35 heures/semaine. Ce stage se situe pour toutes les étudiantes sage-femme vers la fin de la troisième année de formation, après trois autres stages de quatre mois chacun, réalisés en maison de naissance. Bien que les étudiantes soient généralement prêtes pour mener à bien ce stage, le fait d'apprendre le fonctionnement et les pratiques d'un milieu complètement différent rend la tâche assez exigeante.

En ce sens, il aurait été impossible pour moi de tenir un journal quotidien détaillé, car au contraire de Vadeboncoeur (2004) qui a mené une enquête ethnographique (sa collecte de données a eu lieu en 2000-2001) en observant quatorze accouchements au même endroit que moi, je n'étais pas à l'hôpital LaSalle en tant que chercheure et observatrice, mais avant tout en tant que stagiaire. C'est donc en tant que participante, prise dans le feu de l'action que j'ai écrit le récit d'une journée de stage, mis en annexe. Je n'ai donc jamais eu l'occasion d'observer des événements sans en être directement partie prenante : car j'interagissais avec les femmes, les familles et tous les autres professionnel-le-s; je prenais certaines décisions cliniques et intervenais, au même titre que les infirmières et les médecins. À la demande des infirmières, des médecins, j'ai opéré de nombreuses interventions que je jugeais inutiles par rapport à ma pratique comme sage-femme, mais qui faisaient partie des routines hospitalières. Toutefois, il faut dire que les femmes ignorent en général que ces interventions ne sont pas nécessaires, sinon pour assurer la gestion du système en place. Pour cette

raison, je ne me sentais pas trop mal à l'aise de les faire. Les femmes semblaient d'ailleurs apprécier mes façons de faire les choses et la relation de confiance que j'essayais de créer avec elles.

Cette recherche prend appui entre autres sur ces quelques notes d'observation prises à l'occasion d'une seule journée de travail plus calme que les autres sur le département d'obstétrique. Celles-ci ont été prises à la volée entre deux visites auprès de la femme que j'accompagnais cette journée-là, puis le lendemain matin avant que je ne recommence à travailler. Pour l'écriture, aucune méthode spécifique, car je l'avais envisagé comme un essai seulement, n'étant pas certaine d'utiliser ce matériel, n'a été mobilisée. Comme l'exercice m'a semblé toutefois pertinent — utile à ma démarche de recherche —, j'ai par la suite décidé d'en décrire davantage sur les lieux et professions de gynécologue-obstétricienne et d'infirmière. Cela me servirait certainement car au contraire de mon autre terrain directement relié à la pratique sage-femme, le temps passé sur ce terrain était plus court et je me sentais moins concerné car les sages-femmes québécoises ne travaillent pas à l'hôpital. Aussi, j'allais rédiger cette partie de mon mémoire plusieurs mois après y avoir séjourné, ce récit sera donc un aide-mémoire. De plus, comme je me suis retrouvée par hasard dans l'hôpital où Hélène Vadeboncoeur a effectué son enquête ethnographique, j'ai pu bénéficier de son témoignage en le comparant avec mes propres observations.

L'effort de mémoire que j'ai dû faire dans mon récit pour la description des lieux et des professions n'a pas été particulièrement ardu, car ce sont des moments assez marquants dans ma formation, n'étant pas du tout « habituée » à la pratique en centre hospitalier. Bien que j'ai pu assister à quelques transferts en centre hospitalier pendant mes autres stages en maison de naissance, je ne connaissais la pratique obstétricale que par ma revue de littérature qui en faisait généralement la critique, à travers l'analyse fort détaillée de ce en quoi consiste « l'humanisation des pratiques » en centre hospitalier (Vadeboncoeur, 2004), ainsi que par les nombreuses lignes

directrices de soins de la Société des gynécologues-obstétriciens du Canada (SOGC) que j'avais du lire au cours de ma formation comme sage-femme. Au moment du stage, très peu de personnes savaient que j'étais en rédaction de mémoire en sociologie et celles qui le savaient ne connaissaient pas l'objet de mes questionnements, sauf ma collègue étudiante sage-femme (avec laquelle j'ai fait ce stage) avec qui j'ai parfois échangé.

C'est donc en tant que témoin privilégiée qui peut comprendre à peu près tout ce qui se passe « médicalement parlant », de par ma position « intérieure » comme professionnelle de la santé, mais aussi par ma position « extérieure » de stagiaire sage-femme venant d'une profession qui développe des pratiques assez différentes, me sentant parfois davantage du côté des femmes et des familles que du côté des intervenant-e-s, que j'ai tenté de décrire les événements qui sont au centre de mon questionnement.

3.2 *Question spécifique de recherche*

Dans le mémoire « Maternité et inégalités » du Regroupement Naissance-Renaissance, une question soulevée m'a servi de guide pour orienter ma propre démarche : « Comment se fait-il qu'après trente ans de lutte pour l'humanisation des naissances, nous en sommes encore à constater que les femmes se font accoucher? » (p.7) Si l'on retient cette question à la lumière de notre cadre théorique, nos questions spécifiques seraient: « comment se produit actuellement l'exploitation et l'aliénation du travail d'accouchement au Québec? Quelles sont les médiations qui rendent possible l'exploitation du travail et l'aliénation des femmes? », dans un premier temps. « Se pourrait-il que l'humanisation, tel qu'elle est actuellement mise en œuvre par certains établissements de soins obstétricaux, ne devienne le nouvel avatar à la fois idéologique et pratique pour maintenir l'exploitation, autant qu'en atténuer les effets indésirables, de ce moment du travail reproductif des femmes? », dans un second temps.

3.3 *Présentation du schéma pour fin d'enquête sur la pratique obstétricale*

La compréhension de l'activité d'accoucher comme un « travail », avec toutes les conséquences que cela implique en terme de possibilités d'exploitation ou d'émancipation, n'est pas un objet de recherche qui va de soi. Le concept d'exploitation étant absent de la littérature critique comme de la mentalité des praticien-ne-s du milieu obstétrical¹⁴, il fut assez ardu de produire un schéma servant à rendre compte de cet objet complexe et invisible (invisibilisé). Pour ce qui est de la littérature critique, cette absence pourrait s'expliquer par la spécificité du travail reproductif que nous avons décrit avec Tabet. Une seconde explication serait la difficulté à appliquer telle quelle la théorie de l'exploitation capitaliste au phénomène du travail reproductif. Ces critiques sont insuffisantes en ce qu'elles se méprennent sur les raisons de cette situation d'inégalité, où les conditions des femmes, quant à leur autonomie reproductive, se trouvent constamment détériorées. C'est-à-dire qu'elles se retrouvent dans cette situation parce qu'il y a appropriation de leur travail. C'est en ce sens que l'organisation des accouchements en chaîne de montage industrielle ne peut pas être simplement le fait d'une supercherie lentement imposée sur un processus qui devrait être naturel. À l'opposé de Martin, nous ne croyons pas que le traitement réservé aux travailleurs-euse-s de l'industrie s'est « échappé de sa sphère habituelle » (Martin, 1987, p. 67, nous traduisons), celle de la production, pour se retrouver de façon inappropriée à aliéner les femmes dans la sphère de la reproduction. Il faut pousser plus loin la réflexion. Nous considérons que les accouchements ont réellement été organisés en processus industriel parce que, loin d'être un événement biologique ou naturel, la reproduction des femmes est un travail au sens plein du terme. Au même titre que tout travail de production ou toute activité

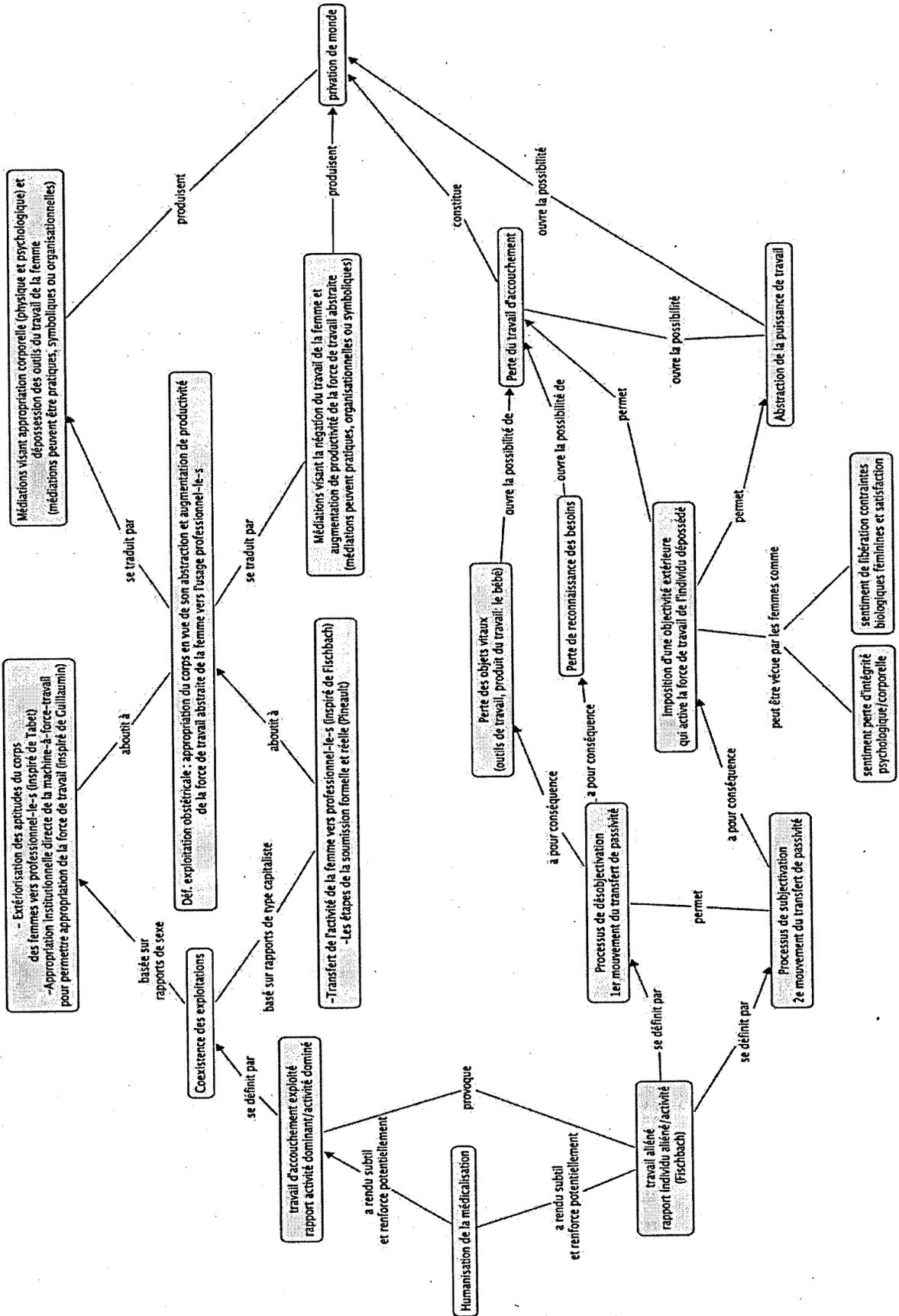
¹⁴ Bien que la représentation de l'accouchement comme un « travail » ne soit pas coutume chez les sages-femmes, nous verrons que leurs pratiques témoignent du contraire : elles semblent agir selon cette compréhension des choses. Lorsque j'ai présenté cette vision -l'accouchement en tant que travail- lors d'un atelier qui rassemblait sages-femmes et étudiantes sage-femme, la réaction générale en était plutôt une de surprise, mais cela fut bien accueilli. Elles semblaient ne jamais avoir pensé en ces termes à l'accouchement, mais cette représentation ne leur était pas complètement étrangère.

productive, le travail d'accouchement, événement éminemment social, peut être libre ou exploité.

Contrairement à ce qu'avaient pensé les auteures critiques de la médicalisation, le corps n'est pas ainsi contrôlé à cause de la perception collective de sa nature potentiellement défaillante, perception qui renverrait plutôt à « la face mentale des rapports de pouvoir », comme dirait Guillaumin, mais bien parce que c'est la seule façon de s'approprier sa force de travail. Car étant donné que le travail d'accouchement des femmes se fait avec et à l'intérieur du corps, pour s'approprier la force de travail des parturientes, il faut en quelque sorte pouvoir disposer de la machine-à-force-de-travail, c'est-à-dire du corps lui-même.

À notre avis, l'accouchement est concrètement devenu, depuis son hospitalisation, soit sa progressive rationalisation organisationnelle et économique, un processus industriel « rentable », avec toutes les conséquences aliénantes sur le travail d'accouchement que cela suppose. Les féministes matérialistes, bien qu'elles ne se soient pas saisi directement des enjeux politico-économiques de l'organisation obstétricale, ont le mérite d'avoir compris les modalités des différents types d'exploitation autrement qu'en termes strictement capitalistes. Nous pensons que la rentabilité dont il est question dans l'organisation québécoise des accouchements n'est pas relative à une production de plus-value du travail d'accouchement. Cela n'aurait aucun sens, car il n'y a pas de « marché » des services obstétricaux au Québec. Nous pensons que l'exploitation est possible en dehors du marché, en dehors des rapports marchands et bien sûr, en dehors de tout rapport salarié. Ce n'est pas parce que les femmes ne sont pas payées pour accoucher que leur travail ne peut pas être exploité. Je suis en ce sens l'analyse de Delphy qui propose de sortir de la définition de l'exploitation comme extorsion de la plus-value. « [...] il faut cesser de définir l'exploitation comme un solde monétaire, comme le résultat d'une soustraction : "valeur produite moins salaire versé", et revenir à sa définition

première, l'appropriation du travail d'autrui. [...] L'extorsion de travail, c'est la définition de l'exploitation : de toute exploitation. » (2004, p.103) La mystification par rapport à l'organisation obstétricale actuelle vient du fait qu'on se représente les accouchements médicalisés avant tout comme une dépense de l'État et donc des contribuables, et non comme un processus rentable. Ce qui est vrai : les accouchements médicalisés coûtent cher aux contribuables. Mais cela n'empêche pas que ce type d'organisation soit rentable en d'autres termes pour certains groupes, soit de production d'un travail d'autorité, hautement salarié et prestigieux, par exemple. La difficulté est donc de comprendre, dans un contexte québécois où les soins obstétricaux sont fournis par l'État et ne font pas l'objet d'une compétition organisée pour la croissance du profit comme c'est le cas aux États-Unis (Perkins, 2003), les raisons (autres qu'idéologiques), expliquant la nature de l'intérêt à maintenir cette pression et ce contrôle sur le déroulement des accouchements normaux. En d'autres mots, il s'agirait de comprendre la complexité des rapports sociaux entre les divers acteurs qui organisent à l'échelle provinciale la productivité propre à l'obstétrique au Québec. Bien sûr, cette question est beaucoup trop large pour un mémoire de maîtrise. Nous nous en tiendrons donc à l'étude de ce qui se passe conventionnellement sur un département d'obstétrique. Pour cela, nous sommes toutefois d'avis que le modèle d'exploitation du travail reproductif élaboré par Tabet (1998, p.163) n'éclaire pas suffisamment ce qui se passe concrètement lors d'un accouchement en centre hospitalier. Ce schéma veut d'abord contribuer à pousser davantage la réflexion à l'égard de l'exploitation et l'aliénation du travail des femmes qui accouchent en centre hospitalier.



Conformément aux conclusions de Vadeboncoeur (2004) ainsi qu'à mes observations en centre hospitalier, il apparaît que, malgré la médicalisation omniprésente sur les lieux, les femmes semblent assez satisfaites des soins qu'elles reçoivent. L'humanisation des soins peut en effet se constater d'innombrables manières : les infirmières qui proposent gentiment différentes techniques non-pharmacologiques de soulagement de la douleur même si elles semblent débordées par leurs tâches protocolaires; les gynécologues qui, avant de passer à la césarienne, donnent plusieurs chances à une femme dont la poussée leur semble trop longue, parce qu'elles-ils assurent vouloir lui éviter une intervention. Un omnipraticien m'a déjà dit, tout heureux de s'adresser à une future sage-femme : « *je place toutes mes patientes selon la méthode "Degasquet"*¹⁵ pour accoucher, ça va super bien » (je souligne). Cette citation, tout insignifiante, est pour moi emblématique de cette tendance où l'on fait des efforts pour changer sa vision des choses, ses pratiques, vers davantage d'humanité, mais au même moment, on ne voit pas un seul instant qu'on s'approprie systématiquement le corps des femmes pour le manipuler selon son bon usage. C'est donc parce nous croyons qu'elle masque et potentialise l'exploitation actuelle du travail d'accouchement que l'humanisation de la médicalisation se trouve au cœur de ce schéma.

Comme dans l'élaboration de notre cadre théorique, nous avons choisi de diviser ce schéma selon nos deux concepts centraux : exploitation et aliénation. Bien que ces deux phénomènes se produisent simultanément, cette division permet d'en éclairer la

15

Méthode développée par Bernadette de Gasquet, médecin et professeure de yoga. Il s'agit de différentes positions pouvant aider la femme dans la relaxation et favoriser une naissance physiologique. Cette méthode a fait l'objet d'atelier de formations dans les maternités en France surtout, mais également au Québec.

complexité alors qu'ils se fondent en un même événement : l'accouchement. Plus précisément, c'est parce qu'il y a exploitation du travail qu'il y a aliénation, c'est-à-dire que l'appropriation du travail (et de la machine-à-force-de-travail) en vue de l'usage abusif d'un autre provoque irrémédiablement l'aliénation du rapport entre l'individu et son activité. Il est également important de souligner que le phénomène de l'aliénation n'est pas tant psychologique, contrairement à son usage courant, et ce, même dans la littérature que nous avons recensé précédemment, que matériel. Cela signifie que même une femme qui se dirait satisfaite de son expérience d'accouchement, aura tout de même vécu *matériellement* ce phénomène, s'il y a eu 1) appropriation du corps, 2) abstraction et transfert de son activité de production vers le travail des intervenant-e-s. Nous rejoignons jusqu'à un certain point Akrich et Pasveer pour qui l'aliénation ne s'apparente en rien au fait d'avoir le sentiment d'être pris pour un objet obstétrical ou à la dichotomie corps/esprit, mais renvoie plutôt aux « limitations des activités corporelles possibles, et par là, les formes d'incorporation » (2004, p. 20). En ce qui concerne notre interprétation du concept d'aliénation, les termes de « processus de désobjectivation et de subjectivation » ne se retrouvent pas sous ces appellations dans l'œuvre de Fischbach, bien que leurs contenus respectifs y soient clairement explicités. Nous les avons nommés de cette manière au contact du milieu obstétrical et cela facilitait grandement la compréhension de ces textes par rapport à notre objet de recherche. Ainsi, certaines médiations semblaient pouvoir expliquer davantage le premier mouvement du transfert de passivité, la désobjectivation –perte des objets vitaux et perte de l'objectivité– ; alors que d'autres s'apparentaient plutôt au second mouvement, la subjectivation, c'est-à-dire à l'imposition d'une objectivité en provenance de l'extérieur, qui vient altérer l'accès à la dimension passive de la femme et donc à sa possibilité de s'activer par elle-même. De plus, Akrich et Pasveer (2004) utilisent le terme de « médiation » pour décrire ce qui émane des différents types d'agence (en obstétrique et en pratique sage-femme) et de leur capacité à construire différentes

sortes relations entre le soi de la femme et son corps-en-travail. En nous inspirant de ce concept, nous élargirons la définition en les classifiant en trois catégories : les médiations pratiques (ex : un miroir pour voir la naissance, le silence apaisant ou oppressant, dire à une femme qu'elle est en « faux » travail, l'usage du soluté systématique), organisationnelles (ex : les horaires des infirmières, la loi sage-femme) ou symboliques (ex : l'accouchement est naturel ou risqué, la femme comme un tout holistique ou participante aux décisions). Nous avons donc mobilisé la notion de médiation, à la fois plus englobante et précise que celle d'« intervention » ou d'« attitude » par exemple, pour cerner les manifestations concernant les étapes de l'exploitation ou de l'aliénation du travail d'accouchement.

Ainsi, dans la perspective de l'élaboration d'une grille d'analyse aux fins d'une enquête de terrain, la compréhension pratique du phénomène de l'aliénation nous amène par exemple à nombreuses questions spécifiques : « De quels objets vitaux les femmes se retrouvent-elles dépouillées? Dans quelles circonstances les femmes se voient-elles retirer ses objets? De quelles manières cela est-il justifié par le personnel obstétrical? », à propos des objets vitaux. Ou encore : « Comment se négocie les rapports de pouvoir entre les besoins de la femme et les besoins des intervenant-e-s, par exemple, le besoin d'être accompagné dans un moment difficile se transforme-t-il quasi systématiquement en besoin d'obtenir la péridurale? Offre-t-on plusieurs possibilités aux femmes qui sont incertaines, indécises, inconfortables, diverses positions d'accouchement par exemple? Y a-t-il des protocoles qui freinent l'accordage aux besoins explicitement nommés par les femmes? », à propos de la reconnaissance des besoins vitaux. « En quoi la systématisation de l'usage du soluté renforce-t-elle l'abstraction de la force de travail des femmes? L'usage systématique du cardiocographe en continu (dès que la femme est sous péridurale, donc la majorité) freine-t-il les possibilités corporelles? Dans quelles circonstances (et non pas seulement selon quelles indications médicales) utilise-t-on le déclenchement et la

stimulation artificielle du travail? », pour ce qui est du processus de subjectivation. Il s'agit en quelque sorte de comprendre comment se produisent les médiations qui provoquent l'aliénation des femmes.

Comme il a été mentionné dans le cadre théorique, nos observations participantes effectuées en centre hospitalier nous permettent de penser qu'il y a probablement coexistence des exploitations du travail d'accouchement par la pratique obstétricale actuelle au Québec. L'une serait basée sur les rapports des sexes, l'autre sur des rapports de type capitaliste. Pour la première, inspirée de Tabet, l'extériorisation des aptitudes du corps des femmes vers les professionnel-le-s s'observent de nombreuses manières à toutes les étapes de l'accouchement, comme nous verrons dans la prochaine partie de ce chapitre. Toutefois, l'idée « d'extériorisation des aptitudes du corps des femmes » ne nous permet pas de rendre compte suffisamment du phénomène de l'exploitation du travail reproductif. D'une part parce que cela ne montre pas le caractère *intéressé* de cette extériorisation, car elle « ferait partie de ce processus général d'évolution » homologue à ce que subissent les rapports de production du travail manuel et intellectuel (1998, p.164). C'est l'aspect « technique » du processus d'extériorisation qui est mis en lumière, sans relater les mécanismes sociaux d'exploitation sous-jacents. De plus, l'idée « d'extériorisation » nous semble davantage indiquer la « direction » d'un processus qu'expliquer les rouages du phénomène de l'exploitation comme tel. Pour ces raisons, nous avons choisi de ne pas l'intégrer à notre définition de l'exploitation qui serait propre au milieu obstétrical.

Quant à Guillaumin, l'appareillage conceptuel que nous avons retenu à partir de ces écrits (1992) ne manque pas de rappeler l'importance de ces mécanismes sociaux aboutissant à l'exploitation du travail reproductif des femmes. Pour elle, le concept d'appropriation regroupe autant la mainmise sur le corps que l'exploitation de la force de travail. Bien qu'il ne soit pas exclusivement spécifique au travail reproductif

(puisque c'est également le cas des rapports de production dans le servage), il sied particulièrement bien à celui-ci puisqu'il nous permet de détailler la nécessité de ces deux étapes dans le travail d'accouchement exploité, c'est-à-dire que l'appropriation du corps permet l'appropriation de la force de travail. De plus, le concept de machine-à-force-de-travail non seulement peut être associé avec de nombreuses médiations faites par les intervenant-e-s pour signifier et faire agir le corps féminin, mais il converge aisément vers la littérature critique de la médicalisation de la naissance où il est décrit comme un corps-machine. À notre avis, Guillaumin va toutefois plus loin puisqu'il ne s'agit pas simplement d'une machine-objet, mais d'une machine contenant des forces vitales. Comme on a vu précédemment, la femme appropriée en tant que machine-à-force-de-travail est une machine qui, contrairement aux instruments de travail qui sont des objets, déploie une force de travail vivante. Plus précisément, bien qu'elle soit considérée comme une machine, elle n'est pas une machine comme les autres, sa différence résidant précisément dans cette force de travail comme un réservoir d'usage illimité. En ce sens, il s'avère être un concept essentiel pour la poursuite d'une éventuelle enquête de terrain, bien que nous ne l'ayons pas intégré directement à notre définition de l'exploitation obstétricale.

Nous sommes d'avis que la compréhension de ce qui se passe sur un département d'obstétrique ne saurait être complète sans passer par un modèle explicatif développé pour analyser les rapports d'exploitation capitaliste. Toutefois, contrairement à Walsh (2005) qui décrit le milieu obstétrical selon les modèles fordiste et tayloriste, l'utilisation de ces modèles n'a servi qu'à décrire le travail des intervenant-e-s, sans mention à ce que subissait le travail des femmes sous la pression de ces modèles. Un seul article aborde la rationalisation concomitante du travail des femmes en rapport au travail des professionnel-le-s :

le coup de pouce comme la péridurale, réduit la temporalité de l'accouchement et

permet d'en contrôler le déroulement, sachant que l'objectif plus ou moins explicite est la rapidité, et donc l'efficacité du « travail », aussi bien celui de la parturiente que celui des professionnels (Carricaburru, 2005, p. 260).

Pour cette auteure, les diverses « techniques d'aide à l'accouchement, comme le déclenchement de l'accouchement, le travail dirigé, l'analgésie péridurale et la césarienne prophylactique » ne font que rationaliser le travail d'accouchement (femmes et professionnel-le-s), sans aborder la possibilité que le travail des femmes subisse cette rationalisation pour une raison bien précise, à savoir le transfert de l'activité des femmes vers celle des professionnel-le-s, correspondant à son exploitation. Dans le cas d'une enquête ultérieure qui prendrait appui sur le modèle proposé dans ce mémoire, il s'agirait alors de comprendre sous quelles médiations ce transfert est opéré et comment cela fait système.

Comme on l'a vu dans le cadre théorique, plusieurs étapes historiques de l'exploitation capitaliste ont été détaillées par les soumissions formelles et réelles du travail au capital. Par contre, les particularités propres au travail reproductif font en sorte qu'il est impossible de juxtaposer directement ce modèle à ce qui se passe concernant le travail d'accouchement des femmes. Néanmoins, ces étapes mises au diapason du travail reproductif peuvent nous informer minimalement du procès par lequel est passé le travail d'accouchement au Québec, que ce soit à propos de l'expropriation progressive du domicile vers le centre hospitalier, la restructuration et la concentration des établissements de soins obstétricaux selon les niveaux de risque après la Politique de périnatalité de 1973 ou encore la systématisation de la gestion active du travail dans les années 70-80, etc. Comme cette histoire a été largement mise au jour (Vadeboncoeur, 2004; Baillargeon, 2009; Desjardins, 1993; St-Amant, 2013), nous ne nous attarderons pas à ces aspects historiques structurels homologues au procès de production. Toutefois, dans la perspective d'une enquête ultérieure, il est important de comprendre que ces étapes ont précédé l'étape du machinisme à partir de laquelle les soins obstétricaux actuels sont organisés, ce que nous

expliquerons dans ce qui suit.

