



Université du Québec
à Rimouski

Pour une éthique de l'enfantement.
Une critique de la médicalisation des naissances et de la violence
obstétricale.

Mémoire présenté
dans le cadre du programme de maîtrise en éthique
en vue de l'obtention du grade de maître ès arts

PAR
© GENEVIÈVE DESGAGNÉ

Dépôt final juillet 2021

Composition du jury :

Bernard Gagnon, président du jury, UQAR

Dany Rondeau, directrice de recherche, UQAR

Raymonde Gagnon, examinatrice externe, UQTR

Dépôt initial le 28/04/2021

Dépôt final le 14/07/2021

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À RIMOUSKI
Service de la bibliothèque

Avertissement

La diffusion de ce mémoire ou de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire « *Autorisation de reproduire et de diffuser un rapport, un mémoire ou une thèse* ». En signant ce formulaire, l'auteur concède à l'Université du Québec à Rimouski 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 Rimouski 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.

Je souhaite offrir ce mémoire à
toutes celles et ceux qui avant moi ont
initié la réflexion sur l'autonomie des
femmes lors de la naissance.

REMERCIEMENTS

Merci à ma directrice de maîtrise, Dany Rondeau, qui a accueilli mon sujet de recherche avec ouverture. Tes commentaires m'ont permis de faire mon chemin dans le monde de la recherche sans trop d'embuches. Merci de ta confiance et de ta patience.

Merci à mes deux enfants, Louis-Antoine et Benjamin, qui m'ont ouvert les yeux sur la grande puissance de la périnatalité et de la maternité. Vous êtes merveilleux! Je vous souhaite de développer votre esprit critique comme vous me l'avez permis lorsque vous étiez dans mon ventre, lors de votre naissance, et encore aujourd'hui. Autorisez-vous à avancer dans la vie selon vos valeurs, vos croyances et vos convictions. Je vous aime!

Merci à mon partenaire de vie et père de mes enfants, Sébastien, qui s'est montré conciliant durant toutes ces années où j'avais la tête dans les livres. Tu as été disponible et tu as fait plusieurs sacrifices pour me permettre de déposer ce travail. C'est entre autres grâce à toi si j'ai persévéré.

Un énorme merci à mes parents, Michelle et Michel, qui m'ont encouragée à poursuivre ce projet de mémoire. Votre entière confiance en moi et en mes capacités depuis ma tendre enfance aura été outil inestimable. Merci de votre générosité, pour les délicieux repas, le gardiennage et, bien entendu, de votre riche présence.

Merci au Collectif les accompagnantes de Québec, un regroupement de femmes dévouées. Des femmes qui accompagnent avec leur cœur des familles, des conjoints et conjointes, des femmes seules et des enfants au moment d'accueillir un nouvel être. Le Collectif a été pour moi un trésor de découvertes, d'échanges et de partages. Vous faites la différence, merci de votre authenticité!

Merci à Karine Langlois, qui m'a ramenée sur le chemin de la beauté de l'enfantement. Tu m'as inspirée lors de nombreuses séances de rédaction. Ta présence m'a

permis de garder la tête froide, de me concentrer uniquement sur l'objectif réel : offrir des outils aux femmes pour qu'elles puissent être autonomes lors de leur enfantement.

Merci à Anne-Marie Gargano, une belle flamme qui s'est allumée à la toute fin de ma rédaction. Un feu de disponibilité, de passion, de désir d'amélioration des soins et une fougue sans borne. Tu m'as permis de franchir « le mur ». Tu représentes les raisons qui m'ont amenée à m'investir dans ce projet : la quête du changement de paradigme.

Merci spécial à Morwana Tosser, qui représente les sages-femmes de demain. Celles qui doivent croire plus que jamais que l'enfantement est réellement un phénomène naturel. Tu es une grande force tranquille qui inspire le respect et la foi en l'avenir.

Merci à Marie-Pier Landry pour les moments de confiance que nous avons partagés. À tes côtés, j'ai toujours cru que mon projet de rédaction avait du sens et devait être mené à terme. Tu as joué le rôle de phare dans le brouillard de la rédaction.

Merci à Amélie Aubin et à Bertrand Kanga, qui représentent toutes les femmes, tous les conjoints et conjointes, et tous les couples que j'ai accompagnés durant les sept dernières années. Vous avez été mes yeux sur le terrain, vous m'avez fait vivre des émotions fortes, vous m'avez fait réaliser la force de la résilience et de l'amour. Vous m'avez offert autant, sinon plus que ce que j'ai pu vous apporter. Sans vous, rien ne serait pareil.

Merci à Susanne Forgues et à Céline Loubier qui m'ont ouverte à la douceur de la maternité, à la confiance envers ces petits êtres tout neufs. Vous m'avez appris à être fière de parler des naissances où tout s'est bien passé, des naissances sans histoire.

Finalement, merci à Geneviève Turmel et à Marie-Ève Émond-Beaulieu qui ont été mon œil technique, mon filet de sécurité et qui ont renforcé ma conviction qu'un jour le point final serait posé sur ce travail.

AVANT-PROPOS

Dès mon jeune âge, le sujet de conversation autour de la table était la maternité, la périnatalité et l'allaitement. Je me suis beaucoup intéressée au travail de ma mère, qui était infirmière en périnatalité et passionnée de nouveau-nés.

Ma soif de démystifier la naissance, d'abord pour moi puis pour en faire profiter ceux qui y sont intéressés, m'est apparue comme une évidence dès la naissance de mon premier enfant, en 2013. Cette naissance médicalisée m'a ouvert les yeux sur un monde qui m'était finalement totalement inconnu, alors que je me croyais préparée et outillée. Je me suis sentie catapultée dans un univers profondément formaté depuis des siècles où les acteurs présents ne savaient pas plus que moi quoi faire de ce tourbillon de connaissances provenant d'hier à aujourd'hui, des mythes et des enjeux entourant la naissance.

Peu de temps après, j'ai suivi ma formation d'accompagnante au Collectif les accompagnantes de Québec et je me suis promis d'informer toutes celles qui le souhaitaient de ce qu'impliquait, à tous points de vue, la réalité de la médicalisation des naissances. Après avoir été témoin de quelques naissances en tant qu'accompagnante, j'ai réalisé comment le système n'offrait pas d'emblée aux femmes les outils pour être autonomes durant la mise au monde de leur progéniture.

Le choix était clair pour notre deuxième enfant : l'approche sage-femme semblait la plus adaptée. Cette naissance m'a ramenée au plus profond de moi, dans un espace encore jamais visité. J'ai dû faire face à ma vulnérabilité et à mes peurs. J'ai visité un état de laisser-aller que je n'avais jamais cru possible, j'ai été *moi* dans sa plus simple expression et dans sa plus grande complexité à la fois, et ce, avec tout ce que ça impliquait : cris, pleurs, sourires, éclats de joie, etc. Au terme de cette naissance où j'ai été maintenue au centre de l'expérience avec mon bébé qui allait naître, j'ai réalisé le gigantesque écart qu'il y avait entre ces deux univers : la médicalisation et l'autonomie.

Devant ce paysage dichotomique, il m'est apparu essentiel d'aller plus loin en offrant des outils aux femmes qui souhaitent s'approprier réellement, par leur autonomie, leur expérience d'enfantement. Par la même occasion, je souhaite offrir aux professionnelles et professionnels qui valorisent l'autonomie des femmes dans leur profession un regard historique et sociétal sur l'enfantement. L'histoire de la médicalisation des naissances est suffisamment parlante pour ne pas avoir à convaincre quiconque que nous avons dérivé, en tant que société, vers une domination de ce processus naturel qui pourrait, dans la majorité des cas, s'effectuer par lui-même.

RÉSUMÉ

Ce travail de recherche porte sur une éthique de la naissance. La question qui l'oriente est de savoir ce que l'on voudrait que soit la mise au monde : un acte médical qui traite un problème médical ou un événement important de la vie? Son objectif est de démontrer comment une éthique de la naissance peut avantageusement se substituer à la médicalisation des naissances et permettre une plus grande satisfaction des femmes envers leur expérience d'enfantement. Plusieurs femmes ayant donné naissance disent en effet avoir été déçues par la manière dont cela s'est passé. Plusieurs considèrent que leurs choix n'ont pas été respectés et qu'elles ont dû subir des actes médicaux dont la nécessité peut être mise en question. Ce mémoire explique, dans un premier temps, comment la médicalisation des naissances a désapproprié les femmes de leur corps et de l'enfantement. Dans un deuxième temps, il montre que cette médicalisation s'accompagne souvent d'une forme de violence subtile et encore à comprendre, la violence obstétricale. Enfin, pour penser une réappropriation de l'enfantement par les femmes, il propose une éthique de la naissance qui rappelle les principes fondamentaux de la bioéthique et de l'éthique médicale et prend appui sur une éthique professionnelle de coopération, sur une approche narrative qui donne une voix aux femmes et pense *avec* elles plutôt que *pour* elles, et sur une éthique du *care* et son ouverture vers une politique de l'enfantement. La réappropriation de la naissance est un choix individuel, mais également un choix collectif qui doit être reconnu d'un point de vue politique. Une éthique de la naissance permet de concevoir autrement l'autonomie des femmes et la vulnérabilité liée à un enfantement. Elle a le potentiel de repenser l'enfantement afin de proposer des approches permettant l'évolution des pratiques. Être en mesure d'offrir une expérience axée sur les besoins réels de la femme, ses désirs et ses valeurs et ultimement offrir un vécu d'enfantement joyeux et harmonieux passe par une éthique de la naissance.

Mots clés : enfantement, naissance, histoire, médicalisation, violence obstétricale, intervention, autonomie, récit, vulnérabilité, éthique.

ABSTRACT

This research focuses on the ethics of childbirth. The question that guides it is to know what we would want birth to be: a medical procedure treated as a medical issue or an important life event? The objective is to demonstrate how the ethics of childbirth could replace the medicalization of childbirth and grant women greater satisfaction towards their childbirth experience. Many women who have given birth have said they were disappointed by the way it happened. Many feel that their choices were not respected and that they had to undergo medical procedures whose necessity was questionable. This dissertation explains, firstly, how the medicalization of childbirth has disinherited women from their bodies and from childbirth. Secondly, it shows how this medicalization is often accompanied by a subtle form of violence that is yet to be understood, obstetric violence. Finally, in order to think about reappropriation of childbirth to women, it proposes ethics of childbirth that recall the fundamental principles of bioethics and medical ethics and is based on professional ethics of cooperation, on a narrative approach which gives women a voice and thinks with them rather than for them, and on ethics of care and its work towards childbirth policy. The reappropriation of childbirth is an individual choice, but it is also a collective choice that needs to be recognized from a political point of view. The ethics of childbirth give us a new way to conceive the autonomy of women and the vulnerability related to childbirth. It has the potential to make us rethink childbirth to suggest approaches that would allow the evolution of practices. Being able to offer an experience based on real needs of women, their desires and their values and ultimately to offer a joyful and harmonious childbirth experience happens through ethics of childbirth.

Keywords: childbirth, history, medicalization, obstetric violence, intervention, autonomy, story, vulnerability, ethics

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	x
AVANT-PROPOS	xii
RÉSUMÉ.....	xiv
ABSTRACT	xvi
TABLE DES MATIÈRES	xviii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	xxi
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
CHAPITRE 1 BRÈVE HISTOIRE DE L'ACCOUCHEMENT.....	7
1.1. HISTOIRE D'UNE DÉSAPPROPRIATION.....	8
1.1.1. Les mots de l'enfantement.....	9
1.1.2. Le remplacement progressif des sages-femmes	11
1.1.3. L'outillage, la méthode et la technique appliqués à l'enfantement	14
1.1.4. Pour une humanisation des naissances	16
1.2. MÉDICALISATION ET PATHOLOGISATION DES NAISSANCES	19
1.2.1. Le corps mécanisé	19
1.2.2. Une pathologisation de l'enfantement bien installée dans la croyance populaire.....	22
1.2.2.1. Le mythe d'une plus grande sécurité.....	24
1.2.3. Intervenir	26
1.2.4. L'enfantement comme activité économique	28
1.3. CONCLUSION	30

CHAPITRE 2 MÉDICALISATION DES NAISSANCES ET VIOLENCE OBSTÉTRICALE.....	33
2.1. LA MÉDICALISATION DES NAISSANCES, UNE VISION FIXE.....	35
2.1.1. Une pratique standardisée.....	36
2.1.2. La gestion du risque.....	38
2.1.3. Les interventions médicales.....	40
2.1.3.1. Cascade d'interventions.....	41
2.1.3.2. Déclenchement.....	42
2.1.3.3. Péridurale.....	45
2.1.3.4. Césarienne.....	46
2.1.4. Valoriser le processus comme le résultat.....	48
2.2. LA VIOLENCE OBSTÉTRICALE.....	49
2.2.1. Qu'est-ce que la violence ?.....	50
2.2.2. Définitions de la violence obstétricale.....	53
2.2.3. La violence obstétricale : un problème de médicalisation ou de surmédicalisation?.....	56
2.2.4. La reconnaissance par les instances gouvernementales québécoises.....	59
2.2.5. Formes de violence obstétricale.....	61
2.2.5.1. La violence obstétricale directe.....	62
2.2.5.2. La violence obstétricale indirecte.....	63
2.2.5.3. La violence obstétricale systémique.....	65
2.3. DÉNONCIATION ET MOUVEMENT DE CONTESTATION.....	66
2.4. CONCLUSION.....	67
CHAPITRE 3 POUR UNE ÉTHIQUE DE LA NAISSANCE.....	71
3.1. L'APPROCHE BIOÉTHIQUE ET L'ÉTHIQUE MÉDICALE : UNE ÉTHIQUE DE BASE.....	76
3.2. L'APPROCHE DE L'ÉTHIQUE PROFESSIONNELLE : RESPONSABILITÉ ET RESPECT DE L'AUTONOMIE.....	81

3.2.1. Responsabilité.....	83
3.2.2. Modèle de coopération	85
3.2.3. Huit principes d'une éthique professionnelle d'accompagnement à la naissance.....	87
3.3. L'APPROCHE NARRATIVE : COMMENT PENSER <i>AVEC</i> LES FEMMES PLUTÔT QUE <i>POUR</i> LES FEMMES?	89
3.3.1. Définition et description de l'approche narrative.....	89
3.3.2. L'approche de l'éthique narrative appliquée au cas de la mise au monde	95
3.3.3. L'accompagnement de la femme.....	98
3.4. L'ÉTHIQUE DU CARE : REDONNER DU SENS	100
3.4.1. Définition et description de l'approche de l'éthique du <i>care</i>	101
3.4.2. Vulnérabilité	103
3.4.3. L'éthique du <i>care</i> comme pratique.....	104
3.4.4. Dimension politique du <i>care</i>	110
3.5. AUTRES CONSIDÉRATIONS	111
3.5.1. Le temps de la naissance	112
3.5.2. Choisir sa professionnelles ou son professionnel et choisir d'être accompagnée	114
3.6. CONCLUSION	118
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	121
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	127

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

ACSF	Association canadienne des sages-femmes
AOPQ	Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec
AQAN	Association québécoise des accompagnantes à la naissance
ASPC	Agence de santé publique du Canada
ASPQ	Association pour la santé publique du Québec
AVAC	Accouchement vaginal après césarienne
CH	Centre hospitalier
EMC	État modifié de conscience
MDN	Maison de naissance
DONA	INTERNATIONAL Doulas of North America
FQPN	Fédération du Québec pour le planning des naissances
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale (France)
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IRSC	Institut de recherche en santé du Canada
ISQ	Institut de la statistique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OMS	Organisation mondiale de la santé
OSFQ	Ordre des sages-femmes du Québec
RCM	Royal College of Midwives
RCSF	Réseau canadien pour la santé des femmes
RSFQ	Regroupement Les sages-femmes du Québec
SOGC	Société des gynécologues et des obstétriciens du Canada
VO	Violence obstétricale

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Mettre au monde un enfant, pour la femme qui le fait, est un des moments les plus forts et les plus marquants de sa vie – sinon le plus fort et le plus marquant. Événement incomparable par son intensité et par les émotions vécues, il l'est aussi en raison des sensations nouvelles et de l'état d'esprit unique qu'il provoque chez la femme qui enfante. Mettre un enfant au monde, c'est aussi dans notre imaginaire l'acte fondateur de la vie humaine elle-même et celui par lequel se reproduisent les générations. En cela, il est chargé symboliquement autant pour la femme qui enfante que pour la société. Enfin, chaque petite fille y pense déjà, tellement cela est lié à la condition féminine; les représentations qu'elle s'en fait sont teintées de la joie qui accompagne la naissance, mais aussi de l'inquiétude et de la peur devant cet événement qui semble, tant qu'on ne l'a pas vécu, défier la physiologie.

Ce travail de recherche porte sur l'enfantement, la mise au monde, la naissance, l'accouchement – des expressions qui renvoient toutes à une même réalité. Il pose la question de savoir : quelle sorte de mise au monde souhaitons-nous? Il souhaite redonner une valeur profonde à l'autonomie des femmes lors de l'enfantement. Son objectif est d'abord de démontrer que la mise au monde est quelque chose qui arrive à la femme, dans son corps à elle; c'est une expérience qui est à elle et pourtant, depuis le XVII^e siècle, elle en a été dépossédée. La médicalisation des naissances arrache à la femme son enfantement allant jusqu'à lui faire vivre de la violence. Elle a déplacé la mise au monde d'un processus naturel à une pathologie. Cela affecte la femme dans sa capacité à donner naissance, en sa confiance personnelle et même en sa capacité d'être une bonne mère. La représentation de l'enfantement est dorénavant négative et sous valorisée. Ce ne sont pas les seules conséquences, il y a celles qui sont de nature sociale. La femme ne sait plus donner naissance. C'est un savoir inné qui disparaît progressivement sous nos yeux. Plus la médicalisation des naissances s'impose, moins les femmes sont aptes à donner la vie par elles-mêmes et plus elles ignorent la valorisation et la fierté qu'une naissance physiologique et naturelle peut

offrir. Inspiré par Michel Odent, Céline Lemay, Karine Langlois, Nancy Bardacke, pour ne nommer que ces autrices et auteurs, l'avenir de la naissance compte suffisamment d'approches axées sur l'autonomie des femmes pour initier des changements pour celles qui le souhaitent. Ces auteurs abordent l'enfantement de manière tout aussi simple et naturelle que les femmes ont la capacité de le faire. Au-delà de l'intention de sensibiliser les femmes à leur propre autonomie, ce travail souhaite avancer des arguments clairs et intelligibles pour une éthique de la naissance apte à être traduite dans la réalité par des actions concrètes.

Le premier chapitre de ce mémoire se divise en deux sections. Il porte d'abord sur la désappropriation du corps de la femme à travers l'histoire de l'enfantement. La naissance est une affaire de femme dont le savoir et l'expertise appartiennent pourtant à la médecine. Cette première partie aborde les habitudes, les croyances et les attitudes sociétales qui ont marqué l'histoire des conceptions de l'enfantement. Ce qui mène à la deuxième section du chapitre montrant comment l'évolution de l'obstétrique et sa prise en charge par des hommes a abouti à une pathologisation des naissances. La grossesse est devenue une maladie à suivre et à traiter; on en a fait une pathologie, un événement risqué qui doit être pris en charge pour éviter des complications mettant en danger la vie de la mère et de l'enfant. L'étude des pratiques d'hier jusqu'à la médicalisation des naissances permet de mieux comprendre l'origine des pratiques. L'objectif est de porter un regard sur l'histoire de l'enfantement jusqu'aux interventions qui mènent à la médicalisation des naissances pour comprendre les arguments qui sont avancés pour justifier les comportements envers les femmes qui enfantent et voir leur portée sur l'ensemble de la société. Cette première partie apporte un éclairage sur la réalité actuelle, dont la normalisation des actes d'un tiers lors d'un enfantement.

Vers les années 1980 au Québec, on assiste à un mouvement croissant qui dénonce l'atteinte à l'autonomie des femmes et appelle à une plus grande humanisation des naissances. Plus récemment, le concept de violence obstétricale est apparu dans le vocabulaire pour désigner des pratiques qui irait à l'encontre de la physiologie du corps de la femme et de sa volonté. Le deuxième chapitre a pour objectif de montrer que la médicalisation des naissances n'aborde pas l'enfantement comme un processus, mais

uniquement comme un résultat : un enfant et une mère en vie. Ce faisant, elle évacue toute la richesse et la complexité de ce long processus important pour la femme. La première partie porte sur les effets de la médicalisation des naissances. Elle se manifeste par une pratique standardisée visant le déroulement uniforme de tous les enfantements. La gestion du risque est une des façons de contrôler les naissances afin qu'elles se déroulent conformément au modèle déjà connu. Elle se traduit souvent par des interventions médicales qui ne sont pas toujours justifiées médicalement, comme le déclenchement, l'anesthésie épidurale et la césarienne, des pratiques en croissance dans les milieux de santé du Québec dont chacune risque d'enclencher d'autres interventions, en cascade. La médicalisation des naissances valorise ainsi davantage le résultat – le bébé en santé – que le processus ou tout le déroulement de l'enfantement, alors que les deux devraient être considérés équitablement.

Depuis le dépôt de la thèse de Stéphanie St-Amant *Déconstruire l'accouchement : épistémologie de la naissance, entre expérience féminine, phénomène biologique et praxis technomédicale* en 2013, un nombre grandissant de recherches ont été réalisées, sous l'angle social, à propos des femmes et de leur vécu d'enfantement. Une majorité de chercheuses se sont intéressées aux témoignages des femmes pour ainsi faire un parallèle en temps réel avec le terrain et les habitudes d'interventions. Marie-Pier Landry, dans son mémoire *Expériences de violence obstétricale en milieu hospitalier québécois : une analyse féministe intersectionnelle*, a interviewé plusieurs femmes de diverses nationalités, d'âges et de milieux différents dans le but de tracer un portrait d'ensemble des soins en périnatalité. D'autres étudiantes ont également réalisé des travaux, dont Mathilde Grenier avec son mémoire *Le consentement dans la formation médicale en gynécologie obstétrique et la reproduction sociale des violences obstétricales* ou encore Raymonde Gagnon avec sa thèse *La grossesse et l'accouchement à l'ère de la biotechnologie : l'expérience de femmes au Québec* qui porte un regard global sur la situation. Ces autrices plaident, entre autres, pour que l'on redonne une place privilégiée aux femmes et à leurs vécus d'enfantement. Ces travaux ont notamment permis de mettre en lumière des rapports de domination et d'hégémonie entre les praticiennes et les praticiens et les femmes qui enfantent. Ils tentent de mieux faire comprendre ce que la violence obstétricale implique. La deuxième partie du chapitre deux aborde donc le concept

de violence obstétricale dont la définition crée parfois un écart de compréhension entre ceux qui la dénoncent et les professionnelles et professionnels qui se sentent visés. Cet écart limite l'évolution des pratiques et la relation de confiance entre le personnel concerné et les femmes. L'objectif de cette section est de se donner une compréhension de la violence obstétricale qui améliore les échanges, la compréhension et la portée réelle de l'autonomie des femmes et de l'humanisation des naissances; et qui puisse donner lieu à une réflexion collective sur la prise en charge médicale de l'enfantement. Pour ce faire, ce travail reprend la définition de la « simple » violence pour déterminer ce qu'il y a de « violent » dans la pratique obstétricale. La médicalisation des naissances est souvent blanchie des accusations d'actes violents puisqu'elle est intégrée dans les mœurs et que c'est plutôt la surmédicalisation qui porte le blâme. Toutefois, on verra que du point de vue de la violence obstétricale, la différence entre médicalisation et surmédicalisation importe peu. Le rôle des instances gouvernementales et la place qu'elles choisissent de donner à des dénonciations de violence obstétricale suggèrent une voie pour les années à venir. La violence obstétricale n'a pas qu'une seule forme. Elle peut être directe, indirecte ou systémique. Cette partie du mémoire démêle ses différentes formes ce qui aide à l'identifier. Finalement, ce chapitre rappelle l'importance de dénoncer des actes inacceptables malgré un faible taux de prise de parole.

Le chapitre trois aborde directement la question de la recherche, « Quelle sorte de mise au monde souhaitons-nous? », et ambitionne d'y répondre en proposant une éthique de la naissance. Il explore quatre des approches de l'éthique pour sortir de la domination de la médicalisation des naissances et redonner aux femmes la possibilité de redevenir autonomes et de se situer au centre de leur expérience. Ces approches offrent une vision plus globale pour penser l'enfantement *avec* la femme et non pas *pour* la femme. La première approche est celle de la bioéthique et de l'éthique médicale qui présente les balises générales auxquelles est soumis le personnel de la santé et qui constitue le cadre général d'une éthique de la naissance. Ainsi, les 4 grands principes sont rappelés et contextualisés à l'enfantement. La deuxième approche, celle de l'éthique professionnelle, s'intéresse à la responsabilité singulière des professionnelles et des professionnels et expose huit principes d'une éthique professionnelle d'accompagnement à la naissance. La troisième approche, l'approche

narrative, insiste sur l'importance de donner une valeur et de s'intéresser aux récits des femmes, à ce qu'elles disent de l'enfantement, aux représentations et aux idéaux auxquels elles sont attachées. Enfin, l'approche de l'éthique du *care* considère que l'enfantement est un processus naturel qui peut requérir un accompagnement qui n'a de sens que comme relation de *care*. Il rappelle les 5 phases qui caractérisent le *care*, selon Joan Tronto, et l'applique à l'enfantement. Finalement, la dernière partie s'attarde au temps durant le processus d'enfantement et aux choix que devraient avoir toutes les femmes relatifs à l'accompagnement. Certaines femmes et certains couples au Québec chercheront leur voie en choisissant une professionnelle ou un professionnel qui ne pratique pas dans un milieu hospitalier, tel que les sages-femmes; d'autres opteront pour une prise en charge médicale afin d'assurer, selon eux et le discours sociétal, la santé physique du bébé et de la mère. Pourtant, comme Rivard le fait remarquer, malgré les promesses d'accouchement sans risques avec la médicalisation des naissances, la peur des femmes vis-à-vis de l'enfantement ne s'est pas amoindrie au cours des décennies. (Rivard, 2013, p. 30) Un paradoxe qui justifie un questionnement sur les pratiques actuelles qui perpétuent, toujours selon Rivard, les conceptions du corps féminin des siècles derniers. (Rivard, 2014, p. 53)¹

¹ Dans une intention de faciliter la lecture de ce mémoire, le terme *femme* est employé de manière universelle. il inclut toute personne pouvant porter un enfant et y donner naissance, peu importe son appartenance à un genre ou à un autre, selon les circonstances ce terme implique également le conjoint ou la conjointe de la femme.

CHAPITRE 1

BRÈVE HISTOIRE DE L'ACCOUCHEMENT

Ce premier chapitre a pour objectif de faire l'historique des pratiques obstétricales afin de comprendre comment la médecine en est venue à presque totalement prendre en charge les naissances. Ce retour dans le passé est justifié par deux raisons. Tout d'abord, il est indispensable pour comprendre la problématique de cette recherche parce que celle-ci prend sa source dans une désappropriation qui s'est faite progressivement pendant plusieurs siècles. Ensuite parce que l'Histoire est une forme de protection envers l'avenir. En d'autres mots, « l'Histoire permet de connaître le passé, de comprendre le présent et, si elle ne permet pas de prédire l'avenir, elle le nourrit de sa représentation » (Jovic, 2012, p. 5).

Ce chapitre est divisé en deux grandes sections. La première, « Histoire d'une désappropriation », trace le processus de désappropriation du corps de la femme à travers l'histoire de l'enfantement, depuis le moment où la femme trouvait ses références auprès d'autres femmes ayant vécu l'enfantement jusqu'à une prise en charge complète par la médecine. On y apprend que l'évolution des pratiques entourant la naissance s'est faite sous la forme d'un détournement par les hommes à leur profit du processus d'enfantement et de leur appropriation du corps de la femme. Connaître ce processus permet de mieux comprendre la domination actuelle de la médecine sur les naissances.

La deuxième section de ce chapitre, « Médicalisation et pathologisation des naissances », montre, toujours sous un angle historique, comment la médicalisation croissante des naissances mène à la pathologisation de la mise au monde. Faire de l'enfantement une pathologie c'est considérer qu'il doit être surveillé, analysé et contrôlé par diverses interventions. L'omniprésence des interventions fait partie de l'approche médicale. Cette section étudie les différentes interventions et leur justification.

Ce retour dans le passé met en évidence le pouvoir de l'histoire à façonner ce qu'est l'être humain et ce qu'il devient. Ainsi, ce travail de recherche démontre que certaines pratiques obstétricales ont perduré dans le temps parfois sans réelles justifications. L'histoire offre une vision à travers le temps des pratiques entourant les mises au monde d'hier à aujourd'hui qui influencent encore de manière variable et durable nos actions et nos perceptions modernes.

1.1. HISTOIRE D'UNE DÉSAPPROPRIATION

La désappropriation du corps de la femme et de la naissance se manifeste d'abord dans le vocabulaire qui met en évidence la présence de conceptions héritées des différentes époques à travers lesquelles ont évolué les pratiques obstétricales. Cette désappropriation se manifeste, deuxièmement, par le remplacement progressif des sages-femmes par une médecine pratiquée presque exclusivement par des hommes, et renforcée par diverses croyances. L'évolution du savoir médical a permis progressivement à la médecine de s'accaparer de l'enfantement et d'en faire un processus anormal, une pathologie, une maladie à contrôler, surveiller et superviser. La troisième manifestation de la désappropriation du corps de la femme lors de l'enfantement se trouve dans l'outillage et les techniques appliquées à l'enfantement. En revisitant les époques et leurs inventions, on comprend mieux les motifs qui justifient les méthodes actuelles. Enfin, la désappropriation du corps de la femme culmine dans l'humanisation des naissances, une idée qui représente l'inverse de la conception que nous nous en faisons actuellement.

1.1.1. Les mots de l'enfantement

Venir au monde est un acte tout à fait naturel. D'ailleurs, « nature vient du verbe "naître" en latin » (Frydman, Gélis, Atlan, & Matignon, 2013). Comme quoi cette racine étymologique associe le verbe *naître* à l'univers naturel.

Le verbe *accoucher* existe depuis le XII^e siècle. À cette époque, il désignait le fait de se coucher ou de s'aliter, de « se mettre au lit pour cause de maladie » (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, 2012). Pour donner naissance, on employait plutôt l'expression « gésir un enfant » (Lenoble-Pinson & Leroy, s.d., p. 3). Cette expression faisait référence au fait de « jeter, se délivrer » (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, 2012) sans qu'aucune allusion ne soit faite à la position de la parturiente ou à son état de santé. Cette expression sera remplacée au cours du XIII^e siècle par *s'accoucher*, à la première personne du singulier : « je m'accouche ». Cet usage pronominal indique que la femme met au monde elle-même son bébé. À partir du XVII^e siècle, les méthodes entourant les naissances feront que l'accouchement sera réalisé par une autre personne que la parturiente elle-même. Progressivement, le pronom réflexif est évacué et le verbe perd son sens pronominal pour devenir transitif, évoquant alors un acte plus passif pour la femme. S'ensuivront les termes *accoucheuse* et *accoucheur* et le verbe *accoucher quelqu'un* tels qu'entendu actuellement (St-Amant, 2013, p. 115).

Au XII^e siècle, les personnes qui assistent les parturientes lors de leur enfantement étaient appelées des ventrières, un dérivé de ventre (DicoDéfinitions, 2019). Puis, au début du XIV^e siècle, le nom de matrone apparaît et fait référence, dans ce cas-ci, à la mère (Robert & Rey, 2001, p. 1268). Bien que le terme puisse avoir aujourd'hui une connotation négative, la matrone était jadis reconnue et respectée.

Le terme *sage-femme* est apparu à la fin du XIV^e siècle pour désigner la personne qui a « la connaissance sur la femme » (St-Amant, 2013, p. 100). Il ne faisait pas référence au travail d'une sage-femme tel que conçu aujourd'hui, mais plutôt à la connaissance du phénomène de la naissance selon l'expérience et l'enseignement par les pairs.

Progressivement, vers le XVII^e siècle, de plus en plus d'hommes « accouchent les femmes », ce qui donne lieu à un débat terminologique autour de la dénomination de ceux qui s'accaparent les fonctions de sage-femme en raison du fait que ce titre est féminin. Plusieurs appellations sont proposées: parturiteur, naisseur, materniste, enfanteur, dégrosseur, sage-homme, maïeuticien² ou encore monsieur la sage-femme.

Le terme *obstétrique* apparaît au XVI^e siècle dans le vocabulaire parlé, mais il n'intègre le dictionnaire de la langue française qu'en 1803. Il vient du mot latin *obstetrix*. Son origine étymologique est *stare* qui veut dire « se tenir » et *ob* qui signifie « devant » (Robert & Rey, 2001, p. 2068). Nous pouvons en déduire que cela exprime le fait « que la sage-femme se tient devant le périnée de la parturiente pour recevoir l'enfant » (Lenoble-Pinson & Leroy, s.d., p. 6). En cherchant plus loin l'origine du mot *obstétrique*, avant son apparition dans la langue française, on découvre qu'il a les mêmes racines latines que *obstare* qui signifie « obstacle » (Dubois, Mitterand, & Dauzat, 2007, p. 557; Le trésor de la langue française, s.d.). L'affixation du mot *obstétrique*, dérivé du mot *obstacle*, met en relief le sens initial que la langue française a voulu transmettre à l'acte de donner naissance. L'obstacle est quelque chose qui empêche d'avancer, qui s'interpose dans un processus et qui retarde l'action et la progression; c'est, en d'autres mots, une difficulté. Dans ce cas-ci, le terme obstacle représente le corps de la femme qui retient ou empêche, en quelque sorte, le fœtus de naître. Ce corps considéré comme imparfait empêche le fœtus de sortir, il est en quelque sorte un obstacle. Cette conception de l'enfantement a traversé les générations et s'est fixée dans le langage. L'utilisation de ce terme révèle les habitudes qui se sont mises en place dans les années précédant son introduction au dictionnaire. En France ce sont les termes

² Au V^e siècle avant notre ère, le personnage de Socrate, dont la mère était sage-femme, explique à un interlocuteur qu'aucune sage-femme « n'accouche d'autres femmes, tant qu'elle est encore capable de concevoir et d'enfanter, et qu'elles ne font ce métier que lorsqu'elles sont hors d'état d'avoir des enfants » (Platon, *Théétète*, p. 149b). Le métier de sage-femme est donc réservé aux femmes ménopausées qui ont eu des grossesses antérieures. Socrate s'inspire du métier de sa mère et utilise métaphoriquement le terme maïeutique – qui désigne l'art de veiller aux enfantements – pour signifier qu'il « délivre des hommes et non des femmes et [...] il surveille leurs âmes en travail et non leurs corps [...] et il rend capable de discerner à coup sûr si l'esprit du jeune homme enfante une chimère et une fausseté, ou un fruit réel et vrai » (Platon, *Théétète*, p. 150c). Cette méthode est « destinée à extraire de ses interlocuteurs un raisonnement logique » (Leroy, 2001, p. 59).

maïeuticien et maïeuticienne qui deviennent officiels à la fin du XX^e siècle, alors qu'au Québec le titre de sage-femme s'applique aussi bien aux hommes qu'aux femmes.

1.1.2. Le remplacement progressif des sages-femmes

Le développement du savoir médical daterait d'il y a environ cinq millénaires « en Mésopotamie ainsi que sur le versant sud-est de la Méditerranée dans ce qu'il est convenu d'appeler le "Croissant fertile" » (Leroy, 2001, p. 34). Ce n'est qu'avec l'arrivée de l'écriture, en Égypte antique, qu'il devient possible de documenter les pratiques obstétricales des premières civilisations (Leroy, 2001, p. 34). Ces pratiques respectent certains éléments connus tels que la physiologie de la femme et la salubrité. On y découvre l'utilisation de divers tests relatifs à l'évaluation de la gestation et à l'utilisation d'instruments pour aider la délivrance (2001, p. 35). On y apprend aussi que seules les matrones étaient présentes lors de l'enfantement (2001, p. 38).

Au II^e siècle de notre ère, Soranos d'Éphèse, médecin à Rome, lègue des manuscrits d'obstétrique. Il aborde certains sujets comme les compétences que devaient avoir les femmes qui guidaient d'autres femmes à donner naissance : leurs qualités, leurs connaissances sur la grossesse, sur l'accouchement avec ou sans dystocie³ et sur le nouveau-né. Deux tomes sont consacrés exclusivement aux maladies des femmes, que Soranos d'Éphèse qualifie de « situations contraires à la nature » (Leroy, 2001, p. 76), et pour lesquelles il développe des traitements à appliquer. Déjà, il « laisse entendre que les véritables problèmes [reliés à l'enfantement] sont d'ordre médico-social et que la femme irait très bien si on la laissait vivre à sa guise » (Leroy, 2001, p. 77). Plusieurs des enseignements de Soranos se retrouvent dans différents documents jusqu'au XVI^e siècle.

³ Un accouchement dystocique signifie un accouchement dont le travail est long et laborieux et qui peut nécessiter des interventions mécaniques.

Jusqu'au XVII^e siècle, l'enfantement relève presque exclusivement de l'univers féminin (Leroy, 2001, p. 168). Même si on constate une progression des interventions, l'enfantement est encore considéré comme une « fonction purement naturelle » (Fauconney, 1905, p. 8). Dans certains cas, quand une intervention requérait une grande force physique, par exemple en cas de dystocie, on pouvait recourir à un homme. Celui-ci procédait alors en respectant la pudeur de la parturiente. Installé dans une salle sombre ou caché sous un large drap, il devait se faire discret (Leroy, 2001, p. 168).

