

Université de Montréal

**La grossesse et l'accouchement à l'ère de la biotechnologie :
l'expérience de femmes au Québec**

par Raymonde Gagnon

Sciences humaines appliquées, Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.)
en sciences humaines appliquées

MARS 2017

© Raymonde Gagnon, 2017

Université de Montréal

Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée

**La grossesse et l'accouchement à l'ère de la biotechnologie :
l'expérience de femmes au Québec**

Présentée par :

Raymonde Gagnon

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Sylvie Fortin, PhD, Anthropologie, directrice de recherche, Université de Montréal
Gilles Bibeau, PhD, Anthropologie, membre du jury, Université de Montréal
Claudine Burton-Jeangros, PhD, Sociologie, examinatrice externe, Université de Genève
Violaine Lemay, PhD, Droit, présidente du jury, Université de Montréal
Céline Lafontaine, PhD, Sociologie, représentante du Doyen, Université de Montréal

Le 8 septembre 2017

Résumé

La grossesse et l'accouchement tout en étant des processus physiologiques sont néanmoins façonnés par la culture et les sociétés. La technologie associée à ces événements a crû parallèlement aux mouvements sociaux pour la démedicalisation de la naissance et la réappropriation de la maternité par les femmes, transformant ainsi leurs attentes et la manière dont elles les vivent. À l'ère de la biotechnologie, le vécu des femmes est en mutation. Elles abordent la grossesse avec des représentations construites au fil du temps, dans leur environnement familial et social. On peut penser que leur expérience se construit graduellement au passage des mois et marque le moment de l'accouchement. Dans un contexte où les technologies biomédicales occupent une place prédominante, nous avons cherché à comprendre comment les femmes vivent leur expérience de grossesse et d'accouchement. Pour cela, nous avons voulu cerner les représentations des femmes sur la grossesse et l'accouchement, ce qu'elles en savent concrètement, leur vécu, les pratiques autour de l'accouchement, et comment l'expérience en elle-même nous éclaire sur l'adéquation entre le sens et l'action.

Ce questionnement a donné lieu à une recherche qualitative et inductive. Des entretiens de type narratif ont permis de recueillir les propos de 25 futures mères à trois moments différents de leur expérience, soit durant la grossesse (2) et après leur accouchement (1), complétés par un journal de bord sur leur récit d'accouchement. La parole a été donnée à des femmes québécoises, vivant en milieu urbain et en région, pour qui les suivis de grossesse étaient assurés soit par des médecins, soit par des sages-femmes, et dont les lieux d'accouchement étaient variés (hôpital, maison de naissance, domicile). L'analyse s'appuie sur un cadre de référence phénoménologique contextualisé et se situe dans une perspective interdisciplinaire, en continuité avec des travaux issus de l'anthropologie, de la sociologie et de la philosophie de soins autour de la grossesse et de l'accouchement. Elle apporte un éclairage contemporain détaillé sur l'expérience des femmes en resituant celle-ci dans le contexte d'interactions où elle se déroule.

Généralement, c'est au début de la trentaine que le projet de maternité prend forme. Dès qu'elles se savent enceintes, les femmes choisissent le professionnel qui les suivra selon le lieu où elles envisagent d'accoucher : le centre hospitalier, la maison de naissance ou à domicile. Le besoin

de réassurance est fort. Pour le combler, elles se tournent alors vers la technologie. Toutes les femmes, sans égard au type de suivi, ont recours aux tests et examens de dépistage offerts durant la grossesse. La famille, en particulier la mère, l'entourage et les médias jouent un rôle important dans la construction des représentations fortement teintées par la médicalisation. Toutefois, les discours des femmes se polarisent et leurs pratiques divergent en ce qui concerne l'accouchement. Spontanément, elles entrevoient trois possibilités d'accouchement : naturel, avec péridurale ou par césarienne. Leurs attentes et le contrôle qu'elles pensent avoir ou non, la confiance en elles-mêmes et la relation avec les intervenants modulent leur expérience. L'environnement médical et la technologie modifient le processus d'accouchement et contribuent à créer un vécu parfois perturbateur pour les femmes qui laisse des empreintes.

Cette thèse permet de mieux comprendre l'expérience des femmes enceintes ou nouvellement accouchées et de cerner les représentations sociales et culturelles autour de cette expérience. Elle aborde l'élaboration du projet de maternité, documente les subjectivités et les points tournants dans la construction des représentations, les attentes et les espoirs entretenus par les femmes, leurs savoirs, les pratiques, leur rapport à la technologie ainsi que le vécu de la grossesse et de l'accouchement dans ses différents contextes de soins, de même que le sens que les femmes accordent à cette expérience.

Mots clés : grossesse; accouchement; expérience; phénoménologie; culture; représentation sociale; socio-anthropologie; anthropologie; sociologie; féminisme; psychologie; biotechnologie; technologie, médicalisation; périnatalité; obstétrique; sage-femme; femme; Québec

Abstract

The processes of pregnancy and childbirth even though they are biological, are nonetheless shaped by culture and society. The technology associated with these events has increased alongside the social movements for the demedicalisation of birth and reappropriation of maternity by women, thus transforming their expectations and the way in which they experience them. In an era where biotechnology is more and more present, women's experiences are undergoing profound change. They approach pregnancy with representations that they have formed over time from their family and social environments. It could be expected that over the months, their experience is shaped and it affects childbirth. In a context where biomedical technology occupies a predominant place, we tried to understand how women experience their pregnancy and childbirth. To this end, we wanted to identify the representations women have regarding pregnancy and childbirth, what they know in concrete terms, their experience, practices surrounding childbirth, and how their experience itself sheds light on the comparison between sense and action.

This questioning gave rise to qualitative and inductive research. Emanating from narrative-type discussions, answers were gathered from 25 future mothers at three different times during their experience: during their pregnancy (twice) and after childbirth (once). These answers were supplemented by a logbook of their account of childbirth. Women from Quebec, living in both urban and rural environments were invited to express their views. Both their pregnancy care (ensured either by physicians or midwives) and place of childbirth (hospital, birthing centre, home) were varied. The analysis is based on a contextualized phenomenological reference framework from an interdisciplinary viewpoint, in keeping with anthropological, sociological and philosophical studies regarding pregnancy and childbirth care. It sheds detailed contemporary light on women's experiences by placing them within the context of interactions in which they occur.

Generally, women begin their quest for motherhood in their early thirties. As soon as they know they are pregnant, women choose the professional who will follow them in accordance with where they want to give birth: the hospital, birthing centre or home. The need for reassurance is very strong. To meet this need, they turn to technology. Screening tests and examinations are

available to and used by all women during their pregnancy, no matter what type of follow-up they choose. The family, and more specifically the mother, as well as family and friends and the media play an important role in the building of representations strongly influenced by medicalisation. However, women's rhetoric polarizes and their practices differ regarding childbirth. Spontaneously, they consider three possible ways of giving birth: natural, with epidural or by Caesarean section. Their expectations and the amount of control they believe they have, their self-confidence and relationships with the various intervenors shape their experience. The medical environment and technology modify the childbirth process and contribute to creating experiences that are sometimes disturbing for women, leaving permanent marks.

This thesis helps us to better understand the experiences of pregnant women and new mothers and to identify social and cultural representations pertaining to these experiences. It covers the preparation of motherhood, documents subjectivities and turning points in the development of representations, expectations and hopes nurtured by women, their knowledge, practices, view of technology as well as their pregnancy and childbirth experience in various care contexts, as well as the meaning women give to this experience.

Keywords: pregnancy; childbirth; birth; experience; phenomenology; culture; social representation; social anthropology; anthropology; sociology; feminism; psychology; biotechnology; technology; medicalisation; perinatal; obstetrics; midwifery; woman; Quebec

Table des matières

Résumé.....	iii
Abstract.....	v
Liste des tableaux et des figures	xii
Liste des descripteurs et des abréviations	xiii
Remerciements.....	xv
Introduction.....	1
Chapitre I. Problématique, question de recherche et revue de littérature	5
1.1 Portrait de la situation et préoccupations actuelles	7
1.1.1 Fait biologique, social, culturel et technologique.....	7
1.1.2 Les mouvements sociaux et d’humanisation de la naissance	9
1.1.3 Des taux d’intervention qui inquiètent	10
1.1.4 De nouvelles technologies	11
1.1.5 L’accouchement : nouveaux questionnements, nouveaux enjeux.....	11
1.1.6 Un terrain fertile, des avenues à explorer	12
1.2 Question et objectifs de la recherche.....	13
1.3 À la conjonction des différents savoirs utiles à la compréhension.....	14
1.3.1 Les définitions de l’accouchement	15
1.3.2 Les études québécoises sur la grossesse et l’accouchement.....	19
1.3.3 Les études canadiennes sur la grossesse et l’accouchement.....	20
1.3.4 L’expérience de la grossesse et de l’accouchement	21
1.3.4.1 La grossesse.....	21
1.3.4.2 Le rapport au corps.....	22
1.3.4.3 L’accouchement	24
1.3.4.4 Le rapport à la douleur	25
1.3.4.5 Les peurs à l’égard de l’accouchement	26
1.3.4.6 L’environnement social et culturel.....	27
1.3.4.7 Choix, pouvoir, décisions.....	31
1.3.4.8 Le sentiment de satisfaction	33
1.3.5 Regards sur les technologies et la naissance	34
1.3.5.1 La médicalisation de la naissance	35
1.3.5.2 Les modèles autour de la naissance.....	36
1.3.5.3 La logique du risque	38
1.3.5.4 Les technologies actuelles en obstétrique et leur influence	41
1.3.5.5 Le discours féministe et son évolution	50
1.4 Conclusion et pertinence de la recherche	51

Chapitre II. Aspects méthodologiques et cadre d'analyse	53
2.1 Contexte théorique de la recherche	54
2.1.1 L'approche théorique.....	54
2.1.2 La phénoménologie avec une considération interactionniste.....	54
2.1.3 Les caractéristiques de l'approche phénoménologique	56
2.1.4 L'apport disciplinaire et posture épistémologique	57
2.1.5 L'interdisciplinarité	58
2.1.6 Le cadre de référence phénoménologique contextualisé.....	59
2.1.7 Les concepts clés	59
2.1.7.1 Médicalisation et biomédicalisation.....	59
2.1.7.2 Biopouvoir.....	62
2.1.7.3 Subjectivité et intersubjectivité	65
2.1.7.4 Représentations	66
2.1.7.5 L'approche interactionniste.....	67
2.2 La stratégie de recherche.....	69
2.2.1 La collecte des données	69
2.2.2 L'entretien de type narratif et le journal de bord.....	70
2.2.3 La population à l'étude.....	71
2.2.4 Les modalités de recrutement.....	72
2.2.4.1 Les critères d'inclusion et d'exclusion.....	73
2.2.5 Les femmes rencontrées	73
2.2.6 L'analyse des données	75
2.2.7 Les considérations éthiques.....	78
2.2.8 Les limites de la recherche	79
Chapitre III. Projet de maternité	80
3.1 Du projet à sa concrétisation	81
3.2 Projet d'enfant mûri ou impromptu.....	84
3.3 Devenir enceinte.....	85
3.4 Choix de lieux et de professionnels.....	89
3.5 Choix d'approche	91
3.6 Espoirs et craintes aux trois temps de l'expérience.....	95
3.6.1 Vivre la grossesse	95
3.6.2 Envisager l'accouchement.....	104
3.6.3 À proximité ou au moment de l'accouchement.....	110
3.7 Choix d'approche et type d'accouchement	110

3.8	Continuité/discontinuité avec le projet d'accouchement rêvé.....	112
3.9	Portraits types de trois femmes	114
3.9.1	Jessica.....	114
3.9.2	Isa	116
3.9.3	Wendy.....	118
3.10	Conclusion.....	120
Chapitre IV. Subjectivité/Subjectivités.....		122
4.1	Les représentations de la grossesse et de l'accouchement	123
4.1.1	La grossesse : des perceptions différentes et évolutives.....	123
4.1.2	L'accouchement.....	131
4.2	Avoir un enfant : une affaire de couple	138
4.3	Les lectures, Internet et les médias : leur contribution à la construction des représentations.....	143
4.4	Les futures mères et leur famille	146
4.4.1	Partager l'expérience avec sa famille	147
4.4.2	Les influences familiales	148
4.4.3	Histoire de naissance, histoires de famille.....	150
4.5	Les futures mères et les amis, l'entourage	154
4.5.1	Les amies : source de référence, de partage et d'influence	154
4.5.2	L'entourage.....	155
4.6	La rencontre avec les intervenants en obstétrique et en périnatalité	158
4.6.1	Le suivi avec un omnipraticien.....	158
4.6.2	Le suivi avec un gynécologue-obstétricien	159
4.6.3	Rencontres ponctuelles avec les infirmières.....	161
4.6.4	Le suivi avec une sage-femme.....	162
4.6.5	Rencontre avec des spécialistes et autres intervenants au centre hospitalier	164
4.6.6	Les autres intervenants ou thérapeutes alternatifs	164
4.6.7	La contribution des intervenants aux représentations de l'accouchement.....	165
4.7	Conclusion.....	167
Chapitre V. Attentes et contrôle.....		172
5.1	En grossesse	174
5.1.1	Attentes et réalité	175

5.1.2	Contrôler la qualité et programmer le jour J.....	176
5.1.3	C'est parti! ...à dans 9 mois	177
5.1.4	Perte de contrôle sur son corps, ses émotions, ses pensées	178
5.1.5	Contre vents et marées : s'adapter pour faire le passage.....	179
5.2	En prévision de l'accouchement.....	181
5.2.1	Impondérable ou processus involontaire	181
5.2.2	Appréhender ses réactions	183
5.2.3	Intervenants-Interventions	185
5.2.4	Chercher à avoir du contrôle et penser en avoir	189
5.2.5	Attentes pour l'accouchement	192
5.2.6	Planifier ou voir sur le moment	193
5.2.7	Un corollaire : la confiance	194
5.3	Et au moment de l'accouchement	196
5.3.1	L'accouchement rêvé- L'accouchement réel.....	196
5.3.2	La phase de latence.....	197
5.3.3	Confrontée au travail	198
5.3.4	Temps et rythme approprié.....	200
5.3.5	La douleur et le contrôle.....	202
5.3.6	La poussée : expérience intense.....	209
5.4	Accompagnement et soins lors de l'accouchement.....	210
5.4.1	Les soins médicaux-nursing	211
5.4.2	Le suivi sage-femme.....	214
5.5	Les décisions	216
5.6	Médication et interventions : source de perte de contrôle.....	219
5.7	L'influence de l'environnement	220
5.8	Peurs et contrôle	221
5.9	Corps bien fait ou corps meurtri.....	223
5.10	Résilience pour les femmes- Justification pour les intervenants.....	223
5.11	Conclusion.....	225
Chapitre VI. Savoirs et technologies		229
6.1	Les savoirs des femmes.....	230
6.1.1	La sémiologie corporelle, émotionnelle et les intuitions.....	232
6.1.2	Un savoir instinctif	233
6.1.3	La quête d'informations.....	234

6.1.4	Sources de savoir externes.....	235
6.1.5	L'information qui vient à vous, empreintes et agnotologie.....	240
6.1.6	Expérience des limites du savoir biomédical	242
6.1.7	Informations lors de l'accouchement : un contexte particulier	243
6.1.8	Les machines qui nous renseignent et l'appropriation du langage technologique	244
6.2	Technologies et grossesse	245
6.2.1	En quête de grossesse : la question de l'infertilité.....	245
6.2.2	Objectiver l'état de grossesse et être rassurée sur sa continuité	248
6.2.3	Dépistage génétique et dépistage de la trisomie 21 vu comme prévention	249
6.2.4	Se faire une image mentale et être rassurée sur la santé du fœtus.....	254
6.2.5	Les examens de routine et le suivi prénatal.....	256
6.2.6	L'appropriation de la technologie par les femmes et leurs conjoints	259
6.3	Accouchement et technologies.....	260
6.3.1	Interventions obstétricales : point de vue des femmes	261
6.3.2	Donner naissance selon trois perspectives.....	265
6.3.2.1	Donner naissance par césarienne.....	265
6.3.2.2	Accoucher sous péridurale.	268
6.3.2.3	Accoucher naturellement.....	272
6.4	Une prochaine grossesse, un prochain accouchement.....	276
6.5	Conclusion.....	278
	Conclusion	281
	Références.....	291
	Annexe A. Affiche de recrutement	323
	Annexe B. Guide d'entretien pour les trois temps d'entretien.....	325
	Annexe C. Données sociodémographiques des participantes.....	329
	Annexe D. Formulaire de consentement.....	333
	Annexe E. Tests et examens biomédicaux-Interventions obstétricales	336

Liste des tableaux et des figures

Tableau 1. Suivi de grossesse initié par les participantes par type de professionnel 71

Figure 1. Évolution de l'approche d'accouchement privilégiée ou vécue. 111

Liste des descripteurs et des abréviations

Les descripteurs :

Chacun des verbatims des participantes est accompagné d'un descripteur selon : l'âge, le profil sociodémographique, le choix d'approche au Temps 1 et ajout si changement au Temps 2, le professionnel pour le suivi de grossesse et le type d'accouchement vécu. Exemple : [Élise, 30 ans, serv., ind/nat, omni, ces]

Âge

Profil sociodémographique :

prof = professionnelle : exerce comme professionnelle dans le secteur de la santé, de l'administration, de l'éducation ou étudiante aux cycles supérieurs

serv = service : occupe un emploi dans le secteur des services ou en soutien dans un autre secteur

Choix d'approche : l'approche privilégiée au Temps 1 pour l'accouchement et ajout si changement au Temps 2 (dans ce cas, les deux approches sont reliées par le signe /)

nat = naturelle

med = médicale

ind = indécise

Professionnel pour le suivi de grossesse

sf = sage-femme

omni = omnipraticien

gyn = gynécologue-obstétricien

Type d'accouchement vécu :

nat = naturel (sans anesthésie et sans interventions)

nat-i = naturel (sans anesthésie mais avec des interventions médicales : ex. déclenchement, régularisation du travail, etc.)

med = médicalisé (anesthésie péridurale et autres interventions)

ces = césarienne

Les abréviations

ACSF	Association canadienne des sages-femmes
ASPC	Agence de santé publique du Canada
ASPQ	Association pour la santé publique du Québec
AVAC	Accouchement vaginal après césarienne
CH	Centre hospitalier
MN	Maison de naissance
CIUSSS	Centre intégrés universitaires de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CORAMH	Corporation de recherche et d'action sur les maladies héréditaires
CSBE	Commissaire à la santé et au bien-être
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec
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

Remerciements

Cette thèse a pu être réalisée grâce à la contribution de plusieurs personnes que je tiens à remercier du fond du cœur.

J'exprime toute ma reconnaissance à ma directrice, madame Sylvie Fortin, pour son accueil, sa disponibilité et ses judicieux conseils qui ont nourri ma réflexion et guidé ma démarche.

Merci à toutes ces femmes qui ont accepté de me partager leur expérience de grossesse et d'accouchement. J'espère avoir rendu justice à vos propos et donner voix à vos espoirs et vos aspirations afin qu'ils soient entendus.

Un immense merci à Richard, mon grand complice, pour ton amour, nos échanges et ton aide inestimable au quotidien. Merci à ma famille et à mes amis de m'avoir soutenue dans ma quête de connaissances, avec affection. Un merci tout spécial à Hélène, Stéphanie, Monique, Yanina et Jacinthe pour leurs précieux commentaires, à l'une ou l'autre des étapes de ce parcours.

Je tiens aussi à remercier le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada de m'avoir accordé une bourse d'études supérieures ainsi que l'Université du Québec à Trois-Rivières pour son appui dans la réalisation de ce projet. Merci également au Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et la famille (CEIDEF) pour le soutien apporté ainsi qu'à mes collègues du programme de baccalauréat en pratique sage-femme.

J'adresse mes remerciements aux membres du jury qui ont généreusement accepté de participer à l'évaluation de cette thèse.

*À mes petites-filles, Lydia et Mila
et à toutes les femmes de la prochaine génération*

Introduction

Porter un enfant et donner naissance font partie des expériences les plus significatives de la vie d'une femme. Par ailleurs, la grossesse et l'accouchement sont des processus biologiques universels qui s'inscrivent au sein d'une famille et d'une société. Ce qui les entoure se modifie en fonction de l'évolution de cette société et des cultures qui la traversent. Ainsi, au cours des années 80, on a assisté à des mouvements de revendication pour l'humanisation des naissances et la réappropriation des événements entourant la grossesse et l'accouchement par les femmes. C'est d'ailleurs dans cette foulée que la pratique des sages-femmes a été reconnue légalement au Québec. Or, aujourd'hui avec la place importante accordée à la technologie dans la société, nous pouvons nous demander comment conçoit-on la grossesse et l'accouchement?

Près de quarante ans plus tard, les rapports sanitaires nous informent que les taux d'interventions obstétricales ne cessent de croître, notamment celui de la césarienne (INESSS, 2012, OMS, 2016). La présence de nouvelles technologies et de nouveaux programmes d'exams de dépistage prénatal amène aussi les femmes à se poser des questions qu'elles n'avaient pas à envisager auparavant. Par ailleurs, lorsqu'il est question de mettre en place des mesures favorisant l'accouchement physiologique, dont les bienfaits sont de plus en plus démontrés, des intervenants évoquent le fait que les femmes elles-mêmes demandent le recours à la technologie (INESSS, 2012). On peut donc s'interroger sur la manière dont les femmes d'aujourd'hui vivent ces événements. Aussi, cette thèse porte sur l'expérience actuelle de la grossesse et de l'accouchement à l'ère de la biotechnologie, à travers le parcours de vie de femmes québécoises.

D'aussi loin que je me souviens, ce que vivaient les femmes lors de la grossesse et de l'accouchement m'a toujours fascinée. Enfant, j'ai questionné ma mère, puis mes tantes et toutes les femmes de mon entourage qui acceptaient de lever le voile, par bribes, sur leur expérience. À la fin des années 70, j'ai eu la possibilité d'assister à un premier accouchement dans un hôpital, en tant qu'étudiante infirmière. Émue, mais attentive à l'atmosphère générale, j'ai pris conscience d'une dichotomie. D'un côté, je pouvais palper l'émotion des parents vivant un événement profondément humain menant à l'accueil de leur enfant et, de l'autre, j'assistais à une opération quasi chirurgicale avec les artifices de circonstance de l'époque : habits verts, champs stériles et nombreux instruments chirurgicaux. Une question a alors émergé: pourquoi? Plus tard, devenue infirmière en obstétrique, puis accompagnante et finalement sage-femme,

j'ai eu le privilège d'accompagner plusieurs femmes au moment de leur accouchement. Mon questionnement, ponctué au fil des ans des récits de femmes qui ont bien voulu les partager avec moi, a toujours fait partie de ma quête durant mon parcours professionnel et de l'expérience de mes trois grossesses. Au moment d'entreprendre ma recherche, j'avais enfin l'opportunité de pousser plus avant ma réflexion, mais cette fois-ci, en tant que chercheuse, d'autant plus qu'on ne dispose pas de données récentes sur ce sujet au Québec. De plus, je souhaite améliorer nos connaissances afin de favoriser un meilleur accompagnement des femmes et des familles, et d'offrir une meilleure compréhension de l'expérience des femmes et des conditions psychosociales provoquées par l'avancement technologique.

Depuis les dernières décennies, la présence et l'usage accru de la technologie transforme les attentes des femmes et la manière dont elles vivent ces événements (Soliday, 2012). Dans une perspective sociale et culturelle, l'expérience de la grossesse et de l'accouchement constitue un enjeu important dans l'évolution de la société et nous renseigne sur celle-ci. On peut donc se demander comment les femmes québécoises perçoivent ces transformations. Est-ce que la technologie est devenue la norme? Comment celle-ci influence-t-elle leur expérience? Quelles sont les valeurs des femmes d'aujourd'hui? Quelles sont leurs attentes, craintes et espoirs en lien avec la maternité? Et comment ces dimensions sont-elles façonnées tout au long de leur parcours de vie?

Pour explorer ces aspects, une recherche qualitative avec une approche inductive et phénoménologique contextualisée a été menée. Des entretiens ont été réalisés avec 25 femmes primipares suivies par trois types de professionnels (gynécologue-obstétricien, omnipraticien, sage-femme), à trois moments différents de leur expérience (début et fin de grossesse puis après la naissance). Nous avons voulu comprendre en profondeur le vécu de ces femmes tout en mettant celui-ci en lien avec leur contexte de vie et de soins. Les savoirs issus notamment des disciplines de l'anthropologie et de la sociologie ont permis d'enrichir l'analyse par une perspective interdisciplinaire.

Cette thèse comporte six chapitres. Le premier décrit la problématique, la question de recherche et les objectifs de l'étude. Puis, un tour d'horizon de la littérature fait état des principales

connaissances sur l'expérience de la grossesse et de l'accouchement ainsi que des regards portés sur la technologie. Le deuxième chapitre présente la démarche méthodologique ainsi que quelques concepts utiles à l'analyse des résultats.

Avec le Chapitre III, nous abordons le projet de maternité des femmes, leurs choix d'un lieu et d'une approche pour donner naissance ainsi que les espoirs et les craintes présents durant leur cheminement. Le Chapitre IV fait ressortir l'expérience subjective des femmes quant aux rapports qu'elles entretiennent avec leur partenaire, leur entourage et les professionnels porteurs, eux aussi, de leur propre subjectivité. Le Chapitre V est consacré aux attentes des femmes tout au long de leur expérience et à la dimension de « contrôle » qui a fortement émergé dans nos données. Le Chapitre VI met en évidence les savoirs des femmes et leur rapport aux technologies obstétricales ainsi que ceux des professionnels qu'elles côtoient. Nous terminons en présentant les constats qui se dégagent de notre étude ainsi qu'en évoquant des pistes d'intervention ou de recherches futures.

Chapitre I

Problématique, question de recherche et revue de littérature

L'accouchement est d'abord un processus physiologique permettant à la femme de donner naissance à un nouvel être humain (Odent, 1990; Stables & Rankin, 2010). Toutefois, cette expérience s'est profondément transformée avec l'évolution de la science. Si l'avancée des connaissances et des techniques a permis et permet encore de sauver des vies, elle a aussi façonné et modifié fortement le vécu des femmes et des familles autour de la naissance. Au fil du temps, l'accouchement est devenu un acte médical (Leroy, 2002). Au cours des dernières décennies, les taux d'interventions obstétricales se sont accrus considérablement dans la plupart des pays industrialisés et continuent d'augmenter. Le nombre de césariennes ne cesse de croître au Québec (23,6 %) comme dans d'autres pays industrialisés (22 à 38 %), sans améliorer l'état de santé des mères et des nouveau-nés (Declercq *et al.*, 2011; OMS, 2005; 2016; Rossignol *et al.*, 2012). Par ailleurs, les récentes recherches ont permis de démontrer que l'accouchement physiologique ou naturel présentait de nombreux avantages pour les femmes et les nouveau-nés (Buckley, 2015; Downe, 2008). Or, la volonté de s'extraire de l'approche médicalisée et de se réappropriier les événements entourant la naissance avait largement été manifestée à travers les mouvements de femmes à la fin des années 70. C'est d'ailleurs pour faire suite à ces revendications que nous avons assisté à la résurgence des sages-femmes au Québec. Pourtant, de manière contemporaine, les femmes sont de plus en plus nombreuses à vivre un accouchement médicalisé. La définition même de l'accouchement se transforme au point de se réduire de plus en plus à la notion d'accouchement vaginal, et ce, sans égard aux interventions qui y sont liées.

Dans un contexte où les technologies sont omniprésentes à toutes les phases du processus de la grossesse et de l'accouchement, nous nous sommes interrogée sur la manière dont l'enfantement est vécu aujourd'hui. Nous exposons d'abord les différents aspects du sujet en abordant l'expérience multidimensionnelle de la naissance, les mouvements sociaux et d'humanisation qui ont émergé, les taux d'intervention et les nouvelles technologies ainsi que les nouveaux questionnements et enjeux autour de l'accouchement. Ensuite, nous présentons la question et les objectifs de la recherche. Puis nous dressons un état des connaissances à travers la littérature, en abordant les études québécoises et canadiennes, de même que différents travaux de recherche issus des sciences humaines qui nous ont permis de mieux comprendre l'expérience de la

grossesse et de l'accouchement, et de jeter un regard sur les technologies et la naissance. Finalement, nous décrivons succinctement le discours féministe et son évolution.

1.1 Portrait de la situation et préoccupations actuelles

La grossesse et l'accouchement ne sont pas uniquement d'ordre biologique, mais s'inscrivent dans un contexte social plus large soumis à divers mouvements. En outre, les interventions obstétricales et les technologies suscitent des questionnements et de nouveaux enjeux.

1.1.1 Fait biologique, social, culturel et technologique

La grossesse et l'accouchement sont des faits biologiques universels, façonnés par la culture et les sociétés dans lesquels les femmes vivent (Jordan, 1993). C'est une expérience multidimensionnelle à la fois physique, psychologique, sociale et spirituelle, et qui correspond aussi à des rites de passage caractérisés par des rituels variés ayant pour fonction de marquer une transition importante dans la vie d'une femme (Davis-Floyd, 2003; van Gennepe, 1909).

Or, à l'ère de la biotechnologie¹, le nombre d'interventions obstétricales ne cesse de croître au Québec tout comme dans la plupart des pays occidentaux (MSSS, 2008; Rossignol *et al.*, 2012) alors que des études et l'avis d'experts affirment que beaucoup d'interventions sont introduites sans preuve réelle de leur utilité ou de leur innocuité (Cherniak & Fisher, 2008; Klein *et al.*, 2009, 2011b). Les femmes participent peut-être à cette augmentation sans le réaliser pleinement. La littérature sociologique et anthropologique montre la tendance dans le discours médical à présenter les femmes comme étant celles qui demandent la technologie et les interventions (Murphy, 2011; Simonds *et al.*, 2007), alors qu'au contraire, d'autres études permettent de démontrer qu'elles acceptent des interventions, convaincues que c'est ce qui est le mieux pour leur bébé (Behague, 2002; Murphy, 2011; Osis *et al.*, 2001).

¹ Dans le présent contexte, « l'ère de la biotechnologie » fait référence à notre période contemporaine où un large éventail de techniques et de procédés fondés sur le génie génétique est utilisé dans différents domaines, dont celui de la santé (Bibeau, 2004; RCSF, 2012). Bien que les biotechnologies soient peu présentes dans le cas des grossesses survenues spontanément, l'ère de la biotechnologie, moment social historique, influence les manières de penser et transforme les faits de la vie (Ivry, 2015).

Héritiers d'un passé où les femmes ont été dépossédées des événements entourant leur grossesse et leur accouchement, où en sommes-nous aujourd'hui? Il faut se rappeler qu'au début du XX^e siècle, l'essor fulgurant de la science et de la technoscience marque l'avènement des sociétés industrialisées. Selon Michel Foucault (1976), l'action rationnelle pénètre toutes les sphères de la vie privée et de l'existence corporelle. Ces changements transforment profondément les représentations autour de l'accouchement et de la naissance, alors que la médecine s'impose dans le domaine obstétrical qui auparavant constituait surtout une affaire de femmes. Malgré l'apport positif des avancées médicales par rapport à certaines problématiques telles les hémorragies de la délivrance, la médicalisation de la naissance a par ailleurs eu pour effet de modifier l'accouchement en lui-même (Jacques, 2007; Wagner, 2001), de marginaliser les vécus féminins (Rivard, 2010) et la place accordée aux femmes dans ce processus (Descarries & Corbeil, 2002; Quéniart, 1987; West, 2011).

Dans le monde industrialisé, le progrès en obstétrique est mesuré par l'augmentation de l'intensité des interventions, l'emploi des nouvelles technologies et le revirement d'un domaine non médical appartenant à la femme vers une vision de spécialiste (Smeenk & ten Have, 2003). Toutefois, les avancées technologiques transforment le rapport au corps, modifient l'imaginaire de la grossesse et changent les rituels autour de l'accouchement et de la naissance (Davis-Floyd, 2003; Detrez, 2002; Han, 2015). Cherniak et Fisher (2008) soutiennent que, bien que la science ait contribué à développer une compréhension de la physiologie et de la pathologie, elle aurait encore à démontrer la supériorité de la normalité ou de la santé en ce qui a trait à la grossesse et à l'accouchement. Alors que la justification des pratiques obstétricales se perpétue bien que leurs bienfaits n'aient pas été démontrés, d'autres savoirs, en plus des sciences biomédicales, sont à mobiliser pour en arriver à une meilleure compréhension (Klein *et al.*, 2009, 2011b; Wagner, 2001).

Dans cette thèse, la grossesse et l'accouchement sont pensés en fonction des valeurs culturelles, lesquelles évoluent selon les changements sociaux survenant dans les sociétés (De Koninck, 1995; Jordan, 1993). Ainsi, avec l'utilisation des biotechnologies qui transforment la vision de l'univers, on peut penser que le vécu des femmes est en profonde mutation.

Penser la grossesse à l'ère de la biotechnologie fait émerger des questionnements nouveaux chez les femmes et leurs conjoints. De plus en plus, la norme dans nos sociétés est de subir plusieurs tests, dont celui du dépistage génétique, et ce, dès les premières semaines de la grossesse. Plusieurs femmes ou couples souhaitent d'ailleurs s'en prévaloir (West, 2011). Pourtant, malgré l'apport de la technologie qui améliore, il faut le reconnaître, la sécurité physique des femmes et des nouveau-nés dans certaines situations pathologiques, le sentiment de peur ne cesse de croître (Ramvi & Tangerud, 2011; van Teijlingen *et al.*, 2009). De plus, on constate que les femmes développent des stratégies pour essayer de tirer le meilleur parti de la gestion biomédicale afin de garder un contrôle sur leur vie (De Koninck, 1995) et ne pas y être assujetties (Faya Robles, 2012). Or, une grande question demeure : pourquoi avoir si peur de l'accouchement naturel à une époque où l'apport technologique offre des moyens pouvant être mis au service des femmes présentant de réelles difficultés?

1.1.2 Les mouvements sociaux et d'humanisation de la naissance

Les mouvements sociaux et « la turbulence », ou un certain désordre causé par des interférences sur l'ordre établi dans les manières de penser ou d'agir, ont souvent pour effet de faire jaillir de nouvelles idées, de nouvelles connaissances (Morin, 1990). Depuis quelques années, les mouvements écologiques alertent notre société sur l'urgence d'un questionnement sur l'environnement et sur le devenir humain. Des auteurs tels le philosophe Daniel Jacques (2004) et le scientifique Pierre Marsal (2002) parlent de la nécessité de l'émergence d'un humanisme capable de composer avec nos nouveaux savoirs technologiques. Autour de la naissance, l'ère des biotechnologies nous offre de plus en plus d'outils puissants pour corriger les erreurs ou faiblesses de la nature, dans le but de réaliser une évolution plus parfaite. Sommes-nous au carrefour de nouveaux questionnements en ce qui concerne la naissance et les pratiques qui l'entourent? Cette recherche s'inscrit dans cette forme de turbulence et entend éclairer cette grande interrogation.

À la fin des années 60, le mouvement social de retour à la nature et la montée du féminisme ont amené une remise en question du rapport de l'humain à la technologie, de la médicalisation et des pratiques entourant la naissance. Des groupes ont revendiqué l'humanisation des naissances, l'autonomie des femmes et la réappropriation de la maternité ainsi que les gestes et savoirs qui

y sont rattachés. C'est dans ce contexte que s'est développé le *contemporary midwifery model of birth* nord-américain (Davis-Floyd, 2003) qui a favorisé la résurgence de la pratique sage-femme au Québec (Desjardins, 1993; Laforce, 1985).

Bien que ces luttes demeurent asymétriques face au pouvoir biomédical dominant, on peut voir se profiler une tendance à allier « technologie » et « humain ». Les sociologues américaines Simonds et Rothman (2007) placent d'ailleurs cet espoir dans ce qu'elles appellent « les sages-femmes postmodernes » qui utilisent à la fois les moyens technologiques alliés aux connaissances ancestrales et qui font de la recherche sur les positions pouvant faciliter l'accouchement, tout ceci afin de : « She pulls together, across nations and times, across cultures and politics, whatever it is she needs to be with women » (Simonds & Rothman, 2007 : 298).

Cinquante ans plus tard, on observe que certaines pratiques de routine telles que le rasage vulvaire ou le lavement ont disparu, que des chambres de naissances existent dans les centres hospitaliers et que treize maisons de naissance ont été mises en place au Québec (Cherniak & Fisher, 2008; MSSS 2008; RSFQ, 2016). La majorité des femmes suivies par des sages-femmes accouchent naturellement², avec peu ou pas d'interventions, mais compte tenu du nombre restreint de sages-femmes, cela ne représente qu'environ 3 % des naissances de la province. Or, les interventions obstétricales (ex. : déclenchement, monitoring fœtal, péridurale) n'ont cessé de proliférer partout dans les centres hospitaliers québécois.

1.1.3 Des taux d'intervention qui inquiètent

En 2012, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) mandatait l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) pour documenter et produire un rapport sur les mesures prometteuses qui pourraient permettre de réduire les interventions obstétricales. On note dans ce rapport que : « L'alarme a été sonnée lorsque le taux croissant de césariennes a atteint au Québec, presque une naissance sur quatre et, dans certains pays, presque une naissance sur deux. » (Iglesias dans Rossignol *et al.*, 2012 : i), et ce, sans diminution des taux de mortalité périnatale et maternelle. Pourtant, le taux de césarienne jugé acceptable par l'OMS est de 10 à 15 % (OMS, 2014). Les conclusions du rapport de l'INESSS sont à l'effet

² C'est-à-dire sans anesthésie et sans interventions obstétricales, à moins d'une complication.

que la surveillance fœtale électronique, le déclenchement et l'accélération du travail ainsi que la césarienne sont des interventions qui pourraient être évitables. Les taux d'intervention varient selon les régions, ce qui laisse présager que les pratiques locales ont des répercussions énormes sur le déroulement de l'accouchement et de la naissance (ASPC, 2009; MSSS 2008; Rossignol *et al.*, 2012). Ainsi, la péridurale s'est rapidement implantée au Québec, variant entre 40 et 90 % selon les régions et les établissements. Il est reconnu que la péridurale n'a pas seulement un effet sur le soulagement de la douleur. Elle entraîne aussi une cascade d'interventions³ qui génèrent d'autres conséquences sur le déroulement de l'accouchement et de la naissance. Son usage répandu s'est également accompagné d'une perte de l'expertise dans le soutien apporté aux femmes par le personnel médico-nursing, ce qui est pourtant l'un des leviers majeurs identifiés par l'INESSS pour diminuer les interventions obstétricales (Rossignol *et al.*, 2012).

1.1.4 De nouvelles technologies

Depuis 2010, un autre changement majeur a été induit dans le paysage de la naissance au Québec avec l'introduction du programme de dépistage prénatal de la trisomie 21, que le gouvernement québécois a décidé d'offrir à toutes les femmes enceintes (MSSS, 2011). Ceci oblige les femmes et les couples à se positionner dès les premières semaines de la grossesse face à ce test qui leur est offert d'emblée. Quel impact cette nouvelle mesure a-t-elle sur le vécu des femmes durant la grossesse et comment cela influence-t-il l'issue du déroulement de leur expérience? De plus, les questions d'infertilité et de recours à la procréation assistée sont de plus en plus présentes dans l'actualité. Un programme québécois a même été mis sur pied en 2010 pour soutenir les demandeurs. Jusqu'où cette problématique est-elle au cœur des préoccupations des femmes? Voilà de nouveaux aspects importants à documenter.

1.1.5 L'accouchement : nouveaux questionnements, nouveaux enjeux

Au cours des dernières années, un débat a émergé autour de la question de l'accouchement normal au point que divers groupes ont jugé bon d'en donner une définition qui varie selon les différents milieux (Young, 2009). Dans le monde anglo-saxon, Le Royal College of Midwives

³ L'utilisation d'un type d'intervention est souvent associée à l'augmentation d'un autre type d'intervention. Ainsi, la surveillance fœtale électronique augmente le recours à la péridurale, à la césarienne et aux accouchements vaginaux instrumentalisés (INESSS, 2012).

a mis en place une campagne intitulée *Campaign for Normal Births* visant la réalisation de naissances normales pour la majorité des femmes. L'objectif de cette initiative est de promouvoir les meilleurs soins durant la grossesse, le travail, l'accouchement et la période postnatale. Les bons soins reçus ont une incidence sur la santé à court terme et à long terme, tout en présentant des conséquences sociales avantageuses pour les mères, les enfants, les familles et les communautés (RCM, 2016). Depuis les onze dernières années, une conférence internationale⁴ regroupant des professionnels de tous les pays intéressés à réfléchir et partager les résultats de recherche et des pratiques relatives à l'accouchement physiologique se tient annuellement pour faire contrepoids à l'augmentation des césariennes et des accouchements médicalisés. De son côté, la politique québécoise de périnatalité invite à réduire le nombre d'interventions obstétricales et mentionne l'importance d'avoir une organisation des soins « favorisant un accouchement physiologique naturel sans problèmes et une expérience positive de la naissance » (MSSS, 2008 : 53).

1.1.6 Un terrain fertile, des avenues à explorer

L'enquête canadienne sur l'expérience de maternité réalisée en 2006-2007 à l'aide d'un questionnaire, informe sur les réactions des femmes à la grossesse, et dresse un tableau sur l'information prénatale, les examens de dépistage, les pratiques de soins et les interventions, les habitudes de vie, le soutien social ainsi que sur la satisfaction à l'égard des soins reçus (ASPC, 2009). Bien que ce rapport présente des données intéressantes sur l'opinion et les comportements des femmes lors de la grossesse, l'accouchement et la période postnatale, il ne permet pas de comprendre en profondeur le vécu de ces femmes et de faire les liens avec leur contexte de vie d'une manière précise. Lors d'une recherche qualitative réalisée à Montréal et à Vancouver visant à documenter les connaissances des femmes sur la grossesse et de l'accouchement, Hivon et Jimenez (2007) ont été surprises de constater dans leurs propos que l'anonymat dans les soins autour de l'accouchement était très présent. Les auteures invitent à se pencher sur l'impact de la « culture de peur » et à créer des façons de la contrer, car le discours du risque semble omniprésent en périnatalité. Il leur est conséquemment apparu que seule une petite minorité de femmes semble encore capable de reconnaître le langage de la « normalité ».

⁴ Normal Labour and Birth Conference.

La médicalisation de l'accouchement, la technologie et les pratiques obstétricales continuent de transformer l'univers de la naissance. Dans l'espoir de dégager des connaissances, notre intérêt de recherche est de comprendre le vécu des femmes en tenant compte des aspects culturels et contextuels et de mieux saisir la place de la technologie dans leur expérience.

1.2 Question et objectifs de la recherche

Ces constats nous ont conduits à formuler la **question de recherche** suivante : Comment les femmes se représentent-elles et vivent-elles leur expérience de grossesse et d'accouchement dans un contexte où les technologies biomédicales occupent une place prédominante en obstétrique au Québec?

Et sous-questions :

Quelles sont leurs représentations de la grossesse et de l'accouchement et comment celles-ci se construisent-elles au fil du temps?

Quels sont leurs espoirs, leurs craintes et leur vécu aux trois temps de leur expérience?

Quels rapports entretiennent-elles avec la technologie et comment celle-ci influence-t-elle leur expérience?

Est-ce que leur vécu transforme leurs représentations et si oui comment?

Répondre à cette question nous a engagée dans un projet de connaissance qui touche les représentations des femmes sur la grossesse et l'accouchement, ce qu'elles en savent concrètement, leur vécu, les pratiques autour de l'accouchement, et comment l'expérience en elle-même peut éclairer l'équation entre le sens et l'action. Ce faisant nos **objectifs** de recherche sont les suivants :

- 1) Cerner les représentations culturelles et sociales des femmes autour de la grossesse, de l'accouchement et des technologies biomédicales;
- 2) Documenter les savoirs des femmes sur la grossesse et l'accouchement;
- 3) Documenter les pratiques et le vécu lors de la grossesse et particulièrement autour de l'accouchement lui-même dans différents contextes de soins;
- 4) Cerner le sens que les femmes accordent à cette expérience.⁵

⁵ Le sens correspond à la signification de l'expérience après l'avoir vécue, alors que les représentations se définissent par les perceptions que l'on se fait de quelque chose (Jodelet, 2006).

Cette quête de connaissances nous a conduites à faire une revue de la littérature autour de l'expérience de la grossesse et de l'accouchement ainsi que de la question de la technologie entourant la naissance. Notre intérêt s'est porté principalement sur les études issues des domaines de l'anthropologie, de la sociologie, des études féministes et de travaux touchants la philosophie, la psychologie et les sciences de la santé. Conformément à la méthodologie de la recherche de type inductif, un premier tour d'horizon a été réalisé, puis complété au moment de l'analyse alors qu'un éventail des connaissances pertinentes a enrichi notre réflexion.

D'emblée nous précisons les définitions employées pour l'accouchement et abordons les études québécoises et canadiennes reliées à la naissance. Ensuite, nous référons aux études portant sur l'expérience de la grossesse, sur le rapport avec le corps ainsi qu'à celles qui traitent de l'accouchement, en tenant compte de la dimension de la douleur, des peurs et de l'influence de l'environnement social et culturel entourant ces événements. Une attention a également été accordée aux études portant sur le choix, le pouvoir et les décisions pouvant être prises ou non par les femmes enceintes de même qu'à celles portant sur la satisfaction à l'égard du vécu. Suivent les écrits sur la médicalisation de la naissance, les modèles autour de la naissance, la logique du risque puis, les technologies actuelles et leur influence ont été examinés. Finalement, le discours féministe sur l'expérience des femmes et la technologie, en tenant compte de son évolution à travers le temps, a été exploré.

1.3 À la conjonction des différents savoirs utiles à la compréhension

Des savoirs issus de différentes disciplines viennent nourrir notre questionnement et éclairer la réflexion autour de la construction de notre projet. Ainsi, plusieurs anthropologues se sont penchés sur l'expérience culturelle de l'accouchement et de la naissance. Nous devons à Sheila Kitzinger (1962, 1982) une littérature abondante sur l'expérience de l'accouchement et les différences culturelles des pratiques autour de la naissance, la préparation à l'accouchement, les lieux d'accouchements et les soins sages-femmes. Jordan (1993) pour sa part, effectue une comparaison entre les conceptions de la naissance et les pratiques qui l'entourent dans différentes populations, alors que Robbie Davies-Floyd (2001, 2003) établit le lien entre le concept de rite de passage et les rituels que comporte l'accouchement en centre hospitalier ainsi que la description des modèles holistique, technocratique et humaniste de la naissance.

Des sociologues tels que Benoit *et al.* (2010), Christianens *et al.* (2011), De Vries (2001; 2004), Ivry (2007), Jacques (2007), Simonds, Rothman et Norman (2007) ont pour leur part fait des travaux sur les changements qui ont eu cours dans diverses sociétés. Ils ont mis en lumière que les événements « naturels » sont socialement structurés dans le cas des naissances (van Teijlingen, 2009). Ils se sont entre autres intéressés à leur mise en forme sociale et culturelle, aux résultats et à l'organisation des soins les entourant. Par contre, d'après Oakley (2016), les recherches en sociologie sont demeurées en périphérie de l'accouchement.

Les recherches féministes ont mis en lumière les rapports de genre et de pouvoir qui traversent l'expérience de la grossesse et de l'accouchement. Certains philosophes dont Smeenk et ten Have (2003) ainsi que West (2011) ont également contribué à enrichir notre compréhension de cette expérience. Des psychologues, des psychanalystes et d'autres spécialistes ont aussi effectué des travaux qui démontrent les impacts du vécu de la femme, lors de la grossesse et de la naissance, sur le devenir de l'enfant et de l'être humain (Cyrulnik, 2001; Dolto 1985; Odent, 2005). Enfin, plusieurs chercheurs dans le domaine de la périnatalité se sont intéressés à divers aspects de l'expérience des femmes, contribuant ainsi à l'avancement des connaissances.

Un premier tour d'horizon nous a permis de constater que l'accouchement lui-même revêt une variété de définitions. C'est pourquoi, nous les présentons dès les premières lignes.

1.3.1 Les définitions de l'accouchement

L'anthropologie nous montre une grande variété de compréhension et de définitions de l'accouchement selon les cultures (Jordan, 1993). La définition culturelle dominante et l'expérience de l'accouchement en Amérique du Nord, sont largement reconnues pour être médicales et technologiques à la fois dans la philosophie et la pratique (Young, 2009).

Pour les sociologues, parler d'accouchement « normal » implique un jugement de valeur (Ireland & van Teijlingen, 2013). Le terme « normal » peut aussi être interprété comme ce qui est communément expérimenté (Tully & Ball, 2013). Il n'y a pas de consensus international sur la définition de « **l'accouchement normal** » (White & Schouten, 2013) et le concept peut signifier différentes choses (Davis-Floyd, 2008 dans *ibid*). Selon White et Schouten (2013),

l'accouchement normal serait un accouchement sans intervention ni ingérence médicale ou technologique dans le processus physiologique qui ne peut émerger que suivant certaines approches de la grossesse et du début du travail. Devant la montée de la technologie, le besoin de définir l'accouchement normal s'est fait sentir et certaines organisations dans différents pays ont proposé des déclarations qui décrivent ce qu'est une naissance normale⁶. La déclaration de l'OMS (1997) concerne uniquement les accouchements à faible risque et considère que pour intervenir dans le processus naturel, il faut une raison valable :

Nous définissons une grossesse normale comme une grossesse [accouchement] dont le déclenchement est spontané, le risque est faible dès le début et tout au long du travail et de l'accouchement. L'enfant naît spontanément en position céphalique du sommet entre les 37^e et 42^e semaines de gestation. Après la naissance, la mère et le nouveau-né se portent bien. [...] Dans le cas d'une naissance normale, il faut une raison valable pour intervenir dans le processus naturel. (OMS, 1997 : 4-5)

Dans le contexte canadien, la société des gynécologues-obstétriciens du Canada (SOGC), organisme considéré comme la référence sur le plan obstétrical, a émis une déclaration de principes commune⁷ sur l'accouchement normal, en 2008 :

A normal birth is spontaneous in onset, is low-risk at the start of labour and remains so throughout labour and birth. The infant is born spontaneously in vertex position between 37 and 42+0 completed weeks of pregnancy. Normal birth includes the opportunity for skin–skin holding and breastfeeding in the first hour after the birth.

A normal birth does not preclude possible complications such as postpartum hemorrhage, perineal trauma and repair, and admission to the neonatal intensive care unit.

Normal birth may also include evidence-based intervention in appropriate circumstances to facilitate labour progress and normal vaginal delivery; for example: augmentation of labour, artificial rupture of the membranes if it is not part of medical induction of labour, pharmacologic pain relief (nitrous oxide, opioids and/or epidural), managed third stage of labour, non-pharmacologic pain relief, intermittent fetal auscultation.

A normal birth does not include: elective induction of labour prior to 41+0 weeks, spinal analgesia, general anaesthetic, forceps or vacuum assistance, caesarean section, routine episiotomy, continuous electronic fetal monitoring for low risk birth, fetal malpresentation. (SOGC, 2008 : 1163-1164)

⁶ Le Maternity Care Working Party du Royaume-Uni, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), le Collège des sages-femmes de la Nouvelle-Zélande, l'Association canadienne des sages-femmes (ACSF).

⁷ Déclaration conjointe des groupes suivants : The Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses of Canada (AWHONN Canada), the Canadian Association of Midwives (CAM), the College of Family Physicians of Canada (CFPC), and the Society of Rural Physicians of Canada (SRPC).

La SOGC décrit différemment l'accouchement selon le niveau et le type d'appui fourni pendant la naissance du bébé. Elle décrit trois types d'accouchements : l'accouchement naturel (supervision par un professionnel mais sans assistance médicale), l'accouchement normal (certaines interventions sont pratiquées) et l'accouchement assisté (avec interventions : forceps, ventouse, césarienne). On remarquera que cette définition présente l'accouchement comme un évènement qui peut être géré médicalement par des interventions, telles l'accélération du travail, la rupture artificielle des membranes, etc. Contrairement au Royaume-Uni, la déclaration canadienne inclut la péridurale dans l'accouchement normal. Cette distinction fait dire à Young (2009) qu'il s'agit peut-être d'une question de disponibilité de la péridurale ou du reflet de l'augmentation de la prévalence de la péridurale et de l'acceptation de cette méthode de gestion de la douleur en Amérique du Nord. Mettre l'accent sur la normalité, en étant inclusif pour les interventions, peut aussi contribuer à justifier le contrôle médical sur l'accouchement.

Bien que l'Association canadienne des sages-femmes (ACSF) ait participé conjointement à la définition de la SOGC, l'organisation a émis son propre énoncé de principe en 2010 sur *La Pratique sage-femme et l'accouchement normal*. Pour l'ACSF :

La confiance envers le processus normal de l'accouchement fait partie intégrante de la philosophie et de la pratique des sages-femmes, du langage qu'elles utilisent et des soins qu'elles offrent aux femmes. La formation des sages-femmes inclut l'acquisition d'habiletés et de pratiques cliniques spécifiques favorisant la progression normale du travail, et un accouchement spontané par la femme sans les médicaments et les interventions couramment utilisés. Pour les sages-femmes, le concept de normalité est fondé sur la physiologie du travail et sur la capacité des femmes à mettre elles-mêmes un enfant au monde. (ACSF, 2010 : 1)

L'ACSF se démarque ainsi en renforçant la confiance dans le processus normal de l'accouchement et l'importance des pratiques permettant de faciliter la progression du travail en évitant la médication et les interventions.

L'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ) et le Regroupement Les sages-femmes du Québec (RSFQ) partagent une vision commune. Ainsi « La pratique des sages-femmes est basée sur le respect de la grossesse et de l'accouchement comme processus physiologiques normaux,

porteurs d'une signification profonde dans la vie des femmes. [...] Leur pratique se base sur la prévention et inclut un usage judicieux de la technologie »⁸.

Kennedy (2015) a aussi travaillé à établir un consensus sur l'accouchement normal physiologique pour les États-Unis : « A normal physiologic labor and birth is one that is powered by the innate human capacity of the woman and fetus » (Kennedy, 2015 : 143).

Par ailleurs, le terme « **accouchement naturel** » est apparu dans les années 1930, à la suite de la diffusion d'une méthode d'accouchement par l'obstétricien britannique Dick-Read, proposant que la femme, avec une certaine préparation, est capable d'accoucher sans intervention extérieure (Dick-Read, 1933). L'appellation « accouchement naturel » est utilisée de différentes manières dans la littérature, allant d'un accouchement à l'hôpital sans médication à un accouchement sans aucune intervention (Mansfield, 2008). Clausen (2014) mentionne d'ailleurs que l'usage du mot « naturel » est devenu ambigu. Davis-Floyd (2003) utilise ce terme dans sa définition la plus stricte. Elle emploie le terme holistique pour décrire l'approche et les pratiques alternatives utilisées, la femme demeurant au centre de cet événement. À l'opposé, Cosans (2004) définit comme « accouchement naturel » toute approche médicale qui fait l'effort d'incorporer ou de travailler avec les processus corporels internes. À cela s'ajoutent les appellations d'accouchement physiologique ou accouchement instinctif, pour nommer un accouchement dont le processus biologique n'est pas perturbé par des interventions de nature médicale ou environnementale (Mansfield, 2008). Enfin, la terminologie « accouchement non assisté » ou *freebirth* réfère à un accouchement sans assistance professionnelle spécialisée, avec ou sans suivi pré et postnatal (St-Amant, 2014).

Des recherches montrent également que les femmes différencient l'accouchement naturel d'un accouchement avec péridurale (Davis-Floyd, 2003; Dillaway & Brubaker, 2006, 2008). Certaines femmes définiraient aussi la naissance naturelle en incluant l'accouchement vaginal (avec péridurale ou avec interventions), par opposition à la naissance par césarienne (Brubaker & Dillaway, 2008). Dans notre étude, il sera intéressant de voir comment, de leur point de vue,

⁸ Le RSFQ est l'association professionnelle des sages-femmes. La citation est extraite de *La philosophie* qui a été adoptée par le RSFQ en 1997, et entérinée par l'OSFQ en 2002.

les Québécoises définissent l'accouchement. Mais penchons-nous d'abord sur les études québécoises et canadiennes.

1.3.2 Les études québécoises sur la grossesse et l'accouchement

Au Québec, plusieurs recherches ont porté sur l'évolution historique, sociale et culturelle de la grossesse et de l'accouchement, à partir des années 1650 jusqu'aux années 1980 (Laforce, 1985; O'Neill & Saillant, 1987; Rivard, 2010). Au cours du XX^e siècle, on observe une médicalisation de plus en plus marquée de l'accouchement traditionnel (Laurendeau, 1983) accompagnée d'une réaction particulièrement vivace à cette médicalisation, depuis la montée du féminisme des années 70 alors que s'installent deux paradigmes autour de la naissance (O'Neill & Saillant, 1987). Durant cette période, Tremblay (1983) s'est intéressée aux savoirs des sages-femmes pratiquant à domicile alors que cette pratique était non reconnue.

À la suite des revendications pour l'humanisation des naissances et la réappropriation de la maternité par les femmes, la pratique sage-femme a été réhabilitée au cours des années 90 (Desjardins, 1993; Giroux *et al.*, 2008). L'étude de Lemay (2007) sur la pratique sage-femme québécoise dans les années 1970-80 permet de comprendre que la structure essentielle de cette pratique est d'« être là ». D'ailleurs, nous pouvons bien mesurer la spécificité de l'approche développée au Québec, par les adaptations et les transformations que vivent les sages-femmes formées à l'étranger, lors de leur intégration (Gagnon, 2009). Du côté des femmes, l'étude anthropologique de Rouillier (2014) montre que l'accouchement auprès d'une sage-femme va de soi pour certaines alors que pour d'autres, il vise à réparer des déceptions et des traumatismes ou répond au besoin de s'éloigner des protocoles hospitaliers et des interventions.

Les pratiques entourant l'accouchement dans les différents lieux de naissance ont également été documentées sous divers angles. Dans une étude ethnographique portant sur l'humanisation de l'accouchement en centre hospitalier, Vadeboncoeur (2004), nous informe que bien que des pratiques progressistes aient permis d'humaniser la naissance, elle demeure toujours un évènement médicalisé. Par ailleurs, les projets-pilotes en pratique sage-femme ont permis de comparer les caractéristiques de la clientèle suivie par les sages-femmes dans les maisons de naissance à celle suivie par des médecins et accouchant en centre hospitalier, tout en examinant

l'humanisation et la continuité des soins ainsi que les pratiques autour de l'accouchement (Blais *et al.*, 1997). Si le sens accordé au processus de mise au monde présente de nombreuses similitudes tant chez les femmes accouchant en centre hospitalier que chez celles accouchant en maison de naissance, des différences importantes sont observées en ce qui a trait au vécu périnatal. La maison de naissance apparaît le lieu où la prévention, la continuité des soins, le choix éclairé, la sécurité et le respect de l'intimité sont des éléments clés du vécu périnatal, alors que Lachapelle (2005) mentionne aussi que l'on retrouve dans le milieu hospitalier une approche médicalisée de la naissance, axée sur le corps et les processus physiologiques susceptibles d'entraîner des complications.

Dans les années 1980, on a commencé à s'intéresser à ce que les femmes pensaient de leur expérience de maternité et à la façon dont elles la vivaient dans leur corps. Anne Quéniart, une sociologue québécoise, a montré le statut paradoxal de ce corps tout en mettant en lumière le façonnement social de la grossesse (1987; 1988). Dans la même veine apparaît le phénomène de la normalisation de la césarienne (De Koninck, 1988). Pour leur part, Hivon et Jimenez (2007) se sont intéressées aux connaissances que les femmes avaient de la grossesse et de l'accouchement et comment celles-ci modélaient leur expérience d'accouchement. Finalement, St-Amant (2013) a contribué par une étude sémiotique, à déconstruire l'accouchement en s'intéressant à l'épistémologie de la naissance pour la situer entre expérience féminine, phénomène biologique et praxis technomédicale.

1.3.3 Les études canadiennes sur la grossesse et l'accouchement

En 2009, l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) publiait le rapport *Ce que disent les mères : l'Enquête sur l'expérience de la maternité* qui visait à recueillir le point de vue des Canadiennes. Ce rapport indique que la plupart d'entre elles se disent très satisfaites des soins de maternité qu'elles ont reçus et jugent positive leur expérience de maternité. Par contre, ce rapport a soulevé des questions importantes relativement à des interventions et des pratiques de soins non conformes à ce qui est reconnu scientifiquement, de même que d'importantes disparités régionales. Avoir un bébé en santé, être familière avec les intervenants, pouvoir s'adapter au travail font partie des attentes exprimées par les Canadiennes. La satisfaction des

soins s'exprime dans la relation, l'information, l'*empowerment*⁹ et le peu d'interventions médicales reçues (Sutherns, 2009). L'étude menée par Klein *et al.* (2011a) révèle que les attitudes des femmes diffèrent selon le type de professionnel qui effectue le suivi de la grossesse. Elles seraient ouvertes à vivre un accouchement physiologique dans la mesure où elles recevraient un soutien approprié et qu'elles pourraient vivre une expérience d'accouchement laissant un souvenir positif. (Klein *et al.*, 2011a). Par ailleurs, les usagères des services sages-femmes ont maintenant davantage recours à la technologie avec l'échographie et le dépistage prénatal. La plupart des femmes expriment le désir de vivre une naissance naturelle ou avec peu d'interventions, tout en ne s'opposant pas à l'utilisation de la technologie médicale à l'intérieur d'un choix éclairé et d'une relation de confiance. En fait, pour l'anthropologue MacDonald (2001), elles rejettent les relations établies dans le cadre de la biomédecine et le recours de routine à la technologie, sans rejeter la technologie elle-même.

Afin de mieux comprendre les diverses dimensions de l'expérience des femmes, nous avons consulté la littérature provenant de différentes disciplines.

1.3.4 L'expérience de la grossesse et de l'accouchement

La littérature démontre que la grossesse et l'accouchement entraînent un rapport différent au corps et à la douleur, marqué par la peur. L'environnement influence l'expérience, les choix et les décisions. Plusieurs études portent également sur le sentiment de satisfaction.

1.3.4.1 La grossesse. La grossesse est décrite comme étant une expérience marquante dans la vie d'une femme (Mercer, 1995; Nelson, 2003; Pancer *et al.*, 2000) puisqu'elle est caractérisée par un changement identitaire important du passage de l'état de fille à celui de mère (Laney *et al.*, 2015; Moore, 2013). Cette transition s'étale durant neuf mois et se complète durant la période postnatale (Mercer, 1995). Étape de croissance et de transformation, la grossesse correspond à une crise de maturation (Bydlowski, 2004; Pancer *et al.*, 2000) et implique des changements multiples dans toutes les facettes de la vie (Laney *et al.*, 2014). Ils peuvent être vécus positivement ou négativement (Taubman *et al.*, 2009). Les femmes ont souvent une image de « la mère idéale » susceptible de les confronter dans leur vécu (Carter *et al.*, 2011;

⁹ Le concept d'*empowerment* peut se définir comme le pouvoir d'agir (Le Bossé, 2003).

Laney *et al.*, 2014; Lupton, 2000). L'engagement envers le fœtus se fait la plupart du temps dès le début de la grossesse (Mercer 1995), induisant ainsi un sentiment de responsabilité maternelle (Devouche & Apter, 2012; Kushner *et al.*, 2014; Laney *et al.*, 2014). La relation avec « le bébé » peut aussi amener un sentiment de perte de liberté (Quéniart, 1988).