L'ensemble des outils conceptuels que nous avons choisis de ces quatre auteur-e-s nous permettent de construire une définition de l'exploitation sous un mode obstétrical : elle consiste en l'appropriation du corps en vue de la transformation et de l'augmentation de la productivité de la force de travail abstraite des femmes vers l'usage des professionnel-le-s du milieu obstétrical. Premièrement, il s'agit de déterminer quelles sont les médiations qui correspondent à l'appropriation du corps (le corps psychologique comme le corps physique), ainsi que la dépossession des outils servant à ce que la femme reconnaisse, s'approprie et accomplisse son propre travail. Deuxièmement, il faut identifier les médiations qui relèvent de la mise en abstraction de la force de travail de la femme puis de l'augmentation de sa productivité, que cette dernière soit médiée par le biais de l'augmentation de la productivité du personnel médical ou non. Ce rapport entre la productivité imposée au travail des intervenant-e-s et celle imposée aux femmes est en effet assez complexe à saisir puisque le personnel médical n'est pas dans un rapport dominant/dominé « classique » avec les femmes. D'abord parce qu'il y a hiérarchie au sein même des différents corps de métiers, d'autre part, parce qu'il semble y avoir également une certaine forme d'exploitation des employé-e-s par les fonctionnaires décideurs qui rationalisent les dépenses de l'État et donc rationalisent le travail du personnel. Ainsi, l'augmentation de productivité imposée au personnel provoque inextricablement une augmentation de productivité du travail des femmes, puisqu'ils sont liés l'un l'autre. Alors même s'il y a appropriation du travail des femmes par le personnel médical, cela n'empêche pas pour autant qu'ils peuvent subir l'injonction à la productivité imposée par les compressions budgétaires, par exemple. Voilà pourquoi nous croyons que les médiations visant l'augmentation de la productivité des intervenant-e-s ne peuvent pas être ignorées. Pour terminer, nous pensons que ces médiations, que nous explorerons dans la partie suivante, aboutissent à la

privation de monde, expérience de dépouillement total du sujet, ce sujet paradoxalement mis au centre des soins humanisés.

3.4 Mise en forme exploratoire des données et discussion

Comme il s'agit d'une analyse exploratoire et non confirmatoire, il ne sera pas question ici de vérifier formellement nos hypothèses, mais de répertorier quelques exemples de médiations ayant servi à construire le modèle théorique proposé, complétées des enquêtes de terrain d'autres auteurs (Vadeboncoeur, 2004; Carricaburru, 2005; Walsh, 2005, Akrich, 2004), auxquels nos travaux s'apparentaient. C'est l'ensemble de ces va-et-vient entre ces diverses sources de connaissances qui ont donné corps à nos quelques propositions théoriques.

Toutefois, contrairement au schéma proposé, il m'a semblé impossible de départager catégoriquement les médiations qui réfèrent spécifiquement au concept l'exploitation et d'autres à celui d'aliénation. Comme nous avons dit précédemment, les deux phénomènes se produisent simultanément. Les médiations qui provoquent l'exploitation du travail d'accouchement sont aussi celles qui aliènent celui-ci. C'est que l'exploitation se produit dans le rapport entre individus — dominant/dominé — que les médiations soient pratiques, organisationnelles ou symboliques; alors que l'aliénation se produit dans le rapport entre la personne aliénée et son activité productive.

Nous proposons donc à titre d'exemple une certaine façon de les classifier qui nous semblait pertinente en regard de notre questionnement spécifique. La plupart des médiations que j'ai mentionnées ici ne sont pas des exceptions de ce qui peut survenir sur un département d'obstétrique, mais des observations que j'ai pu faire tous les jours : des médiations « types » en quelque sorte. Cela n'est qu'un aperçu de la complexité des rapports entre les parturientes et les intervenant-e-s. Je n'ai aucune prétention à effectuer une recension complète ni à comprendre comment elles sont

reliées entre elles pour faire système. Je sais par contre qu'il y a beaucoup de médiations « non-visibles », car bien que celles-ci puissent être composées de gestes, elles peuvent également prendre la forme d'absence de gestes ou de paroles. Cela peut correspondre également au langage non verbal des intervenant-e-s, des dispositions fonctionnelles de l'environnement immédiat ou encore des gestes motivés par des décisions organisationnelles qui m'échappaient à ce moment. Bref, cela n'est ni simple à observer ni à interpréter.

Nous avons choisi de brosser un tableau d'exemples de médiations en nous référant uniquement au concept d'exploitation 1) par rapport à l'appropriation institutionnelle du corps ainsi que 2) par rapport aux divers moyens d'extorsion de la force de travail des femmes qui établissent le transfert de l'activité de celles-ci vers les professionnel-le-s. Le même exercice pourrait être fait à partir du concept d'aliénation et plusieurs médiations manifestant l'exploitation s'y retrouveraient certainement. Toutefois, nous pensons que des entrevues avec les femmes qui ont accouché en centre hospitalier s'avèreraient davantage nécessaires dans ce cas-ci pour approfondir ce concept, étant donné que l'aliénation se produit toujours dans le rapport de l'individu et de son activité. En ce sens, comme les médiations qui permettent de rendre compte du concept d'exploitation sont davantage le fait des intervenant-e-s envers les femmes, cela était pour moi plus aisément « observable », car je les faisais moi-même et j'en étais témoin chez les autres intervenant-e-s. Dans cet exercice exploratoire, je n'ai pas jugé pertinent de mentionner par quel professionnel sont habituellement faites les médiations nommées parce que l'idée est plutôt de souligner qu'il y a « système » de médiations imposé aux femmes. D'autant plus que les frontières du « dit » et du « faire » sont souvent floues dans l'exercice de ces professions : par exemple, la volonté des médecins étant souvent à la source des comportements des infirmières que ce soit les actes ou les paroles, vu leur subordination décisionnelle aux ordres du ou de la médecin.

Appropriation institutionnelle du corps (contrainte physique et psychologique)

- ◆ Médiations pratiques, symboliques ou organisationnelles servant à justifier ou rendre légitime une action sur le corps qui est non médicalement nécessaire¹⁶, dont la fin est d'amorcer le transfert de l'activité, même si la femme y consent :
 - « Tu es en faux travail (1 cm de dilatation cervicale) donc on va crever tes eaux, ça va aller beaucoup plus vite, tu vas avoir ton bébé plus vite dans tes bras »
 - « Ton utérus travaille mal, donc on va provoquer des contractions avec un médicament, l'ocytocine, c'est comme si on t'injectait la même hormone que ton corps produit naturellement »
 - « Ton bassin est trop petit donc on va être obligé d'aller en césarienne »
 - Menace que le fœtus est en danger si une femme refuse une intervention
 - Omettre de donner une information pour favoriser une intervention lors d'un consentement éclairé
 - Convaincre une femme qu'elle devrait prendre la péridurale maintenant parce que l'anesthésiste sera occupé plus tard et ne pourra revenir pour elle
 - Mettre le lit au centre de la pièce

- ◆ Médiations pratiques, symboliques ou organisationnelles qui facilitent directement le travail des intervenant-e-s en ouvrant un accès privilégié au corps, même si la femme y consent :
 - Auscultation en continu au lit sans indication médicale
 - Auscultation intermittente de routine au lit 20 min./h
 - Présence de l'anesthésie péridurale
 - Pose d'un cathéter intraveineux de routine
 - Appareillage médical physiquement centré autour du lit et donc du corps de la femme
 - Examens gynécologiques de routine

¹⁶Je dois préciser ici que les gestes cliniques (rupture artificielle des membranes, déclenchement ou stimulation du travail, césarienne, etc.) ne sont pas inutiles en soi, mais que la quantité effectuée sur les femmes dont la grossesse est normale est injustifiable. Le problème, c'est qu'il est quasi impossible de départager les interventions « vraiment » nécessaires de celles qui ne le sont pas à même le centre hospitalier, parce que cet environnement « produit » les pathologies pendant l'accouchement, tant maternelle que fœtale.

- Position gynécologique de routine pour la poussée
- Paroles ayant pour visée d'avoir autorité sur la femme afin de pouvoir procéder à des interventions
- Enregistrement du monitoring de la fréquence cardiaque fœtale et des contractions
- Lampe éclairant la vulve pour la naissance
- Jaquette d'hôpital de routine
- Pose du champ stérile autour de la vulve pour la naissance
- Lit amovible

Appropriation et transformation du travail de la femme ou augmentation de la productivité

Dans cette section, l'objectif est avant tout de montrer quelques exemples de médiations qui peuvent représenter (qui modifient l'activité de travail ou augmente la productivité), bref, qui expose à une exploitation du travail de la femme. Celles-ci prennent leur pleine signification si on se les représente à partir d'un spectre du transfert de l'activité de la femme vers le personnel médical. En effet, certaines médiations sont plus invasives que d'autres dans le processus de dépouillement et d'abstraction du travail de la femme. Comme le travail a lieu à l'intérieur et par le corps de la femme, il n'est pas simple de s'approprier et de transférer la totalité du travail, c'est pourquoi certaines médiations concernent davantage le contrôle de la qualité ou le rythme du travail et provoque la mise en abstraction, alors que d'autres ont directement pour conséquence de remplacer le travail de la femme et accomplissent directement la totalité du transfert. De plus, il est important de souligner que certaines médiations en potentialisent d'autres, comme c'est le cas de la péridurale. En effet, celle-ci assure un maximum de contrôle sur l'accès au corps de la femme (qui ne sent ni la douleur des contractions ni celle faite par les intervenant-e-s qui font les touchers vaginaux sans délicatesse), ainsi que sur la productivité du travail de la femme, puisque la péridurale vient toujours avec la stimulation artificielle maximale, c'est-à-dire la plus forte dose possible sans

provoquer des décélérations anormales du cœur fœtal. Aussi, la péridurale permet une optimisation de la manipulabilité du corps, dans le cas des interventions d'urgence possibles comme la césarienne ou la révision utérine¹⁷. Elle facilite le massage utérin de routine après l'expulsion du placenta ainsi que de la suture puisque la femme ne ressent déjà aucune douleur. Dans la perspective du spectre de l'appropriation du travail, la péridurale se trouve certainement dans les médiations les plus propices (et invisible) à la réalisation de ce transfert puisqu'elle « profite » à la fois aux femmes et aux intervenant-e-s.

Ainsi, sous péridurale et stimulation artificielle du travail (environ 70% des accouchements), loin d'être réduit à l'état d'objet passif, le corps de la femme est au contraire matérialisé comme sujet actif, pure force de travail à entretenir et à surveiller pour s'assurer de sa production standardisée optimale. Le corps-en-travail d'une femme devient le corps-en-travail de toutes les femmes. Sous ces médiations, l'activité utérine est une force de travail abstraite, une unité de mesure standardisable. En devenant activité abstraite, le déploiement d'un accouchement est productivement usurpé au profit du personnel médical. Les femmes savent qu'elles sont en travail, mais n'ayant plus la possibilité d'être en travail par elle-même, cette activité en elle devient maintenant celle d'un autre. Cela est très bien signifié dans le langage commun des femmes et des médecins : « c'est mon médecin qui m'a accouché », ou encore « je l'ai accouché ». Même si la femme est en train de donner naissance à son enfant, elle le vit comme si ce n'était pas elle qui le faisait, en étant persuadée que c'est bien davantage son médecin qui a fait le (son) travail. Pour l'obstétricien-ne, son travail est donc de *faire* le travail de la femme. Voici les médiations que nous avons relevées et qui représentent une transformation et un transfert de l'activité des femmes en activité professionnelle.

¹⁷ Dans le cas d'une rétention placentaire ou d'une hémorragie majeure dont on suspecte une rétention partielle du placenta.

- ◆ Médiations pratiques, symboliques ou organisationnelles qui transforment, augmentent sa productivité et opèrent un transfert du travail de la femme vers le travail des intervenant-e-s
 - Normalisation temporelle de la dilatation cervicale par la courbe de Friedman¹⁸, partogramme utilisé pour toutes les femmes
 - Protocole de gestion active du travail¹⁹
 - Définition expertisée d'une contraction efficace expliquée à la femme
 - Médiation sensorielle des contractions de la femme par l'appareil pour mesurer la pression des contractions : lorsque la femme, sous péridurale ne sent plus ses contractions au moment de la poussée, l'appareil les enregistre, l'infirmière lit l'enregistrement et dit à la femme qu'elle peut maintenant pousser puisqu'elle a une contraction, même si elle ne la sent pas.
 - Présence de l'anesthésie péridurale
 - Présence de contractions provoquées à l'ocytocine synthétique pour stimuler ou induire le travail selon indications médicales « très » larges, souvent appelé « de convenance »
 - Donner des directives verbales et physiques très strictes pour la poussée dirigée : les doigts écartant largement le vagin, « retiens ton souffle le

¹⁸ La « courbe de Friedman » fut créée dans les années 50 par l'obstétricien Emmanuel Friedman à la suite de ses observations pour évaluer le temps moyen de la phase de latence et du premier stade du travail (les contractions efficaces qui font dilater le col d'environ 4 à 10 cm selon la définition actuelle en vigueur) afin de déterminer une moyenne applicable à toutes les femmes. La dilatation doit se faire à raison d'un centimètre/heure de façon constante. Au-delà de la limite de temps permise, le travail est déclaré travail prolongé et devient pathologique. La surveillance actuelle du travail se fait par les infirmières grâce au « partogramme », outil servant à mesurer la progression du travail d'une femme selon la moyenne – la courbe – de Friedman comme référence du normal. Pour de plus amples renseignements, l'étude de St-Amant est riche à cet égard (2013).

¹⁹ Créés dans les années 70 à partir des observations de Friedman, les principes de la gestion active comportent : le diagnostic du premier stade basé sur le constat de contractions douloureuses accompagné d'un effacement complet du col ou une rupture spontanée des membranes; une heure suivant l'admission, on procède à une amniotomie (rupture artificielle des membranes, si ce n'est pas le cas) puis on mesure la progression de la dilatation selon la courbe de Friedman; si le temps de travail n'équivaut pas à un centimètre à l'heure, on procède à la stimulation artificielle des contractions à raison de 5 à 7 contractions toutes les 15 minutes; le temps maximal de travail est fixé à 12 heures; les sages-femmes ou infirmières gèrent le travail (une femme par employée, la méthode *one-to-one*) et consultent le personnel plus qualifié au besoin; le déclenchement et les moyens pharmacologiques de soulager la douleur devraient être peu employés (Wagner, 1996). Dans l'application concrète de ce protocole, on conviendra que ces moyens de soulagement sont plutôt très employés.

plus longtemps possible et penche ton menton vers ton cou, place tes jambes comme ça...et go, go, go, go, pousse, pousse, pousse comme si c'était la plus grosse constipation de ta vie ».

- Rupture artificielle des membranes de routine
- Épisiotomie (plus rare, mais fréquent chez certains médecins)
- Gestion active du 3e stade sans indication médicale
- Douleur perçue comme pathologique et souffrance par les intervenant-e-s : « patiente souffrante +++ » est constamment écrit dans les notes d'accouchement, ce qui justifie légalement la « pertinence » de la péridurale.
- Présence d'une horloge à la vue de la femme
- Préviation du moment de l'accouchement par le personnel
- Empêcher une femme de pousser sans indication médicale
- Pression fondique²⁰ (presser fortement avec les mains sur le dessus de l'abdomen de la femme pour expulser le bébé, s'il le cœur fœtal est anormal, que la tête fœtale est très basse dans le bassin et qu'il doit sortir maintenant)
- Ventouse ou forceps de convenance, comme les femmes sont immobilisées avec la péridurale, elles n'ont plus la possibilité de se mouvoir pour tenter une position plus favorable pour une poussée qui stagne ou qu'on doive hâter la naissance parce que le cœur fœtal décélère.
- Césarienne de convenance

◆ Médiations pratiques, symboliques ou organisationnelles ayant aux fins d'augmenter la productivité du personnel médical et qui a pour conséquence de déposséder la femme de son propre travail

- Centralisation des soins obstétricaux et fermeture des petites installations
- Parcellisation des tâches selon les différents professionnels
- Parcellisation des tâches à l'intérieur de la profession d'infirmières, pré-per-post-natal
- Fonctionnement par quart de travail (infirmières) et par garde sur les lieux (obstétricien-gynécologue) : absence de continuité de l'intervenant
- Seulement deux médecins de garde (omnipraticien et gynécologue-obstétricien) en même temps pour gérer tous les accouchements du

²⁰ Ce geste est contre-indiqué puisqu'il comporte des risques pour la femme. J'ai pu l'observer à deux reprises pendant mon stage. De plus, son efficacité n'a jamais été démontrée.

département

- Standardisation des soins, protocoles selon les risques
 - Priorités institutionnelles mises sur les tâches et les protocoles de soins (faire) et non sur le soutien (être)
 - Hiérarchie entre intervenant-e-s
 - Précarisation des emplois pour les infirmières
 - Honoraires à l'acte pour les médecins (voir appendice B)
 - Rationalisation des ressources
- ◆ Médiations humanisantes qui permettent de masquer et maintenir l'exploitation du travail
- Mettre de routine une bouteille (environ 200 ml) d'huile d'amande douce sur la vulve pour favoriser l'expulsion du bébé de façon soi-disant « naturelle »
 - Faire des consentements éclairés très gentiment, mais implicitement dirigés
 - Placer les femmes dans d'autres positions que la position gynécologique pour l'accouchement (souvent des légères variantes de la position gynécologique)
 - Attitudes des intervenant-e-s courtoises et gentilles presque en tout temps
 - Respecter l'intimité de la femme lors de l'entrée dans la chambre
 - Les femmes peuvent être accompagnées du nombre de personnes de leur choix (j'ai pu assister à un accouchement où il y avait six personnes accompagnantes)
 - Une infirmière est attitrée à chaque femme en travail par quart de travail
 - Les femmes restent dans la même chambre tout au long de leur admission
 - Les nouveau-nés ne sont jamais séparés de leurs parents lors des soins, sauf exception
 - Les infirmières ne proposent plus la péridurale d'emblée
 - Les infirmières suivent des formations pour les moyens non pharmacologiques de soulager la douleur (ballon-forme, méthode Bonapace, De Gasquet, etc.), mais les mettent très peu en pratique
 - Les femmes peuvent être dans le bain pendant le travail (pas la poussée ni la naissance), mais elles ne peuvent y rester que 30 minutes à la fois
 - On met le bébé systématiquement sur la mère à la naissance (on appelle

cela le peau à peau), s'il est vigoureux, mais on ne lui demande pas si c'est ce qu'elle souhaite

- Infantiliser les femmes pendant la poussée pour l'encourager : « Bravo championne! »
- Les femmes peuvent faire un plan de naissance mentionnant leurs requêtes et leurs besoins particuliers (si elles ne veulent pas d'intervention de routine par exemple), mais il est rarement appliqué
- Une philosophie de soins « centrée sur la famille, la reconnaissance des besoins, de son autonomie, de sa capacité de décider et de choisir (avec l'information et le soutien à cet effet). [...] on reconnaît le caractère naturel de l'accouchement et la nécessité de soutenir ce processus naturel en respectant le rythme propre à chaque femme et en imposant pas de routine de soins » (Vadeboncoeur, 2004, p. 82) : selon les entrevues de Vadeboncoeur (2004), certaines infirmières et un médecin ont manifesté de la déception « suite à la transformation des pratiques depuis quelques années, soulignant que la philosophie n'est plus ce qu'elle était » (Ibid., p. 84). (selon mes observations, peu de cette philosophie était effectif pendant mon stage)

Deux éléments de ce résumé de la philosophie de soins méritent une attention particulière. Ces éléments se retrouvent autant dans la Politique de périnatalité 2008-2018, que dans la philosophie de pratique des sages-femmes du Québec. Ils correspondent également aux demandes primordiales des regroupements pour l'humanisation de la naissance. C'est deux éléments sont le respect de l'autonomie de la femme et le respect du caractère « naturel » de l'accouchement. Selon les entrevues de Vadeboncoeur (2004) mentionnées ci-dessus, ce changement de pratiques serait survenu suite à un changement d'infirmière-chef, « la nouvelle venue a recentré les soins sur ce que voulaient les femmes et non plus sur le caractère naturel de cet événement » (p.84). Ces deux éléments, tous deux faisant partie des demandes des femmes, entrent souvent en contradiction lorsque les femmes elles-mêmes en viennent à demander des interventions qui ne sont pas justifiables du point de vue clinique. Plusieurs échanges informels avec des sages-femmes et étudiantes sage-femme ont aussi confirmé que cette situation se présentait parfois, à savoir que les femmes demandaient une intervention sans qu'il n'y ait de raison médicale de les

faire. Par exemple, une rupture de membranes pour accélérer le travail alors que le progrès de la dilatation cervicale est normal ou un transfert en centre hospitalier pour obtenir une péridurale alors que le travail se déroule à merveille et que la femme se porte plutôt bien, vu de l'extérieur. « La clientèle change et les besoins sont différents d'il y a 15 ou 20 ans », m'a déjà dit une sage-femme. En Ontario, les sages-femmes sont habilitées à effectuer la surveillance médicale de leurs clientes qui ont opté pour la péridurale : elles ont probablement une philosophie davantage axée sur le respect du choix et l'autonomie des femmes. Au Québec, si une femme désire la péridurale, la responsabilité clinique devient celle du médecin et non plus de la sage-femme. Ainsi, le choix des sages-femmes québécoises fut différent à cet égard : elles ont choisi de privilégier le pôle de l'accouchement « naturel » en ne se dirigeant pas vers la responsabilité de cet acte médical. Par ce choix, elles ont probablement pu préserver une plus grande autonomie dans leur pratique, en se tenant loin du milieu médical, même si elles n'assurent pas la continuité de la responsabilité à cet égard.

Bien que je ne croie pas que les sages-femmes québécoises revendiquent dans un avenir rapproché cette compétence médicale, la question de l'autonomie décisionnelle des femmes dans le cas où elles demandent des interventions mérite d'être posée en regard de l'humanisation de la médicalisation. Car il est tellement facile pour les professionnel-le-s en obstétrique de justifier leurs actes médicaux (et leur augmentation quantitative) en déclarant que, conformément à leur philosophie de soins, tout a été fait pour respecter le choix des femmes, qui ont elles-mêmes demandé le déclenchement de leur accouchement, la péridurale ou la césarienne, par exemple. Davis-Floyd le résume bien dans cette citation à propos de l'usage de la péridurale :

The epidural is thus the perfect tool, serving the interest of both the technocratic model (by transmitting it) ns the women giving birth under that model, who usually find that they benefit most not from rejecting that model but from using it to their own perceived

advantage (1993, p. 11).

Dans la perspective des centres hospitaliers qui pratiquent plus de 4000 accouchements par année, il est clair que la demande des interventions de la part des femmes devient un puissant outil d'appropriation de leur travail, puisqu'il est entériné par les femmes elles-mêmes. Sans savoir si ce comportement des femmes est généralisé ou non dans le milieu hospitalier québécois, il est clair qu'il facilite largement, en plus rendre légitime, le travail du personnel médical et qu'ils ont intérêt à laisser cet enjeu en friche. Car bien sûr rien n'est fait pour comprendre son étendue véritable (à quel point les femmes demandent-elles réellement des interventions?) et ses effets sur les comportements et les habitudes du personnel, ni pour constater que cette forme de soins, l'humanisation médicalisée, pourrait prendre de l'ampleur au point où elle deviendrait le mode organisationnel obstétrical par excellence, puisqu'il « convient » à la grande majorité de la population, les intervenant-e-s comme les usagères. En déclarant l'effectivité du respect de l'autonomie des femmes; en donnant une définition surtout « décisionnelle » fondée sur les capacités d'un sujet prétendument souverain et émancipé; en plaçant les femmes au centre des soins (ce qui est vraiment le cas), tout concourt à s'assurer de la garantie juridique des droits et libertés des femmes, tout en maintenant intacte la totalité des étapes aboutissant à l'appropriation totale et invisible de leur travail. Si l'humanisation des soins de maternité ne plus représenter une réelle alternative d'autonomie pour les femmes, comment le travail d'accouchement peut-il être libéré, non pas simplement de la domination idéologique comme on tenté de diverses manières les auteures qui ont théorisé la critique de la domination dans le milieu médical, mais bien des pratiques et des diverses médiations qui organisent l'activité de travail en elle-même, son transfert et sa cadence ?

Dans ce chapitre, nous avons vu les particularités propres à notre démarche de recherche, qui en est une d'exploration plutôt que de confirmation, dans la

perspective d'une enquête de terrain ultérieure. Le modèle que nous avons proposé et expliqué par la suite devrait servir à inspirer cette enquête. Puis nous avons dressé un portrait non exhaustif en classant quelques exemples de médiations ayant servi à construire notre schéma basé sur les concepts mobilisés depuis les quatre auteur-e-s retenus dans le cadre théorique.

Le dernier chapitre de ce mémoire sera consacré à la compréhension de certaines pratiques perinatales des sages-femmes québécoises, mises au diapason de notre cadre théorique. Dans cette partie, nous avons jugé nécessaire d'approfondir l'analyse conceptuelle chez Franck Fischbach quant au concept de travail libre. L'explication du schéma, produit dans une perspective d'enquête dans le milieu de la pratique sage-femme, nous permettra d'aller dans une voie peu explorée par la littérature scientifique sur le sujet jusqu'à maintenant, c'est-à-dire comment les sages-femmes peuvent s'approprier le travail des femmes. Nous explorerons dans un dernier temps le concept de travail libre par rapport au travail d'accouchement des femmes ainsi que de celui des sages-femmes.

CHAPITRE 4 PRATIQUE SAGE-FEMME PERNATALE COMME POTENTIEL D'ÉMANCIPATION DU TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT DES FEMMES

4.1 Question spécifique de recherche

Depuis les années 70, le discours critique de la médicalisation des accouchements s'est principalement construit autour de l'idée que la vision médicale influence la façon dont les accouchements sont conduits à l'hôpital. Selon cette perspective, ce sont les perceptions du corps féminin comme une machine défaillante et de l'accouchement comme processus imprévisible et risqué qui conditionneraient les pratiques médicales interventionnistes. C'est à partir de cette compréhension du monde médical que le mouvement pour l'humanisation s'est tourné vers une perspective qui fait de l'accouchement un événement essentiellement naturel où les femmes valorisent leur pouvoir instinctif et leur autonomie décisionnelle. Dans cette optique, la sage-femme est vue comme la solution permettant la démedicalisation de la naissance vers une réappropriation de ce qu'elle a toujours été : un événement physiologique.

Ainsi, en quarante ans, ce discours critique a largement contribué à la transformation du paysage obstétrical québécois. Toutefois, on assiste aujourd'hui à une nouvelle tendance que l'on peut qualifier de « médicalisation humanisée », à laquelle la pratique sage-femme n'est certes pas étanche. Comme nous l'avons vu, médicalisation et humanisation, principes autrefois jugés contradictoires, semblent aujourd'hui devenus complémentaires. Nous pensons que cette situation concrétise la nécessité de réactualiser le débat sur la pratique des sages-femmes. La représentation de l'accouchement comme phénomène naturel/physiologique ne serait-elle pas devenue insuffisante, voire restreignante, pour penser une pratique sage-femme réellement émancipatrice?

Nous aimerions proposer quelques pistes de réflexion pour renouveler la compréhension des pratiques promues par les sages-femmes et la réflexion sur leur potentiel émancipateur. Il sera de nouveau question de considérer l'accouchement comme une activité de travail, cette fois-ci potentiellement émancipateur, tant du côté des femmes que de celui des sages-femmes. Dans un premier temps, il s'agira de définir le concept de travail libre. Puis nous verrons les implications de ce développement théorique en ce qui concerne les pratiques perinatales des sages-femmes et des parturientes. Le questionnement spécifique sera le suivant : Comment l'événement de la mise au monde peut-il correspondre à un événement potentiellement émancipateur pour ces deux catégories de travailleuses qui se rencontrent ?

4.2 Franck Fischbach : Renversement de la compréhension du travail

Bien que nous ayons abordé les concepts d'aliénation et d'exploitation dans notre cadre théorique, peu d'attention avait été portée jusqu'à maintenant à la possibilité que le travail soit émancipé, réapproprié et non plus objet d'appropriation ou de dépossession. Plus encore, un événement où il devient possible d'exprimer son être et sa vie, de se manifester librement à soi-même et aux autres. Comme nous allons le voir maintenant, le travail chez Marx possède aussi une face positive, il est ce qui permet d'être au monde et d'y habiter.