La Renaissance est marquée par un intérêt nouveau pour l'anatomie. Les médecins et chirurgiens s'y intéressent, mais également de grands artistes tels que Michel-Ange (Leroy, 2001, p. 117). Les parties du corps féminin et les étapes de l'enfantement sont mieux comprises et la prise en charge des naissances par des médecins, hommes, s'accroît. Les solutions médicales aux problèmes probables se multiplient et pour les femmes informées, les remèdes ne manquent pas : bain de siège, pierre aimantée, bile de vache, fiente de pigeon, herbe médicaméneuse, etc. (Leroy, 2001, p. 125).

Progressivement, les sages-femmes seront donc remplacées par des chirurgiens-barbiers puis par des chirurgiens-accoucheurs (Gélis, 1977, p. 927). Selon ces derniers, « la physiologie du mécanisme de l'accouchement n'était pas essentielle : elle venait freiner les prétentions de l'intervention chirurgicale » (This, cité dans St-Amant, 2013, p. 109). Ainsi, les chirurgiens-accoucheurs étaient reconnus pour intervenir durant les enfantements en ignorant la physiologie du corps. Ils utilisaient principalement le forceps, un instrument qui vise la libération du fœtus du corps de la mère et qui peut, s'il est mal utilisé, créer des lacérations internes chez la femme, blesser le fœtus et même le démembrer. Ils coupaient le périnée pour laisser passer le bébé, ce que l'on appelle aujourd'hui l'épisiotomie. Ils exerçaient de fortes pressions sur le ventre de la mère pour forcer la délivrance. Les manœuvres lors de la naissance étaient nombreuses et réalisées incorrectement en raison du manque de connaissances.

Des chirurgiens, qui n'ont parfois jamais assisté à un seul accouchement, se mêlent d'intervenir, emploient les instruments dans n'importe quelle condition

et créent l'irréparable. Certains d'entre eux, y compris des chirurgiens de renom, se rendent ainsi coupables de véritables meurtres, ignorants qu'ils sont des données les plus élémentaires de l'anatomie de la femme : "bouchers" ou "tripiers", ils taillent et coupent... (Gélis, 1977, p. 930)

La pensée rationnelle qui émerge du siècle des Lumières dissout le grand mystère de l'enfantement et décrédibilise les connaissances des sages-femmes. Ces connaissances sont perçues comme relevant des rituels, des croyances sacrées, de la sorcellerie et de l'irrationnel. Les sages-femmes sont peu reconnues, représentent les pratiques d'hier considérées comme dépassées et révolues. Leur faible taux d'alphabétisation les écarte des établissements d'enseignement et de la réussite des examens qui ont lieu sous la supervision de l'évêque local (Leroy, 2001, p. 178). Même si leur grande expérience leur donnait quelques décennies plus tôt un accès privilégié aux chambres d'accouchement, elles sont dorénavant mises de côté au bénéfice des chirurgiens-accoucheurs et des médecins. Cette époque témoigne du passage d'une conception de l'enfantement comme un phénomène banal s'apparentant à un rituel ou à un rite de passage, à l'idée d'une praxis. Alors que la valeur de l'enfantement résidait autant dans le processus que dans le résultat, dorénavant ce n'est que le résultat, l'enfant, qui compte.

Si d'un côté les chirurgiens se plaignent de l'ignorance des sages-femmes et dénoncent leur incompetence, ces dernières critiquent l'indécence des premiers qui les porte à « s'immiscer dans les problèmes intimes des femmes » (Leroy, 2001, p. 169); elles les accusent aussi d'être responsables des désastres provoqués par les instruments mutilateurs qu'ils utilisent. Ce contexte crée une « lutte et [...] une rivalité professionnelle entre les sexes qui se sont étalées [aux] XVII^e et XVIII^e siècles » (Lenoble-Pinson & Leroy, s.d., p. 7); une bataille qui a été remportée par les chirurgiens-accoucheurs « en dépossédant les sages-femmes de leur monopole » (Leroy, 2001, p. 183).

Alors qu'en Europe le « débat entre chirurgiens et sages-femmes devient hargneux » (Laforce, 1985, p. 82), en Nouvelle-France ces deux groupes coexistent parfaitement jusqu'à la moitié du XVIII^e siècle. La structure sociale simple de la colonie, l'absence d'établissements d'enseignement, le nombre restreint de praticiens et l'accès difficile aux

connaissances obstétricales laissent une plus grande place aux sages-femmes. Mais à partir du milieu du XVIII^e siècle, entre autres en raison de l'influence européenne, « le rôle de la sage-femme glisse de celui de principale intervenante à celui d'assistante » (Laforce, 1985, p. 85). Le chirurgien-barbier s'impose graduellement dans la pratique obstétricale de la Nouvelle-France. Les chirurgiens-accoucheurs, qui comme leur nom l'indique pratiquent des chirurgies, seront alors de plus en plus présents lors des accouchements. « Il ne s'agissait pas tant d'une nouvelle division du travail entre sages-femmes et hommes de médecine que d'un changement dans la répartition du pouvoir et du savoir faisant autorité » (Schlumbohm, 2002, p. 30). Les chirurgiens-accoucheurs avancent « unanimement des arguments de rapidité » (St-Amant, 2013, p. 115) des mises au monde et encouragent la performance et l'efficacité. Selon eux, rapidité et efficacité sont des gages de réussite. Ainsi, une nouvelle approche de l'accouchement s'impose, développée par une vision masculine dans laquelle le progrès technique prend une place importante (Leroy, 2001, p. 205). Plus tôt la mère sera délivrée du fœtus, plus les chances de rester en vie et sans séquelles seront élevées, pense-t-on.

Les chirurgiens-accoucheurs acquièrent de la crédibilité auprès de la population. Les femmes ont confiance en eux car ils savent entre autres manier le forceps. Ils sont fortement recommandés par l'Église. Les chirurgiens-accoucheurs œuvrent donc au nom du catholicisme, ce qui porte la population et les femmes à croire que Dieu dirige leurs actions. De plus, puisqu'ils sont, selon les croyances, plus habiles que les femmes, celles-ci acceptent leur présence et leurs directives (Laforce, 1985, pp. 52-59).

1.1.3. L'outillage, la méthode et la technique appliqués à l'enfantement

L'élément masculin, comme l'appellent Lenoble-Pinson et Leroy, s'était d'abord introduit dans la chambre d'accouchement des plus fortunés à l'époque de la Renaissance, les nobles. « Le rôle des maîtresses royales qui préféraient se faire accoucher par un homme fut loin d'être négligeable » dans ce phénomène (Lenoble-Pinson & Leroy, s.d., p. 7; Leroy, 2001, p. 183). L'utilisation d'outils tels que le forceps est exclusive aux hommes, plus

précisément aux « chirurgiens-barbiers » (Dundes, 1987, p. 636), qui sont les seuls à accéder à la formation médicale. Les sages-femmes n'étaient ni autorisées, ni formées à employer ce type d'instrument. Le forceps était utilisé pour limiter la durée de l'accouchement, libérant rapidement la mère de l'enfant et, par la même occasion, de la souffrance qui y est associée.

François Mauriceau (1637-1709) est un chirurgien-obstétricien français. Il est pour son époque un médecin reconnu ayant de nombreuses clientes qui lui rapportent des sommes d'argent considérables. La position du décubitus dorsal (la position couchée sur le dos), proposée par Mauriceau et influencée par les chirurgiens-barbiers, gagne en popularité en raison de l'intérêt du roi Louis XIV à voir explicitement le travail de l'enfantement ainsi que l'expulsion du fœtus (Cahill, 2001; Dundes, 1987, p. 273; Gupta & Nikodem, 2000, p. 638; Rivard, 2014). Il est vrai que cette position permet d'avoir une meilleure vue sur le travail de l'accouchement par l'accoucheur. Cet argument ne convainc toutefois pas les femmes de l'adopter. Aussi, Mauriceau en vantera les avantages pour la femme (Dundes, 1987, p. 638) en prétendant que la position sur le dos, la femme étendue dans un lit, est la meilleure, car elle permet de diminuer les douleurs (Mauriceau, 1681, p. 238). Cet argument augmente la popularité de la position.

Les praticiens se sont imposés à l'époque du roi Louis XIV. Ils sont reconnus officiellement au milieu du XVIII^e siècle et gagnent du terrain. Cette nouvelle façon de faire impose une aide extérieure puisque le forceps est souvent utilisé, ce qui donne une image de faiblesse de la femme. Elle contribue aussi à instiller dans la pensée collective l'impression que l'enfantement est dangereux; ce qui contribue à faire naître un sentiment d'effroi à son égard.

On peut dire que c'est à peu près à cette époque que l'accouchement est pathologisé. Mauriceau intitule d'ailleurs son ouvrage publié en 1681 : « Traité des maladies des femmes grosses, et de celles qui sont accouchées⁴ » (Mauriceau, 1681, p. 2). Cette première

⁴ Il existe sept éditions datant de 1668 à 1740. Ce livre a été traduit en six langues : allemand, anglais, flamand, hollandais, italien, latin.

publication contribue à la célébrité de Mauriceau et au développement de l'obstétrique moderne. Selon Mauriceau, « la grossesse, correctement interprétée, était une "tumeur du ventre" provoquée par un enfant. [...] Il définissait toutes les naissances comme étant intrinsèquement pathologiques et anormales » (Dundes, 1987, p. 638).

[...] je vous donne pour guide, une exacte description & représentation de toutes les parties de la femme qui fervent à la génération; afin que vous puissiez mieux rechercher la cause des maladies des femmes grosses & accouchées, jusques dans leur source, pour en obtenir ensuite plus facilement la guérison [...]. (Mauriceau, 1681, p. 9)

1.1.4. Pour une humanisation des naissances

L'évolution des pratiques d'accouchement n'est pas indépendante des idées philosophiques de l'époque. Ainsi, à la Renaissance, le décubitus dorsal est une manière de marquer la différence entre l'accouchement chez la femme et la mise bas des autres femelles mammifères, à une époque où on se soucie d'établir ce qui distingue l'humanité du reste du règne animal. Le décubitus dorsal rend l'accouchement décent et humanisé. En donnant naissance de cette manière, plutôt qu'accroupies, les femmes se dissocient des pratiques instinctives des mammifères lors de la mise au monde. C'est en ce sens que l'on parle alors d'« humanisation » des naissances.

Les classes sociales les plus fortunées sont les premières à encourager l'humanisation des naissances selon cette perspective (St-Amant, 2013, p. 100), ce qui leur permet « de se distinguer de la vulgaire paysanne, de la "bestialité" des rustres et autres femmes de basse naissance afin de signifier [leur] statut social » (St-Amant, 2013, p. 104). Graduellement, pour faire comme les riches et par peur de la critique et des remontrances, les femmes des classes populaires adoptent aussi ce nouveau mode d'accouchement qui inclut l'utilisation d'outils aidant à la délivrance.

L'obstétrique occidentale a amorcé un tournant remarquable en adoptant sa proposition de faire allonger les parturientes en position semi-assise sur un lit,

au moment où se manifestaient les efforts expulsifs, sans réflexion sur la physiologie de l'accouchement, mais essentiellement pour faciliter la surveillance du travail et pour permettre l'exécution de manœuvres, devenues d'autant plus nécessaires que les conditions physiologiques n'étaient plus respectées. (Racinet, 2005, p. 534)

L'obsession pour distinguer l'être humain de l'animal se répercute dans l'utilisation du forceps et d'autres outils. L'ensemble des éléments qui caractérisent une naissance dans sa simplicité sont éliminés pour faire place à une prise en charge complète et mécanique. « Il n'y eut bientôt plus guère d'accouchements se déroulant sans une application de forceps » (Leroy, 2001, p. 237).

[D]ans la seconde moitié du XVIII^e siècle, l'utilisation de cet instrument va se répandre comme une trainée de poudre et donner lieu à d'utiles perfectionnements ainsi qu'à une codification de ses indications et de son mode d'emploi, par quelques grands accoucheurs de l'époque. Malheureusement, cette évolution entraînera par ailleurs une banalisation de son usage, ouvrant ainsi la porte à de regrettables excès. (Leroy, 2001, p. 223)

C'est à l'Américain J. Marion Sims que l'on doit l'invention de ce que l'on appelle aujourd'hui la gynécologie⁵, au milieu du XIX^e siècle. Sims est toutefois un personnage controversé puisque l'avancement des connaissances médicales auquel il a contribué s'est fait par le recours à des méthodes critiquables. Dans le but de réparer le corps féminin, il a réalisé de nombreuses interventions chirurgicales pendant quatre ans sur 14 esclaves noires, sans leur consentement (Spettel & White, 2011, p. 2425). Appelé « l'architecte du vagin », Sims fonde la gynécologie dans un esprit de misogynie, de racisme et de sadisme (St-Amant, 2013). Il s'intéresse aux chirurgies puis à l'auscultation, ce qui le mène à des examens pour détecter erreurs et anomalies causées par le sexe féminin : instabilité, hystérie et vellétés d'insubordination. L'éthicienne Harriet Washington estime que « les croyances racistes de

⁵ Science qui traite de la psychologie, de la physiologie, de la morphologie et des affections du système génital de la femme.

Sims ont eu une énorme influence sur les expériences gynécologiques qu'il a pratiquées » (Contegat, 2018). Il considérait que les Afro-américains étaient moins intelligents que les blancs et qu'ils ressentait moins la douleur qu'eux. Aussi pratiquait-il des opérations sans anesthésie sur ses esclaves.

Les historiens et les éthiciens s'entendent toutefois pour dire que son héritage médical doit être dissocié de la nature des méthodes utilisées pour arriver à ses fins (Spettel & White, 2011, p. 2424). Il est en effet « difficile de faire une évaluation juste de l'éthique médicale des anciens praticiens [...] et des questions éthiques de sexe, de race, de genre et de classes sociales » [traduction libre] (Wall, 2006, p. 349) considérant l'évolution des valeurs et les changements de croyances. Sims a permis l'avancement des connaissances médicales sur les femmes et inventé le spéculum, instrument largement utilisé en gynécologie encore de nos jours.

Bien avant le code de Nuremberg, Sims n'est pas le seul à qui on peut reprocher des expériences médicales qui ont fait avancer les connaissances⁶ (Vernon, 2019, p. 443). Bien d'autres médecins ont mieux compris le corps humain grâce à des expériences diverses. Ce qu'il convient toutefois de retenir ici c'est que pour Sims, et les autres hommes médecins, le corps de la femme est un corps imparfait et la médecine doit le corriger. Sims a ainsi contribué à la mécanisation du corps des femmes, à la pathologisation de ses phénomènes physiologiques⁷ et à la vision de celui-ci comme inférieur à celui de l'homme. La gynécologie, aujourd'hui normalisée, est ainsi devenue une spécialité au sein de nos sociétés. Les femmes se soumettent maintenant massivement aux pratiques gynécologiques sous prétexte qu'elles sont nécessaires au maintien de leur santé.

La crédibilité de l'obstétrique et des soins médicaux ainsi que le basculement de la conception de l'enfantement comme phénomène physiologique en pathologie s'est fait

⁶ Dans un courant de dénonciations contre les traitements qu'il a fait subir à plusieurs femmes durant des années, la statue de J. Marion Sims, érigée au Central Park, a été déplacée en 2018. (Agence France-Presse, 2018)

⁷ Exemples : menstruation, grossesse, enfantement, ménopause.

progressivement. Peu importe comment les femmes ont présumé qu'elles devaient être assistées, la conception du corps des femmes comme non autonome lorsque s'enclenche le phénomène de la naissance s'est répandue. La croyance selon laquelle la présence d'une professionnelle ou d'un professionnel est nécessaire pour toute la durée de l'enfantement est dorénavant une perspective acquise et partagée par une majorité.

1.2. MÉDICALISATION ET PATHOLOGISATION DES NAISSANCES

La vision médicale du corps est celle d'une machine. Les organes sont, au sens figuré, extrait du corps et analysé comme pouvant fonctionner indépendamment du reste. Cela n'est pas sans impact auprès de la femme qui enfante. Cette vision a principalement mené à la pathologisation de l'enfantement. La conception sociale des derniers siècles impose une vision de la naissance comme dangereuse tant pour la femme que pour le bébé à naître. Cette dernière est encore présente à notre époque. Ce qui a mené à croire en un mythe d'une sécurité assurée par la médecine et ses interventions médicales. Plus les époques avancent, plus la médecine et les interventions deviennent les seuls outils promettant une diminution des risques relatifs à la mise au monde. Les médecins majoritairement masculins pratiquent de nombreuses interventions selon une vision d'efficacité. Une efficacité qui a des liens avec l'activité économique autour de l'enfantement, un élément non négligeable dans l'histoire de la naissance. La naissance devient, au cours des époques, rentable pour les médecins qui se l'approprient exclusivement.

1.2.1. Le corps mécanisé

La médecine « moderne » développée durant le XIX^e siècle est construite sur une approche basée sur l'idée d'un corps malade, dysfonctionnel, qu'il faut réparer (Cahill, 2001, p. 335). Au cours des siècles précédents, l'anatomie était devenue un élément clé du

développement médical. Un développement qui nécessitait la mise sur pied de « structures hospitalières ou institutionnelles où l'on puisse observer un nombre important de malades et pratiquer la dissection » (Keel, 2000, p. 25) dans le but de comprendre et de réparer le corps malade. Cette évolution a impliqué de nombreuses expériences sur les individus malades, la médicalisation des naissances dans les hôpitaux et l'introduction de l'enseignement au sein même de ces institutions. « Seul le savoir scientifique, exact et neutre, basé sur l'expérimentation, produisant des connaissances vérifiables et reproductibles, est valide » (Rivard, 2014, p. 39). Ainsi s'est développé le savoir biomédical tel que nous le connaissons actuellement. « C'est avec conviction que la médecine moderne, prenant appui sur la pensée savante séculaire renforcée par les connaissances nouvelles, pose le corps comme ensemble mécanique et construction anatomique » (Rivard, 2014, p. 49). Dans cette conception du corps humain, chaque partie peut être détachée de son ensemble (Rivard, 2014, p. 75). Avec le développement de la biologie, de la mécanique et de l'anatomie, la conception du corps est « assimilable à un objet » (Le Breton, 1990, p. 11), à une machine (Martin, 2001, p. 54).

La mise au monde n'échappe pas à cette modernisation du corps devenu mécanique. En Europe, plusieurs maternités sont mises en place afin d'acquérir les connaissances nécessaires à cette nouvelle vision d'efficacité et à la « transformation de l'obstétrique en science » (Schlumbohm, 2002, p. 24). Ces institutions servaient aussi à faire des observations et des expérimentations sur les femmes afin de mieux comprendre les accouchements et les documenter. Ces travaux auront conduit progressivement vers l'obstétrique actuelle.

Dans un corps pensé comme une machine, l'utérus, avec sa capacité à expulser un fœtus, est considéré comme un organe indépendant n'ayant besoin d'aucune autre fonctionnalité du corps. Dans cette perspective, le corps de la femme qui donne naissance doit répondre aux phases du travail d'accouchement de manière précise. Il n'est pas pensé comme celui d'une personne pouvant être influencée par différents facteurs et que les émotions et l'état d'esprit peuvent faire varier. « L'univers des sensations, du vécu et de l'imagination est discrédité au profit des calculs rationnels, des constructions conceptuelles, de l'enchaînement des causes et des effets » (Rivard, 2014, p. 43).

L'accouchement est dorénavant appelé le *travail* et il se définit en quatre phases : la phase de latence, la phase active, la transition et la poussée (Brabant, 2013, p. 208). Le terme *travail* renvoie à l'idée d'un processus mécanique et évoque l'idée d'une force luttant contre une autre qui lui résiste (Martin, 2001, p. 59). Dans le travail de l'accouchement, c'est le col de l'utérus qui résiste pour laisser passer le fœtus; et la force, c'est l'utérus, un muscle. Les phases de l'accouchement sont vues comme les étapes d'une chaîne de montage (Martin, 2001, p. 140) auxquelles sont associées une durée et une évolution. En cas de « défectuosité », un protocole s'applique pour assurer la fonctionnalité de la « machine »; il s'agira de faire sortir le bébé de manière mécanique (ventouse, forceps, césarienne). L'objectif est de « conformer le fonctionnement du corps à une charte » (St-Amant, 2013, p. 142). Cette pratique illustre une industrialisation des naissances « axée sur l'efficacité et la productivité » (Rivard, 2014, p. 217).

Dans la deuxième moitié du XX^e siècle, Emanuel A. Friedman (Romero, 2016) estime que « le caractère pathologique d'un travail résid[e] dans sa durée : il établit alors la notion de "travail prolongé", qu'il fixe à plus de douze heures. Au-delà de cette limite de temps, un travail dev[ient] immédiatement pathologique » (St-Amant, 2013, p. 142). Conséquemment, une équation est apparue comme une révélation : si l'accouchement se passe rapidement, ce sera un accouchement sans dystocie. On cherche donc à accélérer l'enfantement. Le protocole de Dublin, qui s'impose à partir de 1969, détermine une temporalité et un rythme de dilatation précis selon les étapes du travail élaborées à cette époque (Kayem, 2015, p. 320), soit une dilatation de 1 cm par heure (St-Amant, 2013, p. 236). Cette méthode se nomme aujourd'hui la gestion active du travail. Elle « s'appuie sur [une] logique mécaniste, incompatible avec la variabilité des phénomènes biologiques » (St-Amant, 2013, p. 144). Le protocole de Dublin ne fait toutefois pas consensus. Kayem affirme qu'il est difficile d'être précis quant à la durée physiologique du travail : « le contexte des pratiques obstétricales actuelles rend la mesure de la durée physiologique du travail

impossible, [et ce, en raison de] l'implémentation⁸ de l'ocytocine, de la péridurale et probablement, [d']une prise en charge différente avec les pratiques modernes » (Kayem, 2015, p. 320). De plus, l'incapacité à calculer la première phase du travail (latence), qui se déroule souvent à la maison, entraîne des calculs erronés. Selon l'Organisation mondiale de la santé, « [u]n rythme de dilatation d'un centimètre par heure au minimum au cours de la phase active est peu réaliste et trop rapide pour certaines femmes et n'est donc pas recommandé pour identifier la progression normale du travail. La seule dilatation du col de l'utérus à un rythme inférieur à un centimètre par heure ne devrait pas être une indication de routine pour une intervention obstétricale » (Organisation mondiale de la Santé, 2018, p. 4).

Il n'en demeure pas moins que depuis le milieu du XX^e siècle, de plus en plus de femmes qui attendent un enfant croient qu'elles doivent impérativement être accompagnée par un obstétricien ou un gynécologue et accoucher à l'hôpital. La pathologisation de l'enfantement constitue le résultat du développement des pratiques obstétricales. Elle est fondée sur l'idée que le corps de la femme n'est pas fait pour mettre seul au monde un enfant. En effet, elle invite à l'intervention de ces professionnels qui, selon les croyances de l'époque, connaissent toutes les solutions pour un accouchement efficace. L'opinion populaire, alimentée par un discours de peur des risques pour la santé et pour la vie, adhère à cette idée et encourage les naissances en milieu hospitalier (Rivard, 2013, p. 37).

1.2.2. Une pathologisation de l'enfantement bien installée dans la croyance populaire

Jusqu'au XIX^e siècle, l'ère de la médecine scientifique, il paraissait « inconcevable, sinon hérétique, de dissocier l'action humaine de l'intervention divine » (Laforce, 1985, p. 28). Tout était relié aux croyances et au divin. Lorsqu'une naissance tournait mal cela pouvait être l'intrusion d'esprits maléfiques ou une punition imposée par une entité justicière. Dans

⁸ Ce terme choisi par l'auteur fait écho à la mise en place d'un système d'exploitation sur un ordinateur, un lien entre la médecine et sa conception du corps mécanisé.

ces cas, l'intervention des prêtres permettait de trouver une explication divine à un enfantement problématique.

L'influence de la religion justifie même certaines pratiques. Par exemple, à l'époque de la Renaissance, on veut éviter que les bébés subissent la compression du canal vaginal parce qu'on présume qu'ils pourraient être dépossédés de leur âme (Leroy, 2001, p. 135). La version podalique⁹ de la naissance, ressuscitée de l'Antiquité sous une forme améliorée, gagne alors en popularité (Leroy, 2001, p. 135). Ainsi, le bébé n'était pas dépossédé de son âme qui se serait volatilisée à la suite d'une trop grande pression pelvienne s'il était né par la tête (St-Amant, 2013, p. 98).

Au XX^e siècle, alors que la médecine moderne se vante d'être une science, « les approches préventives et, dans une moindre mesure, curatives sont parfois empreintes de connotations morales issues en bonne partie de la forte influence de l'idéologie cléricale et conservatrice » (Goulet & Gagnon, 2014, p. 172). La médecine et la religion travaillent en complémentarité « pour lutter contre la mortalité infantile » (Baillargeon, 2004, p. 192). Le médecin prend en charge les parturientes alors que le prêtre, lui, représente plutôt le messager vers le peuple. C'est lui qui encourage l'adhésion aux nouvelles techniques de l'obstétrique moderne (Baillargeon, 2004, p. 219). Les médecins utilisent le pouvoir du clergé pour faire passer leurs messages. Le prêtre a la capacité d'éveiller les consciences, ce qui lui permet de convaincre le peuple de la pertinence et de la justesse des propos médicaux. Main dans la main, la médecine et le clergé ont permis l'émancipation de l'obstétrique moderne au XX^e siècle, jusqu'à rendre obligatoires les naissances entre les murs des hôpitaux. Une idée qui persiste encore aujourd'hui dans l'esprit d'une majorité de citoyens.

Ainsi, l'obstétrique est devenue dans les représentations sociales une spécialité dont on ne saurait plus se passer si on veut assurer la survie et le bien-être des femmes et de leur bébé. Ces représentations véhiculent et s'appuient sur l'idée que le « déroulement de

⁹ Le bébé est extrait par les pieds après de nombreuses manipulations qui consistaient à le retourner dans le ventre de la mère.

l'accouchement est intrinsèquement imprévisible et risqué, et que les désastres obstétricaux peuvent survenir à n'importe quel moment, sans avertissement » (St-Amant, 2013, p. 50). Cette idée est maintenant bien implantée considérant qu'aujourd'hui 90 % des femmes accouchent auprès de médecins (Confédération des syndicats nationaux, 2016) : « la dangerosité et le caractère extrême de la naissance devinrent un fait acquis » (St-Amant, 2013, p. 70). Plusieurs femmes croient désormais « que l'accouchement ne saurait se dérouler par lui-même, sans intervention médicale » (Rivard, 2013, p. 37).

1.2.2.1. Le mythe d'une plus grande sécurité

La croyance de plus en plus marquée de l'enfantement comme une pathologie a tranquillement amené à croire qu'il devait être supervisé. Après le legs de Mauriceau, c'est la création des maternités qui a influencé, en Europe, l'obstétrique moderne. Leur création au courant du XVIII^e siècle, indique que les gouvernants n'avaient pas confiance dans la capacité des femmes de donner naissance par elles-mêmes à la maison. La création des maternités répondait à l'objectif de sauver la vie des mères et des enfants. Or, comme l'affirme Schlumbohm, « leurs réalisations ne sont pas vraiment convaincantes » (Schlumbohm, 2002, p. 30).

Dans toute l'Europe, le taux de mortalité maternelle à l'hôpital était supérieur à celui des accouchements pratiqués normalement à domicile par les sages-femmes. [...] Quelles que soient les réalisations à mettre au crédit des maternités [...] la réduction de la mortalité maternelle n'en fait pas partie. (Schlumbohm, 2002, p. 30)

En effet, bien que les spécialistes des accouchements se soient efforcés d'utiliser leur « "art" de l'obstétrique pour contrôler autant que possible l'imprévisible processus de la naissance » (Schlumbohm, 2002, p. 27), il s'est avéré plus sécuritaire de mettre au monde son enfant à l'extérieur des institutions médicales. Selon l'historien Irvine Loudon, dans la première moitié du XX^e siècle, « la mortalité maternelle était moindre lorsque les

accouchements avaient lieu à la maison avec une sage-femme formée que lorsqu'ils étaient assistés par un médecin » (Rivard, 2014, p. 118). Pourtant, les soins médicaux offerts ne seront pas remis en cause entre les murs des maternités. C'est plutôt le corps de la femme jugé incapable de mettre au monde un enfant par lui-même qui est accusé du taux de mortalité important.

Il n'en demeure pas moins qu'à la fin du XIX^e siècle, alors que l'obstétrique s'impose davantage et que les femmes sont de plus en plus obligées par l'État de donner naissance à l'hôpital (Rivard, 2013, p. 33) – une obligation largement encouragée par l'Église et le discours populaire – les taux de mortalité infantile et maternelle chutent. Il ne faudrait pas cependant y voir là un lien de cause à effet. Plusieurs historiens attribuent plutôt cette diminution de la mortalité à une amélioration de la qualité de vie et de l'hygiène et non à l'obstétrique et à l'accouchement à l'hôpital. En 1980, Thomas McKeown établit les déterminants qui ont amélioré la santé des populations : la nutrition, l'environnement, l'hygiène, le comportement et la thérapeutique dont l'immunisation et les antibiotiques. Il insiste sur le rôle fondamental de la nutrition dans l'amélioration de la santé des populations au cours des derniers siècles (Cahill, 2001, p. 337; Rivard, 2014, p. 118). Pour Anne C. Halliday, une spécialiste de la statistique médicale dont les travaux se sont échelonnés pendant plus de vingt ans à la fin du XX^e siècle, le déclin de la mortalité maternelle suivait le mouvement général à la baisse de la mortalité des populations; un phénomène lui-même relié à l'évolution des conditions de vie et principalement à une meilleure nutrition incluant des aliments variés et en plus grande abondance. Une meilleure nutrition aurait non seulement contribué à l'amélioration des statistiques liées à la santé des mères, mais aussi à celles des bébés (Halliday, 1995, p. 24). Denyse Baillargeon ne pense pas non plus qu'on puisse attribuer à la médecine la diminution des décès. Elle croit plutôt que cela est dû à l'augmentation de la richesse dans les ménages ce qui améliore la salubrité; un aspect important à considérer pour le bien-être des nouveaux-nés (Baillargeon, 2004, p. 34). Heather A. Cahill va même jusqu'à dire que l'absence de médecins contribue à réduire la mortalité infantile et maternelle. En effet, elle rappelle que le début du XX^e siècle a été marqué par la Première Guerre mondiale. En Angleterre 60 % des médecins étaient en uniforme et devaient

servir leur pays. Le manque de médecins – donc une réduction significative de l'intervention chirurgicale et de l'utilisation de forceps qui sont associés à la mortalité – expliquerait en partie, selon elle, la diminution de la mortalité infantile et maternelle. (Hart dans Cahill, 2001, p. 336).

1.2.3. Intervenir

On l'a vu, donner naissance ne s'est pas toujours fait à l'hôpital. Longtemps, les femmes ont enfanté à leur domicile. Les mentalités ont changé graduellement au cours des siècles accordant plus d'importance à la domination exercée par l'être humain sur la nature (Odent, 2016a, p. 141). Le corps humain étant un élément de cette nature, il doit être lui aussi soumis au contrôle de la médecine, justifiant ainsi l'interventionnisme médical sur le corps des femmes. Le modèle obstétrical moderne repose tout entier sur la « volonté de réguler l'accouchement » (Rivard, 2014, p. 108).

L'obstétrique moderne encourage fortement les femmes à enfanter en centre hospitalier. La transition entre l'univers de l'accouchement à domicile et celui de l'accouchement à l'hôpital s'est fait progressivement et, « bien qu'il arrive que les binômes médecin et sage-femme ou médecin et rebouteur collaborent pour prodiguer des soins » (Goulet & Gagnon, 2014, p. 37), ces autres fournisseurs de soins sont dorénavant considérés comme une nuisance aux yeux de l'establishment médical, ce qui place les milieux hospitaliers au premier rang. La pathologisation et l'hospitalisation des parturientes sont devenues indissociables et, considérant que « les médecins bénéficient d'un statut privilégié car ils se présentent et sont perçus comme les détenteurs exclusifs du savoir capable de sauver les enfants » (Baillargeon, 2004, p. 185), les femmes se plient aux normes leur suggérant d'enfanter à l'hôpital.

Au XX^e siècle, « les statistiques concernant la période périnatale ont progressé de façon si spectaculaire qu'il n'était pas de bon ton d'inclure une critique de l'obstétrique dans une

critique de la pratique médicale en général » (Odent, 2016a, p. 17). La majorité de ces statistiques pour ne pas dire la totalité provient des milieux hospitaliers et valorise cette façon de faire. Ainsi, dans les années 1960, la femme qui aurait voulu avoir un enfantement à domicile avec une sage-femme ou simplement seule, n'osait pas le faire valoir.

Ce discours social qui encourage les femmes à adhérer à cette nouvelle façon de faire, soit celle de se déplacer à l'hôpital pour donner naissance à son enfant, se nourrit de la publicité. Outre les conférences radiophoniques des médecins, la télévision servira aussi de tremplin pour mieux faire apprécier la science médicale, la médecine hospitalière et le médecin de famille et en assurer le prestige au sein d'une population qui, naguère, était plus encline à se tourner vers les guérisseurs de tout acabit. Cette offensive publicitaire vise à faire taire les critiques à l'endroit de la profession médicale qui s'accroissent au début des années 1960. (Goulet & Gagnon, 2014, p. 185)

Le XX^e siècle est marqué, comme le dit Rivard, par une volonté de s'ouvrir vers de nouvelles pratiques représentant la modernité. Le message social dénigre les anciennes façons de faire au profit des conseils médicaux considérés comme scientifiques. Ce dénigrement du passé discrédite les pratiques et les rudiments relatifs à l'enfantement à domicile autrefois pratiqué. Ainsi, la population est prête à accueillir favorablement la promotion d'une nouvelle façon de faire « déterminée par la médecine moderne dépositaire de la raison et de l'efficacité » (Rivard, 2014, p. 91). Dans la deuxième moitié du XX^e siècle, les femmes elles-mêmes encouragent cette nouvelle pratique axée sur la rapidité. Plusieurs d'entre elles témoignent qu'elles ont été sauvées d'un accouchement dangereux qui aurait pu leur coûter la vie (St-Amant, 2013, p. 112). « La culture obstétricale fait en sorte de considérer réel ce qui est quantifié et ce qu'on ne peut quantifier apparaît comme irréel, voire inexistant ou est laissé sous silence » (Newnham *et al.* dans Gagnon, 2017, p. 49).

Jusqu'au début des années 1970, les médecins prennent une place quasi exclusive auprès des femmes qui donnent naissance. Obstétriciens, pédiatres ou hygiénistes enseignent aux femmes comment devenir mère par le biais de publications. « [L]es hommes, qui composent la très grande majorité du corps médical, sont convaincus de détenir la clé de la lutte contre la mortalité infantile » (Baillargeon, 2004, p. 93). Motivé par des aspects

médicaux, sociaux, économiques, politiques et idéologiques, le développement progressif des connaissances encourage une médicalisation des naissances dans une intention de contrôle du corps de la femme et de l'univers des naissances. Cette monopolisation réduit considérablement les options offertes aux femmes pour donner naissance. L'efficacité et la rapidité des naissances caractérisent à cette époque un accouchement sécuritaire. Cette idée s'ancre plus profondément dans la vision médicale et la vision populaire.

Donner naissance à l'hôpital s'accompagne d'un rapport hiérarchique entre la femme et son médecin. La femme qui, auparavant, écoutait son corps et devait avoir confiance dans sa capacité de femme à donner naissance se retrouve à faire taire cet instinct puisqu'elle est prise en charge par une institution. « Tacitement, l'objectivité du médecin, liée aux nouvelles méthodes d'investigation clinique, et la place de plus en plus restreinte accordée à la subjectivité [de la femme] constituent le fondement de la relation entre les deux parties » (Goulet & Gagnon, 2014, p. 185). Ainsi, les parturientes se plient à cette relation hiérarchisée appuyée sur la rationalité de la médecine moderne. À cette même époque :

Les médecins sont non seulement pressés, mais ils veulent également avoir affaire à des parturientes soumises et tranquilles. Des médicaments tels que la scopolamine sont particulièrement efficaces pour enlever à la femme toute volonté et la rendre docile. (Rivard, 2014, p. 201)

Les relations entre les patientes et les médecins ont évolué depuis cette époque de la fin du XX^e siècle. Cependant, l'esprit paternaliste dans la relation de soin peut encore se faire sentir. Ce passé laisse en héritage une croyance parfois aveugle dans le savoir médical et dans l'obligation de la présence d'une équipe médicale lors de la naissance.

1.2.4. L'enfantement comme activité économique

La prise en charge des parturientes est devenue « un standard universel » (St-Amant, 2013, p. 145). Elle répond à une quête de performance qui présente des avantages

économiques pour les médecins. Comme le relève Stéphanie Saint-Amant, « certaines familles allaient jusqu'à sacrifier une demi-année de salaire dans les années 1920 pour bénéficier des nouvelles méthodes obstétricales » (St-Amant, 2013, p. 70). Dans le système de santé québécois depuis les années 1970, les médecins sont « des entrepreneurs indépendants dont le revenu est lié directement au nombre et au type d'actes qu'ils font » (Desrosiers & Roy, 2002, p. 12). C'est « un système de paiement à l'acte, c'est-à-dire qu'ils sont remboursés pour chaque service médical dispensé » (Thomas Léger & Erin, 2010, p. 4). Selon les règles gouvernementales établies, un accouchement inclut un certain nombre de manœuvres, mais pas toutes. Certaines manœuvres sont en effet rémunérées en supplément et, comme il a été démontré dans une étude canadienne, « la rémunération à l'acte favorise la productivité, mais elle a des impacts négatifs sur la qualité et la pertinence des soins offerts. [...] Dans certains cas, être payé à l'acte se fait donc parfois au détriment des patients » (Savard-Fournier, 2018). Ainsi, on peut penser que les médecins ont tout à gagner à mettre l'accouchement au même rang qu'une maladie afin de le rendre rentable (Rivard, 2014, p. 217).