Dans la littérature, la grossesse est souvent présentée dans une perspective médicale, c'est-à-dire décrite en étapes, divisées en trois trimestres qui correspondent à des moments-clés du développement fœtal et à des changements physiques et émotionnels chez la femme enceinte (Doré *et al.*, 2016; Ladewig *et al.*, 2010; Neiterman, 2010). Le fait de porter un fœtus est certes l'un des changements les plus marquants pour une femme. Par conséquent, apparaît un rapport différent au corps, à la fois dans l'image de soi et dans le regard des autres (Darvill *et al.*, 2010; Le Breton, 2011).

1.3.4.2 Le rapport au corps. Le rapport au corps est complexe et intimement lié aux standards des sociétés. En effet, comme le soulignent les anthropologues Fournier et Raveneau :

À ce traitement sur le corps, dans ce qu'il a de plus charnel et de plus concret, il convient de ne pas oublier l'ensemble des représentations du corps d'une société à un moment donné. Ces représentations ne forment pas simplement un décor imaginaire, mais conditionnent aussi, par les valeurs et les normes qui les sous-tendent, de nombreuses pratiques. [...] Là où le biologique s'affirme avec le naturel de l'évidence le culturel est encore à l'œuvre [...] Le corps est le lieu et le moyen de l'inscription de la culture sur la personne, mais également le résultat même de cette inscription. À chaque représentation et usage dominants du corps correspond un ensemble de comportements prescrits et interdits qui vise à façonner les corps. (Fournier & Raveneau, 2008 : 6)

Dans les sociétés occidentales, l'héritage cartésien a fortement teinté les représentations du corps. À partir de la Renaissance, la pensée rationnelle transforme radicalement les attitudes à son égard. « La définition moderne du corps implique que l'homme soit coupé du cosmos, coupé des autres, coupé de lui-même. » (Le Breton, 2011 :47). Facteur d'individuation, il devient la cible d'interventions spécifiques. Le savoir du corps devient l'apanage de spécialistes qui déprécient les savoirs populaires au profit du savoir biomédical. Le « corps machine » vu par Descartes ouvre la voie à l'instrumentalisation du corps, à sa réparation (pour échapper à la mort) et à son culte. La médecine s'est développée sur cette conception d'un corps morcelé, ce

qui a déteint sur son approche et le vécu des femmes lors de la grossesse et de l'accouchement (Davis-Floyd, 2003; Martin, 1987; Rothman, 1991; Simonds *et al.*, 2007). Quéniart (1987; 1988) montre le morcellement du corps mis en évidence à travers l'approche médicale centrée sur l'examen physique et l'importance du ventre faisant l'objet de l'attention médicale et sociale. L'image de soi pour la femme enceinte s'inscrit aussi dans le regard que l'autre porte sur son corps (Detrez, 2002; Le Breton, 2011, 2012). Quéniart utilise les métaphores du « corps-contour », relative à la forme extérieure, et du « corps-contenu », en référence aux changements internes perçus, pour illustrer la place centrale et l'image de celui-ci dans l'expérience des femmes. Ainsi, certaines femmes peuvent se sentir comme un réceptacle face au regard de l'autre (Quéniart, 1988). L'anthropologue Emily Martin (1987) reprend la métaphore du « corps machine », et utilise celle du « corps productif » dont l'utérus est vu en tant que machine servant à produire un bébé et à l'expulser dans un certain laps de temps, sous la surveillance du personnel médical.

Le rapport de l'humain à son corps est tissé dans l'imaginaire et le symbolique (Detrez, 2002; Le Breton, 2011, 2012). Pour la sociologue Christine Detrez, le fantasme de la libération du corps ne serait que « l'intériorisation de normes, de standards, la substitution d'impératifs et d'interdits. Ce n'est pas le corps qui est libéré, mais un imaginaire du corps qui se trouve remanié de façon tout aussi contraignante [...] puisque installé dans un souci permanent de soi » (Detrez, 2002 : 205-206). Dans les idéaux culturels nord-américains, influencés par les avancées technologiques, le corps apparaît contrôlable (Carter, 2010). Des études ont d'ailleurs mis en évidence différentes pratiques de mise en contrôle du corps de la femme enceinte (Le Breton 2011; Lupton, 1999, 2011), entre autres par l'alimentation ou les exercices (Han, 2015; Nash, 2015). Ceci s'inscrit d'ailleurs dans la valorisation de la santé qui est l'une des valeurs centrales du XX^e siècle (Rivard, 2010).

Au-delà du dualisme corps-esprit, la littérature permet aussi de comprendre le corps comme un tout, c'est-à-dire non dissocié de l'esprit (Martin 1987; Quéniart, 1987, 1988; Scheper-Hugues & Lock, 1987; Williams & Bendelow, 1998). Scheper-Hugues et Lock (1987), dans leur proposition du corps conscient « *mindfull body* », poussent la réflexion au plan individuel et social, par trois niveaux d'analyse présentés dans leur typologie théorique des trois corps. Ils

invoquent ainsi le corps individuel, entendu au sens phénoménologique de l'expérience vécue, le corps social, en référence à l'utilisation du corps comme symbole naturel pour penser à la nature, la société et la culture et enfin, le corps politique pour ce qui est de la réglementation, la surveillance et le contrôle des organes, tant individuel que collectif, dans la reproduction. Perçu comme un tout, le corps permet un sentiment d'unité entre les besoins physiques et émotionnels (Davis-Floyd, 2003). Toutefois, il peut aussi être perçu comme séparé, à des moments charnières de l'expérience humaine, tel l'accouchement, lorsque les contractions sont perçues par certaines femmes comme traversant le corps (Martin, 1987). La sociologue Shannon Carter (2010) montre que les perceptions du corps au moment de l'accouchement peuvent varier et que les liens corps-esprit peuvent faciliter l'accouchement. Pour sa part, l'anthropologue Melissa Cheyney (2011) fait état d'une connaissance incorporée du corps « *embodied knowledge* » dans l'expérience de l'accouchement à domicile. La société façonne la manière de se représenter les événements corporels, mais l'individu réinterprète sa propre image pour ensuite la projeter à son tour dans la société (Le Breton, 2012). Il s'avère donc pertinent de documenter les représentations actuelles des femmes de leur corps pour mieux comprendre leur vécu.

1.3.4.3 L'accouchement. Le travail et l'accouchement sont couramment décrits en termes de phases et d'étapes basées sur la compréhension de l'anatomie et de la physiologie, puis mesurés sur l'échelle du temps dans une vision cartésienne de l'accouchement (Dixon *et al.*, 2014). Les chercheuses sages-femmes ont contribué plus récemment à décrire les perceptions et l'expérience des femmes sur un plan davantage psychologique. À la suite d'une analyse thématique de 62 documents visant à identifier les principales caractéristiques de l'expérience d'accouchement, Larkin *et al.* (2009) en sont arrivées à la définition suivante : « the experiences of labour and birth is defined as an individual life event, incorporating interrelated subjective psychological processes, influenced by social, environmental, organisational and policy contexts » (Larkin *et al.* 2009: 49).

L'accouchement constitue une expérience unique et incarnée (Thompson, 2010). Dixon *et al.*, (2014) se sont intéressées aux émotions ressenties par les femmes. Celles-ci varient entre l'excitation en début de travail, suivi d'un moment de fatigue ou de harcèlement, puis d'un retour à un état de vigilance lorsque la naissance est imminente. La perception du temps peut

sembler altérée. Crowther *et al.*, (2014) ajoute que des sentiments de joie sont souvent présents, mais peuvent s'effacer lorsque l'accouchement est perturbé. Les interventions peuvent, dans certains cas, être un élément de perturbation (Crowther *et al.*, 2014; Thompson, 2010). Toutefois, la douleur demeure un élément important dans l'expérience des femmes.

1.3.4.4 Le rapport à la douleur. Les technologies modernes ont eu comme promesse et attrait de délivrer de la fatalité de la douleur lors de l'accouchement. Bien que celle-ci fasse sentir sa présence à travers le corps, elle laisse aussi des traces sur l'esprit. Elle est ressentie par l'individu comme une « effraction au cœur [du] sentiment d'identité; d'ailleurs, l'avancée des valeurs modernes a entraîné une augmentation de l'intolérance par rapport à la douleur » (Rivard, 2010 : 43-44). En effet, les sociétés contemporaines entretiennent un rapport ambigu avec la douleur. Pour plusieurs, elle doit être supprimée, alors que pour d'autres, elle revêt une fonction initiatique ou bien, elle est une occasion de dépassement comme dans les sports (ibid; Detrez, 2002). Toutefois, la complexité du rapport à la douleur a de multiples causes qui se jouent à la fois dans l'inconscient et qui proviennent aussi des modèles culturels et des usages sociaux en vigueur (Le Breton, 2012). Le Breton (2006 :108) précise que : « La dose de douleur attendue et les manières conventionnelles d'y répondre se transmettent de génération en génération ou par groupe de pairs, elles sont relayées par le témoignage des infirmières, des sages-femmes ou des médecins ». D'après Rivard (2010 :94) : « La recherche acharnée d'explications et la volonté furieuse de résoudre enfin la question de la douleur dans la parturition, montrent bien sa centralité dans la construction du modèle obstétrical moderne par la biomédecine ».

La douleur lors de l'accouchement, tout en étant un phénomène physiologique, comprend aussi une dimension sociale et culturelle dont la signification peut être négative ou positive. Pour certaines femmes, elle peut être essentielle car elle confère un sens à la transition vers la maternité (Davis-Floyd, 2003; Lundgren & Dahlberg, 1998). D'après les sociologues Williams et Bendelow (1998), il y aurait deux types de représentations de la douleur, soit l'objectivation de la douleur (la douleur est un objet extérieur) qui place la personne dans un état de passivité et de vulnérabilité, mais qui lui permet de croire qu'il y a possibilité de lutter contre ce mal et la subjectivisation de la douleur (elle fait partie de soi) qui porte la personne à jouer un rôle actif vis-à-vis de la douleur et à l'accepter plutôt que de la craindre ou la repousser. Pour sa part, Le

Breton (2006) soutient que chaque société crée des attentes collectives et des réactions acceptables en rapport avec la douleur, en ayant une image du corps toute particulière. C'est ainsi que peuvent sans doute être interprétées les différences d'attitude envers la douleur. Les Nord-Américaines étant davantage touchées par l'apologie du corps-machine cherchent à l'éviter (Davis-Floyd, 2003; 2009; Rothman, 2007). La douleur est un phénomène complexe (Lowe, 2002) pouvant avoir un impact positif ou négatif sur l'expérience d'accouchement (Larkin *et al.*, 2009). Des études montrent aussi que la perception de la douleur peut être influencée par le contrôle personnel, la confiance en soi et dans les soignants (Larkin *et al.*, 2009; Lundgren & Dahlberg, 1998) et par la capacité de la gérer (Lowe, 2000).

1.3.4.5 Les peurs à l'égard de l'accouchement. Plusieurs chercheurs d'Australie, de Suède, de Finlande et des États-Unis se sont également intéressés aux peurs de l'accouchement vécues par les femmes (Christiaens *et al.*, 2011; Fenwick *et al.*, 2009, 2015; Fisher *et al.*, 2006; Haines *et al.*, 2011, 2012; Lowe, 2000; Nilsson *et al.*, 2012, Sluijs *et al.*, 2015; Toohill *et al.*, 2014). Ainsi, elle serait présente chez 5 à 30 % des femmes en Suède, Norvège, Finlande et Australie, parfois avec une peur sévère pouvant atteindre jusqu'à 10 % (Fenwick *et al.*, 2009, 2015; Haines *et al.*, 2011; Nilsson *et al.*, 2012; Toohill *et al.*, 2014). Selon une étude menée par Hall *et al.* (2009), 25 % des Canadiennes avaient une peur élevée et 54 % une peur modérée de l'accouchement. Comment cela s'explique-t-il alors que dans les sociétés occidentales l'assistance médicale est réellement disponible? Plusieurs auteurs avancent que les peurs des femmes semblent refléter l'augmentation du processus de médicalisation de la naissance (Johanson *et al.* 2002). L'approche biomédicale contribue à cultiver les peurs par la construction sociale de l'accouchement comme un événement imprévisible et non contrôlable où l'accent est mis sur le risque. La logique du risque se fonde sur des probabilités en fonction du rapport établi entre des facteurs de risque et des complications que parfois même on ne peut expliquer. Suivant cette logique, la grossesse et l'accouchement sont vus comme potentiellement à risque, puisque certaines complications sont susceptibles de survenir. La conscience accrue des risques qui semblent menacer le fœtus contribue à alimenter les peurs et les angoisses dans l'expérience des femmes (Lupton, 1999). Les peurs seraient aussi liées au sentiment d'impuissance en regard du travail et de l'accouchement (Lowe, 2000). L'étude de Fisher *et al.* (2006) révèle que les peurs ont à la fois des composantes sociales, telles la peur de l'inconnu, les histoires d'horreur, la

crainte pour le bien-être de l'enfant et des composantes personnelles comme la peur de la douleur ou de perdre le contrôle.

De plus, dans la littérature, la grossesse et l'accouchement sont souvent conceptualisés comme étant une période durant laquelle les femmes vivent un manque de **contrôle** sur leur corps (Carter, 2010; Lupton, 1999) ou souhaitent avoir du contrôle sur leur expérience (Fair & Morrison, 2012; Lupton, 1999; Maher, 2010). Pour Larkin *et al.* (2012), les professionnels ont un rôle indéniable à jouer sur le sentiment de contrôle lors de l'accouchement et cette dimension sera importante à explorer.

1.3.4.6 L'environnement social et culturel. Donner naissance est un évènement social marquant un passage de la vie. L'anthropologue Brigitte Jordan nous amène plus loin dans cette compréhension en affirmant que :

We know that birth is everywhere a socially marked life crisis event that is consensually shaped and socially patterned. As such, it consists of a set of internally consistent and mutually dependent practices that make sense from the inside out, though not necessarily from the outside in. (Jordan, 1993 : xii)

L'existence de normes culturelles en regard des pratiques d'accouchement influence les attentes des femmes. De même, les valeurs culturelles et les propriétés structurelles de l'organisation des soins sont importantes dans la compréhension des dynamiques entre l'idéologie, la pratique et l'expérience individuelle (Christiaens et Bracke, 2009), d'où l'intérêt d'en tenir compte dans notre analyse. Par ailleurs, les pratiques sociales, culturelles et organisationnelles dans les familles à revenu moyen et élevé séparent la naissance de la vie normale, c'est-à-dire des évènements de la vie quotidienne des femmes et de leurs familles. On constate aujourd'hui que la « bonne » façon de naître est en milieu hospitalier et sous la surveillance du personnel médical (Charrier & Clavandier, 2013; Jacques, 2007; Rothman, 1977), mais qu'en est-il dans notre contexte où trois lieux de naissance sont maintenant envisageables?

La famille, le couple, l'évènement social de la grossesse, l'influence des médias et de l'entourage, les pratiques autour de l'accouchement participent à l'expérience des femmes.

Famille : Selon Moore (2013), la grossesse conduit généralement à un rapprochement de la femme avec sa mère. La venue de l'enfant est habituellement perçue comme le prolongement heureux de la famille (Carter *et al.*, 2011). Par ailleurs, les croyances de la mère à l'égard de la grossesse et de l'accouchement exercent une influence sur sa fille (Dear-Healy, 2011), notamment sur le désir et le nombre de grossesses (Pouta *et al.*, 2005). De plus, l'histoire familiale peut affecter les perceptions (Sluijs *et al.*, 2015). Moen et ses collaborateurs (1997) se sont d'ailleurs intéressés à la transmission intergénérationnelle et ont fait remarquer qu'elle a une influence sur l'expérience de la future mère.

Couple : L'implication du futur père est devenue une attente pour les femmes enceintes dans plusieurs pays occidentaux, particulièrement en Scandinavie et en Amérique du Nord (Kainz *et al.*, 2010; Widarsson *et al.*, 2012, 2015). Son rôle étant aussi un construit social, il peut donc varier en fonction des facteurs sociaux, culturels, économiques ou personnels et se traduire en comportements différents, allant du père pourvoyeur au coparent ou au père qui assume l'entière responsabilité de l'enfant (Shimoni & Baxter, 2001; Wall & Arnold, 2007). Au Québec, le rôle du père s'est transformé, l'amenant à s'engager au-delà d'un rôle de pourvoyeur, auprès de l'enfant et de sa famille (Deslauriers, 2002; Rivard, 2016). L'engagement paternel et l'attachement sont d'ailleurs des thèmes ayant retenu l'attention des chercheurs (Devault & Dubeau, 2012; Lacharité, 2009; Roques, 2003). L'implication du conjoint durant le suivi prénatal a aussi été examinée dans quelques études (de Montigny *et al.*, 2015; Lacharité, 2009; Normand *et al.*, 2009). Il semble d'ailleurs que pour plusieurs hommes, l'échographie est considérée comme un moyen de rendre réel la venue de l'enfant (Draper, 2002, 2003; Roberts *et al.*, 2015). D'autres études rapportent des sentiments et un vécu différent chez l'homme et la femme, causant parfois des incompréhensions mutuelles (Asenhed *et al.*, 2013; Deslauriers & Villeneuve, 2012; Devault & Dubau, 2012; Draper, 2003; Genesoni & Tallandini, 2009; Widarsson *et al.*, 2015).

En ce qui a trait à l'accouchement, des recherches ont mis en évidence le rôle de soutien du conjoint (Deslauriers, 2002; Lacharité, 2009; Plantin *et al.*, 2011). D'autres chercheurs se sont intéressés à son vécu (Baker *et al.*, 2009; Deslauriers & Villeneuve, 2012; Raphael-Leff, 1991; Tremblay, 2014) et certains ont observé que le fait d'être présent lors de l'accouchement pouvait

conduire à plus de complicité dans le couple (Baker *et al.*, 2009; Deslauriers & Villeneuve, 2012; Kainz *et al.*, 2010; Raphael-Leff, 1991).¹⁰

Évènement social : Lupton (1999) considère que la grossesse est un évènement marqué par un contrôle social et culturel du corps de la femme enceinte. Des femmes sont fières de montrer leur ventre qui s'arrondit (Neiterman, 2010) et l'entourage se fait un point d'honneur de conseiller ou de raconter ses expériences notamment celles qui sont négatives (Fisher *et al.*, 2006; Kay, 2015). Dans toutes les sociétés, la naissance est un moment encadré par des rites (Kushner *et al.*, 2014; van Genneep, 1909 [1969]). Par contre, les rituels se sont transformés avec la place qu'occupe le système médical autour de ces évènements (Davis-Floyd 2003). Récemment, l'anthropologue Han (2015) a documenté les attentes et l'expérience des femmes américaines de la classe moyenne, en posant un nouveau regard sur les rituels actuels et les pratiques durant la grossesse. Elle met en relief la prégnance de la médecine et de la technologie à l'intérieur de la vie quotidienne.

L'influence des médias et de l'entourage : Récemment plusieurs recherches ont été effectuées afin de mieux cerner l'influence de l'information (Hivon & Jimenez, 2007) et des médias sur l'expérience des femmes enceintes (Jacques, 2007; Johnson, 2015a; West, 2011). Il est généralement reconnu que les médias présentent une image effrayante de l'accouchement et que l'information facilement accessible aux femmes véhicule les valeurs culturelles dominantes c'est-à-dire une vision médicalisée de l'accouchement (Jacques, 2007). Des travaux ont aussi porté sur l'usage d'*Internet* au cours de la grossesse (Burton-Jeangros & Hammer, 2013; Johnson 2015a; Lagan *et al.*, 2010; Nouira *et al.*, 2015). Cet usage a permis de démocratiser certaines connaissances et de donner accès à des avis variés.

Les récits d'accouchement partagés dans les réseaux sociaux sont en général centrés sur des expériences négatives de l'accouchement portant sur la douleur physique et émotionnelle, les interventions obstétricales et les situations d'urgence. Les médias contribuent à construire une

¹⁰ La littérature abordée touche les couples hétérosexuels. Toutefois, la diversité parentale et de couple est de plus en plus présente (ISQ, 2010), et si ces aspects n'ont pas été développés, c'est que ce n'était pas la situation de nos participantes.

image culturelle négative de l'accouchement en présentant des histoires caractérisées par la panique, les interventions et la nécessité pour la médecine de sauver la mère et le bébé (Munro *et al.*, 2009). La médiatisation jouerait un grand rôle sur les perceptions négatives envers l'accouchement, notamment au Canada, aux États-Unis, au Brésil, de même qu'en Hollande où des détracteurs de l'accouchement à domicile ont tenté de semer un vent de panique parmi la population (De Vries, 2004).

Les pratiques : Pour leur part, De Vries et Lemmens (2006) affirment que pour expliquer les différentes pratiques obstétricales des pays développés, il faut nous tourner vers les valeurs culturelles qui les façonnent. Dans cette optique, la sociologue Barbara Katz Rothman (1977) a montré l'importance de l'hôpital dans la construction sociale de l'accouchement :

Perhaps the most important message that can be drawn from all of this is not how the hospital structures the birth experience, but simply that it does - that outside the hospital it is the birthing woman who defines what is happening and what it means, and in the hospital, institutional definitions take precedence. (Rothman, 1977 : 13)

Selon van der Huslt *et al.* (2004), le domicile permet d'intensifier la relation entre la femme et la sage-femme et le potentiel de soutien de cette dernière. Le rapport égalitaire, l'engagement et la communication ouverte facilitent le processus de la naissance et en optimisent les conditions. Cheyney (2011) s'est également intéressée à l'accouchement à domicile en tant que rite de passage transgressif permettant de re-territorialiser les espaces et les rapports d'autorité.

Pour les sociologues Miller et Shriver (2012), les pratiques d'accouchement sont façonnées par des forces structurelles plus larges que simplement les préférences des femmes et prennent naissance dans leur environnement immédiat. La situation économique et la disponibilité des options quant au lieu de naissance sont des facteurs importants. De plus, le choix du lieu de naissance et le nombre d'interventions subies sont en corrélation avec l'attitude des femmes envers la technologie. Ainsi, les femmes qui accouchent à la maison montrent une plus grande résistance à la technologie. D'après Kornelsen (2005), ceci découle d'une conscience de sa surutilisation et du blocage qu'elle induit sur les forces naturelles du processus de la naissance. Une étude menée par Borquez et Wieggers, en 2006, a démontré que les femmes ayant accouché à la maison avaient perçu moins de douleur, désiré moins d'analgésiques et évaluaient de

manière supérieure leur lieu de naissance comparativement à celles ayant accouché en centre hospitalier, elles aussi, avec des sages-femmes. Les femmes ayant accouché à la maison expriment aussi un sentiment d'accomplissement personnel et d'*empowerment* plus grand (Johnson *et al.*, 2007). L'environnement peut donc avoir un effet positif ou négatif sur l'expérience d'accouchement.

Les établissements de santé gèrent les services à la population en fonction des politiques établies, des sources de financement et des ressources humaines disponibles ou jugées pertinentes. Les administrateurs mettent en place des modes d'organisation du travail, des politiques et des procédures selon différents modes de gestion. L'allocation des ressources humaines, matérielles et financières se fait en fonction des coûts/bénéfices estimés (Bélanger, 2005) tant dans le secteur public que dans celui du privé. Dans toutes les sociétés, on constate que le temps consacré et le revenu qui y est rattaché sont des incitatifs importants à la césarienne (Behague, 2002; Simonds, 2002). L'organisation de la médecine dans le modèle néo-libéral génère la médicalisation qui est en grande partie une stratégie de marché (Benoit *et al.*, 2010). La médecine fondée sur les preuves (EMB) sert également les intérêts financiers et la recherche en santé publique, pour sa part, est devenue une arme puissante dans la quête du contrôle professionnel et financier de l'industrie médicale (Perkins, 2004; De Vries, 2004).

1.3.4.7 Choix, pouvoir, décisions. L'idéologie du choix personnel s'est développée dans les sociétés occidentales avec la montée de l'individualisme et la reconnaissance du droit à l'autodétermination dans les chartes des droits et libertés de la personne (Cadorette, 2006). Exercer un choix ne met pas à l'abri des jeux de pouvoir et de contrôle. Diverses études sur les questions de choix en rapport avec les désirs et l'accès des femmes à la connaissance de l'accouchement et les contraintes imposées par le personnel médical et les institutions ont été menées (Gregg, 1995; Lazarus, 1994, 1997; Malacrida, 2015). Dans les faits, les femmes ont peu de pouvoir pour résister aux connaissances d'un médecin et de l'autorité. La capacité de choisir se trouve donc compromise dès le départ (Cadorette, 2006), car la pression ressentie ou subie pour « faire un bébé en santé » fait en sorte que le choix individuel n'est possible qu'à un certain degré. De plus, les choix se prennent souvent en fonction du paradigme dominant parce que les possibilités offertes sont en adéquation avec ce que le système peut accepter.

Or, Gregg (1997 : 18) affirme : « For real choice to exist, women must determine the menu, as well as the context, of choices ».

Le pouvoir est diffus, naturalisé à travers des actions sociales, l'imaginaire culturel et les relations économiques, nous dit Foucault (1980). Il est donc omniprésent et imperceptible pour la plupart des acteurs sociaux, ce qui le rend efficace. Par contre, les hégémonies sont souvent instables, car elles ne peuvent englober tous les modes de pratique en même temps; les changements dans la structure de pouvoir peuvent se faire grâce à une série de petites modifications. Behague (2002) soutient que la participation à des groupes dont les personnes partagent des valeurs communes et qui transcendent souvent les frontières géographiques et institutionnelles sert souvent de médiation entre le pouvoir individuel et l'autorité publique. Quand des changements dans les pratiques médicales sont prescrits par de nouvelles politiques, l'appartenance à un collectif a un effet de renforcement. Les rapports hiérarchiques entre « patientes » et professionnels sont difficiles à contrer, d'autant plus lorsque le professionnel se conforte dans son rôle d'expert et se place dans une position d'autorité absolue. Or, il ne faut pas oublier que le partage de l'information et de la prise de décision est essentiel à l'autonomie que la femme peut conquérir. C'est dans la relation entre le professionnel et la femme que peuvent s'établir ou non des rapports de type égalitaire. La connaissance des résultats épidémiologiques, si elle est accessible, facilite la négociation pour les femmes. Par ailleurs, Faya-Robles (2012 :234) fait remarquer que « le moment du véritable choix du type d'accouchement se fait au cours du travail d'accouchement et dans des interactions où la logique du médecin devient dominante, souvent au détriment de ce que la femme avait désiré auparavant ». La logique de la peur entre alors en jeu et la légitimité de l'expertise médicale devient prépondérante. Entre le rôle d'accompagnant et celui de l'action décisionnelle, « il y a confrontation de deux logiques distinctes qui s'accordent par le consentement de la femme et non pas par consensus » (Faya-Robles, 2012 : 327).

Dans notre étude, il est intéressant de documenter l'espace laissé au choix des femmes en contexte réel de suivi de grossesse et d'accouchement.

1.3.4.8 Le sentiment de satisfaction. Plusieurs chercheurs se sont intéressés à la satisfaction des femmes à l'égard de leur accouchement (Fair & Morrisson, 2012; Goodman *et al.*, 2004; Rudman *et al.*, 2007) ou à ce qui leur permettait de considérer leur expérience comme positive (Karlström *et al.*, 2015; Lavender *et al.*, 1999). Ainsi, la réponse à ses attentes (Christiaens & Bracke, 2007) et le sentiment de contrôle durant le travail (Christiaens & Bracke, 2007; Fair & Morrisson, 2012; Goodman *et al.*, 2004; Lavender *et al.*, 1999; Simkin, 1991) de même que la capacité de gérer la douleur (Karlström *et al.*, 2015; Lavender *et al.*, 1999) augmentaient la satisfaction. Un environnement favorable semble essentiel pour permettre aux femmes de se sentir en sécurité et en contrôle. L'information, la prise de décision et le soutien se sont avérés des facteurs contribuant à une expérience positive d'accouchement (Lavender *et al.*, 1999). Le sentiment de confiance et le soutien du père de l'enfant étaient également importants (Karlström *et al.*, 2015). Par contre, l'expérience des soins durant l'accouchement était une source importante d'insatisfaction (Rudman *et al.*, 2007). Finalement, le sentiment d'avoir accompli quelque chose d'important, d'avoir acquis une meilleure confiance en soi et augmenté son estime de soi traduisaient les perceptions de satisfaction à long terme pour celles ayant vécu leur première expérience d'accouchement de manière naturelle (Simkin, 1991).

Le mode d'accouchement serait le plus fort prédicteur de la perception de leur expérience d'après une étude de cohorte prospective effectuée en sciences infirmières auprès de 652 femmes dans deux hôpitaux de l'est canadien (Bryanton *et al.*, 2008). De plus, une étude qualitative menée en Suisse par Guittier *et al.* (2014) révèle que le mode d'accouchement a des répercussions directes sur certains déterminants clés de l'expérience, comme la perception de contrôle, les émotions et les premiers moments avec le nouveau-né. Ils peuvent être perçus négativement lors d'une césarienne (Bryanton *et al.*, 2008; Guittier *et al.*, 2014; Hildingsson, 2015) et la perte de maîtrise du corps peut causer des sensations d'inconfort et d'anxiété chez certaines femmes (Guittier *et al.*, 2014; Hildingsson, 2015). L'accouchement par voie vaginale sans anesthésie permet un rapport au corps intense alors que les femmes ayant donné naissance par césarienne peuvent avoir l'impression d'un corps absent et éprouver un sentiment d'aliénation (Lupton & Schmied, 2013).

L'environnement, la communication efficace avec les intervenants et la relation de confiance mutuelle influencent la manière dont la femme se sent (Parratt, 2002). Le degré de conscience durant le travail et l'accouchement, la détente, le contrôle et le soutien du partenaire contribuent à une expérience positive d'accouchement (Bryanton *et al.*, 2008). À l'inverse, les attentes non répondues et l'absence de participation aux décisions sont associées à une expérience plus négative (Hildingsson, 2015).

1.3.5 Regards sur les technologies et la naissance

Le développement des technologies et de la médecine dans la seconde moitié du XX^e siècle a changé radicalement la naissance. Auparavant, l'accouchement était un événement survenant de manière imprévisible et étroitement lié à des contractions, le bébé passant par le vagin. Aujourd'hui, de nombreux bébés font leur entrée dans le monde par une césarienne. C'est une manière de venir au monde que beaucoup, dans le contexte actuel, considéreraient comme « normale » (Clausen, 2014). Aussi, la norme culturelle établie au Québec à partir des années 50 est d'accoucher à l'hôpital avec un gynécologue-obstétricien, en utilisant les interventions médicales pour le soulagement de la douleur (Rivard, 2014). En plus de la non-reconnaissance historique des sages-femmes¹¹, un des plus grands facteurs qui a influencé les normes québécoises, comme dans la plupart des pays occidentaux, est l'introduction de la technologie dans le processus de l'accouchement (Franklin, 2014). Avec la pratique d'un plus grand nombre d'interventions médicales, les soins ont changé pour répondre aux exigences de la technologie (INESSS, 2012). Lorsque l'usage des technologies devient scientifiquement possible, les personnes cherchent à les utiliser, et la demande s'ajuste, en partie, selon leur disponibilité. Elles sont d'abord offertes en tant que choix ou encore suggérées de manière implicite. À partir du moment où des femmes en viennent à les demander, les médecins le suggèrent aux autres. Leur utilisation devient une norme de soins et le cycle se poursuit (Gregg, 1995; Franklin, 2014). Selon Kornelsen (2005) qui a exploré les liens entre le penchant naturel envers la technologie, la nature de la technologie elle-même et les attitudes des femmes, le nombre d'interventions vécues par les femmes est étroitement lié à leur résistance ou à leur flexibilité à son égard. Franklin (2014), quant à elle, soutient que les nouvelles normes sociales ont conduit à créer de

¹¹ La profession sage-femme a été légalisée seulement en 1999 au Québec.

grands sentiments d'ambivalence chez les femmes qui aimeraient avoir recours à une sage-femme ou à des méthodes alternatives et qui ne souhaitent pas utiliser toutes les ressources médicales et technologiques disponibles.

1.3.5.1 La médicalisation de la naissance. Les premières études des années 70-80, en grande partie sociologiques et féministes, ont mis l'accent sur la médicalisation de la reproduction et de l'accouchement (Oakley 1984; Riessman, 1983; Rothman, 1986, 1991). Elles se sont toutefois éloignées de ce sujet au fil du temps, alors que de nouvelles conditions sont devenues l'objet de la médicalisation du processus (Brubaker & Dillaway, 2009). Par ailleurs, Conrad et Waggoner (2014 :2) avancent que « Childbirth is a clear example of the medicalization of women's reproductive bodies. ». Au fil du temps, l'accouchement est passé de la maison à l'hôpital et de la sage-femme au médecin, de telle sorte qu'aujourd'hui il est principalement considéré comme un événement médical. La hausse des taux de césariennes est pour ces chercheurs l'illustration d'une médicalisation à la fois utile lorsqu'elle sauve des vies, mais problématique lorsqu'elle est effectuée sans indication. La médicalisation s'est même propagée à la préconception, avec la conviction que les résultats défavorables peuvent être atténués grâce à la surveillance et au traitement médical avant la grossesse. Cette croyance justifie la surveillance médicale des conditions de vie de presque toutes les femmes en âge de procréer (Waggoner, 2011 dans *ibid*) et la technicisation des accouchements (Carricaburu, 2005). La médicalisation de la grossesse s'est développée en parallèle des technologies sophistiquées de dépistage et d'intervention ayant émergé avec l'augmentation d'une préoccupation sociétale du risque (Cahill, 2001). Bien qu'il y ait des effets positifs, l'application universelle de ces outils conduit à une vague croissante d'interventions et de complications dans ce qui serait autrement une grossesse et un accouchement sans problème particulier. De plus, cette attitude est génératrice de peurs (Finerman *et al.*, 2015). Ce sont des conséquences de ce que l'on pourrait appeler la médicalisation irréfléchie et extrême de l'accouchement moderne (Conrad & Waggoner, 2014).

Une autre composante ou conséquence de cette médicalisation est, selon Brubaker et Dillaway (2009), la dichotomie conceptuelle entre « naturel » et « médical » et les valeurs spécifiques qui y sont associées. Ces sociologues américaines proposent d'examiner comment, derrière la

dichotomie au sujet de l'accouchement « naturel » et « médical », le processus de médicalisation forme et entre en conflit avec l'expérience subjective d'accouchement des femmes. Elles suggèrent d'effectuer des recherches comparatives sur les expériences subjectives des femmes enceintes et de celles qui accouchent dans des endroits et contextes différents afin de mieux comprendre ce que les femmes d'aujourd'hui ont à nous dire à ce sujet. C'est ce que nous nous proposons de documenter avec notre recherche.

1.3.5.2 Les modèles autour de la naissance. Dans la littérature, plusieurs auteurs réfèrent à des modèles de pratiques découlant de paradigmes différents à l'égard de la naissance, et qui orientent les approches et les interventions. Ces modèles ont d'abord été décrits par la sociologue américaine Barbara Katz Rothman (1991), dans les années 1950, comme étant le « medical model » et le « home birth model » ou « midwifery model ». Les caractéristiques du modèle médical sont basées sur l'idéologie d'une technologie marquée par les valeurs de l'efficacité, la rationalité, l'organisation d'une pratique systématique et contrôlée où le corps est vu comme une machine. C'est une orientation vers la pathologie sur fond de société patriarcale. Pour l'auteure, le « contemporary midwifery model of birth » s'est développé en réaction à l'approche médicale, dans le mouvement de retour à la nature des années 60, du mouvement féministe et celui des droits de la personne. Ce modèle présente une approche holistique, centrée sur la femme, en opposition à l'approche technologique et patriarcale.

Par la suite, l'anthropologue Robbie Davis-Floyd (2003) a contribué à la compréhension de ces modèles qu'elle a nommés « the technocratic model of birth »¹² et le « the holistic model of birth »¹³. Davis-Floyd a choisi d'utiliser le terme « technocratique » au lieu du terme « médical » parce qu'il référerait, selon elle, à une perspective sociétale plus large (alors que la médecine ne saurait être réduite à un seul modèle). De la même manière, le terme « holistique »

¹² Dans le modèle technocratique, le corps de la femme est considéré comme un objet. L'esprit et le corps sont séparés. La grossesse et la naissance sont perçues comme pathologiques. Les intérêts de la mère et du bébé peuvent être antagonistes, le bébé étant la finalité à protéger. Les connaissances scientifiques et la technologie sont valorisées. Le temps doit être géré (Davis-Floyd, 2003).

¹³ Le modèle holistique est centré sur la femme. On considère que le corps et l'esprit sont inséparables. La grossesse et la naissance sont des processus normaux et des événements rattachés à la santé. La mère et le bébé sont des unités indissociables. La famille, l'environnement et le caractère relatif du temps sont au centre de cette perspective (Davis-Floyd, 2003).

a été employé pour désigner le modèle opposé au modèle technocratique, émergeant du mouvement plus large de la santé holistique. L'approche et les interventions diffèrent grandement d'un modèle à l'autre. Quelques années plus tard, cette auteure vient enrichir la conception du paradigme dominant au plan mondial, en ajoutant le « humanistic model »¹⁴ lequel se trouve au croisement des modèles technocratique et holistique. Le paradigme humaniste met l'accent sur la connexion corps-psyché. Le corps est vu comme un organisme et le patient comme le sujet d'une relation. L'influence des émotions de la femme est reconnue. Elle est traitée avec gentillesse et respect. L'information, la prise de décision et la responsabilité sont partagées avec le patient. Les soins sont offerts avec compassion. L'accent est mis sur la prévention de la maladie. Il y a une ouverture d'esprit à d'autres façons de faire, comme le choix des positions lors de l'accouchement ou la présence d'une doula¹⁵. On prend soin de favoriser le contact mère-bébé après la naissance. L'humanisme fait contrepoids à la science et à la technologie. Le praticien tente de faire un équilibre entre les besoins individuels et ceux de l'institution. Toutefois, pour ce qui est de l'application du modèle humaniste à la naissance, Davis-Floyd (2003: 275) émet une certaine réserve :

Although the humanistic approach to birth does offer women some real alternatives, it represents not a full rejection but simply modification of the technocratic model of birth. Women who utilize the services of obstetricians who espouse this approach will still give birth in the hospital and thus will be subject to the same cultural forces as those women who go to the more conservative obstetricians.

Davis-Floyd et ses collaboratrices soulignent que le modèle humaniste a simplement humanisé la technomédecine : « a softer approach, which can be anything from a superficial overlay to profoundly alternative methods » (Davis-Floyd *et al.*, 2009: 442).

D'autres typologies ont été utilisées pour décrire des modèles de pratiques autour de la naissance. Citons, par exemple, le « modèle social » que Marsden Wagner a développé pour contraster le « modèle médical » (Wagner, 1994 dans Davis-Floyd *et al.*, 2009), le « modèle physiologique » des sages-femmes hollandaises qui mettent l'accent sur la compréhension et la

¹⁴ Le modèle humaniste relève d'une approche plus relationnelle, sensible et compatissante, orientée vers un partenariat (Davis-Floyd *et al.*, 2009).

¹⁵ Le mot « doula » est utilisé pour désigner une accompagnante, soit une personne qui accompagne la femme lors de l'accouchement (DONA International, 2015).

facilitation du processus physiologique de la naissance¹⁶, ou encore l'approche « bioculturelle » de l'anthropologue Brigitte Jordan (1993).

Dans le même ordre d'idées, le sociologue médical Edwin van Teijlingen (2005) décrit deux modèles d'accouchement, soit le médical et le social. Le modèle médical est fondé sur l'idée que, puisqu'il est impossible de connaître à l'avance les complications, l'accouchement normal nécessite un contrôle médical impliquant une surveillance qui permet d'intervenir dès les premiers signes de pathologie afin de garantir la sécurité. À l'opposé, le modèle social met l'accent sur le fait que, dans la pratique, la grossesse et l'accouchement sont, en principe et souvent, des processus physiologiques normaux et qu'il est possible de dépister les situations à risque de complications. Ainsi, dans le modèle médical, on ne peut définir qu'a posteriori la normalité de l'accouchement alors que le modèle social, à l'extrême, serait représenté par les *freebirths*¹⁷; la plupart des personnes se situant entre les deux (Ireland & van Teijlingen, 2013). Même si on y réfère souvent de manière indistincte dans la littérature van Teijlingen (2005) insiste sur les trois niveaux de compréhension présents dans tout modèle d'accouchement ou de naissance : la pratique, l'idéologie et le niveau analytique. Cette mise en garde nous incite à réfléchir de manière critique à l'usage conceptuel des modèles autour de la naissance et à situer le niveau auquel ils s'adressent, de manière à faire un usage approprié de ces outils sociologiques pour analyser le monde social.

1.3.5.3 La logique du risque. La gestion des risques dans la vie quotidienne des femmes enceintes est devenue une caractéristique centrale de l'expérience de grossesse (Burton- Jeangros, 2011). La grossesse et l'accouchement sont présentés comme quelque chose de dangereux, exigeant une surveillance médicale qui est devenue la norme (Davis-Floyd 2003; Lazarus, 1994). Selon Lupton (1999), le risque est un élément pivot dans les stratégies de normalisation. Les tests diagnostiques comparent les femmes à une norme, une déviation majeure étant considérée comme anormale. L'accent est mis sur le risque individualisé

¹⁶ Le modèle social peut banaliser l'aspect physiologique, alors que le modèle physiologique peut minimiser les aspects sociaux autour de la naissance (Davis-Floyd *et al.*, 2009).

¹⁷ Terme utilisé dans la littérature pour parler d'un accouchement où la femme décide d'accoucher sans médecin ni sage-femme.

(Burton- Jeangros, 2011; Williams *et al.*, 2005) en cohérence avec la médecine préventive qui elle, repose sur la responsabilité individuelle de sa santé par son choix de style de vie.

Le mot risque est utilisé comme synonyme de danger et porte en soi une connotation morale. Avoir un comportement jugé à risque entraîne le blâme (Petersen & Wilkinson, 2008). Il semble d'ailleurs que les femmes soient plus influencées par la signification morale du risque que par des questions de quantification statistiques (Heyman & Henriksen 1998, dans Petersen & Wilkinson, 2008). En plaçant l'enfant comme enjeu social, la femme enceinte est devenue moralement responsable du bien-être fœtal et de son auto-surveillance (Lee *et al.*, 2014; Lupton, 1999, 2011; Rivard, 2013). Faisant preuve d'autodiscipline, elle devient engagée activement à conjurer les risques (Marshall & Woollett, 2000).

La culture de peur et celle du risque sont des préoccupations générales de la société contemporaine et la logique du risque positionne l'intervention médicale comme l'option la plus sûre pour la naissance, d'après Kringeland & Möller, 2006. Pour Lupton :

The emphasis placed on risk in pregnancy and childbirth is itself part of a broader development in contemporary subjectivity: that which presents one's life and self as a 'planning project', requiring constant work and attention on the part of the individual (Beck and Beck- Gernsheim, 1995; Beck-Gernsheim, 1996). This project of the self (see also Foucault, 1988), involves planning and rationalization, and depends upon individualization, or the progressive freeing of the life course from traditional norms, beliefs, expectations and social relations that has emerged in the wake of industrial society. (Lupton, 1999 : 67)

Selon Petersen et Wilkinson (2008), il y a quatre manières d'expliquer pourquoi le risque occupe une place centrale dans la vie quotidienne des gens : 1) nous vivons dans un environnement dangereux en raison des risques entraînés par la science moderne et la technologie, tel que démontré par Beck (1992); 2) l'expérience de l'individualisation dans les sociétés modernes qui a érodé les liens traditionnels de solidarité et de communauté selon la théorie culturelle de Mary Douglas; 3) l'exagération de la menace des dangers par les médias de masse; 4) les stratégies gouvernementales de promotion de la responsabilité individuelle. Mettre l'accent sur le risque comme étant entièrement « indésirable », fait toujours appel à une certaine intervention (Petersen & Wilkinson, 2008). La gestion des risques fait partie intégrante de la médecine de

surveillance. Comme le risque ne peut être perçu à travers l'expérience corporelle, l'individu devient dépendant de la médecine pour confirmer son statut de santé (Skolbekken, 2008).

L'introduction de nouvelles technologies pour déterminer la « normalité » du fœtus a amené les femmes à devoir peser les risques pour prendre des décisions (Lupton, 1999). Castel (1991 dans Petersen & Wilkinson, 2008) a fait valoir que le calcul des risques conduit à des interventions, non pas basées sur des dangers réels existants, mais sur la base de probabilités évaluées par des experts. Différents auteurs ont documenté les implications de la logique du risque en grossesse, en s'intéressant par exemple, à l'analyse du déterminisme prénatal par le risque, dans le cas de l'alcool (Armstrong, 2003), à la surveillance des femmes enceintes (Lupton, 1999) ou à la conscience du risque (Lee *et al.*, 2014). Ainsi, Lee *et al.* (2014) ont identifié quatre fonctionnalités associées au risque. La façon de penser le risque conduit : 1) à penser l'avenir d'une manière où les possibilités d'évènements fâcheux sont prises en compte plus que les probabilités; 2) à ce que l'anxiété soit dans l'air, ce qui amène une foule de précautions et de contraintes probablement inutiles; 3) à une dimension morale subsumée dans les discours, mais qui génèrent de puissants codes de conduite, d'une manière qui met l'accent sur l'individu et son mode de vie; 4) au maintien de l'ordre sur le comportement attendu en grossesse conditionné par « la bonne mère » versus l'enfant vulnérable. Pour Lupton (1999), il devient difficile pour les femmes de ne pas être aspirées par les discours sur le risque, car la réponse de la société est que les femmes enceintes responsables devraient chercher une surveillance étroite et que l'assistance médicale est nécessaire pour donner naissance à un bébé en bonne santé.

La médecine de surveillance est au cœur d'un paradoxe, car devant protéger l'humain de sa vulnérabilité, elle contribue néanmoins à créer le sentiment permanent de cette vulnérabilité (Skolbekken, 2008). La grossesse ne fait pas exception. Porter l'étiquette « d'être à haut risque » a pour effet d'éprouver le sentiment que sa sécurité est menacée (Jones, 2008). Une étude menée en Suisse par Burton-Jeangros, en 2011, a permis de constater que des femmes cherchant à éliminer l'incertitude résistent aux normes médicales, mais que le renforcement social de ces normes et les attentes morales, en ce qui concerne la maternité limitent les écarts possibles. La littérature montre également une diversité d'attitudes chez les femmes à l'égard de la médecine de surveillance (Hammer & Burton-Jeangros, 2013). De plus, il existe une tension entre

l'intention de contrôle associé à la surveillance des risques et la permanence de l'incertitude autour des processus de la vie. Les limites de la pensée probabiliste confrontent les professionnels et les femmes (Burton-Jeangros *et al.*, 2013). En fin de compte, il semble que l'évolution technologique et les pratiques sociales, conçues pour accroître le contrôle sur le corps humain et les risques de la vie, accroissent le sentiment de vulnérabilité. Ceci fait dire à Petersen et Wilkinson (2008) qu'en travaillant à contrôler le futur, le futur devient plus menaçant. Et Jones (2008) conclut sa recherche sur les perceptions du dépistage prénatal en disant, tout comme Beck, que les incertitudes et les vulnérabilités peuvent être considérées comme « manufacturées ». Il sera donc intéressant de voir à quel point la logique de risque s'inscrit dans l'expérience de grossesse et d'accouchement des femmes québécoises.

1.3.5.4 Les technologies actuelles en obstétrique et leur influence. Différentes **technologies de la reproduction**, telles la fécondation in vitro (FIV), ont modifié les perceptions à l'égard de la fertilité, de l'infertilité et de la fécondité, sur les plans privé et professionnel. Selon la sociologue Sarah Franklin (2013), la FIV humaine présente un paradoxe à l'aube de sa cinquième décennie. D'une part elle est devenue plus régulière et banale, voire même une nouvelle forme de norme de vie sociale, et d'autre part, elle est source de changements importants socialement, éthiquement, médicalement, et en termes de science fondamentale dans la biologie de la reproduction, avec le développement de ses applications, tels l'injection intracytoplasmique de spermatozoïdes, le diagnostic préimplantatoire, la gestation pour autrui et les cellules souches embryonnaires. Pour Ivry (2015), la reproduction technologisée sous-tend l'invisibilité du travail procréatif des femmes et la conception spontanée est de plus en plus imaginée comme si elle avait lieu dans une boîte de Pétri. Le cadre de référence de la conception naturelle s'en trouve modifié. De nombreuses études suggèrent qu'une grossesse réussie est maintenant perçue comme quelque chose qui doit être atteint ou amélioré grâce à la technologie (Franklin, 2013).

Ainsi, les technologies de la reproduction transforment notre compréhension des faits de la vie ainsi que les notions de nature et de culture (Ivry, 2015; Whittaker, 2015). D'après Becker (2000) et Mathieu (2013), les individus qui y ont recours cherchent à trouver un sens cohérent avec leurs valeurs. Ainsi, dans le cas des dons d'ovocytes, ce qui fait la mère, c'est la grossesse,

la parenté étant « rebiologisée » (Thomé, 2013). De plus, les techniques de procréation assistées offrent une lentille pour examiner les relations et les configurations individuelles, familiales et sociales d'aujourd'hui. Ces technologies ont contribué entre autres à redéfinir le rapport à la parenté. Les sociétés deviennent plus ouvertes à différentes formes de famille, tels les parents homosexuels. La parenté « naturelle » et la parenté « sociale » apparaissent comme complémentaires, selon Mathieu (2013). Toutefois, pour Jean-Philippe Wolf (2015), biologiste de la reproduction, une question fondamentale demeure : « Faut-il tout faire et tout permettre dès lors que c'est techniquement possible? » (Wolf, 2015 : 190). Par ailleurs, les avancées dans le domaine de l'épigénétique¹⁸ ont remis en question la dichotomie entre nature et culture en reconnaissant que des variables externes peuvent apporter des changements héréditaires par des mutations au sein des gènes ou des phénotypes cellulaires. D'après Franklin (2013), ceci ouvre vers de nouvelles recherches quant aux effets des milieux de culture sur le développement d'embryons humains. Tout comme Lock (2013), elle considère important d'examiner les résultats de recherche sous l'angle de différentes approches disciplinaires. Ces constats rejoignent les préoccupations de la FQPN (2014) pour qui le développement rapide des techniques de procréation assistée s'est fait sans se préoccuper d'en mesurer toutes les conséquences, que ce soit sur le développement des enfants ou chez les femmes elles-mêmes. Il s'avère intéressant pour notre étude, d'examiner l'influence de ces nouvelles technologies sur l'expérience des femmes.

Selon Garcia *et al.* (2008) et Vassy (2006), l'un des grands changements apportés par le progrès technologique est sans contredit l'introduction des tests de **dépistage prénatal** qui sont devenus une pratique commune. Burton-Jeangros et ses collaborateurs (2013) nous rappellent que le dépistage prénatal fournit une bonne illustration des tensions existantes entre l'intention de contrôle, associée à la surveillance standardisée des risques, et la permanence de l'incertitude autour des processus de la vie. En réalité, les tests de dépistage permettent de quantifier le risque en termes de probabilité, mais n'éliminent pas la possibilité, même très faible, d'une issue

¹⁸ L'épigénétique est « l'étude des changements dans l'activité des gènes n'impliquant pas de modification de la séquence d'ADN et pouvant être transmis lors des divisions cellulaires » (Inserm, 2015) Ainsi, un facteur extérieur peut altérer au cours de la période in utero la machinerie épigénétique sans altérer les informations contenues dans le code génétique et ces changements peuvent être transmissibles de génération en génération (Le Dantec *et al.*, 2015).

défavorable. Avec le temps, la logique du risque au cœur de la surveillance médicale de la grossesse est devenue plus ambitieuse, déplaçant l'attention du risque réel vers le risque potentiel. Aussi selon ces auteurs, le niveau d'incertitude individuel pourrait être aussi pertinent sinon plus que le risque. Voulant accroître leur connaissance d'un avenir incertain et convaincus que le dépistage prénatal devrait prévenir tout problème potentiel, les futurs parents, d'après Buchbinder & Timmermans (2011) et Williams (2006), se sentent une responsabilité morale d'accomplir ce devoir de recherche d'information. Pourtant, pour Markens (2013), des préoccupations bioéthiques importantes subsistent quant à l'utilité et aux conséquences de l'acquisition de l'information génétique. L'une des conséquences du dépistage prénatal est de renforcer, chez les parents et dans la société, le désir de l'enfant parfait (Buchbinder & Timmermans, 2011; Landsman, 2009; Reid *et al.*, 2009). Des auteurs se sont montrés préoccupés de son effet sur la diminution du statut social des personnes atteintes de handicaps (Buchbinder & Timmermans, 2011; Fitzgerald *et al.*, 2015; Vassy, 2006) ou ont fait valoir que l'acceptabilité sociale du dépistage prénatal pourrait avoir pour effet de jeter un blâme sur les parents qui refuseraient de le faire et qui donneraient naissance à un enfant handicapé (Burton- Jeangros *et al.*, 2013).

D'un autre côté, l'anxiété liée à ces tests est un phénomène fréquemment observé chez les femmes enceintes (Burton-Jeangros *et al.*, 2013; Garcia *et al.*, 2008; Reid *et al.*, 2009). Garcia *et al.* (2008) avancent que les femmes prennent les décisions en mettant dans la balance les informations fournies par les tests prénataux et les risques d'investigations plus approfondies tout en soupesant la charge émotionnelle d'un enfant handicapé sur leur perspective de vie et celle des membres de leur famille. Les principes moraux normatifs sont introduits une fois que le choix est fait, et servent à justifier ou à soutenir la décision. D'autre part, pour Seavilleklein (2009), l'option du dépistage prénatal ne favorise pas ou ne protège pas l'autonomie des femmes, car il existerait de réelles difficultés à atteindre des normes de choix éclairés. Ainsi Vassy (2006) et Seavilleklein (2009) ont constaté qu'en pratique, cela pouvait s'avérer difficile en raison, notamment, d'avis professionnels en faveur d'un avortement ou d'un contexte social défavorable. Une métasynthèse des facteurs qui influencent la prise de décision sur le recours aux tests ou non, révèle que c'est complexe et que les femmes agissent en pionniers moraux (Reid *et al.*, 2009) dans un paysage territorialisé (Fitzgerald *et al.*, 2015). C'est Rapp (2000) qui

a introduit l'idée de « pionnier moral » pour décrire la situation des femmes qui se retrouvent forcées de juger la qualité de leurs propres fœtus. Un dépistage positif met les couples devant un dilemme moral auquel ils doivent faire face seuls : risquer de mettre au monde un enfant avec une anomalie chromosomique ou perdre un fœtus en santé (Verbeek, 2008; Williams *et al.*, 2005).

Par ailleurs, la recherche biomédicale, les chercheurs, l'implication des autorités sanitaires et politiques ainsi que la participation passive de la vaste majorité des utilisateurs jouent un rôle dans les processus politiques et la prise de décision favorisant l'accès au dépistage prénatal en matière d'organisation et de financement (Vassy, 2006), d'où l'importance de tenir du contexte dans l'analyse des décisions individuelles.

L'attitude des femmes peut grandement varier envers **les tests durant le suivi prénatal**. Parfois, les femmes semblent heureuses de relayer à une médiation technologique l'introduction de leur grossesse, selon Harris *et al.* (2004). Une des stratégies constatées à cet égard, par Bessett (2010), est de déléguer au professionnel l'interprétation de leurs symptômes. La surveillance biomédicale de la grossesse, axée sur les risques, peut également susciter différentes réactions. Ainsi, Hammer et Burton-Jeangros (2013) ont pu regrouper les femmes qu'elles avaient rencontrées en quatre groupes différenciés selon leurs attitudes : 1) un premier groupe de femmes approuvait la médecine de surveillance et faisaient confiance au médecin; 2) un deuxième groupe de femmes inquiètes, pour la plupart enceintes d'un premier enfant, voulaient faire face aux risques, mais étaient aussi préoccupées des résultats et se sentaient déchirées entre le désir d'obtenir plus d'informations, tout en souhaitant vivre une grossesse paisible; 3) les femmes du troisième groupe étaient en quête de certitude pour éliminer les risques par une surveillance étendue et plus de tests; 4) les femmes du quatrième groupe questionnaient la médecine de surveillance, contestaient l'omniprésence du discours de risque et avaient opté pour une solution de rechange, soit un suivi avec sage-femme.

Au cours de la dernière décennie, les chercheurs ont constaté un changement dans l'utilisation de **l'échographie** : d'un outil de diagnostic médical, elle est devenue un moyen pour obtenir une image du fœtus (Chisholm, 2011). En effet, d'après Han (2015), l'échographie fœtale n'est

pas seulement une routine des soins prénataux, mais un rituel significatif dans la grossesse ordinaire. Pour Brauer (2016), elle est devenue une partie constitutive de l'expérience subjective, alors que « l'objectivité » du fœtus est fournie par la preuve visuelle sur l'écran (Nishizaka, 2010). L'échographie devenue une routine du suivi prénatal contribue déjà à créer ce que Donovan (2006) présageait, soit « un climat idéologique dans lequel il n'est plus possible de faire de la grossesse un état correspondant à une expérience " normale " sans parler de risques » [traduction libre] (Donovan, 2006 : 397). L'utilisation croissante de la technologie a augmenté le rôle de la biomédecine sur la gestion des grossesses (Brauer, 2016; Harris *et al.*, 2004) et selon Seavilleklein (2009), l'échographie est un exemple classique d'une technologie devenue une routine de soins où le conseil avant le dépistage n'est plus pratiqué. En ce sens, Mitchell et Georges (1997) ont observé que les Canadiennes¹⁹ considéraient l'échographie de routine comme un moyen de faire ce qui est le mieux pour le bébé, et ont émis l'hypothèse que l'échographie, au Canada, « is firmly embedded in a individualizing ideology of risk and maternal responsibility » (Mitchell & Georges, 1997 : 394). Elles ont aussi démontré que les femmes omettaient de tenir compte que la prochaine étape logique dans une société néolibérale est d'interrompre la grossesse dans l'intérêt de la santé publique (Harris *et al.*, 2004).

Braeur (2016) soutient que l'échographie obstétricale construit une subjectivité morale d'une manière qui rend la femme enceinte responsable de la santé de son enfant à naître, même si la plupart des circonstances pouvant mettre son fœtus en danger (ex. la génétique, la pollution) ne sont pas de son ressort. Au plan psychologique, il n'y a aucune preuve que l'échographie favorise un meilleur attachement à l'enfant (Clément *et al.*, 1998). Au contraire, Viaux-Savelon (2013) avance que durant la période postnatale, s'ajoute maintenant au travail de deuil de l'enfant imaginaire, celui de l'enfant échographique idéalisé, afin de laisser place à l'enfant réel.

L'usage des technologies est aussi courant pour l'accouchement. Ainsi, à partir des années 70, l'incidence de la césarienne monte en flèche. D'abord décriée par les féministes et les consommateurs comme étant plus lucratif et plus pratique, ce phénomène s'avère cependant

¹⁹ Elles ont comparé des femmes fréquentant une clinique d'échographie dans un hôpital canadien à une population de femmes similaires requérant les mêmes services dans un hôpital public de la Grèce.

plus complexe, selon Behague (2002) et Wendland (2007). Dans cet ordre d'idée, un panel d'experts québécois fait des liens entre **les interventions et la césarienne** :

Le manque de formation et d'expérience, le stress professionnel et la crainte de conséquences médico-légales, le manque de protocoles, de patience, d'organisation et la banalisation de la césarienne, contribuent au non-recours ou au non-succès de l'accouchement vaginal. Le panel insiste en outre sur le rôle démontré scientifiquement que jouent les interventions obstétricales pour augmenter le risque de césarienne chez les femmes à faible risque obstétrical que sont la surveillance fœtale électronique, le recours à l'analgésie péridurale sans accompagnement et au déclenchement ou à l'accélération pharmacologique du travail. (INESSS, 2012 : 99)

Selon Davudsdottir (2012) et Morris (2013), les principaux facteurs expliquant le nombre accru de césariennes sont d'ordre professionnel et organisationnel. L'étude sociologique de Morris (2013), basée sur la compréhension interprétative ou explicative²⁰ de Max Weber, apporte un éclairage sur les comportements organisationnels conduisant à l'épidémie de césariennes. L'augmentation des taux de césariennes est le résultat de la voie que les organisations de soins de santé ont pris pour répondre à leur environnement légal, politique et économique. Ainsi, les comportements professionnels sont encadrés par des politiques de gestion des lits et de réduction des coûts. De même, l'augmentation des effectifs médicaux a amené une normalisation des procédures, diminuant l'autonomie professionnelle à laquelle s'est ajoutée la crainte des poursuites judiciaires. Devant cet enjeu, les hôpitaux, les associations professionnelles médicales et les assureurs ont mis en place un système de contrôle dont le but est de contraindre les comportements entraînant de mauvaises pratiques, mais qui dans sa logique, contribue aussi à la flambée de césariennes. La réponse commune des organisations a été : « C-section becomes defined as a practice that is the goal standard of care in labor and birth. If a c-section is performed, maternity providers are defined to have done all they can to protect the baby » (Morris, 2013: 25). L'INESSS abonde aussi en ce sens en parlant des préoccupations de nature médico-légales : « *On peut regretter de ne pas avoir fait une césarienne, mais on ne peut jamais regretter de l'avoir faite* » (Rossignol *et al.*, 2012 : 99). Selon Morris (2013), un paradoxe organisationnel a ainsi émergé, car l'épidémie de césariennes ne protège pas la santé des mères et des bébés. Elle ne procure pas une naissance sécuritaire ni de bons résultats, mais elle

²⁰ Weber dit que pour comprendre les comportements sociaux et les tendances, il faut regarder l'action significative des personnes impliquées dans les décisions qui mènent à ces tendances de comportements.

augmente les coûts financiers, sans répondre non plus au désir des femmes et d'un bon nombre d'intervenants. Burton-Jeangros *et al.* (2014) soulignent que la volonté d'éliminer les dangers à tout prix conduit à un interventionnisme accru qui se reflète entre autres, par la fréquence de la césarienne et du déclenchement. Par ailleurs, Klein et ses collaborateurs (2009, 2011b) soutiennent que les professionnels de la santé et les femmes en général sont mal informés des risques liés aux interventions obstétricales. Fréchette (2015) a remarqué que la césarienne est souvent banalisée par les obstétriciens, ce qui serait aussi le cas pour le public, selon Vadeboncoeur (2008). D'après Tully et Ball (2013), le recours irrépensible à la césarienne est dû à la méconnaissance des indications par toutes les parties concernées.

Davis-Floyd (1994), pour sa part, a décrit le cycle des soins centrés sur la technologie en disant que le principal problème se pose d'abord dans la formation médicale, par la décontextualisation de l'accouchement et des circonstances entourant les pathologies rencontrées, pour lesquelles les étudiants sont formés à devenir des experts. Tully & Ball (2013) souscrivent eux aussi à cette idée et ajoutent que c'est ensuite renforcé dans la pratique. Pour ces auteurs, le concept d'*authoritative knowledge*²¹ de Jordan (1993; 1997; 2014) s'applique dans l'escalade des taux de césariennes, car certains types d'indications deviennent discréditées et dévaluées, alors que d'autres deviennent sanctionnées socialement et, en conséquence, officielles.