La passivité et l'activité

Voilà qui ouvre maintenant à l'interprétation marxienne que Fischbach fait du concept de travail libre. Tout comme la démarche des féministes mentionnées précédemment, il s'agit pour lui d'en faire apparaître le caractère construit, afin de comprendre que ce qui le constitue n'est pas donné de nature ou transcendant à toute époque historique. Autrement dit, l'activité productive peut prendre des formes qualitatives infinies. En ce sens, le travail est un concept central, ayant une portée ontologique : il permet de comprendre le sens d'être humain. La forme historique du

travail propre à l'ère capitaliste représente pour lui une « défiguration » du travail, il en est sa négation même. Il s'agit alors de libérer le travail de la forme asservissante qu'il a historiquement prise en lui donnant et réalisant un autre sens. Pour arriver à le concevoir ainsi, son point de départ anthropologique est celui-ci : comme tout ce qui existe objectivement, les humains sont eux aussi des êtres objectifs. Leur situation objective est d'abord celle de la passivité, c'est-à-dire qu'ils sont fondamentalement des êtres vivants affectés²¹, au même titre que tous les autres êtres. C'est cette qualité première qui détermine le rapport humain à l'activité : les objets des besoins humains sont à l'extérieur d'eux-mêmes et c'est pourquoi ils doivent s'extérioriser et agir vers le monde pour satisfaire les besoins vitaux de leur être. Ce mouvement d'extériorisation est précisément le travail, l'activité par laquelle les humains produisent les objets nécessaires pour vivre et leurs propres vies. Mais ce n'est pas tout, car en étant actif, non seulement les humains s'approprient leurs objets vitaux, mais, ce faisant, ils s'objectivent, ils se singularisent, bref, ils deviennent eux-mêmes objets. Voilà comment Fischbach le formule :

Le travail, activité par laquelle les hommes s'approprient les objets de leurs besoins, est ainsi également l'activité par laquelle ils manifestent et expriment l'objectivité de leur être précisément en l'objectivant extérieurement. Ce qui ne veut rien dire d'autre, sinon que, par le travail, les hommes expriment et manifestent à eux-mêmes la double dimension à la fois passive et active de leur être [...]. Le travail est ainsi compris comme l'activité d'objectivation par laquelle les hommes attestent, confirment et affirment l'objectivité de leur être [...] (2009, p. 154).

Ainsi, à la fois les individus sont passivement déterminés par les conditions de production dans lesquelles ils naissent et se trouvent, à la fois ils s'activent parmi ces objets pour se singulariser, se manifester aux autres et créer du nouveau avec le monde dont ils héritent.

²¹ L'affectation et la passivité renvoient directement à l'être de besoin que nous sommes : « la faim, dit Marx, c'est le besoin avoué qu'a mon corps d'un objet qui se trouve en dehors de lui. C'est l'aveu de la dépendance où un certain corps se trouve à l'égard d'un autre corps, c'est l'aveu de ce que ce qui m'est essentiel se trouve en dehors de moi » (Fischbach, 2005, p. 86). Cette passivité est une détermination sociale produite historiquement, la faim est toujours une faim socialement déterminée et construite, elle n'est pas une situation originelle de l'humain dans la nature.

Pour Marx comme pour Fischbach, il est clair que la situation d'un travail libre (ou libéré) correspond à une transformation radicale de l'agir. Car l'agir propre à l'activité productive dont il est question ici n'est pas celui d'un sujet souverain, dominant et producteur d'objets. Il s'agit bien plutôt des individus qui, expédiés dans *un ensemble de rapports pratiques objectifs*, s'approprient les objets de leurs besoins, et par là s'objectivent eux-mêmes, c'est-à-dire s'attestent dans leur existence sensée, concrète et objective. Pour Fischbach, l'agir humain ne s'achève ni se s'épuise dans la relation toute puissante du sujet/objet qui aboutit à une privation de monde, tel qu'il le conçoit dans l'ère du travail capitaliste. C'est pourquoi il convie ses lecteur-riche-s à explorer d'autres possibles contenus dans l'ontologie moderne de l'agir (2005).

En élargissant le champ de compréhension du concept de travail et en en faisant apparaître sa portée proprement ontologique, Fischbach ouvre la possibilité de comprendre *différemment* la question de l'agir humain. C'est ce qu'il s'agira de développer : nous proposons une réflexion de la pratique, et donc de l'*agir sage-femme*. J'aimerais démontrer que ce qui se passe pendant un accouchement assisté de sages-femmes peut être manifeste de cet agir, autant du côté du travail de la sage-femme que de celui de la femme « en travail ». Poursuivons alors dans l'approfondissement de ce concept, plus précisément de ce que Fischbach entend par « travail libéré » ou « l'agir libre ».

Le travail libéré et le rapport de convenance réciproque

Si, comme Fischbach le pense, le travail exploité et aliéné est une perte de tous les objets vitaux et aboutit à une privation d'objectivité, le travail libéré peut alors être défini par la réappropriation de l'objectivité. Cela comporte plusieurs étapes : 1) la reconnaissance de la passivité et donc de ses besoins vitaux; 2) l'activité – d'aller au-delà de soi – qu'il faut ensuite déployer pour les combler, c'est-à-dire d'abord 2.1) la compréhension pratique que le travail vivant requiert l'usage des moyens du

travail (les outils, la matière), puis 2.2) la possibilité concrète de poser cela en acte, soit d'accomplir effectivement son travail. Lorsque les humains disposent *ensemble* de tout cela, ils deviennent alors en mesure de s'objectiver, c'est-à-dire de confirmer l'objectivité de leur être à eux-mêmes et aux autres, ainsi que de comprendre le sens de leur existence *auprès* et *parmi* les objets. C'est l'acte qui fait monde, mondanéise. Cette transformation de l'agir dont parle Fischbach est en quelque sorte exprimée dans ce « parmi » et cet « auprès ». Marx nomme cela « le rapport de convenance réciproque entre les corps » (2005, p. 92). S'inspirant ici de Spinoza, Marx soutient qu'à la source du rapport de convenance réciproque, « il y a la joie engendrée par le fait d'entrer en rapport avec un corps qui convient avec le nôtre, cette joie étant en elle-même une augmentation de la puissance d'agir [...] » (2005, p. 93). Cela signifie que le rapport du connaissant au connu n'est pas un rapport abstrait d'un sujet aux choses qui l'entourent, mais bien « une connaissance des rapports tels qu'ils sont nécessairement incarnés dans les êtres vivants, avec les termes variables et concrets entre lesquels ils s'établissent » (2005, p. 93). Les objets vitaux sont donc ceux qui enracinent pour être parmi et font convenir les humains à engendrer ce rapport puissant, vital et essentiel au monde. Le rapport de convenance réciproque est donc une articulation symbiotique entre les corps, que celui-ci se produise entre deux corps humains ou entre corps-humains et corps-choses. On comprendra alors que l'activité productive libre renvoie à une diversité qualitative infinie d'actes, et c'est là que s'ouvre le sens d'habiter le monde propre à l'être humain.²²

²² On entre là au carrefour des interprétations mises en commun par Fischbach entre Marx, penseur du matérialisme pratique et Heidegger, penseur d'une phénoménologie herméneutique. Pour Fischbach, Heidegger non seulement n'a pas interprété la pensée de Marx à sa juste valeur, mais il n'a pas aperçu la proximité qui les lie et qui peut les faire entrer en dialogue. Il s'agit alors pour Fischbach de révéler les impensés unissant ces deux auteurs, tant en ce qui concerne une critique radicale de la subjectivité contemporaine que d'une mise au jour des possibles supprimant ce que Fischbach nomme la privation de monde. C'est pourquoi on alternera dans cette partie entre le langage de Heidegger et de Marx.

L'habiter humain : l'activité productive qui temporalise l'espace

Le sens de l'habiter réfère à la façon dont les humains se tiennent auprès de leurs objets vitaux et au sens commun qui en émerge. C'est l'agir propre au travail libre qui fait habiter le monde. Lorsqu'on pense avec les catégories de sujet et d'objet, on se représente d'abord le sujet, d'emblée constitué avec une souveraine intériorité, puis sur sa libre initiative, ce sujet entreprend d'entrer en relation spatiale avec le monde, ce monde étant déjà là par nature, comme une réalité objective donnée indépendamment du sujet (Fischbach, 2011). L'agir qui fait habiter le monde ne se produit pas à partir du sujet. Les humains ne choisissent pas d'entrer en relation, *ils sont temporellement dans le monde*. C'est en ce sens que Heidegger nomme le rapport des humains au monde comme être-dans-le-monde. « L'être-dans-le-monde est le mouvement d'une existence envoyée et expédiée dans le monde auprès des choses et des êtres dont elle s'occupe et qui la préoccupent » (Fischbach, 2011, p. 53). L'habiter est donc une manière spécifique de temporaliser et de spatialiser, celle qui fait le sens du monde. Toutefois, cela n'a rien à voir avec les horaires et la localisation géographique. L'habiter, qui n'est propre qu'aux humains, consiste plutôt en la temporalisation de l'espace. Autrement dit, ce sont les activités productives qui, mises ensemble et faisant sens commun, ouvrent la possibilité d'un séjour familier en un lieu²³. Lorsque les humains s'approprient leurs objets et par là s'objectivent, ce mouvement vers le dehors et auprès des objets correspond très exactement à l'ouverture temporelle des possibles du travail et, ultimement, de l'habiter.

[...] l'ouvrage en train de se faire est en lui-même spatialisant en ce qu'il dispose les choses maniables les unes par rapport aux autres et en fonction de la tâche qui est à accomplir, mais il est tout autant temporalisant en ce qu'il est projection depuis l'ouvrage déjà fait vers l'ouvrage à faire, par exemple projection depuis le fil déjà élaboré vers le tissu qui est à produire avec le fil (Fischbach, 2011, p. 61).

²³ Heidegger donne l'exemple du pont et de la familiarité qu'il crée pour les humains qui s'installent aux pourtours de ces deux rives unies. Le pont mondanéise l'espace (Heidegger, 1958).

Cette ouverture temporelle des possibles propre à l'agir humain dont il est question depuis le début de notre exposé n'est rien d'autre que l'advenir²⁴ comme mode spécifique de temporaliser l'espace, c'est-à-dire que les humains sont auprès de leurs objets vitaux d'une manière différente que les objets sont près les uns des autres. En effet, les humains ne sont pas simplement juxtaposés aux côtés de leurs objets, ils sont là ensemble l'un *pour* l'autre, ils ont un sens et une direction spécifiques, soit un rapport de convenance réciproque, qui ne peut que s'inscrire dans le temps. L'espace propre au travail n'a de sens que parce qu'il est à advenir temporellement, il est ouverture fondamentale du passé, du présent et du futur. C'est donc par le travail, nous dit Fischbach, que les humains temporalisent leur existence individuelle et historicisent leur existence collective (2011).

L'advenir du corps comme ouverture des possibles

Comme l'habiter est le lieu d'advenir qui historicisent l'existence collective, le corps humain est le lieu d'advenir qui temporalise l'existence individuelle. Le corps ne peut se réduire à l'ensemble anatomique qui contient les organes et dont la frontière externe s'achève avec la peau. Il n'est pas non plus un contenu de l'esprit, support de la subjectivité, renvoyant au dualisme corps/esprit de l'idéalisme moderne. Comme on l'a vu, le corps, d'abord passif, est une entité active toujours en excès d'elle-même, c'est-à-dire tournée vers les outils, la matière et la connaissance de ceux-ci, comme un prolongement inorganique de celui-ci. C'est de cette manière que Marx pose l'unité de l'humain et de la nature :

Est donc dit « inorganique » par Marx, non pas quelque chose qui serait mécanique, mais (au contraire) ce qui constitue un prolongement du corps organique de l'homme, ce en quoi l'homme fait en quelque sorte corps dans le déploiement même de son activité propre. Traiter les conditions engendrées par la production humaine antérieure à nous comme des conditions inorganiques de notre propre

²⁴ Heidegger fait la distinction entre trois sortes de mouvement temporel : « le mouvement comme « déroulement » ou enchaînement de faits mécaniques, le mouvement comme « processus » dans les phénomènes de la vie, et enfin le mouvement de « l'advenir » réservé à la sphère de l'existence humaine » (Fischbach, 2011, p. 43).

existence, c'est les considérer comme des conditions que notre existence prolonge ou qui trouvent leur prolongement en elle [...] (Fischbach, 2005, p. 41).

L'advenir du corps est ce mouvement temporel, cet étirement permanent vers le monde qui ouvre et concrétise de nouveaux possibles en lui. Le corps est toujours un corps-en-devenir. Par le travail, celui-ci s'ouvre de possibles, il est *matériellement* (il non pas idéellement ou idéologiquement) une actualisation de potentiels. C'est pour cela que notre dialogue avec Fischbach se complète bien du concept de Corps sans Organe²⁵ repris et adapté par Manning, celle-ci déplaçant le regard scientifique à propos de ce que le corps *est* (sa physiologie), vers une interrogation orientée à l'égard de ce que le corps *peut faire* (2007, p. 104).

To create BwO means that you move toward the world in excess of your organs' organization. Politics of touch are politics concerned with bodies that are always qualitatively more-than their internal organizations. [...] Politics of touch imply reachings toward the world that create timed spaces and spaced times that themselves create body in relation (Manning, 2007, p. xix).

L'élargissement du concept de travail nous permet de concevoir la naissance comme un monde de possibles pour ces deux corps, femme et sage-femme, qui se rencontrent. C'est ce qui nous ramène à notre questionnement initial sur l'articulation des corps en travail, ceux de la femme et de la sage-femme. Comment l'événement de la mise au monde peut-il correspondre à un événement potentiellement émancipateur pour ces deux individus en travail qui se rencontrent? Comment l'agir déployé de part et d'autre par la femme et la sage-femme ouvre-t-il des possibles permettant la liberté (libération) à l'égard de leur travail?

4.3 Démarche méthodologique spécifique au milieu sage-femme

Tout au long de mes différents stages en maison de naissance, j'ai pu assister à environ 75 accouchements, parfois dès le début du travail (1^{ère} sage-femme), d'autres fois j'arrivais seulement au début de la poussée (2^e sage-femme). Dans le deuxième

²⁵

Body without Organs (BwO), concept que Manning emprunte à Deleuze et Guatarri, 1987.

cas, c'est que je venais avec ma préceptrice pour seconder la première sage-femme, qui est présente tout au long de l'accouchement et qui appelle une collègue au moment de la poussée afin d'être deux sages-femmes sur les lieux au moment de la naissance. Cela m'a permis d'observer une diversité de sages-femmes à l'œuvre même si les étudiantes sage-femme sont jumelées à une seule préceptrice par stage et qu'elles passent le plus clair de leur temps en compagnie de celle-ci. Cela m'a également permis d'être au contact de trois lieux de naissance où les sages-femmes accompagnent les femmes. Environ 80% des accouchements observés ont eu lieu dans les maisons de naissance, 20% dans les domiciles des couples et un seul était prévu dans un centre hospitalier (à l'exception des transferts, qui ne sont pas prévus).

La diversité des accouchements auxquels j'ai pu assister est remarquable. Il y en a de toutes les couleurs, très courts et relativement aisés ou très difficiles, des très très longs et très calmes, des accouchements « tempêtes » où les femmes sont en colère, d'autres tout en douceur malgré la douleur, des accouchements qui arrêtent et qui repartent — ou pas —, des poussées qui ne durent qu'une seule contraction et d'autres qui durent 3-4 heures, des femmes qui vivent d'immenses obstacles, d'autres non, des femmes qui ont leur premier enfant, d'autres leur huitième, des femmes qui commencent leur travail complètement épuisées par plusieurs nuits d'insomnie due à une longue latence²⁶, des femmes qui dépassent leurs limites (dans le bon ou le moins bon sens du terme), des accouchements tout à fait « ordinaires », qui font partie du quotidien, des pleurs, des crises, des fous rires. Les femmes sont presque toujours avec leur conjoint ou conjointe, parfois d'autres personnes les accompagnent, amies ou membres de la famille, quelques fois des doulas.

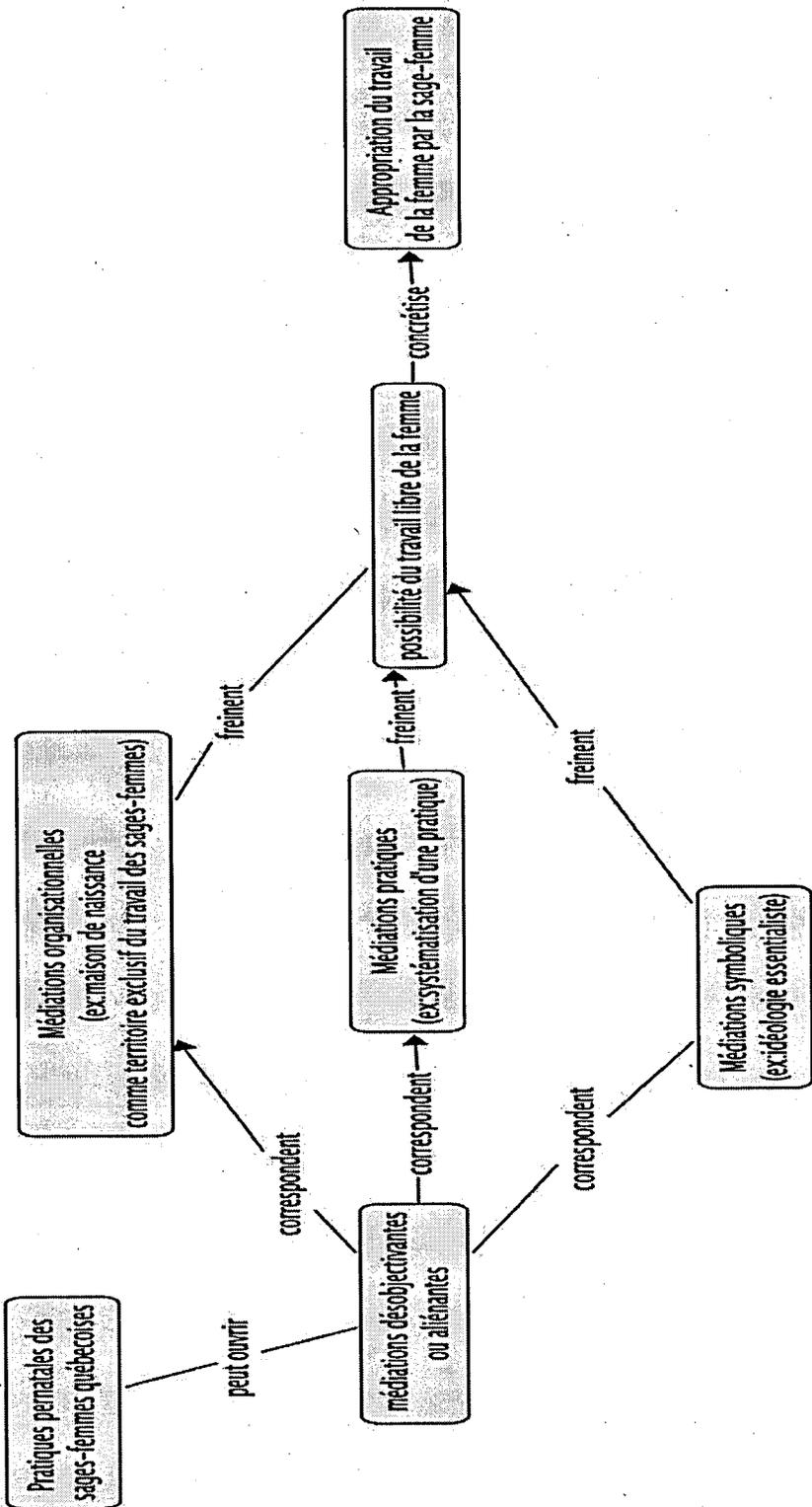
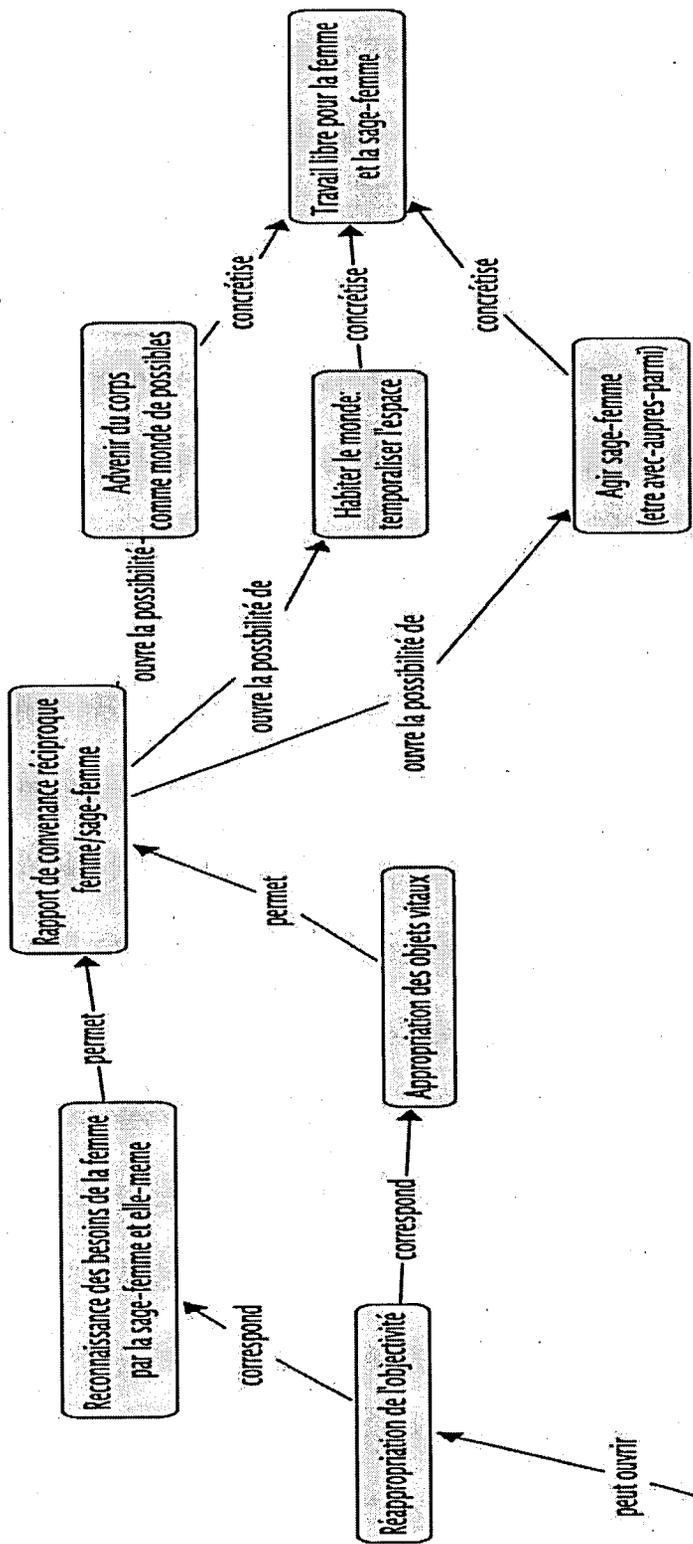
²⁶ C'est une partie du travail où le corps se prépare à accoucher. Cela dure quelques heures, plusieurs jours ou parfois cette phase est absente. Au niveau corporel, il s'agit du col de l'utérus qui se transforme de texture (il devient mou), il se raccourcit, s'ouvre légèrement et se place dans une position pour que la tête du fœtus s'y appuie de façon optimale. Les sages-femmes parlent souvent de mûrissement du col en faisant référence à un fruit mûr, prêt à tomber de son arbre. Les hormones produites par le corps sont aussi pour quelque chose dans l'accomplissement de ce processus tout comme la femme elle-même, il va sans dire.

Encore une fois, mon rôle de stagiaire ne me permettait pas de faire de l'observation non participante, puisque constamment dans l'apprentissage des compétences et attitudes sage-femme, j'étais une participante active. Les étudiantes sage-femme tiennent toutes un registre des accouchements auxquels elles ont assisté, on y inscrit le déroulement et les particularités de l'accouchement et du suivi pré et post-natal. Alors bien que je n'ai pas pris de notes « en direct » des accouchements, je me suis référée à ce registre pour me rappeler les événements, échafauder ma pensée et construire peu à peu ce modèle théorique, étant constamment en interaction et en rétrospective avec mon terrain et mes réflexions. Afin de faire apparaître ce qu'implique le fait d'être sage-femme pendant un accouchement, je me suis fréquemment inspirée de la méthode décrite par Benelli (2010). Cette dernière a utilisé cette méthode pour analyser le travail — invisible — de « *care* » des intervenant-e-s sociaux auprès des usager-ère-s. Ce dispositif méthodologique consiste à mobiliser et utiliser les émotions de « profanes » des chercheur-euse-s qui vivent un choc émotionnel par rapport à la souffrance d'autrui et aux réactions des intervenant-e-s face à cette souffrance afin de comprendre ce qu'il faut de travail émotionnel sur soi — invisible — pour arriver à aider adéquatement les personnes en détresse. De la même manière, j'ai pu tout au long de ma formation, constater l'écart manifeste entre mes réactions émotionnelles (et donc mes réactions pratiques également) d'avec celles de mes préceptrices. Cet écart, que je devais apprendre à comprendre et réduire au maximum, m'a permis de prendre conscience et d'intégrer progressivement à mes propres aptitudes ce travail de maîtrise de soi émotionnelle et pratique, d'acceptation de la tension entre implication et distanciation auprès des femmes, ainsi que d'être dans ce rapport de convenance réciproque en répondant adéquatement et constamment à ce qu'il faut être pour cette femme-là dans cet accouchement-là, pour ouvrir ensemble les possibles. Tout cela sans s'approprier son travail, il va sans dire. Car face à cet événement dont on ne contrôle rien, la tentation peut être forte à vouloir se rassurer soi-même par les gestes techniques, par des

routines de soins, par des méthodes organisationnelles qui finissent par faire autorité sur le travail des sages-femmes.

4.4 Présentation du schéma pour fin d'enquête sur la pratique sage-femme

Ce schéma se divise en deux parties, l'une consacrée à détailler ce qu'impliquent les différentes dimensions d'un travail libre de la femme et de la sage-femme. L'autre partie de ce schéma fait état des différents types de médiations potentiellement actualisées par les sages-femmes qui peuvent restreindre le champ des possibilités du travail d'accouchement des femmes. Nous avons repris les mêmes catégories de médiations que dans le chapitre sur la pratique obstétricale, à savoir les médiations organisationnelles, pratiques et symboliques. Celles-ci nous semblaient convenir tout autant à la pratique sage-femme, bien que les façons dont les sages-femmes peuvent s'approprier le travail des femmes soient, jusqu'à maintenant, assez différentes de la pratique obstétricale. Voici le schéma en question.



Il convient d'illustrer ici, à titre d'exemple, une médiation organisationnelle qui a le potentiel d'entraver le travail d'accouchement des femmes. Il s'agit de l'organisation de la charge de travail globale des sages-femmes en fonction du lieu central d'accouchement : la maison de naissance. Il nous semble clair qu'il est plus simple et optimal pour l'organisation du travail des sages-femmes que les accouchements se passent en maison de naissance. Par exemple, lorsqu'un accouchement s'y passe de jour, les sages-femmes n'ont pas à annuler nécessairement tous les rendez-vous pré et post-nataux de leur journée clinique, car elles peuvent rencontrer la plupart de leurs clientes (si l'accouchement ne va pas trop vite), tout en accompagnant la femme en travail. Ce qui n'est pas du tout possible pendant un accouchement à domicile. Bien sûr, le lieu du choix de naissance est l'objet d'un processus de choix éclairé avec les femmes et je crois que la très grande majorité des sages-femmes apprécient les accouchements à domicile, mais ceux-ci entraînent nécessairement une charge de travail additionnelle et une organisation supplémentaire pour les sages-femmes qui doivent faire une visite en prénatal pour s'assurer de la conformité des lieux et du matériel, vérifier et apporter tout le matériel nécessaire à la naissance (l'équivalent d'une très grosse valise de voyage), produire un plan pour s'assurer que toutes les sages-femmes puissent s'y rendre de jour comme de nuit, faire signer un consentement, rapporter le matériel après l'accouchement, etc. Ainsi, les sages-femmes profitent objectivement du choix de la majorité des femmes, qui optent volontairement pour la maison de naissance, en termes de charge de travail globale. Il suffit d'imaginer la complexité que représenterait le travail des sages-femmes si la majorité des accouchements se déroulaient à domicile, elles ne pourraient pas assurer les 40 suivis par année qu'on exige d'elles pour une charge de travail à temps complet. C'est d'ailleurs ce qui se passe dans les services de sages-femmes qui sont actuellement en attente d'une maison de naissance et dont les accouchements sont partagés entre le domicile des futurs parents et l'hôpital. Ainsi, je crois que ce type d'organisation centré autour de la maison de naissance, bien qu'elle semble satisfaire

les femmes pour plusieurs raisons, a le potentiel d'en venir à organiser le travail des femmes et de restreindre leurs possibilités. Après tout, aussi autonomes qu'elles soient, les maisons de naissance sont des institutions gouvernementales qui relèvent des centres de santé et des services sociaux (CSSS) et l'on n'y fait pas ce que l'on veut en matière de santé publique et d'organisation du travail, pas même les sages-femmes.