De plus, le moment de l'accouchement a un impact sur les honoraires des médecins (Régie de l'assurance maladie du Québec, 2018). Le montant accordé à un acte médical fait durant un jour de semaine est inférieur à celui accordé durant la nuit ou durant la fin de semaine. En ce sens, le médecin pourrait être tenté d'encourager un déclenchement ou une césarienne de convenance¹⁰ en fonction du moment de la semaine. Selon St-Amant, les raisons qui encouragent un médecin à faire un déclenchement ou à proposer une césarienne peuvent être organisationnelles et institutionnelles; par exemple, la « gestion d'horaire et des effectifs médicaux ou paramédicaux, [la] disponibilité du médecin traitant » (St-Amant, 2013, p. 155). St-Amant soutient que la motivation peut également provenir d'enjeux

¹⁰ Pour la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, un déclenchement de convenance c'est le « déclenchement du travail en l'absence d'indications fœtales ou maternelles acceptables » (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, Leduc, Biringier, Lee, & Dy, 2013).

personnels ou familiaux : rencontre de famille planifiée, fête d'un membre de la famille, voyage, visite. Ainsi, une intervention n'est pas toujours justifiée par des motifs cliniques.

Une étude a démontré que le coût d'une naissance avec une sage-femme était de 24,9% moins élevé que celui en milieu hospitalier avec un médecin (MCE Conseils, 2016, p. 3). L'enfantement est une activité économique profitable. Au Québec, « le désir des médecins de garder la main mise sur les soins et services offerts aux femmes est un débat » (Baillargeon, 2004, p. 193) qui était déjà présent au début du XX^e siècle. Il se poursuit encore aujourd'hui avec moins de 5 % (MCE Conseils, 2016, p. 1) des femmes qui donnent naissance avec une sage-femme alors que les frais reliés sont bien en dessous.

1.3. CONCLUSION

L'objectif de ce premier chapitre était de se familiariser avec l'histoire de la naissance. La prise en charge des enfantements a évolué progressivement au fil du temps. L'espace occupé par les sages-femmes a été envahi peu à peu par les hommes médecins et par la médicalisation des naissances qui les a accompagnés. Cette succession d'événements a désapproprié la femme de sa capacité à donner naissance en la rendant dépendante de la médecine; une longue évolution qui a soudé l'enfantement à la pathologie.

Une frontière s'est créée entre deux types d'enfantement : celui dit naturel ou physiologique et l'enfantement médicalisé. D'un côté, la parturiente est libre de ses mouvements et de ses choix et cela la place au centre de son expérience. Dans le deuxième type, la femme est plutôt mise au second plan alors que le praticien est à l'avant-scène puisqu'il maîtrise la connaissance obstétricale.

La médicalisation des naissances telle qu'elle persiste au XXI^e siècle trouve son origine dans les pratiques d'époques antérieures. Une confiance aveugle envers la médecine s'est développée au cours des siècles, ce qui a formaté notre conception de l'enfantement comme un phénomène entièrement supervisé. La médecine, bien qu'elle ait le potentiel de

sauver des vies, de soulager les gens et même de guérir des maladies, interrompt inutilement le processus naturel qui se déroule à son rythme. Aujourd'hui, un certain nombre d'actes médicaux sont pratiqués automatiquement sans même qu'on en pèse la pertinence, que ce soit de la part de la professionnelle ou du professionnel ou de la femme qui donne naissance. Le modèle pour enfanter est tracé d'avance, encouragé par la société et donc en quelque sorte imposé aux femmes. L'état rationnel de la femme l'amène à taire son instinct maternel, un enjeu non négligeable de l'omniprésence de la médecine au centre de l'enfantement.

Le prochain chapitre poursuit sur le thème de la médicalisation des naissances et porte sur ses impacts réels sur les enfantements, sur le vécu des femmes et sur les conséquences possibles. Depuis quelques décennies, des femmes dénoncent les traitements qu'elles subissent lorsqu'elles donnent naissance. Plusieurs dénoncent ce qu'elles conçoivent comme de la violence obstétricale, un concept de plus en plus connu et un phénomène qui attire l'attention de plus en plus de chercheurs, de soignants et de femmes. Bien que les mœurs tendent à évoluer, la notion de violence obstétricale n'est pas comprise de la même manière par les femmes qui vivent l'expérience de donner naissance et par les professionnelles et professionnels qui en prennent ombrage et la contestent. Il importe de s'en donner une compréhension commune pour la faire cesser.

CHAPITRE 2

MÉDICALISATION DES NAISSANCES ET VIOLENCE OBSTÉTRICALE

Le bref historique de l'accouchement réalisé dans le premier chapitre a permis de mieux comprendre l'évolution de la pratique obstétricale et de retracer l'origine de certaines croyances qui perdurent encore de nos jours. La pathologisation de la naissance a donné lieu au phénomène de médicalisation des naissances largement répandu dans les sociétés modernes. Encore au XXI^e siècle, il est possible d'affirmer que la majorité des citoyens vivant dans un pays développé croit essentielle l'intervention d'une professionnelle ou d'un professionnel de la santé lors de la naissance, indépendamment des circonstances.

La médicalisation des naissances est donc devenue la norme. Elle implique la gestion du risque et la prise en charge de l'accouchement, éléments qui font intrinsèquement partie du modèle dominant de l'enfantement de notre société. En prenant conscience que « l'accouchement est considéré au même titre qu'une chirurgie » (Régie de l'assurance maladie du Québec, 2018, p. 1) par notre système de santé, on comprend mieux que le personnel médical adoptent majoritairement une approche interventionniste. Dans une telle perspective, on postulera qu'une naissance ne s'est déroulée normalement qu'*a posteriori* si, de fait, elle s'est déroulée sans problème. En autres mots, tant et aussi longtemps qu'elle n'a pas eu lieu, règne la croyance que la naissance a le potentiel de mal se dérouler. Si tout s'est bien passé, il sera possible de dire que c'était une mise au monde normale. Ainsi, du point de vue de l'obstétrique, l'accouchement ne peut être dit « normal » qu'à son terme, c'est-à-dire *a posteriori*, s'il n'a requis aucune intervention.

Or, un tel raisonnement autorise une réduction logique *ad absurdum* à partir d'un postulat sur le risque : étant donné que, de fait, on échoue à prévoir ce qui peut faire en sorte qu'un accouchement tourne mal, on considère donc toutes les femmes enceintes et tous les fœtus à risque jusqu'à preuve du contraire. (Oakley dans St-Amant, 2013, p. 52)

Voilà quelles sont les grandes lignes de la conception de l'enfantement dans notre société. L'objectif de ce chapitre est de montrer que la médicalisation des naissances évacue le processus d'enfantement pour mettre de l'importance uniquement sur le résultat : un enfant et une mère en vie. Il expose d'abord plus en détail la médicalisation des naissances qui découle de sa pathologisation – elle-même un résultat de l'évolution de l'obstétrique – telle que cela a été décrit dans le chapitre précédent. Il montre ensuite que cette médicalisation est source de violence pour les femmes et leur bébé.

Ce chapitre est divisé en deux sections. La première présente la vision fixe de la médicalisation des naissances et ce qu'elle implique pour les professionnelles et les professionnels de la santé. Le chapitre un a montré que l'évolution de l'obstétrique a abouti à une pathologisation des naissances. La réponse normale au fait de faire de l'enfantement une maladie ou une condition médicale est donc la médicalisation des naissances. La première partie de cette première section présente cette vision biomédicale de l'enfantement ou de l'accouchement. La deuxième partie montre que cette vision a pour effet de modifier les croyances et les représentations sociales de l'accouchement, autant celles des femmes que des professionnelles et professionnels de la santé et de la société dans son ensemble. Cela a pour effet que l'accouchement ou l'enfantement est conçu comme une situation à risque ou un événement dont les risques pour la vie et la sécurité sont importants. Considérant ce risque, on ne peut pas laisser le soin aux seules femmes de gérer ce risque, elles n'en ont pas la compétence. Il faut donc développer et adopter une approche de gestion du risque. La troisième partie décrit les interventions médicales qui permettent de gérer ce risque.

Après avoir montré, dans la première section du chapitre, en quoi consiste la médicalisation des naissances, la deuxième section se concentre sur la violence obstétricale en tant qu'elle découle de la médicalisation des naissances. La définition de la violence obstétricale ne fait pas l'unanimité auprès des femmes, du personnel de la santé et des diverses instances. Un survol des diverses définitions à l'internationale puis ici au Québec est proposé dans le but d'offrir un regard sur la reconnaissance du phénomène et de tenter de développer une conception commune. Trois formes de violence obstétricales sont définies :

la violence obstétricale directe, la violence obstétricale indirecte et la violence obstétricale systémique. Afin d'en assurer la compréhension, ces distinctions sont supportées par des exemples réels issus de travaux récents. Le but de cette distinction est de dissiper la confusion qui empêche une bonne compréhension du phénomène et de développer une définition de la violence obstétricale qui permette aux personnes de la reconnaître. Finalement, ce chapitre se conclut en présentant les dénonciations de l'approche obstétricale de la médicalisation des naissances et les mouvements de contestation qui ont vu le jour depuis quelques décennies jusqu'à aujourd'hui.

2.1. LA MÉDICALISATION DES NAISSANCES, UNE VISION FIXE

La pathologisation a entraîné une médicalisation des naissances qui repose désormais sur une vision biomédicale de l'enfantement. Cette vision rassemble et résume les étapes qui devraient se dérouler lors d'un enfantement en se basant sur un déroulement général qui exclut les variantes ou les situations qui s'en éloignent. C'est donc une vision fixe de la naissance au sens où elle correspond à un dogme quasi inébranlable qui est celui de l'obstétrique. Aujourd'hui, au Québec comme dans la majorité des pays industrialisés, la médicalisation des naissances est devenue la norme; il est convenu que la naissance implique une médicalisation, comme si l'enfantement se résumait à « une mécanique corporelle menant à l'expulsion d'un bébé » (Lemay, 2017, p. 16); à une série d'étapes ordonnées et fixes se déroulant chronologiquement comme pour la fabrication d'objet dans une usine.

La préoccupation de la vision biomédicale de l'accouchement est de préserver la vie de la femme et celle du bébé. La manière d'y arriver ne semble pas constituer un enjeu ou un problème. Toutefois, si un enfantement réussi doit aussi prendre en compte le bien-être physique, psychologique et émotionnel de la femme et du bébé à naître, le modèle biomédical n'est peut-être plus suffisant pour atteindre cet objectif.

Pour diverses raisons, dont la méconnaissance de la diversité des services offerts et leur disponibilité, la majorité des femmes choisissent toujours d'accoucher en milieu hospitalier où les interventions, même intrusives, sont considérées comme de simples outils pour aider la mise au monde. Dans les hôpitaux de la région québécoise de la Capitale-Nationale, on compte un total de 7 095 naissances en 2018-2019 en milieu hospitalier (Institut de la statistique du Québec, 2019) contre 385¹¹ en maison de naissance (Simard, 2019).

2.1.1. Une pratique standardisée

Comme l'indique Lemay, nous entretenons depuis si longtemps une conception erronée de l'enfantement, comme quoi il présenterait un fort potentiel de dystocie, que l'on oublie qu'au fond c'est un phénomène totalement autonome qui n'a qu'un faible potentiel de dystocie; on perd de vue que l'enfantement est un phénomène physiologique, naturel et autonome. « En s'attachant trop à la pathologie, on oublie que la physiologie est le modèle par défaut de la mise au monde » (Lemay, 2017, p. 84). Par physiologie, Lemay veut dire un modèle faisant appel à la nature et à la physiologie de la femme et valorisant ses sensations comme un guide menant à la délivrance du bébé. Notre approche actuelle ne se concentre pas sur la femme et ses sensations, mais plutôt sur les risques de dystocie liés à la naissance.

En raison de ces risques, la médicalisation des naissances encourage « une pensée unique qui nie la complexité » (Langlois, 2008, p. 17) du processus de mise au monde. En même temps, cela facilite évidemment le travail de la professionnelle ou du professionnel lors de l'enfantement. Alors que cette personne devrait adapter son approche en tenant compte de la singularité des situations, dans un contexte de médicalisation des naissances

¹¹ Ce nombre compte uniquement les femmes qui ont eu accès au service sage-femme. Il faut savoir que « les listes d'attente sont [...] assez longues » (Regroupement Les sages-femmes du Québec, 2018) et que seules les femmes qui vont entreprendre des démarches le plus tôt possible pourront utiliser ce service.

c'est plutôt la femme qui doit s'adapter aux attentes de la norme et ainsi faciliter le travail de la professionnelle ou du professionnel. Bien que « les recherches récentes parlent de la mise au monde comme d'un phénomène complexe » (Lemay, 2017, p. 86) et unique, il est simplifié pour être plus facilement contrôlé. On impose une position à la femme qui donne naissance, on fixe les étapes d'évolution qui prévoient entre autres la durée et l'intensité, on met en place des barèmes précis du rythme cardiaque du fœtus, etc. On a conçu un modèle précis qui s'impose à toutes pour améliorer la lecture médicale du phénomène. La professionnelle ou le professionnel n'a pas à s'adapter à chaque situation, elle ou il n'a qu'à appliquer les protocoles mis en place.

Cette standardisation des pratiques ne rend le service offert ni personnalisé ni adapté aux besoins de la femme. En effet, un « protocole, une routine ou un algorithme mènent souvent à des automatismes et non à des conduites adaptées à chaque situation » (Lemay, 2017, p. 86). « L'accent est mis sur les normes rationnelles de la science et de la sécurité, valorisant la technologie, perpétuant ou créant des pratiques malgré l'absence de preuves concluantes » (Gagnon, 2017, p. 271). Ainsi, tous les facteurs qui relèvent de l'environnement de la naissance, tel que le lieu, le va-et-vient des intervenants et le ressenti de la parturiente, sont rejetés, car le personnel soignant se base sur la lecture d'outils technologiques plutôt que sur les sensations partagées par les parturientes. L'aspect subjectif est évacué ne laissant place qu'à l'aspect objectif.

Les professionnelles et professionnels se font, eux aussi, imposer « des normes et des procédures dans une logique de contrôle et de maîtrise, méconnaissant les pratiques de soin comme forme de coopérations sociales » (Pierron & Tappolet, 2015, p. 102). Le monitoring, qui permet de connaître la présence ou non de contractions, leur intensité et le rythme cardiaque du fœtus, est l'un des exemples les plus parlants de l'utilisation d'outils technologiques. Il est en quelque sorte le traducteur médical entre la femme et le personnel professionnel. Utilisé dans plus de 90 % des accouchements (Agence de la santé publique du Canada, 2009, p. 138), par intermittence ou de manière permanente, son utilisation est normalisée et n'est pas considérée comme ayant un effet négatif sur l'accouchement.

Pourtant, l'utilisation du monitoring limite les mouvements, impose l'intervention de l'infirmière sur le corps de la femme et produit des données en continu; tous des éléments qui maintiennent cognitivement la femme sur le plan d'une conscience rationnelle, un état d'esprit qui convient moins à l'enfantement. Cependant, du point de vue de la médicalisation des naissances, c'est un moindre mal pour permettre une évaluation juste du déroulement de l'enfantement, son état d'avancement et de risque estimé par rapport au modèle prédéterminé.

Dans l'étude de Gagnon, les femmes « ne se reconnaissaient pas l'expertise voulue pour être en mesure de juger des décisions médicales et disaient qu'en fin de compte, elles devaient se fier au [personnel] présent, car elles ne voulaient pas mettre leur bébé à risque » (Gagnon, 2017, p. 243). Les femmes assimilent le message de la médecine et se croient incapables d'être impliquées dans leur propre enfantement, comme en témoigne leur soumission envers la médecine. « La perte de confiance dans leurs capacités à mettre au monde un enfant par elles-mêmes [...] s'est perturbée dans le temps » (Rivard, 2013, p. 46).

2.1.2. La gestion du risque

Des années de médicalisation des naissances basées sur l'anticipation d'une potentielle dystocie ont mené à faire fi de l'autonomie des femmes lors de la naissance et l'enfantement pour laisser place à la gestion du risque. La prise en charge s'explique par les risques qu'encourent la mère et le fœtus. Considérant ce risque, on considère qu'on ne peut pas laisser le soin de le gérer aux seules femmes, car elles n'en ont pas la compétence. C'est donc en réponse à cette situation, qu'au fil du temps, une approche de gestion du risque s'est développée. « La logique du risque est toujours omniprésente et elle colore les manières de concevoir la naissance et les pratiques associées » (Gagnon, 2017, p. 52). L'obstétrique devient « le support indispensable » (Rivard, 2014, p. 77) à l'enfantement considéré comme périlleux. La pensée obstétricale l'envisage toujours comme présentant des risques d'anomalies et de complications et « en vient à rassembler tous les cas, tous les accouchements individuels, sous la catégorie de l'anormal » (St-Amant, 2015, p. 53).

Depuis le milieu du XX^e siècle, les travaux autour de la statistique médicale et de l'épidémiologie ont permis à la notion de risque de devenir un outil de « réduction des incertitudes relativement aux dangers » (Rivard, 2013, p. 29). Considérant que l'obstétrique est caractérisée entre autres par cette incertitude, l'utilisation des données relatives aux risques lui permet d'être reconnue comme « scientifique et donc légitime » (Carricaburu, Fournier, Kempeneers, Paicheler, & Collin, 2007, p. 123). Ainsi, les interventions sont justifiées non pas par le danger lui-même, mais comme moyen de gérer le risque. La naissance se présente « comme le moment de tous les risques » (David, 2007, p. 9) et il convient d'intervenir pour les prévenir. Ainsi, « [l]'utopie d'un risque zéro combinée au culte de la santé a contribué à faire du risque une idéologie » (Rivard, 2013, p. 29).

Le système de médicalisation des naissances étiquette les grossesses selon des barèmes précis indiquant des niveaux de risque allant de bas à élevé. Cependant, comme l'a fait remarquer la sociologue Béatrice Jacques (2007), « la catégorie du risque élevé n'a jamais cessé d'enfler pour empiéter sur le bas risque, la frontière de l'une à l'autre étant parfaitement floue » (Jacques dans St-Amant, 2013, p. 52). Ce risque est déterminé selon les caractéristiques personnelles (âge, poids, nombre de grossesses antérieures, maladie, etc.) de chaque femme et permet de prédire ce qui pourrait potentiellement arriver au cours de la grossesse et de l'enfantement. C'est cette prévision du risque qui impose des interventions en amont des complications potentielles. La création de nombreux protocoles et procédures prédéterminés démontrent cette vision structurée qui classe les éléments dans le but de faciliter les prises de décision relatives aux interventions.

Comme le mentionne Rivard, l'accouchement sans risque est de moins en moins envisagé comme possible. D'ailleurs, certaines professionnelles et professionnels savent que « leurs propres pratiques peuvent engendrer un risque¹² » (Rivard, 2013, p. 43). Cependant, comme indiqué au chapitre précédent, les manières de faire et les habitudes s'inscrivent dans

¹² La rupture artificielle des membranes augmente le risque de procidence du cordon ombilical, le déclenchement artificiel augmente le risque de césarienne, l'utilisation de la ventouse ou du forceps augmente le risque de déchirures, etc.

une époque et se perpétuent. Conséquemment, certaines interventions « se produisant de façon répétitive, [leurs] failles tendent à devenir invisibles parce qu'elles sont ainsi normalisées » (Lévesque *et al.*, 2018, p. 228). La création d'un cercle vicieux de la peur et du risque empêche de distinguer « les risques perçus et les risques réels [au-delà] du discours répandu qui met l'accent sur les dangers de l'accouchement » (Rivard, 2013, p. 45). À l'époque actuelle, les interventions pratiquées avant, pendant et après l'accouchement sont en quelque sorte attendues, puisque les risques de complications sont, selon la pensée populaire, élevés.

2.1.3. Les interventions médicales

Dans les faits, alors que « l'Organisation mondiale de la Santé a publié de nouvelles recommandations visant à définir des normes mondiales de soins à l'intention des femmes enceintes en bonne santé et à limiter les interventions médicales inutiles » (Organisation mondiale de la Santé, 2018), les statistiques canadiennes sur la santé (Agence de la santé publique du Canada, 2009; Canadian Institute for Health, 2018; Gouvernement du Canada, 2000) démontrent des taux d'interventions médicales non seulement au-dessus des niveaux recommandés, mais en augmentation depuis les quinze ou vingt dernières années. D'ailleurs, « ces deux dernières décennies ont vu croître substantiellement l'application d'une variété de pratiques d'accouchement visant à initier, accélérer, achever, réguler ou contrôler le processus physiologique de l'accouchement dans l'objectif d'améliorer les résultats pour les femmes et leurs enfants » (Organisation mondiale de la Santé, 2018, p. 1). L'OMS affirme clairement que ces pratiques relatives à la croissance de la médicalisation amoindrissent la capacité des femmes à donner naissance et produisent des effets négatifs sur l'expérience de mise au monde.

2.1.3.1. Cascade d'interventions

La justification qui mène à une intervention peut être de l'ordre de la peur, de la gestion de risque, de la conception négative de l'enfantement, de la pression sociale, du désir de facilité, de la croyance envers la sécurité médicale, de la nécessité clinique, etc. Mais peu importe la raison, le risque qu'une première intervention en entraîne une deuxième afin de corriger ou d'ajuster la première s'amplifie. On parle de cascade d'interventions lorsqu'une « intervention obstétricale [...] entraîne un risque de recours à d'autres interventions dans un effet de cascade » (Rossignol, Boughrassa, & Moutquin, 2012, p. 109). Il s'agit d'un phénomène de plus en plus documenté et reconnu dont les professionnelles et les professionnels sont en partie conscients. Ainsi, une recherche de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux soutient que le déclenchement du travail par ocytocine et la surveillance fœtale électronique en continu augmentent les naissances vaginales instrumentalisées, la péridurale et les césariennes. De la même façon, l'utilisation de la péridurale augmente les naissances vaginales instrumentalisées et les césariennes (Rossignol et al., 2012, p. 105). « Il a été démontré que l'excès de surveillance pouvait être iatrogène » (Gaskin, 2012, p. 396).

Toute intervention, aussi simple et anodine qu'elle puisse paraître, comme le décollement des membranes ou la rupture de la poche des eaux, peut avoir des conséquences sur le déroulement de l'enfantement. Même si certaines pratiques perdent en popularité – comme l'épisiotomie qui consiste à couper le périnée pour faciliter la sortie du bébé¹³ – d'autres interventions sont devenues plus fréquentes : les déclenchements, « l'épidurale, [...] la stimulation de l'activité utérine et le recours à la ventouse sont [...] en augmentation » (Gouvernement du Québec, 2008, p. 16). Trois interventions intrusives sont en plein essor

¹³ L'épisiotomie a été de nombreuses fois dénoncée et considérée comme néfaste pour la femme et sa santé pelvienne dès la deuxième partie du 20^e siècle. « Les épisiotomies de routine ont commencé à tomber en disgrâce il y a quelques décennies lorsqu'elles ont été jugées inutiles, des interventions médicales traumatisantes » (Traduction libre dans Fayerman, 2019). *Montréal Childbirth Education Association*

actuellement et présentent des effets non négligeables sur les femmes qui donnent naissance : le déclenchement, la péridurale et la césarienne.

2.1.3.2. Déclenchement

Au Québec, près de 50 % des « femmes qui ont accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale ont signalé que leur professionnel de la santé avait essayé de déclencher leur travail au moyen de médicaments ou d'autres techniques et plus de 40 % ont indiqué que le professionnel de la santé avait essayé d'accélérer leur travail » (Agence de la santé publique du Canada, 2009) lorsque celui-ci avait débuté par lui-même. Selon la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada , « [l]e déclenchement du travail présente un taux ayant connu une hausse considérable depuis le début des années 1990 et continue d'être observé dans le cadre d'un important pourcentage des grossesses, éloignant ainsi les femmes des avantages que confère le processus naturel du travail » (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et al., 2013, p. 8).

Le déclenchement vient du fait que l'on fixe une date d'enfantement. La détermination de cette date a pour fin de disposer de données plus détaillées et reconnues médicalement lors du suivi de grossesse. La règle de Naegele apparue à la fin du XVIII^e siècle est une règle mathématique qui permet de calculer la date à laquelle une femme enceinte devrait donner naissance. Appelée la « date prévue d'accouchement » (DPA) elle est calculée depuis les années 1980 non pas par une règle mathématique avec les dernières règles de la femme, mais par une échographie avant la 12^e semaine de gestation en mesurant le sac embryonnaire qui, à ce moment de la gestation, ne varie pas d'un fœtus à l'autre (Rulquin, 2014, p. 10). Elle permet de fixer une date plus ou moins précise où le bébé devrait naître. Considérant que seulement 4 % des femmes vont réellement donner naissance le jour déterminé lors de l'échographie de datation, une marge d'erreur devrait être considérée (Bourassa, 2020), ce qui n'est pas le cas actuellement. De plus, lorsqu'on calcule dix lunes depuis le début des dernières règles, les deux dates correspondent rarement. Peu importe la

manière de calculer le moment où le bébé devrait venir au monde, le résultat est donc susceptible d'être différent. La date prévue d'accouchement est donc une date approximative¹⁴. Pourtant, si la naissance ne débute pas dans les jours suivants cette date, elle représente une donnée reconnue et crédible par les professionnelles et professionnels afin de prescrire le déclenchement artificiel de l'accouchement. « Malgré les progrès incontestables qu'a permis l'échographie dans le diagnostic anténatal, elle contribue à homogénéiser les façons dont les femmes enceintes vivent leur grossesse et à asservir ces dernières aux exigences d'un maternage qualifié, certifié par les experts médicaux » (Montazeau, 2010, p. 58).

Les raisons de croire qu'un déclenchement est nécessaire sont, pour le système de santé actuel, nombreuses et pour la plupart justifiées par une gestion de risque : retard de croissance, diabète gestationnel, liquide amniotique coloré ou toute autre considération d'anomalie. La grossesse « prolongée » se trouve en tête de liste comme indicateur de déclenchement. Pourtant, une grossesse est considérée comme normale jusqu'à 42 semaines de gestation. (Institut National de Santé Publique du Québec, 2021) Mais au Québec, les professionnelles et les professionnels de la santé sont inconfortables de laisser une mère dépasser 41 semaines et trois jours selon la date gestationnelle évaluée par échographie. Selon l'INSPQ, « en raison du risque de complications pour le bébé associé à la baisse de l'efficacité du placenta à oxygéner le bébé, il est recommandé de déclencher le travail un peu avant la 42^e semaine si celui-ci n'a toujours pas débuté, que [le] col [de l'utérus] soit ou non favorable » (Institut National de Santé Publique du Québec, 2019).

Est-ce que quatre jours sur sept avant la 42^e semaine est considéré comme « un peu avant »? Il semble que cette recommandation de l'INSPQ puisse être interprétée subjectivement selon les établissements de santé et les professionnelles et les professionnels. D'ailleurs, il existe une certaine flexibilité dans l'application de cette recommandation. Si dans la Capitale-Nationale les déclenchements se font à 41 semaines trois jours, sur la Rive-

¹⁴ Plusieurs préfèrent dire la date « probable » d'accouchement.

Sud à l'Hôtel-Dieu de Lévis la tendance est plutôt d'attendre à 41 semaines quatre jours, et à Sherbrooke les habitudes médicales poussent cette recommandation à 41 semaines six jours. Au-delà de ces chiffres qui représentent des milieux dont la façon de faire et les croyances sont différentes, l'intention ici est de démontrer qu'il y a une différence dans l'application d'une même recommandation. Il n'en reste pas moins qu'en maison de naissance un déclenchement n'aura lieu qu'à 42 semaines de gestation. Cette situation crée, pour les femmes, une iniquité. Elles ne bénéficieront pas du même service selon leur situation géographique, l'établissement ou la professionnelle ou le professionnel choisi.

D'ailleurs, en prenant le temps de réfléchir sur ce qu'est un déclenchement, on se rend compte qu'aucun élément ne fait référence au phénomène d'enfantement biologique. Selon Patrick Stora, gynécologue-obstétricien français, le déclenchement constitue en fait une « interruption thérapeutique de grossesse », classant la procédure sous la catégorie des avortements médicaux : « à terme, certes avec bébé vivant, avec bébé conservé en espérant qu'il aille le mieux possible avec sa maman, mais une interruption de la grossesse, du processus gravidique avant que son terme ne soit arrivé » (St-Amant, 2013, p. 158).

L'un des moyens de procéder à un déclenchement est l'utilisation d'ocytocine exogène. L'ocytocine exogène « n'agit pas dans le corps de la même manière que l'ocytocine endogène [sécrétée naturellement] et pourrait même avoir des effets négatifs sur la mère et l'enfant durant le travail et l'allaitement » (Lemay, 2017, p. 60), tels que l'hypoxie pour le fœtus, la désynchronisation avec les autres hormones, des réactions imprévisibles, l'augmentation d'hémorragie, une hyperstimulation de l'utérus, etc. Le déclenchement artificiel de l'enfantement est marqué par des contractions dont la sensation est beaucoup plus intense. Certaines vont jusqu'à dire que c'est une douleur intolérable. (Gagnon, 2017, p. 197)

Le déclenchement augmente les risques de devoir faire une autre intervention soit pour redresser une évolution qui s'écarte du modèle standard, soit de façon plus ou moins systématique dans le dessein d'améliorer le rendement de la contraction utérine (Gouvernement du Québec, 2019). La littérature démontre que lors d'un déclenchement

artificiel, les « taux de césarienne pour stagnation de la dilatation [du col de l'utérus] varient [...] de 14 à 17 % [contrairement à] 6,5 à 12 % en cas de travail spontané », et ce peu importe la méthode utilisée et l'indication (Journet, Gaucherand, & Doret, 2012, p. 344).

2.1.3.3. Péridurale

Une autre intervention en augmentation est la péridurale. Elle est souvent considérée comme une étape normale de l'enfantement. Elle consiste à introduire un cathéter dans l'espace péridural de la colonne vertébrale, ce qui permet la diffusion d'un produit actif qui atténue les sensations, du bassin aux pieds. Au Québec, 73,5 % des femmes ont eu recours à cette intervention en 2018-2019. Plus précisément, dans la Capitale-Nationale cette donnée monte à 78,5%. En faisant l'exercice de comparer avec les années antérieures, en 2002-2003 un pourcentage à 63,4 est enregistré. Il s'agit d'une augmentation de plus de 10 % en 15 ans. (Institut canadien d'information sur la santé, 2020)

Dans la croyance populaire, la péridurale est considérée comme l'intervention par excellence pour diminuer les sensations reliées aux contractions. Certaines femmes préfèrent sentir le moins possible leurs contractions. Conséquemment, dès les premiers signes du processus de naissance, elles se rendront à l'hôpital et demanderont elles-mêmes aux professionnelles et professionnels la péridurale afin d'être soulagées. La péridurale est si profondément ancrée dans les réflexes sociétaux que ceux-ci poussent les femmes à la demander alors que le processus se déroule pourtant sans apparence de complication. Cette demande est faite et acceptée, dans la majorité des cas, malgré qu'aucun élément médical ne prescrive l'utilisation d'un tel anesthésiant.

Les pratiques médicales jouent également un rôle dans l'acceptabilité de la péridurale lors des naissances. Elles influencent et encouragent ce type d'intervention en quelque sorte. D'une part, le fait que les naissances aient lieu directement entre les murs des hôpitaux amène à faire une association entre la pathologie, raison même de l'existence des hôpitaux, et les

naissances. Cette association laisse croire qu'un soutien médical est essentiel. La péridurale est proposée pour accélérer le déroulement de l'accouchement, pour corriger une intervention précédente, pour soulager des douleurs pathologiques reliées à un déclenchement, pour répondre à une image de la naissance selon certains standards, etc.

Bref, la péridurale est une intervention considérée, par plusieurs, comme essentielle pour donner naissance. Elle est même vue comme une marque d'évolution de la condition des femmes et comme un geste profondément féministe : *je peux enfanter sans souffrance*. Pourtant, elle comporte son lot d'inconvénients. Les médicaments injectés dans la moelle épinière pour diminuer ou éliminer les sensations au bas du corps amenuisent ou même empêchent la sécrétion d'hormones naturelles, telle que les endorphines, ce qui peut occasionner des problèmes : plus grande intensité des sensations restantes, diminution de la production de lait, attachement au bébé plus difficile, douleur dans le bas du dos qui peut persister durant plusieurs semaines après la naissance, etc. De plus, le fœtus a de bonnes chances d'être moins vigoureux à la naissance, en plus de ne pas profiter du coquetel d'hormones naturelles de la femme qui rend le « voyage » plus sécuritaire et confortable pour lui. (Buckley, s. d.) En outre, la péridurale est potentiellement une intervention qui en amènera d'autres (Rivard, 2013, p. 44) : ventouse, forceps, épisiotomie, césarienne, etc.

2.1.3.4. Césarienne

Cette intervention consiste à faire une incision d'environ 10 cm dans le bas du ventre de la mère afin d'ouvrir l'utérus et extraire le fœtus. Elle peut être médicalement justifiée pour sauver la vie de la mère ou du bébé. Cependant, selon l'OMS, le taux dit « normal » devrait représenter 10 à 15 % des naissances; cette estimation est donnée par la communauté internationale de la santé depuis 1985 (Organisation mondiale de la Santé, 2015). Pourtant, les taux de césarienne s'accroissent d'année en année. Dans la Capitale-Nationale, 27,4 % des femmes ont subi une césarienne en 2018 contrairement à 22,8 % en 2008 et à 16,9 % en

1998 (Canadian Institute for Health, 2018). C'est une augmentation de 4,6 % durant les dix dernières années et de 10,5 % durant les 20 dernières années.

Les études autour de la césarienne « ne s'intéressent généralement qu'à un classement des complications graves avec pour résultat que certaines conséquences disparaissent » (Gagnon, 2017, p. 47). Pourtant, cette intervention comporte des risques de complications physiques et psychologiques à ne pas négliger. Ceux-ci peuvent perdurer plusieurs années et affecter tant la mère que le bébé, l'allaitement et les grossesses ultérieures (Organisation mondiale de la Santé, 2015).

La césarienne a un impact négatif sur l'allaitement. « Un retard de montée laiteuse et [...] un comportement suboptimal de l'enfant face à la tétée » (Morau, Bonnal, & Deras, 2011, p. 142) sont des éléments non négligeables. De plus, la douleur ressentie par la femme liée à la césarienne est également un frein à l'allaitement. Une hypothèse réside dans la sécrétion d'hormones pour contrer cette douleur intense. Ces hormones « inhibent la sécrétion d'ocytocine » (Morau *et al.*, 2011, p. 142) nécessaire à la montée laiteuse et à la production de lait. Pour soulager cette douleur, il est possible de prendre des médicaments. Malheureusement, certains d'entre eux se diffusent dans le lait et peuvent créer des effets indésirables chez l'enfant tels que « des manifestations de dépression du système nerveux central » (Morau *et al.*, 2011, p. 142). Pour toutes ces raisons, certaines femmes préféreront ne pas allaiter si elles doivent subir une césarienne ou elles cesseront au courant des premières semaines de vie du bébé.

Une première césarienne pourrait aussi influencer le type d'accouchement lors de grossesses ultérieures. Les facteurs qui interviennent sont multiples : la qualité de la cicatrice utérine, l'intervalle entre les deux naissances, les risques de rupture utérine, le type de césarienne qui a été faite (élective ou urgente), le mode de déclenchement du travail, etc. (Rozenberg, 2005, p. 144)

La césarienne est une opération trop souvent prise à la légère. Elle est parfois vue comme une façon simple et efficace de passer à côté de la mise au monde sans trop de

douleur. « Le recours irréprouvable à la césarienne est dû à la méconnaissance des indications par toutes les parties concernées » (Tully et Ball dans Gagnon, 2017, p. 47).

2.1.4. Valoriser le processus comme le résultat

Quelle que soit l'intervention, il est nécessaire de distinguer ce qui relève d'une conception idéologique de l'enfantement et ce qui provient d'un besoin médical réel et essentiel; dans ce dernier cas, on parle de besoin thérapeutique. Cette distinction doit être faite tant par la professionnelle ou le professionnel que par la femme qui donne naissance. En fait, si on se rappelle que donner naissance est un « processus physiologique réalisable sans complications pour la plupart des femmes et leurs enfants » (Organisation mondiale de la Santé, 2018), ce n'est qu'un minime pourcentage de femmes qui devrait avoir besoin d'assistance médicale. Or, les pourcentages indiqués dans les parties précédentes donnent à penser que les interventions ne se restreignent pas aux besoins thérapeutiques. « La surveillance fœtale électronique, le déclenchement et l'accélération du travail ainsi que la césarienne sont des interventions qui pourraient être évitables » (INESSS dans Gagnon, 2017, p. 11).