Par ailleurs, l'analyse anthropologique de Wendland (2007) montre que le paradigme de l'obstétrique "fondée sur des preuves" est socialement construit dans le cas de la césarienne puisqu'on ne tient pas compte des résultats importants : « the data are a product of its social milieu: The mother's body disappears from analytical view; images of fetal safety are marketing tools; technology magically wards off the unpredictability and danger of birth. » (Wendland, 2007 : 218). Les études ne s'intéressent généralement qu'à un classement des complications graves avec pour résultat que certaines conséquences disparaissent. Ainsi, la subjectivité maternelle est entièrement absente et la douleur consécutive à la chirurgie est considérée sans importance. Selon Wendland (2007 : 223) : « Probably the most breathtaking move in the selection of evidence is that none of these authors considers the cesarean itself as injurious ».

²¹ C'est-à-dire que dans une situation sociale particulière certains savoirs ont plus de poids que d'autres.

Elle ajoute que ceci contribue à donner l'illusion que l'accouchement par césarienne et par voie vaginale sont des alternatives égales, sous-entendant que l'accouchement vaginal doit être justifié comme une méthode devant être fondée sur des preuves autant que la césarienne. Pourtant, selon Mander (2007), la césarienne devrait être considérée comme iatrogène.

Une méta-synthèse a démontré que la césarienne est physiquement et émotionnellement difficile pour les femmes, que celle-ci soit prévue ou non, primaire ou itérative (Puia, 2013). Pour sa part, Vadebonœur (2008) parle de cicatrice émotionnelle. D'autres recherches commencent à démontrer les impacts à plus long terme sur l'espèce humaine. Ainsi, la diversité du microbiome humain²² s'établit tôt dans la vie (IRSC, 2015). C'est par le passage à travers le vagin de la mère que le nouveau-né acquiert sa première colonisation bactérienne nécessaire à son développement immunitaire et à sa santé. Ce manque, occasionné par une césarienne, conduirait à des maladies dues à un déficit immunitaire. De plus, l'usage courant d'antibiotiques durant cette procédure a des conséquences à plus long terme sur le microbiome (Stokholm *et al.*, 2016).

D'autres chercheurs se sont intéressés au phénomène nouveau de « **la césarienne sur demande** » ou dite « de convenance », c'est-à-dire sans indication clinique. La peur, les questions de contrôle et de sécurité ainsi que la dévaluation du corps féminin et du processus de la naissance sont les principaux thèmes ressortant de l'étude de Fenwick *et al.* (2010). Pour sa part, Bourgault *et al.* (2008) dénonce l'idée dominante de la consommation dans les soins de maternité et son influence sur les habitudes de pratique des professionnels, en montrant que cela est davantage attribuable à des politiques et à des pratiques obstétricales.

L'analgésie **péridurale** est devenue une intervention technologique courante qui fait l'objet de controverse. Une revue critique de la littérature réalisée par Newham *et al.*, en 2016, utilisant l'analyse de discours de Foucault et l'anthropologie médicale critique, met en évidence que la péridurale est présentée comme une intervention de toute sécurité dans le discours biomédical malgré la présence de résultats, tels que l'augmentation des taux des césariennes et d'accouchements instrumentés. L'accent est mis sur les normes rationnelles de la science et de

²² Le microbiome humain est formé de billions de bactéries, virus et autres microbes qui vivent à la surface et à l'intérieur du corps humain et qui sont utiles à la santé. Quelques-uns seulement sont pathogènes.

la sécurité, valorisant la technologie, perpétuant ou créant des pratiques malgré l'absence de preuves concluantes. Du point de vue de l'anesthésie, l'amélioration de la médication et de la technique en a fait une intervention relativement sûre. Par contre, en travail, elle peut changer dramatiquement les résultats de l'accouchement (Tracy *et al.*, 2007). D'ailleurs, différentes études continuent à en démontrer des effets néfastes :

The physiological problems associated with epidural use in labour that can lead to birth intervention include: altered uterine activity (either increased or decreased); labour dystocia (thought to be due to relaxation of pelvic floor and malrotation of the fetal presenting part) slower dilatation of the cervix; decreased oxytocin release by the pituitary gland and subsequent need for oxytocin augmentation; and decreased maternal bearing down efforts due to motor block. (Gaiser, 2005; Jain *et al.*, 2003; Finster & Santos, 1998, dans Newnham *et al.*, 2016: 23)

Pour Anim-Somuah *et al.* (2011), l'augmentation des accouchements instrumentés a été clairement prouvée. Des études continuent d'identifier une relation entre la péridurale et la césarienne. Les liens de causalité sont difficiles à établir, car la péridurale n'est pas une intervention unique puisqu'elle apporte avec elle de nombreuses autres interventions : administration d'ocytocine, moniteur fœtal, etc. (Newnham *et al.*, 2016).

Les anesthésistes considèrent plutôt que l'analgésie en travail fait partie du style de vie occidental moderne, ce qui implique que tout autre choix est irrationnel et archaïque (Newham *et al.*, 2016). Ils sont en faveur de la disponibilité de la péridurale à toutes les femmes et en ont même fait une question de « droit humain » (Cohen, 1999). Padilla (2016) affirme même que les consultations avec un anesthésiste durant la grossesse devraient être un standard de soins. Or, le seul résultat clairement confirmé est que la péridurale fournit l'analgésie la plus efficace, ce qui en fait le « gold standard » pour l'analgésie en travail. Peu de recherches s'intéressent à son effet sur l'accouchement, ce qui fait dire à Newnham *et al.* (2016) que 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.*, 2016). En outre, la littérature rapporte que les jeunes étudiants en pratique sage-femme en France (Verdino *et al.*, 2015) et de médecine en Australie (de Rooy, 2015) cherchent à comprendre les motivations des femmes qui veulent accoucher « sans péridurale » comme quoi accoucher sans elle est devenu incompréhensible culturellement et professionnellement.

Chez les femmes, l'étude américaine de Dillaway et Brubaker (2006) indique que les perceptions variaient selon leur milieu social. Ainsi, les adolescentes du Sud soulignaient les risques médicaux et renonçaient à la péridurale pour leur bien-être, alors que les adultes de classe moyenne la voyaient comme un moyen sûr d'éviter la douleur de l'accouchement. Par ailleurs, la péridurale ne contribue pas à une plus grande satisfaction pour les femmes (Hodnett, 2002) ou à une expérience de qualité (Hidaka & Callister (2012)). Deux types de réactions émotionnelles dont l'un est particulièrement marqué par un sentiment subtil d'inquiétude et de l'ambivalence ont aussi été remarqués (Jepsen & Keller, 2014). En lien avec les perceptions de la péridurale par les femmes auxquelles nous nous intéressons, il nous apparaît important de documenter leurs sentiments et de vérifier si l'inquiétude ou l'ambivalence sont aussi présentes. Une attention particulière sur les attentes des femmes et leur vécu s'impose également puisque les exigences de soins des femmes semblent aller au-delà de ce qu'elles verbalisaient ou de ce qu'elles définissaient comme leurs propres besoins (Jepsen & Keller, 2014).

1.3.5.5 Le discours féministe et son évolution. Le courant féministe a mis en lumière les rapports de genre et de pouvoir qui traversent l'expérience de la grossesse et de l'accouchement. Les critiques envers l'obstétrique moderne se sont initialement faites à travers des analyses marquant l'opposition entre deux modes de pensée et d'approche. La recherche féministe a également développé des approches cherchant à replacer les femmes au centre de leur expérience. Le débat a évolué au fil des années, dépassant une perspective binaire où la dominance masculine de la médecine et l'approche patriarcale étaient vues comme conduisant à une désappropriation de l'expérience par les femmes ainsi qu'au contrôle de leur corps (Beckett, 2005; Simonds *et al.*, 2007). Katherine Beckett (2005), une chercheuse américaine, précise qu'une première vague de critique féministe a promu l'utilisation de la technologie en invoquant le choix des femmes et les expériences positives vécues grâce à elle. Une deuxième vague de critique a ensuite mis de l'avant que la rhétorique du choix ne tient pas compte des contextes sociaux et politiques; les choix pouvant souvent se faire sur la base d'informations inadéquates ou intéressées. Enfin, une troisième vague, suscitée principalement par la césarienne de convenance, a orienté le débat sur l'importance de tenir compte des conséquences possibles de la technologie, même pour les femmes qui veulent s'en servir à leurs propres fins,

car beaucoup de recherches démontrent que des interventions vont tout à fait à l'encontre des intérêts des femmes.

1.4 Conclusion et pertinence de la recherche

Ce chapitre a permis de décrire la problématique en situant d'abord le contexte, les questionnements et les enjeux actuels relatifs à notre objet de recherche. Nous constatons que la technologie et les interventions médicales augmentent sans cesse en dépit de leurs effets délétères bien que des experts, le ministère de la Santé et des militants souhaiteraient que les femmes accouchent davantage de manière physiologique.

Un premier tour d'horizon de la littérature a permis de constater, qu'étonnamment, on s'interroge sur la définition de l'accouchement « normal » et « naturel ». Sa représentation est au cœur des débats, signe de la prégnance de la technologie sur cet événement. Près de nous, les recherches menées au Canada ont principalement touché la satisfaction des femmes et leur utilisation de la technologie. Celles menées au Québec ont surtout porté sur l'évolution historique, sociale et culturelle de la grossesse et de l'accouchement, la pratique des sages-femmes, l'humanisation des naissances ainsi que l'accouchement à domicile et en maison de naissance.

Les études réalisées à ce jour traitent des différentes dimensions du vécu des femmes lors de la grossesse et de l'accouchement dont celle du rapport qu'elles entretiennent avec leur corps et la douleur. Leurs résultats démontrent que malgré l'amélioration de la sécurité technique des accouchements, les peurs ne cessent de croître à cet égard, dans les pays occidentaux. On constate que l'environnement social et culturel de chaque société façonne les naissances et que l'espace laissé au choix et à la décision des femmes se négocie dans les méandres du pouvoir. Enfin, les nombreuses études sur la satisfaction notent que le mode d'accouchement a une influence énorme sur l'expérience des femmes. La qualité de leur expérience est aussi tributaire de la réponse à leurs attentes, le sentiment de contrôle qu'elles éprouvent ou non, leur capacité de gérer la douleur ainsi que le soutien et la relation entretenue avec les intervenants. De plus, le sentiment d'accomplissement est un déterminant majeur de la satisfaction à long terme.

La littérature apporte également un éclairage sur l'impact des technologies et de la médicalisation de la naissance. La logique du risque est toujours omniprésente et elle colore les manières de concevoir la naissance et les pratiques associées. Les technologies, d'abord vues par les féministes comme un moyen de libération, sont remises en question, car de plus en plus de recherches démontrent qu'elles vont à l'encontre des intérêts des femmes.

Dans les années 1980, la recherche d'Anne Quéniart a permis de prendre conscience de ce que les femmes pensaient de leur expérience de grossesse. Près de quarante ans plus tard, une mise à jour et un élargissement de ces connaissances s'imposent. De plus, peu de recherches se sont concentrées sur l'expérience proprement dite de l'accouchement (Lupton & Schmied, 2013) tout en tenant compte du contexte d'interactions dans lequel cette expérience se construit et se vit. Ce qui rend notre recherche d'autant plus pertinente. Scamell (2014) a également constaté que l'accouchement, dans le cadre de la société du risque, est peu documenté comparativement à d'autres domaines de la santé. Pour Whittaker (2015), reste un besoin important d'étudier la grossesse et l'accouchement normal, car cela permet de mieux comprendre les changements de rationalités et d'alimenter les questions anthropologiques fondamentales sur ce que cela signifie être humain, ce qui constitue la vie, la façon dont nous vivons nos vies et la valeur que les sociétés accordent aux vies individuelles. Brubaker et Dillaway (2009) nous invitent à effectuer des études comparatives sur les expériences subjectives des femmes enceintes qui accouchent dans différents contextes afin d'obtenir une analyse plus critique et significative des interactions complexes entre l'idéologie, la politique, la pratique et les expériences incarnées.

Notre étude s'inscrit dans cette lignée et vise à contribuer à un éclairage contemporain de l'expérience de la grossesse et de l'accouchement, telle que vécue par les femmes au Québec, tout en situant cette expérience dans le contexte des interactions où elle se déroule. De plus, nous donnons voix à des femmes vivant en région, alors que la plupart des recherches sur ce thème témoignent de l'expérience de femmes des grands centres urbains (Hivon & Jimenez, 2007; Quéniart, 1987).

Chapitre II

Aspects méthodologiques et cadre d'analyse

Ce chapitre est consacré à la présentation des aspects méthodologiques de la recherche. Il inclut le contexte et l'approche théorique qui nous ont guidée ainsi que la stratégie de recherche déployée afin de répondre à notre question de recherche, telle qu'énoncée ici : Dans un contexte où les technologies biomédicales occupent une place prédominante, comment les femmes vivent-elles leur expérience de grossesse et d'accouchement? Il s'agit d'une recherche qualitative ancrée dans une perspective phénoménologique contextualisée. Des concepts clés nous ont aidée à donner du sens au phénomène étudié, à la fois pour aborder le terrain et la lecture des données. Les femmes rencontrées habitaient dans deux régions différentes du Québec. Des entretiens de type narratif ont permis de recueillir leurs propos à trois moments différents de leur expérience. Nous terminons en exposant les considérations éthiques, les limites de la recherche et les avenues possibles pour les dépasser dans de futures recherches.

2.1 Contexte théorique de la recherche

Nous décrirons tout d'abord l'approche théorique et le cadre de référence utilisés ainsi que les concepts-clés ayant guidé l'analyse.

2.1.1 L'approche théorique

L'objet même de ce projet de thèse nous amène à privilégier une approche de recherche de type qualitatif puisque nous serons en contact direct avec les personnes qui vivent l'expérience de la grossesse et de l'accouchement. Nous souhaitons recueillir les propos de femmes à différents moments de cette trajectoire afin de mieux saisir le sens qu'elles y accordent, leurs attentes et comment, au final, la « pratique » de la grossesse et de l'accouchement façonne ces expériences (Bertaux, 2010, Paillé & Muchielli, 2012).

2.1.2 La phénoménologie avec une considération interactionniste

Voulant mettre l'accent sur la compréhension de l'expérience vécue et des phénomènes en jeu, notre approche théorique s'inspire de la phénoménologie. En effet, la phénoménologie vise la compréhension et la description de l'expérience humaine telle que vécue par les acteurs eux-mêmes (Fortin, 2010). Cette approche de recherche tire ses origines de la philosophie. C'est le philosophe Edmund Husserl, aussi mathématicien, qui fut le précurseur de cette approche caractérisée « par un souci de monstration plutôt que de démonstration, ainsi que par un appel à

la description plutôt qu'à l'explication » (Depraz, 2012 : 24). « Selon cette perspective, l'expérience est construite à l'intérieur d'un contexte social de la personne et, par conséquent, repose sur l'intersubjectivité » (Fortin, 2010 : 275). On s'intéresse alors à ce que revêt la signification de son expérience pour la personne elle-même. L'accent est mis sur le processus interactif par lequel les personnes rencontrées donnent une signification à leur expérience de grossesse et d'accouchement.

Il existe deux grands types de recherche phénoménologique, soit la phénoménologie descriptive, qui met l'accent sur la description d'un phénomène tel que rapporté et vécu par les personnes, et la phénoménologie interprétative ou herméneutique, qui consiste à interpréter diverses expériences vécues déjà disponibles dans une forme écrite (Fortin, 2010). Cette dernière fut développée par Heidegger, Gadamer et Ricœur, alors que la phénoménologie descriptive fut mise au point par Husserl. Dans les années 1980, Giorgi, un chercheur américain, en a fait une approche de recherche empirique qui s'est avérée fort utile pour des chercheurs issus de différentes disciplines dont la psychologie, l'éducation et les sciences de la santé, souhaitant ainsi délaisser le modèle positiviste dominant en recherche (Giorgi, 1997).

À la base de l'approche phénoménologique d'Husserl, se trouve la pratique de *l'épochè* qui consiste à suspendre ses préconceptions pour être dans un espace de non-jugement ou à tout le moins retarder tout jugement précipité et la *lebenswelt* qui désigne le monde-de-la-vie. « Cette expression fait référence au monde de l'expérience vécue, qui inclut forcément le monde des individus et des vérités individuelles » (Deschamps, 1993 : 13). Pour Husserl, la conscience est liée au monde et ce qui la relie à lui, c'est *l'intentionnalité*, c'est-à-dire que la signification se trouve toujours de manière implicite dans l'expérience (Deschamps, 1993).

Par ailleurs, nous devons à Heidegger, son successeur, une autre vision de la phénoménologie qui se caractérise par une relation d'ouverture avec le monde, nommée le *dasein* et entendu comme « être-au-monde » (Depraz, 2012). Il s'agit de la façon propre à l'humain d'exister dans le monde et d'y être lié (Lamarre, 2004). Dans le prolongement de cette pensée :

il est admis dans le domaine de la phénoménologie et de l'herméneutique (Merleau-Ponty, 1945; Gadamer, 1960; Resweber, 1988; Van Maren, 1990) que peu importe la situation historique, culturelle et sociale des êtres humains, ceux-ci sont tous concernés

dans leur manière d'exister, de ressentir et de comprendre les événements vécus par, entre autres, les "existenciaux" suivants : la *spatialité*, la *corporéité*, la *temporalité*, et la relation qu'ils entretiennent avec eux-mêmes, avec autrui et avec le monde environnant. (Lamarre, 2004 : 26)

En effet, la *spatialité* est l'espace vécu, dans lequel l'être humain se situe, se déplace, se trouve lui-même ainsi que la manière dont il ressent cet espace (Lamarre, 2004). En ce qui a trait à l'accouchement, l'espace caractérisé principalement chez les mammifères par « faire son nid » et chez l'humain par l'endroit choisi pour l'accouchement est une dimension importante (Odent, 2001; Simkin & Bolding, 2004). De plus, le ressenti corporel est extrêmement présent dans l'expérience de grossesse et d'accouchement. Dans la *corporéité*, le corps de l'être devient le médium entre soi et le monde, et « par conséquent, la connaissance que l'être a du monde s'avère médiatisée par l'expérience sensible de son corps » (Lamarre, 2004 : 31). Enfin, la *temporalité* fait référence à l'influence qu'exercent le passé et l'anticipation de l'avenir sur l'être humain. Cette notion mérite certainement une attention particulière, compte tenu entre autres de la conscience historique (Gadamer, 1996), et le fait que l'accouchement se révèle un rite de passage marquant (Davis-Floyd, 2003; van Gennep, 1909 [1969]).

Ces dimensions forment la structure complexe de l'être-au-monde. Elles nous apparaissent importantes pour éclairer l'analyse des expériences qui seront rapportées par les participantes. La prise en compte des interactions dans lesquelles ces expériences prennent sens s'avère aussi fondamentale, d'où la préoccupation interactionniste qui guidera également cette analyse. Les significations données par les participantes ne peuvent être isolées des rapports entretenus avec les intervenants, la famille, les valeurs sociales accordées ou véhiculées autour de l'expérience de la grossesse et de l'accouchement (Coulon, 2009; Strauss, 1992). De plus, l'expérience de la grossesse et de l'accouchement est envisagée selon une trajectoire, où le cumul des informations et des expériences façonne ce moment de vie.

2.1.3 Les caractéristiques de l'approche phénoménologique

Les caractéristiques de l'approche phénoménologique sont la fidélité au phénomène dont *l'épochè* et la *lebenswelt* constituent la pierre angulaire, la qualité descriptive du phénomène, le respect de l'expression du contexte de l'expérience vécue selon la perspective des sujets

rencontrés et la reconnaissance de la signification de l'expérience du phénomène vécu par l'explicitation des unités de signification (Deschamps, 1993). C'est à Husserl que nous devons l'attitude « de laisser l'autre parler à travers soi », ce qui réfère à la notion d'empathie. Il s'agit de comprendre le vécu de l'autre en revivant en pensée les situations significatives pour lui (Ditlhey, 1942 dans Paillé & Muchielli, 2012). C'est donc avec cette attitude que nous aborderons notre recherche empirique.

Ainsi pour Husserl, la méthode phénoménologique consiste en une réduction phénoménologique (mettre entre parenthèses les connaissances passées pour appréhender le phénomène en toute innocence et le décrire tel qu'on en a l'intuition) et en une description qui doit être suffisamment riche, car elle comporte par elle-même une explication du phénomène, et la recherche des essences (Giorgi, 1997). Husserl suggère de saisir l'essence du phénomène à l'étude en utilisant la méthode de variation libre et imaginaire, c'est-à-dire en multipliant de manière intuitive les possibilités sous lesquelles le phénomène pourrait se présenter pour trouver les particularités qui demeurent inchangées, car l'essence représente, comme sens, ce qui se maintient le plus durablement dans un contexte donné (ibid).

2.1.4 L'apport disciplinaire et posture épistémologique

Enfin, selon les phénoménologues de l'herméneutique, il n'est pas nécessaire d'écarter les idées préconçues du chercheur, mais de les utiliser de façon positive pour permettre au lecteur de comprendre les forces et les limites des interprétations (Fortin, 2010). Ce faisant, c'est à titre de chercheure doctorante en sciences humaines appliquées, mais aussi de sage-femme et d'ex-infirmière en obstétrique et en périnatalité que nous entreprenons cette étude. C'est la réflexion sur ma pratique d'infirmière en obstétrique et mon engagement dans des groupes d'humanisation de la naissance qui m'ont amenée à la profession de sage-femme. La pratique sage-femme n'est pas une discipline neutre en termes de valeurs. Elle porte une vision de la grossesse et de l'accouchement fortement empreint de valeurs humanistes, valorise l'*empowerment* et souscrit à un usage judicieux de la technologie.

La pratique sage-femme québécoise est fondée sur une conception de la naissance que l'on peut considérer comme une variante du modèle holistique tel que décrit par l'anthropologue

américaine Robbie Davis-Floyd (2003). Elle est centrée sur la femme, vue comme une personne engagée dans l'expérience de la maternité (Gagnon, 2009). Cette pratique s'est développée avec une perspective humaniste et féministe où la ferme conviction est « que la finalité de l'intervention [des sages-femmes] est de permettre aux femmes de développer leur autonomie dans l'expérience fondamentale de la grossesse et de l'accouchement, de reconstruire leur confiance en elles-mêmes. » (Desaulniers, 2003 : 140). Les connaissances à la base de la pratique sage-femme sont multidisciplinaires, car elles proviennent des sciences biomédicales et des sciences humaines (Université du Québec à Trois-Rivières, 2017).

Nourrissant une identité professionnelle forte et adhérant aux valeurs de ma discipline, je m'intéresse toutefois, à comprendre l'expérience des femmes dans sa globalité, telle qu'elle est perçue et vécue, et ce, peu importe leurs valeurs. En ce sens, j'ai le souci de produire des connaissances utiles permettant d'éclairer l'expérience contemporaine des femmes. Je suis une chercheuse engagée et consciente que je dois demeurer vigilante et adopter une posture réflexive et critique à toutes les étapes de la démarche.

2.1.5 L'interdisciplinarité

Mon projet en étant un de compréhension de l'expérience de la grossesse et de l'accouchement pour faire avancer la pratique sage-femme et les services en périnatalité, il est alimenté par des questions variées nécessitant de mobiliser différents savoirs pour y répondre. Lorsque j'interprète, j'ai une position d'herméneute dans le cadre d'une pratique sage-femme pour faire avancer les connaissances de cette pratique et l'action elle-même. En praxéologie, il est utile de combiner les savoirs traditionnellement séparés par l'université. Le projet de connaissances historiquement construit autour de l'objet, et ancré dans une méthode propre à chaque discipline varie d'une culture disciplinaire à une autre. L'interdisciplinarité nourrit la compréhension et la pratique parce que mon questionnement est hybride. Ce sont les questions autour de l'objet qui appellent l'interdisciplinarité, car elles sont de différents ordres (Lemay, 2011). La pensée transversale relie et fait s'interroger des niveaux de logique différents (Genelot, 2002). L'approche interdisciplinaire profite à l'action, c'est pourquoi il nous est apparu essentiel d'y puiser pour enrichir notre réflexion et produire des connaissances utiles à l'avancement d'une

meilleure compréhension de l'expérience des femmes et produire des actions plus éclairées, au bénéfice des femmes et des familles.

2.1.6 Le cadre de référence phénoménologique contextualisé

Ce faisant, l'approche phénoménologique permet d'examiner les contenus de conscience et les significations propres au sujet qui peut être vu comme interprète du monde qui l'entoure. En résumé, la posture privilégiée pour cette recherche nous amène à nous appuyer sur un cadre de référence phénoménologique contextualisé (prise en compte des dynamiques relationnelles et organisationnelles qui façonnent ces expériences), cohérent à la fois avec notre démarche théorique et méthodologique dans une perspective interdisciplinaire en continuité avec des travaux menés autour de la grossesse et de l'accouchement en anthropologie, en sociologie et en philosophie de soins. Nous abordons cette recherche informée par notre approche théorique, tout en demeurant à l'écoute des orientations pouvant découler du terrain lui-même. (Alvesson & Skölberg, 2012; Paillé, dans Muchielli, 2009).

2.1.7 Les concepts clés

Certains concepts nous ont été utiles pour mieux saisir l'expérience des femmes rencontrées. Ils ont servi de cadre de référence pour mettre en relation les différents corpus et faire lumière sur les données. Ainsi les concepts de médicalisation, de biomédicalisation et de biopouvoir nous ont permis de réfléchir aux notions de pouvoir et de savoir ainsi que sur les liens qui les unissent. Par ailleurs, les concepts de subjectivité, d'intersubjectivité et de représentations ont favorisé l'analyse des propos des participantes en jetant un regard plus éclairé sur la manière dont elles percevaient leur expérience, tout en tenant des différences individuelles, et du contexte où elle se construit. Enfin, l'approche interactionniste a justement servi à mieux saisir le sens que les femmes accordaient à leur expérience en relation avec les interactions sociales qui contribuaient à orienter leurs pensées et leurs actions.

2.1.7.1 Médicalisation et biomédicalisation. La **médicalisation** est un des concepts les plus puissants de la sociologie moderne (Clarke *et al.*, 2000). Elle peut être définie comme « un processus par lequel de plus en plus d'aspects de la vie quotidienne sont passés sous l'empire, l'influence et la supervision de la médecine. » (Zola, 1983 : 295, dans Conrad, 1995 : 10). C'est

un concept qui a été introduit dans les années 1970 par le sociologue Irving Zola pour attirer l'attention sur l'utilisation de la terminologie médicale dans plusieurs aspects de la vie humaine, comme l'âge, la ménopause, la naissance et la mort. Le processus de médicalisation a métamorphosé autant nos manières de penser que de faire, et a bouleversé nos institutions, notamment, au Québec, « les médecins remplaçant les curés comme aidants et comme guides moraux, l'hôpital devenant la cathédrale du XX^e siècle » (Renaud, 1995 :168). Pour Illich (1975), c'est une désappropriation de la capacité de prendre soin de soi-même au profit d'un monopole médical. Renaud est plus nuancé dans ses propos, car pour lui la médicalisation n'est pas le résultat de l'impérialisme médical. Elle « résulte tout autant de l'évolution de la médecine que des attentes de la population et des systèmes de croyances qui guident les comportements des individus tout comme les politiques de l'État » (Renaud, 1995 : 169).

La médicalisation a toutefois pour conséquences : 1) une pathologisation de tout; 2) une définition médicale de la normalité : médecins et industries définissent ce qui est normal et les conditions ou seuils de l'anormalité; 3) une focalisation étroite sur les individus plutôt que sur le contexte social; 4) l'expansion d'une médecine sociale de contrôle en termes de surveillance, d'utilisation de mesures corporelles et comportementales et l'utilisation de médicaments, de produits ou d'interventions pour contrôler ou modifier les comportements ou conditions du corps : risques génétiques, risques de maladie (Conrad & Waggoner, 2014). La multitude d'interventions inadéquates fait également dire à Illich (1975) que l'iatrogénèse clinique est l'une des plus importantes épidémies auxquelles les sociétés ont dû faire face.

Dans les sociétés occidentales, le processus de médicalisation s'est étendu à la grossesse et à la naissance (Gélis, 1981, 1984) puis a envahi les autres sociétés (Ivry, 2007). Avec le développement de la science, champ largement masculin, les événements reproductifs sont devenus considérés comme pathologiques ou « contre nature » et l'accouchement a été l'un des premiers événements de la vie à être médicalisé (Brubaker & Dillaway, 2009; Martin, 1987; Riessman, 1983). Il en est advenu une construction médicale de la grossesse à travers ce que la science définit comme étant les résultats optimaux de santé à atteindre.

Durant le XX^e siècle, la représentation médicale de la grossesse et de l'accouchement est venue structurer les expériences (Barker, 1998). Les femmes sont encouragées, à partir des changements physiologiques qui surviennent, à voir leur grossesse comme potentiellement pathologique. L'hospitalisation et l'usage accru de techniques obstétricales sophistiquées touchent dorénavant ces événements (Baillargeon, 2004; Laurendeau, 1983). Par contre, selon Riessman (1992), les femmes elles-mêmes ont contribué à la médicalisation, entre autres parce que celles de la classe supérieure ont encouragé activement l'utilisation des médicaments comme moyen de réduire la douleur. La sociologue québécoise Maria De Koninck préfère parler de gestion biomédicale du corps des femmes, car « ces pratiques découlent d'un processus d'intériorisation par les femmes de la médicalisation » (De Koninck, 1995 : 34).

Le modèle biomédical continue de positionner la grossesse et l'accouchement comme une maladie plutôt que comme une fonction corporelle normale (Lupton, 2012). Une conséquence de la médicalisation de ces événements est la déqualification des femmes de leur propre expérience au profit d'experts qui ont commencé à la gérer et à la mystifier (Brubaker & Dillaway, 2009; Davis-Floyd 2003; Finerman *et al.*, 2015, Lee *et al.*, 2014; Riessman, 1983). Pour Finerman *et al.* (2015), bien que la médicalisation a eu de bons côtés, car elle a permis de sauver des vies, elle peut causer des torts et laisser place à l'incertitude chez les parturientes.

Pour Nye (2003: 126), « Undoubtedly, medical discourse continues to infuse the culture of health and well-being in our society ». La tendance à médicaliser les problèmes humains va se poursuivre et probablement se développer au cours du XXI^e siècle, comme elle a augmenté au cours des 40 dernières années (Conrad & Waggoner, 2014). Le processus de médicalisation contemporain est lié à la société commerciale et aux intérêts pharmaceutiques, aux traitements génétiques, aux consommateurs et à la gestion des soins. On voit maintenant le traitement de problèmes comme l'infertilité qui, il y a quelques décennies, n'étaient pas considérés d'ordre médical (Conrad & Waggoner, 2014). De plus, il y a le fait que : « les expériences naturelles de vie sont représentées non plus seulement comme des maladies en elles-mêmes, mais aussi comme des causes de maladies futures » (Lippman, 2004 :8). La médicalisation est devenue un terme polysémique (Nader, 2012) où face aux nouveaux enjeux de contrôle social est apparue l'appellation de « médicalisation sociale » parallèlement à la « médicalisation économique »

(Poitras & Meredith, 2009) et le nouveau concept de « néo-médicalisation » (Lippman, 2013). Avec les nouvelles technologies de l'information et le rôle joué par les médias, la démocratisation du savoir médical est devenue une arme à double tranchant où le patient est mieux outillé pour résister à l'autorité médicale, mais se soucie davantage de son état de santé, ce qui contribue à renforcer la pathologisation de l'existence humaine (Nader, 2012).

Au début des années 2000, Adèle Clarke et ses collaborateurs ont proposé un nouveau concept, soit celui de **biomédicalisation**, pour rendre compte davantage de l'importance des innovations technoscientifiques et des enjeux économiques présents dorénavant dans le domaine de la santé (Nader, 2012). La biomédicalisation dépasse l'expansion du pouvoir médical à la vie ordinaire. Cette fois-ci, « son modus operandi repose sur des innovations que les technosciences construisent et organisent et qui ne se contentent pas d'ajouter à ce qui existe, mais bien plutôt le transforment » (Clarke *et al.*, 2000 :12). La biomédicalisation est une expression qui décrit mieux la manière dont la biomédecine s'est transformée en une entreprise technoscientifique à travers l'industrie pharmaceutique et commerciale, les traitements génétiques et le patient-consommateur.

Cinq éléments clés caractérisent la biomédicalisation : 1) les éléments d'économie : reconfiguration des limites entre médecine privée et médecine publique; 2) les notions de risque et de surveillance : la santé, devenue réalisation de soi et obligation morale, est liée à un risque individualisé sous haute surveillance individuelle; 3) la technoscientifisation de la biomédecine avec les technologies informatiques et informationnelles ainsi que le développement des technologies médicales avec une volonté d'atteindre un résultat de santé sans faille; 4) la transformation de la production et de la distribution du savoir et de l'information : la diffusion par les médias déplace les notions de pouvoir et de savoir biomédical; la biomédecine fait maintenant partie de la culture de masse; 5) la transformation du corps : la médecine ne cherche plus tant à contrôler le corps, qu'à le transformer (Clarke *et al.*, 2000, 2003; Nader, 2012).

2.1.7.2 Biopouvoir. Les mécanismes de pouvoir se sont profondément transformés en Occident depuis l'âge classique. La thèse de Foucault sur le biopouvoir nous permet de comprendre comment le droit de vie et de mort, antérieurement dévolus au souverain

(*juridique*), s'est transposé dans un pouvoir qui gère la vie. Il s'agit d'une rupture majeure dans l'ordre politique occidental. Ce pouvoir sur la vie s'est développé depuis le XVII^e siècle sous deux formes principales mais interreliées, soit une forme centrée « sur le corps comme machine », caractérisée par les disciplines anatomo-politiques du corps humain, et l'autre forme développée vers le milieu du XVIII^e siècle, centrée « sur le corps-espèce », soit :

le corps traversé par la mécanique du vivant et servant de support aux processus biologiques : la prolifération, les naissances et la mortalité, le niveau de santé, la durée de vie, la longévité avec toutes les conditions qui peuvent les faire varier; leur prise en charge s'opère par toute une série d'interventions et de contrôles régulateurs : une biopolitique de la population. (Foucault, 1976 : 183)

Le biopouvoir a été un élément essentiel pour le développement du capitalisme dans le monde occidental. Les techniques de pouvoir présentes à tous les niveaux du corps social et utilisées par les institutions diverses, dont la médecine, ont agi au sein des processus économiques et ont opéré comme facteurs « de hiérarchisation sociale, agissant sur les forces respectives des uns et des autres, garantissant des rapports de domination et des effets d'hégémonie. » (Foucault, 1976 : 186). Le développement des connaissances concernant la vie en général a contribué à une relative maîtrise sur la vie, écartant les imminences de la mort, mais les procédés de pouvoir et de savoir ont aussi pris en compte les processus de la vie, en entreprenant de les contrôler et de les modifier. Le biologique se réfléchit sur le politique et « il passe pour une part dans le champ de contrôle du savoir et d'intervention du pouvoir. [...] c'est la prise en charge de la vie [...] qui donne son accès jusqu'au corps. » (Foucault, 1976 : 187-188). Le passage au biopouvoir a des conséquences énormes dont celle de la transformation du regard posé sur la spécificité humaine et la création d'une société normalisatrice. L'institution judiciaire s'intègre de plus en plus à un continuum d'appareils (médicaux, administratifs, etc.), amenant une prolifération de technologies politiques qui investissent la santé, les conditions de vie et l'espace tout entier de l'existence. En fait, au cours de l'histoire, deux ensembles de mécanismes de pouvoir sont apparus, l'un disciplinaire sur le corps individuel dans le cadre limité de l'école ou de l'hôpital par exemple, l'autre régulateur sur la population, lié à des pressions sur les règles d'hygiène, la procréation, les soins aux enfants, etc. La médecine est un savoir-pouvoir qui porte à la fois sur les deux. L'élément qui circule de l'un à l'autre, c'est la « norme ». « La société de

normalisation, c'est une société où se croisent, selon une articulation orthogonale, la norme de la discipline et la norme de régulation » (Foucault, 1997 : 225). Maintenant,

la médecine répond à un autre motif qui n'est pas la demande du malade, qui ne prévaut que dans des cas beaucoup plus limités. Plus fréquemment, la médecine s'impose à l'individu, malade ou non, comme un acte d'autorité. [...] la santé s'est transformée en un objet de l'intervention médicale. (Foucault, 2001 : 49)

Dans la société moderne, « le pouvoir tend à se faire de plus en plus invisible et anonyme, s'exerçant sur les individus davantage à travers des technologies de surveillance, de contrôle, d'observation et de mesure - dans le cadre d'un système de micropouvoir » (Nader, 2012 : 200).

La force de ce système est sa capacité à laisser entendre aux individus qu'ils sont à l'origine de leurs actions, de leur propension à acquérir des aptitudes individuelles et des comportements sains et responsables. Cette formation des sujets est produite par l'intériorisation des normes en vigueur voulant qu'il soit nécessaire de se protéger des divers dangers inhérents à la vie humaine. (Nader, 2012 : 202)

Considérant la grande utilité analytique du concept de biopouvoir, le sociologue Nikolas Rose et l'anthropologue Paul Rabinow proposent une clarification de ce concept qui selon eux viserait à :

spécifier les stratégies et les configurations qui combinent trois dimensions ou plans : une forme de discours de vérité sur les êtres vivants et un ensemble d'autorités considérées comme compétentes pour dire cette vérité; des stratégies d'interventions sur l'existence collective au nom de la vie et de la santé; des modes de subjectivation par lesquels des individus peuvent être conduits à travailler sur eux-mêmes, sous certaines formes d'autorité, en relation avec des discours de vérité, par le moyen de techniques de soi, au nom de la vie ou de la santé individuelle ou collective. (Rose & Rabinow, 2012 : 9)

Pour Rose et Rabinow, il est clair qu'une nouvelle rationalité biopolitique en relation avec la santé est en train de se développer. Les nouvelles formes de savoir reposant sur la probabilité, de nouvelles façons de penser le risque, de comprendre la génétique de sa santé, de ses maladies ou de ses prédispositions et d'organiser la santé sont en train d'émerger. Comme Rose et Rabinow le proposent, nous envisageons de penser le concept de biopouvoir en concentrant notre attention sur :

trois éléments qui sont en jeu dans toute transformation : la connaissance des processus vitaux, les relations de pouvoir qui prennent les humains comme objets, et les modes de subjectivation par lesquels les sujets travaillent sur eux-mêmes en tant qu'êtres vivants ainsi que leurs multiples combinaisons. (Rose & Rabinow, 2012 : 22)

Le concept de biopouvoir s'applique aux expériences des femmes en ce qui a trait à la grossesse et à l'accouchement. Ainsi, au cours du XX^e siècle, une représentation biomédicale de la grossesse est de plus en plus parvenue à structurer la compréhension de ces phénomènes et des expériences. En outre, une construction médicale de la grossesse est apparue, constituée par le biopouvoir à travers les prescriptions déterminées scientifiquement pour mieux assurer l'issue d'une grossesse en bonne santé (Barker, 1998). Les contraintes structurelles ou physiques antérieures sur la liberté des femmes pendant la grossesse ont été remplacées par des formes plus subtiles de « biopouvoir » ou d'autorégulation par le biais de la « connaissance » scientifique et les technologies médicales (Fox *et al.*, 2009). Ceci s'avère une avenue pour mieux comprendre les mécanismes en jeu autour des expériences des femmes dans notre étude.

2.1.7.3 Subjectivité et intersubjectivité. La notion moderne de subjectivité réfère à concevoir l'état des choses par l'intermédiaire de sa propre pensée qui est dominée par des sentiments personnels, des pensées, des préoccupations. C'est une prise de conscience de soi par l'individu, chaque instant apportant un éclairage différent (Oksenberg Rorty, 2007).

D'après Kleinman et Fitz-Henry (2007), pour comprendre la subjectivité humaine, nous ne pouvons recourir simplement à la nature biologique universelle ou nous réfugier dans l'abstrait d'un discours théorique éthique; nous devons affirmer la variabilité, l'hétérogénéité et la contingence de nos subjectivités, telles qu'elles se déroulent dans le domaine de l'expérience. Le témoignage de l'expérience subjective facilite la compréhension du phénomène à l'étude en prenant en compte les différences individuelles qui sont façonnées à travers le social et le contexte où la personne vit. « Le sujet est en débat dans le monde, mais par là même les occurrences de son débat sont toujours déterminées, localisées : il n'y a de subjectivité que contextualisée » (Benoist, 1995 : 551). Le sujet est à la fois un produit et un agent de l'histoire. La subjectivité elle-même est davantage la conséquence d'actions, de comportements, de performativités plutôt que leur source. Les subjectivités influencées par les valeurs culturelles

et sociales normatives sont aussi soumises à la réflexivité intérieure de l'individu (Biehl *et al.*, 2007). La prise de conscience de soi-même n'apporte pas un contenu stable, car celui-ci évolue à chaque instant (Oskenberg Rorty, 2007).

Selon l'anthropologue Kleinman, parler du subjectif est toujours parler de l'intersubjectif, et théoriser l'intersubjectif est rejeter d'une manière décisive les notions d'une essence humaine universelle et un sujet autonome qui ont historiquement sous-tendu le discours éthique (Biehl *et al.*, 2007). Selon cette logique, un processus réciproque se développe à partir de la rationalité technique où le processus moral recrée, remodèle à son tour la rationalité technique, devenant ainsi un moyen de réguler et de contrôler la collectivité. L'expérience est intersubjective dans la mesure où elle implique les pratiques, les négociations et les contestations avec les personnes avec qui nous sommes en relation (Kleinman & Fitz-Henry, 2007).

La subjectivité est donc constituée à l'interface des processus socioculturels et des perspectives individuelles, entre les déterminants sociaux extérieurs et la réflexivité intérieure. Pour la sociologue Céline Lafontaine (2003 : 203), « une nouvelle forme d'individualité axée sur l'adaptabilité semble accompagner les révolutions technologiques en cours ». Il devient donc intéressant de voir comment se construit l'expérience individuelle à travers les pratiques normatives des soins prénataux et de l'obstétrique.

2.1.7.4 Représentations. Selon Denise Jodelet, psychosociologue, les représentations individuelles sont fortement liées aux représentations sociales, lesquelles sont une forme de savoir pratique qui représente un objet ou un sujet. C'est une symbolisation, qui sert d'interprétation, en conférant des significations. La représentation est une construction du sujet. Elle se modélise et apparaît directement lisible dans le langage, le comportement ou des supports matériels. Elle sert à agir sur le monde et autrui (Jodelet, 2003).

Pour construire son propre univers, l'individu emprunte à sa culture ce qui fait sens pour lui. Les représentations sociales procurent donc en quelque sorte une grille de lecture du monde. C'est pourquoi le sujet n'aborde pas une situation de manière neutre et univoque. Les éléments

du contexte véhiculent alors une représentation de la situation et une signification qui oriente la conduite (Abric, 2003; Mannoni, 2012).

Les représentations sociales sont des phénomènes complexes formés de différents éléments informatifs, cognitifs, idéologiques, normatifs, de croyances, de valeurs, d'attitudes, d'opinions, d'images, etc., qui sont organisés sous la forme d'un savoir disant quelque chose sur l'état de la réalité. Théorie d'abord développée par Serge Moscovici, psychologue social et historien des sciences, elles correspondent au « savoir de sens commun » (Jodelet, 2003 : 52-53). Elles agissent en tant que systèmes d'interprétation régissant notre relation au monde et aux autres. Elles peuvent être abordées « à la fois comme le produit et le processus d'une activité d'appropriation de la réalité extérieure à la pensée et d'élaboration psychique et sociale de cette réalité » (Jodelet, 2003 : 54). « Il existerait ainsi un flux, une mobilité et une perméabilité permanente entre les univers psychiques personnels et sociaux, à l'intérieur d'une même sphère culturelle, qui supposent des échanges dans les deux sens » (Mannoni, 2012 : 16).

Pour Abric (2003 : 222), la représentation sociale est structurée autour d'un noyau central stable issu des déterminismes historiques, symboliques, sociaux collectivement partagé et d'éléments périphériques susceptibles de varier selon les contingences du quotidien, permettant ainsi à l'individu de s'adapter en fonction de différentes réalités. Selon ce chercheur, les représentations sociales produisent *l'anticipation* des actes et des conduites, *l'interprétation* de la situation dans un sens préétabli, grâce à un système de *catégorisation* cohérent et stable et elles permettent ensuite la *justification* des conduites par rapport aux normes sociales et leur *intégration* (ibid).

2.1.7.5 L'approche interactionniste. L'interactionnisme symbolique est un courant de la sociologie américaine privilégiant l'interprétation et le point de vue des acteurs sur le terrain (Conein, 2005). Selon Poupart (2011), l'approche interactionniste cherche à comprendre comment les expériences et les points de vue des acteurs sont socialement façonnés. Elle implique d'être à la fois à proximité et à distance des points de vue et des expériences de ceux-ci, de manière à mieux les saisir et les objectiver.

L'interactionnisme symbolique s'attache à décrire de manière nuancée et détaillée les expériences et les points de vue des individus, tout en cherchant à comprendre ce qui les influence, et à tenir compte de la perspective des acteurs sociaux dans l'appréhension des réalités sociales selon le sens qu'ils donnent à leur réalité, compte tenu des conditions susceptibles d'influencer leurs expériences et leurs trajectoires. Enfin, tout en prenant en compte l'analyse des individus, une certaine distanciation est nécessaire pour tenter de la confronter et de la dépasser (Poupart, 2011).

Les trois prémisses de l'interactionnisme symbolique énoncées par Blumer (1969, dans Poupart, 2011 : 187) sont : 1) les êtres humains se comportent à l'égard des choses selon les significations qu'ils accordent à celles-ci; 2) les significations sont la résultante des interactions sociales; 3) les significations se modifient et se construisent au travers des processus d'interprétation mis en œuvre dans les situations réelles.

Pour les interactionnistes, l'individu a la possibilité d'agir à l'intérieur des balises fixées par les normes. Chaque individu doit donc s'appuyer sur sa propre réflexivité pour influencer et orienter ses actions en fonction de ses attentes personnelles. L'approche interactionniste ne remet aucunement en question l'existence de puissantes institutions et normes sociales, mais elle refuse toutefois de concevoir que ces normes puissent être imposées passivement aux individus. « Les normes sociales n'existent et ne se maintiennent que grâce à l'utilisation par les acteurs en situation, de schémas d'interprétation identiques, qui ne perdurent à leur tour qu'à raison de leur confirmation constante dans les cours d'action, et en particulier grâce aux définitions produites par autrui » (De Queiroz et Ziotkowski, 1997 : 33). L'individu possède une certaine marge de manœuvre bien qu'il ne puisse constamment modifier ou résister à ces normes. Ainsi, bien que la pratique médicale porte en elle une puissante orientation disciplinaire, il existe tout de même pour le patient un certain espace de négociation (Nader, 2012). Les interactions, tout au long de la trajectoire de grossesse, participent au façonnement de l'expérience de la grossesse et au sens que les femmes y accordent.

2.2 La stratégie de recherche

La stratégie de recherche vise à ce que chaque participante raconte son expérience et met de l'avant la notion de trajectoire en regard du parcours expérientiel. Ainsi, il nous apparaissait plus révélateur de leur expérience de pouvoir suivre l'évolution de leurs représentations et de leurs discours tout au long de la trajectoire de grossesse et d'accouchement. Nous avons donc suivi le cheminement de chacune d'entre elles en les rencontrant à trois moments-clés de leur expérience. Cette approche permettait de documenter les subjectivités et les points tournants dans la construction des représentations (Bertaux, 2010; Desmarais, 2010). Dans le contexte de cette recherche, il s'agissait de prendre connaissance de l'intériorité de la personne rencontrée en fonction de ses opinions, attitudes, valeurs, croyances, représentations en lien avec la grossesse, l'accouchement, son vécu social et les pratiques professionnelles entourant cette expérience. Nous nous sommes aussi intéressée aux éléments contextuels parce qu'ils renvoient aux mondes sociaux dans lesquels s'inscrivent les expériences individuelles (Alvesson & Sköldbberg, 2012).

2.2.1 La collecte des données

La démarche utilisée pour la collecte de données a permis de recueillir les propos des participantes en ce qui a trait à leur vécu de grossesse et d'accouchement à trois moments différents de leur expérience, soit : 1) entre 14 à 20 semaines de grossesse; 2) entre 34 et 37 semaines; 3) de 2 à 12 semaines après l'accouchement.

Les trois moments retenus pour les entretiens correspondent à des moments charnières de l'expérience des femmes enceintes ou nouvellement accouchées (Brabant, 2013). Ils concordent également à l'évolution du projet d'accouchement. Ainsi, 1) entre 14 et 20 semaines de grossesse, la grossesse est bien amorcée, le risque d'avortement spontané est écarté, les différents tests de dépistage viennent tout juste d'être passés ou sont sur le point d'être réalisés. À cette étape, tout en étant encore proches du vécu des premières semaines, les femmes sont habituellement centrées sur les changements corporels, les premiers mouvements du fœtus et elles ont généralement entrepris un suivi avec un médecin ou une sage-femme. La plupart du temps, elles partagent cette expérience avec la famille, les amis, et songent à l'accouchement comme à un évènement encore lointain. C'était pour nous, une période favorable pour cerner

leurs représentations de la grossesse et de l'accouchement, leur vécu et le sens qu'elles accordent à leur expérience; 2) Le deuxième moment de rencontre se situait entre 34 et 37 semaines de grossesse. Il permettait de faire le suivi du vécu, tout en mettant l'accent sur les préoccupations au sujet de l'accouchement qui devenait éminent, et sur la manière dont elles s'y préparaient; 3) Enfin, le dernier entretien visait essentiellement à connaître leur vécu de fin de grossesse et d'accouchement, puis à faire un retour sur leur expérience alors que les femmes commençaient à avoir un certain recul à l'égard de leur grossesse et de leur accouchement. Ces entretiens ont été révélateurs sur la manière dont elles intégraient leur expérience et le sens que celle-ci revêtait pour elles, tout en tenant compte du contexte où elles l'ont vécue.

2.2.2 L'entretien de type narratif et le journal de bord

L'entretien de type narratif et le journal de bord ont été les outils privilégiés pour la collecte des données. L'**entretien de type narratif** centré sur l'expérience vécue, complété par un volet semi-structuré, a favorisé l'obtention d'une description complète et détaillée de l'expérience des participantes à la recherche (Mayer & St-Jacques, 2000; Savoie-Zajc, 2010). À partir d'une question de départ ouverte « Qu'est-ce que cela signifie pour vous de vivre cette expérience? », nous enchainions, au besoin, avec des sous-questions thématiques en vue de couvrir les différentes dimensions (Guide d'entretien : Annexe B). Une attitude souple a prévalu tout au long des entretiens, de manière à laisser place à la spontanéité des participantes et de leur permettre d'exprimer leurs points de vue sans restriction ou d'approfondir un élément en particulier.

Les entretiens ont eu lieu à l'endroit choisi par chacune des répondantes. Ils se sont déroulés à leur domicile, sauf pour deux d'entre elles, pour qui les rencontres ont eu lieu dans un endroit public, discret et calme. Ils ont été enregistrés en mode audio avec leur consentement.

Puis, chaque femme était invitée à écrire le récit de son accouchement dans un **journal de bord**, dès que possible durant la première semaine suivant la naissance. Cet outil permettait de recueillir des données « à chaud » afin de rendre compte de l'expérience de l'accouchement d'une manière différente et complémentaire à l'entretien postnatal.

2.2.3 La population à l'étude

La population étudiée est celle des femmes enceintes en bonne santé dont la grossesse et l'accouchement étaient envisagés comme pouvant se dérouler normalement. La raison de cette sélection est que la présence d'une maladie ou d'un problème de santé amène généralement une perception et un vécu différents de ces événements. Ce sont donc des femmes admissibles à un suivi sage-femme²³, qu'elles aient choisi ou non cette trajectoire de soins, qui pouvaient faire partie de l'étude.

Les participantes ont été choisies par choix raisonné ou intentionnel (Fortin, 2010; Patton, 2002), c'est-à-dire que nous avons recruté 25 femmes enceintes (entre 24 et 41 ans), primipares, désireuses de partager leur expérience aux fins de notre recherche. Ces femmes ont été recrutées en milieu urbain et semi-rural, soit dans la ville de Québec (14) et dans la région de la Mauricie-Centre du Québec (11), et en proportion similaire selon leur type de suivi, soit médical (omnipraticien ou gynécologue) ou sage-femme. Elles étaient originaires de ces localités ou encore des migrantes intra Québec ou internationales (les profils sociodémographiques seront détaillés plus avant). Le Tableau 1 illustre leur trajectoire de soins.

Tableau 1

Suivi de grossesse initié par les participantes par type de professionnel

Professionnel pour le suivi de grossesse/ provenance	Ville de Québec (14)	Région Mauricie-Centre du Québec (11)
Omnipraticien	2	2
Gynécologue-obstétricien	6	5*
Sage-femme	6	4

*Une femme a changé de professionnel (de gynécologue-obstétricien à sage-femme) après le 1^{er} entretien, soit vers 24 semaines de grossesse.

La population des femmes primipares a retenu notre attention, car celles-ci nous permettaient de mieux documenter les représentations en regard de la grossesse et de l'accouchement, sans

²³ Seules les femmes en bonne santé et dont la grossesse est prévue se dérouler normalement, sont admissibles à un suivi sage-femme au Québec.

que leur expérience antérieure n’interfère. Ce choix a été fait avec la préoccupation d’avoir une certaine homogénéité dans la population étudiée. Nous recherchions également une diversité dans le type de suivi (médical ou sage-femme), car les pratiques lors de la grossesse et de l’accouchement ainsi que le vécu des femmes peuvent varier selon les professionnels de la santé appelés à intervenir (Fraser *et al.*, 2000; Klein, 2009; 2011a). Il apparaît aussi intéressant, compte tenu des variations notées dans les données statistiques sur les taux d’interventions selon les régions (Rossignol *et al.*, 2012) et dans les habitudes de vie ou le recours à un professionnel de la santé (INSPQ, 2004), de voir si des différences existent dans les représentations de la grossesse et de l’accouchement, les pratiques et le vécu des femmes selon que celles-ci habitent en milieu urbain (ville de Québec) ou en milieu semi-rural (région de la Mauricie-Centre-du-Québec). Des services médicaux et des services de sage-femme sont disponibles sur ces deux territoires.

Le recrutement s’est fait dans différents quartiers de la ville de Québec afin d’obtenir une certaine diversité socioculturelle de population. La grande région de la Mauricie-Centre-du-Québec (MCQ) correspondait au territoire couvert par l’Agence régionale de santé et de services sociaux de la région 04 au moment de l’enquête. Nous nous sommes concentrée principalement sur les municipalités desservies par la maison de naissance de la Rivière, autant pour les femmes suivies par un médecin que celles suivies par une sage-femme. Le choix de recruter les participantes dans ces deux milieux s’est fait en raison de notre familiarité avec ces milieux et de leur proximité : ce qui maximisait la faisabilité de l’étude. De plus, il s’avérait avantageux d’obtenir des données ailleurs que dans la grande métropole (Montréal)²⁴, puisque la ville de Québec et les régions comptent plus de 50 % de la population du Québec (Statistiques Canada, 2016).

2.2.4 Les modalités de recrutement

Le recrutement des participantes a été fait principalement sur invitation, à l’aide d’affiches (Annexe A) apposées dans des centres de santé et de services sociaux (CSSS), des cliniques médicales, des maisons de naissance, des centres péri-ressources, des organismes municipaux

²⁴ Les études faites au Québec portent davantage sur cette population de la métropole (Hivon & Jimenez, 2007; Quéniart, 1987)

et communautaires (ex. cours de yoga prénatal, pharmacies, maison de la famille) ou dans des endroits fréquentés par les femmes enceintes (boutique de vêtements, magasins d'alimentation naturelle ou d'articles spécialisés). Des infirmières en clinique de grossesse, des sages-femmes, des éducatrices prénatales ou autres intervenants en périnatalité ont aussi collaboré pour remettre des affichettes à leur clientèle. L'invitation a également été distribuée via Facebook dans quelques réseaux ou dans des sites comme Doctissimo (Maman et future maman du Québec). L'effet « boule de neige » s'est aussi avéré utile pour le recrutement. Les femmes intéressées à participer à l'étude pouvaient nous joindre par téléphone ou par courriel. Ce premier contact permettait de vérifier leur admissibilité et de prendre rendez-vous.

L'étude sur le terrain a été menée de novembre 2013 à novembre 2014. Une fois le premier contact établi, aucune participante ne s'est désistée ou n'a dû être exclue de l'étude.

2.2.4.1 Les critères d'inclusion et d'exclusion. Les critères d'inclusion étaient : être une femme en bonne santé ne nécessitant pas un suivi de grossesse en médecine spécialisée; être âgée de plus de 18 ans; être suivie par un médecin ou une sage-femme; demeurer dans la ville de Québec ou dans la région MCQ; être capable de s'exprimer en français²⁵, avoir entre 14 à 20 semaines de grossesse lors du premier entretien; accepter de participer à deux entrevues durant la grossesse et à une autre après l'accouchement, ainsi qu'à tenir un journal de bord du récit de l'accouchement. Les critères d'exclusion visaient la présence d'une situation identifiée par le règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin, ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin ²⁶au moment de la première entrevue.

2.2.5 Les femmes rencontrées

Chaque femme rencontrée est unique par sa personne et son expérience. Nous les présentons ici selon leur lieu de résidence et le type de suivi de grossesse en cours, au moment du premier entretien. Des tableaux sur les données sociodémographiques se retrouvent à l'Annexe C.

²⁵ Les entretiens se déroulaient en français, l'interviewer ne maîtrisant pas suffisamment les autres langues.

²⁶ L.R.Q., c-S-0.1, r.4. Permet de statuer sur l'état de santé. Des questions d'ordre général étaient posées sur l'état de santé et ma formation de sage-femme me permettait d'évaluer si cette femme aurait été admissible aux services d'une sage-femme, selon les réponses obtenues.

Six femmes demeurant à **Québec**, Bianca, Daphnée, Florence, Gabrielle, Isa et Karina²⁷ avaient entamé leur suivi avec un gynécologue-obstétricien. Âgées respectivement de 25 à 32 ans, elles étaient toutes originaires d'une autre région, soit la Beauce, la Gaspésie, Jonquière, le Lac St-Jean (2) et le Brésil. Excepté une femme arrivée à Québec six mois auparavant, les autres habitaient cette ville selon une période variant entre quatre à dix ans. Elles occupaient un emploi comme agente de bureau, secrétaire, éducatrice, conseillère de direction, coiffeuse et organisatrice d'évènements. Quatre d'entre elles vivaient en couple depuis quatre à dix ans. Daphnée, en relation avec son partenaire depuis quatre ans, commençait la cohabitation alors que la relation de couple de Florence datait de quelques mois seulement.

Élise et Annie, âgées de 30 et 31 ans, étaient suivies par un omnipraticien qui ne pratiquait pas d'accouchements. L'une d'elles, massothérapeute, demeurait à Québec depuis toujours alors que l'autre, serveuse, originaire du Lac St-Jean, y habitait depuis huit ans. L'une était en couple depuis deux ans et l'autre depuis dix ans.

Les six autres femmes, Camille, Héloïse, Jessica, Laurence, Mylène et Nadine, avaient quant à elles, entrepris leur suivi de grossesse avec une sage-femme. Cinq d'entre elles avaient entre 24 et 32 ans, alors que l'autre participante était âgée de 41 ans. Une seule était native de Québec et y avait toujours vécu. Les autres étaient originaires de Sherbrooke, du Bas St-Laurent (2), de Chibougamau et de la France. Elles habitaient Québec depuis deux, quatre, sept ou dix ans. Elles exerçaient le travail de serveuse, travailleuse sociale, orthophoniste, consultante en productions culturelles et deux étaient stagiaires postdoctorales dans les domaines de l'écologie et de la géochimie. Toutes vivaient en couple, depuis une période comprise entre trois à huit ans, sauf une seule qui n'habitait pas avec son partenaire. Elle entretenait toutefois une relation avec lui et il s'impliquait comme futur père.

Dans la **région Mauricie-Centre-du-Québec (MCQ)**, cinq femmes étaient suivies par un gynécologue-obstétricien. Roselyne, Wendy et Yasmine étaient âgées de 28 ou 29 ans, alors qu'Odile et Miranda avaient pour leur part 39 ou 40 ans. Deux d'entre elles avaient toujours

²⁷ Les prénoms sont fictifs afin de préserver l'anonymat et dans un souci de confidentialité, les informations ne sont pas attribuées spécifiquement à chacune.

habité Trois-Rivières ou Victoriaville, et deux autres étaient revenues dans la région après un séjour de quelques années à Québec ou en Outaouais. La dernière, originaire de Belgique, avait d'abord immigré à Montréal huit ans auparavant et y résidait depuis quelques années. Elles vivaient toutes en couple et travaillaient comme ergothérapeute, enseignante au secondaire, animatrice de radio, vétérinaire ou coordonnatrice en santé-sécurité.

Pascale et Valérie, âgées de 27 et 36 ans, et vivant en situation de couple, étaient suivies chacune par un omnipraticien dont l'un pratiquait des accouchements. Elles exerçaient respectivement, la profession d'administratrice et d'enseignante au secondaire.

Enfin, Sarah, Tania, Ariane et Chloé, suivies par une sage-femme, avaient entre 27 et 36 ans. L'une d'elles, étudiante, avait commencé à vivre avec son conjoint depuis peu, alors que pour les autres cela s'étalait de deux à huit ans. Les trois autres étaient : technicienne en environnement, professeure au CÉGEP et horticultrice.

2.2.6 L'analyse des données

L'analyse qualitative nous est apparue tout indiquée puisqu'elle permet que l'ensemble du processus soit mené de manière naturelle selon une logique de proximité (Paillé, 2011).

Le corpus des données compte 75 entretiens individuels, d'une durée moyenne de 60 minutes, 12 entretiens téléphoniques pour relances²⁸, d'une durée moyenne de 21 minutes, et 20 récits d'accouchement.²⁹

Immédiatement après chaque entretien, nous avons rédigé des notes de terrain. Elles portaient sur les éléments contextuels et les comportements non verbaux, proxémiques ou émotionnels observés chez la personne interviewée. Nous notions aussi nos impressions sur le déroulement général et le contenu de certains passages de l'entretien, ce qui permet de mieux saisir le sens des propos recueillis (Miles & Huberman, 2005; Paillé & Muchielli, 2012). L'écoute attentive

²⁸ Quelques femmes ont répondu à l'invitation durant les premières semaines de leur grossesse. Afin de ne pas perdre leur adhésion au projet de recherche, nous les avons rencontrées plus tôt, comme elles le souhaitaient, et avons complété ce premier entretien par une relance téléphonique un peu plus tard, soit autour de 18 à 20 semaines de grossesse.

²⁹ 5 femmes ne l'avaient pas fait. Elles disaient avoir manqué de temps avec un nouveau-né à prendre soin.

de chaque enregistrement audio a été réalisée. Une réécoute a été faite au moment de relire la transcription, et ce, parfois à plusieurs reprises pour certains passages. Chaque entrevue a été retranscrite intégralement pour pouvoir ensuite en dégager les significations que chaque participante accorde aux événements (Deschamps, 1993; Fortin, 2010; Paillé & Muchielli, 2012).