En ce sens, une enquête ultérieure servirait donc à recenser et comprendre comment les divers types de médiations ont le potentiel de restreindre comme d'ouvrir les possibilités pour le travail des femmes. Le reste de ce chapitre sera consacré à explorer la signification que peut représenter une ouverture des possibilités pour les femmes. Plus précisément, nous tenterons de préciser les conditions dans lesquels le potentiel émancipateur du travail est susceptible de se produire pour les femmes comme pour les sages-femmes. Il s'agit non pas de glorifier le métier de sage-femme contre celui des intervenant-e-s en centre hospitalier, mais bien de mettre au jour comment les femmes, et par extension les sages-femmes, arrivent à déployer un travail libre. C'est le potentiel subversif que représente la réappropriation de cet acte face à l'organisation en place qui est ici mis en lumière.

Contrairement à la mise en forme exploratoire sous forme de points utilisée pour classifier les médiations sur la pratique obstétricale, nous avons plutôt opté dans cette section pour reprendre les notions entourant le travail libre au regard des trois catégories de médiations retenues : pratique, organisationnelle et symbolique. C'est en ce sens que nous explorerons *la signification* 1) de l'agir des sages-femmes lorsqu'il est libre et ne s'approprie pas le travail des femmes; 2) du domicile comme lieu de naissance; 3) d'une proposition pour transformer la vision de la représentation du corps par les sages-femmes correspondant davantage à leurs pratiques : le corps comme lieu d'advenir des possibles. Nous pensons que cette représentation du corps éclaire mieux cet événement et ce que font les femmes et les

sages-femmes que la représentation essentialiste – l'accouchement naturel – qui a prévalu depuis le retour de la pratique sage-femme dans les années 70 jusqu'à aujourd'hui, où elle a été rationalisée et renommée en représentation physiologiste du corps.

4.5 *L'accouchement comme activité de travail potentiellement émancipateur*

Plusieurs concepts et modèles ont été créés ou adaptés à la pratique sage-femme pour comprendre le sens de cette relation entre femmes et sages-femmes : « *relational autonomy* » (Donchin, 2001), le modèle d'interdépendance (Fleming, 1998), le « *being care* » (Walsh, 2005), « *midwifery guardianship* », « *midwifery domination* » (Fahy, 2006), « être-là » (Lemay, 2007), « *being with woman* » (Hunter, 2011), « *one-to-one midwifery* » (Page, 2003), « *trusting woman* » (Thorstensen, 2000), l'« *empowerment* » (Lafrance et Mailhot, 2005, Fahy, 2002, Janssen, 2009, Lindgren, 2010), pour ne nommer que ceux-ci. À l'exception de Fahy (2006), il nous semble que l'utilisation de ces concepts ne permet pas d'appréhender le phénomène de la pratique sage-femme de façon critique. Comme si la pratique sage-femme était « bonne » en soi. Tout au plus, ces auteur-e-s s'inquiètent des menaces extérieures (biomédecine, État régulateur) pouvant corrompre sa « véritable » essence. Penser l'événement de l'accouchement (accompagné de sages-femmes) comme un travail faisant face à un autre travail permet de rendre compte du pouvoir dont disposent les sages-femmes à l'égard des femmes. Un simple geste clinique comme un examen vaginal lorsqu'il est fait dans le seul objectif de répondre au besoin du travail de la sage-femme (et non pas de la femme qui l'a elle-même identifié comme un besoin) peut miner la confiance pour finalement aboutir à une appropriation progressive du travail de la femme. Nous avons vu précédemment que le travail connaît plusieurs possibles. Sous cet angle, les médiations produites par les sages-femmes sont en mesure d'ouvrir ou de fermer les possibles de cet événement, c'est-à-dire qu'elles peuvent être appropriables par les femmes ou désappropriantes pour celles-ci. Le

travail des sages-femmes ne consiste donc pas à ne pas nuire à un processus physiologique en faisant le moins d'interventions possibles. Cela n'a pas tant à voir avec la physiologie, ni avec le naturel, mais bien avec le monde du travail, tel que nous l'avons défini. Par exemple, si l'on demande à un-e ébéniste le sens de son ouvrage et de ses œuvres, nous répondra-t-il que sa finalité consiste essentiellement à être naturel? Je crois plutôt qu'il-elle aimera d'abord nous parler du *monde* de l'ébénisterie, de ce qu'il fait, de la matière précieuse, de ses outils, du savoir transmis, du temps consacré dans son atelier et des beautés de ces œuvres du quotidien. Comme il pourrait également nous parler de la privation de son monde par l'industrialisation de la production et du fait qu'il est contraint de travailler pour un autre qui lui fournit du travail. Il en est de même pour la grossesse et l'accouchement : autant le travail de la femme peut être libre, autant il peut être approprié et transformé pour devenir le travail de la sage-femme et de n'importe lequel professionnel de la santé. Mais en aucun cas, il n'est un événement que l'on peut considérer comme «naturel», étant d'abord et avant tout un événement médiatisé par le social, qu'il survienne dans un département d'obstétrique ou dans une maison de naissance.

Mais à quoi correspond le monde de la naissance — accompagné de sages-femmes —? En ce qui nous concerne ici, comment peut-on définir le travail des sages-femmes ? Comme nombre de métiers de services et de soins, elles ne produisent pas concrètement d'objet au sens strict (la « production » est invisible) et les actes qu'elles posent ne définissent pas entièrement ce qu'elles sont ni ce qu'elles font. En fait, ce travail possède une rareté que l'on retrouve chez très peu d'autres professions : il consiste à veiller²⁷ sur l'accomplissement du travail d'une autre

27

Comme disait Christiane Léonard, sage-femme, lors d'un atelier de réflexion sur la pratique sage-femme en 2013, il peut y avoir *bienveillance* ou *surveillance*. Bien qu'elle abordait cette distinction selon le modèle hospitalier et le modèle sage-femme, nous pensons plutôt que ces

personne sans qu'il n'y ait hiérarchie entre les deux individus. Chacune à leur manière, femmes et sages-femmes accomplissent donc le même agir : celui qui permet l'objectivation, d'aller vers le dehors et auprès, dans un rapport de convenance réciproque. Dans la dernière partie de ce chapitre, nous exposerons différentes facettes de l'agir des sages-femmes, qui participent à la construction de l'événement de l'accouchement comme un monde de possibles. La prochaine partie sera plutôt consacrée à l'explication du schéma que nous avons construit dans la perspective d'une enquête plus approfondie ultérieure.

L'agir sage-femme : cet agir qui n'en est pas un

Pour Lemay (2006), l'art de la sage-femme signifie « aider en sachant ne rien faire ».

Ce propos le résume bien en citant une sage-femme qu'elle a interviewée :

En sachant ne rien faire, la sage-femme affirme clairement que c'est d'abord la femme qui fait le vrai travail et que l'enfantement appartient aux femmes. Pour Jeanne, c'était très clair. « Écoute, moi j'trouve que le plus important dans le rôle de la sage-femme traditionnelle, c'est de savoir ne rien faire. C'est la femme qui travaille » (p.143).

Le travail de la sage-femme est donc celui qui permet aux femmes de faire leur propre travail. Elle doit mettre en place les conditions afin que les femmes se sentent en confiance et libre de manifester, à elle-même et aux personnes présentes, la dimension passive et active de leur être. Cela ne se fait pas naturellement le jour de l'accouchement et n'a rien à voir avec l'optimisation des hormones (comme le diront les protagonistes de type mammalien qui tentent de rendre scientifique, donc objectif et immuable, un événement toujours déjà social), cela se produit à travers la continuité lorsque deux personnes apprennent à se connaître et à partager qui elles sont. Cela prend du temps et s'inscrit dans la durée. Il s'agit d'une invitation pour les

dernières disposent des deux possibilités.

femmes à explorer et à exprimer leurs forces essentielles et faiblesses, à s'ouvrir à l'autre en transmettant ce qu'elles connaissent d'elles-mêmes. La dimension passive peut aussi se manifester à travers le vécu de la grossesse, et bien sûr, dans son contexte de vie. La connaissance des affects et des besoins vitaux d'une femme n'a pas tant à voir avec la physiologie (quoiqu'elle ne l'exclue pas) et la perspective holistique de l'« approche sage-femme » reconnaît en quelque sorte l'importance de cette dimension passive. Souvent, les besoins physiques ne sont que la pointe d'un iceberg, c'est-à-dire qu'ils sont manifestes de profondes significations auxquelles les sages-femmes n'ont jamais entièrement accès. Par exemple, lorsqu'une femme demande un bain chaud pendant son accouchement, ce n'est pas nécessairement parce que cela va combler directement le besoin physique de soulager la douleur des contractions, ce peut être aussi parce que l'eau chaude *fait du sens pour elle*, que ce soit par des souvenirs vécus, par la sensation d'enveloppement et de réconfort qu'elle anticipe comme du bien-être ou parce qu'elle souhaite être touchée le moins possible et qu'elle s'y sent protégée. C'est la signification temporelle des objets qui parle à travers les besoins. L'agir des sages-femmes correspond d'abord à la reconnaissance et à la compréhension de cette dimension passive propre à chaque femme. En sachant *comment* ne rien faire, elles laissent être *tout ce qui vient* de cette femme-là. Les sages-femmes apprennent, au fil de la grossesse, quelle sage-femme elles doivent devenir pour être auprès de cette femme-là, pour l'accompagner au mieux de tout ce qu'elle sait et explicite d'elle-même. La compréhension des besoins vitaux de la femme permet alors le rapport de convenance réciproque : la femme sait exprimer ce dont elle a besoin pour faire son travail et la sage-femme comprend ce qu'elle doit devenir et être comme présence pour elle.

De même qu'elle reconnaît cette dimension passive, de même qu'elle est à l'écoute de la manière qu'aura cette femme d'aller au dehors d'elle-même pour trouver les moyens d'accomplir son travail : mettre au monde son enfant. Pour la sage-femme,

cela correspond à l'activité déployée pour comprendre comment ce corps produit ses extensions de lui-même et s'objectivise. Pour la femme, les moyens du travail d'accoucher sont qualitativement infinis. Par contre, contrairement au travail de production, ces moyens concernent toujours deux dimensions irréductibles : la matière du travail n'est pas extérieure, elle est le corps; les outils du travail sont à la fois le corps et à la fois inorganique à ce dernier. Dans le corps accouchant, matière et outils se confondent nécessairement, mais pas entièrement. D'où le thème très congruent, cher aux sages-femmes et à la littérature du mouvement d'humanisation de l'accouchement, de la re-connaissance des corps féminins en dehors des schèmes de pensée médical et machiste comme moyen d'émancipation des femmes. Toutefois, pour nous, il ne s'agira pas d'aller à la découverte d'une essence corporelle mystique et enfouie, ni de mettre l'accent sur les « hormones de l'amour » pour comprendre le mécanisme « biologique » (et donc immuable et universel...) de l'accouchement, mais bien d'explorer comment *ces* corps se retrouvent en mouvement *par eux-mêmes* et à partir de *leurs* affects, pendant l'accouchement. Manning dirait « *how bodies reach toward* ».

Par exemple, l'extension du corps d'une femme comme lorsqu'elle respire avec son amoureux ou amoureuse pour tenter de se détendre et de se concentrer pendant une contraction. Le moyen du corps-en-travail est ici très limpide et démontre les dimensions passive et active. En effet, le support ne vient pas seulement du fait qu'il y a une extension spatiale du corps à travers la synchronisation, la guidance et la répétition du même (ou comme l'ont identifié très justement Simkin et Ancheta (2011), les 3 Rs, relaxation, rythme et rituel). Le support vient également du sens temporel de cette extension. Ces deux corps qui respirent ensemble se connaissent, ont un passé, une histoire commune, un présent fort de ce qu'ils sont en train de partager l'un pour l'autre et donc d'un futur gratifié de cette expérience essentielle. La même extension se produit lorsque les sages-femmes proposent aux femmes de

passer du temps sur la toilette pour faire progresser un travail qui tend à stagner ou lorsqu'elles trouvent les paroles qui conviennent pour prévenir une détresse ou un épuisement. La musique choisie par la femme est aussi un excellent exemple du prolongement spatio-temporel du corps et des possibles qu'il recèle. À chaque fois, ce qui est souhaité, c'est que la femme trouve les objets avec lesquels elle entrera dans un rapport de convenance réciproque. Dans cette optique, le travail de la sage-femme, c'est autant de devenir elle-même (dans son corps donc dans son être) un moyen pour la femme, que d'ouvrir les possibles de son travail avec et auprès d'elle. Parfois, ce rapport de convenance peut s'exprimer pour la femme par des médiations souvent perçues comme « interventionniste », comme une rupture artificielle des membranes ou des touchers vaginaux plus fréquents, pour s'assurer du progrès de son travail²⁸. Il s'agit alors pour la sage-femme de bien connaître la femme et d'explorer ensemble les raisons expliquant ces demandes, car il existe certaines médiations qui ont la particularité de ne pas être réversibles temporellement et peuvent parfois finir par empêcher ce rapport de convenance vers lequel elles voulaient s'orienter. Le travail des sages-femmes en est donc un de vigilance et de prévoyance. Parfois aussi, cette ouverture des possibles peut correspondre pour la femme à un transfert de soins et cela représentera pour elle l'ouverture qui lui permettra de poursuivre son travail, même si cela doit se faire dans des circonstances qui ne seront plus nécessairement médiatisées par l'objectivité exclusive de ses besoins et de ses moyens. Le travail comme un monde de possibles ne connaît pas d'échec, sauf lorsqu'il devient approprié, c'est-à-dire exploité et aliéné.

Le domicile pour accoucher : des ancrages mondanéïsants

Si j'ai choisi d'aborder le thème du lieu d'accouchement pour parler des pratiques au potentiel émancipateur des sages-femmes, ce n'est pour proclamer que la maison de

²⁸ Ces gestes peuvent bien sûr être faits par la femme avec ses propres mains, tout en faisant l'objet d'une discussion entre les personnes présentes à l'accouchement.

la femme comme lieu d'accouchement est préférable à d'autres, comme la maison de naissance ou le centre hospitalier. C'est plutôt, un peu à la manière de Brabant (2006), une façon de dire que l'accouchement appartient à la femme et que sa maison est le lieu d'une extension d'elle-même, sous la forme de l'habiter.

Je ne sais plus combien de fois je ne suis fait demander, dans mes années de pratique à la maison, par des gens dans le système médical : « Comment places-tu les femmes pour la poussée? » Les femmes qui choisissent d'accoucher chez elles riraient bien d'une telle question. Elles accouchent chez elles justement pour *faire les choses à leur manière!* Ce sont nous, les sages-femmes, qui sommes sur leur territoire. [...] *Dans la chambre même où le bébé a été conçu, les sons, les odeurs, les objets familiers rappellent à chaque instant à cette femme qui cherche une position, un souffle, un appui sur son chum, que cet accouchement fait bien partie de sa vie à elle* (p.41, c'est nous qui soulignons).

Accoucher où on habite signifie que cet événement s'insère dans la familiarité, c'est-à-dire dans la communauté du sens et des activités pratiques qui entourent cette femme. Pour Marx, le premier moment de la soumission réelle du travail au capital aura été d'exproprier les paysans de leur terre pour les contraindre à vendre leur force de travail dans les fabriques. Par cette contrainte, les propriétaires des fabriques arrachent les paysans de leurs activités pratiques et de leur savoir-faire transmis (de ce qui fait du sens pour eux) pour les insérer dans un procès de production industrielle où leur force de travail, mise à nu, n'a plus aucun lien avec ce rapport de convenance pratique aux objets vitaux, au temps et à l'espace. De la même manière, nous pensons que le travail d'accouchement accompli dans un monde où les femmes s'ancrent au quotidien permet d'ouvrir les possibles pour elle. Si, bien sûr, elles considèrent ce lieu comme étant enveloppant et sécuritaire, ce qui n'est pas le cas des femmes qui y vivent la violence ou la dépossession. Le rapport au chez soi est avant tout un rapport social, variable d'une femme à l'autre. Les sages-femmes doivent aussi en tenir compte.

Bien sûr, l'accouchement à la maison de naissance s'inspire de cet ensemble de

rapports pratiques expérimentés dans l'habiter des femmes qui accouchent chez elles (et des sages-femmes qui expérimentent cet accompagnement). Mais il est clair pour nous que cette médiation potentialise un agir sage-femme organisateur du travail des femmes, car il s'agit avant tout du lieu où s'organise de travail des sages-femmes, aussi autonome soit-il à l'égard des instances hiérarchiques régulatrices. Cela n'est donc pas anodin lorsque le Ministère de la Santé aborde les maisons de naissance comme les « maisons des sages-femmes ». D'où le caractère primordial de la présence permanente et vive des femmes et des familles dans les « murs » pratiques, organisationnels et symboliques de ce lieu à usage communautaire. En ce sens, nous pensons que les maisons de naissance ont ce double potentiel d'ouvrir et de fermer les possibles pour les femmes : autant elles peuvent participer à la mondanéisation collective de la naissance, autant elles peuvent devenir, comme le dit Brabant (2006), des « mini-hôpitaux de luxe » avec un service à la clientèle personnalisé.

Au-delà du paradigme de l'accouchement physiologique : l'advenir du corps

S'il est une tendance partagée dans le discours actuel des sages-femmes et des praticien-ne-s de l'obstétrique, c'est la mobilisation de la notion d'accouchement physiologique et/ou naturel. L'utilisation de cette notion, qu'elle demeure sur papier ou se fasse en pratique, est l'aboutissement des efforts du mouvement pour l'humanisation de l'accouchement qui visait une démedicalisation de la naissance. Nous pensons que cette conception, bien qu'elle ait pu servir les intérêts stratégiques des sages-femmes (et aujourd'hui des équipes obstétricales) en représentant une alternative au modèle médical (Macdonald, 2006), ne rend pas compte de la richesse de ce que peut être cet événement, autant du point de vue du travail des femmes que de celui des sages-femmes. Plus encore, la vision physiologiste du corps nous semble ne pas correspondre à ce que font réellement les sages-femmes auprès des femmes pendant l'accouchement. Ainsi, le mouvement réflexif de la pratique sage-femme gagnerait à se positionner au-delà de cette vision restreignante pour diriger

son regard vers une compréhension *événementielle* de l'accouchement. Cela signifie que le dénouement d'un accouchement ne sera pas identique si cet accouchement prend place en des lieux différents, avec des objets et des personnes différentes. L'événement de l'accouchement a le potentiel d'ouvrir ou de fermer les possibles du corps. Ces possibles ne sont pas exclusivement fournis par ses organes : ils viennent d'abord de la femme qui est en mesure de reconnaître ce dont elle a besoin pour faire son travail et de s'extérioriser pour matérialiser ses possibles en elle. On l'a vu, cela passe à la fois par les dimensions passive et active de l'être humain.

Ainsi, l'autonomie dont il est question ici n'est pas celle d'un sujet souverain dans l'absolu, mais d'une autonomie corporelle qui se construit en relation avec celle de l'autre, d'un pouvoir d'agir qui n'existe et se concrétise que parce qu'il y a monde. L'advenir du corps est précisément ce qui arrive lorsque la femme se situe dans l'espace-temps du « *reaching toward* » et renégocie ses frontières de passivité et d'activité selon ce qui se crée à chaque moment. Les sages-femmes expérimentent souvent cela lorsqu'une femme, complètement découragée et épuisée, redécouvre des forces insoupçonnées à l'instant où il le fallait ou lorsqu'une seule parole change complètement le cours des événements. Lors d'un accouchement, le corps advient à chaque instant, les plus difficiles comme les instants de grâce. Le corps advient, il est un passage, une trans-formation dont l'issue ne s'achève jamais complètement. Toute une démarche peut s'installer entre les différents accouchements d'une femme. Et c'est là que la continuité des sages-femmes auprès des femmes prend tout son sens. Car le travail de la sage-femme est surtout celui d'être témoin du temps qui passe et qui nous lie.

Au-delà d'une vision physiologiste et humaniste de l'accouchement, nous avons voulu proposer une perspective différente et innovatrice pour comprendre l'événement de l'accouchement accompagné de sages-femmes. L'élargissement du concept de travail selon la perspective de Fischbach nous aura permis de concevoir

la naissance comme un monde de possibles où deux corps se rencontrent et travaillent ensemble. Trois facettes de la pratique des sages-femmes ont été exposées : 1) l'agir des sages-femmes qui savent comment ne rien faire, 2) ce que signifie la possibilité que les sages-femmes puissent accompagner les femmes pour accoucher dans leur monde et finalement 3) une vision alternative du corps des femmes, c'est-à-dire un corps qui advient, car ces possibles spatio-temporels ne se trouvent qu'en-dehors de lui pour le prolonger et être au monde. Ces trois dimensions conceptuelles des pratiques perinatales nous permettent d'entrevoir qu'il ne s'agit plus d'humaniser la naissance, mais bien d'en faire un monde, de la mondanéiser. Nous sommes d'avis que le potentiel subversif de la pratique sage-femme ayant servi à la réappropriation de la naissance par les femmes dans les années 70 peut aujourd'hui être maintenu en entretenant vigoureusement une pratique réflexive dans la communauté des sages-femmes et des femmes.

CONCLUSION

À l'aide d'une perspective féministe innovatrice, celle de la compréhension du travail d'accouchement comme une activité de travail qui peut être libre ou approprié, nous avons voulu rendre compte des significations différentes que pouvaient avoir les pratiques perinatales obstétricale et sage-femme dans le récent contexte de l'humanisation de la médicalisation. Nous répétons qu'il ne s'agit que de propositions théoriques et d'outils conceptuels différents pour d'éventuelles enquêtes ultérieures. Il s'agirait maintenant de confronter ces propositions selon une prise en compte plus large et plus précise des réalités obstétricale et sage-femme. C'est bien là une limite importante de ce projet, car bien que j'ai été en contact constant avec mon terrain de recherche, l'exigence de travail requise pour ma formation de sage-femme a eu pour conséquence que je n'ai pu le circonscrire et l'analyser formellement, je n'ai pu que m'en inspirer et y constater des bribes de vérité. C'est pourtant ces morceaux de vérité qui m'ont orienté pour en venir à ces propositions de modèles d'analyse. Comme un casse-tête qui n'est pas encore suffisamment formé pour appréhender le phénomène étudié.

Un de nos objectifs de départ était de contribuer à nourrir la réflexion des sages-femmes sur leurs propres pratiques. J'aimerais souligner en ce sens l'importance de comprendre qu'il ne s'agit pas seulement de réfléchir individuellement pour transformer ses propres pratiques. Les médiations produites par les sages-femmes ne sont pas que le fait de plusieurs agirs individuels mis ensemble. Il existe des médiations qui sont déterminées par des rapports de pouvoir qui dépassent largement les volontés individuelles, même si elles y prennent part en l'actualisant. Les sages-femmes sont des vectrices des rapports de domination institués par l'État, par leurs croyances symboliques, par leurs habitudes de pratiques. Le fait d'en prendre conscience constitue peut-être la possibilité qu'elles agissent ensemble pour en

réduire la portée dans leurs propres agirs. C'est pourquoi une réflexion constante, collective et démocratique s'avère nécessaire pour relever ces nombreux défis de porter une pratique sage-femme légalement instituée dans ce contexte de l'humanisation de la médicalisation.

Nous pensons qu'il est primordial de remettre au centre de la compréhension de l'accouchement et de la reproduction des femmes la notion de travail. Cette façon de voir la grossesse et l'accouchement comporte des avantages et des inconvénients. Cela permet d'avoir une perspective qui rend compte de la profondeur et du perfectionnement historique de l'appropriation, non seulement du corps féminin, mais du travail des femmes dans ce moment de la séquence reproductive. Plus précisément, cela permet de mettre au jour les mécanismes sociaux qui rendent invisible cette activité productive en en faisant un processus simplement naturel/physiologique/biologique qui se pathologise constamment par lui-même, puis en s'appropriant la force de travail qui en émane pour produire de façon ultraperformante un autre travail, celui des professionnel-le-s. L'inconvénient majeur que nous trouvons à cette perspective, c'est qu'elle pourrait, pour certaines personnes, ramener l'expérience de l'accouchement, aussi magique qu'elle puisse être, à un événement vulgaire de travail de production d'enfants. Bien que cette perspective nous semble essentielle à un travail de déconstruction des immenses édifices de mystification qui existent actuellement dans le contexte de la médicalisation humanisée, il est clair que la connotation péjorative, voire aliénante, que l'on associe *de facto* à l'expérience de travailler, peut déprécier le «merveilleux» entourant l'enfantement. Inversement, le recours au concept de travail émancipé ou « libre » peut contribuer à idéaliser à outrance l'activité de travail. Pourtant, nous avons voulu, avec Fischbach, ouvrir et réaliser qu'il existe d'autres possibles recelés dans l'agir émanant d'une situation de travail libre. Si toutes les femmes souhaitant faire des enfants pouvaient les porter et les accoucher en toute liberté, ce vocabulaire et cette compréhension des choses, «l'accouchement est un travail», s'avèreraient peut-

être moins essentiels. Cela ne signifie en aucun cas que leur destinée sociale soit d'être affectées au travail de production de l'espèce humaine parce qu'elles sont les seules à avoir les outils pour le faire. Il y aurait d'ailleurs lieu de mettre en évidence l'activité de travail spécifique des pères dans le processus de reproduction. Cela ne signifie pas non plus que j'envisage l'organisation d'une rémunération systématique pour l'accomplissement de l'exercice de la grossesse et de l'accouchement, étant donné que les femmes sacrifient leur temps de travail productif sur le marché du travail et qu'elles en paient trop souvent les frais. Je n'avais aucune intention en ce sens, bien que j'ai voulu éclairer ce rapport inégal entre la reconnaissance sociale du travail productif (marché du travail) par rapport au travail reproductif. C'est fort probablement une des raisons ayant conduit à la nécessité de le rendre aussi invisible, comme le mentionne Tabet. Canaliser l'énergie productive des femmes vers le travail reproductif est une entreprise sociale dont on ne peut cerner la totalité, encore aujourd'hui. Un autre motif m'ayant convaincu d'utiliser ce type de langage plus «froid», est que je crois qu'il est primordial de saisir la pratique sage-femme en dehors des mots fleuris et joyeux qui les entourent trop souvent d'une aura masquant leur potentiel d'appropriation. Cela ne peut que rendre service aux femmes qui les choisissent pour les accompagner.

Enfin, je veux terminer en disant que le travail des sages-femmes n'est pas essentiel au travail d'accouchement des femmes. Celles qui planifient de le faire sans l'assistance des personnes qui en font un métier (médecin, accompagnante, sage-femme) ont des raisons et une trajectoire de vie qui les amènent à le vivre ainsi. Cette option doit demeurer vivante pour toutes les femmes car, bien que ce ne soit pas une garantie absolue, elle manifeste l'étendue des possibilités à l'égard du travail libre. C'est cette option qui à mon sens permet de maintenir la solidarité entre les femmes et les sages-femmes. Elle rappelle aux sages-femmes, ainsi qu'à tous les professionnel-le-s de la santé en obstétrique, que ce travail ne leur appartient pas.

APPENDICE A

RÉCIT DE STAGE EN CENTRE HOSPITALIER

Ce récit sera le récit d'une journée de travail typique comme stagiaire étudiante sage-femme effectuant son stage en centre hospitalier. J'y ai par la suite (deux semaines plus tard) inséré une description du département d'obstétrique et des sous-départements qui s'y rattachent, et de ce qu'on y fait comme pratique. Cela permettra certainement de mieux comprendre l'environnement qui crée l'atmosphère de cette journée de travail. De plus, j'ai également ajouté un portrait global de chacune des professions que j'ai pu côtoyer de près ou de loin au département. Au fil du récit, je donne des détails des conditions de travail dans le cadre de mon stage.