La médicalisation des naissances justifie l'ensemble des interventions. Pour cette raison, elle est la principale responsable d'une vision unilatérale éliminant le processus de l'enfantement. L'enfantement n'est pas qu'un processus d'évacuation [du bébé] comme l'est le fait de déféquer par exemple. Dans ce dernier cas, c'est le résultat qui est considéré comme important. La grossesse et l'accouchement sont plutôt des événements dont tout le processus incluant le terme est important. Cela fait partie du vécu de la femme et la mise au monde est en soi un événement à vivre, et à vivre bien, complètement, totalement, entièrement. L'enfantement consiste en « une expérience dont le vécu, global et profondément significatif, a été évacué par le modèle médicalisé de la naissance où l'enfant, produit fini, paraît surgir de nulle part » (Rivard, 2014, p. 133). L'univers des naissances en est venu à se concentrer uniquement sur la finalité du processus. « Progressivement, la mère s'estompe et le fœtus est

de plus en plus surveillé » (De Koninck, 1990, p. 28). La mentalité actuelle ne met pas en valeur l'importance de l'expérience positive d'enfantement comme un processus transformateur pour la mère. Elle ne tient pas compte de la physiologie et du caractère sécuritaire pour la mère et l'enfant qui déterminent les bases mêmes de la dyade maman-bébé (ex. mise en place de l'allaitement, création du lien d'attachement, etc.); elle se préoccupe plutôt d'avoir un bébé en santé, peu importe le déroulement de la naissance. Ainsi, ce qui l'entoure n'a de valeur que dans une optique de sécurité, et celle-ci est garantie, selon les croyances, par l'hôpital et les soins qui y sont prodigués.

Que reste-t-il de la place de la femme dans ce processus de mise au monde? « La responsabilité maternelle se confond à la conformité » des prescriptions médicales visant la santé et la normalité de l'enfant qu'elles portent, « le bien-être de la mère étant assujéti à un objectif » (De Koninck, 1990, p. 28) de matrice dont le seul rôle est de porter l'enfant à terme. Plusieurs insatisfactions apparaissent depuis la normalisation de la médicalisation des naissances. « [C]ertaines pratiques spécifiques sont mises en cause [mais] jamais leurs fondements » (De Koninck, 1990, p. 30). La deuxième partie de ce chapitre explore les impacts de la médicalisation des naissances et plus particulièrement ce qu'on appelle désormais la « violence obstétricale ».

2.2. LA VIOLENCE OBSTÉTRICALE

Au-delà des écrits qui mettent en valeur la femme et ses capacités à enfanter, un nombre croissant d'ouvrages scientifiques aborde la question des actes inadéquats posés auprès des parturientes et les associe à une forme de violence dite obstétricale. Le concept de violence obstétricale est mal compris et suscite une réaction autant de la part de citoyennes et citoyens qui semblent peu informés sur cette forme de violence que de la part de professionnelles et de professionnels qui comprennent ce terme comme une accusation à leur endroit. Ces derniers ne considèrent pas que les actes « courants » de leur pratique puissent

être assimilés à une forme de violence et avoir un effet défavorable sur le déroulement de l'enfantement.

Après la sortie au Québec du livre de Marie-Hélène Lahaye *Accouchement : les femmes méritent mieux* (Lahaye, 2018), qui porte principalement sur les violences obstétricales en France, le président de l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec (AOGQ), Fabien Simard, estimait que l'ouvrage rapportait des « événements ponctuels [...] survenus dans [un autre] système de santé » avec lesquels le Québec n'avait rien à voir. Le Regroupement Naissance-Renaissance (RNR), qui s'intéresse à la violence obstétricale depuis près d'une décennie de diverses façons et en étroite relation avec les milieux, invitait alors le docteur Simard « ainsi que son association à élargir leur compréhension des violences obstétricales » (Mederi, 2018) et à s'intéresser davantage aux femmes qui vivent l'expérience de donner naissance. Il l'accusait également de présenter des statistiques erronées. Selon Mederi, le président de l'AOGQ considère que le Québec est à l'abri de ces violences et confond la violence obstétricale avec un acte prémédité de violence dans un cadre obstétrical. Dans une lettre ouverte publiée dans *Le Devoir*, elle écrit : « Le Dr Fabien Simard, président de l'AOGQ, répète sur toutes les tribunes possibles que le consentement est au cœur de la déontologie médicale et que, par conséquent, ces violences n'existent pas » (Mederi, 2019). Mederi rapporte que ce qui se passe en vrai est pourtant bien différent à en écouter les témoignages. Elle invite le Dr Simard « ainsi que tous les acteurs et actrices du monde médical, à lever le nez des documents officiels et à oser prendre contact avec la réalité du terrain. Nous avons besoin de votre alliance et non de votre silence » (Mederi, 2019).

2.2.1. Qu'est-ce que la violence ?

L'une des difficultés qui entravent la compréhension du phénomène de la violence obstétricale réside dans la définition même que l'on fait de la violence dans son état le plus simple. Le *Grand Robert de la langue française* associe la violence au fait de *brutaliser*,

obliger, forcer, agresser. La violence y est définie comme « une force brutale pour soumettre quelqu'un » (Robert & Rey, 2001). Un court passage de la définition de ce dictionnaire fait allusion à la violence morale et à la violence verbale définies comme un « excès de langage; insultes » (Robert & Rey, 2001). *Le grand dictionnaire terminologique* définit pour sa part la violence comme une « domination exercée par quelqu'un sur une ou plusieurs personnes par des attaques visant à les contrôler ou à porter atteinte à leur dignité ou à leur intégrité physique ou psychologique » (Office québécois de la langue française 2012). Le terme *attaques* reflète, comme dans la définition précédente, une intention et une force physique ou psychologique dans l'action.

Ces définitions laissent entendre que la violence s'incarne uniquement dans des gestes physiques ou des paroles qui visent intentionnellement à forcer, à contraindre ou à réprimer un tiers contre sa propre volonté. En d'autres mots, les actions ou les paroles de violence seraient préméditées et l'intention de la personne qui les profère irait à l'encontre de la bienveillance. Or, il arrive que des actes de violence ne répondent pas à ces critères, mais découlent plutôt de représentations et de normes sociales. Prenons l'exemple d'une professionnelle ou d'un professionnel qui propose à plusieurs reprises et avec insistance à une parturiente de prendre une péridurale au moment où la mise au monde devient intense. Ce n'est pas parce que la femme semble avoir atteint ses limites ou parce que cela serait médicalement prescrit que cette proposition lui est faite, mais parce qu'en général les parturientes demandent, à ce moment de la naissance, d'être soulagées. Socialement, il est attendu que les femmes souhaitent cette intervention avant la délivrance du fœtus. Ainsi, la proposition de l'anesthésie épidurale peut se transformer en arguments insistants et convaincants dont les références sont reliées à la norme et non pas aux désirs immédiats de la femme. Conséquemment, celle-ci subit une pression, se sent soumise à une obligation d'accepter apparentées à du harcèlement psychologique. Pourtant la personne responsable médicalement de cette femme n'a pas ce comportement intentionnellement, elle croit qu'appliquer la norme est une bonne chose à faire et que la femme en sera reconnaissante ensuite. Ce comportement non intentionnel est une forme de violence définie et identifiable. Les conséquences objectives sont réelles puisque cette proposition d'accepter ou non

l'anesthésie épidurale est plutôt vécue comme une imposition affectant la liberté et l'autonomie de la femme qui enfante. « Il importe de considérer la conséquence objective et non pas l'intention subjective derrière l'acte violent » (Flynn, Damant, Bernard, & Lessard, 2016, p. 48). Dans une société comme la nôtre, chacune devrait pouvoir décider pour elle-même sans ressentir de pression induite.

L'Office québécois de la langue française ajoute néanmoins que « le terme *violence*, initialement restreint à la désignation des situations où il y avait contrainte résultant de la force physique, a pris un sens plus large pour inclure également des atteintes à l'intégrité psychologique d'une personne ou à sa dignité » (Office québécois de la langue française 2012). Aussi propose-t-il de définir la violence comme une :

Contrainte illicite ou injuste par laquelle une personne enfreint la liberté d'une autre, de telle sorte que cette dernière est susceptible, à cause de cette contrainte, de limiter ses manières et ses possibilités d'être et de vivre, de se mouvoir ou de se déplacer, d'exercer ou non ses facultés, d'agir ou de ne pas agir. (Office québécois de la langue française 2012)

La définition de la violence ne se limite plus à la soumission par la force physique d'un individu par un autre. Elle inclut aussi la « contrainte [...] morale, exercée sur une personne en vue de l'inciter à réaliser un acte déterminé » (Larousse, 2019). Cet élargissement de la définition de la violence permet d'inclure un plus grand éventail d'actes, de comportements et d'actions, avec ou sans intention malveillante.

Enfin, la violence est souvent considérée exclusivement comme un geste posé par un individu, ce qui occulte la dimension systémique :

[C'est un] exercice abusif de pouvoir par lequel un individu en position de force cherche à contrôler une autre personne en utilisant des moyens de différents ordres afin de la maintenir dans un état d'infériorité ou de l'obliger à adopter des comportements conformes à ses propres désirs. Cette définition ne se limite pas aux conduites individuelles puisque la violence peut s'exercer par des systèmes plus larges. (CRI-VIFF dans, Lévesque *et al.*, 2018, p. 222)

Nous partons donc du fait que la violence peut être intentionnelle ou non, verbale, psychologique ou physique; qu'elle peut être le fait d'individus ou d'un système envers une personne ou un groupe dans le but de limiter leur liberté, afin d'exercer un contrôle. Une forme de paternalisme dictant ce qui doit être fait. Comprise ainsi, on peut maintenant passer de cette définition plus générale de la violence vers une meilleure compréhension du phénomène de violence obstétricale.

2.2.2. Définitions de la violence obstétricale

Les tentatives pour définir la violence obstétricale sont nombreuses et dépendent de plusieurs facteurs dont « l'emplacement géographique et la législation, l'année d'apparition et le contexte social du pays » (Lévesque *et al.*, 2018). C'est au tournant des années 2000 qu'apparaît officiellement le terme *violence obstétricale* en « Amérique du Sud, sous l'impulsion de groupes féministes luttant pour l'humanisation de la naissance » (Michel & Squires, 2018, p. 23). Considérant la violence obstétricale comme une violence faite aux femmes, des ONG et des organisations internationales et politiques ont également participé à faire reconnaître la réalité de ce phénomène. L'humanisation des naissances, contrairement à la définition qui en était faite quelques siècles plus tôt, vise l'amélioration du bien-être de la mère et de l'enfant par rapport aux conditions physiques et psychologiques, à l'environnement et aux services offerts.

Il semble difficile d'adopter une définition unique de la violence obstétricale. Sa compréhension varie et même si ses différentes versions tendent à dénoncer des éléments parfois différents, elles visent un même objectif : définir ce concept de violence obstétricale pour encourager une prise de conscience collective de ce phénomène et lui apporter des solutions.

En France, Marie-Hélène Lahaye, qui s'est intéressée aux maltraitances subies par les femmes pendant l'accouchement, propose une définition de la violence obstétricale qui se lit ainsi :

Tout comportement, acte, omission ou abstention commis [intentionnellement ou non] par le personnel de santé, qui n'est pas justifié médicalement et/ou qui est effectué sans le consentement libre et éclairé de la femme enceinte ou de la parturiente. (Lahaye, 2018, p. 187)

Le caractère indifférent de l'intention est un point central dans la définition de Lahaye. Cet aspect n'apparaît pas dans l'ensemble des définitions. « Le caractère non intentionnel n'exclut pas qu'il y ait des situations de manquement à des principes éthiques et aux droits des patients ni ne dédouane des responsabilités face aux conséquences sur les patientes. » (Phan & Evrard, 2017). La professionnelle ou le professionnel qui applique les protocoles et qui respecte la loi et les grands principes de bienveillance et de non-maltraitance peut tout de même exercer de la violence obstétricale. La reconnaissance du phénomène est alors d'autant plus complexe et difficile, puisque la majorité des professionnelles et professionnels n'ont pas le désir de faire subir un mauvais traitement aux femmes. De plus, une femme peut subir de la violence obstétricale sans pour autant percevoir elle-même le geste comme tel.

À ce jour, seulement trois pays se sont dotés d'une politique contre la violence obstétricale : le Vénézuéla, l'Argentine et le Mexique – plus précisément l'État du Chiapas. Dans son analyse des textes de loi vénézuéliens, argentins et mexicains portant sur les violences obstétricales, Sánchez relève les problèmes potentiellement présents dans les soins périnataux de ces pays, principalement : la pathologisation du corps en gestation, la médicalisation des processus et les traitements déshumanisants ou dénigrants envers les parturientes (Sánchez, 2014, p. 59).

Le Vénézuéla définit la violence obstétricale dans l'article 13 de sa loi contre la violence obstétricale comme :

« [l']appropriation du corps et du processus reproducteur des femmes par les personnes qui travaillent dans le domaine de la santé, appropriation qui se manifeste sous les formes suivantes : traitement déshumanisé, abus d'administration de médicaments, et la conversion de processus naturels en processus pathologiques. Cela entraîne pour les femmes une perte d'autonomie et de la capacité à décider en toute liberté en ce qui concerne leur propre corps et leur sexualité, ce qui influe négativement sur leur qualité de vie » (Pérez D'Gregorio dans Lévesque *et al.*, 2018, p. 223).

Il semble que pour les Vénézuéliennes et les Vénézuéliens la violence obstétricale a le potentiel de se manifester dans un ensemble de contextes dans lesquels la femme peut subir des traitements inappropriés. Il n'est pas uniquement question d'enfantement.

L'Argentine aborde la question des violences obstétricales sous l'angle des comportements à adopter plutôt qu'en dénonçant ceux à proscrire. Ainsi, la loi argentine énumère 3 éléments pour prévenir la violence obstétricale. Cette prévention sera possible « en s'assurant : 1) que les femmes sont considérées avec respect, de façon individualisée et personnalisée, avec une intimité assurée durant l'entièreté du processus de l'accouchement et en tenant compte des normes culturelles; 2) qu'elles sont considérées, durant tout le processus d'accouchement, comme des personnes en santé afin que leur participation soit facilitée, ce qui leur permet de mener leur propre accouchement; 3) qu'elles ont le droit d'avoir un accouchement naturel, qui est décrit comme respectueux des temps biologiques et psychologiques, qui évite les pratiques invasives et l'administration de médication non justifiée par l'état de santé de la mère ou de l'enfant » (Sanchez dans Lévesque *et al.*, 2018, p. 223; Sánchez, 2014).

Finalement, la *Comisión Nacional de los Derechos Humanos* du Mexique interdit « de s'approprier le corps de la femme par un traitement déshumanisant, se caractérisant par une médicalisation abusive et une pathologisation des processus naturels de l'accouchement » (Lévesque *et al.*, 2018, p. 223). Le corps de la femme, son appropriation et le contexte entourant les violences obstétricales forment le cœur de cette approche. Le respect de la physiologie est aussi central et réfère au processus naturel de l'enfantement

comme un droit pour les parturientes. Finalement, la loi mexicaine aborde l'humanisation des naissances comme un élément primordial à considérer. Les conséquences tant physiques que psychologiques qui découlent de la violence obstétricale sont également abordées.

Ces trois pays ont reconnu que la médicalisation des naissances restreint le potentiel des femmes à donner naissance¹⁵. En effet, une législation contre la violence obstétricale est en quelque sorte un aveu que le modèle répandu et populaire de médicalisation des naissances n'est pas optimal et entraîne des comportements, des actions et des gestes non désirables pouvant avoir des conséquences sur les femmes et les bébés. Il est clair que ces législations mettent de l'avant une conception de l'enfantement comme un phénomène naturel, normal et sécuritaire que la femme a la capacité de mener à bien sans médicalisation.

2.2.3. La violence obstétricale : un problème de médicalisation ou de surmédicalisation?

En 2018, *Le grand dictionnaire terminologique* de l'Office québécois de la langue française a intégré (GDT) le terme *violence obstétricale*. La définition s'énonce ainsi :

Acte ou comportement du personnel médical envers une femme durant sa grossesse, l'accouchement ou la période postnatale, qui n'est pas justifié médicalement ou qui survient sans son consentement, et qui porte atteinte à sa dignité ou à son intégrité physique ou psychologique. (Office québécois de la langue française 2012)

La définition se poursuit avec la mention suivante :

La violence obstétricale est souvent vue comme découlant de la surmédicalisation des naissances. Elle entraîne un traitement déshumanisé et une perte d'autonomie des femmes enceintes ou des parturientes. L'imposition, pour accoucher, de la position couchée sur le dos, la multiplication des touchers

¹⁵ Il serait intéressant de voir l'évolution des statistiques de ces pays avant et après l'entrée en vigueur des lois contre la violence obstétricale et de vérifier si l'application de ces lois a permis tout d'abord la diminution de la violence obstétricale, mais ultimement si elle a permis aux mentalités et à la perception de l'accouchement d'évoluer et de se modifier.

vaginaux, l'abus d'administration de médicaments, le déclenchement de l'accouchement pour des raisons de convenance ou l'épisiotomie systématique sont des exemples de violence obstétricale. L'abstention d'intervention est aussi une forme de violence obstétricale.

La violence obstétricale peut également survenir à l'occasion d'un avortement spontané ou d'une interruption volontaire de grossesse. (Office québécois de la langue française 2012)

Cette définition couvre une variété de pratiques. Dans un premier temps, elle survole l'ensemble du processus d'enfantement et l'état de la femme qui donne naissance. Dans un deuxième temps, l'aspect du consentement libre et éclairé est soulevé. Comme quoi, sans cette autorisation basée sur la responsabilité partagée, tout acte fait sur une personne sans son autorisation est considéré comme violent. Le consentement doit être redemandé à chaque fois. Comme Landry l'indique dans sa recherche, le consentement « est parfois interprété par l'équipe soignante comme un "chèque en blanc", c'est-à-dire qu'une fois que la femme a donné son consentement, il est tenu pour acquis pour toute la durée de l'accouchement » (Landry, 2019, p. 77). Finalement, il est question des différentes blessures physiques ou psychologiques pouvant survenir. La façon de percevoir ces blessures étant subjective, le ressenti peut varier d'une femme à l'autre. Trop souvent le ressenti et l'information communiqués par la parturiente sont subordonnés « à ce qui est pertinent du seul point de vue médical. [Au contraire,] la norme de la décision doit être détachée de ce point de vue médical. La norme à adopter est dite "subjective", car centrée sur le patient et non sur le médecin » (Jaunait, 2003, p. 67).

Cette définition pose toutefois un problème important du fait qu'elle attribue la violence obstétricale à la surmédicalisation (plutôt qu'à la médicalisation) en en faisant l'élément déclencheur de la violence obstétricale. En effet, si c'est la surmédicalisation qui est le problème, la médicalisation des naissances continue d'être vue comme normale et même souhaitable. Or, le Mexique, le Vénézuéla et l'Argentine affirment plutôt que la médicalisation des naissances est un élément de la violence obstétricale. Ainsi, il est déplorable que la définition de l'Office québécois de la langue française ne considère pas le

modèle obstétrical moderne et la médicalisation des naissances comme responsable des abus ou des dérives reliés à la violence obstétricale, mais en accuse plutôt la surmédicalisation. Cela montre que le Québec est encore frileux à l'idée de remettre en question les pratiques modernes de la médicalisation des naissances.

Il y a un problème à faire une distinction entre médicalisation et surmédicalisation et à attribuer la violence obstétricale à l'une plus qu'à l'autre. Leurs similitudes sont plus nombreuses qu'elles n'apparaissent. La surmédicalisation fait référence à une médicalisation abusive « souvent justifiée par la prédominance du risque » (Landry, 2019, p. 5). Cette vision « du risque [...] entraîne une surmédicalisation » (Gaskin, 2012, p. 396). Alors, à en comprendre Gaskin et Landry, plus le risque est gros plus il y a de chance qu'il y ait surmédicalisation. Pourtant, lorsque le risque est petit, voire absent, il y a tout de même présence de médicalisation. Leur objectif est finalement le même : la gestion du risque, soit celui d'éviter une dystocie. Il n'est donc pas pertinent de les distinguer. Autant la médicalisation que la surmédicalisation ont le potentiel d'être un vecteur de violence obstétricale. C'est le modèle qui est défaillant, peu importe comment il est appelé. Il faut donc aborder la médicalisation et la surmédicalisation comme un seul et même problème méritant d'être repensé et adapté. La preuve en est que la plupart des interventions respectent les règles en place, les protocoles et les consentements.

Certaines organisations se positionnent à ce propos et tentent de faire évoluer les pratiques vers une humanisation de l'enfantement. Ainsi, « [l']Organisation mondiale de la Santé souhaite que les pratiques médicales qui entourent l'accouchement soient revues. [Elle] soutient que le recours à des interventions pour accélérer artificiellement l'accouchement est de plus en plus fréquent et que de telles pratiques peuvent être néfastes » (Radio-Canada, 2018). L'interconnexion entre la médicalisation des naissances et la violence obstétricale est de plus en plus claire.

Plus récemment, un collectif d'auteurs a réalisé un survol de la littérature au Québec dans le but de mieux faire connaître les tenants et aboutissants de la violence obstétricale et

ainsi faciliter sa compréhension et ses conséquences. Les auteures proposent cette définition de la violence obstétricale :

La violence obstétricale vécue dans les établissements de soins de santé englobe des gestes accomplis ou l'exercice de certaines pratiques professionnelles - ou leur omission -, durant l'accouchement, sans l'accord et le consentement éclairé des femmes, ce qui entraîne une négation de leur agentivité reproductive. Cette violence systémique crée et renforce les inégalités de pouvoir qui existent au moment de l'accouchement, et cause de la souffrance et de la détresse chez les femmes. Les manifestations, la reconnaissance, l'impact et l'ampleur de cette violence varient d'une personne à l'autre, d'un contexte à l'autre et d'une culture à l'autre. (Lévesque *et al.*, 2018, p. 230)

Avec cette définition, les ambiguïtés du concept de violence obstétricale et les divergences qu'il suscite sont plus visibles. L'éventail des situations pouvant contenir de la violence obstétricale est vaste et variable d'une personne à l'autre. Il est primordial de soulever cet aspect de subjectivité dans l'expérience. En théorie, deux femmes peuvent avoir vécu les mêmes traitements et l'une considérer son expérience comme satisfaisante alors que l'autre n'en retient que du négatif. Cette considération appelle à voir la femme comme l'élément central de l'expérience afin d'assurer, dans le meilleur des mondes, une conformité avec ses attentes et ses désirs.

En somme, la violence obstétricale peut être conçue de différentes façons. Cependant, quelques éléments reviennent constamment dans une majorité de définitions : la pathologisation de l'accouchement, la déshumanisation et l'absence de consentement, l'application de protocoles médicaux et le recours à une médecine qui n'est pas « basée sur les meilleures pratiques ou données probantes » (Labrecque, 2018, p. 1).

2.2.4. La reconnaissance par les instances gouvernementales québécoises

Au Québec, même si la dénonciation de la violence obstétricale est de plus en plus fréquente, sa reconnaissance par les instances gouvernementales demeure attendue. C'est ce

qui a motivé le Regroupement Naissance-Renaissance à créer *La Collective 28 mai* pour dénoncer la violence obstétricale et amener les instances de santé publique à réaliser que cette violence n'est pas qu'un cas isolé. Pourtant, malgré de multiples témoignages, le secrétaire du Collège des médecins, Yves Robert, répond publiquement lors d'une entrevue menée par une journaliste de *La Presse* en juillet 2019 qu'il n'est pas question de violence, mais d'un simple « problème de communication ». Il ajoute que « c'est probablement lié davantage à la communication et à l'explication de l'intervention qu'à un désir de violence » (Naissance-Renaissance, 2019). Ce genre de commentaires encourage la division des opinions. « Dans ces débats, nous voyons s'incarner deux prises de position qui se font face, dans une étanchéité frappante » (Michel & Squires, 2018, p. 25) : d'un côté les professionnelles et les professionnels qui affirment respecter les protocoles en assurant la sécurité des femmes et des bébés dans une intention de bienveillance; de l'autre côté les défenseurs de la liberté de choix qui témoignent de dérapages déontologiques et de non-respect du droit des femmes de donner naissance comme elles veulent et avec qui elles veulent; un écart dans la compréhension des discours qui contribue à la discordance des idées.

Au lieu de réfléchir objectivement à ce phénomène et de se questionner réellement sur son rôle, le Collège des médecins semble préférer ignorer son existence ou encore le réduire à un simple problème de communication et, de ce fait, en attribuer la responsabilité aux victimes de la violence obstétricale. Dans les faits, ce serait plutôt l'inverse : « il existe dans le monde médical une culture à l'effet de minimiser ou taire certaines informations [...] pour éviter de stresser les femmes » (Gagnon, 2017, p. 242). Ce genre d'approche lors de l'enfantement peut amener une femme à prendre une décision contraire à ses désirs. Conséquemment, après la naissance, la femme peut avoir l'impression d'avoir été trompée et violentée et que ses droits ont été bafoués. Alors que la professionnelle ou le professionnel voulait uniquement lui épargner un stress en taisant certaines informations. Ce comportement est en fait une forme de violence obstétricale.

Les autorités gouvernementales font aussi la sourde d'oreille en ce qui a trait à la violence obstétricale (Mederi, 2019). Ce problème est sans doute en partie attribuable à

l'absence d'une définition de la violence obstétricale telle que celle proposée par le collectif d'auteurs déjà cité. Une future définition permettrait de remettre en question et en perspective certains actes posés et de redonner du pouvoir aux femmes, tout en rappelant qu'il faut revoir les principes mêmes de l'approche de la médecine moderne en ce qui a trait à l'enfantement.

2.2.5. Formes de violence obstétricale

Des causes non médicales peuvent occasionner ou participer à la violence obstétricale: personnel réduit, convenance pour la professionnelle ou le professionnel, respect des jours ouvrables, etc. Il y a aussi des comportements contraires à la déontologie comme ce fut le cas du D^r Allan B. Climan, radié pour deux ans du Collège des médecins du Québec en 2019, qui a dû payer une amende de 2500 \$ pour avoir tenu des propos déplacés et posé des gestes brusques ainsi que des actes médicaux sans le consentement libre et éclairé de la femme (Gelly, 2019)¹⁶. S'il apparaît évident qu'un médecin qui a des propos condescendants et qui pose des actes médicaux sans le consentement de la femme exerce une forme de violence obstétricale, celle-ci peut prendre des formes plus subtiles : appliquer de manière trop rigide les protocoles, ne pas respecter l'espace de naissance et de la femme en travail, insister pour obtenir un consentement, instrumenter un accouchement alors que tout n'a pas été essayé, procéder à une césarienne parce que le médecin souhaite quitter le travail plus tôt ou parce que son quart de travail va se terminer, etc. Il importe donc de s'attarder aux situations qui, trop souvent, passent inaperçues, mais qui ont le potentiel de laisser des traces et des séquelles chez plusieurs femmes. Par exemple, des touchers vaginaux à répétition ou des propos incapacitant par rapport au corps de la femme, tels que « votre bassin est trop petit, le bébé ne pourra pas passer, vous êtes trop fatiguée, vous être trop grosse ou trop petite,

¹⁶ Entre autres, il n'aurait pas respecté l'article 28 du Code de déontologie des médecins : « Le médecin doit, sauf urgence, avant d'entreprendre un examen, une investigation, un traitement ou une recherche, obtenir du patient ou de son représentant légal, un consentement libre et éclairé ».

etc. ». Aussi, pour mieux repérer ce qu'est la violence obstétricale, il importe de cerner les formes qu'elle peut prendre, tant pour les femmes que pour les conjoints ou conjointes et les professionnelles ou les professionnels.

2.2.5.1. La violence obstétricale directe

La violence obstétricale directe est très certainement la forme la plus simple et la plus facile à repérer. Elle survient lorsqu'une femme reçoit un service différent des autres sans motif valable. Dans la majorité des cas, on note une intention : abus de pouvoir, pratique non déontologique ou désir de poser des actes déviants. Cela étant dit, il n'est pas obligatoire de démontrer une intention pour qu'il y ait violence obstétricale directe. Dans ce qui suit, il est question de témoignages tirés de *La Collective 28 mai* rapportant des exemples de violence obstétricale directe :

- Faire une intervention sans le consentement libre et éclairé de la femme

...la personne qui me prodiguait les soins, dans ce cas-ci une sage-femme, m'a fait une intervention sans m'en avoir préalablement avisée et donc sans mon consentement. Alors qu'elle m'examinait pour savoir la dilatation de mon col, elle a procédé à un décollement des membranes pendant une contraction. La douleur était atroce alors j'ai commencé à me débattre. Elle a demandé à mon conjoint de me tenir jusqu'à [temps] qu'elle ait fini. (La Collective 28 mai & Regroupement naissance-Renaissance, 2020)

- Passer des commentaires désobligeants

Le médecin m'a tout de suite rendue très inconfortable en me posant des questions personnelles qui n'avaient aucun rapport avec ma santé physique. Après avoir esquivé ses questions intimes et expliqué ma situation vient le temps de m'étendre sur la table et de poser mes pieds sur les étriers. En regardant mon entre-jambes et en analysant mon vagin, le docteur me dit : "votre vagin est bien beau en tout cas! ". À partir de là, je me sens déjà violée et dégoûtée de sentir ses doigts en moi. (La Collective 28 mai & Regroupement naissance-Renaissance, 2020)

- Pratiquer une intervention sans reconnaître les besoins

Quand le gynécologue a été prêt, on m'a demandé de pousser. Puis on m'a demandé de ne pas pousser (le gynécologue m'a fait une épisiotomie sans m'en parler). Mon bébé est né quelques minutes plus tard et on l'a déposé sur mon ventre.

À ce moment, le gynécologue s'est affairé à réparer la déchirure qu'il m'avait faite. Il s'est mis à me recoudre sans anesthésie. Ça me faisait très mal et j'ai demandé à ce que mon conjoint prenne le bébé. Je ne pouvais pas faire connaissance avec mon bébé, car toute mon énergie était requise pour supporter la douleur que mon gynécologue m'infligeait. (La Collective 28 mai & Regroupement naissance-Renaissance, 2020)

2.2.5.2. La violence obstétricale indirecte

La violence obstétricale indirecte est quant à elle plus subtile et donc plus difficile à cerner et à identifier. Dans la majeure partie des cas, elle se produit sans intention de malveillance. L'acte ou la situation de violence obstétricale se déroule dans l'application uniforme d'une règle, d'un protocole, d'une politique ou d'une pratique. À première vue, tout semble anodin et neutre, et pourtant la situation peut être vécue subjectivement par la femme comme de la violence obstétricale. Des exemples de ce type sont :

- Prodiger machinalement des soins à une femme ou appliquer automatiquement un protocole

Certaines femmes se sont questionnées sur l'aptitude des soignants et soignantes à tenir compte du vécu des patientes : « Elle n'était pas avec une humaine; elle était sur un protocole. [...] Elle faisait l'action, mais comme si j'existais pas ». (Landry, 2019, p. 49)

- Ne pas prendre en compte les désirs de la femme relatifs à la naissance de son bébé

Le plan de naissance euh... non! Grossesse à risque : fuck le plan de naissance! » (Jade) Cette participante rapporte que son plan de naissance n'a pas été consulté par les soignants et soignantes, comme si le fait de vivre une « grossesse à risque » l'empêchait d'avoir des préférences ou de pouvoir effectuer des choix éclairés quant à son accouchement. (Landry, 2019, p. 49)

- Justifier des interventions en se basant sur les besoins de la professionnelle ou du professionnel

De manière générale, je dirais que c'était centré sur les besoins du médecin. Soit son besoin de préserver sa responsabilité, les besoins de récupérer une chambre plus vite, les besoins d'envoyer du personnel infirmier ailleurs, de suivre son protocole. Mais pas les miens, mais surtout pas ceux du bébé non plus. (Landry, 2019, p. 49)

Quand [...] je lui ai demandé c'est quoi les raisons [pour me donner un antibiotique], les premières raisons qu'il m'a dites, c'était "ben c'est parce que si on vous le donne pas puis qu'il y a un problème, vous pouvez nous poursuivre". Je dis : "oui mais, je veux pas savoir les avantages et inconvénients pour votre responsabilité professionnelle, je veux savoir les avantages et inconvénients pour moi, comme patiente, puis pour mon enfant à naître". Mais non. (découragée) Les premiers arguments qui lui venaient en tête, c'était pour sauver sa responsabilité professionnelle. (Landry, 2019, p. 49)

- Ne pas reconnaître les sensations vécues par les femmes

Je me suis rendue à l'hôpital une première fois lors d'une "fausse alerte" à 38 semaines de grossesse. La médecin sur place m'a fait un toucher vaginal très douloureux sans même m'en avertir au préalable. Quand je lui ai dit qu'elle m'avait fait mal, elle m'a dit que je devrai m'habituer parce que j'allais accoucher bientôt. (La Collective 28 mai & Regroupement naissance-Renaissance, 2020)

Une professionnelle ou un professionnel peut agir de bonne foi, sans intention de faire de la violence obstétricale et être tout de même à l'origine d'une telle situation. Il doit être assez lucide et objectif pour la prévenir en proposant une mesure alternative qui neutralisera le risque de faire vivre de la violence obstétricale à la femme ou en lui exposant les avantages

et inconvenients des actes qu'il s'apprête à poser, permettant ainsi un réel consentement libre et éclairé.

2.2.5.3. La violence obstétricale systémique

La violence obstétricale systémique porte également le nom de violence structurelle; elle a des effets durables et pernicious, car elle banalise des comportements et des réflexes de pensée à propos d'une caractéristique propre au groupe d'individus impliqué directement. Dans ce cas-ci, il est question du sexe. Cette forme de violence « peut être produite par un État et ses institutions, ou par des normes sociales ». (Lévesque *et al.*, 2018, p. 222) Contrairement à la violence obstétricale indirecte qui concerne des actes pratiqués par des personnes singulières, la violence obstétricale systémique provient plutôt d'une mentalité présente dans l'ensemble d'une collectivité. Conséquemment, l'acte de violence obstétricale peut être fait par un individu, mais il provient d'une croyance partagée par un groupe. Il en résulte que cette forme de violence obstétricale est plus difficile à identifier, à neutraliser et à évacuer. Ces quelques exemples peuvent aider à mieux la comprendre :

- Croire que les femmes sont incapables de donner naissance par elle-même

Tout juste arrivée en salle d'accouchement, l'infirmière me demande : "c'est quoi le plan" et je lui répons : "je veux que ce soit le plus naturel possible". Elle n'a rien répondu et a levé les yeux au ciel! Suite à quoi je n'ai pas réussi à croire en moi et deux heures plus tard j'ai finalement demandé la péridurale alors que je voulais accoucher sans! Quelques heures après l'accouchement, une infirmière me disait que quand elles m'ont entendu chanter la veille elles savaient que ça serait un accouchement rapide... Hélas, personne n'est venu me partager cette information et me rassurer, moi ou mon conjoint, sur le fait que le travail allait bien et c'est pour ça que j'ai pris la seule aide qui était disponible (péridurale) alors que je voulais l'éviter. (La Collective 28 mai & Regroupement naissance-Renaissance, 2020)

- Croire que les besoins des femmes doivent être subordonnés à ceux de la professionnelle ou du professionnel

Au moment où mes contractions sont devenues plus fortes, j'ai réclamé une certaine solitude, que l'on m'a refusée en me disant mot pour mot : « Fais ton travail, je fais le mien. (La Collective 28 mai & Regroupement naissance-Renaissance, 2020)

On le voit, définir la violence obstétricale n'est pas simple. S'il y avait une reconnaissance du phénomène et de ses répercussions, il serait plus facile de conscientiser les professionnelles et les professionnels. L'incapacité à différencier la médicalisation et la surmédicalisation des naissances, l'aspect intentionnel ou non des actes, les types de comportements, soit verbaux, physiques ou psychologiques, ne font que participer à creuser l'écart entre les différentes façons de concevoir les naissances.

2.3. DÉNONCIATION ET MOUVEMENT DE CONTESTATION

Le Québec connaît, « durant les années 1970 et 1980 [un] mouvement de contestation à l'égard d'une naissance de plus en plus industrialisée et de moins en moins humaine » (Rivard, 2014, p. 211). Il n'y a qu'à penser aux colloques *Accoucher ou se faire accoucher* au début des années 1980 qui dénonçaient les pratiques médicales et qui souhaitaient l'humanisation des naissances (Cherniak, 1981; Valentini, 2010). Le mouvement « en réaction à la médicalisation de l'accouchement a suscité une réflexion sociale des contextes dans lesquels se déroulent les accouchements » (Lévesque *et al.*, 2018, p. 220).

Pour que la violence obstétricale soit reconnue elle doit être dénoncée. Cependant, le pourcentage de personnes qui osent le faire est faible. En France, en 2017, seulement 50% des femmes disant avoir subi de la violence obstétricale de la part de leur gynécologue ont porté plainte; 28 % ne savaient même pas que c'était possible et 18 % ne veulent tout simplement pas dénoncer (Gineste, 2017, p. 102). Au Québec, le nombre de dénonciations

de violence obstétricale a semblé prendre de l'ampleur ces dernières années. Cependant, seulement 4 % des plaintes formulées au Collège des médecins du Québec aboutissent devant le conseil de discipline (Mederi, 2019). Une statistique peu convaincante pour les femmes voulant dénoncer.