Une fiche synthèse a été rédigée pour chaque participante portant principalement sur les données sociodémographiques et les précisions concernant la date, la durée, le lieu des rencontres, le nombre de semaines de grossesse au moment de chaque entretien et quelques particularités jugées utiles.

Le contenu du matériel recueilli a été examiné individuellement et transversalement en fonction des objectifs de recherche, tout en restant à l'affût de données émergentes. Nous avons d'abord fait une lecture globale des données avant de commencer à les analyser pour s'en imprégner, et voir comment elles étaient agencées. Par la suite, une analyse thématique a été effectuée de manière inductive en étant sensible à la voix des répondantes en fonction de la question de recherche et des objectifs poursuivis (Paillé & Muchielli, 2012).

Nous avons procédé à une analyse thématique « verticale » (ou individuelle) de chacun des entretiens pour en dégager les thèmes émergents et récurrents. Cette opération a été effectuée de manière itérative pour les trois entretiens et le récit d'accouchement de chacune des participantes. Une série de lecture et de relectures visait un retour aux expériences et aux événements. Les thèmes sont interprétés à la lumière de leur contexte social spécifique. Nous avons cherché à bien comprendre leur vécu tout au long de leur trajectoire et à dégager les événements significatifs ayant influencé leur parcours ainsi que leurs conséquences sur l'expérience et la perception de celle-ci. De plus, nous avons rédigé un résumé de l'expérience vécue par chaque participante dans le cadre de cette première analyse descriptive individuelle. Un récit détaillé a été fait pour six femmes, en regroupant tous les entretiens faits pour chacune d'entre elles afin de bien nous en imprégner. Ensuite, nous avons procédé par annotations en cherchant à délimiter les unités de sens naturelles et avons rédigé un bref résumé de l'expérience pour chacune des autres femmes.

Des matrices ont ensuite été créées en fonction des objectifs de la recherche et à chacun des temps 1, 2 et 3 : représentations de la grossesse, représentations de l'accouchement, vécu de la grossesse, vécu de l'accouchement, les rapports avec les intervenants, les représentations et le recours à la technologie, les savoirs et les pratiques. Pour chaque participante, s'ajoutaient également le contexte, l'histoire familiale, les faits saillants, les moments importants de l'expérience, les points tournants et le sens explicite qu'elles donnaient à leur expérience lorsqu'il était clairement exprimé. Les thèmes émergents et les sous-thèmes étaient notés pour chacun des temps avec des points de repères correspondant aux transcriptions.

Ensuite, nous avons fait l'analyse des données de manière « horizontale » (l'ensemble des participantes), en comparant les étapes et en regardant les liens entre chacune d'elles. Nous avons regroupé l'ensemble des informations recueillies et les thèmes qui ont émergé, de manière à avoir une vue d'ensemble des expériences et du vécu des femmes rencontrées. Les matrices conçues pouvaient être mises côte-à-côte, de manière à pouvoir faciliter la lecture horizontale des données. Ces données ont également été prises en compte dans le contexte social où les femmes se situaient. Cette analyse se situe au niveau des représentations et des symboles, pour voir où les femmes se positionnent aujourd'hui, tout en étant soucieuse de la notion de trajectoire sur le plan individuel et de leur évolution dans le temps.

Enfin, un troisième niveau d'analyse émerge du va-et-vient entre les niveaux horizontal et vertical, avec une attention particulière au temps et à l'évolution des subjectivités. Nous avons retracé les convergences et les divergences dans les résultats obtenus pour faire ressortir les représentations les plus significatives. Ce troisième temps d'analyse a permis d'approfondir les représentations, la dimension contextuelle et de voir comment elles évoluent *dans le temps* (Alvesson & Sköldberg, 2012; Paillé & Mucchielli, 2012).

Nous avons ensuite opté pour une présentation dynamique des résultats à partir des thèmes porteurs. La démarche longitudinale adoptée nous a conduit à les présenter de manière non linéaire en les regroupant en quatre grands chapitres permettant de les interpréter et de les discuter. Nous décrivons tout d'abord la construction du projet de maternité des participantes, leur choix de lieux, de professionnels et d'approche pour leur suivi et accouchement ainsi que

leurs espoirs et leurs craintes tout au long de leur parcours. Puis, l'approfondissement de leur expérience subjective dans une perspective longitudinale permet de mettre en évidence la construction des représentations de la grossesse et de l'accouchement de ces femmes dans leur contexte de vie en interaction avec leur entourage porteur également de sa propre subjectivité. Par ailleurs, la dimension de contrôle étant un thème émergent et récurrent dans les données, nous y avons consacré un chapitre en la mettant en lien avec les attentes exprimées. Finalement, les savoirs des femmes, leurs sources d'information, l'importance qu'elles y accordent en lien avec la technologie ainsi que le rapport que celle-ci a sur leur expérience sont exposés en réponse à nos questions de recherche.

2.2.7 Les considérations éthiques

La participation aux entretiens s'est fait sur une base volontaire. Chaque personne rencontrée a été informée du but et des objectifs de la recherche, des risques et des avantages à y participer. Elle était invitée à poser les questions nécessaires à sa compréhension avant de signer le formulaire de consentement (voir Annexe D). La participante demeurait libre de se retirer en tout temps, et ce, sans avoir à se justifier. La participation à un entretien n'accordait aucun privilège ou désavantage particulier. Un certificat éthique avait été préalablement obtenu de l'Université de Montréal et des deux CIUSSS où avait lieu le recrutement.

Des mesures ont été prises pour assurer l'anonymat et la confidentialité des propos tenus. L'usage de codes et de noms fictifs sur les différents documents a permis de préserver l'identité des participantes. Une attention particulière a été portée pour éviter qu'elles soient reconnues. Les données sont gardées en lieu sûr jusqu'au moment prévu pour leur destruction.

L'aspect le plus délicat à envisager était sans doute le fait que je suis sage-femme et que j'ai aussi été infirmière en obstétrique et en périnatalité. Toutefois, dans le cadre de ce travail de thèse, je n'occupais aucun rôle d'intervention; je suis en quête de connaissances. L'intérêt premier de la thèse est de mieux cerner les perspectives des femmes. Ce faisant, mon approche était balisée par les thèmes d'entretien. Je me suis posée comme observatrice, ne prêtant pas de jugement envers la personne et ses choix. J'ai adopté une posture réflexive dès le départ à l'égard des dispositifs d'enquête, de traitement et d'analyse des données. Les notes de terrain m'ont

amenée à me distancier de mes opinions et valeurs. Rester proche des propos des participantes m'a aussi permis de développer une analyse centrée sur leur vécu. Les conversations avec ma directrice de thèse ont également nourri mes réflexions à cet égard.

2.2.8 Les limites de la recherche

Nous aurions aimé rencontrer un plus grand nombre de femmes, mais la méthodologie privilégiée nous a amené à limiter le nombre de participantes à 25, principalement en raison des trois temps d'entretiens pour chaque femme. De plus, le corpus imposant de données et l'approche utilisée pour l'analyse requéraient cette restriction. Bien que tout à fait pertinente à cette recherche, la diversité visée dans le recrutement des participantes, c'est-à-dire des femmes résidant dans deux régions différentes du Québec et ayant un suivi dans chacune des trois trajectoires de soins (gynécologue-obstétricien, omnipraticien ou sage-femme), a fait en sorte que peu de femmes se retrouvent dans chacune de ces catégories. Nos résultats reflètent les tendances actuelles, mais il serait intéressant d'étendre ce type de recherche à un plus grand nombre de femmes pour obtenir un portrait encore plus précis.

Chapitre III
Projet de maternité

Nous avons rencontré vingt-cinq femmes primipares de la ville de Québec et de la région MCQ à trois moments différents de leur expérience de grossesse et d'accouchement. Le lieu de résidence n'étant pas apparu déterminant quant aux trajectoires de chacune, nous en parlerons seulement lorsqu'il marque une différence sur les résultats. Dans ce chapitre, le cheminement réalisé par les participantes est décrit de même que leurs choix de lieux et d'approche pour la naissance de leur enfant. Nous pouvons voir comment s'actualise le projet d'enfant ou ce que suscite l'arrivée inopinée d'une grossesse. Les espoirs et les craintes que ces femmes entretiennent sont mis en évidence. Nous les voyons évoluer à travers leurs démarches et ce qui conditionne leurs choix d'approche pour leur suivi et leur accouchement. Les propos témoignent de leurs réactions dans toute leur diversité et permettent de partager leurs préoccupations en ce qui concerne les changements dans leur corps, leur vie de femme, de professionnelle et de future mère, ainsi que des étapes marquantes de leur grossesse et ce qu'elles envisagent pour leur accouchement. La continuité ou la discontinuité de leur projet en ce qui a trait à l'accouchement rêvé et celui réellement vécu est abordée. Outre l'apparition d'un problème de santé qui oblige à revoir les modalités envisagées pour l'accouchement, le mode d'accouchement lui-même joue un grand rôle dans la discontinuité du projet. Enfin, trois portraits types des femmes rencontrées illustrent la différence des vécus, qui par ailleurs se profilait de trois manières différentes chez nos participantes, soit celles qui privilégient laisser place au processus naturel, celles qui aimeraient le faire mais doutent de leurs capacités et d'autres qui préfèrent s'en remettre aux experts et à la technologie.

3.1 Du projet à sa concrétisation

Chez nos participantes, avoir un enfant s'était habituellement inscrit dans un projet de vie à deux. Il était apparu après avoir franchi certaines étapes de la vie professionnelle et de couple. La plupart des grossesses étaient planifiées, sinon le fait de poursuivre une grossesse imprévue était mûrement réfléchi. Même si quelques femmes décident d'avoir un enfant autour de 25-26 ans, il n'est pas rare qu'elles attendent la trentaine pour s'engager dans la maternité. Des préoccupations liées à l'infertilité s'inscrivent de plus en plus en toile de fond de l'expérience de grossesse. Ainsi, des femmes étaient surprises de devenir enceintes dès le premier essai et d'autres étaient désespérées après quelques tentatives infructueuses.

Dès le premier doute quant à l'éventualité d'une grossesse, toutes les femmes ont recours au test de grossesse. Plusieurs éprouvant un besoin de validation accru n'ont pas hésité à refaire le test puis à consulter un médecin pour obtenir une confirmation. Les sentiments éprouvés à l'idée d'attendre un enfant variaient selon le contexte de vie des participantes, mais celles de la région MCQ semblaient manifester plus d'enthousiasme, alors que la moitié des femmes de Québec avaient des réactions plus mitigées. Toutefois, on ne peut expliciter cette différence.

L'annonce est généralement faite à la famille immédiate, mais il existe une certaine retenue à répandre la nouvelle plus largement par manque de certitude sur la suite de la grossesse. Cette réaction semblait bien étrange et typiquement québécoise pour Karina et Miranda, toutes deux immigrantes. Les premières démarches consistent à faire une demande de retrait préventif³⁰, pour celles qui y sont admissibles, et à trouver un médecin ou une sage-femme pour le suivi de grossesse. Leur accessibilité pose parfois problème. La connaissance des services se fait surtout grâce à la famille, les amies et le médecin de famille, ou par Info-Santé. Le point de départ de cette recherche est souvent le centre hospitalier et le suivi par un gynécologue-obstétricien est le plus connu, référé et jugé sécuritaire. Quelques femmes choisissent un omnipraticien pour le suivi, mais la plupart du temps ce dernier les réfèrera à un autre pour l'accouchement. Celles choisissant une sage-femme disent opter pour une approche non médicalisée et personnalisée où elles ont le temps d'établir un contact leur permettant de se sentir à l'aise d'accoucher. La maison de naissance est vue comme un endroit chaleureux permettant d'accoucher à son rythme.

En ce qui concerne l'approche, les femmes suivies par une sage-femme voulaient laisser le travail se faire de manière naturelle et composer elles-mêmes avec la douleur. Au temps 1 des entretiens, le tiers des femmes (6/15) suivies par un gynécologue-obstétricien ou un omnipraticien souhaitaient vivre ou tenter un accouchement « naturel », trois voulaient une péridurale alors que cinq étaient en questionnement et une femme ne se sentait pas prête à y penser. Et au temps 2, celle-ci considérait avoir des atouts pour accoucher sans médication, tout comme deux autres femmes indécises au départ. Les trois autres femmes, indécises au temps 1,

³⁰ Programme gouvernemental québécois permettant à une femme enceinte ou qui allaite, lorsqu'elle travaille dans des conditions dangereuses pour sa santé ou celle de l'enfant à venir, d'être retirée de son milieu de travail ou réaffectée à d'autres tâches et de recevoir une rémunération (CSST, 2016).

souhaitaient ensuite tenter un accouchement naturel tout en se disant ouvertes à changer d'idée en situation réelle. Par ailleurs, toutes les femmes souhaitant une approche naturelle avaient maintenu cette idée. En fait, seulement deux femmes voulaient recourir à la péridurale d'emblée, par crainte de souffrir ou de garder un mauvais souvenir.

Les débuts de la grossesse sont vécus par plusieurs femmes comme une période de flottement, d'inconnu. L'échographie vient confirmer leur état. Les nouvelles sensations les surprennent et elles se demandent si c'est normal. L'apparence du corps préoccupe et si certaines apprécient les nouvelles rondeurs, pour le tiers d'entre elles, le poids s'avère un souci. Par contre, un autre tiers voit le corps comme un allié dont les signaux confirment leur condition et favorisent l'adoption de saines pratiques.

Le quotidien des femmes est lui aussi en transformation à travers le travail, les modifications des habitudes de vie et des activités sociales. Les restrictions liées à l'entraînement physique et aux sports sont source de frustration pour plusieurs. Des émotions inhabituelles éclatent en début de grossesse. Plusieurs participantes les attribuent aux hormones de grossesse, tout en relatant les adaptations ou les questionnements suscités en ce qui a trait à leur vie professionnelle, leur vie de femme et de future mère. La crainte de la perte de liberté est bien présente et certaines expriment que la grossesse marque leur vrai passage à la vie adulte. Enfin, établir un lien avec le bébé est mentionné comme étant une clé permettant de s'adapter aux changements. Le premier contact avec celui-ci se fait maintenant par l'intermédiaire de l'échographie. Préparer la chambre du bébé s'est aussi avéré une étape cruciale pour concrétiser le projet d'enfant. Par ailleurs, la grossesse offre l'opportunité de revoir ses priorités, prendre davantage soin de soi afin de trouver l'équilibre, la sérénité et de cheminer vers l'accueil de l'enfant.

En début de grossesse, l'accouchement apparaît bien lointain, et certaines femmes se refusent même d'y penser. En fait, la crainte de la douleur est centrale, soit pour se préparer à y faire face, soit pour chercher à l'éviter. La durée possible du travail, la peur de déchirer³¹, de ne pas avoir de contrôle sur son corps ou ses réactions font partie des craintes exprimées. Au temps 2, l'accouchement demeure difficile à envisager pour la moitié des femmes alors que l'autre moitié

³¹ Relatif à la possibilité d'une déchirure périnéale ou vaginale qui surviendrait lors de la sortie du bébé.

se sent maintenant capable de le vivre et projette adopter une attitude favorable afin de faciliter le travail. La plupart des femmes vivent un « point tournant » généralement provoqué par des événements suscitant des émotions ou des questionnements. Elles commencent alors à se sentir directement interpellées. De nouvelles peurs émergent, comme l'éventualité d'avoir une césarienne ou des interventions médicales, notamment chez celles avec un suivi médical.

Croire son corps capable de mettre au monde, rester calme, prendre les contractions « une à la fois », visualiser positivement la naissance, « faire sa bulle » font partie des espoirs entretenus ou des forces à mobiliser. Le désir de rencontrer l'enfant agit comme motivation et les femmes se plaisent à imaginer les premiers contacts « peau à peau », jugés profondément humains. La hâte d'accoucher varie selon leur contexte, mais les plus inquiètes se tiennent prêtes dès 36 semaines de grossesse. Les femmes qui au final ont vécu un accouchement naturel étaient plus sereines et moins inquiètes que les autres, à proximité de l'évènement. Voyons maintenant comment s'est construit le projet de maternité de nos participantes au fil du temps et comment il est passé du rêve à la réalité.

3.2 Projet d'enfant mûri ou impromptu

La grossesse était désirée et planifiée pour la majorité des femmes, soit 20 sur 25. Près de la moitié des femmes disaient avoir attendu le bon moment avant d'entamer une grossesse. Par l'expression bon moment, on entend la fin des études, la vie professionnelle, les projets de voyages, la relation de couple, les aspects matériels et financiers. Héloïse l'exprime ainsi :

On attendait d'être sûrs que l'couple était solide. Puis c'est ça qu'on voulait, faire tout ça ensemble. Donc, c'est depuis la fin de l'été qu'on s'était dit bon bien ... C'est aussi qu'avant, j'finissais mon doctorat. J'aurais pu l'faire en finissant mon doctorat, mais ... [Héloïse, 34 ans, prof., nat, sf]³²

Bianca, comme d'autres femmes, pense important de faire les choses dans un certain ordre :

Ça faisait un an que dans notre tête on commençait à être prêts et que si ça arrivait ce serait correct. Q : Depuis combien de temps, êtes-vous en couple? Ça fait cinq ans. Oui, puis on venait d'acheter une maison donc ... on dirait que c'était l'étape suivante. [Bianca, 29 ans, prof., nat, gyn]

³² Les descripteurs retenus sont les suivants : l'âge, le profil sociodémographique, le choix d'approche pour l'accouchement aux temps 1 et 2, le professionnel choisi pour le suivi (voir p: xiii).

Parmi les cinq femmes pour qui la grossesse est survenue de manière impromptue, trois d'entre elles, Daphnée, Élise et Sarah, envisageaient d'avoir un enfant, mais dans quelques années. Par ailleurs, Nadine se pensait infertile alors que Chloé, ne voulant plus subir d'interruption de grossesse, a réévalué avec son conjoint leur capacité d'intégrer un enfant dans leur projet de vie. Le fait d'avoir déjà subi une interruption volontaire de grossesse semble influencer le choix de poursuivre une future grossesse; c'était du moins l'un des motifs évoqués par au moins deux de nos répondantes devenues enceintes inopinément.

Cinq participantes avaient vu leur projet de maternité retardé au fil des ans. Gabrielle ayant déjà fait une fausse-couche trois ans plus tôt, tardait à redevenir enceinte, alors que Florence, Odile, Roselyne et Miranda avaient consulté ou été traitées en infertilité. La proportion des femmes vivant cette situation était plus élevée parmi les participantes de la région MCQ³³.

Comme Annie, certaines femmes pensent qu'il n'est pas facile de devenir enceinte et elles s'avouent surprises de l'être après un ou deux mois d'essai.

C'était la seule fois où on a vraiment essayé [...] On remettait toujours ça à l'année prochaine, on n'était jamais prêts, en fait. Mon chum et moi on le savait que ça ferait partie de notre vie, mais on ne savait pas que ça pouvait être aussi rapide non plus. J'ai vu tellement d'expériences autour de moi où c'était des 2-3 ans, même dans mes amies très proches, puis inséminées et tout, qu'on dirait que ce n'était pas facile pour moi de faire un bébé. Donc c'est pour ça qu'on a été un peu sous le choc en fait, mais très heureux. [Annie, 31 ans, prof., nat, omni]

3.3 Devenir enceinte

Dès qu'elles se pensaient enceintes, les femmes effectuaient un test de grossesse, et ce, dès les premiers jours suivant l'absence de menstruations, voire le jour même ou avant.

Je me sentais enceinte et je sentais des changements, même au niveau des mamelons et tout ça. Donc, finalement j'ai fait le test avant ma date de retard de règles et c'était positif. J'ai revalidé quelques jours plus tard et c'était positif. [Annie, 31 ans, prof., nat, omni]

Si Annie perçoit déjà des changements, il n'en est pas de même pour toutes les femmes. Dès qu'elles essaient de devenir enceintes, certaines font le test avant certaines activités jugées à risque, comme la consommation d'alcool ou l'épilation au laser. La plupart des femmes font le

³³ L'infertilité est d'ailleurs une problématique en croissance dans les pays industrialisés. Les études montrent que 4 à 17 % des couples vivent une incapacité involontaire à concevoir d'une durée d'au moins 12 mois (Boivin *et al.*, 2009). Au Canada, la prévalence de l'infertilité est passée de 5 % en 1984 à 12 à 16 % en 2009-2010 (Bushnik *et al.*, 2012).

test de grossesse seule, puis partagent rapidement la nouvelle à leur conjoint, parfois par *texto* ou à l'aide d'indices afin qu'il puisse le deviner.

Les réactions consécutives à la survenue de la grossesse sont diversifiées, mais variaient selon la région d'appartenance, même si la grossesse était planifiée. Ainsi, la moitié des femmes de Québec étaient très heureuses de se savoir enceintes, alors que pour les autres, les réactions s'avéraient mitigées, et cela, même pour Camille qui nourrissait cet espoir depuis sept mois :

Bien c'était bizarre, autant que j'étais contente..., ça m'a pris trois jours à me faire à l'idée [...] puis les gens autour étaient super contents, mais je ne le réalisais pas du tout ... Mon copain était super joyeux. Il me disait, « tabarouette! t'as pas l'air d'être contente ». « Non, non, je suis contente. Je prends le temps de le digérer, de le voir-là, c'est rendu réel ». Puis y'avait le fait d'avoir peur des fausses couches. Donc, on dirait que je voulais rester neutre tant que je n'avais pas fait mon « trois mois ». [Camille, 32 ans, serv., nat, sf]

Ce phénomène est aussi décrit par Quéniart (1988) comme étant différent de l'ambivalence. Il traduit davantage « un sentiment d'insécurité : on a peur de l'avenir et de ce qu'il implique en terme de responsabilité et surtout, on craint pour la vie de son "bébé" » (Quéniart, 1988 : 21).

Les deux femmes dont la grossesse était non planifiée avaient une inquiétude importante en regard de la réaction de leur conjoint, mais dans les deux cas, ceux-ci ont accepté la grossesse rapidement. En situation de couple depuis 2 ½ ans et 4 ans, ces deux femmes voyaient leurs projets de vie bousculés. L'une d'entre elles, déjà sous antidépresseurs, s'est adaptée assez facilement compte tenu des nombreux changements vécus : réduction de sa médication, réaffectation au travail à des tâches sans risque biologique, mais moins satisfaisantes et plus stressantes, ainsi que deux déménagements en grossesse. En fait, le désir de grossesse était présent, mais devait se concrétiser l'année suivante. Pour l'autre femme, le projet d'avoir un enfant s'inscrivait plus loin dans le temps, après celui d'acquérir une maison. En retrait préventif dès la 5^e semaine de grossesse, les conditions de logement étaient, pour elle aussi, à revoir. Emménager dans un appartement plus grand s'est avéré une solution plus rassurante que le projet d'achat d'une maison, activé en début de grossesse par son conjoint. Elle a toutefois été surprise par les fortes émotions qui l'habitaient et le sentiment d'être incomprise par son conjoint amplifiait la situation.

Au début j'étais, j'dirais pendant presque trois semaines, j'étais un peu à fleur de peau... j'me suis même informée sur la dépression [...] je n'ai jamais eu de dépression, mais j'trouvais ça

difficile les sautes d'humeur, comme les « up and down » un peu-là. Des fois ça allait bien puis pouf! j'pleurais puis je me sentais comme un peu frustrée-là. Je ne sais pas pourquoi. Peut-être parce je ne l'contrôlais pas. Ça, ça m'a inquiétée beaucoup [...] Et ça inquiétait beaucoup mon copain parce qu'il disait « t'as pas l'air contente ». Mais j'y disais : « oui, mais je ne me sens pas très bien physiquement. Je ne peux pas faire semblant que j'suis super-là. Donc, ç'a été dur parce lui, il ne comprenait pas, puis moi à un moment donné ... j'me suis questionnée moi-même ». [Élise, 30 ans, serv., ind/nat, omni]

Par ailleurs, toutes les femmes de la région MCQ dont la grossesse était planifiée ont réagi de manière enthousiaste au fait de se savoir enceinte. Pour les deux femmes dont la grossesse survenait de manière impromptue, la nouvelle a été accueillie favorablement par leurs conjoints, à leur grand soulagement. Ces couples étaient ensemble depuis un an et demi et huit ans. L'une d'elles souhaitait ardemment avoir des enfants, mais voyait ses projets professionnels compromis, ce qui l'amenait à redéfinir ses priorités. Pour l'autre, il s'agissait de mesurer les conséquences d'accueillir cet enfant dans leur vie de couple.

On en a discuté quand même. Moi...bien... on s'est déjà fait avorter depuis qu'on était ensemble. Ça fait huit ans. Donc c'est sûr qu'on a discuté de tout ça. On est-tu prêt pour ça? On en veux- tu? Qu'est-ce qu'on fait si j'me fais avorter? Moi ça ne me tentait plus [...] moi je suis tannée de vivre ça, j'trouve ça dur [...] C'est correct la décision que j'ai prise. Je suis en paix avec ça mais je ne voulais pas avoir à recommencer ce cheminement-là. Donc on a décidé...On est bien-là. Regarde : on est correct-là, ça va bien. Puis tout s'est un peu placé pour que j'le garde aussi, en même temps si on veut, ...puis Marco aussi...nos vies se sont comme... ça s'plaçait. C'est sûr que là, nous autres on s'en allait faire du « hiking » en Asie. On est allé pareil, mais on a changé mes activités. Donc au début, disons les trois premiers mois, on a vraiment géré ça situation par situation. [Chloé, 33 ans, serv., nat, sf]

La plupart des femmes rencontrées à Québec avaient initialement déménagé dans cette ville pour y poursuivre des études ou pour le travail, contrairement à celles de la région MCQ qui y sont nées. Pour ces dernières, le projet de maternité s'inscrit en continuité dans leur milieu de vie, où elles ont choisi initialement de mener leur vie professionnelle, ce qui contribue probablement à ce qu'il soit accueilli avec plus d'enthousiasme, d'autant plus qu'elles peuvent bénéficier de la proximité du soutien familial.

Indépendamment du lieu de résidence des répondantes, la réaction initiale des femmes ayant souffert d'infertilité ou ayant déjà fait des fausses-couches était généralement bonne. Emballées au début, leur réaction a rapidement fait place à des sentiments d'anxiété générés à la fois par le doute d'être réellement enceinte ou la crainte de perdre l'enfant. Des questionnements existaient

sur « le devenir mère » et sur les changements apportés dans leur vie. La moitié de ces femmes ont vécu un stress qu'elles qualifient d'important :

C'était une grossesse attendue, donc le résultat était heureux. C'est sûr que ça reste dans le contexte où c'est après plusieurs années, ça reste anxieux. Tu sais, c'est un résultat qu'on sait positif, mais qui est très tôt dans l'processus, qui arrive seulement après deux semaines d'implantation. C'est sûr qu'y a toute l'anxiété qui entoure. Est-ce que ça va fonctionner cette fois-ci? Il y a eu d'autres échecs avant.... Donc c'est sûr qu'on est content du positif, mais on reste prudent dans nos réactions [...] j'dirais que le stress a diminué au troisième mois, quand le premier trimestre a été passé [Odile, 40 ans, prof., nat, gyn]

L'annonce à la famille immédiate suit généralement le test de grossesse positif. Toutefois, plusieurs de nos répondantes avaient des réserves à répandre plus largement la nouvelle du moins tant que les trois premiers mois de grossesse n'étaient pas complétés.

Par contre, près du tiers des répondantes avaient fait une demande de retrait préventif. Au Québec, c'est environ 40 % des femmes³⁴ qui obtiennent un retrait préventif ou sont réaffectées lors de leur grossesse. Même si la très grande majorité appréciait des conditions sans danger pour la venue de leur enfant, la rapidité de changement de statut entre une vie professionnelle active et le fait de se retrouver à la maison ou celui de devoir s'adapter à un nouveau travail en situation de réaffectation, constituait en soi un stress supplémentaire. De plus, plusieurs répondantes étaient inquiètes de l'annoncer très tôt à leur employeur. Elles craignaient la réaction des patrons et se sentaient bousculées pour l'annoncer à leurs proches afin qu'ils puissent être les premiers prévenus. Toutefois, certaines femmes admissibles à ce retrait choisissaient de ne pas s'en prévaloir par crainte de se retrouver confinées à la maison.

*Oui, oui, j'travaille à temps complet, ma santé mentale me dit qu'y faut que... je vais travailler en plus jusqu'à ce que je ne sois plus capable de travailler là parce que j'ai besoin d'être occupée. Je ne peux pas être chez moi en congé préventif. **Q : C'est quel genre de travail?** Je suis travailleuse sociale et je travaille dans une maison de transition avec les hommes qui sortent de prison. [...] Oui, c'est considéré un milieu à risque, mais moi je ne me suis jamais sentie en danger depuis que je suis là. En fait tant que ma grossesse va être en santé et que j'vais bien aller je vais continuer à travailler. J'pensais arrêter peut-être à huit mois. [Laurence, 24 ans, prof., nat, sf]*

³⁴ En 2014, on comptait au Québec 34,780 réclamations de retrait préventif à la CSST dont 94,4 % avaient été acceptés, ce qui porte ce nombre à 32 835 (CSST, 2016). Le nombre de naissances en 2014 étant de 87 700 (ISQ, 2015a), nous pouvons extrapoler que plus de 37,4 % des femmes avaient obtenu un retrait du travail ou une réaffectation de tâches, étant donné que des femmes ayant accouché au cours de cette année étaient sans emploi ou n'ont pas fait de demande.

Trouver un médecin ou s'inscrire dans une maison de naissance est l'une des premières préoccupations de toutes les femmes rencontrées. Elles désirent obtenir un premier rendez-vous afin de confirmer leur état et entamer le suivi de leur grossesse. La plupart veulent s'assurer d'obtenir les rendez-vous pour les différents tests dont elles ont entendu parler, l'échographie entre autres, ce qui correspond au dépistage de la trisomie 21.

Ç'a été vraiment dur d'avoir mes prescriptions parce que j'avais un rendez-vous au CLSC début décembre et j'étais partie travailler à l'extérieur. J'ai complètement oublié. Mais ça me prenait des prescriptions pour l'échographie pour la trisomie, puis après ça les prises de sang puis j'sais pas quoi, et ils ne voulaient juste pas me les faire. Ils disaient : c'est ta faute, t'aurais dû venir à ton rendez-vous. OK!, oui « mea-culpa », mais est-ce que j'avais avoir un enfant trisomique sans le savoir parce que j'ai manqué un rendez-vous? Finalement, j'me suis chicanée avec la réceptionniste [...] J'ai réussi à l'avoir in extremis et à avoir mon rendez-vous le lendemain de Noël. [Héloïse, 34 ans, prof., nat, sf]

La majorité des femmes procédaient aussi à l'inscription de leur futur enfant dans un service de garde pour s'assurer d'une place même si, comme le disait Pascale, « *C'est un peu surréaliste comme démarche la première semaine* ».

3.4 Choix de lieux et de professionnels

Les femmes ont un choix de différents professionnels afin d'assurer leur suivi de grossesse et aussi un choix de lieux pour l'accouchement, du moins en théorie. En pratique, il en va souvent autrement, soit par méconnaissance des services offerts, soit parce que ceux-ci ne sont pas disponibles le moment venu. Près du tiers de nos participantes ont éprouvé des difficultés à cet égard.

Pour la moitié des femmes de Québec ayant opté pour un accouchement en centre hospitalier, le choix du centre s'est imposé en premier. Ainsi, Bianca a choisi l'hôpital de niveau 2 (soins spécialisés) où sa sœur travaillait, alors que Daphnée a demandé une référence à son médecin de famille qui lui suggéré le centre de niveau 3 (surspécialisé). Karina, immigrante (depuis trois ans), a contacté Info-Santé qui lui a donné le nom d'un centre hospitalier qui à son tour, lui a donné une liste de cliniques médicales. Après avoir consulté Internet, elle en a finalement choisi une, pour ensuite se voir attribuer un gynécologue à cet endroit. La plupart de nos répondantes avaient une méconnaissance des possibilités s'offrant à elles.

Bien, j'en avais entendu parlé, mais moi je pensais que tous les hôpitaux pouvaient faire le suivi, pouvaient réaliser des accouchements. Donc, je n'étais pas très au courant. Là, j'ai su

vraiment qu'il y en avait deux à Québec. Ça oriente un petit peu mais après ça là, non, je ne connaissais rien là-dedans. En fait moi j'ai commencé par appeler à [CH], parce que j'avais une collègue qui était enceinte et qui était suivie là. [...] mais il y avait un temps d'attente pour prendre un rendez-vous, puis ça dépassait certains délais des premiers trimestres où il faut que tu sois suivie pour des examens. C'est là que j'ai décidé d'appeler à l'autre clinique [...] Je n'ai pas d'expérience dans les hôpitaux, donc que ce soit une place ou l'autre j'ai confiance aussi. Donc je n'ai pas fait de choix. Je suis allée avec la date qu'ils m'ont donnée. C'est ça. Le plus rapide finalement. [Isa, 27 ans, serv., ind/nat, gyn]

Dans la région de la MCQ, la proximité d'un centre hospitalier impose d'emblée le lieu d'accouchement. Les femmes voient la plupart du temps leur médecin de famille en premier puis prennent ensuite rendez-vous à la clinique de gynécologie. Ce n'est guère plus facile de se retrouver dans ce système, comme le relate Wendy :

Mais lui, en fait, a tout simplement rempli les papiers officiels disant « je suis enceinte » et puis a calculé quand je vais accoucher. L'infirmière m'a rencontrée pour me poser toutes les questions de base. Mais après ça, ça a été dans les mains du gynécologue parce que le médecin de famille m'a dit : « je peux continuer à te suivre, mais je ne t'accoucherai pas et je ne te ferai pas d'écho, donc il va falloir que tu fasses deux places. On pourrait mettre ton dossier à une seule place et ce serait le gynécologue » donc j'ai préféré ça. [...] Le médecin à [lieu] me demande « qui va vous accoucher? » Ah mais! J'ai dit « je pensais que c'était vous! » J'ai dit je n'ai pas de préférence, je n'ai pas de connaissances ... Quelqu'un de compétent? Vous? (rires) Il m'a dit OK. [Wendy, 28 ans, serv., med, gyn]

Annie et Valérie avaient choisi un suivi avec leur médecin de famille parce qu'elles la connaissaient bien et lui faisaient confiance, tout en sachant qu'elles seraient redirigées vers d'autres médecins pour l'accouchement. Annie comptait d'ailleurs sur la réputation d'ouverture de cette équipe pour lui permettre d'accoucher à l'hôpital, « comme en maison de naissance », compte tenu de ses craintes. Pascale a choisi une clinique de périnatalité où des omnipraticiens font des accouchements, car elle préfère leur approche à celle des gynécologues-obstétriciens.

Pour la majorité des femmes suivies par une sage-femme, ce choix était évident. Elles en avaient toutes entendu parler par des amies ou des membres de leur famille. Avant même d'être enceintes, elles savaient qu'elles iraient vers une sage-femme, pour l'approche et le suivi personnalisé. Assister à une soirée d'information avec son conjoint à la maison de naissance a toutefois permis à Tania de préciser son choix. Pour Nadine, avoir une sage-femme revêt une importance particulière pour l'apport du rôle féminin qu'elle y voit. Pour d'autres femmes comme Mylène, Laurence, Camille et Héloïse, c'est l'attrait de la maison de naissance, vu comme un endroit chaleureux où elles pourraient accoucher à leur rythme qui fait la différence.

De son côté, Chloé préférait accoucher à son domicile parce qu'elle s'y sent bien. Par ailleurs, Héloïse a dû attendre quelques mois avant d'entamer son suivi alors qu'Élise, elle aussi en liste d'attente faute de place, a finalement été suivie par le médecin de famille de son conjoint et transférée à un gynécologue-obstétricien pour l'accouchement.

Les propos de nos participantes montrent que les services et la pratique des sages-femmes demeurent encore méconnus. Ainsi, Roselyne ne savait pas que des sages-femmes pratiquaient dans sa région. Karina n'en avait pas été informée par Info-Santé, et Odile se pensait non admissible à un suivi sage-femme, étant donné ses antécédents d'infertilité. Pour plusieurs primipares, le réflexe est d'accoucher à l'hôpital avec un gynécologue-obstétricien, car c'est ce qui est le plus fréquent dans leur entourage. Le motif de la sécurité est constamment invoqué, malgré plusieurs études démontrant que la pratique sage-femme et l'accouchement hors centre hospitalier est tout aussi sécuritaire (Hatem *et al.*, 2009; NICE, 2014). Elles ignorent aussi qu'elles pourraient accoucher à l'hôpital avec une sage-femme. En ce sens, le témoignage de Daphnée est révélateur :

Quand je lis, j'me dis « Ah oui! j'vais trouver une sage-femme ». Je trouverais ça extraordinaire. Puis je connais une amie qui a accouché [...] elle m'a vraiment dit « j'te recommande, de faire ça ». Elle a vraiment eu une super expérience. J'haïs les hôpitaux. Je travaille dans un hôpital et je n'aime pas ça. C'est tellement protocolaire et c'est tellement "by-the-book": « Ah! si ça tourne mal on fait une césarienne c'est pas grave ..." Mais quand j'entends l'expérience d'autres femmes, comme une de mes cousines, qui elle, a failli mourir pendant son accouchement, bien j'me dis "ça serait plus « safe » hein! dans un hôpital? » Le meilleur des mondes ça serait qu'il y ait des sages-femmes dans les hôpitaux. Mais j'pense qu'on n'est pas rendu là. [Daphnée, 30 ans, serv., ind, gyn]

3.5 Choix d'approche

Les participantes optaient soit pour un accouchement dit « naturel » ou un accouchement de type médical ou encore étaient indécises quant à l'approche souhaitée. Au temps 2 des entretiens, ce choix s'est raffermi ou précisé pour trois femmes, alors qu'une l'a modifié.

« **Naturelle** » : Les femmes ayant choisi d'accoucher avec une sage-femme recherchaient une approche différente de l'approche médicale classique décrite ainsi par Jessica :

J'avais des amies qui me disaient : « la péridurale, même si tu dis que tu ne la veux pas, quand t'arrives à l'hôpital, ça ne prend pas grand-chose pour que tu l'aie. C'est rapide. » Puis aussi le suivi médical qui n'est pas tellement personnalisé. « que le médecin a l'air pressé. Tu n'es pas longtemps dans son bureau et t'as peu de chance que ça soit ce même médecin-là qui soit

présent à ton accouchement. » Tout ça, moi je me disais "c'est ordinaire"[médiocre] parce qu'après tout ce n'est pas un acte médical en soi [...] Il y en a quelques-unes récemment qui ont accouché avec des sages-femmes, qui ont fait ce suivi-là et qui ont adoré. Donc avec toutes les discussions que j'ai eues, les réflexions et discussions avec mon chum, c'était comme évident pour nous autres. [Jessica, 29 ans, prof., nat, sf]

Elles avaient aussi dès le début le désir de vivre pleinement l'expérience de l'accouchement. Elles veulent laisser le travail se faire naturellement en gérant elles-mêmes la douleur, même si cela est parfois confrontant, comme le dit Héloïse.

C'est sûr que là, en ayant choisi la Maison d'naissance ça veut dire pas d'péridurale, puis ça peut être un p'tit peu plus angoissant, mais je ne peux pas dire qu'ça m'fait peur tant qu'ça. J'ai des connaissances qui ont accouché en Maison de naissance et elles m'avaient toutes dit à quel point ils intégraient vraiment le chum [...] et que c'était vraiment beaucoup plus convivial, moins un climat stressant, médical-là. [...] j'aimais vraiment l'idée que ce soit un suivi ... en fait plus une approche comme quoi c'est naturel un accouchement plutôt qu'un acte médical avec un protocole [...] en Maison d'naissance c'est plus laissé au naturel et avec les décisions du couple. [Héloïse, 34 ans, prof., nat, sf]

Pour des femmes comme Camille, c'est pouvoir établir un contact humain avec la sage-femme qu'elles recherchent et elles veulent se sentir à l'aise d'accoucher :

J'aime beaucoup le contact humain aussi. Puis moi les histoires d'hôpital que j'ai entendues c'est correct, mais je trouve ça plus froid. On est un parmi tant d'autres et surtout qu'ils sont tellement débordés dans les hôpitaux. J'ai une amie qui voulait accoucher naturellement et c'est une personne qui n'ose jamais déranger. Puis elle entendait l'infirmière dans le corridor qui était tannée, puis elle a bloqué et obligée d'avoir une césarienne [...] Tandis que sage-femme je trouve ça plus humain, je trouve ça une approche plus... plus instinctive ... Et moi je n'ai pas envie d'avoir une péridurale non plus. Donc ça m'enlève un poids ... je n'ai pas envie de me faire presser d'accoucher. [Camille, 32 ans, serv., nat, sf]

Lors du premier entretien, six femmes ayant déjà opté pour un suivi médical et l'accouchement à l'hôpital, souhaitaient vivre ou essayer de vivre un accouchement naturel pour l'expérience, parce qu'elles faisaient confiance à leur corps ou pour récupérer plus rapidement après la naissance. Bianca a réalisé pour sa part qu'elle devait être bien préparée pour se laisser la chance d'accoucher naturellement comme elle en a envie.

J'ai toujours eu en dedans de moi le goût d'accoucher naturellement [...]. J'trouve que si on est fait pour accoucher on devrait réussir à accoucher naturellement [...] quand j'ai vu l'infirmière, j'ai reparlé d'accouchement. Elle m'a dit en fait que si je ne voulais pas avoir de péridurale, j'serais mieux d'être bien préparée parce que ce n'est pas évident puis que 80 % des femmes prennent la péridurale. Tu dis, 20 %! Ils n'en restent pas beaucoup là pour moi [...]. Elle m'a parlé de méthodes et je me suis inscrite pour avoir un cours, le Bonapace. Dans l'fond mettre toutes les chances de mon côté, que ça aille le mieux possible, t'sais arriver avec le plus d'outils, puis je ne me fais pas trop d'illusions. Dans le fond, je ne me mets pas d'objectif

de ne pas prendre la péridurale, mais j'me laisse des chances de ... peut-être que ça va aller bien là. [Bianca, 29 ans, prof., nat, gyn]

Au temps 2 des entretiens, toutes les répondantes qui privilégiaient un accouchement naturel avaient maintenu cette idée. Miranda a toutefois changé de gynécologue, par manque de continuité dans le suivi et l'absence de relation. Puis, elle s'est dirigée vers une sage-femme parce qu'elle voulait réellement accoucher de manière naturelle. Sa réflexion l'a conduite à privilégier un accouchement à domicile, pour être plus à l'aise.

Médicale : En début de grossesse, trois femmes avaient déjà opté pour la péridurale, vue comme un moyen de faire face à l'accouchement, principalement par peur de la douleur ou de ses propres réactions. Ainsi, Florence aimerait un accouchement « physique », demeurer mobile, mais elle ne veut pas crier et souhaite garder un bon souvenir. Par ailleurs, Gabrielle se demandait à quoi bon se laisser souffrir lorsqu'on dispose des moyens modernes.

J'me dis : « on a des soins aujourd'hui, on n'est pas obligées d'accoucher comme dans l temps d nos grands-mères. Tu sais qu'il existe des choses aujourd'hui pour faciliter l travail, ben go là! ». [Gabrielle, 32 ans, prof., med/nat, gyn]

Pour Wendy, les craintes liées à l'inconnu d'une première grossesse l'amènent à privilégier le suivi médical avec gynécologue, l'accouchement à l'hôpital ainsi que la péridurale qui semble la solution à tous les problèmes, selon ce qu'elle entendait dans son entourage.

[...] surtout quand t'as des craintes, quand t'es ... un peu anxieuse et tu ne sais pas comment ça va fonctionner, pour ton premier en plus. J'feel pour être dans des mains très sûres, très protectrices puis médicales ... donc, pas de maison de naissance c'est sûr. Puis sinon, bien l'épidurale, on entend tout le temps tout le monde dire, "ah, mais si t'as trop mal, tu prends l'épidurale ... mais j'aimerais ça savoir, vraiment, à quoi ça sert, et qu'est-ce qui a là-dedans, puis à quel stade de l'accouchement tu le prends, parce que pour être franche, je ne me suis pas encore renseignée là-dessus. Mais ça l'air être la solution à tous problèmes (rires.) [...] puis sinon, par voie naturelle, je l'espère. [Wendy, 28 ans, serv., med, gyn]

Au temps 2, Gabrielle avait changé d'idée. Elle se préparait depuis quelques semaines déjà à vivre un accouchement « naturel » compte tenu des effets négatifs de la péridurale dont elle avait entendu parler. Wendy désire « tout ce qui pourrait la soulager » alors que les propos de Florence expriment davantage sa peur entravant ses désirs :

En dedans de moi je le sais, tout ce que je veux c'est qu'elle soit en santé puis that's it. Mais j'aimerais ça que ça se fasse et que j'en garde un pas pire souvenir. Pas comme Marie au bûcher. L'accouchement me fait peur mais je me dis : bon c'est quoi : c'est 24 heures dans une vie [...] J'aimerais ça travailler pour qu'elle sorte, travailler mais pas SOUFFRIR. Je fais la

mise au point-là. J'aimerais ça pouvoir faire du ballon, pouvoir marcher, mais quand ils vont me donner la péridurale, bien la motricité... on s'entend qu'elle en prend un coup [...] Donc, je me suis entendue avec mon médecin. Je vais faire le plus longtemps que je peux pour être motrice, pour être capable de la pousser. Puis j'ai dit : je ne veux pas garder un souvenir d'un massacre à la troncousseuse. Quand ça va être trop, on va prendre la péridurale puis euh.../ Parce que moi j'aurais aimé ça accoucher ...tu sais, être capable de changer de position pour être bien, ne serait-ce que pour accoucher à 4 pattes, si c'est comme ça que je me sens-là. [Florence, 25 ans, serv., med, gyn]

Indécises : Pascale, Daphnée, Isa, Yasmine et Roselyne étaient encore en questionnement lors du premier entretien. La peur de souffrir était au centre de leurs préoccupations.

Je me disais que l'épidurale ça devrait être une bonne chose. Justement, ça peut aider pour la douleur. Mais dans le temps des Fêtes, j'ai beaucoup de cousines, des nouvelles mamans qui me parlaient de ça, puis des expériences mixtes : autant césarienne, épidurale, et naturel. Une justement qui a vécu naturel et avec épidurale m'a dit qu'elle a aimé mieux naturel parce que le travail était moins long. Elle a préféré ça parce qu'elle avait un meilleur contrôle sur les poussées et tout ça. Donc elle m'a fait réfléchir. J'me suis dit peut-être que naturel c'est pas si mauvais que ça, [...] J'ai commencé à me poser des questions là-dessus, mais au départ avant d'être enceinte moi je me disais l'épidurale est là donc on prend ça. Mais là je ne sais plus. Je suis embêtée. [Isa, 27 ans, serv., ind/nat, gyn]

Élise, tourmentée par les ajustements des débuts de sa grossesse, affirmait ne pas être rendue à envisager l'accouchement. Lorsque nous l'avons rencontré au temps 2 des entretiens, elle considérait avoir des atouts pour accoucher sans médication :

Je me disais si je suis en bonne santé et que ça se passe bien, il n'y a pas vraiment de raison particulière. Je pense que j'ai une bonne tolérance et j'me suis rendue compte que j'étais capable de me faire une préparation mentale aussi. [...] J'ai réalisé que j'avais déjà des atouts de mon côté versus de se dire "Ah bien ce n'est pas grave, je prendrai l'épidurale". Donc, ça m'a comme encouragée dans cette voie-là. [Élise, 30 ans, serv., ind/nat, omni]

Par ailleurs, la quête d'information et la réflexion ont amené Isa et Pascale à se positionner en faveur de l'accouchement naturel. Trois femmes demeuraient toujours indécises au temps 2. Elles disaient avoir envie d'essayer d'accoucher de manière naturelle, mais n'éliminaient pas d'autres avenues en cours de route.

Je le sais que ça peut faire mal. D'habitude je suis quand même tolérante à la douleur, mais c'est sûr que là c'est différent. Puis ça peut être une douleur qui peut être longue, mais des fois c'est, c'est une vive douleur courte, ça c'est moins pire qu'une petite longue (petit rire). Donc on va voir ça au fur et à mesure. Je vais essayer les techniques non pharmacologiques... avant, puis quand je ne serai pu capable, ben coudonc! On ira avec l'épidurale, puis ça va être ça. [Yasmine, 28 ans, prof., ind, gyn] à 36 semaines.

Les propos tenus par nos participantes laissent émerger des espoirs, des craintes. Mais quels sont donc ces espoirs et ces craintes qui les habitent aux trois temps de leur expérience?

3.6 Espoirs et craintes aux trois temps de l'expérience

La grossesse est un moment qui oblige à confronter sa vie actuelle et à anticiper sa vie future sur tous les plans alors que l'accouchement demeure une nouvelle expérience à apprivoiser.

3.6.1 Vivre la grossesse

La « twilight zone » : Les débuts de la grossesse sont marqués par une période de flottement un peu irréel pour la plupart des femmes rencontrées. Ce sont près du tiers de nos répondantes qui disaient avoir vécu un choc en réalisant être enceinte, et ce, même pour celles dont la grossesse était planifiée. Confrontées à l'idéal qu'elles imaginaient, les primipares sont vite rattrapées par les responsabilités qu'elles anticipent, le fait de vivre de nouvelles sensations physiques et émotive, tout en n'ayant pas de certitude de leur état autre qu'un test de grossesse positif. Certaines femmes utilisent l'expression « être dans le néant » pour rendre compte de leurs sentiments. Annie décrit d'ailleurs cette période en disant que :

Ça travaillait là vraiment beaucoup. Et le moment où j'ai entendu le petit cœur, à 11 semaines et où je l'ai vu, à 12 semaines là ça s'est calmé. On dirait qu'aussi ça fait du bien d'avoir une image mentale, de pas juste être trop dans le néant ... flou hormonal. Ça faisait du bien de mettre une image et quelque chose de tangible là-dessus [...] ce n'est pas juste fabuler un peu dans...au début, je disais dans la "twilight zone" tu sais comme dans une zone abstraite, donc là de moins en moins, c'est ça que j'apprécie vraiment. [Annie, 31 ans, prof., nat, omni]

Des signes extérieurs s'avèrent importants pour les conforter sur leur ressenti. Ainsi, l'échographie devient pour plusieurs un incontournable, mais nous y reviendrons.

Un corps différent, en transformation : Des signes physiques sont perceptibles par les trois quarts des femmes (19/25). La fatigue, les nausées, le manque d'énergie, les seins plus gros et sensibles, qu'elles qualifient de symptômes de grossesse, sont présents à des degrés divers et les amènent à se questionner sur leur normalité. Ce qui fait dire à Bianca :

j'me rends compte que finalement ça gruge de l'énergie plus que j'aurais pu penser. C'est surprenant comment ça peut changer, puis la fatigue j'ne m'attendais pas à ça [...] il y a eu des journées dans le premier trimestre où je ne me sentais pas bien, on dirait j'avais tout en même temps, mal de tête et là j'trouvais ça difficile. Je me disais « coudonc! Est-ce normal? On est fait pour avoir des enfants, mais ça nous dérègle au complet ». [Bianca, 29 ans, prof., nat, gyn]

Par la suite, la moitié des femmes rencontrées disaient se sentir bien physiquement ou avaient une meilleure acceptation des transformations, jusqu'au troisième trimestre où pour certaines, l'apparition de nouveaux maux ou le poids du bébé devenaient incommodants au quotidien. Le rapport à la nudité et à la sexualité était parfois dérangent. Certaines avaient peur de ne pas retrouver leur corps d'avant ou d'avoir des séquelles, ou des vergetures.

Le tiers des femmes rencontrées ne souhaitaient pas prendre trop de poids. Quéniart (1987) avait également constaté ce souci et l'expliquait par la valorisation des apparences « en référence aux modèles culturels du "corps idéal" véhiculés dans notre société, notamment à propos des femmes qui pour être belles et "à la mode" doivent "avoir la ligne" » (Quéniart, 1987 : 298). Trente ans plus tard, les femmes demeurent toujours sous l'emprise des standards de beauté et d'esthétisme avec un marché en pleine croissance qui renouvelle la mise en valeur de l'apparence (Detrez, 2002; Le Breton, 2012). De plus, elles sont aux prises avec les problématiques actuelles liées à l'alimentation (ASPQ, 2015; RQASF, 2015). Ainsi, certaines participantes effectuaient des régimes comme Minçavie au moment de devenir enceintes pour contrer l'embonpoint ou avaient peur de souffrir à nouveau de boulimie. Dans notre enquête, on retrouve davantage ces femmes parmi celles ayant opté pour un suivi médical.

Par ailleurs, un autre tiers des femmes, principalement suivies par des sages-femmes cette fois, voient leur corps comme un allié. Nadine interprète d'ailleurs ses nausées comme un signe que « *les choses se passaient correctement* » et Camille de dire :

J'ai un bon odorat! (rires). Je sens tout, tout, trois fois plus que d'habitude. Mais je trouve ça l'fun. J'avais lu quelque part que c'était peut-être un système de défense du corps. Donc si l'aliment est avarié on a tendance à le sentir plus rapidement qu'en temps normal. Ça, je trouve ça intéressant. [Camille, 32 ans, serv., nat, sf]

Plusieurs se trouvent belles enceintes. Elles sont émerveillées de voir poindre leurs nouvelles formes ou heureuses de regarder leur bedaine dans le miroir. Par ailleurs, les femmes réalisent tôt ou tard que leur corps réclame un rythme différent durant la grossesse :

Mais t'es comme un peu ... je dis « marmotte » là, mais ... il y a comme quelque chose dans ton corps qui te fait ralentir aussi. Tout se vit au ralenti. [Miranda, 39 ans, prof., nat, gyn/sf]

Annie, pour sa part, confrontée à des contractions prématurées, a dû restreindre ses activités pour ensuite prendre conscience que :

J'étais épuisée à mon travail, c'était trop. J'ai fait mon cinq premiers mois d grossesse à ma clinique comme si de rien n'était, à être une thérapeute hors pair avec des abdominaux de feu et debout à lever les jambes des gars, peu importe, des six pieds ou pas [...] Donc, je n'ai pas respecté mon équilibre, et je l'sais que c'est ça. Il y a eu un dépassement, un abus un peu-là. Ça ne m'tentait pas que parce que j'suis enceinte de ne pas leur donner le même service. J'ai fait : « tant qu'y aura pas d'bedaine, moi j'vais être correcte », mais peut-être la bedaine avait l'goût d'grossir hein? [Annie, 31 ans, prof., nat, omni]

Les changements au quotidien : La majorité des femmes (22/25) évoquent avoir vécu des changements dans leur quotidien depuis qu'elles sont enceintes, que ce soit en lien avec leur travail, leurs activités sociales ou leurs habitudes de vie. Préoccupées de faire ce qu'il y a de mieux pour leur bébé, elles cessent de prendre de l'alcool dès qu'elles croient être enceinte, améliorent leur alimentation ou s'assurent d'avoir une médication appropriée lorsqu'elles doivent y avoir recours. Les participantes à l'étude semblaient bien au fait des recommandations de santé publique concernant les précautions à prendre lors d'une grossesse. En fait, les femmes se conforment ou sont inquiètes et veulent être rassurées :

[...] j'avais des nausées un petit peu au début ... je sentais que je ne mangeais pas hyper bien, donc je voulais juste savoir pour ne pas que ça nuise au bébé ou tout ça, mais elle [médecin] m'a bien rassurée de ce côté-là. [Yasmine, 28 ans, prof., ind, gyn]

L'activité physique apparaît comme un sujet de préoccupation. Les limitations imposées par la grossesse pour certains sports ou l'entraînement étaient sources de frustration chez le tiers des participantes. Si Isa, Mylène, Tania, Yasmine trouvaient parfois difficile de réduire ou d'adapter leurs activités, pour Gabrielle, ne plus faire d'équitation devenait un sacrifice important. De plus, pour Karina et Ariane, restreindre la course et le vélo voulait aussi dire modifier significativement leur vie et se sentir devenir à l'écart de leur réseau social bâti au fil des années à travers le sport, l'entraînement et les compétitions. Pour Daphnée, et Héloïse, devoir modifier le tempo de leur entraînement signifiait régresser :

Il y avait l'aquaforme prénatale, des trucs de mêmes, mais tu sais, ... ah non! non, je ne veux pas descendre d'une grosse coche, mettons de niveau-là. [Héloïse, 34 ans, prof., nat, sf]

Dans une société valorisant de plus en plus l'entraînement et le sport, le corps est « l'objet d'un souci constant ». Et si l'humain « nourrit avec son corps une relation toute maternelle de bienveillance attendrie » (Le Breton, 2012 : 97), il est paradoxal de constater qu'il devient difficile pour les femmes de s'ajuster aux besoins corporels suscités par la grossesse. L'idée mise de l'avant par la sociologue Christine Detrez (2002) à l'effet que le corps n'est pas

réellement libéré, mais que l'humain aurait plutôt intériorisé des normes ou des standards contraignants amenant un souci permanent de soi semble bien intégré chez beaucoup de femmes. Répondre aux nouveaux idéaux de santé (Rivard, 2010) basés en partie sur la forme physique peut conduire à des dérives surtout si l'identité est en jeu. En fait, si le corps est « l'objet d'un souci constant », c'est sans doute qu'il « s'agit de satisfaire à cette socialité a minima fondée sur la séduction, c'est-à-dire le regard des autres » (Le Breton, 2012 : 97) plutôt que de participer d'une réelle sollicitude envers soi.

Des émotions fluctuantes : Au début de la grossesse, des femmes (16/25) ont dit avoir vécu des bouleversements émotifs et des changements d'humeur qu'elles attribuaient généralement aux hormones de grossesse :

Les 12 premières semaines, mon copain n'était pas là, le déménagement et tout ça... j'ai eu une p'tite déprime. Oui, une p'tite déprime, mais je n'ai pas été malade ... c'était hormonal.
[Sarah, 27 ans, prof., nat, sf]

Les changements vécus dans différentes sphères de la vie et les questionnements sur leur vie de future mère sont grandement susceptibles d'affecter leur état émotif. Pourtant, c'est un réflexe établi de longue date, dans la société québécoise, d'attribuer aux hormones la responsabilité des variations d'humeurs. Pour Quéniart (1988), cela revient pour les femmes enceintes à accorder la priorité au biologique pour justifier ce qu'elles éprouvent sur le plan affectif. Ce conditionnement social contribue certainement à ce que des femmes comme Élise questionnent la normalité de leurs sentiments ou émotions intenses et se croient en dépression. Par ailleurs, trois femmes disaient prendre ou avoir fait l'usage d'antidépresseurs au cours des derniers mois, ce qui représente tout de même 12 % des participantes. Ce pourcentage correspond toutefois aux données retrouvées dans la littérature³⁵. De plus, on estime qu'environ 10 % des femmes souffrent de dépression prénatale et la prévalence des troubles anxieux³⁶, lors de la période périnatale, varierait entre 15 à 54 % selon les études (INSPQ, 2011). Annie pour sa part, a pleinement réalisé l'impact de son vécu émotif.

³⁵ Les antidépresseurs font partie des médicaments les plus prescrits au Canada chez les femmes en âge de procréer et selon des données provenant de PharmaNet en Colombie-Britannique, 11 à 14 % des femmes âgées de 25 à 39 ans ont reçu au moins une ordonnance pour antidépresseur durant l'année 2003-2004 (Currie, 2010).

³⁶ L'anxiété est une réaction que tout le monde ressent en rapport avec divers événements de la vie courante. Toutefois, lorsque la personne ne parvient pas à la contrôler, et que cela génère des difficultés dans sa vie quotidienne, il s'agit d'un trouble anxieux (INSPQ, 2011).

J'ai trouvé ça spécial en fait les "up and down" [...] j'ai vu c'était quoi les hormones, et c'est pas magnifique ...ça m'a vraiment ... parce qu'il y a des moments où j'étais en crise d'angoisse. Ça m'est même arrivé à deux reprises de me réveiller la nuit et de (imitation de respiration haletante) [Annie, 31 ans, prof., nat, omni]

Puis, lors de contractions à cinq mois de grossesse, l'obligeant à s'arrêter, elle en vient à dire :

Pour moi c'est un passage, beaucoup d'transitions, beaucoup d'changements, beaucoup de travail sur moi, parce que là c'était mon premier. Je l'vois comme un long passage dans l'fond, entre qui j'étais et qui je suis maintenant, ou qui je serai dans quelques semaines. [...] Pour moi ç'a été... OK on respire, on s'ground [se centrer], on travaille...J'ai vraiment trouvé des outils pour ... pour passer ça, dans l'fond. J'ai l'impression qu'il y avait un nœud ou plusieurs là-dedans et même si j'trouve que c'est la plus belle chose au monde, c'est la chose qui m'rend la plus ... pas inquiète, mais c'est la chose la plus ... déstabilisante en même temps. C'est un peu toujours l'antithèse. [Annie, 31 ans, prof., nat, omni]

Si la plupart des femmes se sont adaptées, leurs sentiments varient toutefois entre se sentir épanouies, comme Héloïse et Jessica, ou se sentir contraintes comme Isa, Wendy ou Florence :

J'ai hâte de retomber toute seule dans mon corps. Tu sais, je l'aime. J'aime ça la sentir, mais je ne me sens pas moi-même, je me sens envahie. [Florence, 25 ans, serv., med, gyn]

Les inquiétudes : Si elles s'inquiètent de la normalité des sensations perçues, la crainte de le perdre leur fait tout aussi peur, surtout si elles ont eu des difficultés à concevoir ou déjà fait une fausse-couche. Élise, pourtant à sa première grossesse, évoque la période de probation :

Tu sais qu'il peut arriver n'importe quoi d'ici ... comme le risque de fausse-couche tout ça [...] Et l'médecin a l'air content aussi, donc on s'croise les doigts justement jusqu'à l'écho pour souhaiter que ce soit correct parce que justement on a comme passé la période de probation mettons- là, fait qu'on focus là-dessus tranquillement. La prochaine écho est pour la mi-mars, ce n'est quand même pas trop loin. [Élise, 30 ans, serv., ind/nat, omni]

L'aspect financier et le désir de conserver son autonomie sont également des sujets de préoccupation. Et les femmes se demandent parfois dans quoi elles se sont engagées :

Depuis que j'suis enceinte, c'est sûr que j'y pense de temps en temps. Comme quand j'étais à l'épicerie et que j'ai vu une mère avec sa fille qui dit : moi j'veux des bonbons. Et là, tu te dis ça veut dire j'vais vivre ça bientôt. Puis ça va être comment? Comment j'vais prendre ça? Puis ... je suis en train d'me mettre dans l'trouble-là. [Bianca, 29 ans, prof., nat, gyn]

Se projeter dans le temps, se questionner sur le fait d'être ou non une bonne mère font partie des réflexions des femmes enceintes. Les histoires véhiculées par l'entourage alimentent également les craintes liées à l'accouchement. Au moment du deuxième entretien (34-37 sem.), les femmes se projetaient dans les aspects concrets de l'après-naissance. L'allaitement, les soins au bébé et

l'organisation postnatale avec le conjoint et la famille devenaient de nouvelles sources d'inquiétudes ou du moins, faisaient partie de leurs préoccupations.