Description des lieux et pratiques

Ce matin, je suis arrivée un peu en retard à 8h30. J'entre par la porte de l'urgence, c'est la plus près du stationnement non-payant dans la rue. Les employé-e-s de l'hôpital entrent fréquemment par cette porte. Il y a aussi une autre porte d'entrée, empruntée de tous qui donne directement sur le département d'obstétrique afin que la clientèle n'entrent pas en contact avec les autres patient-e-s de l'hôpital et éviter de ce fait les contaminations nosocomiales. C'est un petit hôpital de deuxième ligne (de «proximité» écrit-on dans les documents officiels) qui offre les services de quelques spécialités seulement. Toutefois, on y assiste par année presque autant d'accouchements que dans les grands hôpitaux montréalais, l'hôpital St-Luc ou l'hôpital général juif par exemple. Près de 4000 accouchements y ont eu lieu en 2012. À titre comparatif, les maisons de naissance accueillent pour la plupart environ 300 nouveau-nés dans les murs par année.

Lorsqu'on arrive par l'urgence, on ne trouve pas de salle d'attente. Les personnes qui se présentent pour des soins passent au «triage» puis s'assoient sur les chaises de plastique orangées datant probablement des années 70-80. Ces chaises longent le très

long et très achalandé corridor qui relie les divers départements entre eux. Il n'y a pas d'air climatisé, d'où contraste lorsqu'on pénètre la porte automatique du département d'obstétrique où l'air est frais mais «sent» l'hôpital. Le même bénévole, âgé d'environ 70 ans, se tient debout à l'urgence quasi chaque matin pour orienter les gens selon leurs besoins. Pour atteindre le département d'obstétrique, je dois donc marcher jusqu'au bout du corridor, me faisant dévisager au passage par les patient-e-s qui attendent leur tour. Je m'imagine qu'on me scrute ainsi parce que les gens savent que je suis bien portante et que je travaille ici (je marche d'un bon pas, je sais où je vais et j'ai un sac à dos). En entrant au département d'obstétrique, on franchit d'abord la clinique des grossesses à risque élevé (clinique GARE) où il y a une grande salle d'attente fraîchement rénovée. Il y a de magnifiques photos de femmes enceintes ou de jeunes familles exposées esthétiquement sur des murs transparents bleutés. De nombreux investissements en infrastructure ont été réalisés ces dernières années dans tout le département. Dans le rapport annuel 2012-2013, ces investissements sont justifiés par la direction qui souhaite augmenter le nombre de femmes choisissant l'hôpital LaSalle pour venir y accoucher. Les femmes y viennent d'ailleurs de partout de la grande région de Montréal, car cet établissement est reconnu pour offrir des soins d'obstétrique plus «progressistes». Bien que je ne sache pas exactement ce que cela signifie, je l'ai entendu dire à plusieurs reprises, tant du personnel que des familles.

Commençons donc par une description des lieux. Le département d'obstétrique regroupe quatre larges corridors d'une trentaine de mètres chacun, disposés en carré. Il y a deux postes de garde à chaque extrémité du département où il y a toujours plein d'infirmières. En face d'un de ces postes, il y a le «premier contact» où toutes les femmes enceintes de plus de 22 semaines et de moins de sept jours postnatal (en dehors de cela, elles doivent se rendre à l'urgence) se présentent pour tous les maux possibles relatifs à leur grossesse, mais aussi lorsque le travail débute. Les

infirmières disposent de cinq chambres fermées et de cinq espaces côte à côte, séparés par des rideaux. Les femmes y passent leur premier questionnaire général, lequel consiste à identifier les raisons de leur venue à l'hôpital. Des douleurs abdominales, aux contractions, saignements vaginaux, diminution des mouvements fœtaux, en passant par les «ça me pique partout», nausées et étourdissements, il y a de tout. Ensuite, soit elles retournent à la maison, soit elles sont admises. Les infirmières attirées au premier contact répondent également au téléphone et orientent les femmes : si elles doivent se présenter à l'hôpital ou rester à la maison. Juste à côté du premier contact se trouve le bureau de l'infirmière assistante-chef. Il y a environ quatre ou cinq assistantes qui se relaient de jour comme de nuit. Je ne sais pas pourquoi on parle ici d'«assistante» car ce sont elles qui coordonnent les admissions des femmes qui viennent pour accoucher en fonction du personnel infirmier et des chambres disponibles. De l'extérieur, cela me semblait être tout un casse-tête et j'ai mis plusieurs jours à comprendre le fonctionnement général de la place, avec tous les tableaux indiquant qui s'occupe de qui, qui est le médecin de garde et qui est le médecin traitant. On dirait une fourmilière : tout le monde sait comment ça marche mais personne ne le dit comme tel. Ces assistantes sont habillées comme les autres infirmières, en uniformes d'hôpital. Certaines d'entre elles viennent souvent «mettre la main à la pâte» avec les autres infirmières et je sais qu'elles sont appréciées pour cela. Dans ce même corridor, il y a tous les bureaux administratifs que je n'ai pas visités, sauf celui de ma superviseuse de stage, qui est également l'infirmière en chef. Celle-ci semble travailler en étroite collaboration avec les gynécologues pour l'organisation générale des soins, elle gère certains budgets et elle connaît les dossiers plus complexes de certaines femmes, mais je ne peux en dire davantage, sinon qu'elle est habillée en civil et ne travaille que le jour. Un peu plus loin, il y a les soins intermédiaires destinés aux nouveau-nés qui ont eu des problèmes après la naissance et qui doivent être sous supervision constante. On y retrouve les bébés avec des problèmes respiratoires transitoires, les prématurés, ceux

qui ont besoin de photothérapie, les bébés hypoglycémiques, etc. Selon l'achalandage, le nombre d'infirmières qui y travaillent variera, mais elles sont généralement trois à cinq pour une douzaine de petits lits. Durant mon stage, ces lits n'ont jamais été tous occupés. Ce sont à peu près les mêmes infirmières qui se retrouvent dans les mêmes fonctions (pernatal, postnatal, clinique GARE, soins intermédiaires) au fil des jours, bien qu'il y ait tout de même une certaine rotation. Seuls les parents sont admis dans cette unité. Ils peuvent venir à leur guise, mais peu de confort leur est offert (aucune chaise par exemple), exception faite de la petite pièce adjacente pour allaiter. Les parents étaient moins présents pour leur enfant que je ne l'aurais pensé. Durant les deux journées où j'y ai travaillé, quelques bébés n'avaient aucune visite. Le pédiatre de garde s'occupe de coordonner les soins, les médications et les congés, non seulement des bébés qui sont là, mais aussi tous les autres bébés du département. Ces derniers reçoivent une visite avant le départ de la famille, entre 24 et 72 heures, si la femme a eu une césarienne par exemple. Pour avoir suivi le pédiatre pendant une journée, les examens du nouveau-nés sont assez sommaires et durent moins de cinq minutes. Je trouvais que le pédiatre était avare de conseils par rapport à l'allaitement, lorsque les femmes semblaient en avoir vraiment besoin. C'est clair qu'il n'avait pas le temps de toute manière. Les conseils et suggestions restaient très généraux, même si ce qu'il disait était toujours approprié. À côté des soins intermédiaires se trouve la clinique d'allaitement pour les femmes qui éprouvent des difficultés à allaiter ou lorsque les bébés ne prennent pas suffisamment de poids. J'y ai passé peu de temps car je ne ressentais pas le besoin d'y apprendre quelque chose. Les quelques rencontres auxquelles j'ai assisté ont d'ailleurs renforcé mon manque d'intérêt pour ce département. Ces rencontres étaient assurées soit par le pédiatre, soit par une omnipraticienne consultante en lactation. Les rendez-vous duraient quelques minutes seulement, il n'y avait à peu près pas d'observation de tétée (ce qui constitue le strict minimum pour aider une femme qui a des problèmes d'allaitement pour une sage-femme formée). Les médecins se contentaient souvent

de donner des médicaments pour augmenter la production (beaucoup de femmes se plaignaient qu'elles n'avaient pas de lait [ça c'est la raison la plus classique], alors qu'il est reconnu par toutes les "professionnelles de l'allaitement" que c'est le plus souvent une mauvaise prise du sein qui ne stimule pas suffisamment les glandes mammaires, environ 1% des femmes seulement ont réellement une faible production). Ils coupaient aussi fréquemment des freins de langue. Bref, à ce que j'ai pu constater sur ces quelques rencontres (une demi-douzaine environ), c'est le sous-département qui m'a le plus déçu. Peut-être parce que les problèmes d'allaitement c'est plus long à comprendre et à régler et que le temps requis n'est pas du tout compatible avec le mode de fonctionnement effréné d'un hôpital. Un peu comme les accouchements d'ailleurs. On donne des médicaments, on coupe des freins de langue, et les parents s'en retournent à la maison pensant avoir la solution à leurs maux.

Passons aux chambres d'accouchement. Les chambres se situent sur les trois autres corridors, autant à l'intérieur du carré qu'à l'extérieur. Il y a plusieurs dizaines de chambres (je ne les ai pas compté), qui sont constamment occupées. Il y a une seule famille par chambre. Normalement, la famille occupera la même chambre tout au long de son séjour, après avoir passé quelques heures au premier contact, c'est-à-dire une fois que la femme a été admise. Je sais toutefois que d'autres hôpitaux ont des pièces différentes pour l'accouchement et pour le séjour postnatal. Sur chaque porte, un petit écriteau à la hauteur des yeux nous rappelle que l'on doit frapper avant d'entrer. La pièce est de taille utile (environ 3.5m x 3.5m, sans la salle de bain et le portique d'entrée), c'est-à-dire faite en fonction qu'on ne s'y marche pas trop sur les pieds lorsque tous les appareils y sont présents. À l'entrée de chaque chambre, il y a une petite salle de bain avec toilette, évier et bain «thérapeutique», ainsi qu'un garde-robe pour y déposer tous les effets personnels. Même si la porte demeure toujours fermée, un rideau, lui aussi toujours fermé, permet un peu plus d'intimité. Par exemple, les infirmières qui veulent prendre ou donner une information à l'infirmière

qui est dans la chambre ne franchissent que la première porte et parlent derrière le rideau, de manière à ce que personne ne se voit. Les murs sont couleurs pastels (vert, rose ou bleu) avec une bande de tapisserie fleurie tout en haut. Le lit d'accouchement est l'élément central de la pièce. C'est un lit simple sur roues avec deux gardes amovibles. Il s'ajuste de toutes les manières possibles en appuyant sur des boutons, avec étriers et appuie-jambes compris. Sur le mur du fond, il y a une immense fenêtre avec une toile opaque au besoin. Il y a un fauteuil rose qui se déplie pour en faire un lit simple destiné à la personne accompagnante. À côté, une chaise berçante en bois et un banc rond en cuir noir pour que la médecin s'assoie lors de la poussée et l'expulsion du bébé. Un grand évier avec une armoire de rangement en dessous pour les piqués, couvertures, serviettes et débarbouillettes.

Tous les appareils destinés à la femme sont disposés autour du lit : le moniteur électronique déposé sur un meuble de bois (enregistre le cœur fœtal, les contractions et la pression artérielle), le poteau auquel on fixe le soluté, le pousse-seringue électronique pour administrer divers médicaments au besoin ainsi que l'appareil électronique à perfusion d'ocytocine synthétique, puis finalement un second poteau avec l'appareil pour administrer électroniquement la médication pour la péridurale. Sur les 24 accouchements que j'ai pu assister, une seule femme n'avait aucun poteau dans sa chambre. Il y a plusieurs années, les femmes n'avaient pas le droit de boire pendant leur travail, le soluté étant là pour pallier une éventuelle déshydratation. Aujourd'hui, les femmes n'ont plus de restriction à cet égard, mais le soluté demeure largement utilisé. Plusieurs diront que c'est pour «avoir une veine ouverte pour les urgences», soit principalement dans le cas d'une hémorragie postpartum pour s'assurer de pouvoir effectuer le remplacement du sang par du liquide physiologique plus rapidement, même si la plupart des médicaments s'administrent par des voies autres qu'intraveineuse. Dans les maisons de naissance, il n'y a pas d'intraveineuse de routine.

Adossé au mur de l'évier, il y a le chariot assez massif (1.3m de haut x 1m de long x 0.5m de large) avec le matériel d'accouchement. Lorsque l'accouchement est imminent, l'infirmière installe la table d'accouchement située en face du lit avec tous les instruments stériles pour l'usage de la médecin (et de moi-même en l'occurrence). Une horloge est accrochée face au lit. La femme y voit donc nécessairement les heures passées. J'ai remarqué une fois qu'elle était située au-dessus du chariot d'accouchement, soit à côté et non en face du lit, et les infirmières s'en plaignaient. Elles disaient qu'en cas de réanimation néonatale, l'horloge leur faisait dos, elles ne pouvaient donc plus tenir le temps adéquatement. La réflexion que je m'étais faite à propos des femmes qui voient le temps s'écouler et que cela pouvant nuire à leur travail en en faisant une performance, ne lui avait donc peut-être pas traversé l'esprit. En maison de naissance, il n'y a aucune horloge, chaque sage-femme et aide-natale ont leur montre respective. En cas de réanimation, il y a une horloge de suspendue à la table de réanimation, certaines sages-femmes partent un petit chronomètre et l'aide-natale rappelle le temps aux sages-femmes verbalement. Selon le niveau de risque d'une réanimation néonatale, le chariot destiné à accueillir les nouveaux-nés dans les minutes suivant la naissance différera. Il y a soit le petit bac en plastique transparent avec une couverture blanche, faisant office de lit au bébé pour le postpartum avec un petit nécessaire à réanimation dans les tiroirs en dessous, soit la plus récente et ultra-technologique acquisition du département, le «panda». C'est un impressionnant chariot sur roues blanc immaculé d'environ 2 mètres de haut (pour la lampe chauffante) avec un petit lit recouvert d'une couverture avec motif de bébé, un tableau de bord rempli de boutons, plein de petits tiroirs sous le lit, un écran tactile, des fils branchés au mur, une lumière d'alarme jaune qui clignote et sonne lorsque la saturation en oxygène du bébé descend sous la normale, ce qui arrive tout le temps et qui est normal dans les premières minutes de vie du nouveau-né. Une infirmière s'en plaignait d'ailleurs : elles disait que «ça mettait tout le monde sur les nerfs et que ça ne servait à rien» et elle n'avait pas tort. Malgré son nom «gentil», le panda fait

généralement peur aux parents, tout en les rassurant. Cela leur signifie en effet qu'il y a quelque chose d'anormal qui se passe, mais les rassure car la technologie est là pour leur enfant. Lorsque la médecin décide qu'il est nécessaire de le rentrer dans la pièce (disons approximativement une naissance sur quatre ou cinq), l'infirmière explique aux parents de quoi il s'agit pour les préparer à l'entrée de cette immense machine, mais aussi pour qu'ils sachent qu'il y aura une infirmière et un inhalothérapeute de plus (donc six personnes en tout, moi inclus). On place généralement le panda à côté du lit de la mère pour qu'elle puisse voir son bébé pendant la réanimation. Mais dans les situations que j'ai pu observer, les femmes ne voyaient rien puisque trois-quatre personnes étaient affairées autour du chariot et lui bloquaient systématiquement la vue. Les pères observaient souvent la scène, un peu démunis, en deuxième rangée (après le personnel), partagé entre le soutien aux conjointes qui se retrouvent seules et aux bébés pour lesquels la vie extra-utérine s'avère un peu ardue.

Les professions

Ce qui est écrit dans cette section n'a pas fait l'objet d'une recherche systématique et approfondie. Ce n'est que le résultat de mes observations sur le terrain. Bien sûr, j'ai posé de nombreuses questions aux différent-e-s intervenant-e-s pour comprendre le fonctionnement de chacun des rôles. Je l'ai fait dans une perspective de stagiaire et non comme chercheure. Contrairement à l'étude de Vadeboncoeur (2004), je n'ai interviewé personne à proprement dire. J'en connais donc davantage sur les professionnel-le-s que j'ai le plus côtoyé-e-s, soit les gynécologues-obstétricien-ne-s et les infirmières. C'est principalement de ces professions dont il sera question ici. J'ai eu très peu de contact avec les anesthésistes et avec les inhalothérapeutes, car ils sont la plupart du temps sur d'autres départements et viennent seulement lorsqu'on les appelle avec la pagette. J'ai également eu peu de contact avec les préposées aux bénéficiaires qui sont sur le département, car mes apprentissages ne se faisaient pas

auprès d'elles. Je peux toutefois dire que ce sont elles qui distribuent les repas pour les femmes, qui s'occupent de la propreté des lieux et du matériel, qui voient au remplissage de tout le matériel nécessaire au bon fonctionnement de l'établissement. Elles ne travaillent que le jour et en soirée. Finalement, j'ai placé en annexe un bref aperçu des actes médicaux que les gynécologues-obstétricien-ne-s, puis les omnipraticien-ne-s peuvent facturer à La Régie de l'assurance-maladie du Québec. Cela permet d'avoir un portrait comparatif du paiement des actes pour les deux professions, mais aussi de détailler les actes qui définissent et justifient le paiement de leurs professions. Comme la description des actes potentiels des médecins omnipraticien-ne-s et spécialistes en témoigne, il n'y a aucun règlement qui régit et départit les actes habituellement posés par les médecins spécialistes des actes posés par les omnipraticien-ne-s. Je peux dire par contre qu'en réalité (Hôpital LaSalle), la frontière des actes entre les deux professions est assez claire. Par exemple, les omnipraticien-ne-s ne font pas de chirurgies (sauf le curetage), ne suturent pas les déchirures du 3e et 4e degré, ne font pas de version externe, ni des ventouses et font des consultations lorsqu'ils ou elles rencontrent des femmes avec des maux ou problèmes de santé plus complexes.

Gynécologues-obstétricienne-s

C'est une équipe d'une quinzaine de praticien-ne-s. Toutes et tous caucasien-ne-s. La plupart sont à mon avis dans la trentaine ou la quarantaine. Plus ou moins une dizaine de femmes et trois hommes. Pour cette raison, je ne parlerai des gynécologues-obstétricien-ne-s qu'au féminin. Les quelques hommes sont presque tous à la veille de leur retraite. L'un d'eux est le chef du département. Je pense que les gynécologues-obstétriciennes ont toutes leur clinique à l'extérieur de l'établissement où elles suivent les femmes en prénatal, sans avoir approfondi le sujet. Elles se partagent les gardes à l'hôpital chacune leur tour. Je crois que le tour de certaines revient plus souvent mais je ne saurais expliquer pourquoi. Peut-être est-

ce une question de partage de tâches selon les intérêts, obstétrique ou gynécologique, ou en fonction de l'âge de certains médecins qui ne désirent plus travailler sur d'aussi longues périodes. Celles qui font le plus de gardes en font au moins une fois par semaine. Les gardes s'étendent sur une période de 24 heures. Les femmes qui ont été suivies par une gynécologue en prénatal accoucheront nécessairement avec la gynécologue qui est de garde cette journée-là. Et même chose pour les omnipraticiennes, bien que certaines restent de garde en tout temps pour leur clientèle. Les gynécologues restent sur les lieux en tout temps et, à ce que j'ai pu observer, elles dorment très peu, quelques minutes ou heures parsemées ici et là. Parfois rien du tout, c'est selon l'achalandage. Elles disposent d'une chambre pour toutes. Cette chambre est située juste à côté de celle des étudiant-e-s et en face de celle des anesthésistes. Celle des omnipraticiennes est seule à l'autre extrémité du corridor. Comme les gynécologues dorment peu, elles apprécient beaucoup la présence des résidentes en obstétrique, car il est de coutume la nuit que les infirmières appellent la résidente s'il y a un problème et c'est cette dernière qui décide si la «patron» doit être réveillée ou non, comme toutes les infirmières appellent la gynécologue-obstétricienne qui assure la garde du département en entier. Pour avoir assisté à une rencontre scientifique hebdomadaire entre médecins, les relations entre collègue semblaient agréables et non-conflictuelles. Tout le monde discutait, s'obstinait, riait et allait chercher des renseignements sur leur téléphone intelligent en même temps. J'en fus assez étonnée, c'était un peu comme une classe bon-enfant sans professeur. Mais je suis consciente que c'est assez partiel comme jugement, peut-être n'est-ce pas aussi joyeux que cela ne le semble.

La plupart portent un uniforme vert pâle, ce qui les distingue des infirmières, des étudiant-e-s et des préposé-e-s qui sont tous bleus pâles. Avant qu'elles ne se nomment, les familles savent donc à qui elles ont affaire dès leur entrée dans la chambre. Elles font en moyenne deux à quatre visites pendant un accouchement

selon la normalité ou les complications éventuelles (décélérations du cœur fœtal, travail qui progresse peu), en plus de la naissance. Elles procèdent toujours à un examen vaginal, ne demandent jamais la permission pour mettre les doigts dans le vagin et sont particulièrement brusques que la femme ait une péridurale ou non, car les femmes s'en plaignaient souvent à moi après leur visite. Idem pour les infirmières d'ailleurs. Ces visites durent entre deux et dix minutes. Lorsqu'elles entrent dans la chambre, elles ne connaissent pas la femme (sauf si c'est leur patiente, ce qui arrive rarement), je trouve qu'elles parlent plus fort que les infirmières, qu'elles ont une attitude très professionnelle et prescriptive. Cela était assez désagréable pour moi car je suis plutôt habituée à pratiquer selon le processus de "choix éclairé", sans prioriser un choix plutôt qu'un autre. La philosophie du département qui promeut le partage des décisions entre les intervenant-e-s et la femme n'existe en réalité que si la femme manifeste sa volonté d'emblée. Le principe de consentement éclairé est appliqué de façon sporadique selon les interventions et le niveau de patience de la médecin. Lorsqu'il est, il est tout de même teinté des préférences de la gynécologue. J'ai également trouvé que certaines infantilisaient les femmes dans leurs façons de les ramener à l'ordre lorsqu'elles se désorganisaient, criaient ou se plaignaient trop au goût des médecins. Une seule me semblait plus «amicale», si je peux le nommer ainsi. Celle-ci ne vouvoyait pas les femmes, contrairement à ces autres collègues. Elle leur proposait parfois des options alternatives (non-pharmacologiques) et me demandait fréquemment mon «jugement clinique de sage-femme», disait-elle. Comme elle me paraissait particulièrement ouverte d'esprit, je lui ai demandé pourquoi elle ne voulait pas devenir sage-femme. Elle m'a répondu qu'elle avait choisi d'être obstétricienne «pour pouvoir être avec les femmes jusqu'au bout». Je crois que cela signifiait se rendre jusqu'à la césarienne s'il le faut et être responsable d'elles pour tous les soins qui les concernent, ce que les sages-femmes ne peuvent faire, il va sans dire. La plupart sont curieuses de mes pratiques différentes et me demandent souvent ce que les sages-femmes auraient fait

dans telles ou telles situations. Contrairement à ce qui est véhiculé, elles médisent peu sur les sages-femmes, sauf en ce qui concerne les sages-femmes d'avant la légalisation, qui à leurs yeux, semblaient faire à peu près n'importe quoi. La plupart souhaiteraient que les sages-femmes pratiquent exclusivement à l'intérieur de l'enceinte hospitalière «car on ne sait jamais». Elles sont généralement cordiales avec le personnel infirmier et les étudiant-e-s, même lorsqu'elles n'ont pas dormi.

En tant que «patron», ce sont elles qui contrôlent et coordonnent autant que possible l'avancement des accouchements, pour que les femmes n'accouchent pas toutes en même temps et qu'elles puissent être présentes lors de l'expulsion du bébé. Ainsi, lorsque c'est très achalandé, elles peuvent augmenter la perfusion d'ocytocine synthétique de l'une et diminuer celle de l'autre, faire pousser l'une et faire une descente passive²⁹ avec une autre. Au cours de mon stage, j'ai souvent vu la seconde option lorsqu'elles sont en salle d'opération pour une césarienne. L'infirmière appelle la "gynéco" pour lui dire que la naissance est plus qu'imminente, alors elle n'a d'autres choix que de dire à l'infirmière d'arrêter de faire pousser la femme, ce qui est parfois possible lorsque cette dernière a la péridurale. Ensuite elle se dépêche de terminer le présent travail et part à la course vers le long corridor (car les césariennes d'urgence se font dans un autre département), espérant arriver à temps pour attraper l'autre bébé. Voilà pourquoi elles s'organisent pour que tout n'arrive pas en même temps : elles sont «seules», même si elles sont toujours de garde en même temps qu'une autre omnipratricienne, il y a peu d'entraide entre les deux médecins de garde, même lorsqu'elles en auraient eu besoin.³⁰ Les accouchements de l'une ne seront pas

²⁹ Lorsque les femmes ont la péridurale, elles ressentent moins l'envie de pousser, bien qu'elles sentent parfois un peu la pression de la tête qui descend. Alors on retarde le plus possible le moment de la pousser, même si la femme est à dilatation complète. Elles commencent donc à pousser beaucoup plus tard que ne l'aurait ressentie une femme sans péridurale. Parfois quelques heures s'écoulent entre la dilatation complète et le début de la poussée. Cela raccourcit donc grandement le temps de la poussée puisque la tête se trouve parfois déjà au périnée une fois que la femme commence à pousser.

³⁰ La seule fois que j'ai vu les deux présentes à un accouchement, c'était une femme qui arrivait

«faits» par l'autre et vice versa. Si la médecin n'arrive pas à temps, ce sera l'infirmière qui assumera la fonction de la médecin. Je ne sais pas pourquoi, peut-être est-ce pour des raisons de facturation à l'acte, médico-légale ou pour ne pas déranger l'autre. Globalement, elles sont plus occupées que les omnipraticiennes. Est-ce en partie parce que les gynécologues ont une plus grande part de la clientèle en suivi prénatal, ce qui est le cas à l'échelle nationale, mais je ne saurais dire pour ce qui est de cet hôpital. De plus, lorsqu'une omnipraticienne sent qu'elle dépasse son champ d'expertise, ce qui arrive régulièrement, elle fait une consultation avec la gynécologue. Parfois elle fait aussi un transfert de soins. C'est le cas des femmes qui doivent être transférées pour subir une césarienne. Les gynécologues doivent également s'occuper des cas qui relèvent de leur expertise à l'urgence. Elles doivent donc avoir une vision d'ensemble assez précise même si une bonne partie de ce qui se passe échappe à leur contrôle (les accouchements sont imprévisibles de nature). Pour l'avoir vécu lorsque je suivais plusieurs personnes en même temps (et ce n'était qu'une petite partie équivalent à leur travail), il devient difficile de conserver une vision «entière» des femmes en travail. Je les parcellisais malgré moi, je les priorisais selon les tâches à accomplir, parfois me présentant seulement pour «attraper le bébé», comme on dit. Je ne sais pas si elles le vivaient ainsi car je n'ai pas toutes leurs années d'expérience dans la gestion du temps des «travaux actifs» des femmes. Mais demeure le fait que lorsqu'elle font leur garde, la vision d'ensemble doit prendre beaucoup d'espace dans leur tête pour arriver à tout organiser pour que le département fonctionne rondement. Ce qui a été le cas la plupart du temps et je dois dire que j'étais assez impressionnée de leurs compétences organisationnelles, même si je suis consciente que cela peut être le contraire du respect du déroulement et du rythme d'un accouchement. Malgré cela, les femmes (et

de la maison de naissance par ambulance en train de pousser avec un bébé en siège surprise. Je ne sais pas si elle était là pour assister au spectacle, comme les sept autres infirmières, ou si elle était là «au cas où».

les hommes) semblaient quasiment toutes satisfaites et reconnaissantes du travail des intervenant-e-s. J'ai pu observer à de nombreuses reprises des femmes qui, après la naissance de leur bébé, manifestaient leur empathie pour le travail «très occupé» des gynécologues. Je crois qu'elles apprécient leur travail, sans toutefois le leur avoir demandé. Même lorsque la gynécologue agit un peu contre la volonté de la femme en intervenant plus «invasivement», la femme semble convaincue que c'est malgré tout pour son bien et celui de son enfant. Bien des fois, je savais pourtant que c'était une simple question d'organisation du temps de travail des femmes, de gestion des priorités, de routine hospitalière, même d'intérêts personnels. J'imagine très bien par exemple que le même accouchement pourrait se passer complètement différemment selon le degré d'achalandage. Est-ce que les gynécologues pratiquent plus d'interventions lorsque le département est très occupé? Cela serait intéressant mais certes difficile à vérifier.