Le mouvement de contestation envers la médicalisation des naissances permet un début de normalisation de l'humanisation des naissances. Le désir de « groupes de femmes décidées à se réapproprier leur corps, leur autonomie et le potentiel de construction personnelle liée à l'acte d'enfantement » (Rivard, 2014, p. 212) gagne en popularité. On n'a qu'à penser à la légalisation de la profession de sage-femme à la fin du XX^e siècle au Québec¹⁷, un tournant majeur qui a favorisé la visibilité des naissances naturelles et d'une pensée physiologique de la naissance qui aborde la mise au monde comme un phénomène normal. Un total d'environ 385 femmes ont donné naissance entre les murs de la maison de naissance de la Capitale-Nationale en 2018-2019. « La popularité est telle que 70 femmes sont présentement sur une liste d'attente » (Simard, 2019) pour avoir accès au service d'une sage-femme. Environ 5 % des femmes donnent naissance, par choix, avec le service sage-femme (Simard, 2019).

2.4. CONCLUSION

La situation actuelle concernant la reconnaissance de la violence obstétricale n'est pas statique dans le temps. Elle est en perpétuelle évolution et varie selon les milieux et les intervenants. Malheureusement, les statistiques ont démontré une hausse importante des interventions médicales en comparaison avec les décennies précédentes. Cette hausse est proportionnelle à la montée de la médicalisation et de la surmédicalisation des naissances, deux concepts basés sur la même prémisse de l'enfantement comme une pathologie dont

¹⁷ Des projets pilotes ont eu lieu en 1994 et, grâce aux résultats favorables, l'Ordre des sages-femmes du Québec est officiellement reconnu à l'automne 1999 (<https://www.osfq.org/quest-ce-qu'une-sage-femme/historique/>).

découle la gestion du risque de dystocie. Il semble qu'un lien direct puisse être établi entre la médicalisation des naissances et la violence obstétricale, un concept encore flou, appelé à être mieux défini et donc mieux compris. Considérant que notre société entretient un rapport à la mise au monde sous l'angle de la pathologisation des naissances, il n'est pas surprenant qu'il y ait des insatisfactions auprès des femmes et des groupes militants pouvant mener à des controverses. C'est en développant une définition commune et actuelle de la violence obstétricale que le potentiel de réunir l'ensemble des parties sur des bases communes et d'ouvrir un dialogue permettant une amélioration des soins en obstétrique gynécologie sera possible.

Comme l'enfantement est presque toujours systématiquement médicalisé, une majorité de personnes croit que donner naissance requiert une assistance médicale. Celle-ci permet de gérer le risque par une surveillance mécanique, l'application de protocoles, des interventions médicales pour prévenir des dystocies en amont de leur apparition, etc.

Bien que moins nombreuses, il y aussi des personnes qui considèrent la mise au monde comme un phénomène naturel pouvant se dérouler par lui-même. Cette pensée dite physiologique encourage le processus naturel, offre à la femme d'être au centre de l'expérience de mise au monde et n'encourage les interventions que lorsque celles-ci sont absolument nécessaires et que toute approche naturelle a été tentée. Un éveil de conscience est essentiel. Dans cette dernière vision de l'enfantement, les femmes ont des responsabilités et doivent assumer leur autonomie. Il n'est plus question de prise en charge complète et de support médical non justifié. La femme est au centre de son expérience, de la naissance de sa progéniture et de ses choix.

Le prochain chapitre amorce une réflexion sur les éléments essentiels pour permettre une naissance autonome. Il plaide pour une réflexion éthique et une connaissance plus approfondie de l'univers de la naissance afin de faire des choix éclairés. Un juste milieu par l'élaboration d'une éthique de la naissance permet de satisfaire à la fois les besoins des femmes à donner naissance de manière autonome et ceux des professionnelles et

professionnels à assurer la sécurité des femmes et des bébés sans s'interposer inutilement dans ce processus naturel et physiologique qu'est l'enfantement.

CHAPITRE 3

POUR UNE ÉTHIQUE DE LA NAISSANCE

Jusqu'ici, ce mémoire a présenté l'évolution des pratiques autour de la naissance et a montré que celles-ci ont mené à la pathologisation et à la médicalisation des naissances, en plus d'engendrer une violence dite obstétricale. De nombreuses femmes et de nombreux collectifs de femmes ayant exprimé leur frustration relative à leur expérience d'enfantement et condamné le modèle exclusivement médical de l'accouchement, elles ont contribué à faire prendre conscience de cette violence obstétricale. Mais changer le modèle dominant ne se fait pas aisément, et bien du travail reste à accomplir pour y parvenir. Le premier objectif de ce dernier chapitre est de proposer une réflexion autour de l'obstétrique moderne menant à une éthique de la naissance. Le second objectif est de proposer des pistes de solutions pour l'actualiser et permettre aux femmes de vivre l'expérience d'enfantement de manière plus autonome et satisfaisante.

Le véritable problème avec la médicalisation des naissances ce n'est « pas tant qu'[elle] est dominant[e], mais qu'[elle] est insuffisant[e] » (Lemay, 2017, p. 91). En considérant uniquement la pensée médicale pour interpréter la naissance, une grande partie du processus d'enfantement est ignoré, à tort. Si l'intention de changer les habitudes autour de la naissance ne considère pas la prémisse¹⁸ de la médicalisation comme un élément important qui participe à la structure du modèle actuel, les conditionnements resteront les mêmes malgré les tentatives de changements. En d'autres mots, des efforts sont déployés à

¹⁸ Cette prémisse, nous l'avons survolée lors des derniers chapitres : la gestion du risque, la conception que l'enfantement n'est normal qu'*a posteriori*, la compétence physique comme seul élément important à la réussite de la naissance, etc. En ne modifiant pas la prémisse, les conditionnements qui en découlent continueront d'être ce que nous en connaissons : l'acceptation sociétale de la médicalisation des naissances pour toutes.

changer les pratiques, alors que le point de départ est erroné, ou plutôt incomplet, comme le mentionne Lemay.

Afin d'assurer la pertinence d'une réflexion éthique, il faut repartir des connaissances initiales du phénomène d'enfantement. En réalité, la maternité est « un continuum (grossesse-accouchement-allaitement) et non pas [...] des entités séparées et séparables » (Lemay, 2017, p. 16). Il est donc essentiel de considérer l'ensemble du phénomène et non seulement le résultat, comme le fait la médicalisation des naissances. En d'autres mots, des décisions que l'on croit isolées et sans conséquence peuvent facilement avoir des impacts ultérieurs dans le vécu de l'expérience. Il importe aussi de se rappeler que ce continuum qu'est la maternité n'est pas une pathologie (St-Amant, 2013, p. 22), mais bien un phénomène normal et physiologique; un rappel auquel l'obstétrique peut faire obstacle :

[...] la promotion de la « naissance naturelle » est culturellement acceptable. Cependant, décrire les conditions nécessaires pour qu'une naissance soit aussi facile que possible est culturellement inacceptable. C'est remettre en cause nos conditionnements. (Odent, 2016a, p. 147)

Que veut-on que soit la mise au monde? Cette question doit se poser tout d'abord individuellement, puis socialement. Sur le plan individuel, il y a un désir de la part de la femme d'offrir le meilleur à son bébé naissant. C'est un moment qui se veut joyeux. La naissance est un phénomène positif et une expérience fondamentale dans la vie d'une femme. Elle représente la vie, la santé, l'abondance, et peut se dérouler dans la joie, la santé, l'autonomie, la puissance, l'épanouissement, etc. Socialement, la naissance marque un passage important, une transformation de la femme en tant qu'individu dans une société. Elle vient tracer une frontière claire entre la femme d'avant et la femme mère qu'elle est devenue. Trop souvent sous-estimée, cette étape définit l'essence de plusieurs femmes.

Selon l'OMS, un maximum de femmes souhaite un enfantement et une naissance physiologiques accompagnés d'un « sentiment de réalisation personnelle [d'implication et de] participation à la prise de décision, même lorsque des interventions médicales sont

nécessaires ou souhaitées » (Organisation mondiale de la Santé, 2018, p. 1). Non seulement ces femmes ont un meilleur potentiel d'être épanouies dans leur vie personnelle et de gagner une confiance inestimable en leurs capacités, mais elles deviendront également de meilleures citoyennes. Malgré le fait que cette expérience puisse être fondamentale pour une femme, elle est souvent évacuée pour laisser place à la performance et à la rapidité de la vie moderne.

Ces femmes, dont certaines ont déjà expérimenté l'enfantement, témoignent et revendiquent leur liberté de choix : choisir d'accepter ou de refuser certaines interventions, choisir un lieu d'enfantement plutôt qu'un autre, choisir les personnes présentes, etc. En théorie, cette liberté est reconnue. Mais en pratique, les femmes subissent énormément de pression de la part des soignants pour accepter des interventions, souvent au moment le plus intense de l'accouchement, alors qu'elles ne sont pas dans un état cognitif pour repenser les choix qu'elles ont clairement affirmés antérieurement et bien peser les propositions qui leur sont faites – quand les gestes ne sont pas simplement posés sans leur consentement. Cependant, « les femmes se sentent responsables et l'idée de prendre une décision ou de refuser une intervention qui pourrait compromettre le bien-être de leur bébé ajoute à la pression » (Gagnon, 2017, p. 186). Ainsi, accepter ce qui leur est proposé sans trop questionner devient le comportement attendu. Notre système actuel « vend » que ce qui est le mieux pour le bébé est la médicalisation. Ce sont les professionnelles et les professionnels qui représentent la médicalisation; conséquemment, les femmes s'en remettent à eux. Le personnel professionnel possède le savoir, l'expérience et la connaissance. Plusieurs femmes étant trop souvent désinformées et peu conscientes de la puissance, du poids et de l'emprise de la « machine » qu'est l'obstétrique moderne, elles se laissent guider.

Les femmes désirent des changements, et elles ne sont pas les seules. Des professionnelles et professionnels de la santé réclament aussi plus de liberté et de flexibilité dans l'application des protocoles et procédures qui sont actuellement élaborés dans le cadre trop rigide de la médicalisation des naissances. Plusieurs de ces personnes considèrent aussi l'enfantement comme un acte naturel, ce qui implique de ne pas intervenir tant que tout se passe bien. Mais considérer l'enfantement comme un processus physiologique et naturel est

insuffisant; les gestes posés sur les parturientes doivent concorder. « Des études montrent la difficulté pour les intervenants de changer leurs modes d'intervention, même lorsqu'ils ont l'intention sincère de maximiser l'intégrité du processus de l'accouchement. Les anciens repères refont surface rapidement, en particulier lorsque les événements ne se déroulent pas comme ils le souhaitent (Gagnon, 2014; Hall et al., 2012 dans; Gagnon, 2017, p. 274). Le contexte social, la vision de la douleur de l'accouchement, la croyance envers la défaillance du corps de la femme et, plus récemment, le désir de production et d'efficacité de notre monde occidental limitent l'évolution de l'obstétrique moderne.

Différents auteurs et autrices tels qu'Odent, Lemay et Rivard prônent un changement de paradigme de la naissance et la diminution de la médicalisation des naissances. Certaines pratiques évoluent grâce aux avancées scientifiques et aux demandes des femmes. Par exemple, lorsqu'on leur demande ce qu'elles souhaitent lors de l'enfantement, toutes les femmes mentionnent « avoir envie d'établir un contact peau à peau avec leur bébé dès la naissance » (Gagnon, 2017, p. 109). Pourtant, il y a moins d'un demi-siècle, « tout le monde était convaincu que le bébé avait d'urgence besoin de soins donnés par une autre personne que la mère » (Odent, 2016a, p. 118), et celui-ci était directement transféré à la pouponnière, où les soins allaient lui être prodigués par des infirmières. Les mères ne demandaient pas à « séjourner dans la même pièce que leurs bébés » (Odent, 2016a, p. 118). De nos jours, les pouponnières servent uniquement aux bébés qui éprouvent des difficultés nécessitant une assistance. Les autres bébés partagent l'espace avec leurs parents dès leur premier souffle. Il a été démontré que la séparation entre la mère et le bébé naissant pouvait avoir des conséquences sur le sentiment d'attachement, l'initiation de l'allaitement, les risques d'une dépression post-partum, etc. (Pignol, Lochelongue, & Fléchelles, 2008). Cet exemple montre que la voix des femmes peut être entendue et que celles-ci gagnent à s'autoriser à dire ce qu'elles désirent. Si les femmes expriment leur volonté et qu'il n'existe pas de contre-indication scientifique à leurs demandes, un changement de pratique devient possible.

Dans ce chapitre, quatre approches sont abordées pour penser une éthique de la naissance. L'ordre de leur présentation permet d'aborder de plus en plus précisément et

progressivement les principes et les valeurs qui devraient être au centre de l'enfantement et guider les pratiques qui l'entourent. La première approche est celle de la bioéthique et de l'éthique médicale. Cette approche ne permet pas d'entrer dans la singularité des situations, mais pose les balises générales à l'intérieur desquelles déployer une éthique de la naissance. Ces balises constituent en outre les règles éthiques minimales de la pratique des soignantes et des soignants.

La deuxième approche est celle de l'éthique professionnelle. L'éthique professionnelle est principalement concernée par l'asymétrie de pouvoir qui caractérise la relation professionnelle, en raison du savoir et de l'expertise des professionnelles et professionnels par rapport auxquels les « clients » se trouvent en position de vulnérabilité. Cette asymétrie fonde non seulement la responsabilité légale des personnes qui détiennent le statut de professionnel, mais pose la responsabilité éthico-morale comme valeur centrale de la pratique professionnelle. Pour le dire autrement, la responsabilité au cœur de l'éthique professionnelle est la responsabilité de ne pas abuser de la vulnérabilité de la personne qui fait appel à une professionnelle ou un professionnel. L'approche de l'éthique professionnelle permet d'ajouter à la première approche une attention particulière aux implications de cette responsabilité éthico-morale dans des situations singulières.

La troisième approche est l'approche narrative inspirée d'une éthique narrative. Elle consiste à voir comment on peut penser l'enfantement *avec* les femmes plutôt que *pour* les femmes. Ce faisant, elle permet de préciser davantage en quoi consiste au moins une partie de la responsabilité du personnel professionnel soignant : écouter la voix des femmes, ce qu'elles disent de leur accouchement, ce qu'elles veulent, ce qu'elles visent à travers cet événement. L'approche narrative fait du récit des femmes une source de valeurs en même temps qu'un guide d'action et d'adaptation. « Au lieu de mettre en place des expérimentations coûteuses pour l'amélioration du système de santé, l'interrogation et le récit des patient[e]s ne peuvent-ils pas être une source d'enseignement plus riche » (Nélaton, 2015, p. 560)?

La quatrième approche s'impose d'elle-même : il s'agit de l'éthique du *care*. D'abord, l'éthique du *care* place le souci d'autrui, la sollicitude, la bienveillance, au cœur de l'éthique. Elle rappelle qu'il n'y a pas d'éthique sans souci de l'autre. Ensuite, l'éthique du *care* tient compte de la nature relationnelle de l'être humain et de l'activité humaine, ce qui en fait une éthique particulièrement adaptée aux soins. Elle considère en outre que l'autonomie des personnes se construit dans les relations. C'est pourquoi elle va de pair avec le respect de l'autonomie des femmes.

3.1. L'APPROCHE BIOÉTHIQUE ET L'ÉTHIQUE MÉDICALE : UNE ÉTHIQUE DE BASE

Pour bien comprendre la présence de l'éthique dans un contexte de soin, il est important de rappeler que « l'éthique médicale est aussi ancienne que la médecine » (Braunstein, 2014, p. 251). Elle a évolué et s'est adaptée aux valeurs de la société tout en imposant aux professionnelles et aux professionnels le devoir de respecter certains principes. Au nombre de quatre, ces principes ne permettent toutefois pas une adaptation nuancée à chaque situation. Ils fournissent plutôt « un cadre permettant d'identifier des problèmes moraux et d'y réfléchir » (Beauchamp & Childress, 2008, p. 34).

Le premier principe est le respect de l'autonomie, c'est-à-dire le respect des « capacités de prise de décision des personnes autonomes » (Beauchamp & Childress, 2008, p. 30). Dans notre société, les valeurs que sont l'autonomie et l'autodétermination sont fondamentales. Comme le mentionne Legault, un adulte responsable est à même de prendre des décisions pour lui et de subir les conséquences de ses choix. En fait, il est le seul à connaître ce qui est le mieux pour lui, selon ses propres valeurs (Legault, 1999, p. 82). Dans la pratique médicale, l'autonomie s'actualise par les « notions de consentement éclairé et de refus » des soins (Beauchamp & Childress, 2008, p. 91). Il arrive parfois – peut-être même souvent – « que l'autonomie [de la femme] soit compromise, car [la professionnelle ou le professionnel] a assumé un degré injustifié d'autorité sur [elle] » (Beauchamp & Childress, 2008, p. 96).

Le deuxième principe est celui de la bienfaisance. Pour la professionnelle ou le professionnel de la santé, la bienfaisance rappelle que les actes posés doivent contribuer au bien-être des patients. L'évaluation du rapport coût-bénéfice doit être positif. La détermination de l'acte approprié est modulée par ses connaissances, son expertise, ses expériences passées et son appréciation d'une situation particulière. Ce principe peut entrer en conflit avec celui du respect de l'autonomie, quand par exemple, une femme refuse de subir une intervention comme le clampage du cordon, alors que la professionnelle ou le professionnel considère cet acte comme essentiel à la sécurité du bébé.¹⁹

Le troisième principe est la non-malfaisance. Il fait référence au premier devoir médical, celui de ne pas nuire (*primum non nocere*) et par la volonté de ne pas « porter atteinte au bien-être » (Filiatrault, Désy, Leclerc, Institut national de santé publique du Québec, & Bibliothèque numérique canadienne, 2015, p. 17) des femmes. Autrement dit, la non-malfaisance implique « de ne pas imposer de risques de causer du mal » (Beauchamp & Childress, 2008, p. 174). Beauchamp et Childress ajoutent que l'objectif poursuivi par le personnel soignant doit être clair afin de justifier les risques imposés pour l'atteindre. Ne pas déclencher le travail d'enfantement inutilement avant le terme est une manière d'actualiser le principe de non-malfaisance. Les recherches le démontrent, le déclenchement comporte des risques de causer plus de mal que de bien. De plus, il est un des facteurs qui participe à la cascade d'interventions.

Il est possible que le principe de bienfaisance entre en conflit avec celui de non-malfaisance. (Filiatrault et al., 2015, p. 10) Par exemple, au nom du bien-être du fœtus à naître, il arrive que l'on nuise physiquement à la mère. Par exemple, dans nos hôpitaux, au Québec, les savoirs liés aux naissances par siège se sont perdus, puisque cette délivrance par siège est associée à plus de complications. Les universités n'enseignent plus les méthodes nécessaires à cette délivrance peu commune; conséquemment, la femme dont l'enfant à naître

¹⁹ Le clampage tardif du cordon ombilical est une pratique controversée, que l'OMS recommande « pour une meilleure santé de la mère et du nourrisson ainsi que pour la nutrition » (Organisation mondiale de la Santé, 2018, p. 7).

est ainsi positionné doit subir une césarienne pour le bien-être du fœtus, une opération qui n'est toutefois pas sans danger pour elle-même. De la même façon, l'urgence d'une situation doit être considérée au moment de prendre une décision. Par exemple, une décélération aiguë du cœur fœtal pourrait entraîner une césarienne d'urgence pour la femme. L'intervention ou le comportement le plus approprié est celui qui permet d'assurer « les meilleurs intérêts, c'est-à-dire ce qu'on a jugé de la façon la plus raisonnable comme étant le bénéfice le plus important parmi les options disponibles » (Beauchamp & Childress, 2008, p. 209).

Le quatrième principe est celui de justice qui fait écho à la notion d'égalité. Il « vise la considération égale des besoins des personnes et des groupes par la prestation de soins et services appropriés, de qualité égale, disponible, accessibles à tous et non limités par la situation géographique, l'origine ethnique ou religieuse, le sexe ou la situation financière, par exemple » (Filiatrault et al., 2015, p. 17). Le monde de la périnatalité, incluant l'ensemble des professions et des individus qui gravitent autour, est, comme la société en général, rempli de préjugés et d'inégalités. Cette réalité peut parfois faire en sorte que certaines femmes qui donnent naissance reçoivent un service différent et non adapté à leurs besoins; elles sont alors victimes d'injustice. Une approche éthique valorise et encourage l'ouverture d'esprit face à la différence afin de favoriser un univers de confiance favorisant le laisser-aller nécessaire à la mise au monde. Après tout, l'ensemble des individus a le droit d'atteindre le meilleur de son potentiel.

Les principes de bienfaisance, de non-malfaisance et de justice sont des principes importants, mais secondaires dans un contexte d'enfantement. Le principe d'autonomie, par contre, requiert une attention particulière. L'autonomie et le consentement de la femme qui donne naissance doivent être pris en compte. Le respect de l'autonomie doit remplir trois conditions identifiées par Beauchamp et Childress: l'intention de la femme vis-à-vis le déroulement de son enfantement, sa compréhension des avantages et des inconvénients liés à un acte médical ou à une intervention, et l'absence d'influences extérieures pouvant exercer une pression sur sa décision, restreignant, de ce fait, l'exercice de son autonomie. L'intention est la condition la plus stable. Elle correspond à ce que la femme s'est imaginée, ce qu'elle a

prévu ou du moins ce qu'elle espère comme déroulement de son enfantement. Par exemple, les femmes qui souhaitent un enfantement naturel et physiologique expriment leur intention en se préparant avant la naissance, en s'assurant les meilleures conditions possibles, en écrivant un plan de naissance, en choisissant son entourage, etc. Certes, certaines naissances sont dystociques et requièrent des interventions. Cela dit, plusieurs femmes débutent leur expérience d'enfantement avec des intentions fixes auxquelles elles ne veulent pas déroger.

Les deux autres conditions, de compréhension et d'influence extérieure, peuvent être présentes à différents degrés : les actions sont « autonomes dans la mesure où elles satisfont ces deux conditions à des degrés divers [...] d'une autonomie totale à une totale absence d'autonomie » (Beauchamp & Childress, 2008, p. 94). Beauchamp et Childress affirment que pour qu'une action soit autonome, le degré de compréhension envers les avantages et les inconvénients de faire ou de ne pas faire une intervention doit être substantiel et la décision prise par la femme doit être libre de toute contrainte. De ce fait, une compréhension totale n'est pas plus nécessaire qu'une absence totale d'influence extérieure. Le jugement du degré nécessaire de réponse à ces conditions pour considérer une action comme autonome est donc subjectif et variable. Durant la naissance, la femme n'est vulnérable que pendant une courte période. Malgré cet état, elle est autonome, c'est-à-dire qu'elle a « la capacité fondamentale [...] d'exercer son jugement personnel, de décider [elle-même] de ses choix et de conduire son destin » (Filiatrault et al., 2015, p. 15). Le respect de l'autonomie ne veut pas dire que la femme doit être laissée à elle-même, mais plutôt qu'elle puisse avoir une plus grande liberté et que ses choix soient respectés.

Parfois, faire un choix éclairé peut être plus compliqué qu'il apparaît au premier abord. Il ne suffit pas d'entendre le discours d'une professionnelle ou d'un professionnel et de choisir entre les options proposées. D'ailleurs, les femmes « devraient au moins comprendre ce que [les professionnelles et les professionnels pensent qu'elles] ont besoin de comprendre pour autoriser une intervention » (Beauchamp & Childress, 2008, p. 142). Essentiellement, elles doivent comprendre, s'il y a lieu, « les diagnostics, les pronostics, la nature et le but de l'intervention, les alternatives, les risques et les bénéfices ainsi que les

recommandations » (Beauchamp & Childress, 2008, p. 142). Pour ce faire, elles ont une responsabilité, celle de faire leur propre recherche d'informations. Dans le cas de l'enfantement, ce travail doit avoir eu lieu en amont de l'événement. Il est pourtant « étonnant de constater le faible niveau de connaissance qu'ont les femmes du processus d'accouchement » (Lahaye, 2018, p. 264).

L'accès à de l'information diversifiée et pertinente ne doit donc pas être négligée. Les sources sont nombreuses : séminaires, formations, rencontres ou sessions de préparation à la naissance, professionnelles et professionnels de la santé, famille, amis, etc. Comment se démêler à travers la panoplie d'informations parfois contradictoires selon les sources? Selon Gagnon, la plupart du temps, l'information recueillie provient d'internet de la professionnelle ou du professionnel, des proches, des ateliers prénataux et des médias. Les informations recueillies présentent l'enfantement selon « une interprétation biomédicale [qui oriente les femmes vers] une normalité des sensations et des comportement attendus » (Gagnon, 2017, p. 235). Les aspects physiques de la femme et de l'enfantement sont rarement présentés comme un phénomène normal et physiologique. Il n'est donc pas étonnant qu'au moment de prendre des décisions, plusieurs femmes soient confuses, qu'elles choisissent le chemin qui semble le plus simple et qu'elles s'en remettent tout simplement à celle ou celui qui se présente comme l'expert. Ce comportement encourage évidemment la médicalisation des naissances.

En réalité, le consentement libre et éclairé demande avant tout un positionnement de valeurs qui concorde avec les désirs de la femme. Il n'est possible que s'il y a eu un exercice sérieux de prise d'informations et de positionnement de valeurs en amont des décisions à prendre. Dans le cas de l'enfantement, ce travail doit être fait avant la naissance. Dès l'adolescence, tous les jeunes hommes et jeunes femmes devraient avoir eu accès à des informations justes qui abordent la naissance dans ses trois principales dimensions : physiologique, psychologique et émotionnelle (Lahaye, 2018, p. 266). Malheureusement, ce n'est pas le cas. Les femmes commencent trop souvent à prendre conscience de l'ampleur du sujet alors qu'elles sont déjà enceintes. Pour ce qui est des hommes, une majorité d'entre eux

n'y ont jamais songé. Le désir d'avoir un enfant peut être tout aussi marqué et fort pour l'homme, mais le fait que celui-ci ne soit pas physiquement impliqué dans le processus a des conséquences relativement à son intérêt avant la procréation (Moreau, 2001, p. 12).

Cependant, il n'est jamais trop tard pour s'informer. Les hommes et les femmes qui attendent un enfant doivent se renseigner auprès de multiples sources d'information afin de se positionner selon leurs propres perceptions de l'événement. Il est d'autant plus important pour eux de choisir une professionnelle ou un professionnel qui assurera « les valeurs de dignité et d'autonomie » (Vadeboncœur, 2005, p. 77) et qui tiendra compte de leurs souhaits par rapport à la mise au monde de leur enfant.

3.2. L'APPROCHE DE L'ÉTHIQUE PROFESSIONNELLE : RESPONSABILITÉ ET RESPECT DE L'AUTONOMIE

Les professionnelles et les professionnels qui suivent les femmes sont majoritairement des médecins. Ces médecins sont membres du Collège des médecins du Québec et doivent s'acquitter de devoirs et d'obligations, conformément à ce qui est inscrit au Code de déontologie des médecins. L'article 17 stipule que le médecin doit avoir une conduite irréprochable « que ce soit sur le plan physique, mental ou affectif ». Il est de sa responsabilité, selon l'article 18, d'établir et de maintenir une relation de confiance mutuelle. En prenant en charge une femme enceinte, il devient automatiquement responsable d'assurer le suivi requis par son état, tel que mentionné à l'article 32. S'il se retrouve dans une situation où il reconnaît avoir atteint les limites de ses connaissances et habiletés, il doit, selon l'article 42, consulter un confrère ou diriger sa patiente vers un autre professionnel. Aussi, l'article 44 rappelle que ses connaissances et ses habiletés doivent être actuelles ce qui implique qu'il doit se tenir à jour. L'article 47 mentionne qu'il a la responsabilité de faire des actes qui respectent les données actuelles de la science. L'article 50 stipule qu'une intervention ne doit être faite que si elle est médicalement nécessaire. Finalement, selon l'article 83, la

professionnelles ou le professionnel doit s'abstenir de garantir l'efficacité d'une intervention, puisque les résultats de celle-ci sont inconnus tant que l'intervention n'a pas eu lieu.

Cette compréhension de ce qu'est la responsabilité des médecins relève de la déontologie, comme l'indiquent les références au Code de déontologie des médecins. L'éthique professionnelle ne se réduit toutefois pas à la déontologie. Même si la déontologie demeure un ensemble de repères et de valeurs pertinent pour l'éthique professionnelle, elle est insuffisante pour fonder la responsabilité éthique des professionnels sous l'angle éthique. L'éthique professionnelle repose plutôt sur l'exercice d'un jugement professionnel, c'est-à-dire d'un jugement autonome dans le choix des finalités et des moyens pour répondre à une situation unique.

Le jugement professionnel se comprend mieux quand on l'oppose au jugement technique qui caractérise, selon Legault, le raisonnement de l'expert dans un mode du travail extrêmement bureaucraté. La « rationalité technique [...] conduit à uniformiser les pratiques et à définir, à la limite, les gestes que doit poser [une professionnelle ou un professionnel] dans chaque cas » (Legault, 1999, p. 60). Elle repose sur l'idée qu'il existe une solution technique pour chaque problème et que chaque problème peut être résolu par une recette préconstruite adaptée aux « standards de pratique ». Pour Johane Patenaude, le raisonnement technique est celui de l'expert. Pour celui-ci, « l'enjeu d'une décision repose sur le choix des instruments, des moyens pour résoudre un problème » (Patenaude citée dans Legault, 1999, p. 57). Or, selon Legault et selon Patenaude, l'exercice du raisonnement technique est à l'opposé de ce qui est requis par la relation professionnelle.

Au cœur de la relation professionnelle [...], il s'agit de rendre service à quelqu'un, ne l'oublions pas. La première étape de toute relation professionnelle consiste alors à bien préciser dans le mandat la nature du service requis. Quelle est la demande de service? La demande de service renvoie certainement à des difficultés concernant la santé ou l'administration de ses biens, mais une difficulté ne correspond pas obligatoirement à un problème à résoudre de manière technique. Dans une relation professionnelle, c'est le client qui a une demande à formuler et qui seul peut la préciser. En ce sens, le premier travail du professionnel consistera à aider le client à formuler sa demande afin de vérifier s'il peut y répondre. Devant une même difficulté [...] les personnes pourront

avoir des demandes différentes. Seuls les clients peuvent, avec l'aide du professionnel, préciser l'ampleur de leur demande.

Les moyens dont dispose le professionnel pour répondre à la demande varient ainsi selon la nature de la demande formulée. C'est l'unicité du cas qui oblige le professionnel à trouver pour cette demande la meilleure solution possible. (Legault, 1999, p. 59)

Si l'intention est de rendre service, il est nécessaire de bien entendre la demande et d'aider la personne à la clarifier le plus possible. La professionnelle ou le professionnel a donc le mandat de l'aider à préciser sa demande pour s'assurer qu'il peut y répondre adéquatement en étant attentif à la singularité de la demande et de la situation, incluant les sentiments, les émotions et le ressenti que cela implique. L'unicité de chaque demande est un élément crucial. Le jugement professionnel ne fait pas la distinction entre la « relation de communication et la relation au savoir » (Legault, 1999, p. 59). La professionnelle ou le professionnel combine à la fois ses connaissances médicales et son empathie envers la femme dans le but d'offrir le meilleur service adapté à chaque situation.

3.2.1. Responsabilité

Du point de vue de l'éthique professionnelle, la responsabilité de la professionnelle ou du professionnel est d'agir en tenant compte des conséquences possibles des actions tout en étant en mesure de justifier ses décisions devant d'autres personnes. (Filiatrault et al., 2015, p. 12). Cette responsabilité est asymétrique étant donné que devant le savoir expert de la professionnelle ou du professionnel, la femme est vulnérabilisée; elle n'est pas en mesure de juger elle-même de la pertinence ou de la qualité de l'acte professionnel. Elle doit présumer que la professionnelle ou le professionnel agit avec professionnalisme; elle doit avoir confiance. Le maintien de cette confiance est aussi au cœur de la relation professionnelle. Comme l'écrit Legault :

Depuis que le savoir a été mis à la disposition des services aux autres, le caractère « dangereux » des professions a toujours été présent. Chaque profession et

chaque société ont veillé à neutraliser cette menace potentielle afin de protéger la relation de confiance. La confiance entre un client n'est possible que si le sens même de la relation professionnelle est garanti, et quel est ce sens sinon que le professionnel est au service du client avant toute chose. (Legault, 1999, p. 28)

Comme le précise l'Institut national de santé publique du Québec (ISNPQ), la responsabilité éthique de la professionnelle ou du professionnel s'accompagne du souci de protéger autrui et plus spécifiquement les personnes vulnérables des conséquences indésirables pouvant découler à la fois des décisions prises, de leur omission ou de l'inaction. Malgré le caractère asymétrique de la relation professionnelle, la professionnelle ou le professionnel doit toujours agir de manière à respecter l'autonomie de la femme et agir dans le respect de sa volonté. La qualité des relations avec la professionnelle ou le professionnel est primordiale; ces relations doivent être vécues comme des « rapports de type égalitaire » (Gagnon, 2017, p. 32). Dans le cas d'une relation hiérarchique, les choix risquent d'être davantage imposés que partagés et respectés.

La responsabilité c'est aussi la capacité de répondre de ses décisions en les justifiant d'une manière qui paraisse raisonnable aux personnes concernées. En ce sens, la responsabilité englobe et dépasse l'imputabilité. Lors d'un enfantement, la responsabilité de la professionnelle ou du professionnel concerne donc l'exercice de son jugement « professionnel » qui consiste à déterminer, dans le meilleur intérêt de la femme et du bébé, et dans le respect des demandes de la femme, les interventions qui doivent être posées, ou non, tout au long du processus. La professionnelle ou le professionnel peut évidemment ressentir une tension entre la responsabilité et le respect de l'autonomie de la femme. Par exemple, lorsqu'il ou elle considère qu'une intervention devrait être pratiquée, mais que la femme ne la souhaite pas. C'est pourquoi, comme il a été dit déjà, une des valeurs fondamentales de la relation professionnelle est la confiance. Pas seulement dans une relation professionnelle singulière, mais dans les relations entre le personnel médical et les femmes de manière générale. Ces dernières doivent avoir confiance que la professionnelle ou le professionnel ne choisit pas de faire une intervention par convenance, par habitude ou par considération de la médicalisation omniprésente, mais bien parce qu'elle est requise. Construire et maintenir cette confiance est le défi posé par l'éthique professionnelle. Le

modèle professionnel de la coopération y contribue et permet de résoudre le conflit entre la responsabilité de la professionnelle ou du professionnel et son respect de l'autonomie de la femme.

3.2.2. Modèle de coopération

Selon Legault, il existe plusieurs manières de « "neutraliser" la menace potentielle de la relation professionnelle » (Legault, 1999, p. 29) ou « le caractère "dangereux" des professions » (Legault, 1999, p. 29). Legault distingue cinq catégories « symboliques » de relations professionnelles – c'est-à-dire cinq manières de concevoir le sens des relations professionnelles (Legault, 1999, p. 33) : le sorcier, le bon père de famille, l'expert, le consommateur et la coopération²⁰. Elles se distinguent en fonction de quatre critères : le degré de dépendance de la cliente ou du client envers la professionnelle ou le professionnel, le niveau de connaissance détenu par la professionnelle ou le professionnel, son degré d'engagement et le degré d'autonomie de la cliente ou du client.

CATÉGORIES DE RELATIONS PROFESSIONNELLES

Catégorie de relation professionnelle	Degré de dépendance	Niveau de connaissances	Degré d'engagement du professionnel	Degré d'autonomie des personnes
<u>Sorcier</u>	Totale	Ésotériques	Total	Nulle
<u>Bon père de famille (paternaliste)</u>	Presque totale	Spécialisées	Presque total	Presque nulle
<u>Expert</u>	Relative à l'expertise	Expertes	Relatif à l'expertise	Presque totale
<u>Consommateur</u>	Nulle	Expertes mais discutables	Nul	Presque totale

²⁰ « Si le modèle du sorcier n'est plus une référence parmi les professionnels, les quatre autres catégories subsistent; un retour du modèle paternaliste serait même souhaité par certains. » (Legault, 1999, p. 30)

<u>Coopération</u>	Relative	Expertise	Partagé	Partagée
--------------------	----------	-----------	---------	----------

(Legault, 1999, p. 29)

Sans entrer dans le détail de l'analyse que fait Legault de ces 5 catégories, il suffit de dire que pour lui le modèle de la coopération semble la meilleure réponse « aux limites du modèle d'expert et de consommation tout en évitant le retour au paternalisme » (Legault, 1999, p. 34).

Le modèle professionnel de la coopération implique de rechercher une solution ou d'envisager une intervention en coopération avec la femme. Il requiert un investissement mutuel durant lequel la femme s'implique dans les décisions, cliniques notamment. Elle a donc la responsabilité de s'informer et de comprendre le phénomène d'enfantement afin qu'elle puisse « assumer [elle aussi], au sein de la relation médicale, le statut d'agent » (Hourcade, 2018, p. 3). C'est son devoir d'être informée mais aussi d'avoir réfléchi aux valeurs qui lui sont propres et qui ont un sens pour elle afin de devenir pleinement autonome. Conséquemment, la responsabilité qui, dans les autres modèles, repose principalement sur les épaules de la professionnelle ou du professionnel, peut être partagée avec les femmes. Le modèle de coopération doit être vu comme une association entre deux personnes. Il « humanise la relation professionnelle en remettant l'accent sur la nature du service rendu à la personne » (Legault, 1999, p. 35). Dans cette approche, la professionnelle ou le professionnel n'a pas une relation de prise en charge de la femme; elle instaure plutôt une relation dans laquelle le savoir et l'expertise est mis au service du projet de la femme (Legault, 1999, p. 35).