Soi comme professionnelle : Les travailleuses bénéficiant d'un retrait préventif immédiat se retrouvaient tout à coup à la maison et elles étaient souvent déstabilisées. Cette rupture avec leur quotidien professionnel demandait un temps d'adaptation, ce qui faisait dire à Florence :

J'veux revenir en arrière, j'veux ma vie d'avant, et je ne comprenais pas pourquoi je ne pouvais plus aller travailler. Je l'savais mais en dedans d'moi j'disais : j'suis en forme, j'peux faire mes choses. J'ai été arrêtée à quatre semaines et demie. À six semaines, paf! En pleine face-là, les maux d'cœur, les migraines, ç'a commencé. Et à partir de c'moment-là, j'ai compris. Si je ne faisais pas ma sieste de deux heures dans l'après-midi je n'étais plus fonctionnelle [...] À la longue-là, tu sais quand qu'on a écouté l'cœur du bébé-là, ce sont toutes des affaires qui m'ont fait prendre conscience que ..., là j'le fais mais pour une raison [...] là c'était concret, j'hiberne pour mon bébé. Et à partir de ce moment-là ç'a comme mieux été... [Florence, 25 ans, serv., med, gyn]

Être enceinte oblige aussi à repenser différents aspects de la vie professionnelle. Ainsi pour Sarah récemment diplômée et en recherche d'emploi, la situation se compliquait au fil des semaines. Après quelques entrevues non concluantes, elle a décidé d'y mettre un terme :

J'ai terminé mes études et c'était comme : Enfin! Je vais pouvoir m'épanouir en tant que professionnelle, puis c'était comme le début d'une super belle période pour moi tu sais, mais il y a ça que j'ai dû mettre de côté. [Sarah, 27 ans, prof., nat, sf]

L'activité professionnelle contribue à l'identité d'une personne (Dubar, 2015) et avoir un enfant oblige à envisager le travail d'une autre manière. À 40 ans, Odile devait orienter son style de vie différemment.

...le rythme, vraiment là, mon conjoint et moi on a un rythme assez ... bien on s'implique beaucoup dans nos travaux, donc là la priorité n'était plus celle-là. [...] j'me disais bon OK faut que je fasse des choix ... la période où on s'dit qu'on veut avoir des enfants faudrait que j'fasse un p'tit peu d'ménage dans ma vie et que j'essaie d'faire d'la place pour avoir un enfant [...] Donc, j'avais commencé un p'tit peu avant, mais ... une chance (rires) parce que ce n'est pas facile de dire non et de laisser sa place alors qu'il y a des choses qu'on aime faire ... Mais à ce moment-ci j'étais prête ... je l'ai moins vu comme un sacrifice que si ç'avait été il y a deux ans disons. [Odile, 40 ans, prof., nat, gyn]

La grossesse à un âge plus avancé vient bousculer des habitudes de vie ancrées depuis bon nombre d'années. Et la tendance à avoir ses enfants de plus en plus tardivement est bien documentée dans les statistiques québécoises (ISQ, 2015b). De plus, avec le congé de maternité, toutes les femmes quittent le marché du travail pour se consacrer pendant plusieurs mois à leur

rôle de mère, ce qui vient aussi confronter leur identité. D'ici là, elles se questionnent sur elles-mêmes en tant que femmes. Elles appréhendent leur nouvelle vie et s'interrogent. Wendy, déjà en chômage, était la seule à avoir choisi de devenir mère à la maison, comme ses amies. Elle appréciait son mode de vie « relaxe », plus compatible, selon elle, au rythme de la grossesse et pour élever des enfants.

Soi comme femme : À l'aube de devenir mères, plusieurs participantes expriment le souhait de demeurer avant tout une femme à part entière, tout comme Gabrielle qui se dit :

Y a pas juste un modèle qui existe. Il y a des modèles que j'sens qui pourraient peut-être plus me ressembler. Quand j'disais j'vais être une mère aimante à ma façon, mon souhait c'est de ne pas d'être une mère qui s'oublie complètement pour rester moi heureuse. Et il me semble que si j'suis heureuse, l'bébé va être heureux [...] Il y a une période où j'ai dû parler à certaines collègues de travail parce qu'ils ne m'appelaient plus par mon nom, ils m'appelaient « maman ». J'ai dit : arrête! parce que j'reste moi-même. J'suis encore moi. Mon nom c'est Gabrielle et tu me dépersonnalises [Gabrielle, 32 ans, prof., med/nat, gyn]

La crainte de la perte de liberté et de spontanéité était également présente dans les propos d'Annie, Florence, Gabrielle, Karina, Odile et Sarah. De plus, passer du statut de fille à celui de femme adulte puis à celui de mère, affectait tout particulièrement Florence et Annie. Elles souhaitaient pourtant la venue d'un enfant, mais étaient effrayées par cette éventualité.

C'est toute la charge de responsabilités je pense que ça apporte aussi. Avant ça, je trouve qu'on peut encore dire, bon je suis un enfant à mes heures, mais à partir de ce moment-là, la vie d'adulte s'entame pour vrai. [Annie, 31 ans, prof., nat, omni]

Si le vrai passage vers l'âge adulte s'effectue à cette étape de leur vie, il n'en demeure pas moins que ce phénomène est de plus en plus présent dans nos sociétés occidentales (Bidart, 2005). Les étapes menant vers le statut d'adulte tel l'emploi, l'acquisition d'un logement autonome, la vie de couple ou la création d'un nouveau noyau familial sont longues et elles se chevauchent les unes les autres (Meunier *et al.*, 1998). La raison qui fait devenir adulte réside dans une transformation personnelle, une mutation réflexive dont la naissance d'un enfant constitue souvent une étape déterminante. Toutefois, comme l'exprime Annie, différents états peuvent coexister. Sans être nécessairement contradictoires, ils favoriseraient plutôt une dynamique de négociations et d'expérimentations inhérente au processus de socialisation (Dubet, 1994). « L'entrée dans l'âge adulte apparaît donc comme une transition progressive, découplée,

mitigée, souvent repoussée un peu plus loin, qui multiplie surtout les ambivalences et les dissociations dans un lent processus de maturation » (Bidart, 2005 : 61).

Soi comme mère : Plusieurs femmes comme Héloïse, sont surprises de constater que dès le début de la grossesse, elles se sentent habitées par un sentiment de protection envers le bébé, comme si elles étaient déjà en train de devenir mères.

Je n'ai jamais eu l'instinct maternel très développé [...] Puis tout d'un coup en sachant là, qu'il y en a un bébé dans ton ventre, y a comme eu un p'tit ... c'est ça, comme un instinct maternel ou quelque chose-là qui fait que tu veux l'protéger. C'est comme un sentiment vraiment intense que j'ai d'la misère à décrire [Héloïse, 34 ans, prof., nat, sf]

Un sentiment de responsabilité s'est imposé de manière impérieuse et évidente à près de la moitié des femmes rencontrées, dont Isa.

Je ne pensais pas DÉJÀ en apprenant que t'es enceinte que tu t'inquiètes déjà! [...] Je m'empêche de faire certaines choses parce que bien, les quelques risques, et tout ça. Je ne pensais pas à ça au début. Je me disais t'es enceinte, t'en profites, tu fais plein d'affaires. Et finalement, je me dis non. C'est aussi une responsabilité qui rentre en ligne de compte, même si t'es pas responsable encore du bébé physiquement bien tu l'es quand même parce que là, c'est toi qui porte l'enfant. Donc tout cet aspect-là a changé un peu ma vision de la grossesse. [Isa, 27 ans, serv., ind/nat, gyn]

Trente ans plus tôt, Anne Quénart (1987) avait observé ce phénomène chez les femmes qu'elle avait rencontrées et l'interprétait comme l'intériorisation d'un nouveau rôle social par le glissement immédiat de la fonction biologique de procréation au rôle de maternage. Ce qui est nouveau, c'est que c'est souvent la première occasion où de plus en plus de femmes dans la trentaine se sentent responsables d'une autre personne pour la première fois. Comme le mentionnait Gabrielle :

Mais c'est le quotidien puis la personne, t'sais d'avoir quelqu'un qui dépend de soi tout l'temps-là, c'est un peu ... c'est ces changements-là un peu qui m'font peur mais en même temps je sais que j'avais être ... que je serai une mère aimante si on veut, à ma façon mais que j'avais l'être aussi, mais ... [Gabrielle, 32 ans, prof., med/nat, gyn]

Même si ce phénomène a pris de l'ampleur depuis l'avènement des familles nucléaires, il n'en demeure pas moins qu'il s'accroît avec un mode de vie davantage centré sur soi, où la maternité et la prise de responsabilités impliquant un engagement à long terme surviennent à un âge plus avancé dans notre société (Gaudet, 2001; Roberts, 2005).

Découvrir le bébé : Pour la majorité des femmes, l'échographie est le médium grâce auquel elles établissent un premier contact avec le fœtus.

Puis c'est là où tu réalises qu'OK, ce n'est pas juste toi et « ta bulle », il y a autre chose, il y a quelqu'un en toi là. [Pascale, 36 ans, prof., ind/nat, omni]

Ce premier regard échographique devient un moment charnière chargé d'émotions et les propos des participantes nous permettent d'entrevoir la relation qui s'installe peu à peu avec le fœtus durant la grossesse. Par la suite, autour de vingt semaines de grossesse, les premiers mouvements leur permettront de le sentir cette fois de l'intérieur, de manière charnelle. Les mouvements du bébé sont généralement perçus comme rassurants bien qu'ils puissent aussi être perçus comme inquiétants ou dérangeants par leur absence inopinée ou par leur force.

Bien ça commence, tu ne sais pas trop si c'est ça, puis finalement bien, c'est ça. Puis, plus ça va, pire c'est! (rires) Et là, jusqu'à ce que ça devienne presque'incommodant. Là, depuis quelques semaines, il prend de la force hein! Puis, c'est ça, des fois, c'est... t'essayes de te concentrer puis là, ah! il décide qu'il gigote et ça n'arrête pas. [Sarah, 27 ans, prof., nat, sf]

La relation sera davantage investie dans la seconde moitié de la grossesse. La future mère cherchera alors à entrer en contact avec son bébé en lui parlant, en se caressant le ventre, en invitant son partenaire à mettre sa main pour qu'il perçoive lui aussi ses mouvements. Ce sera l'occasion pour le couple d'établir un moment privilégié, et souvent ludique, avec l'enfant.

Moi j'ai parlé au bébé pas mal tous les soirs "bon bien, on a fait ça aujourd'hui, il reste tant de temps pour toi. Je sais que tu travailles fort bébé." Parler, l'encourager puis, qu'il sache qu'on est là aussi. Mon chum lui parlait moins, il mettait sa main [...] On a des shows de bedaine déformée, aussi. Des fois, il bouge, je fais comme " Aïe! C'est un alien là!" Bah, je ne pense pas-là, mais ... ça me fait vraiment spécial quand il est très très actif. Oui, c'est sûr que c'est des beaux moments- là, les shows de bedaine déformante. On trouve ça drôle! On y parle, on dit bien oui, t'es un petit athlète! [Tania, 29 ans, serv., nat, sf]

Faire son nid : Les préparatifs matériels constituent une étape cruciale dans l'attente d'un bébé. La recherche d'un logement plus approprié pour certaines, se procurer les vêtements et accessoires sont au cœur des préoccupations de toutes. Avoir une chambre pour le bébé fait partie des besoins exprimés :

C'est dur de visualiser parce que je ne suis pas... tu sais il n'y a pas de chambre d'enfant ici. Donc ça, je pense que ça ne m'aide pas, ça laisse encore plein de zones grises. J'pense que quand on sera installés dans un appartement plus grand, ça va peut-être être plus facile à visualiser, parce que c'est sûr qu'ici, si j'm' imagine en train d'faire mon lavage, j'me dis hey boy! il va être où c't'enfant-là! J'peux pas tu sais ... [Élise, 30 ans, serv., ind/nat, omni]

Ainsi, créer cet espace contribue à matérialiser le projet d'enfant. Planifier, organiser, faire de la place dans sa vie constituent des étapes importantes que plusieurs femmes jugent nécessaires d'accomplir ou de mettre en route après avoir acquis la certitude de la venue de l'enfant, et ce, avant même de penser à l'accouchement. De plus, les dernières semaines seront également consacrées à terminer l'organisation matérielle, à faire « sa valise » et à se tenir prêts pour se rendre au lieu d'accouchement prévu, le moment venu.

Grossesse : temps de cheminement, de réflexion – Trouver l'équilibre, la sérénité : La fatigue, le manque d'énergie et certains malaises ressentis amènent la plupart des femmes à prendre soin d'elles-mêmes. Vivre la grossesse s'inscrit dans un cheminement où la femme assimile au fil des mois cette nouvelle réalité et l'anticipation de sa vie future. Annie parle d'ailleurs de l'importance de se ramener à l'idée de faire ses étapes les unes après les autres. Et c'est ce qui fait dire : à Gabrielle à 35 semaines de grossesse :

Au début j'avais dit « C'est pas concret ». Finalement, tranquillement, au fil des mois on adapte, on s'adapte, on s'prepare, on a de plus en plus hâte de le voir ... c'est vraiment un beau cheminement mental, une belle préparation, pour ça. Je l'vois plus de façon, positive. Ça nous amène à... à lire un peu plus, tout ça! Au début, ça m'choquait quand on m'envoyait des articles pour des affaires parce que je n'étais pas rendue là dans ma tête. Mais là j'ai plus envie de m'informer. [Gabrielle, 32 ans, prof., med/nat, gyn]

3.6.2 Envisager l'accouchement

Les femmes qui avaient déjà envisagé l'accouchement avant d'être enceintes étaient surtout celles qui appréhendaient vivre cette expérience.

L'accouchement ça m'a longtemps fait peur. Plus jeune, vraiment dans la vingtaine début trentaine c'était une chose... je n'étais pas sûre que j'étais pour être capable de passer par-dessus ça moi. [Pascale, 36 ans, prof., ind/nat, omni]

Inconnu, anticipation de la douleur et peurs : Si Bianca, Miranda et Chloé pensent déjà à l'accouchement en début de grossesse, pour plus de la moitié des femmes, l'accouchement, c'est « l'inconnu », et c'est encore bien lointain. Si accoucher signifie vivre une expérience nouvelle, le tiers des femmes refuse pourtant d'y penser ou se dit que « ça va bien aller ». Lorsqu'elles en parlent, la douleur revient le plus souvent dans leurs propos. Elles veulent s'y préparer et avoir des outils pour l'affronter. Les femmes de la région MCQ parlent davantage de pudeur, d'intimité et s'en remettent plus à « voir sur le moment » ou aux professionnels :

Un point d'interrogation pour l'instant, parce que même si c'est dans pas si longtemps, pour moi c'est encore loin. Parce que là je viens de réaliser que je vais avoir un bébé [...] Je pense que peut-être plus ça va aller, plus je vais peut-être me projeter vers l'accouchement, mais pour l'instant je ne sais pas encore. Je n'ai pas de plan de naissance. Je ne sais pas ... Je n'ai pas fait de choix. Bien je sais que ça va être à l'hôpital, mais bon, il vas- tu y avoir épidurale ou pas? Il vas-tu ...? Bah! je ne sais pas. [Isa, 27 ans, serv., ind/nat, gyn, med] Québec

Je vais voir. On veut toujours essayer que ça se passe le mieux possible, mais si ça ne marche pas, bien ... on va faire confiance au professionnel aussi qui est en avant de nous, puis qui a des décisions à prendre, puis qui veut le mieux pour nous aussi. [Yasmine, 28 ans, prof., ind, gyn] MCQ

Les appréhensions et les peurs exprimées en début de grossesse ont trait à la peur de déchirer, à la longueur du travail, à la douleur et aux risques liés à la péridurale. S'ajoutent à cela, la crainte de ne pas avoir le contrôle sur la situation et sur son corps, de même que la peur de ses réactions lors de l'accouchement. Ainsi pour Odile, enceinte de 19 semaines, il y a :

une partie qui est irrationnelle, que je ne sais pas d'où ça vient, ... bien c'est très technique, mais la peur de déchirer, le déchirement, moi ça c'est ... ça c'est quelque chose qui m'effraie. La douleur, j'suis assez endurante à la douleur, mais j'pense que c'est la douleur dans un contexte de « pas d'contrôle de la situation » oui, c'est ça [Odile, 40 ans, prof., nat, gyn]

Entre 34 et 37 semaines, l'accouchement demeure encore difficile à imaginer, compte tenu qu'il s'agit en fait d'une toute première expérience. Le tiers des femmes préféreraient encore ne pas trop y penser. La douleur est toujours évoquée en premier, mais la moitié des femmes se sentent maintenant capables d'accoucher et d'y faire face de manière réaliste.

Je m'attends à ce que ce soit long, à ce que ça soit... que ça fasse beaucoup mal et tout ça. Mais en même temps, autant que je l'appréhende comme ça que, (bégaiement) c'est parce que ça ne me stress pas en même temps. C'est ça, je m'attends au pire, mais je me dis c'est normal puis je suis assez zen par rapport à ça, mais ça a évolué. Au début je l'étais moins, mais ... Je m'attends au pire, mais ça fait partie de la « game ». [Laurence, 24 ans, prof., nat, sf]

L'autre moitié des femmes qui voient l'accouchement difficile et doutent de leur capacité sont presque exclusivement des femmes suivies par un médecin.

J'ai de la misère à m'imaginer la douleur que ça va faire donc je ne sais pas trop. Parce que je n'ai pas eu vraiment de contractions [...] je vas-tu être capable de la tolérer [...] Je vais voir à la première contraction quand le travail va commencer, parce que c'est comme elle dit, ce qui est le fun c'est que ça commence du plus petit puis ça augmente au plus grand. Donc en théorie t'as le temps de t'habituer un petit peu [...], je vais voir rendue là, comment gérer ça. [Isa, 27 ans, serv., ind/nat, gyn]

Point tournant : Des évènements suscitant des émotions ou des questionnements constituent souvent un point tournant où les femmes réalisent pleinement qu'elles auront à vivre l'accouchement dans leur propre corps. Ce moment favorise son appropriation. Pour Bianca, c'est sa rencontre avec l'infirmière, à deux mois de grossesse, qui en fut l'origine. Pour Chloé, l'accouchement d'une amie lui a permis de partager sur ce vécu dès 20 semaines de grossesse, alors qu'Ariane l'a réalisé lors d'une fête familiale, à 30 semaines, grâce aux questions de ses tantes. Par ailleurs, le fait de ressentir soudainement une douleur liée à des reflux gastriques a mis en évidence, pour Daphnée, « l'inévitable » accouchement. Une émission de télévision a été, pour Florence, l'élément déclencheur :

Au début, j'étais pas rendue là. On dirait que je le revirais du revers de la main. Bah! J'accoucherai pas moi, c'est bien trop loin! Plus ça allait, plus j'en voyais, plus je disais "Ah ça, j'aimerais ça pour mon accouchement! Ah tu vois ça non, je ne veux pas. Tranquillement, petit à petit ... Puis à un moment donné, je devais avoir 26-27 semaines, il y avait une madame qui justement accouchait, et quand ils ont posé son petit bébé sur elle, là, écoute c'est venu me chercher. J'me suis mise à pleurer dans le salon, j'étais toute seule On dirait que là j'ai réalisé : « Faut que j'accouche moi aussi ». [Florence, 25 ans, serv., med, gyn]

Plusieurs femmes (10) nous ont aussi confié avoir commencé à y penser véritablement au fil de leurs lectures, et ce, à des moments variables. Ainsi pour Jessica,

J'y pensais pas du tout avant mais comme j'suis rendue dans mon 4^e mois, j'ai reçu un livre, puis j'ai lu toute la partie sur la grossesse et là j'étais rendue à la partie sur l'accouchement et je me disais, « je vais lire ça plus tard, ce n'est pas tout de suite ». Puis là j'ai commencé et je me dis : c'est sérieux! Ça fait mal en « tabarouette » et ça peut être long comme processus. Donc, je commence à y penser mais en même temps je ne pense pas à ça tous les jours. Je ne veux pas stresser mais je me dis juste que ça va nous demander quand même une petite préparation mentale. [Jessica, 29 ans, prof., nat, sf]

Les cours prénataux ont aussi été l'occasion pour 12 femmes, autour de 30 semaines de grossesse, de s'éveiller à cette éventualité grâce aux questions et réflexions suscitées par l'information reçue. Par ailleurs, « bien vivre la grossesse » donne confiance à Laurence pour l'accouchement. Se voir vivre l'accouchement, une étape à la fois, permet aux femmes de l'appréhender de manière plus sereine et de se projeter davantage dans cet évènement de manière positive. Au fil des semaines, un cheminement se met en place:

Quand l'bébé s'est mis à bouger on a eu une prise de conscience assez importante mon chum et moi : c'est plus que vrai-là, il bouge, il est vivant! La deuxième échographie, on voit tout, ses yeux, son nez, sa bouche, [...] Et de s'rendre compte que c'est à l'intérieur de moi et ça s'développe. Le corps humain est tellement bien fait, c'est incroyable! À c'moment-là j'ai dit bien la prochaine étape, c'est l'accouchement [Valérie, 27 ans, prof., nat, omni]

Avoir la bonne attitude : La moitié des participantes exprimaient l'importance d'avoir la bonne attitude en regard de l'accouchement afin de le faciliter. Elles entendaient par cela :

Je sais que quand on se met à être stressé, là c'est le cercle vicieux comme on disait l'autre fois : 'adrénaline, stress, adrénaline, stress', puis ça bloque tout versus quand on voit ça positivement, là c'est plus les endorphines, puis on relaxe. Donc je me dis que je vais tout le temps essayer de garder l'attitude positive, tant que ... [Héloïse, 34 ans, prof., nat, sf]

Et ces femmes se voyaient justement visualiser positivement le travail, les contractions pour franchir les étapes de l'accouchement les unes après les autres, comme le décrit Tania.

[...] vraiment les étapes cruciales, les quatre grandes étapes de l'accouchement, savoir à quel stade je vais être rendue, quand ça commence, ok, ne pas paniquer. Bon, est-ce que c'est des vraies contractions? Ou des contractions de maturation? Pouvoir m'orienter dans ces stades-là. Sinon, je me sentirais un petit peu perdue en fait. [...] et je sais qu'à l'expulsion, ça va être l'apogée, mais après ça, ça va être fini. [Tania, 29 ans, serv., nat, sf]

Par contre, d'autres femmes continuaient d'être habitées par des peurs à l'égard de l'accouchement à quelques semaines de leur accouchement.

Les peurs demeurent mais évoluent au fil du temps : Lors du deuxième entretien, de nouvelles peurs ont émergé, mais cette fois-ci, liées à la possibilité d'avoir une césarienne pour six femmes (le bébé se présente par le siège pour deux d'entre elles) ou d'avoir des interventions médicales pour cinq autres, tel un « stripping »³⁷, un déclenchement ou une épisiotomie. Les participantes de Québec craignaient davantage la césarienne (5/6), alors que la crainte des interventions était plus présente parmi celles de la région MCQ (4/5). Les femmes exprimant ces peurs avaient prévu accoucher, pour la plupart, en centre hospitalier. Le taux de césariennes à Québec étant parmi le plus élevé dans la province, comparativement à celui de MCQ³⁸, a pu susciter ces différences. Bien que nos informatrices ne semblaient pas au courant de ces statistiques, les conversations avec leur entourage ont pu contribuer à créer ces appréhensions.

D'autres craintes liées aux circonstances : ne pas être prêtes à temps, ou être seule au moment où le travail s'amorcerait, que l'accouchement soit plus difficile en raison de l'âge, avoir un gros

³⁷ Stripping est un terme couramment utilisé pour parler d'un décollement des membranes fait manuellement lors d'un examen gynécologique dans le but de déclencher le travail.

³⁸ Le taux de césariennes à Québec est de 26,32 %, ce qui le situe au 2^e rang parmi les taux les plus élevés pour l'ensemble du Québec en 2012 (taux moyen de 23, 57%), alors que la région MCQ se classe parmi les plus bas taux avec 20,02 % (MSSS, 2015a).

bébé, avaient aussi émergé. Par ailleurs, celles qui privilégiaient une approche médicale redoutaient fortement d'accoucher à quelques semaines de l'évènement. La crainte de l'environnement hospitalier et celle d'être contraintes dans le choix des positions étaient également exprimées par Pascale et Valérie suivies toutes deux par un omnipraticien.

*Ça va arriver comme ça va arriver, faut qu'elle sorte là! Mais ça me fait peur un peu. Q : **Qu'est-ce qui vous fait peur?** Bien un : de ne pas reconnaître le bon travail puis de me rendre à l'hôpital plein de fois pour rien et de faire manquer beaucoup de travail à Martin. Puis le "pas de contrôle". Moi je suis quelqu'un qui aime ça avoir le petit contrôle [...] Parce qu'elle est grosse-là. Elle a un bon poids là, le médecin l'a dit. Si je me rends à terme, il y a comme moins de chances que je sois capable de l'avoir naturellement. Tu sais on fait des gros bébés dans ma famille. Et là je me dis si j'ai une césarienne c'est plus compliqué après.... C'est beaucoup, beaucoup d'appréhensions. [Florence, 25 ans, serv., med, gyn]*

Si la peur d'accoucher est bien présente chez plusieurs femmes, elles nourrissent tout de même des espoirs et misent sur leurs forces personnelles à l'égard de leur accouchement.

Les espoirs ou forces pour l'accouchement : Penser son corps capable de mettre au monde son enfant fait partie des espoirs nourris :

J'pars avec l'idée que mon corps est capable [...] puis on verra, c'est pour ça que j'suis bien accompagnée aussi dans l'fond, pour m'aider à tenir bon et à m'enligner sur des choses. [Annie, 31 ans, prof., nat, omni]

Ces propos témoignent aussi de l'importance accordée au soutien et à un environnement favorable pour les aider à persévérer le moment venu ou pour leur faire des suggestions. D'autres femmes comme Karina, Mylène, Sarah et Ariane nous ont également confié qu'elles essaieraient de se fier à leur instinct ou à ce qu'elles ressentiraient.

[...] mon plan en fait c'est juste de suivre comment je me sens rendue là. J'me dis pas je veux accoucher dans le bain, je veux accoucher à quatre pattes ou quoi que ce soit. Tu sais, je me dis, on va voir au « feeling ». [Héloïse, 34 ans, prof., nat, sf]

Plusieurs femmes essaient aussi de faire des liens avec des expériences vécues pour y puiser les forces dont elles pourront se servir au moment d'accoucher.

J'ai fait plusieurs compétitions sportives. J'sais c'est quoi de forcer et de se dépasser physiquement et mentalement parce que des fois c'est sur les deux volets qu'on travaille puis de vraiment rester focalisée. Donc c'est un peu là-dessus que j'vais miser. Quand on est dans l'sport, des douleurs, on en a aussi des douleurs physiques. C'est sûr que ça ne se compare pas aux douleurs de l'accouchement, mais on est habitué. On s'exerce à faire abstraction de ce qu'on ressent physiquement pour aller jusqu'au bout, jusqu'à notre objectif. Tu sais

d'essayer d'évacuer, de se faire vraiment une bulle, de visualiser...Moi je, j'veais l'aborder comme ça là, un peu comme..., comme un... un exploit ... [Mylène, 26 ans, prof., nat, sf]

Et entrevoir la naissance constitue la motivation sublime.

Entrevoir la naissance : Lorsque les femmes en parlent, elles expriment en général la hâte de voir leur bébé malgré une certaine appréhension pour l'après-naissance. Même si la première rencontre avec le bébé demeure abstraite, plusieurs femmes aiment se l'imaginer :

Moi j'le vois dans l'regard et dans l'contact puis dans l'admiration ... j'vois ça comme une belle rencontre. J'trouve que c'est vraiment un beau moment ... si ça peut être bien vécu, corps à corps là comme ça, j'trouve ça magnifique. [...] si on était capable de l'laisser monter aussi...J'aimerais ça moi, faire ça, pour qu'il se délie là tranquillement et qu'il bouge son p'tit corps ... Ça, j'trouverais ça mignon « au boutte »! Donc c'est un peu comme un fantasme de tout ça là mais c'est comme ça que j'le vois. [Annie, 31 ans, prof., nat, omni]

Leurs propos sont davantage de l'ordre du fantasme, mais toutes ont mentionné avoir envie d'établir un contact peau à peau avec leur bébé dès la naissance. Elles en ont toutes entendu parler et voient cela comme un geste profondément humain; une belle manière d'accueillir leur enfant. Plusieurs femmes nous avaient aussi mentionné avoir été fascinées par le film dont parle Annie, où elles pouvaient voir un bébé ramper jusqu'au sein de sa mère. Florence décrivait ce moment comme un rendez-vous avec l'amour de sa vie.

Les dernières semaines avant l'accouchement : Entre 34 et 37 semaines, les participantes se sentaient plus ou moins pressées d'accoucher. Les femmes encore au travail affirmaient ne pas être pressées, car elles souhaitaient terminer leurs préparatifs et bénéficier d'un repos, tout comme celles prises par un déménagement ou une tâche à finaliser. La majorité des autres femmes n'avaient pas particulièrement hâte, mais commençaient à exprimer un sentiment de curiosité.

Laurence, Gabrielle et Miranda ont dit, en rétrospective, avoir été impatientes d'accoucher à la fin, surtout en raison de la chaleur de l'été ou pour passer à autre chose. Florence et Wendy, qui redoutaient l'accouchement, étaient prêtes dès 36 semaines, en fait, depuis la date où le bébé aurait pu naître sans risque de prématurité. Elles trouvaient le temps long, angoissaient davantage; Florence souhaitait même être déclenchée.

Je ne sais pas pourquoi j'avais ce feeling-là, mais j'avais l'impression qu'il allait naitre d'avance. Donc moi à 36 semaines, j'étais prête. La valise était faite, la chambre était faite, tout, mon congélateur était plein. Puis à partir de 36 semaines, j'ai trouvé le temps long parce que j'avais l'impression que d'une journée à l'autre j'allais accoucher. Finalement, ça a été juste à deux jours de ma date prévue. Et tout le monde te demande : ça s'en vient-tu? On dirait que ça te rend encore plus impatiente! Donc entre 36 et 40 semaines, j'étais vraiment fébrile, parce que tu te dis, ça s'en vient. [Wendy, 28 ans, serv., med, gyn]

Toutes les participantes ont aussi eu l'occasion de nous exprimer leur vécu des derniers jours précédant leur accouchement ainsi que leurs espoirs et leurs craintes en début de travail.

3.6.3 À proximité ou au moment de l'accouchement

Les espoirs et les craintes se sont manifestés différemment pour nos participantes et ont varié selon le type d'accouchement qu'elles ont vécu. Les plus inquiètes étaient celles qui ont eu une césarienne ou un accouchement médicalisé.

La plupart de celles (5/7) ayant eu une césarienne avaient de fortes inquiétudes les derniers jours ou au début du travail, en raison de la crainte d'un déclenchement, d'avoir des complications ou même une césarienne. Par ailleurs, Élise, la seule pour qui la césarienne était planifiée, car le bébé se présentait par le siège, craignait cette opération.

Cinq femmes sur six ayant accouché avec péridurale manifestaient des craintes. Florence et Wendy s'inquiétaient du moment et du déroulement de l'accouchement. Odile considérait que le suivi médical n'était pas assez serré. Héloïse et Valérie avaient peur d'être déclenchées en raison d'un dépassement de terme ou de pressions médicales.

Les femmes ayant accouché de manière « naturelle » avaient quelques inquiétudes, mais ne semblaient pas en avoir été perturbées. Par contre, celles à qui le gynécologue avait proposé un « stripping »³⁹ à 38-39 semaines disaient en avoir été stressées.

3.7 Choix d'approche et type d'accouchement

La Figure 1 suivante nous permet de suivre le cheminement de chacune des participantes quant au choix d'approche au cours de la grossesse et au type d'accouchement vécu.

³⁹ Voir à la page 107 pour la définition de stripping.

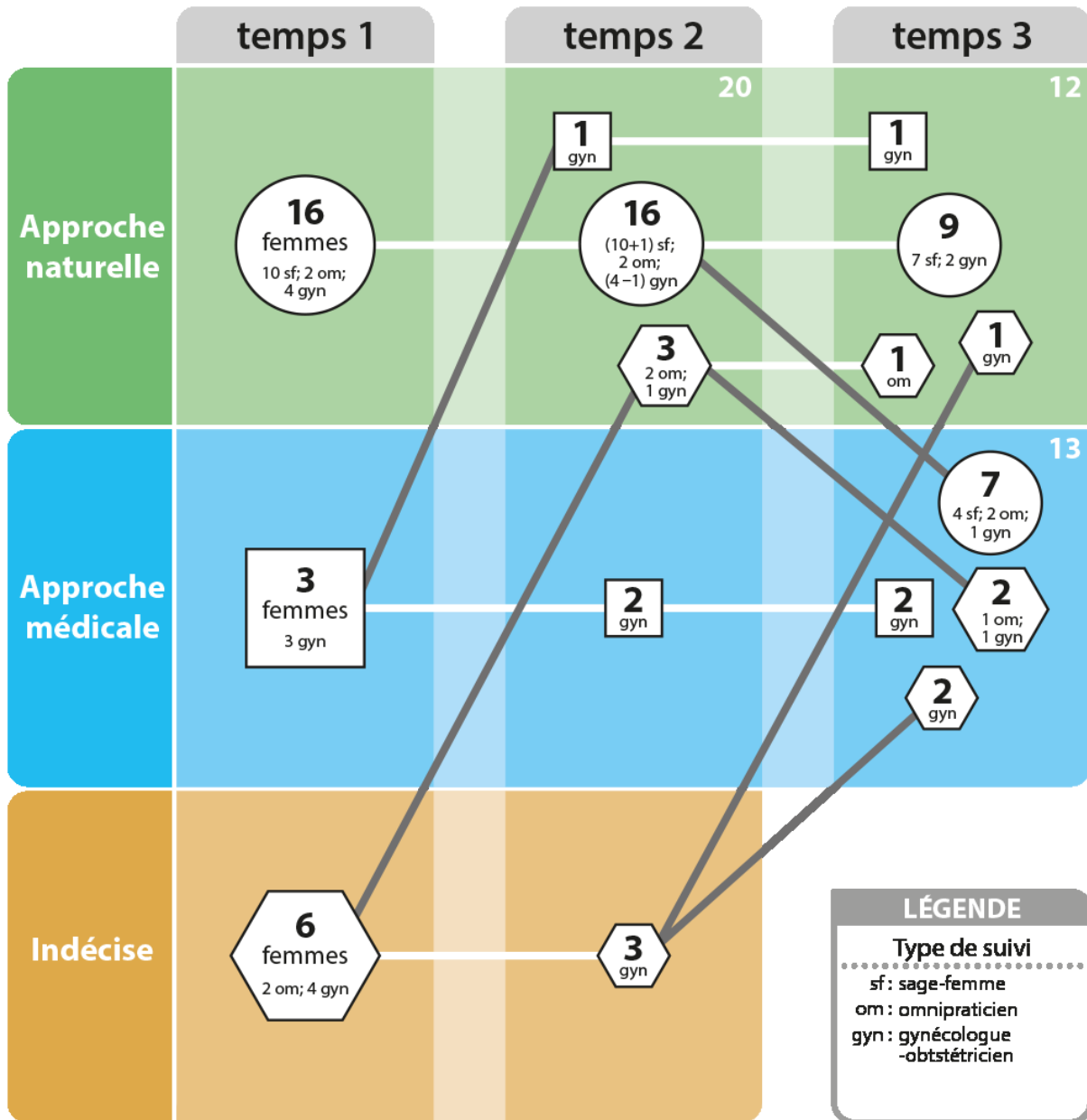


Figure 1. Évolution de l'approche d'accouchement privilégiée ou vécue.

Au temps 1 : Seize femmes souhaitaient un accouchement naturel, trois un accouchement médical et six étaient indécises. Celles qui ont fait le **choix d'accoucher naturel** étaient principalement parmi les plus scolarisées ou exerçaient un travail avec une approche corporelle ou relatif à l'environnement. La plupart de ces femmes (14/16) avaient reçu de leur mère une vision positive de l'accouchement. Dix d'entre elles étaient suivies par une sage-femme, deux

par un omnipraticien et quatre par un gynécologue-obstétricien. Trois de nos participantes désiraient une **approche médicalisée** avec péridurale, comme l'avaient eue leur mère ou leurs amies, et étaient suivies par un gynécologue-obstétricien. Six autres femmes étaient **indécises** quant à l'approche. Parmi elles, deux étaient devenues enceintes de manière impromptue. Leur mère avait eu un accouchement difficile pour cinq d'entre elles. Deux étaient suivies par un omnipraticien et quatre par un gynécologue-obstétricien.

Au temps 2 : Toutes avaient maintenu leur choix, sauf une femme qui avait changé de l'approche médicale à un accouchement naturel. Parmi les indécises, trois s'étaient décidé en faveur de l'approche naturelle, l'information reçue ayant été déterminante. Enfin, trois femmes demeuraient indécises. Deux d'entre elles avaient elles-mêmes vécu une naissance difficile et la troisième était traumatisée par l'accouchement d'une parente qui avait failli mourir.

Au temps 3 : Au final⁴⁰, 13 femmes ont eu un accouchement avec une **approche médicale**. Sept femmes ont donné naissance par césarienne, alors que six ont accouché sous péridurale. Parmi elles, six étaient avec un gynécologue-obstétricien, quatre une sage-femme et trois un omnipraticien. Les 12 autres femmes ont accouché **de manière naturelle**, du moins sans anesthésie. Toutes les femmes qui ont accouché naturellement étaient parmi les plus scolarisées; celles qui étaient suivies par un omnipraticien ou un gynécologue-obstétricien occupaient principalement des postes de décision en administration, en coordination ou en organisation d'évènements. Elles avaient aussi fait différentes préparations à la naissance de type alternatif, comme le yoga prénatal.

3.8 Continuité/discontinuité avec le projet d'accouchement rêvé

La majorité des femmes qui ont vécu leur accouchement rêvé sont celles qui au point de départ souhaitaient clairement accoucher de manière naturelle ou sous péridurale.

⁴⁰ Césariennes : 1 femme suivie par un omnipraticien, 1 femme par un omnipraticien et un gynécologue-obstétricien, 3 femmes par des gynécologues-obstétriciens, 2 femmes par des sages-femmes.
Sous péridurale : 2 femmes suivies par des omnipraticiens, 3 femmes par des gynécologues-obstétriciens, 1 femme par une sage-femme.
« Naturel » : 1 femme suivie par un omnipraticien, 4 par des gynécologues-obstétriciens et 7 par des sages-femmes.

Quatre femmes ayant accouché de manière naturelle ont vécu une discontinuité dans leur projet. Ainsi, pour Camille, l'incidence possible d'un problème de santé associé à l'accouchement l'a fait remettre en question son choix d'accoucher en maison de naissance pour finalement le réaffirmer. Jessica s'est vue contrainte de transférer à l'hôpital de manière préventive au moment de la poussée, mais a finalement accouché sans problème, alors que Sarah ravie de son accouchement a cependant dû être transférée pour rétention placentaire. Et, Yasmine, indécise, demande la péridurale au dernier moment, mais :

Je n'ai pas eu le temps de prendre l'épidurale, donc ça s'est fait de façon naturelle. C'est sûr que je visais ça sans me mettre de pression. J'essayais de rester calme. Dans mon idéal c'était ça que je voulais, mais je me disais si, ça ne marche pas, ça va être l'épidurale puis c'est pas plus grave que ça. Mais quand j'étais rendue à la prendre, l'épidurale, ils ont dit « non, il est rendu trop tard et il ne te reste pas grand temps, donc pousse! » [...] Le pire était fait de toute façon au moment où je me suis dit « ah! je suis tannée, je la prendrais », après ça, ç'a été plus facile. [Yasmine, 28 ans, prof., ind, gyn, nat-i]⁴¹

Finalement, ces quatre femmes ont toutes réussi à vivre leur accouchement comme elles l'espéraient. Par ailleurs, Miranda a changé de professionnel trois fois pour son suivi de grossesse, de lieu de naissance et au moment de l'accouchement, elle a demandé un transfert pour péridurale pour finalement accoucher de manière naturelle au centre hospitalier.

Parmi les femmes ayant accouché sous péridurale, seule Florence a vécu l'accouchement rêvé. Pour les autres, la discontinuité dans leur projet est attribuable à des interventions médicales tel un accouchement avec forceps pour Wendy, un déclenchement pour Valérie ou une douleur anticipée par Isa ou perçue comme trop forte par Héloïse et Odile (compliqué par ventouse et déchirure importante), ce qui les a toutes amenées à recourir à la péridurale.

Toutes les femmes ayant donné naissance par césarienne ont connu une rupture avec leur projet initial, car aucune ne souhaitait cette intervention, voire même la craignait.

Dans les prochains chapitres, nous verrons plus en détail les représentations que les femmes se font de l'accouchement, les éléments qui les font changer d'avis et les tensions ressenties entre

⁴¹ À partir de ce verbatim, le descripteur du type d'accouchement vécu est ajouté (voir p. xiii).

les différentes étapes de la grossesse. Au Chapitre VI, nous examinerons leur vécu d'accouchement, et comment cette expérience a modifié ou non leurs représentations.

3.9 Portraits types de trois femmes

Les entretiens nous ont permis de tracer trois portraits types des femmes rencontrées à partir des profils se dégageant de leurs choix respectifs de lieux et d'approches privilégiés pour l'accouchement. En résumé, le témoignage de Jessica illustre l'expérience des femmes qui souhaitent laisser l'accouchement se dérouler naturellement sans recourir à la médication. Conscientes de la douleur et du fait de ne pouvoir avoir une idée réelle de l'accouchement puisqu'elles ne l'ont jamais vécu, elles se sentent toutefois capables de le vivre. Elles retirent un sentiment de satisfaction de leur expérience ou à tout le moins celui d'avoir pu tout essayer. D'autres femmes, à l'instar de l'expérience d'Isa, pensent que l'accouchement devrait pouvoir se faire de manière naturelle, mais éprouvent beaucoup de peurs et d'incertitudes. Elles se préparent de leur mieux et font confiance aux intervenants pour les aider le moment venu. L'écart entre leurs désirs et les événements vécus les laisse souvent avec un sentiment de déception. Enfin, le témoignage de Wendy permet de dévoiler les craintes entretenues par rapport au corps et à la peur de souffrir. L'accouchement est un mauvais moment à passer pour elles. La péridurale leur apparaît comme la solution, mais la peur continue pourtant de les tenailler. Elles sont aussi surprises et déçues d'être limitées dans leurs mouvements ou par les interventions médicales qui s'en suivent. Si elles sont d'abord convaincues que celles-ci étaient inévitables, elles auraient toutefois aimé un accouchement différent. Elles souhaiteraient vivre différemment le prochain, mais doutent d'y parvenir.

3.9.1 Jessica

Jessica, âgée de 29 ans, est en couple depuis huit ans et vit en appartement à Québec. Après les études et des voyages, elle et son compagnon se considèrent maintenant rendu à réaliser leur projet de famille même si elle est encore postdoctorante. La barrière psychologique du « 30 ans » les y incite étant donné qu'ils souhaitent avoir quelques enfants. Ayant calculé son ovulation, elle fait un test de grossesse le soir même de l'absence de menstruations. Enceinte au premier essai, elle est très enthousiaste. Elle appelle tout de suite en maison de naissance pour y être suivie, sachant qu'il y a des listes d'attente et annonce la nouvelle à la famille. Elle fait

cette démarche et l'inscription à la garderie tout en disant « *ne pas tant le réaliser parce qu'il ne se passe rien* ». Spontanément, elle se met à lire « *plein de trucs* », à regarder des *blogues*. Après beaucoup de discussions avec sa sœur et des amies qui ont accouché en centre hospitalier et des collègues ayant accouché avec des sages-femmes, il est devenu évident pour elle et son conjoint d'avoir un suivi avec une sage-femme : « *c'est comme si ça allait de soi que c'était ça...puis on est tellement pas stressés...c'est récent là ma grossesse, mais je n'ai pas d'anticipation de problèmes à l'accouchement* ». Consciente de la douleur possible, elle essaie de ne pas l'appréhender, de laisser aller les choses tout en se préparant et en profitant de sa grossesse, une étape à la fois. Rassurée par l'attitude de son patron, elle compte travailler le plus longtemps possible afin de maximiser le temps avec son bébé. À la suite d'une discussion avec leur sage-femme, Jessica et Alexandre ont décidé de faire le test sanguin de dépistage de la trisomie 21 et l'échographie de 20 semaines. L'éventualité d'un handicap l'inquiète et Alexandre est aussi curieux de savoir le sexe. Assez en forme, Jessica continue d'être active, mais a cessé les sports plus violents et l'entraînement en salle. Pour elle, la grossesse n'est pas une maladie même si elle ressent plus de fatigue. Elle voulait vivre cette expérience qu'elle considère comme un privilège pour les femmes. Sentir son bébé dans son corps l'émeut; elle dit l'aimer déjà. Elle considère que les femmes ont accouché de tout temps; elle va essayer de gérer la douleur par elle-même. Elle aime l'idée « *de se sentir libre* » en maison de naissance et « *d'avoir la possibilité d'être en contrôle* » et pense apporter de la musique, « *des trucs* » pour se sentir confortable. Son chum aussi a compris « *plein de choses* », entre autre que ça pouvait être long. C'est important pour eux de comprendre ce qui se passe. Vers la fin de sa grossesse, elle a connu « *une frousse* » du fait que son ventre était « *pas mal trop petit selon les normes* ». Une échographie demandée par sa sage-femme les a rassurées sur la croissance : « *c'était un bébé normal* ». Finalement, l'accouchement est survenu une semaine plus tard que prévu. « *Ç'a été long* » : près de 48 heures à partir du samedi matin. Le travail se faisait lentement. Le dimanche après-midi, elle a fait une marche dans un petit sentier boisé pour activer le travail et est entrée à la maison de naissance en soirée, dilatée à 4 cm. Quand elle avait une contraction, elle était dans « *sa bulle* », se concentrait sur ses respirations, variait ses positions, apprivoisait chacune des étapes. Comme les membranes ne rompaient pas spontanément, la sage-femme les a finalement rompues et là le travail s'est fait vraiment rapidement. « *On dirait que j'ai « skippé » des plateaux de douleur. J'ai passé de, je ne sais pas... quand ça y va par étapes,*

t'as le temps de t'habituer à la douleur. Mais là on dirait que ç'a passé d'un coup sec aux pires contractions que je ne pouvais pas imaginer. » C'était très intense et elle a senti la poussée rapidement. Comme le liquide amniotique était verdâtre et que le cœur du bébé décélérait un peu, la sage-femme a proposé un transfert à l'hôpital par précaution. Sur le moment Jessica s'est inquiétée, mais a vite « *refocusé* » sur ses poussées pour mettre au monde sa petite fille sans intervention.

C'est un privilège qu'on a comme femme d'accoucher puis d'être capable de le faire naturellement comme les femmes le font partout ailleurs dans le monde. Quand tu regardes dans l'fond... Comme nos grands-mères le faisaient puis comme... donc j'suis pas mal contente. Je ne peux pas m'empêcher d'être un peu fière-là, pour vrai, parce que premièrement, c'est moi qui ai mis au monde c'te petite affaire-là. Mais aussi parce que crime! J'étais en contrôle, puis ç'a bien été, tout l'long. Je n'ai pas paniqué. Puis j'y suis arrivée, avec mon chum, en équipe! C'est un travail d'équipe, quand même. Donc j'en retire vraiment juste du bien là.

3.9.2 Isa

Isa et son conjoint, en couple depuis onze ans, vivent à Québec. Âgée de 27 ans, elle souhaitait un enfant depuis longtemps, mais attendait que son conjoint soit prêt lui aussi. Heureuse d'être enceinte, elle a voulu faire valider sa grossesse en allant dans une clinique sans rendez-vous, après avoir fait un test de grossesse à la maison. Étant coiffeuse, elle voulait aussi se renseigner sur les implications pour son travail. Une collègue était suivie à [CH], elle a essayé d'obtenir un suivi là-bas, mais comme il y avait un temps d'attente et qu'elle voulait avoir tous les examens de grossesse « *dans les bons temps* », elle s'est dirigée au « *plus rapide* » soit à l'autre CH. La première visite lui a permis d'avoir toutes les prescriptions, de répondre à ses inquiétudes et de recevoir des dépliants d'information. Originaires du Lac St-Jean, ils avaient déjà fait des tests génétiques⁴². De plus, elle participe à une recherche sur la clarté nucale avec le CH, ce qui lui a permis d'avoir une première échographie avant 20 semaines et de faire cet examen sans frais. « *C'était bien paniquant les rendez-vous. Euh ... bien en fait très nerveuse parce que justement j'avais peur. Je me disais s'il y a une fausse-couche et tout ça, puis bon le stress. Sinon j'étais bien-bien heureuse. C'est drôle (éclats de rire) Ça passe d'un extrême à l'autre* ». Pour l'accouchement, elle se disait au point de départ que la péridurale, ça devrait être une bonne chose, mais après une discussion avec ses cousines et d'autres nouvelles mamans, elle a entendu diverses expériences. L'une d'elles ayant vécu les deux, disait préférer l'accouchement

⁴² Région où il y a eu beaucoup de consanguinité.

« naturel » à celui sous péridurale parce que cela permettait de mieux pousser. Ça l'a fait réfléchir, tellement que ça la stressait de prendre une décision, d'autant plus qu'elle entendait aussi des histoires d'accouchement qui n'avaient pas bien été. Les cours prénataux l'ont aidée à se préparer et à « *démystifier beaucoup ça* ». « *Même si j'me prépare, bien on ne peut jamais être vraiment prêts, parce qu'on ne sait pas qu'est-ce qui va arriver rendu là. Mais je fais confiance quand même beaucoup aux médecins* ». Isa dit avoir de la difficulté à imaginer la douleur et elle se demande si elle va être capable de la vivre. Elle envisage de prendre les contractions une à la fois comme on le lui a suggéré. « *C'est dur à dire quand tu n'as jamais eu ce genre de douleur-là. En tout cas, j'essaye de l'appivoiser tranquillement. J'ai pensé ne pas demander l'épidurale au début pour essayer de faire le travail le plus longtemps possible parce que moi je pense que je vais aimer bouger un peu* ». Le fait de s'être renseignée lui fait dire aussi qu'elle n'a pas envie de prendre le risque de vivre les facteurs associés à la péridurale. Elle veut se « *laisser le temps de voir comment ça va* » et elle ajoute :

j'aimerais le vivre naturellement et j'me dis que ça se fait. Moi ma mère ça a été naturel, mais aujourd'hui il y a comme 95 % des gens qui la prennent qu'ils nous ont dit. Donc, c'est assez gros là. Bien j'me dis, c'est naturel d'accoucher à moins qu'il y ait quelque chose qui ne se passe pas bien

Elle se propose aussi en regard des interventions : « *je vais demander plus d'explications, parce qu'on a quand même le droit de savoir ce qui se passe* ». Isa a aussi mis sur son frigo, une feuille reçue aux cours prénataux pour se rappeler quoi faire à chaque étape. Le matin où le travail a commencé, c'était la grande surprise, car elle ne s'y attendait pas, étant deux semaines plus tôt que prévu. À la fin de la journée, Isa se rend à l'hôpital. Après un bain, les infirmières décident de l'admettre, le travail étant bien installé. Assise sur un ballon, elle prend les contractions une à la fois en respirant comme on le lui a enseigné. Le médecin lui offre aussi la péridurale, qu'elle refuse. Incommodée par le soluté qu'on lui a installé, elle est aussi inquiète d'accoucher trop vite, sans recevoir la deuxième dose d'antibiotiques prévue⁴³. Vers 4h du matin, le médecin résident lui offre de rompre « les eaux » en l'avisant que les contractions seraient plus intenses, qu'elle en avait encore pour quelques heures et lui offre à nouveau la péridurale. Fatigués, elle et son conjoint décident de la prendre.

⁴³ Un antibiotique est parfois proposé à titre préventif contre l'infection à streptocoque du groupe B susceptible d'affecter le bébé dans certains cas.

Bien j'étais tellement triste de le demander, ça m'a comme fait ... de la peine. En même temps j'étais, j'ai comme paniqué un peu j'me disais : Aie! Comment ça peut être pire là? [Isa avait aussi] plein de craintes. J'avais peur de ne plus être capable de pousser. J'avais peur d'être trop engourdie puis de ne plus rien sentir, puis bon, toutes les complications aussi. Donc là on s'est dit : Bien non! Regarde on va faire confiance au personnel. [Finalement, l'infirmière lui a montré comment pousser et] c'était comme un petit marathon. Ils disaient : Elle s'en vient! Elle s'en vient! Tu sais, c'était drôle-là, le monde. On parlait puis lui (le médecin), là il..., tu sais, il faisait ses farces. Mais finalement, c'est ça. Donc... ce que je peux dire c'est que c'est vraiment irréel-là c'est comme euh... comme intervention en tout cas. Oui, c'est pas mal ce qui résume l'expérience-là... finalement de l'accouchement. Même si j'suis contente d'avoir pris la péridurale, j'aurais aimé quand même... j'aurais aimé que ça se fasse, j'aurais aimé essayer naturellement, vraiment.

3.9.3 Wendy

En couple depuis deux ans, Wendy a 28 ans et vit à la campagne dans la région MCQ. Venant de terminer un contrat, elle est en chômage et très heureuse de pouvoir profiter d'un environnement calme et serein pour vivre sa grossesse. Devenue enceinte après cinq mois d'essai, elle pleurait de joie au test positif et l'a annoncé rapidement à tout son entourage. Elle a d'abord vu son médecin de famille qui l'a envoyée faire une échographie à [ville] avec un gynécologue qu'elle ne connaît pas, mais elle a finalement décidé de se faire suivre par ce dernier. Wendy est contente de ne pas être la première dans son entourage à accoucher; elles sont là pour témoigner. Elle veut aussi suivre des cours prénataux. Elle fait tous les tests et examens prescrits. « *Moi j'aime mieux qu'il y en ait plus que pas assez! Ça me rassure* ». Pour la trisomie 21, « *On m'a dit que c'était un passage obligé. Et, tant mieux, parce que moi personnellement, si j'apprenais à ce stade-ci que j'avais un bébé malade, moi et mon chum on s'est entendus, c'est sûr et certain qu'on ne le garde pas* ». En ce qui concerne l'accouchement, elle dit :

Je ne sais pas à quoi ça va ressembler puis comment mon corps va réagir, puis quelle sorte de bruits il va produire, et qu'est-ce qui va en sortir! Donc ça... c'est rebutant [...].

La péridurale lui semble être « *la solution à tous les problèmes* ». Elle espère cependant ne pas avoir de césarienne : « *Ça ne me dérangerait pas que ça finisse en césarienne, parce que il faut que ce soit pour le bien de l'enfant mais, j'espère par voie naturelle. Ça ne laissera pas de marques! En tout cas, pas visible, au moins!* ». Elle trouve la grossesse moins féérique qu'elle l'imaginait. Elle considère qu'il y a plus de désagréments que d'agréments, avec tous les maux, même si elle apprécie sentir bouger son bébé. La visite du centre hospitalier lui a permis de

savoir davantage à quoi s'attendre. Elle essaie de visualiser l'accouchement de manière positive en se disant : « *si je le vois de façon positive, bien peut-être que ce sera moins dramatique. Mais je m'attends à pleurer, énormément (rires) et pas de joie nécessairement, pleurer de douleur* ». Elle espère que ce sera « *expéditif* ». « *J'ai pas envie que ça s'éternise sur des heures et de souffrir pendant des heures* ». Elle veut se laisser guider par les infirmières et le gynécologue sur place. Et finalement, l'accouchement naturel, « *elle n'en a rien à cirer* »; elle veut tout ce qui pourra la soulager. Elle a aussi l'intention de parler à son bébé « *je vais essayer de lui parler et à voix haute puis peu importe de quoi j'ai l'air et qu'est-ce que je dis* ». Elle espère seulement accoucher avant ou après le mariage de son frère, évènement pour lequel elle souhaite fortement être présente, mais dans les faits, elle se tient prête dès 36 semaines et trouve le temps bien long. À deux jours de la date prévue, elle « *perd les eaux* » et se rend à l'hôpital. Excitée au début, elle « *chille* »⁴⁴, envoie des « *textos* », puis lorsque les contractions débutent,

Je sentais, que là c'était inconfortable, je trouvais ça « bien ordinaire ». Puis j'ai toléré au fond-là de 3 heures à 5 heures 30 du matin-là, j'ai pris sur moi-là, j'ai enduré les contractions, puis à 5 heures 30 j'ai demandé l'épidurale [...] un coup que l'épidurale a été administrée, ah! Joie! J'avais l'impression que le pire était passé! (rires) Puis finalement non, le pire c'était, c'était de le sortir! Et c'était de pousser!

Dérangée par le nombre de personnes présentes dans ce moment « *si intime* », elle ferme les yeux pour parler à son bébé et

[...] j'essayais de parler aussi à... je sais, je ne sais pas qui se trouve en haut là. Mais, j'essayais d'envoyer des prières pour que tout aille bien, qu'il soit en santé, mais que moi aussi parce que ça me faisait bien peur de garder des séquelles de l'épidurale ou de l'accouchement en tant que tel. [Finalement, le gynécologue utilise les forceps] je n'avais pas nécessairement pensé que ça pouvait arriver. Mais, je n'ai rien contre, dans le sens où je ne vois pas ça aurait été quoi l'autre option-là. J'veux dire, je poussais et ça ne marchait pas. Fallait que ça sorte. Mais c'est sûr quand on l'a vu sortir-là, ah! il avait des marques énormes au côté des oreilles. Je trouve que ça, il faisait pitié!

Wendy éprouve aussi de la douleur au coccyx et au périnée due à une déchirure et doit avoir une sonde vésicale durant trois jours. En rétrospective, elle confie :

Mais si j'avais la chance, de ne pas trop souffrir et de pas avoir d'épidurale, bien d'essayer de plus le vivre à ma manière... Là, je me suis laissée guider par tous les spécialistes qui étaient là. Mais un deuxième accouchement, mettons que si je n'étais pas trop souffrante, j'aimerais ça tester des choses. Faire du ballon, euh, me lever, marcher, m'asseoir... là, j'étais couchée point!

⁴⁴ Expression populaire qui signifie s'amuser.

3.10 Conclusion

Avoir un enfant fait en général partie d'une planification de vie; le projet est maintenant repoussé à un âge plus avancé. Certaines femmes choisissent de ne pas avoir d'enfant et osent affirmer publiquement ce choix, depuis quelques années, afin de contrer les jugements sociaux sur la non-maternité (Parent, 2015; Paré, 2015). Ce n'était évidemment pas la situation de nos participantes. Pour ces femmes, le besoin d'une certitude sur la réalité de leur grossesse doit être comblé prestement, et se manifeste dès la probabilité d'être enceinte. L'obtention d'un retrait préventif entraînant une réorganisation rapide a provoqué chez certaines une adaptation difficile en début de grossesse.

Trouver un médecin ou une sage-femme pour le suivi de la grossesse s'est avéré difficile pour certaines, par manque d'accessibilité. Celles privilégiant un suivi médical choisissaient d'abord l'hôpital où elles voulaient accoucher, si ce choix s'avérait possible. En général, elles planifiaient être suivies par un gynécologue-obstétricien, sauf quelques-unes qui préféraient un médecin de famille connu, en qui elles avaient confiance, ou pour son approche. Les femmes qui avaient opté pour un suivi sage-femme l'avaient souvent envisagé depuis longtemps.

La découverte de nouvelles sensations corporelles et le fait de sentir le fœtus en soi émerveillent certaines femmes alors que pour d'autres cela crée un sentiment d'envahissement. L'image de soi se trouve transformée et bon nombre expriment des difficultés à adapter leur style de vie à leurs nouveaux besoins. Elles apparaissent confrontées aux valeurs sociales de performance et de santé axées sur le corps idéal et l'activité physique. Les inquiétudes sont nombreuses et les impacts de devenir mère sur leur vie professionnelle ou leur vie de femme sont anticipés. Puis, au temps 2, préparer concrètement la venue du bébé, en faisant la chambre, par exemple, était une étape importante pour toutes les femmes.

Bien que l'accouchement apparaissait comme lointain au temps 1, les deux tiers des femmes envisageaient déjà un accouchement naturel ou médical. Les autres se disaient indécises ou en questionnement. Par contre au temps 2, le choix d'approche s'était affermi ou précisé, la plupart du temps vers un accouchement naturel, sauf pour deux femmes qui voulaient toujours une approche résolument médicale car elles avaient peur de souffrir ou de leurs réactions. Par contre,

trois femmes demeuraient indécises. Les préoccupations à l'égard de l'accouchement évoluent aussi dans le temps. Au début, les femmes étaient plus préoccupées par la douleur et l'inconnu de l'accouchement. Puis, elles envisageaient vivre les étapes une à la fois. Plusieurs ont vécu un point tournant où elles ont réalisé davantage qu'elles auraient à vivre le processus de l'accouchement. Elles ont senti le besoin de s'y préparer et pour certaines de développer davantage leur confiance en leurs capacités pour celles voulant vivre un accouchement naturel. Vers la fin, les participantes craignaient plus les circonstances du travail lui-même, comme de se retrouver seule ou de ne pas reconnaître le vrai travail. Toutefois la crainte d'une césarienne ou des interventions tracassait davantage les femmes ayant prévu accoucher à l'hôpital.

Les trois portraits types illustrent trois manières différentes d'aborder l'accouchement. D'une part, il y a des femmes qui veulent laisser la nature agir pour mettre leur enfant au monde. Elles font confiance à leur corps et se sentent capables de donner naissance. D'autre part, des femmes aimeraient laisser le processus naturel de l'accouchement se dérouler par lui-même, mais elles éprouvent des inquiétudes et des peurs. Elles font donc confiance aux intervenants experts de l'accouchement pour les aider à vivre leur accouchement. Par ailleurs, certaines sont tenaillées par la peur de souffrir et s'inquiètent pour leur corps. Elles s'en remettent à la médication pour y faire face, à la technologie et aux experts pour accoucher. Elles craignent certaines interventions, mais elles sont convaincues qu'elles sont inévitables.

Des facteurs sociologiques modulant l'expérience sont observés. Ainsi, vivre à proximité de sa famille semble marquer une influence sur la perception de la grossesse, tout comme le vécu de sa propre mère sur celle de l'accouchement. Les universitaires optaient plus souvent pour une approche naturelle plutôt que médicale et le statut professionnel semblait être en lien avec le mode d'accouchement. Nous pouvons donc entrevoir une construction à la fois individuelle et sociale de l'expérience de la grossesse et de l'accouchement. Toutes ces variations indiquent la complexité du phénomène et son intérêt à la fois individuel et sociétal. Afin de mieux comprendre l'expérience des femmes et les dynamiques en jeu, nous aborderons, dans le prochain chapitre, les représentations des participantes au sujet de la grossesse et de l'accouchement et comment celles-ci se sont construites et ont évolué à travers leur histoire personnelle, familiale et sociale ainsi qu'au contact des professionnels de la maternité.

Chapitre IV
Subjectivité/Subjectivités

Nous venons d'observer le cheminement des femmes à travers leur projet de maternité, leurs choix de lieux et d'approche pour donner naissance de même que les espoirs et les craintes qu'elles entretenaient aux trois temps des entretiens. Trois portraits types nous ont aussi permis d'entrevoir le caractère subjectif lié aux expériences de grossesse et d'accouchement. C'est ce que nous approfondissons dans ce chapitre.