Médecins omnipraticien-ne-s

Il y a actuellement une douzaine d'omnipraticiennes. Majoritairement des femmes. Tous et toutes caucasien-ne-s. Elles se situent majoritairement entre 30 et 40 ans, mais certain-e-s sont plus âgé-e-s. De la même manière que les gynécologues, je crois qu'elles travaillent en clinique à l'extérieur de l'hôpital et font leur période de garde de 24 heures sur les lieux à tour de rôle. En lisant la description que Vadeboncoeur (2004) fait des omnipraticiens, je crois que la continuité des soins dans leur pratique s'est effritée, car la plupart des médecins ne demandent plus à être appelés pour leurs patientes. Je crois qu'il y a un seul médecin qui le désire en tout temps et certains ne veulent pas être appelé les fins de semaine. Dans l'étude de Vadeboncoeur (2004), le contraire était plutôt la norme. Comme les omnipraticiennes sont généralement moins occupées que les gynécologues, la nuit elles dorment davantage. Elles se réveillent toute de même quelques fois pour faire la tournée des chambres des femmes en travail actif qu'elles suivent. Elles visitent au

moins à la même fréquence que les gynécologues, soit deux à quatre fois, voire davantage. Ces visites durent entre cinq et dix minutes.

L'attitude envers les femmes est un peu moins directive, bien que j'ai pu observer des exceptions frappantes de la part de certains médecins, notamment au moment de la poussée dirigée. Une fois, j'ai failli sortir d'une chambre tellement ces paroles et son attitudes me paraissaient exagérés. Mais ce n'est pas la norme. Dans les chambres, elles semblent moins pressées, j'ai perçu moins de rapports hiérarchiques (autant envers les femmes que les infirmières), plus de cordialité et de douceur dans les paroles pour les encourager. Les consentements éclairés ressemblaient fortement à ceux faits par les gynécologues, bref, ils ne laissaient pas beaucoup de marge de manœuvre. Sans avoir pu avoir accès à des statistiques, le niveau d'interventions me semblent être semblable. Je veux dire par là qu'elles ont à peu près les mêmes conduites selon les mêmes situations. Par exemple, elles perçoivent la «nécessité» d'une ventouse dans les mêmes cas qu'une gynécologue, même si elles demanderont à la gynécologue de la faire puisque cela sort de son champ de compétences. Même chose pour la césarienne. C'est ce qui est dommage avec les statistiques québécoises actuelles, elles ne comptabilisent que les actes facturés à la Régie de l'assurance-maladie du Québec et donc celles-ci ne sont pas représentatives des conduites médicales réelles des omnipraticien-ne-s. Ainsi ces professionnel-le-s paraissent faire moins d'interventions, car ce ne sont pas eux et elles qui les font et les facturent, même si leur conduite aurait été la même. Encore une fois, une exploration de cette considération serait pertinente.

Les infirmières

Plus d'une centaine d'infirmières travailleraient au département. Cette information me vient d'une infirmière assistante-chef et je n'ai pu la confirmer. Je n'ai vu qu'un seul homme. Certaines sont immigrantes, une d'Haïti, deux de la Roumanie, une de l'Amérique latine, selon mon souvenir et celles que j'ai rencontré. La grande majorité

sont de jeunes infirmières et ont quelques années d'expérience seulement. Selon une infirmière à qui j'ai posé la question, les jeunes infirmières ont pour la plupart un baccalauréat en sciences infirmières, contrairement aux infirmières «d'expérience» qui ont une technique en soins infirmiers. Elles font des quarts de travail de huit heures, soit de jour, en soirée ou la nuit. La nuit, elles ne peuvent pas dormir. À chaque changement de personnel, elles font un rapport à l'infirmière qui la remplacera. Cela donne généralement lieu à tout un spectacle, puisque tout le monde se parle en duel chacune de leurs côtés, on dirait presque une fête, surtout le matin. Je n'ai jamais compté, mais elles doivent être environ vingt-cinq infirmières répartit aux deux postes de garde et au premier contact, pour ce qui est des quarts de travail de jour et en soirée. Elles sont un peu moins nombreuses la nuit. Comme les inductions se font le jour seulement, cela justifie qu'il y ait plus de personnel en place. Je n'ai toutefois pas observé que c'était moins occupé la nuit, au contraire. Mais mon jugement est peut-être biaisé du fait que j'étais le plus souvent la seule étudiante la nuit, je me trouvais donc beaucoup plus occupée. Aux deux postes de garde, il y a des infirmières qui accompagnent les femmes en travail et d'autres qui s'occupent des familles en postnatal. Bien que je n'ai pas été avec les infirmières du postnatal, je sais tout de même qu'elles s'occupent surtout de l'enseignement aux parents (comme elles appellent), des soins aux nouveau-né-e-s (bain et signes vitaux), de la mère (signes vitaux et administration de médicaments) ainsi que du soutien à l'allaitement. Les infirmières qui sont en postnatal s'occupent d'environ cinq familles en même temps.

Pour ce qui est des infirmières en pernatal, une seule femme en travail actif leur est assignée par quart de travail. Je ne sais pas s'il y a des critères d'assignement. De façon générale, elles passent une bonne partie de leur temps aux postes de garde où elles prennent leurs notes. Lorsque les femmes sont plus «demandantes», qu'elles n'ont pas la péridurale par exemple, les infirmières prennent facilement du retard

dans leurs notes, retard qu'elles se dépêchent à rattraper avant la fin de leur quart. Dans ces notes du travail actif, elles doivent décrire de façon très détaillée chacun des tracés du moniteur électronique et de l'appareil pour mesurer la cadence des contractions, elles écrivent également tous les médicaments administrés, chacun des gestes posés par elle ou la médecin, la dilatation du col, l'intensité des contractions, si la femme mange ou boit, les positions qu'elles prend, l'attitude la la femme tout au long des événements. Pour l'avoir observé à de très nombreuses reprises, l'interprétation des tracés, particulièrement les divers types de décélérations du cœur fœtal, est une science suffisamment approximative pour qu'on y voit le jour et la nuit. Les infirmières sont beaucoup moins tolérantes à l'interprétation des décélérations que les gynécologues. Elles avisent donc assez fréquemment la gynécologue de garde de la suite des événements lorsqu'ils semblent se détériorer. Toutefois, une fois la gynécologue avisée, leur niveau d'aisance à prendre des décisions et à poser des gestes cliniques (changements fréquents de position, toucher vaginal, bolus de médication pour augmenter l'anesthésie péridurale, augmentation ou diminution de l'ocytocine synthétique, bolus de soluté, administration d'oxygène) est assez grand. Dans leurs notes, elles évaluent toujours l'état de la femme en fonction de la «souffrance» perçue. Le mot «souffrante» revient constamment, ce qui fait un assez grand décalage d'avec la pratique sage-femme pour qui ce mot n'existe tout simplement pas dans leurs notes. Les sages-femmes ne citent habituellement que les paroles de la femme pour signifier son état. «Chu pu capable, ça fait trop mal», par exemple. Elles parleront par contre de détresse lorsque la femme est en panique, lorsqu'elle a une difficulté particulière à passer au travers de la douleur des contractions. Même lorsque le travail s'intensifie et que cela reste «dans le normal» (expression très utilisée), aucun commentaire particulier ne sera écrit sur la douleur perçue.

Leurs tâches sont assez diverses et complexes. Lorsque la femme arrive dans la

chambre, elles s'occupent d'installer le moniteur et de le replacer s'il capte mal, ce qui demande parfois beaucoup de patience de leur part. Si elles font du moniteur intermittent (ce qui est la norme avec les accouchements à faible risque), elles l'installent vingt minutes par heure, puis l'enlèvent. Dans les cas d'accouchements complexes (la femme ou le fœtus présentent des problèmes), celui-ci doit constamment demeurer en place et doit faire l'objet d'une surveillance rapprochée. Lorsque le tracé est atypique (ex : quelques décélérations sporadiques du cœur fœtal), elles retournent à la chambre aux cinq à dix minutes pour le vérifier sur le papier qui l'enregistre. Elles posent les intraveineuses en début de travail actif, si ce n'est pas déjà fait par les infirmières du premier contact. Elles changent régulièrement les piqués, aident la femme à changer de position et font les examens vaginaux aux deux heures environ. Elles administrent tous les médicaments, comme l'eau glucosée, l'ocytocine synthétique, les antibiotiques, les analgésiques, les anesthésiants ou autre, après prescription obtenue de la médecin. Si la femme souhaite la péridurale, elles avisent l'anesthésiste, puis lors de la pose, elles assistent le médecin pendant qu'elles orientent verbalement la femme pour ne pas qu'elle bouge. Lorsque la femme désire un accouchement naturel, elle propose souvent un bain thérapeutique, de faire du ballon et de marcher dans le corridor, si cela est possible. Bien qu'elles étaient plus souvent dans la chambre lorsque la femme ne voulait pas la péridurale, ces femmes se trouvent souvent avec une accompagnante à la naissance. Elles ne font alors que les gestes cliniques et laissent l'aspect du soulagement de la douleur à l'accompagnante. Les relations étaient quand même bonnes entre les infirmières et les accompagnantes. Mais je n'ai pu observer que deux accouchements dont la femme avait une accompagnante auprès d'elle.

Lorsque le col de la femme approche la dilatation complète, elles préparent la table stérile de la médecin avec le matériel pour l'accouchement. Puis elles dirigent la poussée le moment venu, après l'accord obtenu de la médecin. Elles avisent la

médecin et une seconde infirmière lorsque la naissance est imminente. Pendant la poussée dirigée effectuée par la médecin, elles répondent à toutes les demandes de la médecin, soutiennent les jambes de la femme, captent le cœur fœtal entre les contractions, poursuit son «coaching» des poussées dirigées avec la médecin. Lors d'une naissance normale, ce sont elles qui, une fois le bébé sur le ventre de la mère, évaluent son état, son tonus musculaire, ses efforts respiratoires, son pouls et en informent la gynécologue. Si la gynécologue le demande, elles aspirent aussi ses sécrétions avec la poire. Toujours sur la mère, elles le couvrent d'une couverture et l'assèchent. Si la gynécologue estime que le bébé doit recevoir de l'oxygène, elles initient ce geste avec le ballon autogonflable jusqu'à ce que le bébé n'en ait plus besoin, selon la saturation normale et avec la permission de la médecin. Lorsque l'inhalothérapeute est présent-e (si la réanimation est prévisible), elles l'assistent dans ses gestes. Ce sont également elles qui prennent les notes et tiennent le temps pendant la naissance et la délivrance placentaire. Je n'ai observé aucune hémorragie maternelle durant mon stage, alors je ne connais pas leur conduite dans cette situation. Après l'accouchement, elles rangent tout, elles identifient tous les membres de la famille avec les bracelets, sort tous les appareils devenus inutiles, lavent sommairement la femme, l'installe confortablement. Si la femme allaite, elles aident à la première tétée. L'infirmière accompagnera en postnatal jusqu'à la fin de son quart de travail pour favoriser la continuité des soins.

De façon générale, j'ai senti que le rapport d'autorité entre infirmières et « patron » est assez restreint, bien qu'il existe. J'ai pu observer autant de tutoiement que de vouvoiement des infirmières envers les médecins, alors que les médecins ne font que tutoyer. Le vouvoiement se produit surtout dans les chambres devant la clientèle. Moi-même je ne savais pas trop sur quels pieds danser, puis j'ai opté pour le tutoiement, sauf les médecins plus vieux, hommes ou femmes. Selon les dires de plusieurs étudiant-e-s en médecine que j'ai côtoyé-e-s, un climat assez unique règne

au centre hospitalier de Lasalle. Parait-il que les hôpitaux universitaires, les infirmières ne font pas d'examens du col et prennent très peu d'initiatives, tout cela étant réservé aux résident-e-s seulement. Ce n'est pas ce que j'ai pu observer dans mon milieu de stage. À titre anecdotique, la plupart des infirmières ont de nombreux accouchements en solo à leur compte et en semblent très fières. À plusieurs reprises, j'ai moi-même cru que la gynécologue n'allait pas arriver à temps pour la naissance et les infirmières avec lesquelles je travaillais à ce moment n'en semblaient pas particulièrement perturbées. Peut-être ne voulaient-elles pas le montrer devant les femmes pour ne pas les inquiéter.

La majorité des infirmières semblent aimer leur travail, même si certaines d'entre elles m'ont confié être très fatiguées. Les nouvelles font des heures supplémentaires obligatoires régulièrement. Elles me confiaient être très sollicitées et devaient apprendre à dire non. J'ai vu des infirmières travailler 16 heures de suite. Elles ont des pauses et des heures de repas qui sont respectées, à tour de rôle. La nuit, elles organisent cela entre elles. Au moment où j'ai fait mon stage, deux infirmières étaient en orientation et au moins une douzaine d'autres étaient attendues vers septembre. Elles ont de très bonnes relations entre elles, l'ambiance est familiale et propice à l'entraide. Plusieurs nomment l'équipe des infirmières «la grande famille». Elles organisent parfois des sorties entre elles en dehors du travail. Lorsque des erreurs étaient commises, les personnes s'expliquaient assez calmement en face à face. Je n'ai pas vraiment observé de médisance. Je ne sais pas si c'est parce que j'étais là. Les étudiantes infirmières étaient très nombreuses (une dizaine à la fois, je crois) et se relayaient sur des périodes de deux semaines environ. Elles provenaient à chaque période d'universités différentes et portaient toutes des habits de couleur définis par leur université. Elles demeuraient constamment en groupe et elles accompagnaient rarement une infirmière individuellement. Souvent, une responsable de stage s'occupait des enseignements sur place et les répartissaient si possible à des

accouchements comme observatrice seulement. Les étudiant-e-s en médecine et nous-mêmes avions préséance sur elles lorsque les femmes ne voulaient pas deux étudiant-e-s. Nous nous parlions peu (sauf exception individuelle), mais nous nous sourions abondamment et il n'y avait pas de compétition non plus.

Une journée typique

Donc j'arrive vers 8h30 le matin. Une nouvelle étudiante en médecine vient se présenter à moi. «Alors c'est toi la sage-femme», dit-elle en souriant, mais un peu timide. Tout le monde ici nous appelle «la sage-femme». Cela fait plusieurs années que l'hôpital LaSalle accueille les étudiantes sages-femmes pour ce stage, alors le personnel est habitué à notre présence. Nous sommes cinq étudiantes ce matin sur le plancher d'obstétrique, deux résidentes en médecine familiale, deux étudiantes en médecine qui viennent de la France et moi. Les étudiantes sages-femmes sont les seules à faire un stage de deux mois (tous les autres sont d'un mois), car en plus de l'obstétrique, nous devons connaître tous les sous-départements qui s'y rattachent, soit la clinique GARE, les soins intermédiaires pour les nouveau-nés, la colposcopie, les échographies, la clinique d'allaitement et la clinique de planning. Les étudiant-e-s font habituellement des semaines de 35-40h réparties sur trois jours ou trois nuits, de huit heures à huit heures. La seule résidente en gynécologie avec qui j'ai travaillé faisait cependant des gardes de 24 heures, comme le font les gynécologues et les médecins omnipraticiens. Mais j'y reviendrai. La grande majorité des étudiant-e-s sont des femmes blanches, dans la jeune vingtaine. J'ai vu deux hommes seulement, dans la vingtaine également, sur une quinzaine d'étudiant-e-s. Il y avait deux étudiantes qui étaient d'origine indienne. Les étudiant-e-s arrivent soit de l'Université McGill ou de l'Université de Montréal. Tout le monde parle le français et l'anglais couramment. Certaines sont intéressées vaguement par l'obstétrique, d'autres trouvent les accouchements suffisamment dangereux pour s'y sentir mal à l'aise. Selon mon expérience depuis le début de mon stage (un mois et demi), nous sommes

aujourd'hui trop nombreuses pour faire des apprentissages adéquats. Normalement nous devrions pouvoir accompagner au moins une femme chacune, donc potentiellement un accouchement par étudiante par journée de travail. Lors des nuits achalandées, j'ai pu assister jusqu'à six accouchements, mais j'étais la seule. Les nuits sont généralement plus occupées et il y a peu d'étudiant-e-s. Je crois que certaines étudiantes ne veulent pas faire la nuit et travaillent le jour à la place, raison du surplus actuel. Ce matin, il y a seulement deux femmes en travail actif (entre 3 et 10 cm de dilatation). Chaque jour, nous devons répartir entre nous les femmes qui sont en travail actif. Comme je suis étudiante sage-femme, j'essaie de choisir des accouchements normaux avec des femmes qui ne présentent pas de problème de santé particulier afin de pouvoir faire le plus de gestes possible pendant l'accouchement. Il y a une bonne relation entre les étudiantes : conviviale, collaboratrice et sans compétition. Je suis arrivée un peu après les autres, je n'ai donc personne à accompagner pour l'instant. Alors je me trouve autre chose à faire et à voir. Je me dirige vers la clinique des grossesses à risque élevé (clinique GARE) pour observer une version de siège. Comme j'y ai déjà travaillé, je me sens à l'aise d'aller voir les infirmières pour leur demander l'horaire de la journée et choisir d'observer ce que je n'ai pas vu jusqu'à maintenant et qui fait partie de mes objectifs de stage. Ce sont des parents de la maison de naissance avoisinante qui m'accueillent gentiment, après permission demandée par la médecin. La plupart des suivis qui s'y font concernent le diabète de grossesse, le retard de croissance intra-utérin, l'amniocentèse, la haute tension artérielle, le suivi nutritionnel pour les femmes avec des problèmes de poids, la grossesse prolongée, la version, etc. Ils ont eu une référence de leur médecin, gynécologue ou omnipraticien-ne, et parfois de leur sage-femme. Dans le cas de ces parents, ils ont été référés par une sage-femme de la maison de naissance de Pointe-Claire, qui y est affiliée. La version ne fait pas partie du champ de pratique des sages-femmes, elles doivent donc référer en deuxième ligne lorsque cette situation se présente. La version est une technique que je pensais

beaucoup plus brusque et rapide alors qu'elle se fait tranquillement et méticuleusement sous échographie. Après avoir vérifié l'état du bien-être fœtal avec un test de réactivité fœtale que j'aborderai brièvement plus loin, la femme se rend ensuite au bureau de consultation de la gynécologue. Celle-ci n'explique pas ce qu'elle s'apprête à faire puisque c'est la seconde tentative de version. Je ne sais pas quel jour était la dernière. Elle se couche alors tout de suite sur le dos sur un petit lit de consultation médicale. La gynécologue installe l'appareil à échographie sur l'abdomen de la femme pour l'avoir à portée de main. Elle grimpe ensuite sur un petit banc pour être au-dessus de la femme et pouvoir placer ses deux mains de chaque côté de son ventre. À l'échographie, elle vérifie ensuite plus précisément la position de la tête, du dos, des bras, des jambes. Elle appuie alors fermement une main au-dessus du pubis, soit sur les fesses du fœtus de manière à les désenclaver du bassin maternel. En même temps, l'autre main, appuyée sur le fond utérin, et donc sur la tête fœtale, tente de la faire tourner doucement (dans le sens antihoraire pour ce qui est de cette version-ci) vers le bas. À chaque manipulation ou presque, la gynécologue vérifie si elle constate du progrès, bref, s'il y a un avancement dans la rotation. Elle tient donc les fesses dans sa main, pour être sûre qu'elles ne retournent pas dans le bassin, tout en tenant l'appareil échographique pour voir où elle en est rendue. Après cinq-six minutes, les fesses ne veulent pas se désenclaver. Tentative de version échouée. La médecin discute avec les parents : «parfois les bébés ne se retournent pas pour une bonne raison, comme une forme inadéquate du bassin maternel ou des tours de cordon autour du cou». Elle suggère tout de même une autre tentative immédiatement. Les parents déclinent après s'être consultés quelques secondes par les yeux. La médecin propose alors de prendre rendez-vous pour une césarienne planifiée. Elle ne propose pas d'alternative à celle-ci alors que je sais qu'elle le fait parfois, particulièrement pour la clientèle de la maison de naissance qui espère peut-être davantage un accouchement vaginal. Je ne sais si c'est parce qu'elle a observé à l'échographie que le bébé n'est pas dans une position favorable pour tenter un

accouchement vaginal ou si c'est par manque de volonté de sa part. Les parents n'en demandent pas plus et acceptent la proposition. Je quitte alors la pièce sans plus attendre en remerciant les parents. J'aurais bien aimé lui poser la question qui me trotte dans la tête (pour quelle raison n'a-t-elle pas offert d'alternative à la césarienne), mais je sais que ces rencontres sont comptées à la minute près et ma visite n'était pas prévue dans son horaire. Car elle doit compter un maximum de dix minutes par rendez-vous pour un total d'environ trente par jour. Toutes les gynécologues qui travaillent sur le département d'obstétrique font de la clinique GARE à tour de rôle. Il en est de même pour les autres sous-départements comme la colposcopie, les chirurgies gynécologiques et les échographies.

Je retourne alors sur le plancher d'obstétrique qui est adjacent. Il y a une femme qui vient pour une induction pour grossesse « post-terme ». Les femmes arrivent généralement vers 7 heures le matin pour leurs inductions. Si ce n'est pas trop occupé, elles attendent sur une chaise dans le corridor de une à trois heures. Si c'est très occupé, elles peuvent attendre jusqu'en fin de journée, vers 17 ou 18 heures. Cette femme dite « post-terme » est à 41 semaines et 5 jours. Selon la Société des gynécologues et obstétriciens du Canada (SOGC), on considère que la grossesse est post-terme à partir de 42 semaines. Environ 6% des grossesses seraient post-termes. Selon eux, cette statistique serait cependant faussée par une mauvaise prévision de la date prévue d'accouchement, puis du fait qu'on déclenche de plus en plus les accouchements avant 42 semaines. Il est généralement reconnu que la mortalité périnatale augmente après cette date à cause du placenta qui « vieillirait » (présence de calcifications placentaires) et ne fournirait plus adéquatement l'oxygène au fœtus. Les femmes sont donc envoyées systématiquement par les médecins à l'hôpital tous les deux jours pour un test de réactivité fœtale. Cet examen consiste à enregistrer pendant au moins 20 minutes la coordination entre les mouvements fœtaux, les contractions utérines et la fréquence cardiaque du fœtus. Si le résultat est satisfaisant,

on renvoie la femme chez elle. S'il ne l'est pas, on investigue avec d'autres examens plus poussés visant à connaître davantage le bien-être fœtal. Les recherches et les connaissances scientifiques sur ce sujet sont pourtant assez restreintes (peu d'études randomisées malgré la controverse qui règne à ce sujet, je ne sais pas pourquoi), mais aucune recherche à ma connaissance n'est venue confirmer la causalité entre la présence de calcifications placentaires et la diminution de l'apport en oxygène. Toutefois, à l'hôpital Lasalle, comme ailleurs au Québec où j'ai pu le constater au fil de ma formation, l'accouchement est déjà considéré «post-terme» vers la 41e semaine. On induit alors le travail entre 41 et 41 semaines et 4 jours pour s'assurer qu'il y ait une place de disponible sur le département avant la 42e semaine. Durant mon stage, je n'ai vu qu'un seul accouchement de 42 semaines et tout le personnel se disait outré du médecin qui avait négligé sa patiente en la laissant dépasser le terme jusqu'à 42 semaines. Il me semble alors que ces fréquentes inductions «post-terme» relèvent autant de la gestion des places disponibles que l'indication médicale pour le bien-être du fœtus.

Une infirmière est venue me chercher (j'étais au premier contact), car cette femme qui allait être induite souhaitait un accouchement naturel. Elles viennent toujours me chercher dans ce cas. On dirait qu'elles savent que ça fait plaisir aux étudiantes sages-femmes. Elle me raconte brièvement le dossier et je pars seule pour me présenter aux parents, espérant qu'ils acceptent ma présence. Je leur demande toujours la permission même si je sais que les autres étudiant-e-s ne le font pas. C'est un moment tellement important dans leur vie de famille, je me vois mal imposer ma présence. Je me nomme et dit que je suis étudiante sage-femme. Je leur demande ensuite si je peux rester avec eux pour le reste de leur aventure, sans préciser exactement ce que je vais faire. S'ils me le demandent, je leur explique. S'ils ne me le demandent pas, je leur explique tout au long de la journée. Il n'y a pas de protocole précis lorsque les étudiant-e-s se présentent, je ne sais pas ce que les autres font

d'ailleurs. Je sais seulement que personne ne le fait à notre place. Dans ce cas-ci, après m'être présentée, elle accepte aussitôt. Cette femme, assez jeune, scolarisée et blanche, me raconte qu'elle a hésité à se présenter le matin de son induction, car elle souhaitait un accouchement naturel et voulait éviter «d'embarquer dans l'engrenage» de la médicalisation. La gynécologue lui a présenté les options d'inductions avec leurs effets secondaires possibles : elle a choisi le déclenchement pharmacologique à l'ocytocine synthétique et décliné la rupture artificielle des membranes, «pour faire des contractions plus progressives», dit-elle en répétant probablement les paroles du médecin. Dès mon arrivée dans la chambre, elle m'explique alors en détail sa vision de ce qu'on appelle communément «la cascade des interventions», c'est-à-dire les interrelations qui existent entre les interventions médicales. En voici une des versions possibles concernant un type induction spécifique, soit le déclenchement pharmacologique de l'accouchement à l'ocytocine synthétique. Celui-ci comprend généralement une perfusion par voie veineuse d'eau glucosée et d'ocytocine synthétique pour amorcer artificiellement les contractions. Selon le protocole hospitalier, on augmente la dose toutes les demi-heures jusqu'à l'obtention de contractions régulières aux deux minutes et d'une intensité jugée satisfaisante à la palpation abdominale. L'ultime critère pour juger de la dose adéquate, soit la dilatation «efficace» du col (un centimètre par heure), arrive en troisième temps, lorsqu'une ou deux heures se sont écoulées, on vérifie alors si le col s'est modifié ou non. Si, après que le temps soit écoulé, il n'y a pas de changement dans la dilatation et que le cœur fœtal se porte bien³¹, on augmente la dose, même si

³¹ Certains médecins ne considèrent pas le bien-être fœtal comme un critère suffisant pour augmenter ou diminuer la perfusion d'ocytocine, même si leur protocole stipule que l'on doit la diminuer, voire l'arrêter, en cas de cœur fœtal atypique ou anormal (cette typologie correspond à une classification de l'état du cœur fœtal selon un code qui mènera à des gestes cliniques spécifiques pour favoriser une reprise normale du cœur fœtal). Le fameux «ça passe ou ça casse» est de mise pour plusieurs d'entre eux, qui préfèrent maintenir ou augmenter la perfusion médicamenteuse pour que la femme accouche le plus vite possible. Cela permet selon eux d'éviter les signes «évidents» de fatigue du cœur fœtal, et espèrent-ils, aboutir à un accouchement vaginal au lieu d'une césarienne. Cette méthode n'est pas, il va sans dire, éprouvée scientifiquement, bien qu'elle soit assez répandue. Les

les contractions sont intenses et régulières. Selon mes observations, on ne demande pas la permission aux femmes, mais on explique sommairement pourquoi la dose doit être augmentée. Certaines femmes disent ressentir davantage de douleur avec ce type de contraction, ce qui les fait souvent opter pour le soulagement pharmacologique le plus efficace : la péridurale. Selon le document publié par l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) sur *Les mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque* (2012), «son utilisation est associée à une durée du travail plus longue et à une augmentation des taux d'accouchement instrumentalisé [ventouse, forceps] ainsi que des effets secondaires chez la mère (fièvre, hypotension artérielle) et de l'utilisation de l'ocytocine» (p.17). La péridurale rend aussi obligatoire l'installation du moniteur électronique en continu, ce qui rend la femme immobile tout en augmentant le taux de césariennes chez les femmes à faible risque. Alors que la femme ne ressent plus de douleur, elle rend également disponible l'augmentation libre de la dose d'ocytocine. D'ailleurs, une fois la péridurale administrée, l'infirmière ne dit plus nécessairement à la femme lorsqu'elle augmente la dose. Cette femme craignait donc de ne plus pouvoir prendre de décisions, la «nécessité» de ces potentielles interventions s'imposant à elle les unes après les autres. Les parents semblaient donc heureux de ma présence auprès d'eux et j'en profitais donc pour discuter plus longuement et apprendre à mieux les connaître. Les gens qui viennent à cet hôpital connaissent très peu les sages-femmes du Québec et encore moins leur champ et leurs lieux de pratique. En me présentant, j'essaie toujours de leur expliquer les raisons de ma présence inattendue en centre hospitalier. Car les sages-femmes ne travaillent pas sur ces lieux, bien que parfois, à la demande des femmes, elles «empruntent» une chambre avec un hôpital partenaire si une femme le désire. En 2011-2012, 3,4% des 1590 accouchements assistés par les

infirmières et certains médecins respectent toutefois ce protocole et attendent que le cœur fœtal retourne à la normale pour repartir la perfusion d'ocytocine.