Le modèle de coopération redonne au personnel soignant la possibilité de régler des enjeux relatifs à l'humain et non plus à la technique. Il n'est plus question de dicter ce qui doit être fait, à la manière de l'approche paternaliste, mais bien d'arriver à une coopération entre les parties. La femme considère son enfantement comme « un projet de vie qu'elle ne peut pas réaliser sans les services » (Legault, 1999, p. 35) d'une spécialiste ou d'un spécialiste en périnatalité. La manière dont elle souhaite le déroulement de sa mise au monde lui appartient. En somme, c'est à la femme de bien définir son projet et de bien le clarifier.

Legault considère que la relation entre les femmes et les sages-femmes est un bon exemple du modèle de la coopération. Ce modèle permet à la femme de vivre la naissance autrement et faire de la mise au monde une expérience croissante dans laquelle « l'expertise, ce savoir en action, sera utilisée de façon différente » (Legault, 1999, p. 36) selon chaque situation. La coopération permet une relation harmonieuse dans laquelle les désirs et les limites sont nommés et compris.

Bien entendu, les projets de vie doivent être acceptables socialement. L'exemple des césariennes permet de comprendre cette limite. Certaines femmes par peur ou pour d'autres motifs non médicaux vont demander de subir une césarienne avant même le début du travail d'enfantement. Ce type de demande n'est pas accepté au Canada, contrairement au Brésil par exemple. La professionnelle ou le professionnel entend le projet, l'évalue et doit refuser de poser cet acte considérant qu'il n'est pas médicalement recommandé et n'est pas dans l'intérêt de la femme et de l'enfant. Peut-être doit-il alors être attentif à ce qui est exprimé implicitement par cette demande et ainsi rassurer la femme sur le probable bon déroulement de la mise au monde.

3.2.3. Huit principes d'une éthique professionnelle d'accompagnement à la naissance

Une façon de reconnaître les besoins de la femme est de la replacer au centre de l'enfantement et de créer une relation de partenariat entre elle et la professionnelle ou le professionnel (Lemay, 2017, p. 16). Faire des choix communs à la lumière des informations à considérer selon la situation et du vécu constitue une approche facilitant la reconnaissance de la femme impliquée et de son autonomie. Pour en venir à respecter les femmes comme étant au cœur des soins, « leurs besoins comme leurs valeurs doivent être respectés » (Lemay, p. 84). Cela demande de l'ouverture, de la flexibilité et de l'empathie de la part des professionnelles et des professionnels. Cette relation d'échange, de partenariat, de coopération et de prise de décision partagée augmente les chances pour la femme d'avoir de l'enfantement un souvenir et un ressenti positifs et constructifs.

L'institut Picker et l'école médicale d'Harvard proposent huit principes pour une éthique professionnelle de l'accompagnement à la naissance qui permettent aux professionnelles et aux professionnels de reconsidérer leur « compréhension des besoins de base de la femme en travail » (Odent, 2016a, p. 121). Ils favorisent des soins centrés sur la femme comme une façon de faire personnalisée et adaptée à chacune grâce à l'écoute, l'information et l'implication de celles-ci tout au long du phénomène d'enfantement. Ces huit principes, qui rejoignent le modèle de la coopération de Legault, sont : 1) Respecter les valeurs, les préférences et les besoins exprimés en impliquant la femme dans la prise de décision et en accueillant ses préférences, ses valeurs et son autonomie. 2) Coordonner et intégrer les soins. En coordonnant les soins avant, pendant et après l'enfantement, l'important sentiment de vulnérabilité vécu par les femmes peut être accueilli et amenuisé. 3) Informer et éduquer en s'assurant de garder informées les femmes de leur état et en s'assurant de leur compréhension afin de valoriser leur autonomie. 4) Assurer le confort physique. Cet aspect a des conséquences significatives sur l'expérience, principalement en ce qui concerne la gestion de la douleur et l'impact de l'environnement hospitalier sur le vécu des femmes. 5) Soutenir émotionnellement et diminuer la peur et l'anxiété en accordant une attention particulière à toute forme de détresse morale et physique pouvant être vécue. 6) Impliquer les proches. En reconnaissant ces derniers, l'expérience de la femme peut être améliorée et partagée. 7) Assurer la continuité et la transition en supportant la femme vers un accès à l'information pour un soutien clinique, social, physique et financier. 8) Offrir un accès aux soins en facilitant l'accès à la professionnelle ou au professionnel adapté aux besoins de la femme. (Traduction libre, View, 2015)

L'OMS, dans ses dernières recommandations, rappelle, elle aussi l'importance de placer au centre des soins la femme et ses besoins. Elle reconnaît que l'expérience positive d'enfantement est une finalité importante à respecter qui « dépasse les attentes et croyances sociales, culturelles et personnelles » (Organisation mondiale de la Santé, 2018, p. 1). Pour valoriser l'autonomie et favoriser des décisions fidèles aux valeurs de chacune, l'éthique professionnelle considère l'état de la femme qui enfante en respectant sa vulnérabilité, et ce, au travers ses obligations. Les 8 principes d'une éthique professionnelle de

l'accompagnement à la naissance sont cruciaux pour le développement d'une éthique de la naissance.

3.3. L'APPROCHE NARRATIVE : COMMENT PENSER *AVEC* LES FEMMES PLUTÔT QUE *POUR* LES FEMMES?

Les récits autour des naissances permettent d'en connaître plus sur les limites des femmes qui enfantent. Prenons l'exemple d'une femme qui refuse d'avoir un toucher vaginal alors que l'enfantement semble évoluer très lentement et qu'il serait médicalement conseillé de vérifier si son col se dilate. Cette femme a déjà été victime d'un viol et il lui est intolérable d'être touchée aussi intimement par un étranger. Elle n'a pas informé la professionnelle ou le professionnel de cette situation puisque cette personne a changé déjà plusieurs fois et qu'elle ne ressent pas la confiance nécessaire à un tel témoignage. Conséquemment, la relation est tendue. Si cette femme avait eu l'occasion de se confier et de raconter son récit, cette situation aurait probablement été vécue de manière plus harmonieuse. L'approche narrative est un moyen de connaître les enjeux personnels des femmes et d'adapter les soins selon ses limites et ses capacités en « prenant en compte son histoire personnelle et sa spécificité psychologique » (Nélaton, p.560).

3.3.1. Définition et description de l'approche narrative

La narration est une forme de communication. Selon Fisher, « c'est à travers les narrations que les humains établissent, pour eux-mêmes et pour les autres, la signification du monde dans lequel ils vivent » (Giroux & Marroquin, 2005, p. 16). La narration réfère à la fois aux valeurs et aux faits. Elle doit être cohérente intérieurement pour l'individu qui raconte son récit et fidèle et en concordance avec l'expérience vécue. Elle permet d'amorcer une transformation pouvant avoir une influence autant pour l'être, l'avoir que le faire (Adam et Revaz dans Giroux & Marroquin, 2005, p. 18). Alors que la narration peut être comprise

comme une forme de performance individuelle, elle est plutôt un phénomène collectif ayant « un pouvoir transformateur : celui d'élaborer seul ou en collectif la signification de l'expérience et d'articuler le changement et la continuité » (Ricoeur dans Giroux & Marroquin, 2005, p. 19). Elle permet de construire collectivement une perspective du futur. Dans le cas de l'enfantement, l'approche narrative permet d'orienter la naissance avec les femmes plutôt que pour les femmes. Pour atteindre cet objectif, les récits, la voix et la voie des femmes doivent être entendus et considérés; les récits de ce qu'elles ont vécu, mais aussi le récit de ce qu'elles souhaitent et projettent de vivre et qu'elles pourront par la suite se remémorer et raconter à leur enfant. Les récits ont à la fois une « valeur pédagogique significative [et] peuvent être une source de sagesse et d'inspiration » (Morris, 2002, p. 152). Ils sont les témoins de la vie et des expériences pouvant influencer la prise de décision.

L'approche de la narration a la capacité de faire « ressortir des perspectives différentes et jette une lumière nouvelle sur les situations pour nous les faire mieux comprendre » (Divinsky, 2007). Ainsi, de nouvelles façons de faire les choses peuvent être proposées. Les histoires sont des points de référence pour développer une pensée, une réflexion ou un idéal. Zaner soutient aussi que l'approche narrative repose sur un espace de dialogue disponible et accessible dans lequel les femmes peuvent « choisir ce qui leur semble le plus cohérent » (Zaner dans Nélaton, 2015, p. 561). Si un investissement raisonnable de temps et d'énergie a été fait en amont par les professionnels et les accompagnant pour comprendre la manière dont la femme se représente l'enfantement, la confiance sera présente et la communication au moment de la naissance sera facilitée, plus harmonieuse et fidèle aux valeurs. Les femmes doivent avoir la possibilité de raconter leur histoire, dans un espace de dialogue accueillant et sans jugement.

Selon Giroux et Marroquin, l'analyse narrative des organisations peut se faire à partir de différentes perspectives épistémologiques : fonctionnaliste, interprétative, processuelle, critique et post-moderne (Giroux & Marroquin, 2005). Il est apparu pertinent de retenir ces perspectives différentes pour explorer une approche narrative de l'enfantement et de bien les distinguer puisque chacune d'elles répond à un besoin distinct tant dans l'ancrage et la

promotion de façons de faire que dans le processus d'évolution des pratiques. Pour illustrer ces différentes perspectives, le même récit de référence sera adapté à chacune des perspectives. Ce récit est celui des bienfaits de la naissance naturelle et physiologique lorsque les femmes peuvent la vivre en toute autonomie.

La perspective fonctionnaliste s'intéresse aux structures et au fonctionnement d'une organisation. Elle considérerait l'organisation dans laquelle se déroule des soins « comme une réalité objective [dont seuls] les facteurs pouvant affecter la performance » (Giroux & Marroquin, 2005, p. 21) sont intéressants. Dans ce contexte, la fonction de la narration est celle d'un instrument communicationnel de changement de culture et de contrôle des comportements. Elle est simple et cohérente et guide les actions attendues par la transmission d'informations. La perspective fonctionnaliste permettra de faire ressortir, dans le récit d'un enfantement naturel et physiologique, des éléments objectifs tels que : la sécrétion des hormones facilitée, l'acceptation de la sensation des contractions, la diminution des interventions, les coûts peu élevés, etc. Elle pourra aussi remettre en question l'idée qu'il faille donner naissance couchée sur le dos. Les dernières recommandations de l'OMS affirment en effet que « pour les femmes sans anesthésie épidurale, il est recommandé d'encourager l'adoption des positions d'accouchement choisies individuellement par la femme, y compris les positions verticales » (Organisation mondiale de la Santé, 2018, p. 6). Alors que plusieurs professionnels demeurent réticents à favoriser diverses positions d'enfantement, l'approche narrative fonctionnaliste utilisée comme un instrument de gestion permet de faire évoluer les pratiques. La perspective fonctionnaliste pose un regard vers l'avenir sans nier le passé et assure ainsi une continuité cohérente.

La perspective interprétative est subjective. La signification accordée aux événements et aux actions découle de l'interprétation qui en est faite. La narration sert « aussi de moyen d'expression des différences » (Giroux & Marroquin, 2005, p. 23) tout en portant des valeurs communes. Les récits permettent d'identifier les accords et les désaccords d'un groupe et leur désir plus ou moins marqué d'adoucir les tensions. Selon Jones (Giroux & Marroquin, 2005, p. 24), « ces contradictions ont pour origine la présence d'anciennes valeurs qui se

perpétuent, ou bien l'utilisation [...] de récits comme mécanismes psychologiques » tels que des mécanismes de compensation ou le partage de frustrations. La perspective interprétative ouvre donc à une analyse subjective des événements qui donne lieu à des récits qui diffèrent en raison de compréhension différentes. Elle montre la pluralité des représentations. Pour ce qui concerne l'enfantement, elle vise la compréhension des raisons qui encouragent les femmes à valoriser une naissance physiologique et naturelle dans laquelle elles ont été autonomes. La perspective interprétative cherche à analyser les récits en recueillant la pluralité des aspects subjectifs qui est en somme le reflet de la culture. Le clampage tardif du cordon, dont il a été question dans la section sur la bienfaisance, en est un exemple. De nombreuses femmes souhaitent que le cordon ne soit pas coupé immédiatement après la naissance. Les premiers moments du bébé sur le ventre de sa maman sont précieux. Les femmes veulent vivre ces instants sans devoir avoir d'interactions médicales avec d'autres. Elles ont imaginé ce moment de différentes façons et leurs attentes subjectives doivent être entendues et respectées. Il est intéressant d'ajouter que même si ce souhait va dans le sens de ce qui est recommandé par l'OMS, notamment (Organisation mondiale de la Santé, 2018, p. 7), plusieurs professionnelles et professionnels entretiennent d'anciennes conceptions et sont en désaccord avec cette pratique.

La perspective processuelle cherche à « décrire, au-delà du processus par lequel les acteurs construisent individuellement leur représentation du monde [...], celui par lequel ils négocient collectivement [...] la réalité sociale qu'est l'organisation » (Giroux & Marroquin, 2005, p. 24). Dans cette perspective, la communication devient un processus de « co-construction de l'action collective » (Giroux & Marroquin, 2005, p. 24). En partageant entre elles leurs récits, les femmes parviennent à trouver de nouvelles solutions pour répondre à diverses problématiques. Pour assurer le déroulement de la naissance naturelle et physiologique tout en donnant une place à l'autonomie, les femmes peuvent partager leurs façons de faire. Certaines vont témoigner qu'elles étaient préparées, qu'elles avaient une accompagnante, qu'elles ont fait du travail à la maison avant de se rendre à l'hôpital, qu'elles ont choisi d'être suivies par une sage-femme, etc. D'autres abordent des éléments plus techniques comme la variété des positions, un outil méconnu qui facilite les naissances. Si la

femme se positionne de manière asymétrique ou à la verticale, elle facilite ainsi la descente du fœtus dans son bassin. Plusieurs femmes ont expérimenté ces mouvements alors que d'autres se sont retrouvées en décubitus dorsal, une position statique sur le dos tout au long de l'enfantement. Le partage de ces expériences sous forme de récits permet de trouver collectivement des manières différentes d'agir tout en conservant le savoir-faire initial. Cette perspective participe à la validation de compétences dans lesquelles différentes interprétations d'une même histoire peuvent coexister. Les histoires se multiplient, « se répondent, se fondent, se confrontent et se succèdent au fil du temps » (Giroux & Marroquin, 2005, p. 26). Il n'y a pas la conception collective de l'enfantement qui change, les histoires sont elles aussi en constante évolution.

La perspective critique s'intéresse au pouvoir, au contrôle et « à la différence, en particulier celles portant sur le genre (Giroux & Marroquin, 2005, p. 27). Cette approche critique la minimisation et la dévalorisation de l'implication des femmes et se concentre sur les interactions asymétriques et l'abus de pouvoir. Elle vise à favoriser une plus grande émancipation des femmes. La perspective critique est un instrument de dénonciation et de résistance par la critique. Le récit des femmes ayant eu un enfantement autonome indique les balises dans lesquelles devrait avoir lieu l'enfantement et redonne aux émotions la place qui leur revient. Scheibel rapporte que les récits faits par les femmes témoignent de l'asymétrie et des abus de pouvoir. (Scheibel dans Giroux & Marroquin, 2005, p. 27) La perspective critique s'interroge sur la répartition des pouvoirs ; elle met en question la structure de pouvoir et son cadre de référence qui justifie les règles en place et disqualifie les approches alternatives. Il n'y a qu'à penser à la gestion du risque et à l'application de protocoles. Les femmes qui enfantent se retrouvent parfois devant une situation sans issue, par exemple lors d'un enfantement qui se déroule très lentement. En effet, comme on l'a vu au chapitre 1, le protocole de Dublin intègre dans la pratique une durée déterminée pour chaque étape du processus d'enfantement, une façon de faire toujours actuelle. Ainsi, lorsqu'une telle situation se présente, l'hégémonie de la professionnelle ou du professionnel s'impose. Ce comportement de domination ne laisse à la femme aucune autre issue que la soumission envers le protocole proposé pour faire accélérer le travail (rupture des membranes, ocytocine

de synthèse, anesthésie épidurale, césarienne, etc.). Un récit de complications reliées à une situation similaire est alors souvent raconté par le professionnel dans l'intention de convaincre la femme, une pratique de gestion des risques répandue.

La perspective postmoderne est la plus récente de toutes. Elle donne une importance centrale au dialogue et aux termes utilisés. Tous les éléments qui peuvent faire changer la version du récit s'intègrent dans cette perspective. « La signification n'est jamais finale, car toujours incomplète et indéterminée » (Alvesson et Deetz dans Giroux & Marroquin, 2005, p. 28). La société et les organisations sont fragmentées considérant que l'identité même des personnes impliquées est créée par un raisonnement. Cette perspective donne lieu à une déconstruction. Par exemple, des récits relatant des gestes de violence obstétricale, de désappropriation du corps, de femmes-objets, de dévalorisation du processus d'enfantement, etc., mettent au jour la provenance des pratiques et à quoi elles correspondent. Ces récits visent à démontrer que ces pratiques ne sont pas liées à une nécessité et rendent leur justification plus difficile, voire impossible. Cette perspective est un moyen de changement qui utilise les dénonciations du traitement que subissent les femmes durant la grossesse et l'enfantement pour amener un courant de pensée mettant en doute les pratiques dans l'intention de les déconstruire. Plusieurs organismes tels que le Regroupement Naissance Renaissance encouragent la prise de parole par les femmes pour mettre au jour le récit dominant de la médicalisation des naissances et proposer une version alternative à celui-ci. Morris affirme que la médecine moderne encourage la soumission narrative. Comme si le corps de la femme appartenait au professionnel qui le prend en charge (Morris, 2002, p. 141). La perspective postmoderne offre la parole aux femmes en encourageant « la multiplicité des points de vue » (Giroux & Marroquin, 2005, p. 29). Ainsi, pour permettre des changements cette perspective propose des partages de récits entre plusieurs personnes provenant de différents groupes de professionnels, de femmes, d'infirmières, d'accompagnants, etc.

3.3.2. L'approche de l'éthique narrative appliquée au cas de la mise au monde

Les histoires racontées aux femmes enceintes sont principalement axées sur la difficulté voire l'incapacité des femmes à donner naissance par elles-mêmes. Un message véhiculé depuis des siècles, comme il a été démontré dans les chapitres précédents. Les femmes, tout comme l'ensemble des individus, ont besoin de récits pour développer leur propre conception de la naissance. Pour devenir « des personnes morales [elles] ont besoin des points de référence que leur fournissent les histoires d'autrui » (Morris, 2002, p. 155). Les messages sous-entendus par les récits actuels alimentent la peur, l'incertitude et le sentiment d'impuissance.

La croyance populaire soutient l'idée qu'au cours du phénomène d'enfantement seuls « les facteurs mécaniques représentent les principales causes des difficultés » (Odent, 2016a, p. 32). Pourtant, les écrits et les témoignages des femmes démontrent que l'aspect physique des corps est insuffisant pour juger du déroulement plus ou moins fluide des naissances. L'aspect psychologique a autant d'importance que l'aspect physique, ce qui rend ces deux éléments indissociables. Nélaton soutient que l'approche narrative a le potentiel de distinguer ces deux aspects relatifs à la douleur ressentie, tant physique que psychologique et les associe à la souffrance vécue (Nélaton, 2015, p. 562). Une définition de ces aspects dans le contexte de la grossesse et de la mise au monde sous l'angle de l'approche narrative permet de mieux comprendre ce qui se passe réellement dans le corps et l'esprit des femmes tout en réfléchissant à l'importance de concevoir l'enfantement avec les femmes et non pour les femmes.

Les récits de naissance ne sont pas uniquement destinés à soi-même. Ils sont avant tout « des histoires de soi destinées aux autres » (Morris, 2002, p. 154). Les informations sur la naissance sont transmises par le partage des récits. Les femmes qui partagent leur histoire inspirent les autres et appellent à la solidarité. Ces histoires sont la preuve que les événements peuvent se passer autrement grâce à la place centrale qu'a occupée la femme. Les récits d'enfantements pensés avec la femme sont une façon de reconquérir la capacité des femmes

à donner naissance et de « faire découvrir aux autres êtres humains la compassion et le courage » (Morris, 2002, p. 154).

Les récits de femmes que l'on peut lire dans *La naissance naturelle* (Gaskin, 2012) et dans *Histoires fabuleuses d'une sage-femme authentique* (Castonguay, 2017), ainsi que les témoignages que j'ai recueillis en tant qu'accompagnante à la naissance depuis 2013 parlent beaucoup de la douleur ou de l'intensité des contractions. Celles qui ont expérimenté l'enfantement sans anesthésie épidurale témoignent que la sensation provoquée par les contractions disparaît instantanément après la naissance et la délivrance du placenta, contrairement à la douleur occasionnée par une blessure quelconque (brûlure, coupure, coup, etc.). Les récits démontrent que la douleur physique ressentie est « une construction culturelle et sociale dont la signification change selon les civilisations et les époques » (Lemay, 2017, p. 123). Les manières de vivre une même expérience varie selon les individus. Ainsi, la femme ne réagit pas nécessairement beaucoup lorsqu'elle a de grosses contractions et réagit peu si les contractions sont petites. Elle réagit à cette sensation selon l'opinion qu'elle en a, puisque cette sensation est « intime, subjective, unique [...], elle s'inscrit dans son histoire et son appartenance sociale et culturelle » (Lemay, 2017, p. 124).

Ces histoires rappellent que « les modifications physiques qui se produisent dans le corps d'une femme [...] sont sans doute les plus importantes que le corps humain connaisse » (Gaskin, 2012, p. 195). Plusieurs femmes comprennent qu'il « ne s'agit pas simplement d'une mécanique corporelle menant à l'expulsion d'un bébé » (Lemay, 2017, p. 16). De nombreux récits soulèvent qu'au-delà de la contraction, il y a une pause entre chacune d'elles, et que ces pauses ont une grande importance dans le processus d'enfantement. Au début, cette pause peut durer de dix à quinze minutes, et plus la mise au monde est imminente, plus les pauses sont courtes et plus les contractions sont rapprochées. Plusieurs femmes affirment que c'est grâce à ces pauses qu'elles sont arrivées à passer à travers la naissance. De façon récurrente, les récits démontrent que le corps de la femme est construit et entraîné depuis des millénaires pour donner naissance. Il est entièrement programmé pour faire la gestation du fœtus, l'expulser, délivrer le placenta, reprendre sa forme initiale et recommencer.

L'approche narrative rappelle la nécessité de considérer l'enfantement avec la femme « en son entier et non seulement son corps » (Nélaton, 2015, p. 559). En encourageant la femme à prendre la parole, non pas uniquement par rapport à l'aspect physique, mais également par rapport à l'aspect psychologique de son vécu, la professionnelle ou le professionnel contribue à donner du sens au vécu et entretient une alliance thérapeutique saine avec la femme. L'enfantement est une expérience qui peut créer de la souffrance psychologique; une forme de détresse morale parfois causée par la peur de l'inconnu ou encore par de mauvaises expériences antérieures. La vulnérabilité vécue lors de l'enfantement, créée par la sécrétion d'hormones, contribue à cette détresse morale. Les endorphines sont des hormones essentielles au bon déroulement de l'enfantement. « Elles ont une capacité analgésique et procurent une sensation de bien-être » (Lemay, 2017, p. 63). Ainsi, cette hormone « peut mener une femme à un état de conscience altérée qui l'aide à s'immerger dans le processus, même quand il est long et ardu » (Lemay, 2017, p. 63). La sécrétion d'endorphines est optimale lorsque la femme n'a reçu aucune hormone synthétique et qu'elle se laisse aller dans l'expérience de l'enfantement. Les récits abordent fréquemment l'effet des hormones, qui s'apparente à la somnolence, à la relaxation, à l'euphorie et qui incite à vivre le moment présent.

Dans le langage populaire, on dira que la mère est « dans sa bulle ». Les endorphines ont aussi un effet analgésique, anxiolytique et réduisent l'appétit, la fréquence respiratoire et le stress (Deluzarche, 2021). L'ensemble de ces effets permet de faire renaître l'instinct chez l'humain. C'est le cerveau reptilien qui est alors stimulé. Pour Odent, en raison de notre esprit rationnel et de nos modes de vie qui nous imposent d'être productifs et objectifs, « de nombreux aspects du potentiel humain sont obscurcis par l'activité néocorticale » (Odent, 2016a, p. 34). Cela a pour effet de rendre difficiles, entre autres, le lâcher-prise, l'abandon et l'acceptation, des états propres au cerveau reptilien. Pourtant, nous savons que la « réduction de l'activité néocorticale [est] l'une des principales composantes du système physiologique de protection contre la douleur » (p. 135). Ce sont les contractions et leur intensité qui favorisent la sécrétion d'endorphines qui, à son tour, permet la sécrétion de la prolactine (qui, elle, favorise les comportements maternels et la production de lait). Il serait donc impossible

d'éliminer la douleur de l'enfantement et d'espérer « garder les autres éléments de la chaîne » (p. 129).²¹ L'aspect du continuum marque plusieurs femmes dans leur histoire. C'est en l'expérimentant qu'elles arrivent à nommer l'importance de regrouper la maternité en une seule entité : grossesse, enfantement, allaitement. Il s'agit d'un enseignement qu'il est important de transmettre aux des femmes qui n'ont pas vécu l'enfantement. Les femmes sont nombreuses à affirmer que pour voir apparaître la manifestation d'un état d'esprit favorable à l'enfantement, les conditions optimales doivent être encouragées et « le langage rationnel [qui] interrompt » (Odent, 2016a, p. 33) les réflexes naturels doit être absent du discours des professionnels qui les entourent. Nombre de récits de femmes soulignent le soutien moral, psychologique ou éthique reçu selon le besoin ou lors de situations particulières. Les femmes soutiennent, dans ces récits, que c'est grâce à ce support qu'elles ont pu se laisser aller à leur instinct et donner naissance plus aisément.

3.3.3. L'accompagnement de la femme

La professionnelle ou le professionnel qui prend le temps de demander à la femme enceinte de partager son expérience face à la maternité se verra mieux outillé pour l'accompagner adéquatement selon ses forces et ses faiblesses. « Écouter et laisser raconter est déjà une entreprise qui donne du sens à ce qui est vécu » (Nélaton, 2015, p. 561). Cette pratique d'écoute peut sembler accessible et facile; cependant, Divinsky fait remarquer que trop souvent la professionnelle ou le professionnel interrompt la femme dans son récit puisqu'elle ou il croit « déjà savoir ce qui se passe. Ensuite [elle ou il la bombarde] gentiment de questions pour confirmer [ses] diagnostics » (Divinsky, 2007).

On peut se demander si les professionnelles et les professionnels ont le temps de faire preuve de l'écoute nécessaire, d'autant plus qu'ils ne sont pas nécessairement présents lors

²¹ Comme la grossesse, l'enfantement et l'allaitement forment un tout, les endorphines sont présentes également dans le colostrum (premier lait de la mère) « et réduisent le stress de la transition pour le nouveau-né » (Lemay, 2017, p. 63).

de la naissance. Les exigences de pratiques au Québec demandent aux praticiennes et aux praticiens de voir de plus en plus de femmes, ce qui les limite dans leur disponibilité, faute de temps. De plus, des équipes de professionnelles et de professionnels se partagent les gardes, ce qui diminue les chances d'une femme de donner naissance avec la personne qu'elle a rencontrée durant sa grossesse et à qui elle a partagé ses expériences et ses récits. Conséquemment, les conditions de travail actuelles ne sont pas favorables à l'application de l'approche narrative.

Offrir un espace de dialogue propice à l'approche narrative qui serait entièrement soutenu par la professionnelle ou le professionnel est difficile à obtenir faute de temps. Nélalon propose que l'approche narrative soit pluridisciplinaire. Pour ce faire, l'implication de divers intervenants comme les philosophes et les éthiciens permet, selon Nélalon, d'utiliser le récit pour penser la naissance avec la femme et non pour la femme. Un acteur non concerné par l'aspect médical est en bonne posture pour investir le temps et l'énergie nécessaires pour accueillir les récits. Dans le contexte de la grossesse et de l'enfantement, l'accompagnante à la naissance peut jouer ce rôle. Elle est présente depuis plusieurs semaines, voire plusieurs mois, et a pu écouter les récits de la femme. Elle porte la voix de la femme lorsqu'elle est ailleurs dans le processus de l'enfantement. En effet, avant et pendant la grossesse, durant la naissance et même dans les premières semaines de vie du bébé, les femmes et les familles peuvent avoir besoin d'être entourées, guidées et réconfortées. Plusieurs témoignent que la présence d'une personne expérimentée, mais indépendante du milieu médical, qui prend le temps de s'intéresser à la vision et aux attentes des femmes donnant naissance, permet d'avoir une mise au monde en harmonie avec leurs désirs et qui se fera de manière plus autonome. « La présence d'une doula à l'accouchement augmente [les] chances d'avoir un accouchement spontané, réduit considérablement [les] risques d'avoir une césarienne et/ou l'épidurale, réduit la durée de l'accouchement et augmente la satisfaction de l'expérience générale » (Quantik Mama, 2020). L'étude de Kennell à ce propos confirme que cette présence auprès des parturientes a non seulement un effet immédiat en lien avec une diminution des interventions, mais également dans la relation mère-enfant (Stein, 2004).

L'approche de l'accompagnante est basée sur le récit et l'écoute. Sans jugement, son service est non médical, et elle n'a pas d'obligation professionnelle avec le centre hospitalier ou la maison de naissance; elle est autonome et encourage la femme à s'informer, à connaître le processus d'enfantement et à identifier ses valeurs afin d'assurer son autonomie. L'accompagnante est une facilitatrice, une gardienne de l'espace de l'enfantement et une aide à la décision. Elle peut être vue de plusieurs façons, mais ultimement, l'accompagnante permet à la femme de prendre une distance avec ce qui se passe pendant la mise au monde afin de faciliter la compréhension de la réalité et les choix de manière éclairée en respectant ses valeurs (Association québécoise des accompagnantes à la naissance, 2020).

Écouter les récits des femmes est une première étape vers une naissance pensée avec la femme; cependant, c'est largement insuffisant. Afin de pouvoir transformer ces récits en outils, le personnel professionnel doit accorder plus d'importance à la relation avec les femmes. Cependant, cette relation doit être entretenue avant la mise au monde. Sinon, il est plus difficile d'assurer un espace de partage considérant la vitesse à laquelle les événements se succèdent pendant la naissance. En se rappelant qu'elle ou il doit offrir un service centré sur la femme, les compétences relatives à l'empathie de la professionnelle ou du professionnel se développent et lui permettent de « reconnaître, absorber, interpréter [les histoires racontées] et être ému » (Charon, 2015, p. 13) par elles. C'est ici qu'intervient l'éthique du *care*.

3.4. L'ÉTHIQUE DU CARE : REDONNER DU SENS

L'éthique du *care* (ou de la sollicitude) est apparue vers la fin du XXe siècle proposant une éthique qui met au premier plan la sensibilité morale et la capacité d'un individu à « prendre soin » d'autrui. Le *care* donne un rôle central à la « sensibilité dans la perception des situations, un rôle à la fois pratique et épistémique » (Paperman & Molinier, 2011, p. 190). Il n'est pas qu'une théorie, le *care* est applicable lors de situations concrètes. L'intention n'est pas de renoncer à la raison pour laisser entièrement place aux émotions,

mais de nuancer cette raison pure et rationnelle afin d'élargir les perspectives. Le *care* donne aussi de la valeur à la relation entre de simples individus. Il décrit « le monde sous la forme de la relation à l'autre, et non en tant que juxtaposition d'individus autonomes et indépendants » (Petit, 2014, p. 244). L'éthique du *care* comme approche d'accompagnement lors d'un enfantement passe par une augmentation du sens de la responsabilité, de l'entraide, de l'attention aux autres plutôt que de penser l'intervention du point de vue de la professionnelle ou du professionnel (Brugère, 2011). Plus précisément, les auteurs définissent l'éthique du *care* comme « des soins respectueux et sensibles aux préférences, aux besoins et aux valeurs de [chacune afin] de veiller à ce que ces valeurs guident toutes les décisions médicales » (Traduction libre, View, 2015).

3.4.1. Définition et description de l'approche de l'éthique du *care*

D'abord développée par Carol Gilligan, l'éthique du *care* critique les effets de préjugés et d'ignorance à l'égard des femmes dans les travaux de Laurence Kohlberg. Selon cette théorie le « niveau de développement moral le plus élevé serait atteint lorsque la personne raisonne en termes d'équité, d'impartialité et de réciprocité » (Rondeau, 2014, p. 71). Ces principes invoqués par Kohlberg sont les mieux représentés ici par l'éthique médicale dont on a dit qu'elle est trop générale pour être suffisante. « Gilligan démontre empiriquement que ce n'est pas toujours le cas et qu'en particulier les femmes, mais pas seulement elles, considèrent d'autres facteurs comme des principes de décision tout aussi importants : le souci de maintenir la relation lorsque les intérêts et les désirs sont divergents, l'engagement à répondre aux besoins concrets des personnes, les sentiments qui informent la compréhension morale des situations particulières » (Paperman, 2010, p. 53). Conséquemment, Gilligan constate dans ses propres travaux une différence entre le raisonnement moral des hommes et des femmes. Les critères pour prendre une décision seraient basés pour les hommes sur « une logique de calcul et la référence aux droits [alors que] les femmes préfèrent la valeur de la relation » (Zielinski, 2010, p. 632) impliquant les relations interpersonnelles et les interactions sociales. Gilligan perçoit une « voix – morale –

différente qui définit les problèmes moraux autrement » (Paperman, 2010, p. 53) que ce qui est proposé par le principe de justice. Ainsi, ce raisonnement sur la valeur de la relation ramène le traitement de conditions concrètes plutôt qu'abstraites. Elle ramène l'éthique du *care* à un « souci fondamental du bien-être d'autrui, et centre le développement moral sur l'attention aux responsabilités et à la nature des rapports humains » (Paperman, 2010, p. 53). Les travaux de Gilligan montrent que l'éthique du *care* ne « repose pas sur des principes, mais plutôt sur un souci de préserver et d'entretenir les relations humaines » (Rondeau, 2014, p. 78). Elle propose une conception de la morale qui priorise les relations en se définissant par les caractéristiques suivantes (Gilligan dans Rondeau, 2014, p. 79) :

- le problème moral est suscité par un conflit de responsabilités plutôt que par un conflit de droits ou de règles;
- il doit être résolu par un « mode de pensée plus contextuel et narratif que formel et abstrait »;
- « [c]ette conception de la morale se définit par une préoccupation fondamentale du bien-être d'autrui »;
- elle « centre le développement moral sur la compréhension des responsabilités et des rapports humains » plutôt que sur la compréhension et la mise en œuvre des droits et des règles.

Historiquement, la division du travail a isolé et a dévalorisé les activités envers le souci des autres, le prendre soin et la sollicitude. De plus, « l'assignation traditionnelle des femmes à la sphère domestique a renforcé le rejet de ces activités et de ces préoccupations hors du domaine moral et de la sphère publique, les réduisant au rang de sentiments privés dénués de portée morale et politique » (Paperman, 2010, p. 54). Même si l'éthique du *care* élaborée par Gilligan donne l'impression de renforcer la division des sexes, son intention est plutôt de démontrer que ce n'est pas « tant le genre (hommes ou femmes) des professionnels ou des intervenants qui déterminerait la préférence pour telle ou telle conception morale,

mais plutôt le type d'activités et de pratique professionnelles, ou encore le milieu de pratique » (Rondeau, 2014, p. 78).

Certains travaux en psychologie morale laissent penser que les milieux organisationnels majoritairement investis par les hommes (ingénieurs, gestionnaires, etc.) et structurés autour de valeurs plus « masculines » seraient plus à l'aise avec des approches de l'éthique qui mobilisent le recours aux principes ainsi que l'analyse et le raisonnement, telles que les approches procédurales et cognitivistes. Par opposition, les milieux de pratique occupés traditionnellement par les femmes (soins, éducation, petite enfance, communautaire, etc.) seraient plus enclins à adhérer à des approches expérientielles centrées sur la narration et sur les rôles et responsabilités à l'égard d'autrui. (Rondeau, 2014, p. 70)

3.4.2. Vulnérabilité

La vulnérabilité est mal comprise dans nos sociétés. Plusieurs semblent croire qu'elle est réservée aux pauvres et aux négligents. Pourtant, « tous les humains sont vulnérables et fragiles [...] à un moment de leur vie » (Tronto, 2009, p. 33). En faisant une lecture plus globale de ce qu'est la vulnérabilité, on se rend compte qu'« aucun être humain ne peut se suffire à lui-même; fondamentalement vulnérables et interdépendants, les individus ont souvent recours à un moment ou un autre de leur vie à des relations de protection, d'aide au développement [, etc.] » (Brugère, 2011, p.7). En ce qui concerne l'enfantement, la vulnérabilité est un état essentiel, voire espéré. Non permanente, elle offre à la femme la capacité d'accepter et d'accueillir un laisser-aller immensément puissant du corps et de l'esprit, pour laisser passer son bébé.

Dans une société moderne qui prône les droits individuels, l'autonomie est considérée comme acquise. Des conditions telles que la vulnérabilité sont ignorées, car mises en marge par la société. Ce rejet impose une réclusion des individus dépendants et même parfois de leurs aidants. Conséquemment, l'éthique du *care* « critique la conception d'un sujet autonome, autosuffisant, indépendant et rationnel » (Petit, 2014, p. 124) et elle met l'accent sur l'interdépendance des individus. L'éthique du *care* propose de reconsidérer la

vulnérabilité comme un aspect légitime du projet politique. Un projet porté sur l'attention aux autres, sur une économie de marché qui répartit plus également la richesse. Le lien social ne naît pas des intérêts financiers, mais des échanges entre humains. Comme le décrit Tronto, la logique marchande s'efface pour laisser place aux logiques sociales, ce qui permet d'imaginer le soin autrement et ainsi de « mettre en valeur l'importance éthique de la prise de perspective » (Pierron & Tappolet, 2015, p. 102) et de l'ensemble des personnes impliquées. Cette considération se voit facilitée par la reconnaissance que « tous les humains sont, à un moment ou un autre, non seulement des receveurs, mais des donneurs du *care* » (Tronto, 2009, p. 34).