La prise en compte de l'expérience subjective s'impose, si l'on veut cerner le sens et l'expérience contemporaine des femmes enceintes et qui accouchent. Cette expérience prend source dans la subjectivité même de l'individu (Oksenberg Rorty, 2007). L'expérience subjective étant le produit d'un processus de construction sociale et historique, nous explorerons maintenant leurs représentations de la grossesse et de l'accouchement et nous verrons comment celles-ci se construisent dès le jeune âge et se transforment à travers les relations entretenues et le contexte de vie dans lequel la personne évolue.

Il n'y a de subjectivité qu'une subjectivité contextualisée (Biehl *et al.*, 2007). C'est pourquoi nous regarderons l'expérience des femmes à travers le prisme de la vie de couple, des rapports aux médias, à la famille, aux amis, à l'entourage et aux intervenants, tous porteurs de leurs propres subjectivités.

4.1 Les représentations de la grossesse et de l'accouchement

Les femmes anticipent la grossesse et l'accouchement à travers les représentations qu'elles s'en font. La capacité humaine de mentalisation permet de se représenter des événements en dehors de l'expérience physique proprement dite, mais dans un univers psychologique très présent (Mannoni, 2012). Les représentations des femmes sont donc fortement influencées par le milieu culturel et social auquel elles appartiennent. Ces représentations guident les ajustements individuels à un environnement donné (Jodelet, 2003).

4.1.1 La grossesse : des perceptions différentes et évolutives

La grossesse est une période intense de croissance et de transformation surtout la première fois (Mercer, 1995; Nelson, 2003; Pancer *et al.*, 2000) puisqu'elle conduit à la maternité (Cailleau, 2009; Laney *et al.*, 2015; Moore, 2013). Ces transitions peuvent être vécues

positivement ou de manière plus négative (Taubman *et al.*, 2009). Ainsi, parmi nos répondantes, quelques-unes avaient des représentations de la grossesse à connotation négative, mais qui ont parfois évolué (4/25), d'autres des représentations foncièrement positives (12/25) et un bon nombre (9/25) oscillaient entre les deux. Au temps 1 des entretiens, aucune femme de la région MCQ n'avait de représentations négatives contrairement à celles de Québec qui elles de manière globale avaient des représentations plus négatives ou mitigées (9/14 femmes de Québec). Une autre distinction chez nos participantes pouvait être observée selon le suivi de grossesse. Les femmes ayant des représentations très positives de la grossesse étaient majoritairement suivies par des sages-femmes (9/12 SF), comparativement à celles ayant un suivi médical qui rapportaient des représentations plus mitigées ou négatives (11/13 méd.). Voyons maintenant comment les participantes à notre recherche conçoivent la grossesse et ce qui participe à la construction de ces subjectivités.

Représentations négatives - Temps 1 : Quatre femmes avaient des représentations négatives de la grossesse lors du premier entretien, soit entre 14 à 20 semaines de grossesse. Si Daphnée se dit : « *pas du genre à triper grossesse* » et qu'Élise réalise l'ampleur de l'évènement, alors qu'avant elle se représentait la grossesse comme « *un long chemin tranquille* », pour Karina et Florence, l'expérience apparaît sous des jours plus sombres. Ainsi, Karina déclare :

Je n'ai jamais trouvé ça beau des femmes enceintes. [...] Je trouve que ça fait gros, je ne sais pas, je n'aime pas ... Quand je vois une femme enceinte au huitième mois, j'ai toujours l'impression que c'est très fragile, j'ai peur. Je dis : « Assis-toi... Non, non, bouge pas trop! » J'ai toujours l'impression que c'est fragile. Je voulais avoir des enfants, mais je ne peux pas dire que je voulais être enceinte, que je vais aimer ça [...] si j'avais le choix de le faire d'une autre façon, je le ferais-là mais (rire). [Karina, 32 ans, prof., nat, gyn, nat-i]

L'apparence du corps de la femme enceinte rebute Karina et elle se voit forcer de l'accepter pour avoir un bébé. Lors des deux entretiens subséquents, la représentation de laideur du corps perdure. Karina dit vivre beaucoup de restrictions et la grossesse lui apparaît comme « *un long moment à passer* ». Elle vient d'un pays où les femmes recourent massivement à la chirurgie plastique pour s'arrimer aux critères de beauté véhiculés (Malysse, 2012). Pour Florence aussi, la grossesse représente les changements corporels anticipés :

Mon corps va changer, et tu sais mon chum, ça ne le dérange pas du tout. Mon chum est quand même grassouillet lui aussi. C'est moi qu'ça dérange. Mais pas de là à m'empêcher d'en faire un deuxième parce qu'après le premier je vais être déjà « scrap » [irrécupérable], bien pas

« scrap » mais tu sais ça va déjà avoir laissé des marques, donc, un peu plus, un peu moins (rires) T'sais j'ai l'air très superficielle mais je ne le suis tellement pas, mais ça c'est quelque chose qui me... [Florence, 25 ans, serv., med, gyn, med]

Les représentations du corps sont en partie des représentations créées par la société (Scheper-Hugues & Lock, 1987). Les changements corporels suscitent la réflexion, et si les Québécoises enceintes rencontrées dans le cadre de cette étude ne semblent pas préoccupées par la crainte de l'obésité comme le sont les Australiennes (Nash, 2012), elles éprouvent néanmoins des inquiétudes liées à la prise de poids, comme nous l'avons mentionné au chapitre précédent et surtout, elles redoutent l'apparition de vergetures. L'image de soi se modifie (Darvill *et al.*, 2010). Florence se dit désillusionnée par la grossesse qu'elle avait idéalisée. Elle utilise des métaphores très fortes pour illustrer ses perceptions : *« mais t'sais j'me dis, c'comme être en prison, t'as ton temps à faire puis, quand ton temps est fait bien, tu sors, c'est la même chose pour mon bébé »*. Ces mots, porteurs d'une signification de l'évènement dans lequel ils s'inscrivent (Ricoeur (1972 [2010])), permettent d'appréhender son expérience et celle perçue pour son bébé. Ils laissent aussi entrevoir le paradoxe inhérent à son vécu en exposant les contradictions entre l'intérêt porté au corps et les valeurs de séduction jugées à la fois importantes et futiles, surtout lorsqu'il s'agit de les opposer à la transformation du corps enceint. Au-delà du regard des autres, Florence est confrontée avant tout à sa propre image corporelle (Le Breton, 2011) qui se modifie inexorablement à ses yeux, le corps « fini » laissant douloureusement place au corps de la mère. L'enfant est aussi perçu comme un être à la fois distinct, mais aussi dépendant d'elle, condamné à vivre dans son propre corps. Et enceinte de 37 semaines, Florence voit la grossesse comme un « envahissement », puis en rétrospective, après la naissance, comme un « mal nécessaire ».

Temps 2 et 3 : Si la manière de considérer la grossesse ne change pas pour Karina et Florence, elle évolue cependant pour les deux autres femmes. Ainsi pour Élise, la grossesse représente une adaptation intense, beaucoup de travail sur soi, mais aussi une occasion de développer la confiance en soi. Daphnée, à 36 semaines de grossesse, trouve cette expérience « incroyable » et considère que cela représente « une chance » de la vivre. Après la naissance, elle en parle d'ailleurs en ces termes :

Je trouve ça extraordinaire. Je trouve qu'on est des magiciennes... On est « hot » les femmes. Je trouve que c'est une belle expérience et autant que j'ai dit toute ma vie que je ne voulais pas

d'enfant [...] Mais, la grossesse je trouve ça ... J'pense que je me suis jamais sentie aussi bien que quand j'étais enceinte. [...] c'est sûr que ça a ses inconvénients et que ce n'est pas juste « rose bonbon » on s'entend-là, mais côté bien-être intérieur moi en tout cas je me suis vraiment super bien sentie. [Daphnée, 30 ans, serv., ind, gyn, ces]

Les perceptions négatives de la grossesse semblent multifactorielles pour ces femmes. Elles ont en commun d'être des migrantes dans la ville de Québec⁴⁵ et d'avoir un suivi médical. De plus, la vie de couple est récente pour trois d'entre elles⁴⁶, comparativement à l'ensemble des participantes. Elles semblaient plus isolées mais pour différentes raisons. Ainsi, une de ces femmes ne faisait pas encore vie commune avec son partenaire qui voyageait constamment pour son travail, l'une d'elle pouvait difficilement parler de sa grossesse avec sa mère compte tenu de leur vécu antérieur, une autre venait d'emménager à Québec et se sentait loin de sa famille, alors que la dernière, immigrante, ne pouvait qu'échanger par Skype alors que le partage autour de la grossesse se fait beaucoup en famille dans son pays d'origine.

Représentations mitigées : Pour les neuf femmes qui avaient des représentations mitigées de la grossesse, celles-ci apparaissaient plus négatives en début de grossesse pour devenir parfois positives à partir du temps 2. Il s'agit d'un passage obligé ponctué de sacrifices, mais qui comporte aussi un côté merveilleux, magique. Leurs témoignages montrent qu'elles ont le goût d'avoir un enfant, mais qu'elles vivent difficilement les adaptations que cela exige.

Au **Temps 1**, les représentations évoquées ont trait à : « une nouvelle aventure un peu abstraite », un défi, un processus sur neuf mois à vivre par étapes, qui implique « un cheminement mental », « un changement intérieur » permettant de se connaître en accéléré et d'apprendre à être patientes. Avoir un enfant représente pour ces femmes une étape de la vie et la grossesse est vue comme le moment de construire quelqu'un ou « un investissement ». Et pour Isa, la grossesse représente maintenant avoir des appréhensions au sujet du bébé.

Au début, c'est surtout ça, hâte de fonder une famille et de voir grandir ça puis tu sais, moi je pensais qu'on tombait enceinte et qu'on était bien, à part les maux de cœur. Je me disais on flotte sur un nuage, mais je me suis rendue compte qu'avec la maternité vient des inquiétudes aussi. [Isa, 27 ans, serv., ind/nat, gyn, med]

⁴⁵ Une femme était originaire du Brésil et les trois autres, du Saguenay-Lac St-Jean et de la Beauce.

⁴⁶ Entre 6 mois à 2 ½ ans.

Le sentiment de responsabilité maternelle apparaît très tôt en grossesse, et avec lui, naît le souci d'un être dépendant de soi et les inquiétudes, tel que mentionné par différents auteurs (Devouche & Apter, 2012; Kushner *et al.*, 2014; Laney *et al.*, 2014). Comme Isa, certaines femmes ont exprimé que l'« *on s'imagine ça plus beau avant* ». La littérature montre que les femmes sont souvent confrontées à des notions utopiques de la grossesse et de la maternité qui suscitent la surprise et la culpabilité, car « les mères idéales » ne devraient connaître que des sentiments positifs (Carter *et al.*, 2011; Laney *et al.*, 2014; Lupton, 2000).

Au Temps 2, vers 34-37 semaines, les représentations de la grossesse demeurent partagées. Annie parle de la grossesse comme d'un long passage avec beaucoup de transitions et de travail sur elle-même. Les autres parlent de processus, de cheminement, d'étapes à vivre et d'adaptation aux changements, alors que d'autres trouvent que « ça passe rapidement ». La grossesse est vue comme une expérience, une période marquante. Des femmes parlent aussi du bonheur de ressentir « un mini être humain » en soi ou d'un état particulier. L'idée de sacrifice et de ne plus s'appartenir habite également quelques participantes et nous soutenons comme Quéniart (1998 : 100) que « c'est le caractère paradoxal de ce rapport unique à autrui ». Le corps fait place à cet hôte à protéger dans un point de non-retour dont elles ne peuvent se soustraire jusqu'à sa naissance.

Je ne peux pas dire que c'est la meilleure expérience de ma vie. Moi la meilleure expérience de ma vie, c'est d'avoir un enfant, ce n'est pas nécessairement d'être enceinte. Je me dis le miracle, c'est qu'il va sortir là! [...] Je me rends compte que la grossesse c'est aussi ... comme un peu un sacrifice. Pas comme Jésus sur la croix là (rires) mais comment je pourrais dire ça? C'est comme si ton corps t'appartient plus. [Isa, 27 ans, serv., ind/nat, gyn, med]

Temps 3 : Après la naissance, plusieurs femmes évoquent les bons moments ou justifient les moins bons. La grossesse demeure perçue comme un processus qui demande des adaptations, un passage obligé, « des sacrifices », mais pour « une bonne cause » :

Tu sais, t'as ça là [regarde son bébé], en échange-là, c'est quand même une belle monnaie d'échange. Je pensais en souffrir plus, de voir la grossesse comme quelque chose qui te transforme et qui te rend moins jeune, moins belle, moins fraîche mais, finalement, je me sens pas mal comme je me sentais avant, même si j'ai une couple de vergetures de plus. Oui, finalement... [Sarah, 27 ans, prof., nat, sf, nat], 12 semaines après l'accouchement.

Les propos de Sarah sont aussi révélateurs des préoccupations entretenues par toutes les femmes sur les changements corporels inévitables et leurs conséquences. Des femmes décrivent

maintenant la grossesse comme une belle aventure, un privilège. Certaines la voient comme un investissement de temps, d'espoir, une belle étape pouvant être facile, positive ou que « ça passe vite ». En fin de compte, Héloïse a même changé sa perception antérieure :

J'trouve ça drôle, parce qu'avant, dans les 15 dernières années, j'appréhendais vraiment la grossesse. Je pensais que je détesterais ça [...] mais la grossesse, j'ai aimé ça. [...] C'est sûr qu'au fur et à mesure que ça arrivait, que j'avais super mal au cœur et tout ça, je n'avais pas le même discours, mais j'me disais, oui c'est désagréable, mais c'est tellement pour une bonne cause. Puis j'aimais ça, j'trouvais ça le fun d'être enceinte. Je trouvais ça beau aussi. Parce que j'avais peur aussi d'angoisser beaucoup avec la prise de poids, puis oui, j'ai angoissé, mais quand même moins que j'aurais pensé. Oui, je serais enceinte n'importe quand. [Héloïse, 34 ans, prof., nat, sf, med], 3 semaines après l'accouchement.

En résumé, l'adaptation aux changements, principalement liés au fait de devenir mère et ses responsabilités inhérentes, conduit à soupeser les gains et les pertes entre leur vie actuelle et celle à venir, se trouve partagé par toutes ces femmes aux représentations mitigées. De plus, elles vivent un processus correspondant à ce que certains auteurs décrivent comme une crise de maturation (Bydlowski, 2004; Pancer *et al.*, 2000). Plusieurs, en début de grossesse (7/9), éprouvaient des malaises physiques ou émotifs qui les ont surprises et incommodées. Six d'entre elles (6/9) vivaient en couple depuis plus de cinq ans, ce qui nous amène à penser que le projet de maternité, souvent idéalisé, bouleverse leurs habitudes et qu'elles y réagissent.

Représentations positives : Douze femmes se représentent la grossesse comme une expérience positive. Les femmes résidant à Québec sont toutes migrantes, mais en relation intime avec leur famille malgré la distance, sauf une. Et parmi les femmes de la région de MCQ, seulement deux sont migrantes. Elles sont toutes en couple depuis une période variant entre deux et huit ans, sauf une femme. Se sentir soutenue par la famille et le conjoint contribue fort probablement à favoriser une perception positive de la grossesse. Elles ont généralement peu de malaises ou les acceptent bien. Le sens accordé à leur expérience comme femme, ou s'inscrivant en continuité dans leur couple et projetée en tant que future famille ressortait de manière assez forte de leurs récits. Neuf de ces femmes étaient suivies par des sages-femmes et les autres recherchaient des informations alternatives au discours médical sur la grossesse.

En début de grossesse (**temps 1**), elles décrivent celle-ci comme une belle expérience et un beau moment dans leur vie. Pour ces femmes, la grossesse est une préparation à la venue du bébé.

Elles mentionnent que ce n'est pas une maladie, mais un évènement naturel qui se vit dans son corps et son esprit. L'idée de vivre cette expérience dans la continuité des femmes des générations précédentes ponctue aussi les propos de certaines participantes. De même, se sentir dans un processus qui se déroule spontanément sans intervention particulière, de manière indépendante de sa volonté, programmé en quelque sorte pour mener à bon port leur projet de maternité les émerveille.

Présentement tout est comme en train de se faire tout seul tu sais. Je pense que c'est ça qui est le plus ... mettons marquant dans ma grossesse [...] Ouais, comme tout l'espèce de ... tout-là qui s'prepare alentour, c'est l'fun là. [Chloé, 33 ans, serv., nat, sf, nat]

Plus tard en grossesse (**temps 2**), elles en parlent en termes d'évolution avec différentes étapes comportant parfois des « bouts à passer », mais somme toute comme d'un bel évènement.

Je trouve ça encore magique. C'est les mêmes mots que j'utilisais au début. Il y a des petits désagréments Mais comme chaque chose arrive en son temps et que c'est la fin de la grossesse ... et que ça a une fin [...] Je trouve ça magique de sentir qu'il grandit, qu'il bouge, qu'on a des interactions. Je ne sais pas si c'est parce que c'est le premier, mais tu vois, aller jusqu'à ce que la grossesse commence, j'en voulais un et à l'âge que j'ai, je me disais, un ça va être assez. Là, je ne le sais pas. On va laisser la porte ouverte. Je trouve que c'est quelque chose de beau. Ça me donne envie de recommencer. [Ariane, 36 ans, prof., nat, sf, ces]

Si Ariane qualifie de « magique » la grossesse, pour Miranda il s'agit aussi « d'un cadeau de l'univers », car traverser différentes périodes, belles et d'autres moins belles, l'amène à dire :

Oui, de vivre ça, pour moi c'est un chemin à grandir sur beaucoup de peurs et de manques en fait, comme manque de confiance et que... pour moi, le plus gros c'est la confiance, l'intelligence du corps. Je trouve ça encore chaque jour wow! Et en même temps tu vis dans un, un espace d'amour profond, de joie, de ... oui, oui [Miranda, 39 ans, prof., nat, gyn/sf, nat]

Les propos de Miranda rejoignent ceux de la littérature où il est mis de l'avant que le processus de la grossesse agit comme un catalyseur pour évaluer et reconstruire l'identité (Smith, 1994 dans Laney *et al.*, 2015). La fin de la grossesse est perçue comme une période d'accomplissement, un aboutissement qui converge avec la venue du bébé.

Là c'est l'aboutissement! Ouais, 36 semaines, bon j'peux accoucher ... idéalement pas tout d'suite là, mais j'peux accoucher pas mal n'importe quand ... j'ai hâte. Oui, j'ai hâte de dire tabarnouche!⁴⁷ On a fait ça, hein! On a fait un p'tit garçon, une p'tite fille, d'y voir la binette, de ... ouais, j'ai hâte! [Valérie, 27 ans, prof., nat, omni, med]

⁴⁷ Expression québécoise qui dans ce contexte, signifie l'étonnement.

Le témoignage de Valérie rejoint celui de plusieurs femmes. Selon Cailleau (2009), la confrontation de l'enfant imaginaire à l'enfant réel, attendu avec impatience, est une anticipation adaptative propre à la fin de la grossesse « signe de maturation psychique du processus de parentalité, une bascule des processus d'attention du dedans vers le dehors » (Cailleau, 2009: 85). Déjà, autour de 34 à 37 semaines de grossesse, elles anticipent la prochaine étape et commencent à prendre une distance de la grossesse qu'elles qualifient de :

[...] fin d'une période marquante. L'accouchement c'est la fin de la grossesse et la grossesse dans une vie... On n'est pas dans cet état-là longtemps, ni souvent, puis c'est un beau moment. Je me sentais épanouie, pleine d'énergie, super, vraiment heureuse, comme dans un « mood »... J'ai vraiment aimé ça. Je ne suis pas tannée d'être enceinte. Ça va bien, puis je suis chanceuse. Je considère en fait que j'ai eu de la chance. Parce que, premièrement, il y en a qui veulent être enceintes et qui n'y arrivent pas. Et deuxièmement, il y en a qui sont enceintes et que c'est difficile [...] Vraiment, je me considère chanceuse. Ça a été un super beau moment, ça a passé vite. [Jessica, 29 ans, prof., nat, sf, nat]

Le témoignage de Jessica illustre également la pudeur que des femmes éprouvent à raconter leur expérience en termes positifs sans se comparer aux autres femmes. Se sentir bien est considérée comme « une chance », comme s'il était sous-entendu que le bien-être ne peut être inhérent à l'expérience, mais serait plutôt attribuable au hasard et hors de contrôle.

Lors des entretiens après la naissance de l'enfant (**temps 3**), les participantes disaient avoir vécu une belle grossesse qu'elles qualifient de « belle aventure », « un moment privilégié », un « processus », « une expérience vécue avec confiance », un « moment magique ». L'expérience est décrite comme globalement positive malgré certains désagréments telles les nausées. Le vécu apprend à se distancer des témoignages entendus qui avaient fait imaginer le pire.

Moi je trouve que j'ai vraiment eu une belle expérience de grossesse. Tu sais des fois dans certains témoignages, je ne me reconnais pas tout à fait parce que, euh... bien je pense que j'ai peut-être été chanceuse, dans l'sens qu'à la fin je n'étais pas écœurée d'être enceinte, je n'avais pas l'impression que j'étais enceinte depuis quatre ans et que j'allais exploser puis que je ne dormais plus. Tu sais, moi je n'ai pas vécu ça. [...] les changements du corps tout ça, il n'y a rien qui est pire que ce que je pensais. [Mylène, 26 ans, prof., nat, sf, nat]

Les étapes de la grossesse : La littérature populaire ou médicale divise la grossesse en trois trimestres basés sur les changements biologiques et psychologiques de la future mère. Par ailleurs, Neiterman (2010) la décrit en deux phases différenciées- soit le moment où la grossesse est vécue en privé (sans signes physiologiques apparents) et le moment où elle devient apparente

et publique⁴⁸. Or, les étapes décrites par nos participantes correspondent plutôt à trois phases déterminantes, variables dans le temps et la durée : 1) acquérir « la certitude » d'être enceinte; 2) « l'enceinte » soit vivre l'état de grossesse dans la sphère privée et publique; et 3) « la nidification » se terminant par être prête pour l'accouchement et à l'accueil du bébé. « La certitude » d'être enceinte s'acquiert en général après la première échographie et une fois le danger de fausse-couche écarté. Cette phase correspond à la période où les femmes acceptent leur état, commencent à s'engager et à développer un lien avec leur futur bébé. Elle peut varier de quelques semaines à quelques mois, selon le contexte de vie de chacune. La seconde phase que j'ai appelée « l'enceinte », correspond aux étapes où les femmes vivent leur grossesse en intériorisant les changements corporels, émotifs et identitaires, tout en étant en interaction dynamique avec leur entourage. Puis, de manière concomitante, mais parfois discontinuée, la troisième phase, dite de « nidification », s'opère pour accueillir l'enfant. Elle se concrétise à travers les préparatifs matériels à sa venue et la préparation à l'accouchement. Elle correspond aussi à la spatialité, l'un des existentiels de l'être humain dans sa manière d'exister dans le monde et d'y être relié (Heidegger, 1964). Ressentir l'espace qu'occupera l'enfant et se visualiser soi-même dans l'espace pour lui donner naissance devient essentiel.

4.1.2 L'accouchement

Les femmes ont des représentations de l'accouchement assez similaires, peu importe leur provenance. Celles-ci alternent entre deux pôles principaux, soit entre la joie ou la douleur anticipée. Mais auparavant, situons ce que le mot accouchement évoque pour les participantes.

Les types d'accouchement dans le langage populaire : Lorsque les femmes parlent du type d'accouchement possible ou de l'accouchement qu'elles envisagent, elles utilisent les mots « accouchement naturel », « péridurale » et « césarienne ». L'accouchement « naturel » est défini comme l'absence d'anesthésie, de péridurale en l'occurrence puisque c'est la forme d'anesthésie la plus répandue.

⁴⁸ La sociologue canadienne Neiterman (2010) décrit ces phases par les termes « pregnant and not showing », soit être enceinte quand les changements corporels sont encore invisibles pour les autres et passer ensuite à « pregnant and showing » où elles peuvent montrer aux autres leur état et où la reconnaissance publique de la grossesse forme leurs expériences de femmes enceintes.

Moi, je voudrais vraiment accoucher de manière naturelle ... j'aimerais tellement ça! Parce que j'ai, je n'ai pas envie d'une péridurale, je n'ai pas envie de ne pas sentir la naissance en fait ... J'ai l'impression que c'est quelque chose. Pour que ce soit complet pour moi, il faut que ce soit ressenti aussi dans son côté animal en fait. [Nadine, 41 ans, prof., nat, sf, ces]

En fait, une seule femme parlait de « naturel » en évoquant l'accouchement vaginal en opposition à la césarienne. Pour elle, l'accouchement avec péridurale demeurait un accouchement naturel et c'était d'ailleurs son désir de demander la péridurale. Autrement, pour les autres femmes, l'accouchement naturel faisait également référence à un accouchement sans interventions ou avec peu d'interventions. Les propos d'Annie reflètent quant à eux les trois types d'accouchement auxquels la majorité des femmes font référence :

Dans mon entourage, il n'y a pas beaucoup de filles qui ont accouché en Maison de naissance, mais des accouchements de toutes sortes, avec ou sans "péri", césariennes. Dans le fond, c'est pas mal un peu de tout. [Annie, 31 ans, prof., nat, omni, ces]

On y voit également une différence introduite en fonction du lieu d'accouchement puisqu'Annie fait référence à la Maison de naissance comme un mode d'accouchement. Elle disait d'ailleurs vouloir accoucher à l'hôpital, mais comme « en maison de naissance ».

Entre la joie et la douleur anticipée : Trois thèmes principaux se dégagent des représentations de l'accouchement chez nos participantes. Ces représentations varient également selon l'approche privilégiée pour le suivi. Plus de la moitié (13/25) voient l'accouchement comme **un évènement naturel ou un beau moment**. Cependant, elles s'expriment de manière différente. Ainsi, sept femmes suivies par des sages-femmes, à l'exception d'une, parlent d'un évènement naturel avec un côté instinctif, animal en lien avec le monde mammifère alors que les six autres (tout type de suivi) évoquent le « grand jour », un beau moment et l'aspect célébration. L'accouchement est aussi **un passage obligé** pour cinq femmes dont trois sont suivies par un omnipraticien (3/4) et deux par des sages-femmes. Enfin, il s'agit d'une **étape éprouvante, douloureuse où l'on risque de perdre le contrôle** pour sept femmes toutes suivies par un gynécologue-obstétricien.

La notion de bonheur, de joie, de plaisir a souvent été évoquée dans les représentations de l'accouchement. Les idées d'accomplissement, de fierté, de force et de récompense du travail y

sont associées. Roseline, par exemple, entrevoit « *l'un des plus beaux moments de sa vie, sinon le plus beau* ». Et pour Valérie, cela signifie :

Plaisir. Oui... tu sais ce n'est pas une partie de plaisir, mais je pense qu'il y a plus de plaisir qu'on ne pourra jamais en avoir dans une vie. Puis je pense que c'est là-dessus qu'il va falloir se concentrer. Mais, c'est ça! J'ai hâte de voir ce que c'est. [Valérie, 27 ans, prof., nat, omni, med]

L'accouchement représente « la vie », une célébration ou un moment magique. En fait, 16 femmes sur 25 ont exprimé des représentations autour du thème de la joie, dès le début de la grossesse et cette tendance s'est maintenue. Camille, comme d'autres femmes évoquent le côté animal, « instinctif » de l'accouchement :

Bien, c'est sûr que je suis consciente que ça doit être une douleur incroyable, mais je veux dire... les femmes font ça depuis la nuit des temps, c'est animal. C'est voir le côté animal, le côté instinctif. [...] Je ne suis pas quelqu'un qui est très colérique dans la vie, je suis quand même assez calme, j'ai l'impression que je vais le vivre très ... je ne sais pas ... très ... je pense c'est ça, instinctif... [Camille, 32 ans, serv., nat, sf, nat]

L'accouchement a également été représenté comme « un passage obligé » par certaines femmes enceintes aux deux temps des entretiens, Jessica en parle en ces termes :

Qu'est-ce que ça signifie pour moi? Bien, moi je suis rationnelle. Ça ne signifie rien de plus que juste mettre au monde mon enfant. Moi, je vois ça de façon biologique. C'est un passage, heu, obligé, mais je trouve que c'est quand même un privilège [...] c'est comme une épreuve, mais un privilège en même temps. Donner la vie à un enfant, ça a quelque chose de beau et de magique que les hommes ne peuvent pas vivre. [Jessica, 29 ans, prof., nat, sf, nat]

Par ailleurs, la douleur est un thème récurrent lorsque les femmes (15/25) évoquent l'accouchement. La douleur est dite inévitable, mais demeure inimaginable. Quelques-unes mentionnent la souffrance, les cris ou les sons et la perte de contrôle. Pour beaucoup, l'accouchement représente également l'inconnu, puisqu'il s'agit d'une toute première expérience, à laquelle l'idée de découverte et de curiosité se juxtapose parfois. La notion d'imprévu s'ajoute au temps 2, c'est-à-dire « Qu'on ne peut jamais savoir à quoi s'attendre ».

Je pense que je l'avais dit ce mot-là, mais je vais le répéter, l'inconnu, l'imprévu, quand même [...] c'est peut-être comme la finale, mais en même temps le bonheur, c'est la réunion aussi là. C'est comme le dernier petit bout. [Gabrielle, 32 ans, prof., med/nat, gyn, nat]

Enfin, la finalité de l'accouchement, représenté par l'accueil du bébé longtemps attendu, est perçue comme une rencontre ultime. L'accouchement symbolise également le passage à une

nouvelle étape. Certaines femmes voient un aboutissement ou la fin de la grossesse, et d'autres expriment l'idée de libération ou de soulagement, une fois l'accouchement terminé.

Nous avons demandé aux participantes de nous dire spontanément les trois mots qui représentaient pour elles l'accouchement. Le premier mot qu'elles ont fréquemment mentionné était à caractère neutre, tel « calme », « travail » « nouvelle étape » « accueil » « curiosité » pour huit femmes. Le mot « douleur » a aussi été évoqué par sept femmes alors que cinq autres ont mentionné le mot « joie » ou un terme apparenté. La douleur est davantage mise à l'avant-plan au temps 1 des entretiens alors qu'elle devient plus diffuse au temps 2, substituée par des mots évocateurs de la rencontre prochaine du bébé.

Au temps 1 des entretiens, le tiers des femmes rencontrées se représentait l'accouchement en se projetant dans un lieu précis, hôpital ou maison de naissance.

Bien là, c'est sûr, la douleur. Moi, c'est la première affaire qui me vient en tête. Mais en même temps, c'est comme le "bonheur de mettre au monde" [...] Puis je dirais « hôpital », c'est nono, mais vraiment là, c'est les trois affaires qui me viennent. J'ai comme une image, bien bien claire et ça ressemble à ça. [Isa, 27 ans, serv., ind/nat, gyn, med]

Elles sont d'ailleurs nombreuses à se représenter l'accouchement en termes d'environnement. Accoucher dans l'eau ou en maison de naissance est vu comme rassurant. Celle-ci est considérée un endroit chaleureux, convivial, par opposition à l'hôpital, associé à l'image d'une salle avec de gros néons. Toutes les femmes ont d'ailleurs en tête des images liées à l'hôpital.

Oui, en fait, ce qu'on ... dans notre ... dans mon imaginaire, on voit ... un accouchement, c'est une femme qui est couchée sur le dos puis le médecin qui va au dernier moment accueillir le bébé. [Odile, 40 ans, prof., nat, gyn, med]

Ainsi, pour Odile ce sont des images qui font partie de son imaginaire, mais on peut également ajouter qu'elles font aussi partie de l'imaginaire collectif des femmes du Québec puisque le modèle de « l'accouchement dirigé » s'est généralisé dans les années 1960 (O'Neill & Saillant, 1987; Rivard, 2013, 2014).

Au temps 2, l'idée de « travail » comme représentation de l'accouchement apparaît plus fortement, les femmes étant à quelques semaines de le vivre. L'accouchement est alors décrit comme un travail de concentration, de visualisation, une contraction à la fois, demandant

d'attendre le temps nécessaire. Pour certaines, l'accouchement est constitué d'étapes à franchir, alors que pour d'autres, c'est un travail physique exigeant. L'idée de marathon, de dépassement ou d'épreuve est évoquée.

Bien, marathon, premièrement, je trouve que c'est ... (rires) c'est ça! Les marathoniens disent : « quand tu passes le premier souffle la phase après ça là tu ren/ » tu sais j'ai l'impression que ça ressemble à ça un peu, une escalade de douleur. Puis là quand t'acceptes la douleur, de cheminer avec elle, tu rentres dans un ... euh ... marathon. J'aimerais ça aussi dire dépassement de soi, là quand même, moi je trouve que c'est un gros dépassement de soi. [Annie, 31 ans, prof., nat, omni, ces]

Le sport est une analogie utilisée par les participantes pour comparer l'accouchement à une épreuve physique à laquelle elles se sont déjà mesurées. Ainsi, Tania fait un parallèle avec une course où elle aura besoin de voir les progrès, pour s'encourager à continuer. Selon Detrez (2002 : 87) : « Les sportifs entretiennent ainsi avec leur corps un rapport instrumental : leur corps doit les servir et leur servir à remporter le prix ». L'accouchement devient donc une épreuve d'endurance et de performance à traverser.

L'accouchement est aussi vu comme une expérience intense où on apprend à se connaître. D'après Élise, « ça demande à se faire confiance », mais ça peut donner du courage, de la force, de la fierté. Pour Isa, il s'agit d'une expérience intime, où on est amenée à se dévoiler.

Par ailleurs, sept femmes, toutes suivies par un gynécologue-obstétricien considèrent l'accouchement comme une étape éprouvante, douloureuse et un événement que l'on ne peut contrôler. À quelques semaines d'accoucher, deux femmes ont particulièrement peur de ne plus avoir de contrôle, de perdre « le côté rationnel ». L'une d'entre elles décrit l'accouchement en termes particulièrement forts et imagés : « massacre à la tronçonneuse », « carnage ». Elle dit ne pas vouloir se voir comme « Marie au bûcher »; elle pense donc ne pas se laisser souffrir et avoir recours à la péridurale. Selon elle, l'accouchement représente aussi un traumatisme pour le bébé. Elle le décrit comme une première épreuve à traverser avec son bébé, un premier accomplissement, une fierté. Comme le mentionne Missonnier (2009 : 24) :

En périnatalité, comme dans la vie en général, l'humain confronté à cette incertitude multiforme et omniprésente apporte une réponse privilégiée : l'anticipation sous les formes comportementale, affective et fantasmatique.

Si seulement deux des femmes rencontrées insistent particulièrement sur cette peur, il n'en demeure pas moins que plusieurs autres expriment des craintes surtout en début de grossesse. Ces données rejoignent celles d'autres études ayant démontré que la peur de l'accouchement est présente chez 5 à 30 % des femmes en Suède, Norvège, Finlande et Australie, et que cette peur est sévère pour 10 % d'entre elles (Fenwick *et al.*, 2009, 2015; Haines *et al.*, 2011; Nilsson *et al.*, 2012; Toohill *et al.*, 2014). Selon Hall *et al.* (2009), 25 % des Canadiennes auraient une peur élevée de l'accouchement et 54 % une peur modérée⁴⁹. Les auteures de cette étude mentionnent que moins de femmes suivies par des sages-femmes avaient signalé une peur grave de l'accouchement comparativement à celles qui fréquentaient les obstétriciens. Il en est de même dans notre étude. Comme plusieurs participantes (10/25) sont suivies par des sages-femmes, cela contribue également à ce que la proportion de femmes ayant une peur sévère de l'accouchement soit plus faible que dans d'autres études.

Les représentations de l'accouchement après l'avoir vécu : Pour faire état de l'évolution des représentations des femmes suite à l'accouchement, il faut prendre en compte le mode d'accouchement vécu puisque celui-ci semble influencer leur expérience selon de récentes études (Bryanton *et al.*, 2008; Guittier *et al.*, 2014; Hildingsson 2015), ce qui est d'ailleurs confirmé par nos résultats.

Ainsi pour celles qui ont accouché de manière dite « naturelle » (sans péridurale et avec peu ou pas d'interventions), l'accouchement est décrit comme une expérience plaisante et extraordinaire ou un bel évènement. De plus, pour Jessica c'est « un privilège », pour Mylène « une fierté », et « une étape incontournable dans la vie de femme » pour Sarah. L'accouchement est aussi vu comme un processus par Pascale et un chemin pour Miranda qui le voit également comme « un marathon », tout comme Jessica. Les métaphores utilisées pour le décrire sont empruntées à des éléments de la nature : gravir une montagne, « laissez dérouler comme une vague », « ça a coulé comme de l'eau ». Plusieurs diront que « le corps sait comment » ou qu'elles se sentaient dans un « état second » et,

⁴⁹ Cette enquête transversale descriptive a été menée à l'aide de questionnaires postés mesurant les attentes et l'expérience d'accouchement, l'anxiété, le sommeil et la fatigue, auprès de 650 femmes âgées de 17 à 46 ans, enceintes de 35 à 39 semaines, présentant une grossesse sans complication. Elles ont été recrutées dans des communautés de la Colombie-Britannique ayant 150 naissances et plus.

De sentir tout ça là, c'est quand même spécial. De se dire que le corps humain, bien il est fait pour ça, mais c'est quand même un exploit de dire qu'on est capable de faire ça. Puis je pense qu'on a... les femmes, on a comme vraiment une force insoupçonnée quand on accouche là. Je ne pensais jamais être forte de même là. [Laurence, 24 ans, prof., nat, sf, nat]

Pour les femmes ayant accouché sous péridurale, les représentations varient. Pour deux d'entre elles, l'accouchement est vu comme épouvantable et constitue un sacrifice corporel. Pour Isa, c'est « une aventure », une belle expérience intense alors que pour Florence, c'est la rencontre avec son bébé qui est « la plus belle aventure de sa vie ». Par ailleurs, si pour Valérie son accouchement représente un moment unique, il demeure que « ça doit aussi se faire naturel », soit sans péridurale. Et pour Héloïse,

toute la manière qu'on a accouché, c'est la manière standard que tout le monde accouche [...] Y'a aussi que je voulais vivre ça au complet. J'voulais vraiment savoir c'est quoi un accouchement, tu sais comme ça été fait depuis des milliers d'années. Puis, il m'en manque une bonne partie. Oui la douleur, les contractions, je les connais, tout ça, mais comme l'envie irréprensible de pousser, la douleur de la fin, puis la satisfaction, tout ça je n'en ai aucune idée. Donc, j'espère qu'un prochain, je serai capable. [Héloïse, 34 ans, prof., nat, sf, med]

Le sentiment de ne pas avoir un accouchement complet ou un accouchement en tant que tel est aussi très présent pour les femmes ayant donné naissance par césarienne. Elles sont unanimes à décrire la césarienne d'abord et avant tout comme une opération majeure. Tania qui a vécu une complication particulière est d'avis qu'elle peut s'avérer nécessaire pour sauver sa vie ou celle de son enfant. Autrement, Élise et Nadine continuent de penser que l'accouchement devrait se faire de manière naturelle et qu'il fait partie du vécu de la femme. Pour Ariane, l'accouchement est inhérent au processus de mettre au monde. Et Annie évoque le travail qu'elle a vécu comme :

C'est un moment unique mais peut-être que ça va des fois dans ma vie, me donner l'envie de plonger dans cette force-là, mais je pense que c'est une bulle à part complètement, à cause de tout ça là... Mais je sais que je suis capable, que j'ai cette belle force-là en dedans pareil. Dans le fond, moi j'suis fière « au bout »! J'suis fière de moi. C'est rare dans ma vie [...] Je me sens super fière d'avoir accouché moi, d'avoir vécu ça. Je trouve que si j'étais dans une autre tribu ce ne serait pas ça, parce que ce serait naturel mais ici, moi, je n'ai pas d'amies vraiment qui ont fait ça. Je trouve que j'ai bien fait, j'ai bien travaillé, je sais/ je connais mes capacités, ma force et je suis allée au bout. [Annie, 31 ans, prof., nat, omni, ces]

Pour Annie, le sentiment de fierté est présent parce qu'elle est allée au bout de son travail et qu'elle a tout fait pour mettre son enfant au monde, ayant eu la césarienne à la toute dernière minute. Elle soulève aussi le caractère exceptionnel de l'investissement de la femme dans son accouchement pour notre société. Et c'est aussi le fait d'avoir vécu une grande partie du travail

qui amène Daphnée à trouver exceptionnel ce que le corps humain peut faire. Ces femmes continuent donc à se représenter la mise au monde de l'enfant par l'accouchement.

Les sentiments de joie ont aussi été mis en évidence par Crowther *et al.* (2014), alors que le sentiment de vivre une expérience unique, parfois mystique et transcendante (un état second), a été mentionné par Thompson (2010) et Parratt (2002). Ces chercheuses ne s'intéressaient toutefois pas spécifiquement au vécu des femmes ayant accouché avec péridurale, comme nous l'avons fait. Si Wendy décrit une expérience de connexion intense avec son bébé au moment de la poussée, l'accouchement a toutefois été traumatisant pour elle en raison de l'utilisation des forceps et du manque d'intimité. Contrairement aux études de Thompson (2010) et de Crowther *et al.* (2014) qui indiquent que les interventions ne sont pas nécessairement associées à une mauvaise expérience de naissance, l'accouchement instrumenté a eu un impact négatif sur l'expérience des participantes de notre étude. Nos résultats à cet égard se rapprochent davantage de ceux de Hildingsson (2015) où plus du tiers des femmes sous péridurale mentionnaient avoir eu une moins bonne expérience d'accouchement. Par ailleurs, la césarienne a contribué à créer une expérience moins positive ou négative chez nos participantes, tout comme pour celles de l'étude de Guittier *et al.* (2014). Avoir vécu le travail et le sentiment d'avoir fait tout ce qui était possible pour mettre au monde son enfant ont contribué à accepter de manière plus positive l'intervention chirurgicale. Nous verrons en détails les expériences d'accouchement dans les deux prochains chapitres.

4.2 Avoir un enfant : une affaire de couple

Plus qu'avoir un enfant, être enceinte et accoucher est une affaire de couple. Les participantes étaient unanimes⁵⁰ à dire que la présence de leur partenaire leur était essentielle. En général, le conjoint s'impliquait directement dans le processus à partir du désir d'enfant. D'abord vu sous l'angle du soutien à l'accouchement dans les soins de maternité (Deslauriers, 2002; Lacharité, 2009; Plantin, 2011), il est maintenant reconnu que l'implication du futur père durant la grossesse lui offre l'avantage et l'opportunité de développer son identité parentale précocement.

⁵⁰ Et ce, même pour la seule femme ne vivant pas en situation de couple. Elle appréciait que le père de son enfant lui accorde son attention, partage les moments importants de la grossesse, soit présent lors de l'accouchement et souhaite s'impliquer auprès de l'enfant.

L'accouchement demeure néanmoins le moment propice pour favoriser cet ancrage (Baker *et al.*, 2009; Deslauriers & Villeneuve 2012; Raphael-Leff, 1991). La naissance et les premiers moments de vie avec l'enfant sont des moments forts où le père développe son sentiment d'attachement et choisit consciemment de s'investir auprès de lui (Échène, 2010; Roques, 2003).

Au cœur de notre étude, si les femmes peuvent avoir des attentes différentes en fonction de leurs conceptions des rôles parentaux (Widarsson *et al.*, 2015), la plupart des participantes souhaitent partager toutes les étapes de leur expérience avec leur partenaire. L'homme joue ainsi un rôle actif dans la décision d'avoir un enfant et les choix subséquents, comme en témoignent les décisions sur le dépistage et le choix de lieu de naissance.

Bien c'est sûr que mon conjoint lui, il est plus dans le ... « si vraiment les chances sont élevées on est mieux de ne pas prendre de chance-là » finalement. Mais, ce n'est pas un thème de chicane, mais c'est juste qu'on/ faut en discuter sérieusement là, advenant tout ça. [Laurence, 24 ans, prof., nat, sf, nat]

Les hommes semblent généralement plus enclins à recourir aux tests de dépistage. Plusieurs participantes nous ont dit, tout comme Laurence, que leur conjoint « ne veut pas prendre de chance ». Ses valeurs, ses expériences de vie et les influences de son entourage personnel s'ajoutent à l'équation lorsque vient le temps de discuter des options possibles.

[...] là, j'avais deux modes de pensée "ne fait pas d'amniocentèse, à moins que ton médecin ne te le recommande vraiment, parce qu'il croit qu'il y a un risque" puis d'autres qui... À un moment donné, mon chum était rendu converti, parce qu'il s'était fait raconter une histoire vraiment horrible d'un enfant qui est viré très très légume, et la personne avait refusé l'amniocentèse alors que le médecin la conseillait. Et Charles m'avait dit "tu vas passer ça". Là, je ne savais plus quoi penser. [Wendy, 28 ans, serv., med, gyn, med]

Il peut donc survenir des divergences d'opinions. Les entretiens permettent d'entrevoir qu'en général, l'opinion de l'homme va primer dans les négociations concernant les tests de dépistage ou le désir de connaître le sexe du bébé alors que celui-ci laissera davantage la préséance à sa compagne quant aux choix en matière d'accouchement, puisque c'est elle qui le vit dans son corps. La femme montre une tendance marquée à laisser la priorité de décision à son conjoint lors de la grossesse, car elle considère que cela lui permet de prendre sa place en tant que futur père puisqu'il ne porte pas l'enfant. Et certains choix qu'elle pourrait privilégier, comme avoir recours aux services d'une sage-femme, doivent être négociés.

Après ça, j'ai commencé mon suivi de grossesse chez le docteur, puis là j'avais entendu parler des sages-femmes par une amie qui avait accouché deux fois à la Maison de naissance à X. Donc, on a dit "Ah oui! on va aller visiter." Mon chum a dit : "Ah! mais X c'est loin." Pourtant je l'ai voyagé, j'ai travaillé à X, je faisais Y-X et ce n'est pas si PIRE que ça, donc on est allé visiter. Finalement, mon chum, ça a éliminé ses craintes et on a été bien renseigné. [Tania, 29 ans, serv., nat, sf, ces]

Les témoignages montrent qu'il est très important pour les femmes que leur conjoint s'implique et s'intéresse au bébé. Ainsi, elles les incitent à suivre les cours prénataux ou à défaut, de faire certaines lectures ou de visionner, avec elles, des films d'accouchement. Par contre, tous les hommes se sont montrés intéressés à assister à la première échographie, voire même à toutes. Ils étaient également présents à la plupart des rendez-vous lors d'un suivi sage-femme, alors que cela était beaucoup moins fréquent lors d'un suivi médical, comme cela a aussi été démontré dans d'autres études (de Montigny *et al.*, 2015; Normand *et al.*, 2009).

Nos données trouvent écho dans la littérature selon laquelle la participation du futur père se fait manifestement en accompagnant sa conjointe à travers les différents dispositifs médicaux et institutionnels entourant la grossesse (Lacharité 2009). L'échographie s'avère pour lui un moyen de rendre plus réelle et d'anticiper la venue prochaine de son enfant (Draper, 2002, 2003; Roberts *et al.*, 2015) tout en offrant l'opportunité de faire de la grossesse un projet mutuel avec la mère (Molander *et al.*, 2010), comme l'espéraient plusieurs de nos répondantes. Il manifestera son intérêt en s'investissant dans des tâches concrètes comme la préparation du logement, les questions budgétaires, les achats, et sera soucieux de savoir quoi faire le moment venu (Asenhed *et al.*, 2013; Deslauriers & Villeneuve, 2012).

Les participantes trouvaient parfois difficile de constater que leur conjoint ne peut partager entièrement leurs sentiments ou n'a pas une compréhension implicite de leurs besoins, comme le rapportent Widarsson *et al.* (2015). Leurs vécus étant inévitablement différents (Asenhed *et al.*, 2013), elles se sentent parfois incomprises, tout comme leur conjoint peut percevoir un déséquilibre dans leur relation dû à des attentes différentes (Genesoni & Tallandini 2009). Contrairement à la femme dont l'expérience de devenir mère s'inscrit dans son être sensoriel, devenir père est avant tout une démarche intellectuelle (Deslauriers & Villeneuve, 2012). Et si les futures mères peuvent ressentir des sentiments d'ambivalence, il en est de même pour les

futurs pères (Devault & Dubeau, 2012; Draper, 2003). Certains des conjoints de notre étude devenaient aussi perplexes devant des réactions ou des comportements inattendus chez leur compagne, surtout en début de grossesse, tout comme l'ont rapporté Asenhed *et al.* (2013). Par contre, la plupart des participantes diront qu'il s'est montré patient, même si certaines se sont excusées de lui faire vivre des côtés jugés plus déplaisants.

Il était vraiment ... il a été très ... comment je peux dire ça, il m'accompagnait et il était vraiment gentil aussi... et patient parce que ce n'était pas... J'avais des "up and down" bizarres puis à un moment donné il m'a dit : « les deux derniers mois ont été plus pénibles que les dix dernières années » en rigolant. Je pense qu'il avait hâte lui aussi que ça finisse, c'est tout à fait normal, surtout que lui non plus il n'avait pas connu ça [...] Ce n'était effectivement pas super, mais moi je lui disais "j'm'excuse. Je ne le sais pas, j'ai de la misère moi-même à comprendre. ([Annie, 31 ans, prof., nat, omni, ces]

Les femmes sont aussi préoccupées par la manière dont leur conjoint vivra l'accouchement. Elles se demandent comment il va se sentir, quelles sont ses peurs, et elles le préparent à ce qu'elles s'attendent de vivre ou anticipent.

J pense qu'il a peut-être peur de se sentir des bouts, inutile. Tu sais le fait de me voir souffrante pendant... on ne sait pas si ça dure plusieurs heures. Puis lui, il ne peut pas prendre la douleur. Comment va-t-il se sentir par rapport à sa blonde qui souffre et que lui ne peut pas faire grand-chose? Mais moi je lui explique qu'il va... le support moral va jouer pour beaucoup. [Jessica, 29 ans, prof., nat, sf, nat]

Ces propos rejoignent ceux de l'étude qualitative de Martin (2003), menée dans une petite ville américaine, où des femmes montraient une tendance à privilégier le bien-être de leur partenaire allant même jusqu'à s'excuser ou modifier leur comportement pour éviter de le déranger ou lui demander de l'aide. Jessica et plusieurs autres femmes sont aussi inquiètes de l'image que leurs conjoints auront d'elles dans une situation où elles se pressentent vulnérables et où ils pourront être témoins de réactions inattendues de leur part. Pour certaines, faire des sons inhabituels, être à nu tant émotivement que physiquement est difficile même devant le conjoint avec qui elles sont en intimité parfois depuis plusieurs années, car elles craignent des répercussions sur leur vie de couple et leur sexualité. Guittier *et al.* (2014) ont aussi remarqué dans leur étude menée en Suisse, « qu'exposer son corps » était associé avec la sexualité et embarrassait certains couples. Ceci nous rappelle les propos de Scheper-Hugues et Lock (1987) sur le corps où dans différentes sociétés, ce qui apparaît à l'intérieur du corps est bon et tout ce qui est émis par le corps (sang, bruits) peut être considéré comme mauvais. L'image du corps est un élément central de la perception de soi et ce qu'elles considèrent comme étant des limites devient difficile à

exposer ou à montrer sous un autre jour. Avec les règles de civilité, le corps s’efface et les mouvements les plus intimes de la corporéité deviennent régulés (Le Breton, 2012). L’accouchement devient alors pressenti comme un évènement venant bouleverser les comportements intimes. Néanmoins, ces femmes souhaitent ardemment la présence de leur conjoint et le voient comme leur accompagnateur privilégié. D’autres comme Valérie veulent véritablement faire équipe avec lui le moment venu,

Tu sais moi j'me dis, un accouchement, j'espère en vivre d'autres là, on ne sait pas ce qui peut arriver... Puis je vais prendre ce moment-là comme mon moment, notre moment plutôt, puis c'est le nôtre là, ce n'est pas le leur [hôpital]. [Valérie, 27 ans, prof., nat, omni, med]

D’ailleurs Bianca, dont le conjoint s’était vraiment investi dans la préparation prénatale et avait été très soutenant, disait en postnatal : « *dans le fond, j'ai l'impression qu'il a accouché autant que moi* ».

Ce que la plupart des participantes attendaient de leurs conjoints était de les encourager, de les rassurer, de les aider à relaxer et à varier leurs positions, de leur rappeler les désirs exprimés et d’en faire le porte-parole auprès des intervenants. Plusieurs le voyaient comme un protecteur face à l’extérieur afin de leur permettre de s’intérioriser. D’autres lui avaient demandé d’agir comme suppléant auprès de l’enfant (peau-à-peau), advenant leur incapacité à en prendre soin.

Le fait d’avoir un enfant change les rapports dans le couple. La venue de l’enfant implique un engagement de la part du conjoint qui peut se traduire par accorder un statut différent à sa compagne, comme ce fut le cas pour Gabrielle, vivant en union libre :

Le cheminement de couple aussi, à travers ça [...] c'est un lien qui change un peu. Mon chum, il m'appelle « sa femme », mais on n'est pas mariés. Tu sais, j'ai comme réalisé que pour lui je venais de changer un peu de statut, [...] ça nous a rapprochés vraiment beaucoup. Ça a changé la relation de façon très positive. [Gabrielle, 32 ans, prof., med/nat, gyn, nat]

Les étapes de la grossesse vécues ensemble contribuent également à solidifier le couple⁵¹. L’accouchement lui-même a été pour Bianca, comme pour d’autres femmes, un évènement significatif de rapprochement.

⁵¹ Si les propos témoignent d’expériences de rapprochement de couple, il faut se rappeler que la venue d’un enfant représente une transition critique dans la vie conjugale (Pollien *et al.*, 2008). Plusieurs couples vivent des difficultés, menant parfois à une rupture au cours des trois premières années (Lemelin *et al.*, 2009).

On a trouvé/ bien en fait, François m'a dit, après l'accouchement, que ça nous avait rapprochés. Tu sais, ça m'a frappée qu'il me dise ça aussi rapidement. Moi je n'étais pas encore rétablie, puis il me disait déjà ça. [Bianca, 29 ans, prof., nat, gyn, nat-i]

La participation du conjoint à la naissance a des effets positifs sur la relation de couple, car elle permet le partage d'une expérience unique à deux et comme nouveau parent (Chan & Paterson-Brown, 2002; Kainz *et al.*, 2010) Il semble surprenant pour Bianca d'entendre ces paroles si tôt, mais pour François, vivre l'accouchement en tant qu'expérience intense d'accompagnement lui avait permis de se sentir en communion avec elle et d'en retirer un bénéfice immédiat. De tels propos sont davantage relatés à la suite à des accouchements naturels où le partenaire s'investit d'une manière plus soutenue.

4.3 Les lectures, Internet et les médias : leur contribution à la construction des représentations

L'un des premiers gestes posés par les femmes dès qu'elles sont enceintes est l'achat ou l'emprunt de livres portant sur le développement du bébé et la grossesse. Au-delà du besoin d'information, la littérature vient répondre au besoin d'être initiée à cette nouvelle expérience et d'avoir des référents sur les sensations qu'elle éveille en elles.

J'aime bien ça savoir l'évolution de ce qui se passe dans mon corps, puis souvent ces livres-là... ça vient avec... « OK cette semaine, ça s'peut que t'aïlles mal, mais ne panique pas », donc d'une semaine à l'autre c'est comme rassurant. [Sarah, 27 ans, prof., nat, sf, nat]

Les participantes privilégiaient un livre populaire sur la grossesse comme référence quotidienne ou hebdomadaire qu'elles parcouraient « étape par étape ». Cela leur permettait de mieux comprendre ou d'interpréter leur vécu au fur et à mesure. Elles considéraient les livres comme étant une ressource objective donnant accès à des sources fiables. Les femmes se comparent à ce que les auteurs reconnaissent comme étant la normalité. Le livre permet entre autres de se familiariser avec l'accouchement, à son déroulement et à entrevoir l'univers « des possibles » en regard d'une situation nouvelle où la femme est sans repères.

Je suis quelqu'un qui aime bien ça être organisée, puis savoir où je m'en vais et qu'est-ce qui va se passer. Donc, juste le fait de lire les livres, puis de voir les options qui s'offrent à moi et de savoir que s'il se passe telle affaire moi, je peux demander telle affaire à l'infirmière... si jamais ça ne me convient pas ou des choses comme ça. Ça me permet de voir un peu plus ce qui est possible, puis de me faire une idée. [Yasmine, 28 ans, prof., ind, gyn, nat-i]

D'autre part, le livre s'avère un outil de socialisation par excellence sur différents sujets favorisant l'adoption des comportements souhaités tout au long du processus de la maternité.

C'est vraiment bien [Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans]. On appelle ça une bible. Ils donnent ça au premier rendez-vous. Il y a énormément d'informations dedans, sur la grossesse, l'accouchement, sur dès que le bébé est né, la nourriture pour la femme, alors c'est une de nos sources. [Miranda, 39 ans, prof., nat, gyn/sf, nat]

L'appellation de « bible » n'est pas anodine dans les propos de Miranda. Elle illustre toute la prégnance accordée à ce livre édité par l'Institut national de santé publique du Québec qui est offert gratuitement à toutes les femmes enceintes.

Par ailleurs, Internet, consulté par toutes les participantes, offre l'occasion d'explorer de manière anonyme le vécu d'autres femmes enceintes, ou les opinions d'experts, en donnant accès à une diversité de points de vue permettant ainsi de se créer des idées, des opinions en fonction de ce qui y est véhiculé (Johnson 2015a). Avec les blogues et les forums, elles peuvent se relier virtuellement à d'autres femmes qui vivent la même expérience en temps réel. Par contre, l'intérêt pour ce type d'échange est vite réfréné, car il peut devenir rapidement source d'angoisse en « activant les peurs » ou, comme en témoigne Roselyne : « *Parce que c'est incroyable le nombre de forums de femmes qui "psychotisent", qui se font des suppositions* ». En effet, les femmes ayant vécu des expériences négatives y trouvent un exécutoire y allant de leurs conseils et avertissements, troublant ainsi la quiétude des novices.

Avant même la grossesse, l'imaginaire de la femme enceinte est abondamment nourri par les médias. Les images des films ou documentaires créent une empreinte marquante. Dès leur jeune âge, les médias auront ainsi participé à la construction de leurs représentations de la grossesse et de l'accouchement. Les scènes retenues, du moins celles qui émergent spontanément, ont trait principalement aux cris, aux pleurs, à la vision d'un accouchement médicalisé. Les médias agissent comme catalyseur et contribuent à créer ou à renforcer les valeurs culturelles dominantes (Jacques, 2007). Et c'est souvent le premier et seul regard qu'elles auront avant d'être elles-mêmes enceintes.

Je n'ai jamais vraiment vu, à part dans des films et c'est tout le temps caricaturé puis tu dis, euh ... OK! [Tania, 29 ans, serv., nat, sf, ces]

Ces dernières années, un nombre impressionnant de nouvelles séries télévisées sur la naissance contribuent tout particulièrement à créer une image culturelle de l'accouchement, que ce soit *Quand passe la cigogne* (Canal Vie), *Une naissance à la minute*, *Baby story* disponible sur *You Tube* ou *TV.com*. Les femmes rencontrées y font d'ailleurs référence :

Il y a une émission à Canal Vie : "Une naissance à la minute". Donc à partir de janvier on a commencé à les enregistrer ... une par semaine. Quand ça nous tente, on en écoute une, puis on passe les bouts qui nous tentent moins (rires). C'est sûr que ce n'est pas au Québec, c'est un peu différent ... mais ça nous donne quand même une idée [...] C'est sûr que ça, c'est la partie la plus émouvante, de voir ce qui se cache à l'intérieur. Ça ressemble à quoi finalement. Puis ça nous permet aussi de s'habituer un petit peu. Des fois, on en voit qui sortent avec de drôles de couleur, et c'est normal finalement. Donc, s'il sort de cette couleur-là, bien on va se dire : "ce n'est pas grave". [Yasmine, 28 ans, prof., ind, gyn, nat-i]

Certaines femmes enceintes sentent le besoin de visionner des films présentant une idée plus réelle de l'accouchement. D'autres recherchent des témoignages sur Internet pour se créer des repères. Yasmine exprime bien la réelle influence que ces émissions ont sur les représentations de l'accouchement pour le couple. Elle et son conjoint ont fait le choix de regarder ce qui va bien dans les accouchements ou du moins, ce qui ne vient pas les troubler. Mais ce n'est pas le cas pour toutes. Certaines femmes peuvent même y consacrer de nombreuses heures par jour et devenir ainsi perméables à ces téléséries.

J'en vois donc des femmes accoucher qui hurlent, mais ce n'est pas parce que j'suis enceinte que je m'empêche de les écouter. [...] Oui, on en parle, parce qu'on a écouté une émission l'autre jour et le monsieur disait : « il y a eu un moment dans l'accouchement où j'ai presque eu à choisir entre ma blonde et le bébé ». J'ai dit à mon chum que s'il avait à choisir entre moi ou le bébé... Je sais qu'il va me choisir, parce que lui, dans sa tête, c'est des bébés, on est capable d'en faire d'autres. Mais si, mettons, je ne sais pas moi, je suis obligée d'accoucher par césarienne, que j'perds la carte [conscience]... je veux que si le bébé est au monde, puis qu'il est vivant, je veux qu'il reste avec notre bébé. [Florence, 25 ans, serv., med, gyn, med]

Les témoignages véhiculés offrent une vision fragmentaire et orientée d'évènements autour de l'accouchement, mais qui ont un réel pouvoir d'influence sur la construction de ses propres repères. Ainsi, Florence et son conjoint en viennent à discuter de scénarios, à travers le vécu des autres utilisé par procuration et basé sur des évènements inhabituels. De fait, les téléséries s'intéressent surtout à créer des émotions fortes chez les téléspectateurs. Comme le mentionnait Munro *et al.* (2009), les médias contribuent à construire une image culturelle négative de l'accouchement en présentant des histoires caractérisées par la panique, les interventions et la

nécessité pour la médecine de sauver la mère et le bébé. Le descriptif d'*Une naissance à la minute* est très révélateur de cet objectif :

Une naissance à la minute fait la lumière sur ce que devenir parent signifie réellement en offrant un regard privilégié sur la frénésie d'une maternité, captée par quarante caméras. Filmée de la réception au service de néonatalogie; de la salle d'opération à la piscine d'accouchement, cette nouvelle série émouvante et novatrice capture les moments dramatiques, poignants et souvent comiques qui vont de pair avec l'accouchement, du point de vue des nouveaux parents, de leur famille et du personnel soignant (Moi et cie., 2015).

Les premiers reportages de *Quand passe la cigogne* ont, quant à eux, pour thème : une famille reconstituée en attente « d'un poupon » mais dont la femme reste « toutefois vigilante, car avec son ancien conjoint, elle a déjà perdu un bébé peu de temps après sa naissance »; une naissance prématurée; et une situation où « après être passé à travers les déceptions d'une série de traitements en fertilité qui n'ont pas donné les effets escomptés, Émilie a vu ses grossesses engendrer une descente de son utérus. Elle devra donc s'adonner à une série d'exercices post-accouchement et peut-être même faire de la physiothérapie ». Ces films dépeignent donc des situations problématiques, ce qui ne représente pas la majorité des accouchements, donc rien pour favoriser une vision positive. Une courte incursion avec le moteur de recherche Google montre qu'avec les mots clés « films sur l'accouchement », plus de 444 000 résultats apparaissent : de quoi naviguer pendant des jours. Il y a donc une abondance médiatique contribuant à la construction des représentations de l'accouchement pour les futurs parents.