sages-femmes du Québec ont eu lieu dans les hôpitaux affiliés. Certains parents me posent beaucoup de questions, d'autres semblent plus réticents et n'en posent aucune. Lorsque j'ai constaté une réponse favorable de la part de cette femme, je lui ai offert un décollement des membranes pour stimuler le col utérin, méthode non pharmacologique pour stimuler le col et les contractions. Elle a accepté aussitôt. Le décollement que je tente de faire ne fonctionne pas, car je n'atteins pas son col lors de l'examen vaginal. Une heure plus tard, après avoir un peu rédigé ce journal et m'être promené sur le département à la recherche de ponctions veineuses ou d'intraveineuses à faire pour me pratiquer, ils me demandent d'essayer de nouveau. Ils sont réticents à poursuivre l'augmentation de la médication. J'essaie de leur expliquer le protocole d'induction du département en restant la plus descriptive possible (et non pas normative). Car c'est sans contredire un piège potentiel de la confiance qui s'installe entre les parents et une sage-femme lorsque ceux-ci sont suspicieux des routines médicales. Dépourvus de connaissances approfondies dans le domaine, ils se tournent alors vers nous pour connaître notre opinion. Comme les sages-femmes tentent depuis longtemps de faire reconnaître la légitimité de leur profession auprès des différents corps médicaux, mais également par souci de nourrir et d'entretenir de bonnes collaborations interdisciplinaires, elles pourraient être tentées de nuancer, voire de modifier leur propos pour ne pas se mettre le personnel médical à dos. Je me trouvais alors confrontée à ce genre de dilemme, quoique dans le statut nécessairement subordonné d'étudiante qui veut plaire ou du moins satisfaire aux exigences des personnes qui me supervisent (médecins et infirmières). Mon jugement clinique que ces parents qualifiaient « d'opinion tampon » entre eux et le personnel hospitalier et la façon dont je le verbalisais était donc altéré dans une certaine mesure par mon intérêt personnel à ne pas me nuire. Toutefois, je travaille depuis un mois et demi avec les infirmières et elles me font assez confiance. Je bénéficie donc d'une certaine marge de manœuvre quant à ce que je propose aux parents, tant en paroles qu'en gestes cliniques. J'essaie donc une seconde tentative de

décollement des membranes. Son col s'est à peine modifié. Échec. Il est maintenant midi et je pars dîner en leur proposant le ballon, la marche rapide et l'hydratation. Au retour, vers 13 heures, je les croise dans le corridor, marchant lentement. Elle me sourit abondamment me signifiant inconsciemment par là que le travail actif ne s'est manifestement pas installé. Ils me parlent de la médication (ocytocine synthétique), de l'infirmière qui veut l'augmenter pour avoir « enfin de bonnes contractions » et qu'ils ne souhaitent pas aller dans cette direction. Elle craint que ces contractions artificielles ne soient trop intenses pour les supporter et qu'elle n'ait d'autre choix que d'envisager la péridurale. Bref, ils veulent que je tente encore le décollement, car s'il y a eu du changement dans son col, je pourrais l'atteindre et réussir ce que j'ai proposé en début de journée. Ils fondent beaucoup d'espoir dans ce geste pourtant assez banal. On se donne rendez-vous 45 minutes plus tard après avoir marché et s'être reposé un peu. Je tente de gagner du temps pour augmenter les chances de réussite et ils s'en rendent compte manifestement, je le vois dans leurs yeux et la façon dont le père regarde sa montre en me proposant 15 minutes de moins que ma proposition initiale. Je leur explique encore quelques petits trucs pour éviter les interventions : aller dans le bain, changer souvent de position, espacer le plus possible les examens vaginaux, aller uriner fréquemment et boire de l'eau. Et je repars au poste de garde.

Au poste, je rencontre ensuite par hasard le gynécologue de garde. C'est le seul homme gynécologue avec qui j'ai travaillé de tout mon stage. Il ne travaille maintenant que de jour, car il est en préretraite et désire allonger sa carrière. Je me nomme et présente mon statut d'étudiante sage-femme. Je lui précise que j'achève mon stage, ce qui je l'espère, augmentera son niveau de confiance en mes compétences, car je me prépare à lui exposer mon plan d'accouchement naturel pour la « patiente » du 121. Je lui fais donc un résumé du dossier en lui mentionnant sa volonté de ne pas subir trop d'interventions. Il me demande si elle accepterait une

rupture artificielle des membranes. Je lui réponds que nous avons rendez-vous dans 45 minutes pour un « strepping de sage-femme » (décollement des membranes qui dure environ cinq minutes, contrairement à ceux fait par les médecins qui est plus succinct). Il n'a « pas de problème avec ça », dit même que cela doit ressembler à une rupture des membranes en terme d'efficacité. Il semble me faire confiance. Je repars vers la 121. Le décollement des membranes est possible, car le col s'est un peu modifié. À l'entrée de l'infirmière et de son étudiante, je lui parle des changements sur un ton très positif et du « strepping » qui a fonctionné. Elle me sourit et dit à la femme qu'on respecte sa décision d'attendre pour faire la rupture artificielle des membranes, mais lui demande si elle peut augmenter la médication. La femme décline. L'infirmière semble un peu contrariée et sort de la chambre pour rejoindre le poste de garde. Je reste avec l'étudiante infirmière. Nous avons une belle discussion sur les vaccins et la complexité de prendre des décisions lorsqu'on devient parents. L'infirmière revient avec le sourire, enlève le moniteur électronique et presse un peu la femme d'aller marcher. Je sors de la chambre. Je fais ma note vers 14h00. Ce sont les notes prises habituellement par la médecin pour se rappeler le déroulement du travail actif pour ce dossier. Les étudiant-e-s qui suivent les femmes pendant leur travail font les notes à la place de la médecin. De cette manière, celles-ci peuvent consulter le dossier avant de retourner à la chambre lorsqu'elles font leur tournée sans avoir à ne consulter personne auparavant. J'entends ensuite les parents demander au poste de garde s'ils peuvent aller à la cafétéria, la secrétaire déclinant en évoquant la possibilité d'un malaise et que le personnel ne saurait pas quoi faire. Ils acceptent sans rien dire.

Aujourd'hui, c'est une journée calme pour moi. Comme j'achève mon stage, la plupart de mes objectifs de stage sont complétés. Je peux donc prendre le temps d'écrire ce journal, ce que je ne pouvais faire auparavant, car je devais profiter au maximum de ce stage très intéressant et opportun dans ma formation. C'est un stage

que nous faisons normalement à la troisième et avant dernière année de formation au baccalauréat en pratique sage-femme. L'objectif général est de nous familiariser avec l'environnement et le fonctionnement hospitalier ainsi que l'opportunité de mieux comprendre ce qui arrive aux femmes que nous transférons, quelle qu'en soit l'indication médicale. Nous devons également profiter d'une grande exposition aux accouchements, aux césariennes et aux gestes cliniques de toute sorte (intraveineuse, cathétérisme vésical, amniotomie, ventouse, etc.), exposition qui se trouve restreinte en maison de naissance, du fait du petit nombre d'accouchements annuel et du peu d'interventions médicales faites par les sages-femmes. Aujourd'hui, je ne suis qu'une seule femme. Très peu de femmes sont arrivées en travail au fil de la journée. J'ai eu mon évaluation en fin d'avant-midi. La responsable de stage est satisfaite du déroulement de mon stage, semble satisfaite des étudiantes sages-femmes en général. Comme étudiante sage-femme, notre rôle et nos apprentissages se situent à mi-chemin entre celui des infirmières et celui des médecins, pour tout ce qui concerne le normal. Lorsque la situation nécessite plus de soins, nous nous en tenons à la prévention et au dépistage, à connaître les symptômes, le diagnostic et les traitements, sans toutefois y participer comme tel. Selon des étudiantes en médecine et résident-e-s, les étudiant-e-se toutes disciplines confondues disposent de beaucoup d'autonomie à l'hôpital LaSalle. Certaines personnes y voient un manque d'encadrement. Une fois la confiance de la médecin gagnée, omnipraticien-ne ou gynécologue, il y a beaucoup d'opportunités d'apprentissage. Elles nous laissent faire pratiquement tous les gestes qu'elles-mêmes feraient pendant un accouchement normal, la suture comprise. Elles ont des attentes raisonnables par rapport aux compétences attendues, nous poussent parfois un peu plus. J'ai joint une liste de mes objectifs de stage ainsi qu'une feuille d'évaluation journalière type afin d'avoir une vue d'ensemble de ce que je dois faire et observer tout au long de ce stage. Aux dires des gynécologues et omnipraticien-ne-s avec qui j'ai pu travaillé, les étudiantes sages-femmes sont appréciées, car elles ont «un bon contact avec la patiente» et «savent et

aiment ce qu'elles font», contrairement aux étudiant-e-s en médecine qui en sont à leurs premiers balbutiements dans les techniques d'accouchements et sont souvent réticent-e-s à la pratique obstétricale.

Je me sens à l'aise avec la grande majorité des médecins. Quelques exceptions m'ont rendue inconfortables vis-à-vis de leurs décisions cliniques, ou d'autres, qui sont très présent-e-s pour leurs «patientes», sont également très interventionnistes dans leurs gestes. Par exemple, j'ai pu observer des pressions fondiques³² à trois reprises, pratique qui est absolument contre-indiquée en tout temps. Dans nos cours, on en parle comme d'une pratique de l'ancien temps, voire d'une pratique de brousse. Au moment de la faire, les médecins cherchent banalement les infirmières qui peuvent faire «des bons fonds», selon l'expression consacrée. D'autres médecins ont une technique de poussées dirigées extrêmement désagréable à mes yeux. Le moment de la poussée est très ritualisé. Habituellement, on attend que la femme ressente l'envie de pousser. Qu'elle ait la péridurale ou pas, cela devient comme un réflexe, elle ressent une pression tellement forte qu'il ne peut en être autrement. Lorsque la femme est à dilatation complète et qu'elle ressent cette envie, la plupart des médecins laissent faire le début de la poussée dirigée à l'infirmière, qui rappelle ce dernier lorsque la tête fœtale est au périnée. Alors le médecin arrive, demande aux infirmières de retirer le bas du lit, d'éclairer la vulve avec la lampe. Elle demande également à la femme d'avancer ses fesses jusqu'au rebord et de mettre ses pieds dans les étriers. Puis elle enfile son habit stérile, ses gants stériles, place le sac stérile pour récupérer le sang et le liquide amniotique au pied du lit, s'assoit sur un banc au niveau de la vulve, la lave avec de l'eau chaude, parfois en l'avertissant. Et là, le médecin poursuit les mêmes poussées dirigées que l'infirmière faisait faire à la

³² Pratique qui consiste à ce que l'infirmière monte sur un petit banc à côté du lit pour être au-dessus de l'abdomen de la femme, puis à appuyer très vigoureusement et régulièrement (pas de coups) avec les deux mains sur le fond utérin dans le but de faire descendre rapidement, de décoincer la tête dans le bassin ou carrément de la faire sortir. Cette pratique est associée avec une hausse marquée des ruptures utérines.

femme auparavant, mais avec une énergie différente, disons plus intense. C'est le fameux inspirer-bloquer-pousser. Certaines infirmières comptent jusqu'à dix, d'autres parlent de plus en plus fort. Ils sont deux ou trois personnes à «coacher» en même temps. «Pousse-pousse-pousse-pousse-pousse-pousse....plus-fort-plus-fort-plus-fort-plus-fort...». «Pousse comme si c'était la plus grande constipation de ta vie», «pousse pas dans ton visage, pousse dans tes fesses», «Prends une grande inspiration comme si tu plongeais sous l'eau et tiens là la plus longtemps possible». Cela était un moment assez désagréable pour moi étant donné le décalage d'avec la pratique sage-femme. Nous parlons habituellement très peu et une seule personne parle à la femme pour l'encourager doucement. Les femmes sont dans un lit double «ordinaire» et sont beaucoup plus mobiles pour les changements de position. Nous sommes avec elles dans le lit. Lors de ces poussées dirigées, je me sentais toute petite et assez inutile parce que je ne parlais pas. Pas question d'embarquer ma voix par-dessus celles des autres. Puis lorsque la contraction arrive (on le voit sur le moniteur), elles mettent les doigts dans le vagin et appuient sur le bas de la paroi vaginale afin que la femme sente cette pression et qu'elle oriente sa poussée dans cette direction. Selon les médecins, quand les femmes ont la péridurale, elles ne sentent plus comment pousser, c'est pourquoi le personnel opte pour cette technique, bien qu'elle ne soit pas recommandée. Je ne peux dire si les femmes savent ou non comment pousser avec la péridurale. Mais je peux dire par contre que le personnel est tellement habitué-e-s de faire cette technique et que, sans aucun doute, ils en retirent les bénéfices (car elle raccourcit le temps de la poussée considérablement), qu'ils la font faire aux femmes qui n'ont pas la péridurale. De tout mon stage, je n'ai vu aucune poussée physiologique et une quasi-absence de changement de position en dehors de la position gynécologique. «Pas le temps de faire des poussées de sage-femme ici», m'a-t-on déjà dit. De plus, si la tête est encore un peu trop haute dans le vagin, si la femme ne fait pas des poussées suffisamment efficaces, si la médecin est pressée, si le cœur du bébé commence à décélérer, bref, si ça ne va pas assez vite à son goût,

certain-e-s vont augmenter l'intensité de la technique en ayant constamment les doigts dans le vagin. Entre les contractions, l'infirmière met une quantité assez impressionnante d'huile d'amande douce (ça, c'est le rituel «naturel» de l'hôpital de LaSalle), elles essaient d'étirer les tissus en tournant vigoureusement leurs doigts autour de la tête fœtale. Ensuite, pendant la contraction, elles poussent très fort avec huit doigts pour tirer et ouvrir le plus possible le vagin et, à leur avis, faire descendre le bébé. Une des médecins appelait cela «faire les forceps aux doigts». Cela a l'inconvénient de faire enfler les tissus démesurément (la vulve devient presque deux fois sa taille normale) et je ne peux dire si cela est efficace ou non. Du moins ce n'était pas l'évidence même lorsque j'y assistais. J'ai observé quelques fois certaines infirmières hésiter à appeler un médecin omnipraticien en particulier le temps venu pour éviter que les femmes subissent cette technique qu'elles jugeaient «inutile et néfaste». Ce faisant, elles souhaitaient retarder le moment de sa venue dans la chambre et espérer que ladite technique ne dure pas trop longtemps. Par contre, elles n'ont pas hésité très longtemps et on finit par l'appeler, même si elles auraient pu encore attendre à mon avis.

Personne, infirmière ou médecin, ne semble faire grand cas que je sois étudiante sage-femme pour avoir une approche moins interventionniste. Elles font comme d'habitude, la routine de chaque jour. Pourtant, si je leur suggère d'autres positions pour que la femme puisse pousser autrement ou d'autres façons de faire comme d'attendre la rotation spontanée de la tête après sa sortie du vagin (elles la font avec leur main), la plupart, médecins comme infirmières, sont ouvertes et acceptent que les choses puissent se passer différemment. Les infirmières connaissent sans doute ces techniques pour les avoir vu en cours ou lors des formations continues (cours avec le ballon d'accouchement ou la méthode Bonapace qu'elles suivaient lorsque j'étais là), mais elles ne les font pas très souvent, du moins pas après administration de la péridurale, ce qui est le plus souvent le cas. En ce qui concerne les

gynécologues, leur patience à ne rien faire est extrêmement limitée, voire carrément absente. Lorsqu'elles laissent les choses aller, c'est lorsqu'elles sont absentes de la chambre et donc qu'elles ignorent ce qui s'y passe (ce qui est majoritairement le cas, on ne les avertit que lorsqu'il y a un problème), ou alors lorsqu'elles sont trop occupées ou qu'elles doivent dormir. Souvent, mes suggestions auraient été de l'ordre de ne rien faire et d'attendre, mais comme je sais que ce n'est pas une action ni un geste, bref que cela n'équivaut à rien de tangible, cela n'est pas une alternative envisageable. Je me concentrais donc sur des propositions de l'ordre du «faire», comme de vider des vessies pour favoriser la descente de la tête, de faire des points de pression, de masser le bas du dos ou d'alterner les positions entre la position semi-assise et sur le côté, de m'asseoir sur un petit banc pour jaser, de rapprocher le conjoint qui s'éloigne progressivement de sa conjointe, de donner du jus, des choses simples et réconfortantes pour les femmes. Je n'ai jamais vu une infirmière s'asseoir près de la femme pour lui parler ou lui faire un massage. Elles sont constamment debout et bougent ou regarde le moniteur. À chaque fois que je m'assois, j'avais souvent l'impression de faire partie de la famille, car je faisais comme eux, j'étais assise et je ne faisais rien. Je pense d'ailleurs que je me suis fait allier de bien des familles juste par le fait de m'asseoir avec elles. Pas besoin de rien dire, juste être au même niveau qu'elles et de regarder les autres de notre chaise vers le haut.

Plus tard, je retourne donc à la chambre 121, accompagnée de la gynécologue qui a repris la garde du médecin à la préretraite. Elle entre, sûre et gentille. Elle discute sur un ton agréable, voire rieur, mais lui explique qu'avec les contractions peu intenses qu'elle a pour le moment, elle accouchera sûrement dans plusieurs jours. Elle lui offre donc les différentes alternatives en insistant toutefois sur le fait qu'elle reviendra à la charge avec la rupture artificielle des membranes. Elle dit cela à quatre ou cinq reprises. Puis nous sortons pour que les parents puissent réfléchir et discuter entre eux. Quelques minutes s'écoulent et le père vient me chercher au poste de

garde. Ils veulent mon opinion. Je leur explique plus en détail chacune des options, les bons et mauvais côtés et les conséquences potentielles. Ils optent finalement pour la rupture, la diminution de l'ocytocine synthétique puis d'aller tout de suite au bain. C'est moi qui fais la rupture sous supervision de la médecin. On pose le moniteur pour dix minutes et ensuite elle va au bain pour refaire sa bulle. Tout le monde sort de la chambre. Le père est comme un gardien qui décide de qui entre et demande à sa conjointe si c'est OK avec elle. Il voudrait pouvoir mettre le moniteur lui-même et ajuster lui-même la médication. Il scrute chacun de mes gestes, les gestes de tout le monde en fait. Ce n'est pas un conjoint comme nous avons l'habitude d'en croiser à l'hôpital.

De retour au poste de garde, je discute avec l'infirmière qui accompagne la même femme que moi. Cela fait 25 ans qu'elle est infirmière au département d'obstétrique de LaSalle. Elle me raconte comment c'était avant, qu'il y avait des chambres fumeurs, que les médecins faisaient des inductions pour raison "sociale" et non médicale, qu'ils pratiquaient les épisiotomies de routine et les forceps comme une recette populaire. Elle m'a également parlé du fonctionnement de la pouponnière après que l'allaitement soit revenu à la mode. Aux 3 heures, les infirmières pactaient les bébés dans d'énormes chariots qu'elle appelait autobus, puis elles se dirigeaient dans chacune des chambres. Que le bébé ait faim ou non, elles tentaient tant bien que mal de forcer l'allaitement, comme elle disait. Les bébés qui n'avaient pas tété dans le temps alloué retournaient quand même à la pouponnière et s'ils avaient faim et bien c'était trop tard, on lui donnait alors de l'eau sucrée au biberon sans avisé la mère. Cette eau sucrée était d'ailleurs administrée systématiquement à tous les poupons pour tester leur tolérance. C'était une discussion surprenante et elle se faisait un plaisir à me raconter comment les prises de conscience lui ont permis de participer aux changements qui ont eu lieu en obstétrique depuis ce temps. Pour elle, il y a eu une grande évolution des mentalités et de la façon dont on traite les femmes.

Vers 20h, comme j'achevais ma journée de travail, je suis allée remercier et saluer les parents, puis présenter ma collègue étudiante sage-femme qui me reliait pour la nuit. À mon entrée dans la chambre, tout était noir, bulle, calme et intensité. La femme était définitivement entrée en travail actif et elle respirait ses contractions à merveille. Ma collègue m'a même dit qu'elle se sentait même dans une maison de naissance. Je ne suis restée qu'une minute pour faire les présentations et nous sommes reparties, joyeuses. Ils avaient jusqu'à maintenant réussi leur pari...

À mon retour le lendemain matin, ma collègue étudiante sage-femme m'a fait le rapport de sa nuit. Elle semblait heureuse du dénouement de l'accouchement de la femme que nous avons conjointement suivi. Son travail actif a duré une bonne partie de la nuit. Elle n'a pas pris la péridurale. Le bébé est né vigoureux vers 4 heures du matin. Comme c'était un premier bébé, la poussée a été assez longue pour un total de trois heures environ. Aux dires des parents et de ma collègue, après deux heures de poussée relativement inefficaces, elle était fatiguée et complètement désorganisée. La gynécologue m'a aussi raconté sa version de l'histoire : elle s'était suffisamment sentie découragée pour songer à proposer une césarienne, mais ne l'a pas fait en raison de la motivation infaillible de l'infirmière et de ma collègue. Après deux heures de poussée, la femme a opté pour le gaz hilarant, ce qui semble-t-il a eu un effet calmant sur elle et lui a permis de se concentrer pour la suite. À ma visite, elle était fière et satisfaite de son accouchement.

APPENDICE B

Document produit par la Régie de l'assurance-maladie du Québec

Manuel des médecins spécialistes (n°150)

Spécialistes Q - OBSTÉTRIQUE

MAJ 81 / janvier 2012 / 59 Q-7

R = 1 R = 2

Q - OBSTÉTRIQUE

AVIS : Voir la Règle d'application no 4

La rémunération pour un accouchement comprend la rémunération pour les soins et actes obstétricaux dispensés à une parturiente notamment:

- les examens durant le travail;
- la stimulation du travail;
- l'induction médico-chirurgicale du travail dans les cas de complications médicales reconnues;
- la rupture des membranes;
- le désencercelage du col;
- l'anesthésie locale par infiltration des tissus mous, faite par le médecin accoucheur;
- le bloc honteux;
- le cathétérisme vésical;
- l'installation, le contrôle et la surveillance de moniteurs foetaux;
- le monitoring du coeur foetal durant le travail par méthode interne;
- l'amniométrie incluant l'insertion du cathéter intraamniotique, l'enregistrement graphique continu et l'interprétation;
- le prélèvement de sang foetal in utero;
- la délivrance par voie vaginale;
- l'épisiotomie et sa réparation;
- l'expulsion spontanée ou l'extraction manuelle ou instrumentale du placenta;
- la révision utérine;
- la réparation de déchirure;
- les soins hospitaliers post-natals n'excédant pas huit (8) jours;
- la visite, la réanimation et l'aspiration du nouveau-né faites par le médecin accoucheur.

06903 Accouchement.	400,00
06919 Accouchement d'un bébé, après le premier jumeau, supplément	200,00
06950 Accouchement vaginal après césarienne, supplément . . .	200,00
06945 Accouchement dans les cas complexes, supplément. . .	100,00

AVIS : La facturation de l'acte 06945 requiert un des diagnostics apparaissant à l'Annexe I à la fin du présent onglet. Afin d'accélérer le paiement, il est suggéré d'inscrire ce diagnostic sous forme de code dans la case CODE DU DIAGNOSTIC.

+06085 Accouchement suite à une fécondation in vitro ou une stimulation par gonadotropines, supplément. 200,00

06925 Version par manoeuvre externe d'une présentation
de siège en vertex, avant le travail, après 36 semaines,
incluant la visite, la tocolyse, le monitoring externe 100,00 4

Q-8 MAJ 81 / janvier 2012 / 59

APPENDICE C

Document produit par la Régie de l'assurance-maladie du Québec

Manuel des médecins omnipraticiens (n°100)

Q - OBSTÉTRIQUE Omnipraticiens

Q – OBSTÉTRIQUE

PRÉAMBULE PARTICULIER

1. Pour fins de rémunération, les soins obstétricaux se divisent comme suit :

- a) les soins prénatals;
- b) l'accouchement;
- c) les soins du post-partum;
- d) les autres actes reliés à l'accouchement.

2. Les soins prénatals suivants sont rémunérés au tarif établi pour chaque acte :

- les examens prénatals;
- l'avortement thérapeutique;
- le curetage utérin pour avortement incomplet;
- le cerclage du col;
- la transfusion foetale intra-utérine;
- la grossesse interrompue : induction par voie intra-veineuse et intra-utérine incluant la consultation, l'exécution et les soins postnatals;
- l'induction médico-chirurgicale du travail dans les cas de complications obstétricales reconnues incluant la surveillance pour la première demi-heure si nécessaire.

3. Accouchement

Sous réserve des articles 2 et 5 du présent préambule, la rémunération pour un accouchement comprend la rémunération pour les soins et actes obstétricaux dispensés à une parturiente notamment :

- les examens durant le travail;
- la stimulation du travail;
- la rupture des membranes;
- le désencerclement du col;
- toute forme d'anesthésie locale;
- le bloc para-cervical;
- le bloc honteux;
- le cathétérisme vésical;
- la délivrance par voie vaginale;
- l'épisiotomie et sa réparation;
- l'expulsion spontanée ou, lorsqu'il n'y a pas de rétention pathologique, l'extraction manuelle ou instrumentale du placenta;
- la révision utérine;
- la réparation de déchirures sauf celle du troisième degré ou du quatrième degré (impliquant le sphincter anal);
- l'amniocentèse;
- la réparation de lacérations du col;
- l'installation, le contrôle et la surveillance de moniteurs foetaux externes.

4. Les soins post-partum dispensés le jour de l'accouchement et les deux (2) jours suivants sont rémunérés au tarif global établi. Dans le cas où plus d'un médecin assurent l'ensemble des soins post-partum, chacun des médecins se prévaut de 50 % de l'honoraire global pour la période.

AVIS : Pour appliquer les modalités du précédent paragraphe chacun des médecins doit

utiliser le modificateur 382 et réclamer 50 % du code d'acte 06901. Veuillez indiquer dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, le numéro de pratique du, ou exceptionnellement, des médecins s'étant prévalus de l'honoraire global pour les soins post-partum de la patiente.

Omnipraticiens Q - OBSTÉTRIQUE
MAJ 77 / juin 2013 / 130 Q-7
R = 1 R = 2
OBSTÉTRIQUE

+06911 Non stress test comprenant l'interprétation Incluant, le cas échéant la technique ou la surveillance ou les deux. 8,90
+06942 Stress test (vérification durant le troisième trimestre de l'état du fœtus, de sa tolérance, de ses réserves à la suite du déclenchement de contractions utérines) (en établissement seulement). 62,15
+06915 Biopsie unique ou multiple de villosités chorioniques (génétique) incluant l'examen 63,80 3
+06928 Ponction intra-utérine d'organes fœtaux et du cordon ombilical, une ou plusieurs, incluant amniocentèse et examen. 76,15
+06921 Induction médico-chirurgicale du travail dans les cas de complications médicales reconnues incluant la surveillance pour la première demi-heure si nécessaire . 39,85

AVIS : Incrire le diagnostic ou le code de diagnostic ou la nature de la complication médicale dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

+06916 Installation, contrôle et surveillance de moniteurs fœtaux internes ou de tocomètre, ou les deux, incluant l'insertion de cathéter intra-amniotique, l'enregistrement graphique et l'interprétation (une fois seulement pendant le travail). 38,05
+06927 Amniocentèse diagnostique ou génétique. 38,05
+06930 Transfusion fœtale intra-utérine 153,45
+06922 Détermination du pH fœtal par un médecin autre que le médecin accoucheur 34,95
+06925 Version par manoeuvre externe d'une présentation de siège en vertex, avant le travail, après trente-six (36) semaines, incluant l'examen, la tocolyse, le monitoring externe 81,10 3
+06903 Accouchement 440,25 4
+06919 Accouchement d'un bébé, après le premier jumeau, supplément. 191,95
+06923 Accouchement par voie vaginale post-césarienne incluant les soins et la surveillance intra-partum, supplément. 183,20 1
NOTE : Ce supplément peut également être facturé en association avec le code 06933.