3.4.3. L'éthique du *care* comme pratique

En se demandant comment prendre soin de la société, Tronto et Fisher élaborent la définition suivante de l'approche du *care* :

Au niveau le plus général, nous suggérons que le *care* soit considéré comme une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre monde, de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce « monde » comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie. (Fischer dans Tronto, 2009, p. 143)

Cette définition de l'éthique du *care* permet d'inclure l'ensemble des activités et des préoccupations relatives à l'existence humaine. Elle inclut toutes les activités sociales, domestiques, organisationnelles, du soin, etc., qui sont « habituellement présumées et désarticulées par les théories sociologiques » (Paperman, 2010, p. 55). Elles trouvent alors leur place et leur valorisation dans la perspective l'éthique du *care*.

Tronto propose cinq phases pour définir le processus du *care*. Tout d'abord, « se soucier de » ce qui signifie de prendre « conscience de l'existence d'un besoin, de reconnaître la nécessité d'y répondre, et d'évaluer la possibilité d'y apporter une réponse » (Zielinski, 2010, p. 633). Constaté l'état de la situation et évaluer ce qui doit être fait est une

démonstration d'une attention envers l'autre. La deuxième phase représente la « prise en charge » par rapport à un besoin et une solution envisageable. En assurant la responsabilité de répondre au besoin identifié, cela implique « de reconnaître que l'on peut agir pour traiter ces besoins » (Petit, 2014, p. 249). Il ne suffit pas « de se centrer sur les besoins de l'autre personne, la prise en charge implique de reconnaître que l'on peut agir pour traiter ces besoins non satisfaits » (Tronto, 2009, p. 148) Tronto va plus loin en disant que si l'évaluation démontre que rien ne peut être fait pour répondre aux besoins, alors il est préférable de ne pas le prendre en charge. Jusqu'ici, l'action du *care* ne s'est posée qu'en intentions et sensibilité. La prochaine phase intègre un contact physique avec l'autre. Le « prendre soin » représente l'action d'une personne envers une autre dans le besoin. « Tronto insiste surtout sur la dimension de "tâche" » (Zielinski, 2010, p. 633). Il est question d'un travail incluant des connaissances et des savoirs afin de prodiguer les soins nécessaires au moment opportun. La quatrième phase du processus du *care* est le « recevoir le soin ». C'est la phase d'évaluation durant laquelle il est possible de savoir si les besoins avaient été bien compris et si le soin a produit un résultat. « La réaction de l'autre est le critère d'évaluation de la "réussite" ou du moins de la convenance des actes du soin » (Zielinski, 2010, p. 633). Jusqu'ici, il a été supposé que l'identification du besoin initial ainsi que sa réponse, étaient justes. Cependant, la perception de ce besoin a pu être erronée, ou encore, « la manière dont ceux qui prennent soin des autres choisissent de le satisfaire peut être à l'origine de nouveaux problèmes » (Tronto, 2009, p. 149). Finalement, la cinquième phase appelée « prendre soin tous ensemble » « *caring with* » aborde la dimension politique du *care*. « Cette phase finale de soins exige que les besoins en matière de soins et la manière dont ils sont satisfaits soient cohérents avec les engagements démocratiques en faveur de la justice, de l'égalité et de la liberté pour tous » (traduction libre, Tronto, 2013, p. 22) dans un esprit de confiance, de respect, de solidarité et de pluralité. Il s'agit d'une forme de complémentarité entre le *care* et la justice qui « met en lumière la contribution que l'éthique du *care* peut apporter à la compréhension des comportements économiques » (Petit, 2014, p. 250).

En posant un regard sur les pratiques obstétricales à travers la lunette de l'éthique du *care*, il est possible d'aller plus loin que le simple soulagement de la douleur lors de la mise

au monde et de l'application d'un modèle unique à tous les enfantements. Le respect de la physiologie de la mise au monde amène à « développer des pratiques relationnelles et d'adopter un travail de proximité et de collégialité. [...] Être présent et vigilant est essentiel pour instaurer ce qu'on appelle le "prendre soin" et non seulement le "donner des soins" » (Lemay, 2017, p. 84). De plus, cette approche redonne à la femme le sentiment d'être le sujet du soin et non pas uniquement son objet (Nélaton, 2015, p. 560). La sollicitude, ou le soin occupe une place considérable au cœur des nombreuses étapes entourant l'enfantement.

La première étape du care, « se soucier de », demande en quelque sorte d'être en mesure de saisir ce que l'autre vit pour bien « identifier le besoin » (Tronto, 2009, p. 147). Reconnaître que les femmes vivent des moments forts en intensité et en émotions durant l'enfantement est suffisant pour voir apparaître des besoins. Comment arriveront-elles à surmonter l'intensité des contractions? Se nourrir? Communiquer? Le « souci des autres » selon Tronto se construit tant culturellement qu'individuellement. Il n'y a qu'à penser à la médicalisation des naissances appliquant le même protocole pour chaque femme et ainsi tenter de faire entrer dans un moule prédéfini l'ensemble des enfantements. Avoir un regard extérieur, sans jugement, afin d'adapter l'approche idéale à chaque situation redonne de l'importance au phénomène d'enfantement tout en permettant de « se soucier des autres » du point vu du *care*.

La « prise en charge » « implique d'assumer une certaine responsabilité par rapport à un besoin identifié et de déterminer la nature de la réponse à lui apporter » (Petit, 2014, p. 249). Prendre en charge c'est donc apporter la réponse *appropriée* à la situation et au besoin. Prenons l'exemple d'une femme n'ayant aucune anomalie de grossesse et souhaitant donner naissance le plus naturellement possible, mais qui, parce qu'elle ne connaît pas trop les spécialisations professionnelles, consulte une gynécologue-obstétricienne ou un gynécologue-obstétricien pour son suivi de grossesse. Il est clair que sa situation ne demande pas une telle spécialité. Il serait préférable que cette professionnelle ou ce professionnel redirige cette femme vers une sage-femme ou une omnipraticienne et un omnipraticien pour son suivi et son enfantement. Ses attentes et sa condition seraient davantage de leur domaine.

Il n'est pas question d'abandonner cette femme, mais plutôt de la relayer à une professionnelle ou un professionnel qui peut mieux prendre en charge les besoins identifiés et exprimés. Les désirs de naissance physiologique et naturelle impliquent beaucoup plus que le simple fait de considérer l'enfantement comme un processus naturel et de partager cette idée avec les autres. Le personnel médical doit croire à la pertinence et à la faisabilité d'une telle naissance. Il doit connaître les méthodes naturelles de soulagement de la douleur, les aspects environnementaux qui facilitent la délivrance, les besoins de la femme, bref des outils qui ne sont pas des interventions, mais qui facilitent la naissance. Un travail d'information et de création d'un lien de confiance en amont de l'enfantement est essentiel. De plus, les femmes doivent être informées, convaincues du bien-fondé de l'enfantement comme processus naturel, préparées, confiantes, etc. L'entourage doit également être conscientisé et informé pour accompagner les femmes : conjoint(e), infirmières, accompagnantes, professionnelles et professionnels, etc. Le travail de préparation et de formation fait partie la « prise en charge ».

Le « prendre soin » est spécifique à une action envers l'autre. Ainsi, cette étape est le geste posé pour faire le soin dont la femme a besoin à un moment précis. Faire des points de pression pour diminuer la douleur, écouter le cœur fœtal, donner à boire et à manger, assurer un climat calme et paisible, administrer des médicaments, etc. « Prendre soin » dans le cas de l'enfantement peut aussi vouloir dire de ne rien faire. Lors d'un enfantement qui se déroule rondement, il peut être suffisant d'avoir confiance pour offrir à la femme l'autonomie dont elle a besoin pour donner naissance.

L'évaluation des gestes posés est une étape importante, le « recevoir le soin ». La femme qui demande de l'aide lors de l'enfantement dit clairement qu'elle a un besoin à satisfaire. Quel est ce besoin réel? Est-ce qu'elle souhaite avoir une présence plus proche d'elle, quelqu'un qui la rassure? Est-ce plutôt de tenter de faire évoluer plus rapidement le travail d'enfantement en l'encourageant à bouger? Cette femme peut souhaiter l'aide d'une autre personne tout en désirant garder la sensation de l'intensité de ses contractions. L'approche de la médicalisation des naissances répond à ce besoin en offrant une anesthésie

épidurale qui permet d'être totalement soulagée. Tronto propose plutôt d'évaluer le besoin le plus pressant. Est-ce le besoin professionnel de soulager rapidement et efficacement l'intensité des sensations vécues par la femme en répondant de manière définitive à son appel à l'aide ou le besoin de la femme d'être guidée et accompagnée dans son processus d'enfantement tant et aussi longtemps qu'elle en sentira le besoin? Considérer la femme dans sa réaction face à l'action du *care* permet d'identifier les dilemmes vécus et évaluer l'adéquation du soin proposé. Compléter l'étape de « recevoir le soin » offre un regard constructif et évolutif sur les actions posées.

Finalement le « prendre soin tous ensemble » s'exprime par un comportement attendu selon le rôle et l'implication d'un individu. Une professionnelle ou un professionnel peut accompagner à titre personnel une femme qui donne naissance. Soit que cette personne est sa conjointe ou son conjoint, soit qu'elle joue un rôle d'accompagnante ou d'amie. Elle sera présente pour elle tout au long de la naissance, pour assurer son bien-être et lui apporter des soins personnalisés et adaptés. Il est probable que, par son lien particulier avec la femme, à certains moments, elle se laisse envahir par certaines de ses émotions. Si, au contraire, cette même personne a son chapeau de professionnelle ou professionnel, elle aura un autre comportement. Elle sera moins présente durant les premières phases de l'enfantement, s'assurera de garder un regard objectif sur les désirs de cette femme, elle gardera une distance professionnelle et elle censurera ses émotions. « Savoir comment négocier de telles situations fait partie de la pratique bienveillante » (Traduction libre, Tronto, 2013, p. 23) d'être une bonne accompagnante ou bon accompagnant. Il s'agit d'une attitude différente de celle qui doit être adoptée par la professionnelle ou le professionnel. Tronto soutient que le *care* ne découle pas de sa « clarté conceptuelle, mais de la théorie politique et sociale plus large dans laquelle elle est placée » (traduction libre, Tronto, 2013, p. 24).

L'application du *care* ne garantit pas l'élimination des divers enjeux pouvant survenir durant l'enfantement. Par contre, ces derniers peuvent diminuer en nombre, puisqu'un dialogue est ouvert et est accessible entre les acteurs dans le but de mieux définir les notions de besoins et de justice. Aucun enfantement ne se passe de la même façon, pas même pour

une femme qui donnera naissance plusieurs fois. Conséquemment, les situations sont inévitablement différentes les unes des autres et les réponses apportées le seront également. L'approche du *care* reconnaît la pluralité des situations et des réponses qui en découlent. L'éthique du *care* est donc une éthique contextuelle.

Le domaine obstétrical est fertile pour l'éthique du *care*. Accorder plus de temps et de reconnaissance dans un esprit d'égalité et de responsabilité collective sont des éléments cruciaux pour le processus d'enfantement. Ces derniers verront le jour grâce à une redéfinition de la réussite d'une naissance. D'ailleurs, en présentant l'enfantement comme une étape normale de la vie d'une femme, on valorise l'harmonisation des processus normaux « autant le processus que le résultat » (Lemay, p.84). Le *care* permet de basculer de l'intérêt individualiste envers l'enfantement à l'idée de besoin faisant référence à l'aspect culturel et à une préoccupation sociale. Un enfantement qui se passe bien et qui valorise la femme dans ses capacités augmente l'attachement, la confiance, le lien avec son enfant et diminue les risques de dépression post-partum, etc. (Lemay, 2017). L'approche de l'éthique du *care* conçoit la naissance comme un événement unique ayant des particularités différentes à chaque fois. Pour faciliter la compréhension des valeurs et des désirs de la femme, la relation est entretenue entre la personne responsable médicalement de la femme et elle-même. C'est une relation d'égal à égal qui se raffine dans les semaines précédentes à la naissance. Un lien de confiance s'établit. Les besoins sont partagés sans jugement et la professionnelle ou le professionnel s'est assuré de pouvoir répondre aux besoins de la femme adéquatement. Le contact de la personne qui s'occupe de son bien-être se fait dans la bienfaisance et l'empathie. Il y a un retour continu du ressenti de la femme par rapport aux soins qu'elle reçoit. Ses critiques sont les bienvenues puisqu'elles permettent l'amélioration, l'adaptation et le changement. Pour assurer la faisabilité de cette approche l'ensemble des conditions de travail, les règlements et les consignes à suivre y sont adaptées.

3.4.4. Dimension politique du *care*

L'éthique du *care* a un réel pouvoir de transformer la pensée sociale et politique. Cependant, « nous ne serons capables de transformer le statut du *care* et le statut de ceux qui font le travail du soin que si nous l'envisageons sous un angle politique » (Tronto, 2009, p. 206). Cette transformation passe par un changement des valeurs partagées permettant de mieux définir nos principes moraux et, ultimement, d'élargir la vision de notre société par rapport aux soins. La société, en générale, est régie par « les valeurs de la performance, la concurrence et l'autonomie » (Paperman & Molinier, 2011, p. 191). Une prise de conscience de ces valeurs sociales permet la modification et l'évolution dans la « conception que nous avons du soi, [...] des relations avec les autres » (Tronto, 2009, p. 212), et de la société en général.

L'approche du *care* ne tente pas d'influencer le continuum de la grossesse, enfantement et maternité, elle en est déjà un aspect fondamental. Elle rappelle l'interdépendance des humains dans l'ensemble des étapes de la vie. L'interprétation du *care* d'un point de vue politique ignore l'aspect de dépendance dans un esprit fataliste. Conséquemment, l'ensemble des individus vont, à un moment ou un autre dans leur vie, vaciller de l'état d'indépendance à celui de dépendance et de l'état de donneur à celui de receveur. « La dépendance, à certains moments et sous certains aspects, ne conduit pas nécessairement à une dépendance dans tous les domaines de la vie. [Ainsi, le rôle des travailleuses et travailleur du *care* vise à] mettre fin à la dépendance et non pas d'en faire un état permanent » (Tronto, 2009, p. 213). En prenant conscience de cette réalité d'interdépendance entre tous les individus indépendamment de leur statut, la vision envers les autres change et permet de les considérer autrement.

L'approche du *care* fait la lumière sur le fait que dans notre société certaines personnes « soient dans l'obligation de travailler pour que d'autres puissent parvenir à leur autonomie et à leur indépendance » (Tronto, 2009, p. 215). Cette réalité est cachée en raison de la distinction qui est faite entre la sphère privée de la sphère publique et le fait que les

activités relatives au *care* sont éclatées dans différentes sphères de la vie privée. Ce qui porte à croire que dans notre société certaines responsabilités doivent être davantage supportées par l'individu que par la société elle-même. Conséquemment, de nombreux aspects du soin sont devenus difficiles à définir et à comprendre en raison de cette distinction. L'approche du *care* comme un idéal politique permet de valider la pertinence d'une telle séparation entre sphères publique et privée.

Penser l'approche du *care* à partir d'un angle politique encourage les individus dans un « sentiment d'engagement moral plutôt que dans une attitude de détachement » (Tronto, 2009, p. 214). L'engagement moral permet de reconnaître certains enjeux, dont ceux des inégalités entre les individus. Ainsi, l'approche du *care* a le potentiel de transformer en enjeux politiques, des dilemmes théoriques comme les inégalités qui sont encore à ce jour des enjeux non reconnus. Ce passage qu'offre le *care* permet de reconnaître à valeur égale tant les activités relatives à la sphère privée que celles relatives à la sphère publique. L'approche du *care* dans une éthique de la naissance permet de réfléchir à la pertinence de reconnaître la même importance aux sages-femmes qu'aux omnipraticiennes ou omnipraticiens en périnatalité et qu'aux gynécologues-obstétriciennes ou gynécologues-obstétriciens

3.5. AUTRES CONSIDÉRATIONS

L'époque qui nous obligeait à subir tous les aléas de la vie sans défense est révolue et nous sommes, en tant que citoyens modernes, en mesure de faire la distinction entre nos pratiques d'hier et celles d'aujourd'hui. Trop souvent, ceux qui défendent le droit des femmes à donner naissance comme elles le souhaitent, en marge du système de santé, sont mal vus et critiqués. Pourtant, il est possible d'atteindre un juste milieu entre la médicalisation non justifiée d'une naissance et celle dans un milieu éloigné où il n'y a aucun accès à une professionnelle ou un professionnel. Il n'est pas plus recommandé de faire un accouchement

non assisté (ANA) qu'il est recommandé de faire une césarienne qui n'est pas nécessaire médicalement. Un juste milieu entre les deux extrêmes est souhaité.

En considérant les éléments énoncés dans ce mémoire à propos du respect de la physiologie du processus d'enfantement et à la lumière de l'importance de savoir reconnaître un processus d'enfantement qui se déroule bien de celui qui ne se passe pas bien, Odent suggère que la parturiente soit isolée avec comme seule témoin « une sage-femme expérimentée, silencieuse, assise dans un coin et qui tricote » (Odent, 2016b). Le calme, la confiance, l'expérience de cette femme influence la parturiente et lui donne accès à l'univers de l'enfantement dans toute sa simplicité.

3.5.1. Le temps de la naissance

Il y a des milliers d'années, l'homme a tranquillement commencé à dominer la terre. Débutant par l'agriculture et l'élevage, il a peu à peu pris le contrôle sur ce qui l'entoure. La progression du désir de domination a évolué, nous conduisant, entre autres, à la manipulation des gènes. « La domination de la nature et la domination d'autres groupes humains devinrent les bases des stratégies de survie » (Odent, 2016a, p. 26). On en vient à croire que c'est la seule façon de faire et que nous nous devons de « dompter la nature, de dominer ses forces avant que ce ne soit elle qui maîtrise l'humain » (Rivard, 2014, p. 76). En reconsidérant la nature comme une alliée, l'accès à un univers qui respecte davantage les désirs et les besoins des femmes est possible.

La société moderne nous encourage à être productifs et performants. Pourtant, bien que le temps soit un « concept universel » (Lemay, 2017, p. 84), tout le monde ne l'interprète pas de la même façon. Conséquemment, le rapport au temps durant l'enfantement doit être adapté à la réalité de celui-ci. Lorsqu'une naissance a lieu, il est possible de savoir quand elle commence, mais impossible d'estimer lorsqu'elle sera terminée. L'enfantement « exige un rapport au temps qui respecte le temps biologique (un processus singulier d'une durée indéterminée) » (Lemay, 2017, p. 84).

En repensant le temps selon deux conceptions distinctes, le « chronos » et le « kairos », on arrive à mieux comprendre à quoi correspond le temps durant l'enfantement. Tout d'abord, le temps dit « chronos » est celui qui est « programmé, le temps linéaire, le temps répétitif » (Pelletier, 2001), celui qui fait le jour et la nuit, les saisons, le calendrier, etc. Il représente la gestion du temps. Quant au kairos, il est considéré comme une expérience inexplicable « qui est hors de la durée » (Encyclopédie de L'Agora pour un monde durable, 2012). Il est décrit « comme une expérience sans début et sans fin, qui unit le passé et le futur dans un maintenant profondément ressenti » (Bélanger-Lévesque, 2020, p. 151). Pour vivre le temps kairos, encore faut-il être ouvert à la complétude de l'être, à l'interconnexion, à l'acceptation de soi, etc. Il est question d'une expérience à la fois forte et puissante, mais également délicate et fragile. Pour faire référence aux notions déjà abordées dans ce mémoire, ce type de temps s'apparente à la capacité de la femme d'abandonner son objectivité et son côté rationnel pour laisser place à ses émotions, à son ressenti et à son cerveau reptilien. Cette conception du temps doit être celle qui prédomine lors de la mise au monde.

Une autre façon d'aborder le temps serait de parler du « temps horticole » (Bardacke, 2012, p. 83). Celui-ci possède ses propres lois, soit celles de la nature et du processus du monde des vivants : la croissance, le vieillissement et la mort. Plusieurs conditions échappent à notre contrôle, il faut donc apprendre à vivre avec elles en les accueillant telles qu'elles sont. Ce « rythme de la nature » s'oppose au « rythme industriel » qui nous est majoritairement plus familier. « Ce temps, calé sur l'écoulement des secondes, des minutes et des heures, nous apparaît plus stimulant et nous entraîne à vivre à une cadence plus effrénée » (Bardacke, 2012, p. 83). Nos habitudes et leur évolution au cours des derniers siècles, comme vus dans le chapitre 1, ont encouragé les femmes à donner naissance dans une structure organisée, dirigée par un « rythme industriel ». Cette évolution a transporté l'enfantement, comme l'explique Rivard, d'un phénomène intrinsèquement privé et intime, à un univers public, une conséquence de la médicalisation des naissances (Rivard, 2014, p. 62). Cependant, nous sommes tous des êtres vivants qui évoluent plutôt au « rythme de la nature », et ce, pour tous les phénomènes qui nous habitent, dont la grossesse, la naissance et les premiers mois du bébé. Ce sont des expériences qui imposent ce rythme. En le respectant,

il est possible de se réconcilier avec cette conception du temps et de savourer toutes ses subtilités instinctives.

Prendre le temps d'écouter le récit des femmes demande d'être dans un espace-temps qui ne calcule pas, qui n'est pas défini. Offrir la place nécessaire, un espace de dialogue propice au partage d'émotions dans une expérience de vie implique d'être disposé et à l'écoute. Le temps est un allié important et non négligeable à l'élaboration d'une éthique de la naissance inspirée des approches vues précédemment. Concrètement cela implique de reproduire un environnement intime pour faciliter la mise au monde. Lemay propose de penser aux besoins présents pour dormir; l'enfantement est comme le sommeil, car les mêmes conditions sont nécessaires. Hors du temps qui passe, l'endroit choisi doit en être un calme et intime dans lequel la pénombre et la chaleur sont omniprésentes (Lemay, 2017, p. 85). De nombreuses études ont démontré que « l'environnement influence l'expérience de l'accouchement et agit même sur son déroulement » (Lemay, 2017, p. 93). *care*.

3.5.2. Choisir sa professionnelles ou son professionnel et choisir d'être accompagnée

En explorant les différentes façons qui nous mènent à croire à un changement d'habitudes et de conceptions, un élément auparavant incontestable devient tout à coup questionnable : la présence d'une professionnelle ou d'un professionnel ou même d'une équipe d'experts pendant l'enfantement. « Le premier obstacle à surmonter est la croyance bien enracinée selon laquelle le besoin de base de la femme qui accouche est la présence d'une personne spécialisée ». (Odent, 2016a, p. 34) En partant du fait que l'assistance auprès de la femme enceinte ou de la parturiente est un conditionnement et non une nécessité, nous sommes en mesure de nous questionner réellement sur son obligation. Odent considère que le « besoin d'être accompagnée serait l'effet de la peur, de la douleur et du désir de se conformer aux normes culturelles » (Odent, 2016a, p. 21). Est-ce possible et accepté dans notre réalité actuelle de choisir l'enfantement autonome aussi appelé accouchement non

assisté (ANA)²² sans avoir peur du jugement des autres ou de l'aspect de la responsabilité du bien-être de ce bébé à naître? Considérant les nombreux travaux de recherche consultés pour rédiger ce mémoire, la réponse est non. Toujours avec la même considération scientifique, il n'est pas plus raisonnable, à la lumière des nombreuses études réalisées sur la naissance, d'accepter de donner naissance dans un endroit inconnu, avec des inconnues ou des inconnus qui se relayeront pour la surveillance de l'enfantement, avec des professionnelles ou des professionnels qui cherchent des anomalies et appliquent des protocoles, et où le ressenti de la femme n'est pas pris en compte.

Le choix de l'entourage est loin d'être anodin. D'ailleurs, l'issue de la naissance « sera largement influencée par le praticien » (Gaskin, 2012, p. 395), qui influence à son tour les choix. Dans l'étude de Gagnon, les participantes ont pris des décisions concernant leur suivi de grossesse et le lieu de naissance de leur enfant après avoir « consulté Internet [consulté leur] médecin de famille [ou encore en parlant à] des amies ou des membres de [la] famille » (Gagnon, 2017, p. 89). La décision semble parfois précipitée; pourtant, le choix d'une professionnelle ou d'un professionnel « n'est pas toujours un processus rapide » (Gaskin, 2012, p. 397). Il faut prendre le temps de s'informer, de rencontrer des professionnels et professionnelles, et de choisir en fonction de ses valeurs, de ses désirs. Une approche narrative auprès de la professionnelle ou du professionnel permet de faire naître le « ressenti pendant et après » (Gaskin, 2012, p. 405) les rencontres, ce qui permet de faire un choix judicieux. Il est important de discuter et d'échanger sur le vécu de la professionnelle ou du professionnel. Connaître des récits de cette personne permet de connaître en partie sa vision de l'enfantement. De plus, les récits permettent non seulement de développer une meilleure relation, mais également s'assurer d'un partage de valeurs.

Au Québec, jusqu'en 1999, la seule option légale possible était de donner naissance auprès des professionnelles et des professionnels en milieu hospitalier : médecin de famille accoucheur (omnipraticien) ou obstétricien-gynécologue. Encore aujourd'hui, les femmes

²² <https://www.journaldequebec.com/2019/02/09/accoucher-comme-a-lepoque-des-filles-de-caleb>

qui se demandent où elles vont accoucher sont peu nombreuses « tant il est évident, pour elles, que ce sera à l'hôpital » (Brabant, 2013, p. 88). Pourtant, il est possible de nos jours de donner naissance auprès d'une sage-femme.

Les éléments à considérer pour choisir une professionnelle ou un professionnel varient : état de santé de la mère et du bébé, probabilité du risque, notion de danger, désirs et attentes, etc. « Le motif de la sécurité est constamment invoqué, malgré plusieurs études démontrant que la pratique sage-femme et l'accouchement hors centre hospitalier sont tout aussi sécuritaires » (Hatem et al cité dans Gagnon, 2017, p. 91). « La recherche récente associe systématiquement des taux d'interventions obstétricales réduits aux lieux de naissance faisant peu appel à la technologie » (Lemay, 2017, p. 78). Pourtant, la croyance populaire résiste à cette réalité. En valorisant davantage l'autonomie et l'autonomisation des femmes, les choix seront faits selon une conception réaliste du danger, et ce, en respectant les valeurs et les désirs profonds reliés à la conception de l'enfantement pour ces femmes.

Les sages-femmes sont des bachelières d'une formation de quatre spécialisées uniquement dans la grossesse, l'enfantement et l'allaitement. En 2020, leur disponibilité est limitée en raison, entre autres, de leur popularité grandissante; environ 5 % (Simard, 2019) des femmes qui accouchent sont en mesure d'être suivies par une sage-femme. Les sages-femmes considèrent que la « continuité des soins, le choix éclairé, la pratique fondée sur des données probantes ainsi que la santé et le bien-être de la dyade mère-bébé » (Ordre des sages-femmes du Québec, s. d.) sont des éléments importants. Elles valorisent l'autonomie et l'autonomisation de la femme dans leur approche et tentent de ne pas intervenir durant la mise au monde. L'étude de Gagnon démontre que « les services et la pratique des sages-femmes demeurent encore méconnus » (Gagnon, 2017, p. 91).

L'omnipraticienne ou l'omnipraticien en périnatalité, aussi appelé médecin de famille accoucheur, pratique en centre hospitalier. Cette personne travaille pour « l'humanisation des soins en périnatalité, sur la continuité dans le suivi obstétrical, pédiatrique et familial, et sur la globalité des soins » (Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec, 2009). Elle est formée pour assister activement les parturientes. Plusieurs manœuvres sont prévues

durant les naissances et plus précisément durant l'expulsion du bébé. Bien que plusieurs considèrent la naissance comme un phénomène normal, elle est tout de même prête à intervenir selon la conception du risque vu au deuxième chapitre. Conséquemment, elles interviennent durant la mise au monde.

Finalement, la gynécologue-obstétricienne ou le gynécologue-obstétricien est une personne qui se spécialise dans le fonctionnement du système génital féminin (Association des obstétriciens et gynécologues du Québec, 2018). Celles-ci sont spécialisées dans la grossesse et la naissance, mais plus spécifiquement dans les pathologies qui peuvent y être reliées : diabète de grossesse, pré-éclampsie, décollement placentaire, placenta prævia, multipare, siège, etc. Elles sont des spécialistes des maladies qui peuvent rendre la grossesse et/ou l'enfantement plus difficiles, voire impossibles. Ce sont également celles qui sont formées pour utiliser le forceps et pratiquer des césariennes.

La distinction entre ces trois professions est cruciale. En déterminant leurs besoins et leurs conditions de santé, les femmes sont en mesure de choisir une professionnelle ou un professionnel qui correspond exactement à leur situation, à leurs désirs et leurs valeurs. Il n'est pas plus opportun pour une femme qui n'a aucune condition particulière d'être suivie par une gynécologue-obstétricienne ou un gynécologue-obstétricien qu'il ne l'est pour celle qui a des problèmes de santé connus et qui pourraient mettre en danger sa vie ou celle de son bébé d'être suivie par une sage-femme. Cependant, un nombre important de femmes sont suivies par un gynécologue-obstétricien alors qu'elles n'ont nul besoin d'une professionnelle ou d'un professionnel avec une telle spécialisation puisque leur état et leur santé sont stables.

Aujourd'hui, les futures mères, plus informées qu'auparavant, partagent leur désir d'obtenir des soins habituellement pratiqués par des sages-femmes, par exemple la naissance dans une autre position que le décubitus dorsal, la poussée physiologique, le clampage tardif du cordon, l'allaitement physiologique, etc. Ces demandes sont avantageuses pour la mère et le bébé et elles ont été démontrées scientifiquement. Cependant, la professionnelle ou le professionnel n'est souvent pas en mesure d'offrir ces types de soins, pour diverses raisons : soit il n'a jamais vu ces pratiques lors de sa scolarité, soit il ne les pratique pas et n'a pas

développé sa capacité à faire certaines manœuvres. Quoi qu'il en soit, la multiplication de ces demandes auprès du corps médical et l'augmentation du souhait des femmes d'avoir accès à un suivi auprès d'une sage-femme, et ce, partout au Québec (Duchesne, 2018), occasionnent des remises en question des pratiques courantes. Toujours est-il que « la détermination de la mère à être actrice de son accouchement » (Gaskin, 2012, p. 397) et la valorisation de son autonomie et son autonomisation permet une naissance plus libre, correspondant à ses désirs et ses attentes.

3.6. CONCLUSION

Les quatre approches explorées dans ce chapitre proposent de penser la naissance avec la femme plutôt que pour la femme. Celles-ci encouragent la pratique à replacer la femme au centre de l'expérience d'enfantement, à accepter la vulnérabilité associée à la naissance d'un enfant, à respecter le rythme qui est différent de celui de nos vies modernes, à faire confiance au processus physiologique, etc. Ces approches représentent une éthique de la naissance souhaitée. La première approche, celle de la bioéthique et de l'éthique médicale, porte un regard global sur le système de santé et met l'emphase sur le respect des quatre grands principes du soin : l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice. Ainsi, cette approche a une perception globale de la manière d'aborder une relation professionnelle dans un contexte d'enfantement. Elle permet à la femme de faire des choix éclairés dans une relation de confiance avec sa professionnelle ou son professionnel. Cette personne souhaite contribuer au bien-être de la femme en lui exposant de manière adéquate les objectifs clairs de son approche, et ce, de manière ouverte et adaptée aux particularités de la femme.

La deuxième approche qui contribue à la création d'une éthique de la naissance est celle de l'éthique professionnelle. Cette approche se concentre sur la professionnelle ou le professionnel et sa responsabilité. L'encouragement de l'autonomie de la femme contribue à une relation de confiance et harmonieuse entre la femme et la professionnelle ou le

professionnel. Ainsi, le modèle de l'éthique professionnelle peut évoluer vers celui de la coopération. Ce modèle pallie les défaillances du modèle d'expert qui impose une forme de paternalisme et une éviction de la femme de la prise de décision. Le modèle de coopération offre une recherche de solution commune à toutes les parties prenantes de manière égalitaire. L'éthique professionnelle définit les huit principes d'une éthique professionnelle assurant la place centrale de la femme dans l'expérience d'enfantement.

L'approche narrative permet quant à elle de faire ressortir des facettes nouvelles d'une situation afin de mieux la comprendre. De nouvelles façons de faire peuvent apparaître en valorisant et en utilisant les récits des femmes pour partir de ce qu'elles veulent et de la manière dont elles conçoivent l'enfantement qu'elles souhaitent vivre. Ceux-ci permettent de repenser l'enfantement, d'offrir des solutions, de critiquer ce qui est à améliorer et encouragent le changement. L'implication de nouveaux intervenants comme les accompagnantes à la naissance est une manière de redonner de l'importance à la pluralité des récits, à la diversité des perspectives sur l'enfantement et à leur valeur pédagogique. Ils ont une pertinence inestimable pour faire évoluer la conception de l'enfantement vers une éthique de la naissance.

Finalement, l'approche de l'éthique du *care* fait la distinction entre deux manières de réfléchir les enjeux d'une situation donnée. Dans un premier temps de manière plutôt rationnelle, puis dans un deuxième temps avec le souci de maintenir la relation avec l'autre. De ces deux manières de voir les choses découlent respectivement la sphère publique et la sphère privée. Cette dernière est depuis longtemps dévalorisée et peu reconnue. Conséquemment, il semble que la sphère publique impliquant une réflexion rationnelle est la seule et unique alternative. L'approche du *care* vise à revaloriser une approche basée sur le maintien de la relation avec l'autre et la valeur de l'intimité et du caractère unique, singulier et personnel de la sphère privée. Cette approche représente directement le contact avec la femme. Tout d'abord, elle donne une importance toute particulière à la vulnérabilité de la femme dans un processus de mise au monde. Puis elle démontre que la dépendance d'un individu ne doit pas être vue comme un état permanent, mais plutôt comme un état passager.

L'approche du *care* en redéfinissant la considération de l'autre a le pouvoir de transformer la pensée sociale et politique et d'intégrer réellement une éthique de la naissance dans les pratiques.

Ces approches ont été choisies pour traiter l'ensemble du processus, des gens qui sont inclus et ultimement ce qu'ils représentent. Ces quatre approches permettent de considérer autrement la mise au monde et de donner de l'importance à la question posée au début du chapitre : à quoi voudrait-on que ressemble la mise au monde? Une forme de remise en question s'est installée en intégrant un doute dans la pratique de la médicalisation des naissances. Ultimement, « la prise de conscience de cette dissonance conduit [...] à la recherche de plus d'unisson » (Legault, 1999, p. 89). S'ajoutant les unes aux autres, ces approches ont le potentiel de faire changer les pratiques au cœur du système en développant les balises d'une éthique de la naissance. Cependant, le système n'est pas le seul acteur dans la définition de ce qu'est l'enfantement. Les femmes ont un rôle et une responsabilité tout aussi importants. Elles doivent s'informer, réfléchir aux valeurs qui leur sont propres, aspirer à une autonomie et une liberté de choix. Bref, un changement de paradigme doit inclure l'ensemble des parties. Favoriser les approches abordées dans ce chapitre faciliterait l'accès au pouvoir de l'enfantement et renforcerait le sentiment de réalisation des femmes, faisant ainsi d'elles des personnes mieux accomplies au sens de plus complètes.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Une des motivations importantes qui a présidé à la réalisation de ce mémoire de recherche est de contribuer à changer le paradigme dominant de l'enfantement qui a quasi dépossédé la femme de cet acte, de ce processus qui devrait lui appartenir en entier. Plusieurs témoignages de femmes rapportent en effet des expériences d'enfantement traumatisantes, peu valorisantes, dégradantes, sans valeur, etc., qui font ressortir les lacunes du système actuel et amènent à reconsidérer l'ensemble des soins et des individus impliqués dans le processus. Penser une éthique de la naissance est apparu comme une piste de réflexion prometteuse pour concevoir la naissance centrée sur la femme donnant naissance. D'où la question éthique posée par cette recherche : que veut-on que soit la mise au monde? Plus précisément : à quelles valeurs veut-on qu'elle corresponde?

Pour répondre à cette question, il a fallu d'abord comprendre l'histoire de l'enfantement trop souvent inconnue. Cette histoire permet de retracer l'origine de certaines pratiques, leurs motivations, leurs justifications et de juger de leur validité pour aujourd'hui lorsqu'elles persistent. Parfois supportées et renforcées par la religion, d'autres fois inspirées par des pratiques antérieures, influencées par certaines croyances et étudiées selon les connaissances de l'époque, on a vu que ces pratiques obstétricales demeurent orchestrées par l'être humain qui, même animé des meilleures intentions, cherche toujours à dominer les processus naturels. Cette conception de la naissance comme processus insuffisant en lui-même a encore un effet sur nos pratiques en mettant en avant la médicalisation des naissances. L'histoire de la naissance a permis de mieux comprendre d'où proviennent les habitudes de prendre en charge l'enfantement dans son entièreté. On a pu voir que l'enfantement pris en charge par les femmes a progressivement été accaparé par les hommes au fur et à mesure que la science s'y est intéressée; ce qui a mené à la médicalisation des naissances imposée par une conception pathologisée de l'enfantement. Peu à peu,

l'enfantement a été associé davantage à une maladie qu'à un processus naturel, ce qui a encouragé la prise en charge complète du processus et des femmes par le fait même.