4.4 Les futures mères et leur famille

Configuration de relations d'interdépendance, la famille est l'espace premier qui tend à fixer objectivement les limites du possible et du désirable (Lahire, 2012). Les héritages parentaux et les relations familiales prennent une importance toute particulière avec la venue d'un premier enfant tant sur le plan identitaire que sur son potentiel d'action sur la future cellule familiale. Nous verrons donc les rapports entretenus par les futures mères avec leur famille, les influences familiales sur leur propre expérience, plus particulièrement celles de l'histoire de sa naissance et des histoires de famille autour de la grossesse et de l'accouchement.

4.4.1 Partager l'expérience avec sa famille

Certaines femmes avaient discuté leur projet de maternité avec leur famille bien avant de devenir enceintes. Ainsi pour Laurence qui se dit très proche de sa famille, il était important de faire valider par ses parents que le moment choisi pour avoir un enfant était le bon. La concrétisation de la grossesse est en général annoncée en priorité à la famille, certaines femmes y ajoutant un caractère ludique. La tendance est de créer un moment unique à partager avec les futurs grands-parents et parfois la fratrie.

Oui, ça a été le cadeau de Noël à la famille. Au début, on voulait attendre pour que ce soit vraiment plus officiel, mais on était tellement énervés, finalement on avait acheté des p'tits pots d'bébé qu'on a donné aux membres de la famille [Laurence, 24 ans, prof., nat, sf, nat]

La réaction des parents du couple aura une influence particulière sur le vécu de la femme ou de l'homme. Ainsi, pour Élise, le fait que ses parents accueillent la venue de son enfant comme étant une bonne nouvelle a eu pour effet de légitimer sa grossesse et de faciliter sa propre acceptation. Au contraire, un accueil défavorable ou des paroles blessantes viendront assombrir leur bonheur, les troubler ou semer le doute, quelle que soit l'étape où ils en sont.

On s'est fait dire... la mère de mon conjoint pense qu'on n'est pas prêts à avoir des enfants, puis ça c'est des pressions extérieures. On le sait qu'au fond d'elle-même c'est peut-être de la jalousie ou peut-être/ Bon, ce n'est pas très grave, mais tu sais, c'était quelque chose de planifié, décidé. Ces petites pressions-là ont fait en sorte que mon conjoint a pris ça mal au début. Ce n'est pas l'fun, justement de ne pas se faire soutenir par sa mère, c'est quelque chose de très difficile. [Valérie, 27 ans, prof., nat, omni, med]

Généralement, la grossesse crée un rapprochement avec la mère et la cellule familiale d'origine (Moore, 2013) ce qui était le cas pour la plupart des participantes, tout dépendant des relations antérieures. Cela vaut aussi pour leur père, puisque la plupart ont assisté à leur naissance et démontrent un intérêt à la grossesse de leur fille, d'autant plus si les parents sont divorcés, car le contact se fait directement. La mère est souvent une personne de référence. Les femmes enceintes souhaitent savoir comment ses propres grossesses se déroulaient pour avoir une sorte de comparable. Les mères se dévoileront davantage à travers l'expérience de leur fille. Leur mère est présente pour la plupart des femmes; pour les migrantes nationales et internationales, elle l'a été par Skype, ou en personne, après la naissance. La période périnatale est un moment charnière de transmission des savoirs familiaux et de rapprochement, en contexte migratoire (Fortin & Le Gall, 2007; Vatz Laaroussi, 2002). Le besoin de se voir et de communiquer avec

la fratrie, en particulier les sœurs ayant déjà des enfants, est exprimé chez nos participantes. Le partage et l'entraide sont au rendez-vous tout comme en témoignent les écrits (Kempeneers & Thibault, 2008).

À travers les échanges avec les futurs parents et lors des fêtes familiales, l'enfant est déjà investi par la famille proche : grands-parents, oncles et tantes, avant même sa naissance. Les changements corporels, indices de l'enfant en devenir, sont scrutés à la loupe et l'intérêt pour connaître le sexe est marqué.

Mais on a hâte de savoir si ... tu sais on a trouvé des noms, tout ça déjà, puis là on ... je ne sais pas, c'est une curiosité. [...] On dirait que ça ... il va devenir quelqu'un, tu sais, officiellement quand on va savoir le sexe. Il va avoir un nom, puis ça va devenir officiellement quelqu'un qui fait partie de la famille. [Sarah, 27 ans, prof., nat, sf, nat]

Pour Sarah, connaître le sexe permet donc à son enfant d'acquérir une identité dans la famille, avant même de naître. Si ce désir est bien présent chez elle, il l'est tout autant pour la famille élargie, car plusieurs participantes nous ont dit que c'est même devenu l'une des traditionnelles questions qu'on leur pose, parfois avec insistance. L'arrivée d'un nouvel enfant crée une extension dans le système familial, amenant des changements au plan émotionnel et relationnel afin de faire une place au nouveau membre (Carter *et al.*, 2011).

Par ailleurs, l'accouchement semble marquer un passage important en offrant un espace intime au couple qui ouvre sur la création de sa propre famille. Toutes les femmes, à l'exception de deux, avaient choisi de vivre cet événement uniquement avec leur conjoint. Par contre, les grands-parents seront les premiers prévenus de la naissance et parfois même, de l'entrée en travail, car présenter son enfant à ses propres parents revêt une importance particulière (Carter *et al.*, 2011). On observe donc un moment de distanciation avec sa famille originelle pour créer son propre noyau familial puis une réintégration par l'introduction de son enfant auprès des grands-parents.

4.4.2 Les influences familiales

Le rapprochement avec la famille peut avoir une grande influence sur le vécu des futures mères, en particulier par les valeurs véhiculées à travers leurs propres représentations et expériences de

la grossesse et de l'accouchement. Ces influences s'exercent sur les choix, tout particulièrement en ce qui a trait au lieu de naissance et au type d'accouchement :

mais mon père n'était pas content quand j'ai dit que j'accouchais en maison de naissance. Ah! mais lui, il est stressé. Hier, on parlait juste de l'accouchement et il est parti. Il dit, "ah!, j'suis pas capable" [...] Mais sinon ma mère a dit, "ah! moi je suis vraiment contente que tu aies fait ce choix-là." Parce qu'on a vu... tu sais mon frère a accouché/ bien sa blonde a accouché les deux fois en hôpital. Mais elle n'a pas le choix, elle a des problèmes de circulation sanguine et elle est réglée au quart de tour avec ses médicaments. Puis ce n'étaient pas des belles expériences d'accouchement, mais vraiment pas. Donc ma mère a dit, "Ah! je pense que tu vas être vraiment mieux là". [Héloïse, 34 ans, prof., nat, sf, med]

Ma mère et ma sœur sont très ... plus médicales. C'est ça : pourquoi avoir mal si tu peux éviter tout ça? Mais on discute, c'est très ouvert, mais ... [Odile, 40 ans, prof., nat, gyn, med]

Même si Odile réfléchit et entrevoit d'autres possibilités plus près de ses valeurs, et qu'Héloïse se sent soutenue par sa mère, il n'en est pas de même pour toutes. Une récente étude, menée aux Pays-Bas, fait état d'une probabilité 3,8 fois plus élevée d'opter pour le même lieu de naissance que choisi par des membres proches de sa famille, que l'expérience aie été positive ou négative (Sluijs *et al.*, 2015). En outre, dans des choix cruciaux comportant des enjeux importants où la femme se retrouve confrontée à diverses opinions, à ses désirs et à ses craintes, l'opinion de la famille peut jouer un rôle déterminant dans la prise de décision. Les croyances familiales peuvent être contraignantes ou facilitantes (de Montigny & Gervais, 2012). Ainsi Camille avoue que n'eût été les encouragements de sa mère, elle n'aurait probablement pas été au bout de ses désirs.

Mais, j'étais très très insécure, surtout le huitième mois-là, je ne savais plus quoi faire du tout. Puis, finalement ma mère m'a dit : « Tu t'es rarement trompée en prenant des décisions dans ta vie ». J'ai tout le temps suivi mon cœur, puis elle a dit « continue là-dedans, tu te connais mieux que personne. Tu n'es pas quelqu'un qui panique dans la vie. Si tu sais qu'il faut que t'accouches naturellement puis tu sais ce qui est en jeu, je sais que tu vas prendre ce qu'il faut. Tu vas avoir les préparations, puis l'état d'esprit qu'il faut aussi » [...] J'étais bien entourée, ça m'a aidée à prendre ma décision. [Camille, 32 ans, serv., nat, sf, nat]

Le modèle familial, surtout s'il y a une entreprise familiale, peut également influencer le mode de vie parental de certaines femmes. Ainsi, une jeune professionnelle avait décidé de laisser son travail pour devenir mère à la maison.

Tu sais, moi, mon but c'est vraiment « femme au foyer ». J'aimerais ça ne jamais retourner travailler. Moi, ma mère, elle a fait ça et toutes mes amies, c'est la même chose. On est toutes élevées en campagne avec des mères au foyer. Puis mes amies, elles ont mon âge et elles font toutes ça aussi. Je trouve que c'est rare, mais on est vraiment privilégiées, parce que je pense que c'est vraiment la clé; c'est le calme, la sérénité. [Wendy, 28 ans, serv., med, gyn, med]

Dans ces milieux, les souhaits que l'enfant puisse devenir la relève sont aussi bien présents même avant sa naissance. Le concept d'habitus met d'ailleurs en évidence le patrimoine social et culturel qui façonne la posture individuelle dans la prime éducation et marque la condition personnelle ainsi que le statut social (Bourdieu, 2000). Les choix faits reflètent l'habitus du groupe d'appartenance. Que la personne choisisse ou non d'imiter ses parents, son identité reste profondément intégrée dans le tissu social plus large de la famille, ce qui influe sur sa perception par rapport au monde.

De plus, les événements familiaux se produisant au cours de la grossesse, comme une maladie ou un deuil par exemple, ont aussi des conséquences sur le vécu des futures mères. Par contre, la venue d'un nouvel enfant est souvent vue par la famille comme source de réconfort, de continuité. La future mère y donne un sens pour s'adapter :

ma mère a été diagnostiquée pour la leucémie...c'était des extrêmes. De la joie de grossesse et quelqu'un de proche qui est gravement malade en fait. Elle a dit : «Je veux voir mes petits-enfants et je ne lâche pas » [...] Il faut vivre l'émotion, ça prend quand même beaucoup de temps, mais après c'est comme euh... ça m'a grandi en fait, je peux servir quelqu'un à travers une grossesse. [Miranda, 39 ans, prof., nat, gyn/sf, nat]

4.4.3 Histoire de naissance, histoires de famille

L'histoire de sa naissance, mais aussi la connaissance ou la perception que les femmes ont des expériences de leur mère et des autres femmes de leur famille, influencent leur manière d'envisager la grossesse et l'accouchement.

Il n'y a personne dans ma famille rapprochée, à part ma mère mettons, ma sœur, mes belles-sœurs qui ont eu des accouchements normaux. Si on pouvait, je me dis : « Ouin bien, je vais être l'exception! » Ça ne veut rien dire, ça ne donne aucun indice sur le tien, mais c'est quand même troublant parce que c'est trois femmes qui étaient en forme, mais que ça n'a pas été comme elles voulaient. C'est la vie, mais elles ont toutes des beaux enfants en santé, puis il n'y a pas de séquelles, pas de problèmes. C'est ça. Mais ma mère, elle avait le même genre de grossesse que moi. Vraiment facile, tout se passait bien. Donc, je me dis peut-être que je vais avoir le même accouchement qu'elle, peut-être pas. On verra. [Jessica, 29 ans, prof., nat, sf, nat]

Les représentations des participantes en rapport avec l'accouchement coïncident généralement avec le vécu de leurs mères. Tout comme Jessica, lorsque les représentations sont positives, les femmes ont tendance à y trouver un renforcement et à avoir elles-mêmes des représentations positives de cet événement. D'ailleurs, Héloïse, avoue en postnatal avoir sous-estimé la difficulté du travail et ne pas s'y être préparée suffisamment.

J'ai quand même été pris de cours dans le sens où toute ma famille accouche tellement facilement, tellement rapidement que je m'étais dit : « Ça va bien aller. » Et là j'étais comme : ouin! OK, ce n'est vraiment pas ce que j'avais prévu. [Héloïse, 34 ans, prof., nat, sf, med]

Par ailleurs si le vécu a été difficile, les femmes essaieront en général de s'en distancer.

Ma grand-mère, ç'a été épouvantable ses quatre enfants. Puis ça, elle en a parlé souvent! Puis ma mère, je pense que ça a été difficile aussi, par forceps ou ventouse pour ma sœur. Moi je pense que ça a été un peu plus facile, mais je suis un bébé cordon, double cordon, donc il y a eu quand même des trucs un peu plus difficiles, mais... c'est ça, en fait, en général. De toute façon, ma mère et moi on n'a pas le même corps non plus, donc je me dis se comparer, mais ne pas se comparer en même temps-là [...] Mais il y en a qui disent t'accouches comme ta mère, mais moi j'suis moyennement certaine de ça là! Franchement, je trouve tellement que chaque femme est unique [Annie, 31 ans, prof., nat, omni, ces]

L'expérience de la mère sera aussi déterminante dans les choix du type d'accouchement. Fait surprenant, il est très clair pour Karina, pourtant originaire du Brésil où plus d'une femme sur deux⁵² donne naissance par césarienne (OMS, 2016) qu'elle ne souhaite pas subir cette intervention. Elle privilégie, accoucher de manière naturelle, tout comme sa mère l'avait fait elle-même, en se démarquant de sa propre culture. Le vécu familial s'avère donc plus fort que les valeurs sociales auxquelles elle a été exposée jusqu'à l'âge adulte. Par contre, Karina entretient des doutes à l'égard de l'allaitement aussi en lien avec le vécu de sa mère :

L'accouchement, ça ne me stresse pas du tout, mais ce qui me stresse c'est l'allaitement. Je ne sais pas si ç'a une influence psychologique, mais ça se peut, parce que ma mère, elle a très peu allaité. Elle a eu trois enfants. Les trois, c'était des accouchements naturels, ça c'est très rare au Brésil, parce que c'est le pays où ils font le plus de césariennes. Quand tu es enceinte, ils demandent : « Quand prends-tu rendez-vous pour ta césarienne? » Ma mère, c'est une exception. Elle a fait trois accouchements naturels. Peut-être que ça se vit, « moi aussi je veux naturel » et tout ça; j'étais comme ça. [Karina, 32 ans, prof., nat, gyn, nat-i]

Les expériences de la mère et des sœurs servent souvent de modèles quand vient le temps d'envisager sa propre expérience comme ce fut le cas pour Florence :

Ça a tout le temps bien été. À ma grande sœur, ça été plus long, c'est normal c'est le premier t'sais, mais elle a tout l'temps eu de beaux accouchements, mais elle a pris les péridurales. Puis elle a fait ce qu'elle avait à faire et elle a toujours eu l'temps de prendre ses péridurales [...] dans ma famille celles que ça a moins bien été, elles ont fini en césarienne, that's it! Mais ma mère, elle, nous a eu les trois par voie vaginale, donc tu sais pour elle, il n'y a pas de stress là. [Florence, 25 ans, serv., med, gyn, med]

⁵² Le taux moyen de césarienne était de 56 % en 2007-2014 (OMS, 2016) pour l'ensemble du pays, tout en pouvant atteindre 70 à 80 % dans les cliniques ou les hôpitaux privés (Potter *et al.*, 2008; Rattner *et al.*, 2009).

Le vécu familial devient ainsi la norme sur laquelle s'appuyer avant d'expérimenter soi-même. Par contre, pour Wendy, c'est le fait d'avoir vu la cicatrice post-césarienne de sa mère qui a eu le plus d'impact pour l'amener à privilégier un accouchement vaginal au lieu d'une césarienne, qu'elle aurait peut-être demandée, en raison d'une crainte de séquelles périnéales.

C'est drôle parce qu'on est allé en vacances récemment, moi, ma mère et ma sœur, puis on a parlé de la césarienne. On ne pensait pas, moi et ma sœur, que c'était encore visible, la cicatrice. Puis c'est la première fois de ma vie que ma mère me montrait ça. C'est encore visible. Eille! Je ne pensais pas que ça laissait des traces. Je ne sais pas si aujourd'hui c'est mieux fait, ou en tout cas que ... mais ça paraît encore. [Wendy, 28 ans, serv., med, gyn, med]

En réalisant qu'il y aurait inévitablement une cicatrice associée à la césarienne, son point de vue a changé; l'intégrité de son corps devenait l'argument majeur. Toutefois, sa propre histoire de naissance continuait sans doute de l'influencer, car elle appréhendait l'accouchement et disait « *ne pas vouloir se tuer à l'ouvrage* ».

Lorsqu'on compare le vécu d'accouchement des femmes à celui de leur mère, on constate que pour plus des deux tiers (18/25), il est semblable. En général si les participantes avaient dit que leur mère considérait avoir eu un bel accouchement et en avait gardé un bon souvenir, il en a été de même pour elles. Et celles, dont les mères avaient trouvé leurs accouchements difficiles, ont eu tendance à vivre, elles aussi, un accouchement difficile, même si le déroulement ou les raisons des difficultés ont parfois été différents. Le façonnement des représentations de la femme enceinte se modèle sur la place que le vécu familial occupe dans l'imaginaire.

Outre le facteur héréditaire biologique pouvant parfois être présent, l'histoire familiale, parce qu'elle comporte une dimension affective, est fort prégnante. L'attitude de la mère aurait une grande influence sur la fille, encore plus que ses expériences ou son comportement (Thornton *et al.*, 1983). Ce serait les souvenirs transmis par la mère à sa fille, et les histoires orales de grossesse et de naissance, qui jouent un rôle important sur les manières de penser et d'approcher sa propre expérience de grossesse et d'accouchement, à la fois de manière positive ou négative. Ces mémoires peuvent se présenter de manière prévisible ou imprévisible (Dear-Healey, 2011). Parfois même, le fait de ne pas en parler peut être marquant, comme ce fut le cas pour Élise dont la mère avait perdu son premier bébé à 39 semaines de grossesse et qui parlait très peu de ses expériences de grossesse et d'accouchement. Ce qui est transmis comme connaissance d'une

génération à l'autre est bien évidemment soumis aux contextes social et culturel de chaque époque, et est particulièrement lié aux pratiques entourant la grossesse et l'accouchement. Ainsi, un changement social massif peut réduire ou même annuler l'impact de l'influence directe des mères sur leurs filles (Moën *et al.*, 1997). Le déplacement de l'accouchement de la sphère privée (domicile) à la sphère publique (hôpital) dans les années 1950 en est un bon exemple.

Que l'on choisisse de répéter le modèle ou de faire différemment, l'influence est là lorsqu'il s'agit d'aborder cette expérience. Toutefois, comme l'indique Lahire (2012), les pratiques des acteurs relèvent des expériences passées cristallisées sous forme de compétences et de dispositions, mais aussi des contextes spécifiques. Ainsi, Gabrielle dont la mère ne voulait plus jamais avoir d'enfants après sa naissance souhaitait, au point de départ, ne rien ressentir et ce fut après un long cheminement qu'elle en est venue à s'engager pleinement dans son accouchement. Gadamer (1996) nous enseigne d'ailleurs que l'être humain se situe dans une tradition qui assure la possibilité du sens en interprétant les expériences selon la place que nous occupons dans notre propre culture et notre propre tradition.

Une analyse du pattern de transmission intergénérationnelle mère-fille montre que l'atmosphère familiale au cours de l'enfance et la vie sociale auront un impact sur l'attitude future envers la maternité (Pouta *et al.*, 2005). Par contre, la famille procure aussi un contexte social, culturel et économique offrant l'opportunité d'avoir accès à un savoir et à des moyens différents qui viendront moduler l'expérience et diminuer ainsi le potentiel de transmission intergénérationnel (Moën *et al.*, 1997).

La grossesse peut également raviver des deuils antérieurs ou des conflits infantiles (Bydlowski, 2004; Cailleau, 2009) et conditionner certains choix. C'était d'ailleurs le cas pour Isa dont le père est décédé lorsqu'elle était bébé. Elle devenait très émotive lorsqu'elle était mise en contact avec des témoignages ou publicités présentant des situations de rapports père-fille ou mère-enfant. De même, Nadine ayant perdu sa mère à l'âge de huit mois, établissait un lien entre cette expérience et « *donc je pense aussi que je suis peut-être à la recherche d'un rôle féminin comme ça, présent à côté de moi que je pense que la sage-femme peut m'aider en fait ou m'apporter* ». L'importance de retrouver une présence et le partage de savoirs féminins auprès de la

sage-femme⁵³ devenait pour elle un besoin important, d'autant plus que sa sœur ne voulait pas jouer ce rôle de transmission intergénérationnel. La grossesse et la maternité peuvent offrir une occasion unique de guérir certains traumatismes (Abram, 2008).

Pour mieux comprendre les choix et les actions posés par les futures mères, il faut aussi examiner les rapports entretenus avec les amis et l'entourage puisque tout comme la famille, ils « constituent des micro-milieus de relations intersubjectives où dominant non pas les rapports instrumentaux, mais les rapports affectifs, moraux et sémantiques, c'est-à-dire générateurs de sens » (Bertaux, 2010 : 41).

4.5 Les futures mères et les amis, l'entourage

Les relations évoluent différemment avec la grossesse, car les champs d'intérêt et les activités changent. Les soirées tardives, la pratique de certains sports ou la réprobation d'une amie à la venue de l'enfant conduisent parfois les femmes enceintes à modifier leur réseau social. Par contre, les amies demeurent une source de référence, de partage et d'influence.

4.5.1 Les amies : source de référence, de partage et d'influence

En début de grossesse, les futures mères se tournent souvent vers leurs amies pour connaître les démarches à effectuer, incluant les informations sur les ressources pour le suivi de grossesse. En général, elles se tourneront aussi vers une amie intime pour discuter du vécu personnel de l'accouchement, connaître le ressenti possible et valider leurs craintes. Les attributs recherchés sont alors : une amie de confiance, calme, qui ne jugera pas.

Bien avant la grossesse, les femmes auront déjà subi les influences des expériences de leurs amies. En effet, les récits d'accouchements foisonnent lors des « partys de filles » à travers les témoignages des premières initiées. Les expériences des amies viendront donc teinter l'imaginaire des femmes et influenceront la manière d'accoucher et le choix du lieu.

De toute façon j'ai des amies qui ont accouché soit... toutes les deux / mes deux amies qui ont accouché sans péridurale ce n'était pas par choix... Une parce que l'anesthésiste n'était pas arrivé à temps et l'autre parce que ça a pris juste vingt minutes donc ils n'ont pas eu l'temps

⁵³ Historiquement, la sage-femme assumait une fonction sociale en partageant son expérience d'accouchement et son savoir féminin avec les femmes. Le partage de l'expérience vécue demeure toujours présent dans le besoin contemporain d'accompagnement (Charrier & Clavandier, 2013).

de lui donner. Mais une fois que j'ai dit ça, elles m'ont toutes dit : « Toi,... non, prends-la! » Donc, pour moi, c'est assez clair-là [Gabrielle, 32 ans, prof., med/nat, gyn, nat] 10 semaines.

Si certaines femmes trouvent rassurant de ne pas être la première à accoucher dans leur cercle d'amies ou y retrouvent des modèles, d'autres par contre trouvent difficile le jugement des amies lorsqu'elles ont une autre vision de la naissance et font des choix différents.

Leurs idées sont tellement arrêtées que j'aime mieux ne pas trop embarquer parce qu'on se fait juger rapidement. Puis, quand on a l'idée d'accoucher avec toute la force de notre corps et de notre senti, tout ça, on se fait plus regarder d' travers que celles qui prennent « les péri ». Je ne comprends rien là-dedans [...] donc, elle me disait : « Vas-tu prendre la péri? » J'ai dit : « Écoute, je ne sais pas, je ne m'enlign pas pour ça ». Puis elle a pointé mon chum et a dit « de toute façon, lui à moment donné, il va dire : piquez-là quelqu'un ». [Annie, 31 ans, prof., nat, omni, ces]

Elles apprennent ainsi à se protéger du jugement et à affirmer leurs convictions personnelles. Ces apprentissages s'inscrivent d'ailleurs dans l'évolution nécessaire à l'acquisition de l'identité maternelle (Mercer, 1995; Moore, 2013).

4.5.2 L'entourage

Dès l'annonce de leur grossesse, les commentaires de l'entourage fusent souvent, sans même que les femmes les demandent.

Tout le monde autour me disait que j'avais une bonne bedaine pour 10 semaines puis à un moment donné tu viens que tu doutes. Puis là, je me demandais si je n'avais pas des jumeaux aussi avec tout le monde qui parle autour. [Camille, 32 ans, serv., nat, sf, nat]

Comme le mentionne Camille, cela contribue à semer des doutes. D'autres femmes ont dit avoir vécu du stress suite à l'évocation de la possibilité de fausse-couche. Plusieurs personnes émettent aussi des conseils sur les dangers potentiels à éviter en grossesse ou donnent leur avis sans y être invitées. L'idéologie du risque (Beck, 2008)⁵⁴ semble bien intégrée dans la pensée sociale et diffusée à travers le discours de l'entourage qui contribue à l'exercice du contrôle social et culturel du corps de la femme enceinte (Lupton, 1999).

On entend toutes sortes d'affaires. Tout le monde me dit, "hein, t'es donc bien petite, tu vas accoucher dans trois semaines? T'es sûre que ça va bien?" Bien oui. Tout a bien été. Mon suivi sage-femme, elle me dit que je suis correcte. "Hein, t'es sûre?" [...] "Ah, tu ne voulais pas le

⁵⁴ La modernité technoscientifique a entraîné l'émergence d'une société du risque mise en évidence par le sociologue allemand Ulrich Beck à la fin des années 80. Les risques contemporains, en l'occurrence l'anormalité potentielle, renvoient aux peurs et aux angoisses de chacun.

savoir [a refusé la 2^e échographie], mais là, qu'est-ce que tu vas faire?" Pffff ... des fois les gens sont ... on voudrait plus de pouvoir discrétionnaire. [Tania, 29 ans, serv., nat, sf, ces]

Ces commentaires créent le besoin de solliciter l'avis d'expert, en l'occurrence la sage-femme ou le médecin, pour être rassurée, tout en procurant le sentiment d'être envahie et dépossédée de son expérience, du moins d'une paix d'esprit difficile à maintenir. Les participantes étaient unanimes à dire que même de parfaits inconnus les approchent spontanément dès que la grossesse paraît et touchent leur ventre sans demander la permission.

Tu sais le regard des autres puis la façon que... ça m'est arrivé deux fois où je me suis fait agresser la bedaine. Des dames, assez âgées à l'épicerie. « AH LA BEDAINE! » Elle touche ma bedaine. Eille! on ne se connaît pas là. [Gabrielle, 32 ans, prof., med/nat, gyn, nat]

La présence d'enfants se faisant rare dans nos sociétés contemporaines contribue sans doute à accentuer ce besoin chez certaines personnes⁵⁵. Le corps enceint est « pris dans le miroir du social, objet concret d'investissement collectif » (Le Breton, 2012 : 95), et le regard des autres confronte. Autant certaines femmes sont fières de montrer leur bedaine, tout comme les autres Canadiennes de l'étude de Neiterman (2010), et de recevoir des commentaires positifs sur leur apparence, autant ceux portant sur leur allure corporelle les blessent ou les inquiètent. L'apparence d'être grosse, même enceinte, renvoie aux préoccupations liées à la prise de poids et à la valorisation sociale de la minceur, à l'image idéale de beauté ou aux impératifs de la séduction (Detrez, 2002; Nash, 2015) alors qu'être considérée « petite » éveille une anxiété par rapport au développement normal du fœtus. Ainsi,

loin de n'être que de l'ordre de l'intimité, le rapport au corps est d'emblée traversé par autrui et par la société, notamment par le biais du regard des autres. [...] Ce n'est pas tant la fatalité de leur biologie qui pèse sur l'expérience des femmes que la puissance des idéologies et normes sociales dominantes (Quéniart, 1988 : 140)

Si de tout temps, les interdits collectifs ont toujours existé à l'égard des femmes enceintes (Cailleau, 2009; Morel, 2004), la médicalisation de la grossesse contribue à fournir à l'entourage, voire à de parfaits inconnus, une légitimité encore plus grande de la nécessité de protéger le fœtus en surveillant sa mère (Lupton, 1999; Nash, 2015). Pour Gabrielle : « *C'est*

⁵⁵ Aucun pays industrialisé parmi ceux affichant le plus haut taux de fécondité ne dépasse 2 enfants par femme (la France métropolitaine, l'Irlande, l'Islande et la Nouvelle-Zélande affichent des indices se situant entre 1,92 et 1,98). Aux États-Unis, l'indice de fécondité était de 1,86 en 2014, au Canada de 1,61 en 2011 et au Québec de 1,62 enfant en 2014 (ISQ, 2015a).

spécial tu sais, c'est comme une étude sociologique, être enceinte. On apprend beaucoup chez les autres. Sur les autres. » En effet, beaucoup de participantes mentionnent que les femmes qui les abordent ne sont pas vraiment intéressées de les accueillir dans leur expérience et de les écouter, mais sont plus enclines à faire part de leur propre vécu ou à interpréter à partir de leurs propres expériences.

C'est sûr quand tu es enceinte là, tout le monde/ t'es rendue la propriété de tout le monde. Tout le monde te conte leurs histoires d'horreurs d'accouchement, "mais c'est quand même le plus beau jour de ma vie! Na-na-na-na, mais moi j'ai eu un bel accouchement, na-na-na-na". Mais en tout cas, tout le monde te conte son histoire. [Daphnée, 30 ans, serv., ind, gyn, ces]

Beaucoup d'histoires d'horreur comme le mentionne Daphnée, sont véhiculées autour de l'accouchement, ce qui a pour effet de susciter ou d'alimenter les craintes des femmes pour qui c'est la première expérience. Nous soutenons, comme Fisher *et al.* (2006) que dans un contexte culturel où les connaissances sont limitées, ces histoires contribuent à la construction sociale de l'accouchement en tant que phénomène dangereux et incontrôlable. D'ailleurs, certaines femmes de l'entourage iraient même jusqu'à formuler des propos pour minimiser ce qui serait en décalage avec leur expérience plus négative, s'il s'avère que leur interlocutrice a un vécu ou une vision plus positive que la leur. Après l'accouchement, les réactions spontanées de l'entourage ont trait principalement à la santé du bébé ou à celle de la mère.

Ils étaient contents que ça se soit bien passé, mais ... rien de... « Ah, wow! C'est merveilleux! » Non. Puis il y a ma petite sœur qui m'a passé la remarque « Ah! t'es chanceuse d'avoir pu la pousser », mais à part ça ... pour les gens là « est sortie, est en santé, t'es en santé toi aussi, c'est ce qui compte ». [Florence, 25 ans, serv., med, gyn, med]

Et l'expérience apparaît comme secondaire surtout si elle a été vécue positivement.

Quand on a eu un bel accouchement naturel, les femmes qui ont accouché, des fois j'avais l'impression qu'elles n'avaient pas tant envie que je leur en parle en détail. Tu sais, les histoires qui tournent mal avaient plus de succès que les histoires qui tournent bien, j'ai remarqué ça là. [Mylène, 26 ans, prof., nat, sf, nat]

Il est remarquable de constater que les expériences positives de l'accouchement ne sont pas racontées dans la société québécoise. Ce phénomène est aussi présent au Royaume-Uni (Kay, 2015) et en Australie (Fisher *et al.*, 2006) où l'on constate également une peur générale quant au bien-être de l'enfant.

4.6 La rencontre avec les intervenants en obstétrique et en périnatalité

Enceintes d'un premier enfant, les femmes étaient impatientes d'entamer leur suivi de grossesse. Ce premier rendez-vous les rassure parce qu'il permet d'entendre le cœur du bébé et qu'il vient confirmer en quelque sorte l'entrée dans le processus, comme le mentionne Isa. Donc, se retrouver sur une liste d'attente pour un suivi sage-femme est frustrant tout comme devoir attendre, dans bien des cas, trois mois avant de débiter le suivi avec un gynécologue.

Ça, ça me frustrait un peu, ne pas pouvoir avoir un suivi avant le troisième mois [...], mais avant comme rien, là c'était un vide. Je comprends aussi les raisons, parce qu'ils disent que ... je pense qu'une femme sur six fait des fausses couches et tout, mais, quand même, il y en a cinq sur six qui ont besoin d'avoir un suivi avant là. [Karina, 32 ans, prof., nat, gyn, nat-i]

Voyons maintenant comment se construisent la relation et les rapports entretenus par les participantes avec les différents professionnels et comment ceux-ci avec leur propre subjectivité influencent l'expérience d'accouchement des femmes durant la grossesse.

4.6.1 Le suivi avec un omnipraticien

Comme nous l'avons déjà mentionné au chapitre précédent, certaines femmes (4/25) choisissaient un omnipraticien parce qu'elles le connaissaient ou pour son approche. Ensuite, elles décrivent leur suivi en termes d'examen, de réponses à leurs questions et de *briefing* éventuel sur l'accouchement et l'allaitement. Pour certaines, c'est l'infirmière du GMF⁵⁶ qui effectue le bilan de santé. Pour sa part, Pascale se sent rassurée puisque son médecin se dit prêt à respecter ses désirs, notamment la possibilité de choisir ses positions lors de l'accouchement. Et Annie, même si elle vient d'être référée à une autre équipe de sept à huit omnipraticiens pour l'accouchement, se sent aussi confiante avec sa nouvelle médecin :

Dans l'fond, moi je n'accouche pas en Maison d'naissance parce que j'suis une fille un p'tit peu insécure, mais j'me suis entourée d'un médecin qui est pratiquement j'trouve sage-femme, dans la même optique. C'est un peu comme si j'transposais juste dans le lieu qui est pour moi... plus sécuritaire pour une première naissance, mais sinon j'transferts le même « mood » dans ma tête, j'le vois comme ça [...] Le médecin accoucheur en fait ou son équipe-là probablement, mais cette médecin-là qui me suit depuis quelques semaines est l'fun parce qu'elle est en train de...son équipe veut former toutes les infirmières justement [...] Ils se remettent un peu dans le bain de la naissance physiologique le plus possible là, donc j'trouve que c'est intéressant. Je ne sais pas comment l'dire là mais, elle me ... elle m'donne confiance puis elle m'inspire en fait là. [Annie, 31 ans, prof., nat, omni, ces]

⁵⁶ GMF : Groupe de médecine familiale : c'est un regroupement de médecins de famille qui travaille en étroite collaboration avec d'autres professionnels de la santé (Gouvernement du Québec, 2016). Les infirmières peuvent effectuer une partie du suivi.

De son côté, Valérie sait qu'elle accouchera avec l'un des quatre omnipraticiens auquel elle vient d'être transférée par sa médecin de famille⁵⁷. La nouvelle médecin qui la suit se montre réticente à son désir d'accoucher en position latérale et lui parle déjà de déclenchement.

J'en ai parlé un p'tit peu à mon médecin. Elle n'était pas chaude à l'idée mais, encore là, tu sais, j'ai dit « J'suis due pour le 12 ». C'est sa semaine de garde, c'est un mardi je crois, le 12 août. Elle m'a dit « Si vendredi t'as pas accouchée, j'vais t'provoquer. » Bien là j'ai dit « Euh, attends! S'il est bien là, il y a une raison. Il n'y a rien qui arrive pour rien. » Si l'bébé est là trois-quatre jours, cinq jours de plus, peut-être que ma grossesse a commencé quatre-cinq jours plus tard ... j'veux dire ça reste des chiffres. Mais c'est ça, faut s'entendre, on a des façons d'voir les choses qui sont parfois différentes. (Valérie)

Élise quant à elle, n'est pas à l'aise avec « le passage du dossier » en fin de grossesse. Elle considère que le gynécologue a une approche plus classique, centrée sur les techniques. Elle fait donc un suivi parallèle : gynécologue et médecin de famille pour poser ses questions à cette dernière et valider les informations reçues.

4.6.2 Le suivi avec un gynécologue-obstétricien

Les femmes suivies par un gynécologue-obstétricien (11/25) affirment avoir peu ou pas d'attentes. Selon leurs propos, le suivi correspond à faire les examens et à répondre aux questions. Elles voient aussi une infirmière, parfois un résident. Certaines disent ne pas recevoir assez d'information ou d'attention.

Moi ma médecin elle s'en fout totalement. C'est vraiment mon feeling. Je pose mes questions et ça finit là [...] Je ne dis pas que ma médecin n'est pas fine, mais elle est « ben ordinaire » [...] j'veux dire, j'ai une grossesse qui va bien. Je n'ai pas tant de questions et ça ne me dérange pas tant. Ça ne me dérange pas mais je trouve ça plate. Oui... ça se contredit un peu, mais en fait j'en ai des fois des questions et je ne les pose pas parce que je sais que ça va l'emmerder vraiment. [Daphnée, 30 ans, serv., ind, gyn, ces]

Odile avoue qu'elle se serait sentie démunie si elle n'avait pas été proactive pour combler son besoin d'information.

Le suivi, quand c'est un premier bébé, y teinte beaucoup ce qu'on a vécu à mon avis parce que ... mettons moi les craintes, les peurs d'accouchement du début, si je n'avais pas fait de démarche [à l'extérieur du suivi], elles seraient peut-être encore aussi grandes maintenant, donc je pense que toute l'information qu'on va chercher puis le soutien m'apparaissent vraiment important là. [Odile, 40 ans, prof., nat, gyn, med]

⁵⁷ Trois femmes sur quatre ont dû être transférées à un autre omnipraticien ou à un gynécologue vers 32 semaines de grossesse étant donné que leur médecin ne pratiquait pas d'accouchement.

Le suivi avec un gynécologue-obstétricien est aussi décrit comme étant un suivi rapide où il n'y a pas de temps pour l'échange. « *Il entre dans le bureau, fait ce qu'il a à faire et ressort* », dit Roselyne. « *Et ça roule vite* » pour Isa qui la trouve tout de même bien gentille. Pour Karina le suivi se résume à « cinq minutes, une fois par mois ». En fin de grossesse, même si les tests ou les examens rassurent Wendy, elle ne sait toujours pas à quoi s'en tenir :

Oui puis là c'est rendu aux semaines, donc ça revient vite. En même temps je trouve ça bien parce qu'il fut un temps où je trouvais que c'était très espacé les visites. Quand il me demandait : « Comment ça va, quoi de neuf? » Si je n'avais pas noté, j'avais le temps d'oublier des questionnements que j'avais eus. À chaque semaine, peut-être que je n'aurai rien à signaler; bien tant mieux-là dans un sens. Ça fait deux rendez-vous où il évalue le col puis il dit ce qu'il en est. Puis y'a eu un test qui a été fait pour le streptocoque. Ça, je n'étais même pas au courant qu'on avait ce test-là. Je m'attendais à des prises de sang, parce que des amies m'avaient dit que dans le dernier trimestre, il y aurait des prises de sang. Puis moi, jusqu'à maintenant on ne m'en a pas parlé... En même temps je ne vois pas ce qu'ils testent avec la prise de sang. Ils doivent avoir une raison c'est sûr. Mais jusqu'à maintenant, moi, ça s'enligne pour être juste un compte rendu de : « Est-ce que tout va bien? Avez-vous quelque chose à signaler? » [Wendy, 28 ans, serv., med, gyn, med]

Gabrielle, à 36 semaines de grossesse, mentionne ne pas pouvoir encore parler de l'accouchement avec sa gynécologue. La présence éventuelle d'étudiants en médecine inexpérimentés est aussi pour elle, une source de stress. Par ailleurs, Odile s'inquiète du respect par le gynécologue de garde des attentes qu'elle a exprimées lors de son suivi :

Au niveau des positions, j'ai posé la question au médecin pour voir c'était quoi l'ouverture ... Elle a été très honnête, elle a dit « C'est sûr que pour nous, c'est plus facile quand c'est une position traditionnelle, couchée sur le dos ou le côté ». Mais il y avait quand même le côté, j'trouvais ça intéressant. Mais au niveau des dernières poussées, là elle a dit « C'est arrivé quand même pour certaines femmes qui demandaient vraiment. » Mais elle parlait pour elle-même; c'est un groupe de médecins. Ça c'est l'autre aspect. Au moment de l'accouchement il y a plus de chances que ça ne soit pas elle... [Odile, 40 ans, prof., nat, gyn, med]

Isa se montre réaliste à l'égard de la présence du gynécologue de garde lors de l'accouchement :

Les médecins, moi ce que j'ai entendu beaucoup, c'est qu'ils ne sont pas là vraiment souvent. Ils vont venir voir peut-être au début si le travail n'avance pas assez vite ou mettons une consultation pour l'épidurale ou à la poussée. Donc ils ne sont pas là si longtemps que ça dans le fond. Moi je m'attends à ce que ça soit assez court comme intervention (rires). En général un médecin c'est un médecin... C'est sûr que moi, j'aimerais ça que ce soit la mienne, parce que je m'entends bien avec elle, je la trouve bien fine, rassurante et elle a toujours un beau sourire. Si je la voyais arriver, je serais contente. Mais sinon peu importe. Je me dis que déjà je vais avoir un médecin c'est parfait là. (Isa)

Yasmine se dit qu'il faut juste avoir confiance au personnel qui est là: « *ils sont bien formés... ils savent qu'est-ce qu'il faut faire, à chaque moment* ». Ainsi, les femmes s'adaptent pour composer avec la réalité qui s'offre à elles. Comme le mentionne Lacharité (2012 : 35),

Dans ce contexte, les mères et les pères ont tendance à subordonner la compréhension de leurs besoins de même que leurs demandes à leur perception de l'offre de services institutionnels : ils ont des besoins de services avant même d'être en contact avec leurs propres besoins. Il s'agit évidemment d'un des effets de l'institutionnalisation de la vie familiale : le fait de privilégier une perspective institutionnelle de leurs besoins aux dépens d'une perspective expérientielle de ceux-ci.

Paradoxalement, plusieurs participantes ayant choisi un suivi avec un gynécologue-obstétricien, et souhaitant lui faire confiance, émettaient des opinions critiques sur les spécialistes et le système de santé.

On dirait que des fois les médecins sont blasés de leur job. Ils font ça à longueur de journée. Pour eux autres... c'est très papier. Ils posent des questions. Puis à la fin, elle a répondu à toutes mes questions mais c'était comme tout le temps "Ah non! Ça ne doit pas être grave". J'veux dire elle est très gentille, j'ai même ri avec elle mais elle est quand même très sérieuse ..., elle doit être compétente-là. [Daphnée, 30 ans, serv., ind, gyn, ces]

Et si pour Florence, la rapidité de son gynécologue est vue comme un signe de compétence, les rendez-vous lui semblent par contre trop axés sur l'intérêt du bébé, laissant de côté ce qu'elle ressent. Elle ajoute que :

Dans mes suivis de grossesse il n'y a pas personne qui s'est informé de mes inquiétudes et de comment j'percevais ça. Les gens s'intéressaient à mon bébé. Les gens ne s'intéressaient pas à ce que j'vivais. Tu sais, j'trouve que ça manque un p'tit peu de ... C'est sûr là que, un bébé c'est un bébé. Mais faut pas oublier aussi qu'il y a une mère qui le porte ce bébé-là [...] dans l'système de santé, on dirait que c'est tabou [...] t'as pas vraiment ton mot à dire, surtout en accouchant dans des gros hôpitaux comme à Québec, Tu es un p'tit peu plus comme un numéro. C'est un bébé parmi tant d'autres qu'on accouche [...] Mais, c'est le système de santé puis c'est la vie d'aujourd'hui. Vite, faut qu'ça produise puis faut être productifs... Ça fait des p'tits bébés angoissés, des p'tites mamans insécures! [Florence, 25 ans, serv., med, gyn, med]

4.6.3 Rencontres ponctuelles avec les infirmières

Toutes les femmes suivies par un gynécologue ou un omnipraticien rencontrent une infirmière en clinique de grossesse au centre hospitalier, pour les prélèvements, le dépistage et l'enseignement. Ces infirmières sont souvent considérées comme une plus grande source d'informations que les médecins. Si la plupart des femmes se montrent satisfaites de ces rencontres, d'autres se disent déçues du discours des infirmières :

Bien tous les risques là, tu sais, il ne faut pas manger si parce que ça, et faut pas faire si ... principalement par rapport à la nourriture. Je vous donne un exemple, l'infirmière que j'avais rencontrée me disait « faut pas qu'tu manges de jaune d'œuf coulant », Bien là! Je trouve que ça va loin un p'tit peu. [Gabrielle, 32 ans, prof., med/nat, gyn, nat]

Bien que les restrictions alimentaires aient pour but de « produire » un bébé en santé, elles sont aussi vues par certaines femmes comme un agent de contrôle puissant sur l'expérience de grossesse et « reinforced by health professionals [...], pregnant women often feel consumed (quite literally) with the 'rules' and regulations of eating » (Nash, 2015 : 479). L'abondance de documentation écrite est également soulignée. Bien qu'appréciée par les femmes, celles-ci ont parfois comme Wendy de la difficulté à s'y retrouver :

Eille! Mais on nous refile à peu près comme l'équivalent d'une brique de pamphlets puis là, tu lis tout ça. Mais, heureusement qu'il y a ça parce qu'il y a tellement d'informations qu'à un moment donné, tu ne sais plus quoi retenir. [Wendy, 28 ans, serv., med, gyn, med]

Pour l'accouchement, la plupart des femmes s'attendent à ce que l'infirmière soit plus présente auprès d'elles que le médecin⁵⁸. Cependant, certaines craignent de se sentir bousculées, de ne pas être entendues ou de se faire offrir fréquemment la péridurale.

Ce sont elles qui vont être là tout le temps. Le médecin va passer quand ça va être le moment, à la fin-là. J'aimerais ça juste qu'elles soient gentilles, qu'elles ne m'obligent pas à faire des choses que je ne veux pas comme, disons que si je peux encore endurer la douleur et qu'elles disent « ah, mais, c'est mieux de prendre la péridurale, parce qu'après t'auras pas le choix, si tu la prends pas maintenant ». Ça je vais haïr ça, si elles commencent à me dire des choses comme ça, essayer de me faire changer d'idée... [Karina, 32 ans, prof., nat, gyn, nat-i]

4.6.4 Le suivi avec une sage-femme

Les femmes (10/25) mentionnent que les rencontres avec leur sage-femme consistent à la fois à effectuer les examens nécessaires et à échanger sur différents sujets. Elles la voient généralement comme une professionnelle compétente, intéressée, qui les met en confiance. Elles rencontrent aussi une deuxième sage-femme en prévision de l'accouchement.

C'est rassurant aussi parce qu'on se rend compte que vraiment les sages-femmes sont habilitées à faire beaucoup de choses. Au niveau des soins du bébé autant que de la femme, elles sont spécialisées finalement dans l'accouchement donc c'est rassurant. Je pense que mon conjoint ça l'a rassuré aussi de savoir que ce n'est pas monsieur-madame tout l'monde qui peut être sage-femme. [Laurence, 24 ans, prof., nat, sf, nat]

⁵⁸ Au Québec, lorsqu'une femme est suivie par un omnipraticien ou un gynécologue-obstétricien, ce sont des infirmières qui assurent les soins durant le travail et l'accouchement sous la supervision d'un médecin ou d'un résident en médecine jusqu'à ce que l'accouchement soit imminent ou qu'un problème surgisse.

La durée des rencontres, soit environ une heure, permet aux femmes d'établir une relation de confiance, de parler de leurs craintes, de discuter de la grossesse, de l'accouchement, de l'arrivée du bébé, mais aussi de la vie de couple ou de toutes autres préoccupations, incluant la suggestion de lectures appropriées. Elles disent se sentir écoutées et respectées. Tania souligne également leur disponibilité par le fait qu'elles soient joignables en tout temps. Pour Chloé, se sentir impliquée dans sa grossesse, son accouchement est important et c'est ce qu'elle retrouve dans son suivi. Jessica apprécie de pouvoir choisir :

On est des personnes intelligentes, on est capables de peser les pour et les contre, puis de décider certaines choses. Moi j'aime l'idée du choix éclairé, même pour les interventions, les tests de diabète, les prises de sang. J'aime tellement le fait qu'il n'y a rien d'obligatoire.
[Jessica, 29 ans, prof., nat, sf, nat]

Le conjoint est aussi invité à participer au suivi. Une étude portant sur la pratique sage-femme québécoise et l'expérience des pères parle d'ailleurs de coconstruction d'espace mettant en action et en réflexion la mère, le père et la sage-femme (Baker *et al.*, 2009). Cette place accordée au futur père est appréciée :

Mon chum, il est venu à pratiquement tous les suivis. J'trouvais ça intéressant. Des fois la sage-femme lui disait, par exemple : « Maintenant tu serais capable d'entendre le cœur, à travers le ventre, tu peux essayer ». J'trouvais ça l'fun que le chum aussi soit inclus, impliqué là-dedans, puis toujours le bienvenu. [Mylène, 26 ans, prof., nat, sf, nat]

Avoir la possibilité d'accoucher de différentes manières en choisissant ses positions ou dans l'eau est fréquemment mentionné par les femmes. Ariane souligne aussi qu'il y a plus d'ouverture quant à la manière dont les femmes veulent vivre leur accouchement :

J'me rends compte qu'avec la pratique sage-femme, il y a plus d'ouverture sur toutes les façons de faire. Là j'ai une amie qui va accoucher à l'hôpital, puis elle s'est fait un plan de naissance. Elle veut faire respecter ses droits, parce qu'elle a entendu dire que ce n'est pas toujours facile d'accoucher dans la position qu'on veut, puis toutes ces choses-là. Moi je trouve ça le fun de ne pas avoir à me préoccuper de ça, justement parce qu'on va y aller au senti. Avec la sage-femme, je sais que tout est possible. Donc, ça ne m'énerve pas. [Ariane, 36 ans, prof., nat, sf, ces]

De plus, les femmes discutent au fur et à mesure de leurs préoccupations et s'attendent à être assistées par la sage-femme comme elles le désirent lors de l'accouchement. À cet égard, les propos de Jessica illustrent les principaux témoignages entendus :

Premièrement, répondre aux questions ou aux craintes que j'aurais plus physiologiques, puis médicales, pendant. Puis vraiment juste de l'assistance ... D'être là pour me suggérer aussi des choses, si mettons le travail bloque depuis un certain temps. Elles peuvent te suggérer des

positions, des choses à faire [...] le suivi est tellement personnalisé. X surtout, ma sage-femme principale, j'aimerais encore plus que ce soit elle. Elle me connaît. J'ai l'impression qu'elle va être capable de me « sizer » un peu. On en parle quand même de l'accouchement, presque à chaque rencontre. [Jessica, 29 ans, prof., nat, sf, nat]

La continuité relationnelle est appréciée. Par contre, un changement de sage-femme en raison d'un congé imprévu a été perçu comme décevant par Ariane et Nadine :

J'ai perdu ma sage-femme parce qu'elle est enceinte. Alors ça été une grande déception, encore que dans ma malchance ce n'était pas si pire parce que j'étais comme en milieu de grossesse donc j'ai le temps quand même d'essayer de reprendre une relation avec une autre personne. [Nadine, 41 ans, prof., nat, sf, ces]

4.6.5 Rencontre avec des spécialistes et autres intervenants au centre hospitalier

Au cours de leur grossesse, les femmes auront à rencontrer d'autres médecins, lors de l'échographie ou pour certains examens. L'impossibilité de coordonner ces rendez-vous avec ceux du suivi régulier suscitait de l'insatisfaction. Par ailleurs, le contact avec certains radiologistes et gynécologues s'est révélé très variable. Si certaines femmes les décrivaient comme gentils, pour d'autres c'était questionnant, principalement dans la région de la MCQ.

À l'accueil, la préposée qui prend ton papier dit « ah vous devez avoir rendez-vous avec le docteur Y, c'est lui qui est de garde. Il est super fin, mais il a un humour particulier. » Donc je me considérais avertie! C'a été important qu'elle le dise parce qu'effectivement deux-trois blagues si on ne s'y attend pas c'est un peu spécial [Pascale, 36 ans, prof., ind/nat, omni, nat]

J'ai eu comme une expérience vraiment plate [contrariante] ce matin-là. Brutalité pas mal, bien surtout psychologique, mais aussi un peu physique. Je me suis fait bousculer et je n'ai pas aimé ça. Il n'était pas ... ça été un silence complet. Il a pris ses petites mesures puis il nous a jeté dehors-là, quasiment à coups de pied dans le cul! Donc ça été épouvantable, mais apparemment que c'est la routine avec ce médecin-là ([Sarah, 27 ans, prof., nat, sf, nat]

4.6.6 Les autres intervenants ou thérapeutes alternatifs

La plupart des femmes vont aux cours prénataux, en CLSC, dans des organismes communautaires ou en privé⁵⁹. Deux femmes ont eu recours aux services d'une accompagnante à la naissance⁶⁰ : l'une, monoparentale, suivie par une sage-femme, tout au long de son expérience pour agrandir son réseau, l'autre, suivie par un gynécologue-obstétricien, pour des cours prénataux privés.

⁵⁹ Nous verrons les savoirs issus de ces cours au Chapitre VI.

⁶⁰ Une accompagnante est une femme qui accompagne la femme enceinte, la soutient lors de l'accouchement et durant la période postnatale, mais sans assumer le suivi et les soins professionnels (appelée aussi doula).

Plusieurs femmes consultent des ostéopathes, acupuncteurs ou autres praticiens alternatifs pour des problèmes de grossesse, un bébé en siège ou pour le déclenchement du travail. Elles apprécient leur contact. Elles reçoivent aussi des conseils ou des avis sur la santé ou sur la grossesse, qu'elles suivent en général.

4.6.7 La contribution des intervenants aux représentations de l'accouchement

Les propos des participantes nous permettent d'entrevoir les représentations des différents intervenants à l'égard de l'accouchement, et comment celles-ci s'harmonisent, s'opposent ou contribuent à transformer les leurs. Pour les omnipraticiens, la surveillance biomédicale de la grossesse prévaut, bien que l'accouchement et l'allaitement soient vus comme demandant une certaine préparation. À cet égard, l'approche dite « physiologique »⁶¹ de l'accouchement a été discutée avec Annie, et sa médecin lui a suggéré le livre « Une naissance heureuse » écrit par une sage-femme. Ce qui a renforcé son intention de faire confiance à son corps et d'avoir recours à différents outils pour faciliter l'ouverture du bassin. Pour Pascale, qui ne conçoit pas l'accouchement comme une situation médicale, l'intérêt de son médecin envers la périnatalité et sa promesse de respecter ses désirs à l'hôpital le moment venu, s'accorde à ses propres représentations. Par contre, Valérie prend conscience qu'il y a vraiment divergence d'opinions lorsque sa médecin lui parle, à 36-38 semaines de grossesse, de « stripping » et de l'éventualité d'un déclenchement si elle dépasse la date prévue de l'accouchement. S'y refusant au début, elle finit par céder devant son insistance. La réaction d'Élise à son transfert auprès d'une gynécologue-obstétricienne montre la dissonance entre sa vision d'un accouchement où le contact humain est important de celle d'une intervention médicale. Cette rupture alimente la réflexion qu'elle avait amorcée lors de son cours de yoga prénatal et l'amène à privilégier un « accouchement naturel » en souhaitant ardemment que son bébé qui se présentait par le siège se retourne pour éviter la césarienne qu'on lui a déjà annoncée.

Elle ne fait pas de suggestion. J'essayais de lui poser des questions sur les différentes positions à l'accouchement et tout ça puis elle est comme ... Elle a l'air plus arrêtée un peu sur les techniques dans le sens qu'elle est peut-être plus classique, je ne sais pas, la position classique pour l'accouchement. Mais en même temps elle est ouverte à la discussion [...] après ça, c'est parti sur la césarienne donc on ne s'est pas étendu sur le sujet. Mais si tout va bien, j'ai encore

⁶¹ Le terme approche « physiologique » de l'accouchement ou « accouchement physiologique » signifie un accouchement qui se déroule spontanément par opposition à un accouchement médicalisé.

une couple de questions à lui poser, à savoir si elle va être à l'aise de faire un accouchement qui ... qui est plus... [Élise, 30 ans, serv., ind/nat, omni, ces]

Les représentations des omnipraticiens sont partagées entre l'accouchement vu comme un acte médical et celui d'un événement physiologique, ce qui influence aussi leurs relations avec la femme ainsi que le respect de leurs désirs. Pour leur part, les gynécologues-obstétriciens assurent la surveillance de la grossesse par différents tests et examens. Avec eux, comme nous l'avons déjà mentionné, l'accouchement demeure un sujet difficile à aborder, même en fin de grossesse. Aux questions posées, la plupart répondent qu'ils agiront au mieux en temps et lieu. Pour plusieurs, l'accouchement semble perçu comme une intervention où leur expertise est mise à contribution. Les femmes demeurent donc dans l'expectative de l'événement.

Pour leur part, les infirmières des cliniques de grossesse ont à cœur d'informer et de sensibiliser les futures mères aux saines habitudes de vie pour favoriser le bon développement du fœtus. Elles encouragent aussi les femmes à se préparer à l'accouchement et à faire un plan de naissance. Pour cela, un formulaire est même remis dans certains hôpitaux, ce qui suscite des interrogations chez quelques femmes, les amenant à une plus grande recherche d'informations. Certaines infirmières semblent conscientes qu'il existe différentes manières d'accoucher et elles visent à respecter les attentes des femmes à cet égard. C'est ainsi qu'en apprenant que Bianca souhaitait accoucher naturellement, l'infirmière l'a incitée à s'y préparer activement par un changement de perception, comme nous l'avons vu au chapitre précédent.

D'après les témoignages des femmes suivies par des sages-femmes, ces dernières prennent en compte les différentes dimensions de l'expérience de grossesse et d'accouchement. En plus de l'aspect physiologique, les femmes ont l'occasion à travers les échanges avec la sage-femme, de parler de leur vécu sur tous les plans. Ce qui les amène souvent à prendre conscience de leurs ancrages par rapport à la naissance, à dépasser certaines craintes et à cheminer vers ce qu'elles ressentent profondément. Elles développent davantage de confiance dans leur capacité d'accoucher avec leurs ressources intérieures et leur ressenti. Au moment de donner naissance, elles se sentent l'actrice principale de cet événement.

Les animatrices de rencontres prénatales des CLSC, d'organismes communautaires ou privés, contribuent à divers degrés à l'évolution des représentations de l'accouchement par les discours qu'elles utilisent. Ces savoirs seront mis en évidence au Chapitre VI. Pour le moment, nous pouvons dire que les femmes acquièrent des connaissances sur le déroulement de l'accouchement, ce qui permet un apprivoisement du travail et pour certaines, une perception plus positive de la douleur. Elles découvrent des outils pour mieux vivre leur travail et prennent conscience des effets délétères possibles des interventions médicales. Comme nous l'avons vu au Chapitre III, souhaitant ce qu'il y a de mieux pour leur bébé et pour elles-mêmes, certaines femmes en viendront à modifier leur projet d'accouchement.

La façon de concevoir la naissance est un construit social qui oriente les différentes perspectives sur l'accouchement tant pour les femmes que pour les intervenants. Les modèles sur la naissance (Davis-Floyd, 2001, 2009) apportent un éclairage sur les tendances qui se reflètent à travers les relations établies entre les professionnels et les femmes. Ainsi selon les propos des participantes le suivi avec un gynécologue-obstétricien présente plusieurs caractéristiques du modèle technocratique. Par ailleurs, le suivi avec un omnipraticien semble osciller entre les modèles humaniste et technocratique selon les valeurs de chaque clinicien et possiblement son contexte organisationnel. Et l'approche sage-femme tend à se rapprocher du modèle holistique, étant donné l'attention portée à la femme, la prise en compte du caractère multidimensionnel de son expérience, la relation de type égalitaire établie avec elle et les soins individualisés (Gagnon, 2011, 2012, 2013; Lemay, 2007).

4.7 Conclusion

L'expérience subjective des femmes se construit à travers leur propre pensée, façonnée par le social et leur contexte de vie. À la croisée des intersubjectivités, nous retrouvons leur partenaire, la famille, l'entourage et les intervenants portés par leur propre subjectivité.

Les représentations de la grossesse étaient de nature négative ou résolument positive selon les femmes, et pour plus du tiers d'entre elles, elles oscillaient entre les deux. Les femmes (4/25) n'ayant pas d'attirance envers la grossesse, ou qui la voit comme un état qui déforme leur corps, leur impose des restrictions, les bouleverse et la considère comme un long moment à passer,

sont des migrantes habitant la ville de Québec. Pour trois d'entre elles, la vie de couple est relativement récente comparée aux autres participantes. Elles témoignent d'un grand sentiment d'isolement et sont toutes suivies par des médecins. Toutefois, après une période d'adaptation, la perception a évolué positivement pour deux de ces femmes. Neuf autres femmes avaient des représentations mitigées de la grossesse, la considérant comme un passage obligé pour avoir un enfant, mais qui comporte aussi un côté merveilleux. Six d'entre elles étaient en situation de couple depuis plus de cinq ans. Plus négatives, en début de grossesse, elles avaient de la difficulté à s'adapter à la réalité qu'elles avaient souvent idéalisée. Des appréhensions à l'égard du bébé ou de leur vie future viennent les perturber et elles sont parfois envahies par un sentiment de responsabilité. Émerveillées par moment, elles se sentent néanmoins dans un processus nécessitant de multiples adaptations. À posteriori, ces femmes aiment se rappeler les bons moments vécus et en viennent à relativiser les moins bons. Enfin, pour douze participantes (12/25) la grossesse est un événement heureux. Les moments jugés plus difficiles sont bien vécus. Leur vie de couple dure depuis environ deux à huit ans, et neuf d'entre elles ont un suivi sage-femme. Plus de la moitié (7/12) sont migrantes, mais se sentent néanmoins proches de leur famille. Avoir une belle grossesse est considéré comme une chance. Tout au long des entretiens, les femmes enceintes nous ont parlé d'étapes à franchir. Ces étapes semblent se situer à l'intérieur de trois phases que nous avons décrites comme étant « la certitude », c'est-à-dire une première phase où la femme doit acquérir le sentiment d'être véritablement enceinte et de pouvoir mener sa grossesse à terme, « l'enceinte » caractérisée par le vécu intériorisé et social de la grossesse, puis « la nidification » où la femme prépare l'espace pour accueillir son enfant.