AVIS : Incrire dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES la date à laquelle la césarienne a été effectuée.
+06943 Accouchement : samedi, dimanche, jour férié ou de 19 h à 7 h 642,75 4

Q-8 MAJ 77 / juin 2013 / 130
Q - OBSTÉTRIQUE Omnipraticiens
+06914 Consultation et exécution de toutes manoeuvres obstétricales

ou interventions autres que la césarienne ou l'accouchement. 159,75

AVIS : - Voir section 4.2.3, onglet Rédaction de la demande de paiement pour l'identification du médecin qui a demandé la consultation.
- Voir l'article 6 b) du préambule particulier de l'obstétrique.

+06933 Ensemble des soins prodigués pendant le travail par le médecin traitant, si le médecin consultant effectue la césarienne ou l'accouchement 456,35

AVIS : Voir l'article 6 c) du préambule particulier de l'obstétrique.

- Lorsque les soins prodigués pendant le travail sont effectués entre 19 h et 7 h par le médecin traitant, veuillez inscrire l'heure de début du travail ou l'heure à laquelle la patiente a été prise en charge par le médecin consultant dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES pour la comptabilisation d'une journée tel que prévue à l'annexe XXI, paragraphe 1.05 e).

+06912 Césarienne avec ou sans stérilisation 380,65 8
+06913 Césarienne et hystérectomie. 609,05 12
+06946 Césarienne dans les cas complexes prévus en annexe, supplément 137,95 3

AVIS : La facturation de l'acte 06946 requiert un des diagnostics inscrits ci-après à l'ANNEXE I. Afin d'accélérer le paiement, il est suggéré d'inscrire ce diagnostic sous forme de code dans la case CODE DE DIAGNOSTIC.

+06907 Extraction manuelle ou instrumentale du placenta lorsqu'il y a rétention pathologique incluant la consultation ou l'examen si requis 79,90 2

AVIS : - La facturation de l'acte 06907 requiert un des diagnostics inscrits ci-après à l'ANNEXE I. Afin d'accélérer le paiement, il est suggéré d'inscrire ce diagnostic sous forme de code dans la case CODE DE DIAGNOSTIC.

- Voir 4.2.3, onglet Rédaction de la demande de paiement pour l'identification du médecin qui a demandé la consultation.
- Inscrire le diagnostic ou le code de diagnostic requis dans la case DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

+06935 Réparation d'une déchirure du troisième degré ou du quatrième degré (impliquant le sphincter anal) 59,10 2

R = 1 R = 2

**Omnipraticiens Q - OBSTÉTRIQUE
MAJ**

BIBLIOGRAPHIE

- Akrich, M. (1999), « La péridurale, un choix douloureux », *Les cahiers du genre*, 25, 17-48. Consulté en ligne le 12 mars 2012 :
<http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/08/20/60/PDF/99peridurale.pdf>
- Akrich, M., Pasveer, B. (2004), « Embodiment and disembodiment in narratives of childbirth », *Body society*, 10(2-3), 63-84.
- Annandale E. Clark, J. (1996) «What is gender? Feminist theory and the sociology of human reproduction », *Sociology of health and illness*, 18(1), 17-44. Consulté le 16 janvier 2012 :
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9566.ep10934409/pdf>
- Agence de la santé publique du Canada (2009), «Ce que disent les mères : l'enquête canadienne sur l'expérience de la maternité», Ottawa, consulté en ligne le 28 janvier : <http://www.santepublique.gc.ca/eem>
- Association pour la santé publique du Québec, Historique de la périnatalité au Québec, site web consulté le 20 janvier 2012 :
<http://www.aspq.org/fr/dossiers/perinatalite/historique-de-la-perinatalite-au-quebec>
- Barett, J. et Pitman T. (1999), *Pregnancy and birth, The best evidence*, Toronto: Ed. Key porter books.
- Bergeron, A. (2003), « Les représentations de la sage-femme dans la presse francophone québécoise (1989-2002) », *Recherches féministes*, 16(2), 139-165. Consulté en ligne le 28 janvier 2012 :
<http://www.erudit.org/revue/rf/2003/v16/n2/007770ar.pdf>
- Baillargeon D. (2009), « La médicalisation de la maternité comme enjeu de pouvoir (1910-1970) », dans Hashimi Sanni Yaya, dir., *Pouvoir médical et santé totalitaire : Conséquences socio-anthropologiques et éthiques*, Québec, Presses de l'université Laval, 177-203.
- Benelli, N. et Modak, M., (2010), « Analyser un objet invisible : le travail de care », *Revue française de sociologie*, 51, 39-60.
- Brabant, I. (2003), « Conférence. L'humanisation de la naissance : Un pas en avant,

- deux pas en arrière? » *Actes du Colloque, Santé de la reproduction et maternité : autonomie des femmes ou illusion du choix?*, FQPN. Consulté en ligne le 6 juin 2012 : http://bv.cdeacf.ca/CF_PDF/2003_10_0003.pdf
- Brabant, I (2006), « Pourquoi l'accouchement à la maison est essentiel... pour celles qui ne veulent pas y accoucher », *Mamanzine*, 10(1), 40-41. Consulté en ligne le 6 juin 2012 : http://www.mieuxnaitre.org/docs/Acc_DomicileIsabelleBrabant.pdf
- Brubaker, S.J., Dillaway, H.E. (2009), «Medicalization, Natural Childbirth and Birthing Experiences», *Sociology Compass* 3(1), 31-48.
- 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), Université Laval. Consulté en ligne le 6 juin 2012 : www.theses.ulaval.ca/2006/23768/23768_1.pdf
- Carricaburu, D. (2005), «De la gestion technique du risque à celle du risque du travail : l'accouchement en hôpital public», *Sociologie du travail*, 47, 245-262. Consulté en ligne le 26 février 2013 : <http://www.donnerlaviechezsoi.fr/sites/www.donnerlaviechezsoi.fr/IMG/pdf/Carricaburu.pdf>
- Cherniak, D., Fischer, J. (2008), «Explaining obstetric interventionism : Technical skills, common conceptualisation, or collective countertransference?», *Women's studies international forum*, 31(4), 270-277. Consulté en ligne le 28 juin 2012 : <http://www2.cfpc.ca/local/user/files/%7B3AEA81AE-DC36-42E4-AA14-612B20731DE0%7D/womens%20stud%20article2008.pdf>
- Cheyney, J.M. (2008). Homebirth as systems-challenging praxis: knowledge, power, and intimacy in the birthplace. *Qualitative health research*, 18(2), 254-267. Consulté en ligne le 3 août 2012 : <http://mommymidwife.com/documents/MCheyney.pdf>
- CPPSF (2011), *Le développement des services sages-femmes et la mise en place d'un réseau de maisons de naissance au Québec passe par le partenariat avec les femmes, les familles et les groupes citoyens*, Document présenté aux membres de la Commission de la Santé et des services sociaux dans le cadre d'audiences publiques. Consulté en ligne sur www.assnat.qc.ca.
- CPPSF (2012), Les maisons de naissance, un choix individuel, une nécessité sociale,

un bien collectif, [Brochure].

CSN (2010, 5 mai), Communiqué de presse, Journée internationale des sages-femmes, consulté en ligne le 5 juin
<http://www.csn.qc.ca/web/csn/communiquel>

Davis-Floyd R. (1987), «Obstetrics as a rite of passage», *Obstetrics in the United States : Woman, Physician, and Society, Special Issue of the Medical Quarterly*, 1(3), 288-318. Consulté en ligne le 22 juin 2012 :
<http://www.davis-floydrepresents.com/uncategorized/obstetric-training-as-a-rite-of-passage/>

Davis-Floyd, R. (1993), «The technocratic model of birth», *Feminist theory in the study of folklore*, Illinois Press, 297-326. Consulté en ligne le 22 juin 2012:
<http://www.davis-floydrepresents.com/uncategorized/the-technocratic-model-of-birth/>

Davis -Floyd, R.(1994), «The technocratic body, american childbirth as a cultural expression», *Social Science and Medicine*, 38(8), 1125-1140. Consulté en ligne le 22 juin 2012 :
<http://www.davis-floydrepresents.com/uncategorized/the-technocratic-body-american-childbirth-as-cultural-expression/>

Delphy, C. (2003), «Pour une théorie générale de l'exploitation : en finir avec la théorie de la plus-value», *Mouvements*, 26(2), 69-78. Consulté en ligne le 20 mars 2013 :
<http://www.feministes-radicales.org/wp-content/uploads/2010/11/Delphy-POUR-UNE-TH%3%89ORIE-G%3%89N%3%89RALE-DE-LEXPLOITATION-1.pdf>

Delphy, C. (2004), «Pour une théorie générale de l'exploitation : repartir du bon pied», *Mouvements*, 31(2), 97-106. Consulté en ligne le 20 mars 2013 :
<http://www.cairn.info/accueil.php/revue-mouvements-2004-1-page-97.htm>

De Koninck, M. (1990), «L'autonomie des femmes : quelques réflexions-bilan sur un objectif», *Santé mentale au Québec*, 15(1), 120-133. Consulté en ligne le 16 juin 2012 : <http://www.erudit.org/revue/smq/1990/v15/n1/031545ar.pdf>

Desjardins, S. (1993), *Sages-femmes et médecins : les enjeux d'un débat qui n'en finit plus*, Montréal : Éd. Québec/Amérique.

- Descarries, F. et Corbeil C. (2002), « La maternité au cœur des débats féministes », *Espaces et temps de la maternité*, p.23-50, Montréal : Éd. Remue-ménage.
- Donchin, A. (2001), «Understanding autonomy relationally: toward a reconfiguration of bioethical principles», *Journal of medicine and philosophy*, 26(4), 365-386.
- Enkin, M., Keirse, M., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E., Hofweyr, J., (2001), *Guide to effective care in pregnancy and childbirth*, Oxford University Press, Oxford.
- Fahy, M.K. (2002), «Reflecting on practice to theorise empowerment for women : Using Foucault's concepts», *Australian journal of midwifery*, 15(1), 5-13.
- Fahy, M.K, Parratt, J.A., (2006) «Birth territory : A theory for midwifery practice», *Women and birth*, 19, 45-50.
- Fahy, M.K., Foureur, M., Hastie, C. (2008), *Birth territory and midwifery guardianship, theory for practice, education and research*, London : Ed. Elsevier.
- Fannin, M. (2006), *Midwifery as mediation : birthing subjects and the politics of self-determination*, (Doctor of philosophy), Washington, University of Washington. Consulté en ligne le 30 juin 2012 : <https://digital.lib.washington.edu/dspace/handle/1773/5619>
- Fischbach, F. (2002), *L'être et l'acte : enquête sur les fondements de l'ontologie moderne de l'agir*, Paris : Éditions J.Vrin.
- Fischbach, F. (2005) *La production des hommes, Marx avec Spinoza*, Paris : PUF.
- Fischbach, F. (2009). *Sans objet : capitalisme, subjectivité et aliénation*, Paris : Éd. J.Vrin.
- Fischbach, F (2011). *La privation de monde, Temps, espace et capital*, Paris : Éd. J.Vrin.
- Fischbach, F. (2009), *Manifeste pour une philosophie sociale*, Paris : Éd. La découverte.
- Flemming, V. E.M. (1998), «Women-with-midwives-with-women: a model of

interdependence», *Midwifery*, 14(3), 137-143.

Fontaine, L., Pino, N., Jouny, C. (2011), «Maternité et inégalités : réalité indissociable, mais occultée», *Mémoire présenté à la Commission des relations avec les citoyens, Regroupement Naissance-Renaissance*. Consulté en ligne le 5 juin 2012 :

http://bv.cdeacf.ca/CF_PDF/148615.pdf

Fox, B., Worts, D. (1999), «Revisiting the critique of medicalized childbirth: A contribution to the sociology of birth», *Gender and Society*, 13(3), 326-346.

Giroux, M. (2008), « La lutte pour la reconnaissance des sages-femmes au Québec, 1975-1999 », *Coll. Mouvements sociaux*, Centre de la recherche sur les innovations sociales.

Goulet, D. (2004), «Professionnalisation et monopolisation des soins : le Collège des médecins du Québec 1847-1940», *Ruptures*, 10(1), 39-51. [note de cours]

Groupe MAMAN (2007), *Point de vue du Groupe MAMAN sur les lieux de naissance et les enjeux liés au développement de la pratique des sages-femmes*, consulté en ligne le 4 juillet 2012,

<http://www.groupemaman.org/docs/PointDeVueGMFinalAvril2007.pdf>

Guillaumin, C. (1992), *Sexe, race et pratique de pouvoir, l'idée de nature*, Paris : Éd. Côté-femmes.

Heidegger, M. (1958), *Essais et conférences*, Paris : Éd. Gallimard.

Hunter, B. (2001), «Emotion work in midwifery : a review of current knowledge», *Journal of advanced nursing*, 34(4), 436-444.

Institut canadien d'information sur la santé (2011), *Le moment propice : pourquoi l'âge de la mère est déterminant?*, consulté en ligne le 11 juillet 2012,

https://secure.cihi.ca/free_products/AIB_InDueTime_WhyMaternalAgeMatters_F.pdf

Janssen, P.A., Henderson, A.D, Saraswathi, V.(2009), «The experience of planned home birth : Views of the first 500 women», *Birth*, 36(4), 297-304.

Kitzinger, S. (2006), *The birth crisis*, London: Routledge.

- Klein, M. et coll. (2009), «The attitudes of canadian maternity care practitioners towards labour and birth : many differences but important similarities», *Journal of obstetrics and gynecology of Canada, Journal of obstetrics and gynecology of Canada*, 31(9), 827-840.
- Lacoursière, A. (2010, 6 novembre), «Où accoucher?», *La Presse*, Consulté en ligne le 8 juin 2012, www.lapresse.ca
- Lacoursière A. (2010, 14 janvier), «Pénurie d'obstétriciens, le plan de Québec jugé insuffisant», *La Presse*, consulté en ligne le 8 juin 2012, www.lapresse.ca
- Laforce, H. et Institut québécois de la recherche sur la culture (1985), *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*, Institut québécois de la recherche sur la culture, Québec.
- Lamoureux D. (1983), La lutte pour le droit à l'avortement au Québec (1969-1981), *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 37(1), p. 81-90. Consulté en ligne le 7 juin 2012 : <http://www.erudit.org/revue/haf/1983/v37/n1/304126ar.pdf>
- Laurendeau F. (1983), «La médicalisation de l'accouchement», *Recherches sociographiques*, 24(2), 235-243. Consulté en ligne le 3 juillet 2012 : <http://www.erudit.org/revue/rs/1983/v24/n2/056034ar.pdf>
- Lavoie, R. (2010), *Le conflit de l'espace et le processus émancipatoire, vers une micropolitique du nomade*, (mémoire de maîtrise inédit), Ottawa, Université d'Ottawa.
- Lemay, C. (2007), *Être-là : étude du phénomène de la pratique sage-femme au Québec dans les années 1970-1980*, (thèse de doctorat inédite) Montréal, Université de Montréal.
- Lévesque, A. (1984), «Mères ou malades : les québécoises de l'entre-deux-guerres vues par les médecins», *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 38(1), 23-37.
- Locicero, A. (1993), «Explaining excessive rates of cesareans and other childbirth interventions: contributions from contemporary theories of gender and psychosocial development», *Social science and medicine*, 37(1), 1261-1269.
- Lindgren, H., Erlandsson, K. (2010), «Women's experiences of empowerment in a planned home birth : A swedish population-based study», *Birth*, 34(4), 309-

- Lundgred, I., Dahlberg, K.(2002), «Midwives' experience of the encounter with women and their pain during childbirth», *Midwifery*, 18(2), 155-164.
- Macdonald, M. (2006). «Gender expectations : natural bodies and natural birth in the new midwifery in Canada». *Medical anthropology quarterly*, 20(2), 235-256. Consulté en ligne le 10 juillet 2012: https://www.academia.edu/4527378/Gender_Expectations_Natural_Bodies_and_Natural_Births_in_the_New_Midwifery_in_Canada
- MacDonald, S. (2007), «Duty to deliver : Producing more family medicine graduates who practise obstetrics», *Canadian Family Physician*, 53(1), 13-15. Consulté en ligne le 1 août 2012: <http://www.cfp.ca/content/53/1/13.full.pdf+html>
- Manning, E., (2006), *Politics of touch, Sense, movement, sovereignty*, Minneapolis, London: University of Minnesota Press.
- Martin, E. (1987), *The woman in the body, A cultural analysis of reproduction*, Boston: Beacon Press.
- Martin, S. (2010), *L'utérus artificiel ou l'effacement du corps maternel : de l'obstétrique à la machinique*, (Mémoire de maîtrise en sociologie), Université de Montréal, Montréal. Consulté en ligne le 4 février 2013 : https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/4701/Martin_Sylvie_2010_m%C3%A9moire.pdf;jsessionid=250347DF889EB6D4557A81265B030D67?sequence=2
- Martuccelli, D. (2004), « Sociologie et posture critique », *À quoi sert la sociologie?*, sous la direction de Lahire, B., Paris : Éd. La découverte.
- McCourt, C. (2009), *Childbirth, midwifery and the concepts of time*, Oxford : Berghan Books.
- Oakley, A. (1984), *The captured womb : a history of the medical care of pregnant women*, Oxford, New York: Blackwell.
- O'Brien, M. (1987), *La dialectique de la reproduction*, Montréal : Éd. Remue-ménage.
- Odent, M. (1976), *Bien naître*, Paris : Éd. Du Seuil.

- Odent, M. (2004), *Le fermier et l'accoucheur, Industrialisation de l'agriculture et de l'accouchement*, Paris : Éd. Médicis.
- OMS (1996), *Les soins liés à un accouchement normal : guide pratique, Rapport d'un groupe de travail technique*, consulté en ligne le 12 août : http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_fre.pdf
- OMS (1985), *Interregional conference on appropriate technology for birth*, consulté en ligne le 12 août 2012 : [http://whqlibdoc.who.int/hq/1985-86/ICP_MCH_102_m02\(s\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1985-86/ICP_MCH_102_m02(s).pdf)
- OMS (2011), *Manuel d'utilisation, Surveillance des soins obstétricaux d'urgence*, Consulté en ligne le 12 août 2012, http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242547733_fre.pdf
- Paillé, P. (1994), «L'analyse par théorisation ancrée», *Cahiers de recherche sociologique*, 23, 147-181. Consulté en ligne le 18 mars 2014 : <http://www.erudit.org/revue/crs/1994/v/n23/1002253ar.pdf>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3^e éd.), Paris : Armand Colin.
- Paumier, M. et Richardson M. (2003), « Le mouvement pour la reconnaissance des sages-femmes au Québec et en France », Chapitre 11, *Transformations, genre et santé : perspectives critiques et comparatives*, Québec, Presses de l'Université Laval, 247-263.
- Perkins (2003), *The medical delivery business : Health reform, childbirth and the economic order*, London: Rudger university press.
- Paterson, S. (2006), «Ontario midwives, reflections on a decade of regulated midwifery», *Canadian woman studies*, 24(1), 153-157.
- Quéniart, A. (1988), *Le corps paradoxal, regard de femmes sur la maternité*, Montréal : Éd. St-Martin.
- Rioux-Soucy, L-M. (2010, 14 janvier), «Crise aiguë en gynécologie, Les médecins dénoncent « la gestion complètement déconnectée de Québec », *Le Devoir*, consulté en ligne le 8 juin 2012, www.ledevoir.com

- Rivard, A. (2004), Perspectives sur les réalités de la naissance, *Synthèse de la conférence annuelle de l'Association pour la santé publique du Québec*, ASPQ consulté en ligne le 7 août 2012 : <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/santecom/35567000067220.pdf>.
- Rivard, A. (2010), *L'enfantement dans un Québec moderne : Générations, mémoires, histoire*, (Thèse de doctorat inédite), Université Laval, Québec.
- Robin, V. (2011) *L'accompagnement des parturientes serait-il influencé par l'analgésie péridurale?*, *Enquête prospective auprès de 130 sages-femmes de Normandie*, (Mémoire de maîtrise), Centre hospitalier universitaire de Rouen, Rouen, France, consulté en ligne le 3 juin 2012 : http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/63/11/26/PDF/Robin_Virginie.pdf
- Robles, A.F. (2008), «L'humanisation de l'accouchement et de la naissance au Brésil : nouveaux dispositifs de régulation des corps des femmes pauvres?», *Lien social et politique*, 59, 115-124. Consulté en ligne le 30 juin 2012 : <http://nelson.cen.umontreal.ca/revue/lsp/2008/v/n59/018818ar.pdf>
- Rodriguez del Barrio L, Vadeboncoeur H, Saint-Amant S, Fontaine L, Hivon, M, 2011. «Pourquoi parler d'accouchement dans un colloque sur la violence envers les femmes?», *Colloque international sur la violence envers les femmes*, CRI-VIFF, 29 mai – 1er juin
- Romano, A.M, Lothian, J.A (2008), «Promoting, protecting and supporting normal birth : a look at the evidence», *Journal of obstetrics-gynecology and neonatal nurse*, 37(1), 94-105. Consulté en ligne le 24 juillet 2012 : <http://www2.cfpc.ca/local/user/files/%7B54A6D7DF-1135-4B12-9890-12B95451A569%7D/Preserving%20Normal.pdf>
- Rossignol, M., Boughrassa, F., et Moutquin, J-M. (2012), Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque, Institut National d'Excellence en Santé et Services Sociaux (INESSS), *ETMIS*, 8(14), consulté en ligne le 25 février 2012, http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ObstetriqueGynecologie/ETMIS_2012_Vol8_No14.pdf

- Rothman, B.K. (1982), *Recreating motherhood, ideology and technology in a patriarchal society*, New York : Norton.
- Sakala, C., Commy, M.P., (2008), *Evidence-based maternity care : what it is and what it can achieve*, consulté en ligne le 30 mars 2012 :
<http://www.childbirthconnection.org/pdfs/evidence-based-maternity-care.pdf>
- Santé et services sociaux du Québec (2002), Évolution du taux de césariennes, 1969 à 2000-2001, consulté en ligne 8 août 2012, <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/>
- Santé et services sociaux du Québec (2008), Politique de périnatalité 2008-2018, consulté en ligne le 20 janvier 2012, www.msss.gouv.qc.ca section Documentation, rubrique Publications.
- Santé et services sociaux du Québec (2008), Stratégies de mise en œuvre de la politique de périnatalité 2009-2012, consulté en ligne le 20 janvier, www.msss.gouv.qc.ca section Documentation, rubrique Publications.
- Savard, S. (1987), « Accoucher à l'hôpital : Où en sommes-nous aujourd'hui? », *Accoucher autrement, Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*, Montréal : Éd. St-Martin, consulté le 2 mars 2012,
http://classiques.uqac.ca/contemporains/saillant_francine/saillant_francine.html
- Sharpe, M. (2001), «Exploring legislated midwifery, texts and ruling», *Reconceiving Midwifery*, Montréal: McGill's-queen University Press.
- Sharpe, M., Rudel, A., Turner, M. (2009), «Essentialism as a Contributing Factor in Ideological Resonance and Dissonance Between Women and Their Midwives in Ontario», *Revue Canadienne de la Recherche et de la Pratique Sage-femme*, 8(2), 15-28.
- Simkin, P., Ancheta, R. (2011), *The labor progress handbook*, (3 ed.), Oxford: Wiley-Blackwell.
- Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (2008), *Déclaration de principe commune sur l'accouchement normal*, no 221, consulté en ligne 2 mars 2012,
<http://www.sogc.org/guidelines/documents/gui221PS0812f.pdf>
- Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (2010), *Ligne directrice*,

Obésité et grossesse, no 239, consulté en ligne le 2 mars 2012
<http://www.sogc.org/guidelines/documents/gui239FCPG1002.pdf>

- St-Amant, S. (2013), *Déconstruire l'accouchement : Épistémologie de la naissance, entre expérience féminine, phénomène biologique et praxis technomédicale*, (Thèse de doctorat), Frelighsburg, Université du Québec à Montréal. Consulté en ligne le 4 mars 2014 :
https://www.academia.edu/5700272/These_de_doctorat_DECONSTRUIRE_L_ACCOUCHEMENT_EPISTEMOLOGIE_DE_LA_NAISSANCE_ENTRE_EXPERIENCE_FEMININE_PHENOMENE_BIOLOGIQUE_ET_PRAXIS_TECHNOMEDICALE
- Surtees, R. J. (2003), *Midwifery as Feminist Praxis in Aotearoa/New Zealand*, (Degree of doctor), Christchurch : University of Canterbury.
- Tabet, P. (1998), *La construction sociale de l'inégalité des sexes, des outils et des corps*, Paris : Éd. L'Harmattan.
- Table sectorielle mère-enfant (2011), *Un Québec riche de tous ses professionnels de la santé, Pour une amélioration dans l'offre de service en première ligne, Périnatalité et Petite Enfance*, Rapport du groupe de travail Organisation des services de première ligne, Consulté en ligne le 8 mars 2012.
- Thachuk, A. (2007), «Midwifery, informed choice, and reproductive autonomy : a relational approach», *Feminism and psychology*, 17(1), 39-56. [note de cours]
- Thibodeau B. (2006), «L'accessibilité aux sages-femmes : Pas à n'importe quel prix», *Mamanzine*, 10(1), 1-2.
- Thompson, G., Downe, S., Dykes, F. (2011), *Qualitative research in midwifery and childbirth, phenomenological approaches*, London : Routledge.
- Vadeboncoeur, H. et Blais, R. (1996), « Pourquoi le Québec a-t-il décidé d'expérimenter la pratique des sages-femmes tandis que l'Ontario légalisait la profession », *Rupture*, 3(2), 224-242.
- Vadeboncoeur, H. (2004), *La naissance au Québec à l'aube du troisième millénaire : De quelle humanisation parle-t-on?*, (Thèse de doctorat inédite), Montréal, Université de Montréal.
- Vadeboncoeur, H. (2005), «L'humanisation entourant l'accouchement est-elle

limitée?», *Le médecin du Québec*, 40(7), 77-86. Consulté en ligne le 22 juin 2012 :<https://www.fmoq.org/Lists/FMOQDocumentLibrary/fr/Le%20M%C3%A9decin%20du%20Qu%C3%A9bec/Archives/2000%20-%202009/077-086Documentation0705.pdf>

Valentini, H. (2004), «Notre force de changement – L'évolution de la périnatalité au Québec – 1973-2003», *Santé, Société et Solidarité*, 1, 49-55. Consulté en ligne le 5 juillet 2012 :
http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/oss_1634-8176_2004_num_3_1_1221

Vandelac, L. (1981), «Et si le travail tombait enceinte?, essai féministe sur le concept travail», *Sociologie et Sociétés*, 13(2), 67-82. Consulté le 15 juillet 2012 :
http://classiques.uqac.ca/contemporains/vandelac_louise/et_si_travail_tombait_enceinte/et_si_travail_tombait_enceinte.html

Wagner, M. (1996), « Active management of labour », *Midwifery today*, 37, 33. Consulté le 23 juillet 2014:
<http://www.midwiferytoday.com/enews/enews0316.asp>

Walsh, D. (2005), «Subverting the assembly line : Childbirth in a free standing birth centre», *Social science and medicine*, 62, 1330-1340.

Young, I.M. (1984), «Pregnant embodiment : subjectivity and alienation», *Journal of medicine and philosophy*, 9(1), 45-62.