Ensuite, il a fallu s'interroger sur les pratiques actuelles. Les taux d'interventions montent en flèche et rendent de plus en plus inaccessible une naissance simple, physiologique, naturelle et instinctive. Il en découle entre autres des actes non désirés, des comportements inopportuns et un non-respect de l'autonomie des femmes. En étudiant et en critiquant la médicalisation des naissances, on comprend qu'elle n'est pas un gage de réussite, qu'elle n'offre pas le risque zéro et que pire encore elle augmente les chances de basculer vers une cascade d'interventions. La médicalisation des naissances soutire à la femme son rôle central durant l'enfantement et lui laisse un sentiment d'impuissance. L'omniprésence dans le système actuel de ce traitement envers les femmes a soulevé des enjeux de violence obstétricale et de sa dénonciation. Malgré les objections qu'elle soulève, la violence obstétricale existe bel et bien sous différentes formes : directe, indirecte et systémique. La distinction entre ces formes de la violence obstétricale a permis de définir de façon un peu plus juste ce phénomène qui s'évalue principalement de manière subjective. Il n'est donc pas nécessaire que tous s'accordent sur la nature violente d'un acte pour que la personne qui a vécu l'événement se soit sentie victime de violence obstétricale. Considérer la violence obstétricale comme un phénomène réel et présent permettrait au moins de nommer ce que l'on ne veut pas que soit l'enfantement : un événement réduit à un moment difficile à passer, auquel la femme ne peut se soustraire et peu de choix quant à la manière dont il se réalise.

Finalement, pour répondre à la question de recherche, il semblait important de penser une éthique de la naissance. Celle que nous proposons mobilise quatre approches. L'approche bioéthique et l'éthique médicale valorisent l'importance de quatre principes omniprésents dans le soin : l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice. Bien que ce soient tous des principes importants, c'est assurément le respect de l'autonomie des femmes qui a une grande importance dans le cadre d'un enfantement. L'autonomie des femmes permet de penser l'enfantement *avec* les femmes plutôt que *pour* les femmes, la base d'une éthique de la naissance. L'approche de l'éthique professionnelle est axée sur la coopération entre la

professionnelle ou le professionnel et la femme ce qui assure une prise en charge partagée du processus d'enfantement. Ainsi, chacune des parties a ses propres responsabilités; les femmes celles d'être informées et d'avoir réfléchi à leur projet, à ce qu'elles souhaitent, et la professionnelle ou le professionnel d'être présent, d'écouter la femme dans son expérience, d'adapter son approche et de proposer des interventions seulement si les circonstances sont médicalement prescrites. L'approche narrative utilise les récits des femmes et leur vécu pour adapter les soins et les services selon les désirs et les attentes nommées. Enfin, l'éthique du *care* pense l'enfantement d'un point de vue relationnel, mais aussi d'un point de vue politique qui revaloriserait la place du travail du *care*. Ensemble, ces approches permettent de penser autrement la mise au monde en rendant la femme autonome malgré la situation de vulnérabilité dans laquelle elle se trouve pendant l'enfantement. Ainsi, la femme peut occuper la place centrale dans son enfantement. Un changement dans les représentations de l'enfantement et dans les mentalités est de loin la clé de voûte vers un changement de pratique. Cependant, il ne suffit pas de souhaiter un changement de pratique de la part des institutions et des professionnelles et des professionnels. Comme il a été dit, les femmes ont également des responsabilités et leur rôle consiste à s'informer afin de pouvoir en toute autonomie participer aux décisions qui les concernent. Soutenues par leur entourage et encouragées par une représentation sociétale positive de l'enfantement, elles doivent se réapproprier leur corps et leur esprit dans cette grande aventure que représente la mise au monde.

Ce qui est apparu comme le plus important dans cette recherche c'est la valorisation de l'enfantement dans notre société. Pour que le modèle de médicalisation des naissances laisse place à un modèle qui place la femme au centre de l'enfantement, il faudra que les femmes elles-mêmes se donnent le droit de choisir le type d'enfantement qu'elles désirent plutôt que de se soumettre aux dictats de la médecine. Les choses sont en train de changer, on le voit, mais ces changements demeureront timides tant que les femmes n'exigeront pas d'enfanter autrement. Celles et ceux qui souhaitent vivre cette expérience le plus naturellement possible se butent à des obstacles de tailles: le difficile accès aux soins et le peu de valorisation sociale d'un enfantement physiologique, naturel et sans intervention. En

outre, la logique de rentabilité dans la dispensation des soins ne favorise pas le temps que prennent les enfantements physiologiques, naturels et sans intervention. Alors qu'on parle d'humanisation des naissances, les protocoles et les interventions sont toujours plus nombreux et restreignent à la fois les femmes et le personnel de santé au modèle prédéterminé d'une naissance dite normale. Un message contradictoire qui perdure. On aurait pu penser que la légalisation de la pratique des sages-femmes et leur professionnalisation iraient dans le sens d'une humaniser des naissances. C'est toutefois sans compter l'intérêt des médecins qui s'y sont opposés autant et aussi longtemps qu'ils l'ont pu, et qui continuent de le faire autrement. Il s'agit de voir comment sont traitées les sages-femmes par les médecins, notamment lorsqu'une femme doit être transférée à l'hôpital dans le cas d'une complication pour comprendre qu'elles n'ont toujours pas la reconnaissance qui leur est due. La hiérarchisation et la reconnaissance des domaines de l'enfantement sont fortement articulées selon le salaire et les interventions pouvant être pratiquées. La question dépasse donc celle d'une éthique de la naissance et devient politique.

C'est peut-être d'ailleurs parce que le modèle de la médicalisation des naissances est tellement bien implanté qu'on est, comme société, si peu proactif dans la création de maisons de naissances. Ce n'est pas le nombre ridicule de maisons de naissance qui va favoriser une ouverture du modèle de la mise au monde et l'accès à des accouchements naturels. Pourtant, on a vu que bien des raisons éthiques militent en ce sens. Mais il y a aussi des arguments économiques qui seront probablement plus efficaces à séduire les décideurs politiques : les maisons de naissance demandent peu d'équipements technologiques coûteux et le salaire des sages-femmes est encore – bien que cela puisse demander à être justifié – bien en deçà de celui des médecins.

Il aurait été intéressant de sonder, sur tous ces enjeux, le point de vue des professionnelles et des professionnels sur les pratiques actuelles, la définition de la violence obstétricale et leur perception des approches alternatives. C'est une (première) limite de ce travail. Les professionnels ne voient pas la violence obstétricale et ne peuvent pas la reconnaître parce qu'ils n'en partagent pas la définition. Il y a un écart important entre ce que

les femmes perçoivent et ressentent comme des actes violents et la perception qu'en ont les professionnelles et les professionnels. Rassembler les différentes perceptions de ces personnes permettrait une meilleure compréhension de leurs points de vue respectifs sur le processus d'enfantement et de leur définition de la violence obstétricale.

D'autres mémoires et thèses réalisés dans les dernières années se sont concentrés sur les témoignages de femmes; ils ont pu mettre en lumière la détresse des femmes et les problèmes du système actuel. Plusieurs chercheuses et chercheurs ont dénoncé la prise en charge complète de la médicalisation des naissances et le manque de considération envers les désirs et les souhaits des femmes pour leur enfantement. Pensons entre autres aux mémoires de Marie-Pier Landry et Mathilde Grenier. Ces chercheuses ont choisi de faire des entrevues pour illustrer le récit des femmes. Stéphanie St-Amant et Raymonde Gagnon allaient dans le même sens avec leurs thèses : rassembler des récits pour expliquer les lacunes du système actuel. Elles ont également abordé les avantages que nous aurions, en tant que société, à modifier nos pratiques. Quant à ce mémoire, il vise à aller un peu plus loin en proposant une piste de réflexion éthique. Il n'a pas la prétention de pouvoir révolutionner les pratiques et de régler l'ensemble des enjeux vécus par les femmes et le personnel de la santé. Toutefois, une éthique de la naissance ouvre à réfléchir autrement la mise au monde; elle rappelle notamment l'importance d'ajuster le soin pour diminuer les interventions, favoriser une meilleure expérience pour les femmes et réduire des coûts en santé. Les approches mobilisées dans le dernier chapitre de ce mémoire ne sont pas nouvelles pour le personnel médical. Mais leur application à l'enfantement peut l'être. La bioéthique, l'éthique médicale et l'éthique professionnelle sont les plus connues dans le milieu de la santé. Pourtant, ce ne sont pas toutes les professionnelles et tous les professionnels qui interprètent ces approches de la même façon. Il n'y a qu'à penser à l'approche professionnelle de l'expert encore répandue dans les milieux de soins (surtout chez les médecins) par rapport à l'approche de coopération que nous avons suggérée comme celle à prioriser dans un contexte d'enfantement. La responsabilité partagée offre l'occasion à la femme de prendre place au centre de la naissance. Pour ce qui est de l'approche narrative et du *care*, les professionnelles et les professionnels ne s'y sont pas nécessairement intéressés sous la forme proposée ou selon cette appellation.

Plutôt considérées comme des approches facultatives, elles font dans les faits entièrement partie de la solution pour humaniser les naissances. Elles ont un potentiel inestimable de formation, d'apprentissage et de partage. Les récits des femmes sont riches et permettent de ne pas répéter des comportements ou des actions qui influencent négativement le vécu d'enfantement. Elles permettent de revoir les pratiques et les améliorer. Une vision plus large au niveau politique permet de reconsidérer le travail du *care* et de le valoriser. Il rappelle la valeur de la vulnérabilité et sa normalité dans une société. Des aspects qui doivent être pris en considération dans un changement de paradigme.

Les ouvrages sont nombreux à aborder une éthique de la naissance sans nécessairement la nommer ainsi. En réalité, une telle éthique développe des moyens de repenser la naissance avec les femmes. C'est ce qu'ont tenté de faire les auteures et les auteurs, les chercheuses et les chercheurs avant ce mémoire. Ce dernier jette des bases claires et accessibles pour reconstruire la relation entre l'univers professionnel et les femmes. Malheureusement, il est insuffisant pour espérer des changements tangibles dans la pratique à court moyen terme. D'autres travaux de plus grande envergure pourraient permettre un tel changement. Une valorisation des recommandations faites par l'OMS en 2018 pourrait déjà être un avancement intéressant. Ce travail a tout de même le potentiel de favoriser et d'encourager les femmes à se responsabiliser dans leur expérience. Il encourage l'accompagnement des femmes par des accompagnantes à la naissance, permet une meilleure compréhension des différentes spécialités encourageant ainsi le développement du service sage-femme et la construction d'un plus grand nombre de maisons de naissance et renforce les convictions des professionnelles et des professionnels qui appliquent déjà une éthique de la naissance dans leurs pratiques.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Agence de la santé publique du Canada. (2009). *Ce que disent les mères: l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/pdf/survey-fra.pdf>
- Agence France-Presse. (2018, 17 avril). La statue d'un célèbre médecin déboulonnée à New York. *Le Nouvelliste*. Repéré à <https://www.lenouvelliste.ca/actualites/monde/la-statue-dun-celebre-medecin-deboulonnee-a-new-york-9dcca51e50716880bcf184352c49348e>
- Association des obstétriciens et gynécologues du Québec. (2018). Historique. Repéré à <http://www.gynecoquebec.com/historique.html>
- Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec. (2009). accueil. Repéré à <https://aopq.org/>
- Association québécoise des accompagnantes à la naissance. (2020). accueil. Repéré à <https://aqan-qad.com/>
- Baillargeon, D. (2004). *Un Québec en mal d'enfants : la médicalisation de la maternité, 1910-1970*. Montréal, Qc: Éditions du Remue-ménage.
- Bardacke, N. (2012). *Se préparer à la naissance en pleine conscience (2e ed.)*. Paris, France: Le courrier du Livre.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2008). *Les principes de l'éthique biomédicale*. Paris: Belles Lettres. Repéré à <http://international.scholarvox.com/book/88808765>
- Bélangier-Lévesque, M.-N. (2020). *Le processus spirituel des femmes vivant un accouchement vaginal face à la question de l'anesthésie épidurale. Entre faire face à l'inconnu et accoucher de moi-même*. (Thèse de doctorat). Repéré à <https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/17218?fbclid=IwAR3FIcSuUybE2rnxE-TJk0jGHAIO-IHzxo89MeL7Eb8REgbObXeJvCqzw0A>
- Bourassa, M.-È. (2020). DPA - Mythes et vérités sur la date prévue d'accouchement. Repéré à <https://www.mamanpourlavie.com/grossesse-maternite/pratico-pratique/11071-dpa-mythes-et-verites-sur-la-date-pr-vue-d-accouchement.thtml>

- Brabant, I. (2013). *Une naissance heureuse : bien vivre sa grossesse et son accouchement* (Nouv. éd. mise à jour). Anjou, Qc: Fides.
- Braunstein, J.-F. (2014). Bioéthique ou philosophie de la médecine ? *Revue de métaphysique et de morale*, 82(2), 239-256. doi: 10.3917/rmm.142.0239
- Brugère, F. (2011). *L'éthique du « care »*. Paris, France: Presses universitaires de France.
- Buckley, S. J. (s. d.). *Les risques cachés de la péridurale (ou épidurale)*. Repéré à <http://naissancelibre.fr/wp-content/uploads/2011/05/LesRisquesCachesDeLaPeridurale-Buckley.pdf>
- Cahill, H. A. (2001). Male appropriation and medicalization of childbirth: an historical analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 33(3), 334-342. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01669.x
- Canadian Institute for Health. (2018). Childbirth Indicators by Place of Residence. Repéré à https://apps.cihi.ca/mstrapp/asp/Main.aspx?Server=apmstrextpd_i&project=Quick%20Stats&uid=pce_pub_fr&pwd=&evt=2048001&visualizationMode=0&documentID=7FA1013E11DF67A7001000804F1D38A0&fbclid=IwAR07MCVSGkZ_pGPYuBsONsxq4ZC-H1tEOj9QCoKzGBO_KTJTA14wOiWp9R8
- Carricaburu, D., Fournier, M., Kempeneers, M., Paicheler, G., & Collin, J. (2007). De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition. *Sociologie Et Sociétés*, 39(1), 123-144. Repéré à <https://www.erudit.org/fr/revues/socsoc/2007-v39-n1-socsoc1894/016935ar.pdf>
- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (2012). Ortolang: Outils et Ressources pour un Traitement Optimisé de la LANGue. Repéré à <http://www.cnrtl.fr/etymologie/>
- Charon, R. (2015). *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires de maladies*. Paris: Sipayat.
- Cherniak, D. (1981). Accoucher, se faire accoucher ou se faire avoir? *La vie en rose*(1), 48-49. Repéré à http://bv.cdeacf.ca/CF_PDF/LVR/1981/01mars/81930.pdf
- Confédération des syndicats nationaux. (2016). La pratique sage-femme peut faire économiser des millions. Repéré à <https://www.csn.qc.ca/actualites/sage-femme-economie/>
- Contegat, Y. (2018). Appelé le « père de la gynécologie », ce médecin torturait des esclaves noires pour ses expériences. Repéré à <https://dailygeekshow.com/gynecologie-james-marion-sims-experiences-esclaves-noires/>

- David, S. (2007). *Les accompagnantes à la naissance, Emergence d'une fonction ancestrale dans les sociétés modernes; L'exemple québécois*. (Mémoire de maîtrise, Université Paris 13). Repéré à <http://portail.naissance.asso.fr/memoires/SarahDavidMaster.pdf>
- De Koninck, M. (1990). La normalisation de la césarienne, la résultante de rapports femmes-experts. *Anthropologie et Sociétés*, 14(1), 25-41. doi: 10.7202/015110ar
- Deluzarche, C. (2021). Endorphines.^ *Futura Santé* Repéré à <https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/hormone-endorphines-3310/>
- Desrosiers, G., & Roy, F. (2002). Le système de santé au Québec bilan historique et perspective d'avenir. *Revue D'histoire De L'amérique Française*, 53(1), 3-18. Repéré à <https://www.erudit.org/fr/revues/haf/1999-v53-n1-haf217/005395ar.pdf>
- DicoDéfinitions. (2019). Ventrière. Repéré à <http://www.dico-definitions.com/dictionnaire/definition/30017/Ventriere.php>
- Divinsky, M. (2007). Introduction a la medecine narrative. *Canadian family physician*, 53, 209-211.
- Dubois, J., Mitterand, H., & Dautat, A. (2007). *Dictionnaire étymologique & historique du français*. Paris, France: Larousse.
- Duchesne, É. (2018, 21 avril). Des femmes de partout au Québec demandent un meilleur accès aux services de sage-femme. *Radio-Canada*. Repéré à <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1096546/femmes-partout-quebec-demandent-meilleur-access-services-sage-femme>
- Dundes, L. (1987). The Evolution of Maternal Birthing Position. *Public Health Then and Now*, 77(5), 636-641. Repéré à <https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.77.5.636>
- Encyclopédie de L'Agora pour un monde durable. (2012). Kairos. Repéré à <http://agora.qc.ca/Dossiers/Kairos>
- Fauconney, J. A. D. T. (1905). *L'oeuvre de chair et l'enfantement dans l'humanité : précocité, instinct sexuel, pudeur, union sexuelle chez les peuples primitifs, posture et pratique de l'accouchement chez tous les peuples / docteur Caufeynon*. Librairie des connaissances médicales (Paris).

- Fayerman, P. (2019). Move away from episiotomies in childbirth is hurting some women, says UBC-led study. Repéré à <https://vancouver.sun.com/news/local-news/move-away-from-episiotomies-in-childbirth-is-hurting-some-women-says-ubc-led-study>
- Filiatrault, F., Désy, M., Leclerc, B., Institut national de santé publique du Québec, & Bibliothèque numérique canadienne. (2015). *Référentiel de valeurs pour soutenir l'analyse éthique des actions en santé publique*. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2010_Referentiel_Valeurs_Analyse_Ethique.pdf
- Flynn, C., Damant, D., Bernard, J., & Lessard, G. (2016). Entre théorie de la paix et continuum de la violence : réflexion autour du concept de la violence structurelle. *Revue canadienne de service social*, 33(1), 45-64. doi: <https://doi.org/10.7202/1037089ar>
- Frydman, R., Gélis, J., Atlan, H., & Matignon, K. L. (2013). *La plus belle histoire de la naissance*. Paris, France: Robert Laffont.
- Gagnon, R. (2017). *La grossesse et l'accouchement à l'ère de la biotechnologie : l'expérience de femmes au Québec*. (Thèse de doctorat). Repéré à https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/19996/Gagnon_Raymond_2017_these.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Gaskin, I. M. (2012). *La naissance naturelle - retrouver le pouvoir de son corps*. Paris, France: Mama Editions.
- Gélis, J. (1977). Sages-femmes et accoucheurs: l'obstétrique populaire aux XVIIe et XVIIIe siècles. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 32(5), 927-957.
- Gelly, M. (2019, 6 juillet). Cauchemar au cabinet, Ce qu'en pense la profession. *la presse* +. Repéré à http://plus.lapresse.ca/screens/b9a80c59-a858-4b39-af8b-65233c502a8d_7C_0.html
- Gineste, C. (2017). *L'impact du sexisme sur la qualité des soins en gynécologie*. (Mémoire de maîtrise). Repéré à http://dante.univ-tlse2.fr/4379/16/gineste_coline_M22017.pdf
- Giroux, N., & Marroquin, L. (2005). L'approche narrative des organisations. *Revue française de gestion*, 31(159), 15-44. doi: 10.3166/rfg.159.15-44
- Goulet, D., & Gagnon, R. (2014). *Histoire de la médecine au Québec, 1800-2000 : de l'art de soigner à la science de guérir*. Québec, Qc: Septentrion.

- Gouvernement du Canada. (2000). *Rapport sur la santé périnatale au Canada*. Repéré à <http://publications.gc.ca/collections/Collection/H49-142-2000F.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2008). *Politique de périnatalité*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-918-01.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2019). Fiche du terme - Accouchement dirigé. Repéré à <http://www.thesaurus.gouv.qc.ca/tag/terme.do?id=113>
- Gupta, J. K., & Nikodem, C. (2000). Maternal posture in labour. *European Journal of Obstetrics and Gynecology*, 92(2), 273-277. doi: 10.1016/S0301-2115(99)00272-9
- Halliday, A. C. (1995). Safer Childbirth? A Critical History of Maternity Care [recension]. *Journal of Advanced Nursing* 21, 1027-1027. doi: 10.1046/j.1365-2648.1995.21051024-8.x
- Hourcade, A. (2018). Vertus du patient et éthique des vertus. *Ethics, Medicine and Public Health*, 6, 1-11. doi: 10.1016/j.jemep.2018.06.001
- Institut canadien d'information sur la santé. (2020). Statistiques éclair, indicateurs d'accouchement selon le lieu de résidence. Repéré à https://apps.cihi.ca/mstrapp/asp/Main.aspx?Server=apmstrestxprd_i&project=Quick%20Stats&uid=pce_pub_fr&pwd=&evt=2048001&visualizationMode=0&documentID=7FA1013E11DF67A7001000804F1D38A0&fbclid=IwAR0kVfbJHEoXUaDahSTPZ7I31AxpFnFsFyvCdZqa-QDEuB8Ib6H0877BBW4E
- Institut de la statistique du Québec. (2019). *Données sociodémographiques en bref*. Repéré à <https://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/bulletins/sociodemo-vol23-no3.pdf#page=3>
- Institut National de Santé Publique du Québec. (2019). *Portail d'information périnatale, adaptation*. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/information-perinatale/adaptation-a-la-parentalite-pour-accompagner-les-parents.pdf>
- Institut National de Santé Publique du Québec. (2021). Déclenchement du travail. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/information-perinatale/fiches/declenchement-du-travail>
- Jaunait, A. (2003). Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. *Raisons politiques*, 11(3), 59-79. doi: 10.3917/rai.011.0059
- Journet, D., Gaucherand, P., & Doret, M. (2012). Score de Bishop modifié par la parité pour le déclenchement du travail à terme : une étude rétrospective. *Journal de*

- Gynecologie Obstetrique et Biologie de la Reproduction*, 41(4), 339-345. doi: 10.1016/j.jgyn.2012.03.010
- Jovic, L. (2012). L'Histoire pour connaître le passé, comprendre le présent et se projeter dans l'avenir. *Recherche en soins infirmiers*, 109(2), 5. doi: 10.3917/rsi.109.0005
- Kayem, G. (2015). Déroulement du travail : quelles définitions de la normalité ou de la dystocie ? *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 43(4), 319-323. doi: 10.1016/j.gyobfe.2015.02.016
- Keel, O. (2000). *L'Avènement de la médecine clinique moderne en Europe*. Montréal, Qc: Les Presses de l'Université de Montréal.
- La Collective 28 mai, & Regroupement naissance-Renaissance. (2020). Stop violences obstétricales et gynécologiques - Québec. Repéré à <http://stopvog.org/temoignages/je-me-suis-sentie-trahie-abandonnee-et-extremement-violentee-par-son-geste/>
- Labrecque, M. (2018). *Expériences négatives d'accouchements décrites par des femmes ayant accouché en milieu hospitalier: les liens avec le concept des violences obstétricales*. (Mémoire de maîtrise). Repéré à https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/21340/Labrecque_Mariane_2018_memoire.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Laforce, H. (1985). *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*. Québec, Qc: Institut québécois de recherche sur la culture.
- Lahaye, M.-H. (2018). *Accouchement les femmes méritent mieux*. Paris, France: Michalon.
- Landry, M.-P. (2019). *Expériences de violence obstétricale en milieu hospitalier québécois: une analyse féministe intersectionnelle*. (Mémoire de maîtrise). Repéré à <https://corpus.ulaval.ca/jspui/handle/20.500.11794/37091>
- Langlois, L. (2008). *Anatomie du leadership éthique : pour diriger nos organisations d'une manière consciente et authentique*. Québec, Qc: Les Presses de l'Université Laval.
- Larousse. (2019). Violence. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>
- Le Breton, D. (1990). *Anthropologie du corps et modernité*. Paris, France: Presses universitaires de France.
- Le trésor de la langue française. (s.d.). Obstétrique. Repéré à <http://atilf.atilf.fr/dendien/scripts/tlfiv5/advanced.exe?8;s=3375801180;>

- Legault, G. A. (1999). *Professionnalisme et délibération éthique : Manuel d'aide à la décision responsable*. Québec, Qc: Presses de l'Université du Québec.
- Lemay, C. (2017). *La mise au monde : revisiter les savoirs*. Montréal, Qc: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Lenoble-Pinson, M., & Leroy, F. (s.d.). *Les dessous étymologiques de la sage-femme*. Repéré à <https://www2.ulb.ac.be/facs/medecine/sbhm/documents/fernandleroy.pdf>
- Leroy, F. (2001). *Histoire de naître: De l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé*. Bruxelles, Belgique: De Boeck Supérieur.
- Lévesque, S., Bergeron, M., Fontaine, L., Rousseau, C., Deschênes, C., des Rivières, M.-J., ... Lampron, E.-M. (2018). La violence obstétricale dans les soins de santé : une analyse conceptuelle. *Recherches féministes*, 31(1), 219-238. doi: 10.7202/1050662ar
- Martin, E. (2001). *The woman in the body*. Boston, Ma: Beacon Press.
- Mauriceau, F. (1681). *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées : enseignant la bonne & véritable méthode pour bien aider les femmes en leur accouchements naturels, & les moyens de remédier à tous ceux qui sont contre nature, & aux indispositions des enfans nouveaux-nés... (Reprod.) / composé par François Mauriceau*. chez l'auteur (Paris). Repéré à <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k57713z/f4.item>
- MCE Conseils. (2016). *Accouchement avec sages-femmes ou accouchement par des médecins*. Regroupement des sages-femmes. F. d. professionnelles. Repéré à https://www.csn.qc.ca/wp-content/uploads/2016/05/2016-05-04_sagefemmes_CSN.pdf
- Mederi, S. (2018, 18 octobre). Non, le Québec n'est pas à l'abri de la violence obstétricale. *Le soleil*. Repéré à <https://www.lesoleil.com/opinions/non-le-quebec-est-pas-a-labri-de-la-violence-obstetricale-e1d0b9e6c91d597e25c4170dee5a8b73>
- Mederi, S. (2019, 24 mai). Rompre le silence contre les violences obstétricales. *Le devoir*. Repéré à <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/555066/sante-rompre-le-silence-contre-les-violences-obstetricales>
- Michel, C., & Squires, C. (2018). Entre vécu de l'accouchement et réalité médicale : les violences obstétricales. *Le Carnet PSY*, 220(8), 22-33. doi: 10.3917/lcp.220.0022
- Montazeau, O. (2010). L'industrialisation de la naissance. *Spirale*, 54(2), 91-111. doi: 10.3917/spi.054.0091

- Morau, E., Bonnal, A., & Deras, P. (2011). Césarienne, allaitement et douleur. *REVUE DE MEDECINE PERINATALE*, 3(3), 141-147.
- Moreau, A. (2001). De l'homme au père: un passage à risque. *Dialogue*, 2(152), 9-16.
Repéré à <https://www.cairn.info/revue-dialogue-2001-2-page-9.htm>
- Morris, R. W. (2002). L'approche narrative: Penser avec sa propre histoire et avec les histoires d'autrui. Dans N. Bouchard (Éd.), *Pour un renouvellement des pratiques d'éducation morale. Six approches contemporaines* (pp. 135-169). Sainte-Foy, Qc: Presses de l'Université du Québec.
- Naissance-Renaissance, R. (2019, 6 juillet). Le collège des médecins refuse d'écouter les femmes. *La Presse +*. Repéré à http://plus.lapresse.ca/screens/a253b152-b7ed-4d49-a237-79e43307a174_7C_0.html
- Nélaton, C. (2015). La philosophie dans l'éthique narrative. Narration, prise de décision et souffrance morale. *Ethics, Medicine and Public Health*, 1(4), 558-564. doi: 10.1016/j.jemep.2015.10.008
- Odent, M. (2016a). *L'Humanité survivra-t-elle à la médecine?* Forges les Bains, France: Myradis.
- Odent, M. (2016b). *Pour un accouchement rapide et facile* [Vidéo]. Repéré à <https://www.youtube.com/watch?v=EY7NI0IAIdA>
- Office québécois de la langue française (2012). Le grand dictionnaire terminologique (GDT). Repéré à <http://www.granddictionnaire.com/index.aspx>
- Ordre des sages-femmes du Québec. (s. d.). Philosophie et normes de pratique. Repéré à <http://www.osfq.org/quest-ce-qu'une-sage-femme/philosophie-et-normes-de-pratiques/>
- Organisation mondiale de la Santé. (2015). Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne. Repéré à http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161443/WHO_RHR_15.02_fre.pdf?sequence=1
- Organisation mondiale de la Santé. (2018). *Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement: transformer le soins des femmes et des nourrissons pour améliorer leur santé et leur bien-être: résumé*. Repéré à <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272434/WHO-RHR-18.12-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Paperman, P. (2010). Éthique du care: Un changement de regard sur la vulnérabilité. *Gerontologie et Société*, 133(2), 51-61.
- Paperman, P., & Molinier, P. (2011). L'éthique du care comme pensée de l'égalité. *Travail, genre et sociétés*, 26(2), 189-193. doi: 10.3917/tgs.026.0189
- Pelletier, D. (2001). S'orienter dans un monde incertain Dans D. Pelletier (Éd.), *Pour une approche orientante de l'école québécoise: Concepts et pratiques à l'usage des intervenants*. Québec, Qc: Septembre éditeur. Repéré à http://www.lareussite.info/wp-content/uploads/2015/03/t_01.pdf
- Petit, E. (2014). Ethique du care et comportement pro-environnemental. *Revue d'économie politique*, 124(2), 243-267. doi: 10.3917/redp.242.0243
- Phan, E., & Evrard, A. (2017). À propos du débat sur les violences obstétricales. Position du CIANE. *Revue de médecine périnatale*, 9(4), 201-202. doi: 10.1007/s12611-017-0444-6
- Pierron, J.-P., & Tappolet, C. (2015). Imaginer plus pour agir mieux. L'imagination en morale chez Carol Gilligan, Martha Nussbaum et Paul Ricoeur. *Ateliers de l'éthique*, 10(3), 101-121. doi: 10.7202/1037653ar
- Pignol, J., Lochelongue, V., & Fléchelles, O. (2008). Peau à peau : un contact crucial pour le nouveau-né. *Spirale*, 46(2), 59-69. doi: 10.3917/spi.046.0059
- Platon. (1903). *Théétète* (traduit par J. Burnet). Repéré à <http://remacle.org/bloodwolf/philosophes/platon/theetefr.htm>
- Quantik Mama. (2020). Accoucher dans le vortex de la naissance. Repéré à <https://quantikmama.com/accoucher-dans-le-vortex-de-la-naissance/>
- Racinet, C. (2005). Positions maternelles pour l'accouchement. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 33(7), 533-538. doi: 10.1016/j.gyobfe.2005.05.022
- Radio-Canada. (2018). L'OMS prône une démedicalisation de l'accouchement. Repéré à <https://ici.radio-canada.ca/premiere/emissions/l-heure-du-monde/segments/entrevue/59559/accouchement-naturel-oms-femme-sante-naissance-cesarienne->
- Régie de l'assurance maladie du Québec. (2018). *Manuel des médecins spécialistes rémunération à l'acte*. Repéré à <http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/syra/medecins-specialistes/150-facturation-specialistes/manuel-specialistes-remuneration-acte-RFP.pdf#page=3>

- Regroupement Les sages-femmes du Québec. (2018). Historique du RSFQ. Repéré à <https://www.rsfq.qc.ca/historique>
- Rivard, A. (2013). Le risque zéro lors de l'accouchement : genèse et conséquences dans la société québécoise d'un fantasme contemporain. *Globe*, 16(2), 27-47. Repéré à <https://www.erudit.org/fr/revues/globe/2013-v16-n2-globe01420/1025212ar/>
- Rivard, A. (2014). *Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne*. Montréal, Qc: Les Éditions du Remue-ménage.
- Robert, P., & Rey, A. (2001). *Le grand Robert de la langue française* (2e). Paris, France: Dictionnaire le Robert.
- Romero, R. (2016). Giants in Obstetrics and Gynecology A profile of Emanuel A. Friedman, MD, DMedSci. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 215(4), 413-414. doi: 10.1016/j.ajog.2016.07.034
- Rondeau, D. (2014). Le développement du savoir éthique dans les organisations: quel modèle privilégier? Dans L. Bégin (Éd.), *Cinq questions d'éthique organisationnelle* (pp. 65-99). Montréal, QC: Nota bene.
- Rossignol, M., Boughrassa, F., & Moutquin, J.-M. (2012). *Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque*. Repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ObstetriqueGynecologie/ETMIS_2012_Vol8_No14.pdf
- Rozenberg, P. (2005). Comment informer sur la voie d'accouchement une patiente ayant un antécédent de césarienne ? *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 33(12), 1003-1008. doi: 10.1016/j.gyobfe.2005.10.001
- Rulquin, J. (2014). *Enquête de satisfaction auprès de 55 femmes ayant accouché post-terme à la Maternité Régionale de Nancy*. (Mémoire de maîtrise). Repéré à http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MESF_2014_RULQUIN_JUSTINE.pdf
- Sánchez, S. B. (2014). *Obstetric violence: Medicalization, authority abuse and sexism within Spanish obstetric assistance. A new name for old issues?* (Mémoire de maîtrise). Repéré à <http://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/298064/Silvia%20Bellon%20Sanchez.GEMMA%20thesis.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

- Savard-Fournier, X. (2018, 7 mars). Le paiement des médecins à l'acte a des effets pervers, conclut une étude. *Radio-canada*. Repéré à <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1087263/etude-impact-remuneration-medecins-sante-quebec-systeme-imparfait>
- Schlumbohm, J. (2002). Comment l'obstétrique est devenue une science. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 143(1), 18-30. doi: 10.3406/arss.2002.2851
- Simard, C. (2019, 28 mars). Pourquoi plus de femmes préfèrent accoucher ailleurs qu'à l'hôpital. *Radio-Canada*. Repéré à https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1160999/maisons-naissance-domicile-accouchement-femmes-grossesse-quebec?fbclid=IwAR0aZ4oizhQI-QAzfCeUMrbX71AbX9_ww3UNiS4ia1YWNxFUjbRISBm2Tys
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, Leduc, D., Biringer, A., Lee, L., & Dy, J. (2013). Déclenchement du travail. *Directive clinique de la SOGC*, (296).
- Spettel, S., & White, M. D. (2011). The Portrayal of J. Marion Sims' Controversial Surgical Legacy. *The Journal of Urology*, 185(6), 2424-2427. doi: 10.1016/j.juro.2011.01.077
- St-Amant, S. (2013). *Déconstruire l'accouchement : épistémologie de la naissance, entre expérience féminine, phénomène biologique et praxis technomédicale*. (Thèse de doctorat). Repéré à <http://www.archipel.uqam.ca/6134/1/D2593.pdf>
- St-Amant, S. (2015, 6 novembre). *Déconstruire le paradigme obstétrical Revendiquer une science sage-femme authentique*. Communication présentée au Congrès annuel de l'Association canadienne des sages-femmes, Montréal, Qc. Repéré à https://www.academia.edu/20268333/D%C3%A9construire_le_paradigme_obst%C3%A9trical_Revendiquer_une_science_sage_femme_authentique
- Stein, M. T. (2004). Benefits of a Doula Present at the Birth of a Child. *American Academy of Pediatrics*, 114(5), 1488-1491. Repéré à https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/114/Supplement_6/1488.full.pdf
- Thomas Léger, P., & Erin, S. (2010). *Système de paiement des médecin: bref de politique*. Repéré à <https://cirano.qc.ca/pdf/publication/2010RP-12.pdf>
- Tronto, J. C. (2009). *Un monde vulnérable : pour une politique du care*. Paris, France: Éditions La Découverte.
- Tronto, J. C. (2013). *Caring Democracy*. New York, NY : New York University Press.

- Vadeboncœur, H. (2005). L'humanisation des pratiques entourant l'accouchement est-elle limitée? *Le Médecin du Québec*, 40(7), 77-86. Repéré à <https://fmoq-legacy.s3.amazonaws.com/fr/Le%20Medecin%20du%20Quebec/Archives/2000%20-%202009/077-086Documentation0705.pdf>
- Valentini, H. (2010). Notre force de changements: Trente ans de transformations en périnatalité au Québec. *Le Périscope*, 14(1), 4-7. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2052547>
- Vernon, L. F. (2019). J. Marion Sims, MD: Why He and His Accomplishments Need to Continue to be Recognized a Commentary and Historical Review. *Journal of the National Medical Association*, 111(4), 436-446. doi: 10.1016/j.jnma.2019.02.002
- View, O. (2015). The Eight Principles of Patient-Centered Care. Repéré à <https://www.oneviewhealthcare.com/the-eight-principles-of-patient-centered-care/>
- Wall, L. (2006). The medical ethics of Dr J Marion Sims: a fresh look at the historical record. *Journal of Medical Ethics*, 32(6), 346-350. doi: 10.1136/jme.2005.012559
- Zielinski, A. (2010). L'éthique du care Une nouvelle façon de prendre soin. *Études*, 413(12), 631. doi: 10.3917/etu.4136.0631