Les représentations de l'accouchement sont assez similaires sans égard à la région de provenance mais elles sont plutôt liées au type de suivi de grossesse. Les femmes parlent de trois types d'accouchement : naturel, péridurale, césarienne. L'hôpital et la maison de naissance sont aussi mis de l'avant comme portant des modes d'accouchements différents. Les images de femmes accouchant en position dorsale avec un médecin arrivant au dernier moment, font partie de l'imaginaire collectif alors que la maison de naissance est vue comme un environnement convivial et rassurant. En début de grossesse, les représentations de l'accouchement oscillent entre les notions de joie, de moment unique et la douleur est dite inévitable et inimaginable, certaines évoquant les cris et la perte de contrôle. La notion d'inconnu est largement mentionnée

à laquelle s'ajoute, au temps 2 des entretiens, la permanence de l'imprévu. Pour certaines, il s'agit d'un passage obligé alors que pour d'autres, c'est un évènement faisant partie de la vie, de la nature humaine. À quelques semaines d'accoucher, elles y voient un travail de concentration, à vivre une contraction à la fois, avec des étapes à franchir, une épreuve à laquelle elles doivent faire face. L'analogie du sport est utilisée pour se donner un comparable. Pour certaines, c'est aussi une expérience intense offrant une opportunité de se connaître et de se dépasser. Enfin, l'accouchement est considéré comme un évènement hors de contrôle et la peur habite les femmes à divers degrés. Après avoir accouché, les représentations varient en fonction du mode d'accouchement et de l'expérience vécue. Ainsi, les femmes ayant accouché de manière naturelle, en parlent avec fierté, comme d'une expérience extraordinaire et un privilège dans la vie d'une femme. Plusieurs diront que le corps sait comment faire. Celles ayant accouché avec péridurale en parle surtout en terme d'aventure où la rencontre avec leur bébé constitue le moment unique. Certaines le voit comme épouvantable et comme un sacrifice corporel, principalement lorsqu'il y a eu utilisation de ventouse ou de forceps. Pour d'autres, l'accouchement demeure un évènement à vivre complètement dans son senti et elles espèrent en être capables la prochaine fois. Par ailleurs, les femmes ayant eu une césarienne considèrent que c'est une opération majeure même si elle peut s'avérer nécessaire. Pour elles, l'accouchement continue de faire partie du processus de mettre au monde. Et le fait pour plusieurs d'avoir vécu une bonne partie du travail avec le sentiment d'avoir fait tout son possible leur permet d'intégrer positivement leur expérience, contrairement aux autres.

L'expérience des femmes se construit aussi au contact des autres. Ainsi, avoir un enfant est considéré comme une affaire de couple. Ce choix est fait à deux et le partenaire joue un rôle actif dans les décisions subséquentes. Plus enclins à recourir aux tests de dépistage prénataux parce qu'ils ne veulent pas « prendre de chance » ou à vouloir connaître le sexe, leur opinion l'emporte fréquemment. L'implication du futur père est importante aux yeux des femmes, à toutes les étapes du processus, malgré un vécu différent suscitant parfois de l'incompréhension. Elles sont également préoccupées des émotions et des sentiments qu'il pourra ressentir lors de l'accouchement, et de l'image qu'il gardera d'elles. Dans tous les cas, le partenaire demeure l'accompagnateur privilégié. Plusieurs se voient faire équipe, le conjoint agissant comme

soutien, protecteur de l'environnement et suppléant au besoin auprès du bébé. Vivre ces étapes ensemble semble avoir contribué à rapprocher les couples.

Les femmes réfèrent régulièrement à des livres sur le développement du fœtus et la grossesse afin de suivre les étapes, s'informer, vérifier la normalité des signes présents et se familiariser avec l'accouchement. Elles recherchent des sources fiables et les normes de santé en vigueur sont acquises par les publications gouvernementales. Elles utilisent Internet pour s'informer, mais les blogues et forums sont considérés comme anxiogènes. La plupart ont été imprégnées d'images sur l'accouchement avant même d'être enceintes à travers les documentaires et les films. Les téléséries foisonnent sur le sujet et alimentent un côté dramatique de l'évènement.

La grossesse crée un rapprochement avec la famille et la réaction des proches est importante. Le futur enfant est investi très tôt par les proches qui souhaitent connaître son sexe et se préoccupent de son bon développement. L'accouchement marque le moment où le couple crée un nouveau noyau familial en se distançant d'abord de sa famille d'origine, pour ensuite la réintégrer en présentant le nouveau-né aux grands-parents. Les femmes demeurent perméables aux valeurs familiales entourant le type d'accouchement, le choix du lieu de naissance et le mode de vie. L'histoire de sa propre naissance et les expériences racontées par la mère ou les sœurs influencent la perception de la grossesse et de l'accouchement. Les femmes peuvent y trouver un renforcement positif ou encore chercher à s'en distancer si elles ont laissé une empreinte négative. Le vécu familial peut devenir une norme avant même d'expérimenter par soi-même. L'opinion de la famille, de la mère en particulier, peut aussi jouer un rôle déterminant dans la prise de décision. Enfin, le vécu d'accouchement est comparable en termes de perception à celui de la mère pour les deux tiers des participantes.

Les amies sont une source de référence importante. Avant la grossesse, les participantes s'étaient abreuvées à leurs témoignages, pour se tourner ensuite vers elles afin de connaître les démarches à effectuer ou pour valider leur ressenti. Les amies peuvent servir de modèle ou encore devenir une source de confrontation et de jugement lorsque les valeurs divergent. L'entourage donne souvent son avis sans qu'il soit sollicité, ce qui crée souvent du désarroi. De parfaits inconnus s'arrogent le droit de toucher le ventre, donnant ainsi le sentiment de devenir propriété publique.

Le regard des autres, souvent apprécié, peut devenir confrontant pour l'image de soi en comparaison avec les images idéales de beauté. De plus, les histoires d'horreur autour de l'accouchement ont pour effet de créer des craintes ou de les renforcer.

Les femmes se disent impatientes d'avoir un premier rendez-vous pour leur suivi avec un médecin ou une sage-femme afin d'être rassurées et confirmer leur grossesse. Celles qui sont suivies par un omnipraticien disent trouver réponse à leurs questions, en plus des examens. Elles souhaitent choisir leurs positions en travail ou pour accoucher et ne subir que les interventions nécessaires. Cependant, trois sur quatre seront référées à un collègue ou à un gynécologue-obstétricien pour l'accouchement. Les représentations des omnipraticiens à l'égard de l'accouchement sont partagées entre un acte médical ou un événement physiologique, ce qui teinte leur relation avec leurs patientes. D'autre part, les femmes suivies par un gynécologue-obstétricien affirment avoir peu d'attentes. Selon elles, le suivi se résume à faire les examens et à répondre aux questions, le tout en cinq minutes. L'accouchement demeure un sujet difficile à aborder, même en fin de grossesse. La présence de résidents ou la perspective d'accoucher avec le gynécologue de garde suscite de l'inquiétude chez certaines femmes. Paradoxalement, plusieurs participantes disent devoir faire confiance au personnel tout en émettant des opinions critiques sur les spécialistes et le système de santé. Par ailleurs, les infirmières de la clinique de grossesse sont une grande source d'information pour les femmes et elles les encouragent à préparer un plan de naissance. Les femmes s'attendent à ce que ce soient elles qui soient plus présentes lors de l'accouchement. Le suivi avec une sage-femme permet à la fois d'effectuer les examens tout en laissant une bonne place à l'échange. Les femmes disent avoir le temps d'établir une relation de confiance leur permettant de parler de leurs préoccupations. Elles se sentent impliquées et apprécient que leur conjoint soit inclus dans les rencontres. Elles sont confiantes de vivre leur accouchement selon leur ressenti et d'être soutenues dans leurs désirs. Pour leur part, les animatrices de rencontres prénatales des CLSC, des organismes communautaires ou privés transmettent des informations ou font vivre des expériences qui contribuent à l'évolution des représentations et des attentes à l'égard de l'accouchement. Le prochain chapitre nous permettra de mieux comprendre les attentes des femmes et comment elles composent avec le fait de se sentir ou non en contrôle.

Chapitre V
Attentes et contrôle

Mettre à jour l'expérience subjective des femmes nous a permis de mieux comprendre la diversité de leurs représentations de la grossesse et de l'accouchement, et comment celles-ci se construisent et évoluent à l'interface des relations à l'autre, aux médias ainsi qu'au fil de leurs expériences. Lors des entretiens, une thématique revenait tout particulièrement dans les propos des participantes, soit celle du contrôle. Elles en parlaient à différents moments et dans différents contextes : par exemple, en décrivant leurs perceptions de leurs sensations corporelles et émotionnelles ou encore leurs anticipations à l'égard de l'accouchement. Nous examinerons dans ce chapitre, la dimension de contrôle telle qu'exprimée par nos participantes dans ses différentes déclinaisons en lien avec leurs attentes lors de la grossesse, en prévision de l'accouchement et au moment même de l'accouchement. Nous verrons également comment le contexte influence le sentiment de contrôle et de confiance, particulièrement à travers les relations avec les intervenants, la prise de décision, la médication, les interventions obstétricales et l'environnement. Puis, nous aborderons les peurs ressenties ou induites, le rapport au corps suite à l'accouchement et la résilience.

Mais tout d'abord : pourquoi s'intéresser aux attentes lorsqu'on parle de contrôle? N'est-ce pas là un piège? Accorder trop de place aux attentes ne risque-t-il pas justement de provoquer déception et sentiment de culpabilité à l'égard d'évènements pour lesquels justement la possibilité de contrôle demeure relativement restreinte? Les attentes font partie de la vie et sont inhérentes à tout projet qui nous tient à cœur (Moore, 2013). Aussi, les femmes enceintes se projettent dans leur expérience de grossesse et d'accouchement et espèrent le meilleur puisqu'il s'agit de l'un des évènements les plus significatifs et transformateurs de leur vie. Dans la culture occidentale et en cette période historique unique qui se caractérise en partie par le droit à l'épanouissement personnel (de Singly, 2016), les femmes envisagent avec plus ou moins de détails ce que chaque étape signifie pour elles et pensent à l'avenir, le tout accompagné d'un flot d'émotions alternant entre bonheur et anxiété. Ces attentes sont nourries par la littérature, les médias, leur réseau familial et social, les intervenants rencontrés et elles évoluent au fil des connaissances acquises et des expériences vécues. Les attentes sont un moyen de se préparer à vivre la naissance de l'enfant et à devenir mère; elles sont une forme de socialisation anticipative (Moore, 2013).

Diverses études menées en Australie, au Canada, en Europe, au Royaume-Uni (Namey & Lyerly, 2010) et en Finlande (Melender, 2006) ont montré que le contrôle est une préoccupation pour les femmes enceintes. De plus, le sentiment de contrôle a été identifié dans la littérature comme l'un des principaux éléments prédictifs de la satisfaction de l'accouchement (Fair & Morrison, 2012; Hauck *et al.* 2007; Lavender *et al.*, 1999; Namey & Lyerly, 2010). Toutefois, les perceptions à l'égard de ce que l'on peut ou non contrôler sont différentes selon les femmes (Carter, 2010). À la lumière de ce qu'elles nous ont fait part, nous nous intéressons aux différentes zones sur lesquelles nos participantes voulaient ou croyaient maintenir un contrôle ou, au contraire, avaient l'impression de ne pouvoir en exercer aucun. Voyons maintenant comment cela s'est manifesté en cours de grossesse et dans quelle mesure nos participantes ont tenté de concilier attentes et contrôle.

5.1 En grossesse

Nous avons vu au Chapitre III (section 3.2), que contrôler le moment précis de la conception est vécu comme important et que beaucoup de femmes planifiaient la venue d'un enfant en suivant un certain ordre dans leur vie. Une fois enceintes, elles étaient soucieuses d'effectuer les démarches adéquates et d'initier un suivi de grossesse dans les temps requis d'après leur réseau social. Elles manifestaient également une certaine retenue dans l'annonce de la grossesse ou retardaient le moment de s'investir émotionnellement de peur de perdre le bébé. Certaines différaient ce moment, car il signifiait changer sa vie, son rapport aux autres ou amenait une appropriation sociale de ce qu'elles considéraient leur appartenir en propre.

La planification du moment idéal pour concevoir est maintenant une préoccupation pour les femmes dans le contexte nord-américain, comme l'ont aussi démontré des études récentes (Han, 2015; Moore, 2013). Comme ces femmes, nos participantes choisissent le bon moment, en considération de leurs projets de vie professionnelle, de la stabilité des relations et de l'engagement de leur partenaire dans le projet de parentalité. En outre, se tourner vers un médecin ou une sage-femme pour le suivi de grossesse et l'accouchement s'impose dès le premier doute sur la possibilité d'être enceinte. Ce choix, comme nous le verrons, s'avère crucial dans leur expérience, ce qui faisait déjà dire en 1994 à l'anthropologue américaine Ellen S.

Lazarus qu'après avoir décidé de devenir enceinte, c'était la décision la plus importante des femmes.

Si les femmes exercent dès le début un contrôle sur le partage de leur état de grossesse, elles commencent également à négocier leurs attentes en se confrontant à la réalité.

5.1.1 Attentes et réalité

La plupart des femmes anticipaient la grossesse comme une période de félicité et elles se sont frottées rapidement aux contraintes de la réalité (malaises physiques, bouleversement émotif). Ces constats entraînent une certaine désillusion et des inquiétudes sur la normalité de leur vécu. Confrontées à l'inconnu et placées devant ce qu'elles considèrent comme incontrôlable, plusieurs ressentent un besoin pressant de retrouver un équilibre et de reconquérir du pouvoir sur elles-mêmes et les événements. Aussi, pour certaines, la grossesse devient une étape obligatoire, voire un mauvais moment à passer pour avoir un bébé alors que, pour d'autres, elle ouvre sur un monde inconnu, mais fascinant. Indépendamment du regard porté sur la grossesse, le besoin de se sentir en contrôle est omniprésent. D'autres études ont également souligné que les femmes de la classe moyenne, comme le sont nos participantes, s'attendent à contrôler en partie ce processus tout comme elles ont le sentiment de contrôler en partie leur vie. (Han, 2015; Lazarus, 1994; Moore, 2011). La culture du soi repose sur l'individuation et la libération progressive des normes traditionnelles qui ont émergé avec la société industrielle (Foucault, 1984). Toutefois, comme le mentionne Lupton (1999: 67):

This version of subjectivity brings with it, as Beck-Gernsheim notes, both new possibilities and new burdens: "on the one hand, that means an expansion of the radius of life, a gain in terms of scope and choice. Life becomes in many respects more open and malleable. But it also means that new demands, controls and obligations fall upon the individual" (1996, p. 140). Because people are now viewed as taking more responsibility for life outcomes, negative events come to be seen as their "fault".

Voyons maintenant, dans les différentes sphères de leur vie et de leur suivi, comment les femmes ressentent à la fois cette perte de contrôle et tentent de l'exercer.

5.1.2 Contrôler la qualité et programmer le jour J

Avoir un bébé normal et en bonne santé est désiré par tous les futurs parents. Rares sont ceux qui n'auront pas recours aux tests de dépistage ou à l'échographie, surtout depuis que le programme québécois de dépistage de la trisomie est en vigueur (voir 6.2.3). En même temps, la responsabilité assumée par la future mère à l'égard du fœtus l'amène, dès qu'elle pense être enceinte, à contrôler sa consommation d'alcool, son alimentation et ses habitudes de vie. Comme l'exprime Camille, les doutes jaillissent vite et la culpabilité est au rendez-vous :

C'est ça qui me rendait plus nerveuse parce que je n'avais pas fait attention du côté de l'alcool. J'avais eu des belles soirées, ça avait été mon anniversaire, donc je voulais être certaine que ce mois-là y avait pas eu de bébé dans mon ventre. Finalement c'était correct, j'étais vraiment dans les temps [...] S'il avait fallu qu'il ait un retard ou quelque chose je pense que j'aurais eu/ c'est sûr que je me serais sentie un peu coupable là-dedans. Quand je l'ai su j'ai tout arrêté. Je fais attention à ce que je mange et j'essaie de lui donner le plus de chances possibles. [Camille, 32 ans, serv., nat, sf, nat]

Les femmes se trouvent donc dans la position ambiguë de ne pas avoir de contrôle sur le processus de grossesse mais se considèrent quand même responsables d'un corps qu'elles doivent contrôler pour deux. Selon Carter (2010), les idéaux culturels nord-américains de l'autocontrôle sur le corps et la responsabilité individuelle à l'égard de la santé mènent à la présomption que le corps est contrôlable et que la femme en est responsable. Le corps devient donc contrôlable dans certains contextes et non contrôlables dans d'autres comme l'ont également formulé nos participantes. Les femmes veulent ce qui est le meilleur pour leur bébé et comme le soulignait Han (2015 :111), « not only what is good, but also what is better », elles ne ménageront donc pas les efforts en ce sens ou ressentiront un malaise si elles ne s'y conforment pas (Han 2015; Lupton, 2011).

La détermination de la date prévue d'accouchement constitue aussi un enjeu majeur en début de grossesse. La datation sera presque toujours révisée lors de la première échographie et les femmes s'y conforment. Même les femmes connaissant leur date d'ovulation ou de conception n'oseront pas contredire :

Le 4 mai, mais dans l'fond moi avec le test d'ovulation c'est pas ... ça ne fonctionne pas. Ça aurait donné une semaine plus tard environ. Oui, dans le l'fond là, ils m'ont ramenée comme si j'avais eu un cycle régulier, alors que moi j'suis convaincue j'ai eu un cycle de 35 ou 36 jours [...]. En fait, c'est une estimation [...] Mais, dans l'fond j'ai accepté qu'ils m'aient donné le 4 mai, mais dans ma tête j'me dis, c'est un p'tit peu plus tard que j'pense, donc si elle veut me déclencher rapidement j'vais dire : « Bien, on peut-tu attendre un peu? », parce que je veux

que ça soit le plus naturel possible et laisser la chance au bébé d'sortir par lui-même. [Bianca, 29 ans, prof., nat, gyn, nat-i]

C'est d'ailleurs l'expérience antérieure de sa sœur qui avait été déclenchée après une semaine de retard, alors que le médecin avait devancé la date prévue d'accouchement d'une semaine, qui suscite cette réflexion pour Bianca. Ainsi, le contrôle médical s'installe dès le début de la grossesse renforcé par les messages de santé publique comme nous l'avons vu antérieurement. Selon Lupton (2011), les femmes enceintes des sociétés occidentales sont entourées d'experts les incitant à protéger la santé et le développement de leurs fœtus. Les problèmes pouvant survenir sont souvent attribués aux mères surtout si elles font défaut de se conformer aux recommandations. Il n'est donc pas étonnant que les femmes viennent à douter de leur corps (Lupton, 1999) et à manquer de confiance dans leurs propres observations. La grossesse est sous contrôle médical et, culturellement, à travers ces discours, nous en venons à la voir comme potentiellement pathologique et devant être traitée (Goodwin-Smith, 2012). Toutes les femmes ne sont pas touchées de la même façon par ce pouvoir, mais les relations peuvent alors être comprises comme un processus de négociation (Lorentzen, 2008).

5.1.3 C'est parti! ...à dans 9 mois

Les femmes réalisent rapidement que la grossesse se déroule indépendamment de leur volonté:

...c'est ça, ce processus-là, c'est qu'on n'a ... Autant les premiers mois où on est fatigué, moi j'étais fatiguée comme plein d'autres femmes, j'imagine, mais c'est vraiment une p'tite perte de contrôle, oui, de la situation, puis il faut aussi s'abandonner un p'tit peu là à ce qui se présente. C'est ça donc la grossesse. [Odile, 40 ans, prof., nat, gyn, med] à 19 semaines.

Ne pas avoir de contrôle sur le processus de la grossesse cause du stress et de l'anxiété pour certaines femmes. Comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents, la transition vers la maternité amène un changement du statut de fille à celui de mère, ce qui cause parfois de grands bouleversements. De même, les femmes dont la vie professionnelle se trouve brusquement modifiée vivent un déséquilibre avec lequel elles doivent composer. Devant s'ajuster à un rythme d'activités compatible à leurs nouveaux besoins, elles voient aussi leur vie sociale se transformer. De nouvelles préoccupations font surface et avec elles, s'installent le sentiment de perdre le contrôle de sa vie, du moins tel qu'elles la connaissaient jusqu'à maintenant. Certaines anticipent la perte de liberté et de spontanéité dans leur vie. Elles sont effrayées à l'idée de se

sentir indispensables pour leur bébé et de réaliser qu'un autre être va dépendre entièrement d'elle. Le rapport aux autres se modifie et comme nous l'avons vu, elles se sentent tout à coup sous l'emprise des commentaires de l'entourage. À cet égard, nous partageons la conclusion de la sociologue Deborah Lupton (1999) à savoir que la femme enceinte est entourée d'un réseau complexe de discours et de pratiques adressées à la surveillance et la réglementation de son corps. Hébergeant le potentiel d'un autre être humain, elle devient l'objet de l'évaluation des autres et la notion de risque est un élément central du discours de ceux qui l'entourent. Il devient donc difficile pour une femme enceinte de ne pas être aspirée par ces discours. De plus, la femme devient l'environnement dans lequel le fœtus grandit, mais elle ne possède pas l'exclusivité du contrôle, car elle subit l'influence médicale et technologique dans un espace de plus en plus présent.

5.1.4 Perte de contrôle sur son corps, ses émotions, ses pensées

Ressentir de nouvelles sensations et voir son corps se transformer accentuent le sentiment de perte de contrôle sur son corps. Nous pouvons affirmer comme l'anthropologue Sally Han (2015: 100) que : « Early in their pregnancies, women in my study frequently told me that their bodies were "out of control"—or out of *their* control—with pregnancy. » Les craintes à cet égard sont amplifiées pour celles qui ont déjà souffert de boulimie ou qui exerçaient antérieurement un contrôle sur leur poids par des régimes alimentaires. L'étude de Nash a également montré que la nourriture est non seulement un domaine de contrôle du corps, mais que c'est également un moyen de perdre le contrôle. Contrairement à l'étude de Han (2015), certaines de nos participantes ont décrit la perte de contrôle sur leurs corps en termes négatifs. Ainsi, Élise, Florence et Héloïse trouvaient les différents malaises de grossesse envahissants et désagréables. Par ailleurs, ne plus pouvoir s'entraîner avec autant de rigueur qu'avant était source de frustration pour Daphnée, Karina et Héloïse. De même, ne plus pouvoir pratiquer librement leurs sports habituels jugés trop intenses ou à risque accentuait le sentiment de perte de contrôle pour Ariane et Gabrielle. La discipline du corps continue toutefois de s'exercer à travers l'alimentation et l'exercice jugé compatible avec la grossesse. Comme l'indique Lupton (1999), le corps et l'apparence demeurent sous surveillance et contrôle continu tant de la part des femmes elles-mêmes que des autres, la grossesse accentuant même l'intérêt pour le corps. De plus, le corps de la femme enceinte est systématiquement représenté dans les discours médicaux

et populaires comme sous l'effet de perturbations associées aux hormones (Lupton, 1999). Ainsi, les émotions, surtout celles associées à des sentiments négatifs, ont de la difficulté à être reconnues comme légitimes. Le dualisme cartésien impute des distinctions entre le corps et l'esprit, mais aussi entre le rationnel et l'irrationnel (Han, 2015), ce qui renforce le fait, pour certaines femmes enceintes, de se sentir à contre-courant des discours dominants et des représentations culturelles de la maternité qui ont tendance à mettre en évidence le côté positif. Aussi, la variabilité et l'instabilité des émotions ressenties de même que les anticipations peuvent conduire jusqu'à l'angoisse pour certaines femmes.

Je ne me sentais pas bien émotionnellement non plus. Je me disais « c'est sûr, neuf mois, ça ne va vraiment pas être l'fun » tu sais. Je ne voulais pas être négative, mais j'suis quelqu'un d'assez réaliste aussi, donc j'voyais vraiment les choses comme elles étaient. [...] Puis ça implique beaucoup d'choses. J'pensais pas que ça allait à c'point-là, impliquer beaucoup d'choses. Tu sais le travail, mais le travail à long terme... de penser à tout ça là ..., aux relations avec les gens autour de toi qui changent, y a plein d'choses qui changent... tout... tout est différent on dirait. [Élise, 30 ans, serv., ind/nat, omni, ces]

Même si toutes ne vivent pas aussi intensément les transformations engendrées par la grossesse, beaucoup sont vulnérables à une perte de contrôle sur leurs pensées et doivent apprendre à composer avec celle-ci :

Ce qui vient un peu avec la grossesse, c'est le lâcher-prise. Au début je voulais tout savoir et là je ne dis plus « ça va être quoi dans quatre semaines? », mais je n'en ai aucune idée alors là, je vis ça jour après jour. Et oui, je ne me pose pas trop de questions sinon ... [Miranda, 39 ans, prof., nat, gyn/sf, nat]

5.1.5 Contre vents et marées : s'adapter pour faire le passage

Avec le temps, les femmes en viennent généralement à adopter une attitude de lâcher-prise et commencent à vivre leur grossesse, une journée à la fois. Elles disent ne pas vouloir s'empêcher de vivre parce qu'elles attendent un enfant. Elles apprennent à connaître le fonctionnement de leur corps, à s'y ajuster et elles assimilent doucement leur nouvel état.

[...] mais j'ai des bonnes nausées. Entre 6 et 9 semaines, j'ai eu des journées complètes de nausées, je n'avais pas encore compris qu'il fallait que je mange plus souvent. Mais, j'ai appris, j'ai appris à « dealer ». Là, je prends souvent un petit muffin le matin dans mon lit avant de me lever, j'attends 15 minutes, je me lève [...] Donc, j'ai pris mes trucs. Ça m'a pris une semaine à me faire à ces petits trucs là. [Camille, 32 ans, serv., nat, sf, nat]

Parmi les moyens privilégiés pour maintenir un équilibre, des femmes ont exprimé avoir repris le contrôle de soi et de leur vie de femme enceinte en étant plus à l'écoute de leur corps avec les

cours de yoga prénatals notamment. L'usage de moyens pour mieux sentir et comprendre le corps mettrait donc l'accent sur la paix et l'harmonie plutôt que sur le contrôle et la domination du corps, comme l'avait également remarqué Carter (2010). Plusieurs femmes nous ont aussi dit que le lien établi avec leur futur bébé était source de réconfort. Établir des priorités les aide également.

Et je reçois beaucoup d'amour de lui et il me ramène rapidement dans un état de paix quand je suis un peu ... un peu émotionnelle ou aussi un peu frustrée ou nerveuse ou ... Je pense à lui et tout de suite mon cœur s'ouvre et ça calme et je pense à comment lui, il est bien dans son eau, et que c'est calme et doux. Ça ramène rapidement dans le même état [...] Je trouve difficile la combinaison avec le travail [...] J'ai écrit les projets, mes priorités jusqu'à mon congé de maternité, qu'est-ce que je ne touche plus. Ça me donne plus de calme en fait et pas le ressenti je n'y arriverai pas ou, le stress en fait. [Miranda, 39 ans, prof., nat, gyn/sf, nat]

Les limitations imposées par les changements corporels peuvent être source de frustration ou au contraire devenir pour d'autres une opportunité de reprendre le contrôle sur elles-mêmes. Ainsi, lorsqu'Annie a ressenti des contractions prématurées à 20 semaines de grossesse, un grand sentiment d'inquiétude s'est installé, car la médecine ne pouvait lui venir en aide. Le sentiment d'impuissance éprouvé alors l'a amenée à faire un travail sur elle-même.

La médecin a dit, jusqu'à 24 semaines là, faites comme si de rien n'était, mais moi j'ai fait hey! pas du tout là, moi je m'en vais chez nous, je m'en vais me reposer, jamais j'vais faire comme si de rien n'était en sachant que j'pourrais l'perdre [...] avec le recul j'suis contente dans l'fond, parce que j'ai fait un beau cheminement. Je me suis traitée dans tous les sens du terme. J'ai pris du temps [...] ça m'a permis d'assimiler encore plus ce qui se passait puis ce qui allait s'en suivre parce que j'étais submergée par mes peurs. On dirait que ça m'a fait, « oui j'ai des peurs, mais j'ai d'autant plus peur de perdre ce bébé-là, je l'aime déjà » [...] J'ai tout conscientisé ça tranquillement dans cette étape-là. [[Annie, 31 ans, prof., nat, omni, ces]

Comme le mentionnent Palazzolo et Arnaud (2015), se sentir en équilibre, c'est avoir le sentiment de contrôler les différentes sphères de notre vie, d'agir sur les événements plutôt que de les subir. C'est aussi avoir le sentiment que nos comportements sont en cohérence avec nos valeurs et nos aspirations. Ainsi des femmes comme Camille font avant tout confiance à leur corps pour mener à bien leur grossesse, associant le contrôle de cet événement au processus lui-même qu'elles considèrent comme bien fait.

J'ai des amies qui sont enceintes en ce moment [...] elle n'arrête pas de m'agacer : « As-tu fait tel test? As-tu fait une écho? » Puis, on n'a pas du tout la même vision des choses. Donc je trouve ça un petit moins évident, mais en même temps elle me respecte quand même quand je lui dis : « Non, moi je ne fais pas d'écho tout de suite, moi j'attends à 20 semaines ». Mais elle ne comprend pas. Parce qu'elle, à 12 semaines, c'était son écho tout de suite. C'est correct

pour elle, mais elle le vit vraiment ... elle a besoin de se faire sécuriser. Moi, j'ai plus tendance à faire confiance au processus. [Camille, 32 ans, serv., nat, sf, nat]

Certaines femmes, comme l'amie de Camille, s'en remettent à la technologie pour exercer une surveillance et un contrôle. La femme ne possède donc pas l'exclusivité du contrôle, mais le subit à travers le contexte médical et social.

En regard des difficultés vécues, Élise, Bianca et d'autres essaieront de renverser la situation ou, comme elles le mentionnent, « mettre les chances de leur côté » en utilisant des moyens alternatifs comme la visualisation, certains exercices ou l'acupuncture afin de favoriser le retournement du fœtus, par exemple. De même, certaines disent avoir développé une possible force de caractère pour contrer les commentaires ou les regards des autres :

Ils ont tous leurs histoires d'horreur puis leurs remèdes magiques [...]. La dernière m'a dit : « j'ai tellement déchiré qu'ils n'ont pas voulu m'dire combien d'points j'ai eus. » OK! T'sais là, je suis rendue ... bien c'est peut-être une force de caractère d'être capable de dire « bon bien ça, c'est toi. Puis moi, on verra ». [Valérie, 27 ans, prof., nat, omni, med]

Une fois les adaptations des premiers mois franchies et bien installées dans leur grossesse, l'attention et le besoin de contrôle des femmes seront alors dirigés vers l'accouchement.

5.2 En prévision de l'accouchement

Bien que certaines femmes préfèrent ne pas penser à l'accouchement en début de grossesse, considérant qu'il s'agit d'un événement lointain, toutes, sauf une seule, ont des préoccupations en lien avec ce qui pourrait arriver à ce moment, sur le fait d'avoir ou non du contrôle lors de l'accouchement ainsi qu'à la préparation dont elles estiment avoir besoin.

5.2.1 Impondérable ou processus involontaire

Près de la moitié des femmes (10/25) parlent de l'accouchement comme d'un événement où l'imprévisible est susceptible de se produire, et ce, peu importe le type de suivi.

On ne sait pas comment on est faite. On ne sait pas comment ça va virer [Daphnée, 30 ans, serv., ind, gyn, ces] à 14 semaines

c'est sûr qu'on a toujours... on s'inquiète aussi à savoir que tout va être correct pour l'enfant, on sait jamais ce qui peut arriver [Laurence, 24 ans, prof., nat, sf, nat]

L'accouchement s'avère une incertitude dans un monde de contrôle (Lowe, 2000). Derrière l'imprévisible, la notion de risque transparait aussi dans les propos des participantes. « Ne jamais savoir comment ça va tourner » est communément exprimé. Malgré les avancées scientifiques permettant de mieux gérer les situations pathologiques lors de la grossesse et de l'accouchement, ce qui devrait pourtant conforter les femmes, « la crainte du malheur » est toujours bien présente et fait dire à Cesbron et Knibiehler qu'en Occident :

Les futurs parents n'ont pas toujours la ferme conviction que la naissance est d'abord leur affaire et que leur rôle y est premier. Nous vivons encore dans la peur du danger, et pour eux une telle inquiétude justifie une forte délégation de leurs propres responsabilités aux professionnels (Cesbron & Knibiehler, 2004 : 306)

Si les menaces d'autrefois liées aux « accidents de la nature » ou à la volonté de Dieu ont été remplacées avec la modernité techno-scientifique par l'illusion que les problèmes peuvent être éliminés par une gestion des risques (Beck, 2008), cela n'en diminue pas pour autant les craintes des femmes. Au contraire, de nouvelles représentations de l'accouchement tout aussi inquiétantes, sont suscitées.

...les hygiénistes, dominant la pensée médicale, et plus largement sociale, vont ainsi imposer une conception « sécuritaire » de l'accouchement qui relève de la liberté surveillée et de la systématisation de l'encadrement médical devenu obligatoire. [...] Cette conception de la médicalisation est alors dominante et très assurée : « Tout accouchement ne peut plus être considéré comme physiologique, que lorsque la femme et son enfant sortent en bonne santé de la maternité ». (Cesbron & Knibiehler, 2004 : 122)

Plus du tiers des femmes (9/25) considèrent l'accouchement comme un évènement sur lequel elles n'ont aucun contrôle. Cette fois, elles sont toutes suivies par un gynécologue-obstétricien à deux exceptions près et affirment vouloir contrôler au moins ce qui dépend d'elles.

Quelques femmes perçoivent l'accouchement comme une fatalité : *on n'a pas l'choix! Faut qu'y sorte!* (Florence) ou voit son côté inéluctable : *T'as pas le bébé tout de suite dans les bras, il faut que tu passes par ça.* (Laurence). Tout ceci est confrontant, alors que l'individualisation procure le sentiment d'exercer un contrôle sur sa vie (de Singly, 2010; Giddens, 1991).

Vers la fin de la grossesse, les perceptions se sont précisées. Les femmes parlent davantage d'un processus sur lequel elles ne peuvent exercer un contrôle, du moins en partie. « Ne pas savoir à

quoi s'attendre » est encore présent dans leurs propos. Cependant, ceux-ci sont davantage liés au fait qu'elles n'ont jamais vécu l'expérience d'accoucher. Et malgré la nouveauté de l'expérience, certaines, comme Gabrielle craintive au départ, commencent à devenir plus confiantes en leur possibilité de vivre activement leur accouchement.

Et ma mère me disait : « Ça ne marchera pas! Quand on a mal, on ne veut rien savoir! » [...] Puis là, je me suis rendu compte que dans le fond, ma mère a dû réagir comme ça; donc elle s'attend à ce que je réagisse comme ça. Et elle est comme ça dans la vie, quand ça ne va pas, elle panique, alors que moi, je suis plus dans la recherche de solutions. Probablement que je vais être plus proactive. J'ai réalisé ça ce matin, ça m'a fait du bien! Ça m'a fait cheminer dans l'fond. Je me suis dit : « je ne suis pas obligée de subir et d'attendre que les autres fassent quelque chose pour moi. J'vais, j'suis capable de...mon cerveau va être encore là! » [Gabrielle, 32 ans, prof., med/nat, gyn, nat]

Durant les dernières semaines, les femmes sont préoccupées par le fait de ne pas connaître le moment exact où le travail va débiter. Reconnaître le bon moment pour se rendre à l'hôpital cause aussi de l'inquiétude. Les réactions sont variées. Certaines se disent « ça arrivera quand ça arrivera » alors que d'autres en font un élément anxiogène, surtout si elles pensent que leur conjoint pourrait être difficile à rejoindre le moment venu.

5.2.2 Appréhender ses réactions

Au cours des entretiens, près du tiers des femmes (7/25) ont dit craindre de ne pas avoir de contrôle sur leurs réactions physiques ou émotives, se sentant vulnérables dans une situation nouvelle où elles n'ont pas de références. Daphnée, qui quelques années auparavant ne voulait pas avoir d'enfant en raison de sa peur d'accoucher, craint maintenant de paniquer :

J'ai l'impression que c'est bien beau dire : on fait des exercices sur la respiration, mais je me demande si je vais être capable de bien respirer comme il se doit. Mais j'espèrerais tellement là prendre ça cool, puis..., mais je le sais que rendue là, je suis sûre que je vais perdre un peu la tête. En tout cas, j'ai l'impression que ça doit faire tellement mal qu'il y a un petit côté rationnel que j'ai, qui va peut-être m'en manquer une petite partie de mon rationnel. [Daphnée, 30 ans, serv., ind, gyn, ces] 35 semaines

Pour sa part, Gabrielle considère que son corps peut réagir hors de sa volonté en situation de stress et elle se base sur son expérience passée pour dire :

Je sais que quand je fais des chutes de pression, c'est que j'me suis mise à me poser des questions [...] c'est tout l'temps ça, je l'ai appris au fil du temps que, si je ne comprends pas, si je ne sais pas, c'est là que la panique embarque. Donc j'me suis dit que je vais essayer d'avoir le plus d'information possible, pour être à peu près capable de me concentrer puis me dire, « bien, fait face parce que tu peux, c'est ça, c'est ton corps, c'est normal, ce qu'il vit ». C'est un petit peu l'objectif. [Gabrielle, 32 ans, prof., med/nat, gyn, nat]

Les réactions du corps, les bruits du corps, ce qui peut en sortir, inquiètent. Quelques femmes ont mentionné ne pas souhaiter que leur conjoint les voient différemment ou craignent d'évacuer des matières fécales à la poussée.

C'est sûr que de ce côté-là j'avais quand même confiance, mais veux, veux pas, on voit des images et tout. J'ai dit : si tu veux voir le bébé sortir, c'est sûr qu'après ça j'espère que ce côté-là ne restera pas dans ta tête tout le temps. [Camille, 32 ans, serv., nat, sf, nat]

La nudité, en particulier devant des inconnus, accroît leur sentiment de vulnérabilité. Celles qui entretiennent une vision dramatique de l'accouchement redoutent particulièrement les cris, à la fois pour leur conjoint et les intervenants. Elles identifient les cris à une perte de contrôle d'elles-mêmes. Dans son étude sur le genre et l'accouchement, menée dans une petite ville du Midwest américain, Martin (2003) avait aussi constaté que les femmes étaient inquiètes de déranger les étrangers avec un comportement perturbateur. Selon cette auteure, les femmes reproduiraient une identité féminine intériorisée qui les empêche d'exercer leur pouvoir de demander de l'aide et du soutien, parfois même à leur partenaire.

Quelques femmes envisagent aussi que des facteurs psychologiques, parfois inconscients, pourraient interférer sur leur accouchement. Elles évoquent la peur de devenir mère à la poussée ou d'être trop dans leur côté rationnel.

En situation de stress, je le sais que je ne panique pas et que mon cerveau tombe opérationnel, puis : c'est quoi les étapes. Premier secours là! Je suis assez efficace. Et là, je pensais à l'accouchement et je me disais que c'est un peu comme une situation d'urgence où on vit une situation et on doit réagir. Puis, je l'ai vu dans ses yeux [de sa sage-femme] et je me suis entendue le dire. Faut éviter d'être trop dans le rationnel justement, parce que le corps sait comment, puis je pense que ça va être ça mon défi. D'arrêter de réfléchir un peu puis de laisser-aller. [Ariane, 36 ans, prof., nat, sf, ces]

Le rapport au corps est complexe et la manière de considérer le corps dépend aussi des significations sociales qui lui sont attribuées. La typologie théorique des trois corps de Scheper-Hugues et Lock (1987) nous aide à mieux comprendre les craintes individuelles liées aux émanations corporelles lors de l'accouchement dans le contexte de l'idéologie du risque omniprésent autour de la naissance. Les trois corps⁶²—individuels, sociaux et politiques—doivent

⁶² Le corps individuel réfère à l'expérience phénoménologique individuelle du corps et du soi. Le corps social est une manière symbolique de réfléchir sur les relations entre la nature, la société et la culture. Quant au corps politique, c'est selon Scheper-Hugues et Lock (1987) un artéfact entre le contrôle social et politique.

être protégés par une vigilance accrue au sujet des sorties. Quand la menace est présente, les symboles de la maîtrise de soi deviennent intensifiés avec ceux du contrôle social. Il y a une forte préoccupation à l'égard de la pureté rituelle et sexuelle souvent exprimée par la vigilance sur les frontières sociales et corporelles. Les individus peuvent exprimer une forte anxiété sur ce qui se passe et vouloir exercer une vigilance corporelle particulièrement sur ce qui en sort, comme les excréments. Même si l'obstétrique a évolué et que les lavements ne sont plus pratiqués, les femmes conservent dans leur imaginaire cette crainte d'évacuer en public, tout comme ces besoins primaires leur semblent incompatibles avec le maintien de leur dignité et la mise au monde de leur enfant. De même, nous pouvons établir un parallèle avec les sons, les cris ou autres manifestations puisqu'une anthropologie du corps implique aussi les émotions, car elles ont une incidence sur la manière dont le corps et la douleur sont expérimentés (Scheper-Hugues & Lock, 1987). Si les corps individuel et social expriment les relations de pouvoir, c'est toutefois le corps politique qui permet de comprendre la manière, dont la dynamique sous-jacente des trois corps. Pour Foucault (1976), le corps politique réfère à la réglementation, à la surveillance et au contrôle des organes dans la reproduction. À travers la médicalisation de l'accouchement, le contrôle sur le corps de la femme s'est institutionnalisé, mais s'est aussi adressé à la discipline individuelle du corps au service de la stabilité collective et de la santé. Et comme le mentionne Memmi (2004), le mode de régulation est maintenant fortement délégué au sujet à qui on laisse le soin de contrôler sa conduite. Toutefois, ce contrôle s'exerce en résonance avec les valeurs dominantes intériorisées.

5.2.3 Intervenants-Interventions

La relation établie avec les intervenants et la possibilité de devoir subir des interventions obstétricales jouent un rôle important sur le sentiment d'être ou non en contrôle de son accouchement. Voyons maintenant le ressenti des femmes à cet égard.

Confiance sur fonds de méfiance dans le suivi médical : La plupart des femmes (11/15) suivies par un omnipraticien ou un gynécologue-obstétricien émettent des craintes sur l'attitude des intervenants et le recours aux interventions. Elles craignent surtout la prise en charge par le personnel, avoir à se battre pour être entendues ou respectées et se sentir bousculées. Elles anticipent de se faire proposer la péridurale alors qu'elles ne la souhaitent pas ou avant d'être

prêtes à la demander. Elles s'inquiètent de manquer d'explications sur les interventions. Elles redoutent également la multiplication des examens par des étudiants en médecine. Elles pensent que le médecin pourrait refuser qu'elles puissent prendre les positions avec lesquelles elles se sentiraient plus à l'aise lors de l'accouchement. La difficulté de s'opposer aux interventions médicales, même d'oser dire ses besoins, est évoquée. De plus, 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 de la pression :

mais c'est sûr que si le médecin dit, « c'est ça, il faut absolument qu'on fasse ça » on va dire oui. C'est plate, mais on n'a pas plus de connaissances que ça [...] mais c'est pas..., je ne peux pas dire que je fais confiance aux médecins [Karina, 32 ans, prof., nat, gyn, nat-i]

La plupart des femmes considèrent qu'en fin de compte, elles doivent faire confiance et « laisser aller les choses »,

Tu sais, tu ne contrôles pu la situation dans l'sens que ... j'ai juste envie de dire : adviene que pourra! Mais... c'est hors de mon contrôle, ce n'est pas moi qui décide qu'est-ce qui va passer vraiment. Donc ça va être de faire confiance, mais après ça, avec le soutien des gens qui seront là, certaines décisions se prendront, mais en même temps, c'est d'accepter la manière que ça se passe aussi là. [Gabrielle, 32 ans, prof., med/nat, gyn, nat]

Parratt (2002) nous met en garde contre le fait que malgré que des femmes puissent faire suffisamment confiance à leur professionnel pour s'en remettre à lui pour la prise de décision lors de l'accouchement, elles peuvent chercher à sauvegarder d'autres parties d'elles-mêmes de peur d'être jugées surtout si elles ne sont pas dans une relation mutuelle de confiance. L'auteure rappelle qu'une relation efficace est un processus dynamique englobant les éléments de l'empathie, la réciprocité et l'autonomisation ayant pour résultat un renforcement mutuel du sentiment de soi (Jordan, 1991; Parratt, 2002).

Parmi les moins craintives des intervenants, Annie et Pascale sont optimistes, car elles comptent sur la réputation d'ouverture de leur omnipraticien. Selon Yasmine, le personnel est là pour informer, les parents demeurent maîtres de leurs décisions, même si dans les faits cela s'est avéré beaucoup plus nuancé, alors que Wendy pense se faire prendre en charge :

J'ai l'impression que je vais surtout me laisser guider par les infirmières et le gynécologue sur place. Au fond, ce qu'ils vont proposer, je ne pense pas le refuser parce que je me dis que c'est eux qui savent ce qu'ils font, puis qu'ils en ont vu d'autres et qu'ils en font des tonnes d'accouchements. Puis s'ils me le proposent, c'est clairement dans mon intention, c'est pour

me faire du bien. Donc en fait moi, je vais vraiment me laisser faire. [Wendy, 28 ans, serv., med, gyn, med]

Au-delà de la technologie, la relation entre le médecin et la femme ainsi que l'autorité de l'institution de santé limitent les choix des femmes et par conséquent leur contrôle (Lazarus, 1994). Notre étude démontre également que des femmes désireuses de conserver le contrôle de leur accouchement comme Annie et Pascale, font appel à des médecins qu'elles considèrent respectueux de leurs choix. En ce sens, elles rejoignent les constats de Lazarus indiquant que des femmes de la classe moyenne choisissent souvent un médecin qui se démarque du système médical afin de leur permettre d'avoir un certain contrôle sur leur accouchement.

Bien que l'hôpital soit maintenant le lieu culturellement accepté en Occident pour donner naissance (Larkin *et al.*, 2009), des femmes choisissent des environnements de naissance tels la maison de naissance ou le domicile parce qu'elles veulent accroître leur sentiment de contrôle durant le travail et l'accouchement (Larkin *et al.*, 2009; Moore, 2011).

Le lien de confiance dans le suivi sage-femme : Celles suivies par une sage-femme n'émettent pas de doute quant à la possibilité d'être restreintes ou contraintes lors de leur accouchement. Au contraire, elles disent faire confiance en ses compétences, en son expertise. Elles se voient à l'avant-scène de leur accouchement et perçoivent son rôle :

qu'elles nous soutiennent, puis qu'elles nous guident. Qu'elles nous rassurent aussi de la progression, qu'on soit mis au courant finalement : ça avance-tu? Les signes sont-ils encourageants? Est-ce que ç'a progressé? Tu sais, de savoir un peu ce qui se passe, comment le bébé va, si ce que je fais, ça a un effet, puis aussi qu'elles nous guident pour des positions. Si elles ont des trucs à nous suggérer, c'est sûr qu'on va tous les prendre puis qu'elles soient rassurantes puis... guidantes. C'est pas mal ça. [...] Mais avec les sages-femmes je ne suis pas inquiète. Elles ne vont pas nous imposer des choses qu'on ne voudra pas. Ça ne m'inquiète pas. [Mylène, 26 ans, prof., nat, sf, nat]

Dans une revue de littérature, Parratt (2002) conclut qu'une relation de confiance mutuelle s'établit avec la sage-femme grâce à la continuité relationnelle et à la philosophie sous-jacente qui considère que l'accouchement est un événement normal de la vie. Ceci implique de faire confiance au corps de la femme et au processus de la naissance.

Avis médicaux ou énoncés performatifs : Certains questionnements liés aux examens cliniques ou échographiques viennent semer le doute sur la tournure des événements et ont aussi une incidence sur le sentiment de contrôle lors de l'accouchement. Ainsi, le fait de se faire dire par le médecin que son bébé sera gros est pris au sens littéral et signifie pour les femmes un accouchement plus difficile.

À l'écho, ma médecin m'a dit que j'avais un gros bébé. Là j'étais "Ah! un gros bébé? "Ah! oui, puis ton bébé a une grosse tête." [...] "Ah non!" Dans ma tête c'est plus dur, mais en même temps ça ne veut rien dire, j'pense. Ça dépend d'une femme à l'autre, puis on verra. C'est quand elle a dit « Oui, et une grosse tête. » Elle regardait au niveau des percentiles puis j'étais comme ah! mon Dieu, 91 percentiles. ([Daphnée, 30 ans, serv., ind, gyn, ces]

Le spectre du « gros bébé » a même été la principale motivation pour Camille de ne pas passer d'échographie à 30 semaines car elle ne voulait pas se laisser influencer par cela. En effet, malgré un pourcentage d'erreur de 16 à 20 % sur l'estimation du poids fœtal par l'échographie (Leclerc *et al.*, 2014), il est courant de statuer sur le poids du bébé à naître et d'en « informer » les femmes, ce qui induit une inquiétude supplémentaire à l'égard de leur accouchement. Selon Odent (2005 :150), de telles affirmations lors des consultations prénatales produisent un effet nocebo⁶³ « en agissant sur l'imagination, la vie fantasmatique ou les croyances » de la femme enceinte. Ainsi, le conditionnement produit et les attentes peuvent déclencher un effet nocebo pouvant affecter la perception de la douleur (Marchand & Gaumond, 2014).

Grossesse à maturité ou date de péremption : La hantise du déclenchement est présente chez beaucoup de femmes en fin de grossesse et ajoute à leur stress. Les propositions de *stripping* sont fréquentes surtout pour celles suivies par un gynécologue-obstétricien. Et beaucoup, comme Annie, dont le dépassement de terme n'a été que de quelques jours, essaient de favoriser l'entrée en travail de façon naturelle :

vu que j'étais en retard, ça faisait comme quelques journées que j'allais monter des escaliers pour stimuler. [Annie, 31 ans, prof., nat, omni, ces]

La possibilité d'interventions : L'éventualité d'interventions médicales s'ajoute aux éléments incontrôlables bien qu'elles soient jugées nécessaires lors de complications pour avoir un bébé en santé. Par ailleurs, le tiers des femmes se questionnent sur la pertinence de certaines

⁶³ L'effet nocebo est une réponse à un médicament, un geste (ici des paroles) en principe sans effet, mais qui produit des effets physiologiques ou psychologiques indésirables. C'est l'opposé de l'effet placebo.

interventions comme la césarienne ou la rupture des membranes dont la fréquence leur semble injustifiée. Elles craignent également les effets délétères comme la difficulté de pousser sous péridurale. Et Gabrielle anticipe la perte de contrôle si elle doit subir des interventions :

J'ai une crainte que... des interventions. De perdre un peu le contrôle, si on veut [...] là, à un moment donné, tu deviens fatiguée un petit peu et là, l'équipe médicale qui est passée pour te dire « Bien là, ça fait 3 heures, faudrait accélérer un p'tit peu », puis c'est le pitocin qui embarque [...] Ce n'est pas évident parce que c'est l'inconnu et je ne sais pas comment ça va aller. Mais c'est un peu ça, c'est cette crainte-là de me sentir pousser. Pour que ça aille plus vite, ou de ne pas nécessairement être entendue. [Gabrielle, 32 ans, prof., med/nat, gyn, nat]

Une récente étude menée en Suisse montre également que les attentes des femmes sont liées au mode d'accouchement et à la médicalisation. Ainsi, ces femmes avaient exprimé leur volonté d'accoucher naturellement avec un minimum d'interventions (Guittier *et al.*, 2014).

5.2.4 Chercher à avoir du contrôle et penser en avoir

À l'égard de la dimension de contrôle lors de l'accouchement, les femmes oscillent entre la perception d'un phénomène hors de contrôle et le fait de chercher justement à en avoir. Quatre tendances se dégagent de leurs propos : 1) elles décrivent le non contrôle et ne veulent pas de péridurale pour justement avoir du contrôle sur leur accouchement;

[...] un besoin d'contrôle encore une fois, mais contrôle dans l'sens de pas ... en fait, l'épidurale, je sais qu'on n'a pu la sensation... y a quelque chose aussi de plus médical. Les risques de déchirement sont plus importants parce qu'on ne peut pas moduler la poussée et tout ça. Et je me dis bien, le corps est quand même fait pour mettre au monde. Alors, à moins d'un problème qui empêche de le faire, il me semble qu'on devrait laisser la chance, puis vivre cet épisode-là pleinement. Donc, c'est ce que j'souhaiterais. [Odile, 40 ans, prof., nat, gyn, med]

2) elles pensent faire de leur mieux et avoir recours au médecin si ça ne marche pas; 3) elles ne veulent pas de jugement et souhaitent vivre leur accouchement dans l'intimité; elles comptent sur leur plan de naissance⁶⁴ pour exprimer leurs désirs et en susciter le respect afin d'éviter trop de prise en charge; 4) ne pas avoir de contrôle peut aussi vouloir dire laisser prendre le dessus à son côté animal, instinctif; en ce sens, elles se voient en contrôle de leur accouchement par leur inconscient.

⁶⁴ Le plan de naissance est un document écrit utilisé par les femmes et les couples pour faire part de leurs attentes à l'égard du genre d'accouchement souhaité et des soins à la mère et au nouveau-né.

Par contre, toutes les femmes rencontrées⁶⁵ souhaitaient avoir du contrôle lors de leur accouchement (16/25) ou envisageaient une préparation (17/25) : celle-ci consistait à rassembler les informations, se préparer mentalement et avoir des outils pour gérer la douleur.

Aussi, qu'avec la visualisation puis le yoga ça m'a aidée beaucoup [...] Ça aide beaucoup sur la capacité de concentration, je trouve, quand tu sens bien ton souffle. Donc, j'me disais, si je suis capable d'être bien concentrée, d'avoir une bonne gestion du stress par la respiration, je trouvais que c'était déjà un gros atout. [Élise, 30 ans, serv., ind/nat, omni, ces]

Quelques-unes ont eu recours à des méthodes de préparation telle l'autohypnose, l'hypnonaissance et la méthode Bonapace⁶⁶. D'autres doutent de l'efficacité d'une préparation.

Je pense que c'est pour ça aussi que j'essaie de ne pas trop me préparer, parce que je me dis que je ne sais pas si ma préparation va valoir la peine. Tu sais, des fois on est sur l'émotion, le coup du moment, on ne veut pu rien savoir. [Laurence, 24 ans, prof., nat, sf, nat]

Pour certaines femmes, le respect du moment choisi par le bébé pour naître est primordial et elles ne veulent pas d'interférence sur ce qui pourrait l'empêcher de naître à son rythme.

Plus de la moitié des participantes considéraient tout de même avoir un certain pouvoir sur leur accouchement. Elles étaient la plupart suivies par une sage-femme. Par contre, celles suivies par des gynécologues-obstétriciens éprouaient un plus fort sentiment d'absence de contrôle. Pour certaines, comme Miranda, « *il y a un déclic qui s'est fait. J'ai dit : si mon corps sait comment produire un enfant, il va savoir comment le sortir* ». D'autres comme Camille et Héloïse considèrent que le corps a un instinct très puissant auquel il faut faire confiance. Quelques-unes se considèrent fortes, capables, déterminées à bien vivre leur accouchement. Elles s'y préparent comme si elles avaient à accomplir un exploit sportif ou comptent sur leur force intérieure comme Annie :

Je me suis vraiment bien informée, mais j'ai vu des beaux films aussi là, des choses intéressantes. Donc, je pars avec ça. [...] puis que j'ai cette force intérieure là, puis que j'suis « groundée ». J'pars comme ça. J'ai confiance en moi [Annie, 31 ans, prof., nat, omni, ces]

⁶⁵ Un ou l'autre ou les 2.

⁶⁶ Ce sont des méthodes qui préparent les femmes à mieux composer avec la douleur. L'autohypnose permet de se mettre soi-même dans un état de conscience modifié. L'hypnonaissance vise à vaincre la peur de l'accouchement par des techniques basées sur l'hypnose, la relaxation profonde, la respiration et la visualisation. La méthode Bonapace enseigne des techniques basées sur les principes de la neurophysiologie de la douleur en favorisant la participation du père (Gagnon & Hébert, 2013).

Nos participantes font référence à des éléments à la fois intérieurs et extérieurs à elles lorsqu'elles parlent de contrôle. Tout comme la sociologue Dear-Healy (2011), nous pensons que l'anticipation de pouvoir exercer un contrôle ou non sur son accouchement pourrait être expliquée en partie par le concept de locus de contrôle⁶⁷. En fait, les femmes qui considèrent avoir un pouvoir sur leur accouchement auraient davantage un locus de contrôle dit interne, par opposition à celles qui considèrent n'en avoir que peu ou pas. Ces dernières auraient un locus de contrôle externe, ce qui les amène à croire que l'accouchement ne dépend pas d'elle, mais relève davantage de l'extérieur. Elles sont donc portées à remettre le pouvoir entre les mains des médecins et de la technologie qu'elles considèrent comme indispensables à la mise au monde de leur enfant. Ceci n'est pas sans nous rappeler la métaphore « Accoucher ou se faire accoucher », utilisée au Québec, pour illustrer le pouvoir de la femme par opposition à celui de l'intervenant. Le locus de contrôle est une dimension importante de la personnalité. Comme d'autres composantes, il faut le voir comme une tendance se situant sur un spectre plutôt que dans une dichotomie (Palazzolo & Arnaud, 2015). Ainsi, certaines personnes pourront, selon les événements, être plus internes ou externes. Il faut prendre en considération simultanément les déterminants personnels et les déterminants situationnels pour comprendre les comportements, ce qui rejoint l'approche interactionniste. Selon Dear-Healy (2011), les femmes qui ont un haut niveau de désirabilité sociale et un locus de contrôle externe choisiraient des soins prénataux et des méthodes d'accouchement plus classiques (tests de routine, déclenchement, péridurale) alors que celles avec un locus de contrôle interne et un faible niveau de désirabilité sociale seraient plus à l'aise avec des méthodes moins populaires socialement (minimum de tests, accouchement naturel, naissance à la maison, etc.).

⁶⁷ Le locus de contrôle est un concept mis de l'avant en psychologie par Julian Rotter, en 1966, à partir de sa théorie de l'apprentissage social créée « pour rendre compte de la complexité des comportements sociaux humains. Il permet de comprendre pourquoi, parmi la variété des comportements potentiels que peut effectuer un individu, celui-ci réalise tel ou tel comportement » (Phares, 1976 dans Paquet, 2006 :97). Il s'agit d'une théorie globale de la personnalité qui prend en compte l'importance des attentes et des renforcements dans la détermination des comportements des individus dans une situation donnée (Paquet, 2006). Le contrôle perçu désigne une croyance dans sa capacité de déterminer son propre comportement, influencer l'environnement et provoquer le résultat désiré, mais non la maîtrise effective de la situation. Le locus de contrôle renvoie donc à la notion d'une attente de contrôle (Palazzolo & Arnaud, 2015). Selon Paquet (2006), il existerait une relation entre le désir de contrôle, l'anxiété et le locus de contrôle. Ainsi, les individus pensant contrôler les situations et désirant les contrôler sont généralement moins anxieux. Cependant, un problème peut se poser lorsque ces individus ne possèdent pas les moyens de contrôler la situation ou lorsque la tentative de contrôle reste vaine.

5.2.5 Attentes pour l'accouchement

Les femmes ont d'abord des attentes envers elles-mêmes. Elles souhaitent avoir une attitude favorable au bon déroulement du travail en étant calmes. Certaines pratiquent même des techniques pour soulager la douleur dans leur quotidien, lorsqu'il leur arrive de se cogner à un meuble, par exemple. Envisager que le travail se fait par étapes, ajoute au sentiment de contrôle ainsi que le fait de comprendre l'utilité de chaque étape.

Pour moi, l'important c'est rester enlignée et de ne pas tomber dans la souffrance. C'est ça que j'ai à faire; le reste, ça ne m'appartient pas. Q : Et cette conscience de rester centrée et de ne pas tomber dans la souffrance, c'est récent ou si c'était là depuis longtemps? Non. En fait, ça a commencé au moment où j'ai compris c'est quoi un accouchement, comment ça se passe physiquement, c'est quoi les clés de succès, et... la compréhension que le corps sait quoi faire en fait et que toutes les étapes sont nécessaires. Parce que je me suis dit : ah! Je ne veux pas 20 heures, je veux ça en 2 heures, parce que t'entends des gens ... Mais non, chaque étape est importante en préparation, en ouverture. [Miranda, 39 ans, prof., nat, gyn/sf, nat]

Même Wendy essaie en fin de grossesse de visualiser de manière positive et envisage maintenant d'exprimer son ressenti.

C'est drôle parce que j'y ai pensé cette semaine puis je me suis dit : oh! boy, ça veut dire que les chambres sont assez rapprochées. Donc je me suis dit pendant que j'accouche, est-ce que je vais être gênée de crier ou de pleurer fort, parce que je sais qu'il y a d'autres chambres à côté. Puis là je me suis dit : hey! Wendy, tant pis là! Pourquoi je me retiendrais pour les autres [...] Je me suis dit que j'allais assumer ma façon de réagir, peu importe si c'était extrême, mais bon, à suivre. [Wendy, 28 ans, serv., med, gyn, med]

La permission que s'accorde maintenant Wendy est consécutive à la confiance qu'elle acquiert en se familiarisant avec les conditions entourant l'accouchement. Les recherches s'intéressant au pouvoir des femmes durant la grossesse et l'accouchement ont mis en évidence que leur pouvoir est dans les connaissances qu'elles possèdent ou développent (Moore, 2011).

Les attentes envers les intervenants sont la possibilité d'être mobile et de choisir librement ses positions, d'être informée sur le déroulement du travail et sur les actions qu'elles peuvent poser pour gérer la douleur. Répondre clairement aux interrogations, leur permet de comprendre et demeure la base pour accroître leur sentiment de contrôle. L'ambiguïté est perçue comme intolérable :

Bien justement dans les choses qu'on a spécifiées, c'est qu'on espère bien avoir un médecin qui est directif, et qui va bien expliquer au fur à mesure. Par exemple : "T'as deux solutions, la première c'est ça que ça fait puis la deuxième c'est ça" plutôt que peut-être que... Je ne veux pas entendre "des peut-être que là". C'est ça ou ça là! [...] Des fois t'en as qui sont plus évasifs

... Qui sont un peu nébuleux dans ce qu'ils t'expliquent. Ce n'est pas clair, faut que tu poses les questions toi-même. Puis parfois t'en as que tu n'as pas à poser les questions puis c'est là. Donc c'est ça que je veux. [Roselyne, 29 ans, prof., ind, gyn, ces]

L'avalanche d'informations survenue avec la modernité et la multiplicité des points de vue a eu pour effet de contribuer à créer chez certains individus une plus grande anxiété (Giddens, 1991; Moore, 2013). L'intolérance à l'ambiguïté pour Roselyne pourrait donc être consécutive aux croyances suscitées par le discours de toute puissance de la médecine moderne à résoudre les problèmes (Foucault, 1976). Par ailleurs, l'option qui s'offre aux femmes rencontrées pour négocier avec le personnel apparaît être pour quelques-unes d'utiliser de stratégie en posant des questions afin d'éviter l'affrontement ou d'éveiller les susceptibilités. Elles voient ainsi la possibilité de mieux comprendre les événements et de prendre part aux décisions plutôt que de les subir. Le conjoint est aussi vu comme gardien des attentes et médiateur auprès des intervenants afin que la femme puisse rester concentrée sur le travail.

En fait, selon la littérature, toutes les femmes développent, au fil du temps, des attentes à l'égard de leur expérience d'accouchement, lesquelles sont relatives à la douleur, aux interventions, au contrôle, à la participation à la prise de décision et au soutien (Larkin, 2009).

5.2.6 Planifier ou voir sur le moment

Nous avons vu, au temps 1 des entretiens, que la plupart des femmes expriment qu'elles verront, rendues au moment de l'accouchement, comment agir. La plupart s'en remettent au médecin ou au personnel qui, d'après elles, sait quoi faire. Au temps 2 des entretiens, trois discours différents se profilent : 1) suivre son ressenti le moment venu (en général, elles sont suivies par une sage-femme); 2) ça ne sert à rien de programmer : elles verront avec le gynécologue; 3) faire un plan pour voir où on s'en va en couple.

La plupart des femmes avec un suivi médical font un plan de naissance, même si elles doutent de son efficacité. Faire cet exercice a pour avantage de susciter une réflexion qu'elles partagent aussi avec leur conjoint :

J'en ai fait un, mais je ne suis pas sûre qu'on va l'utiliser parce que ça, c'est aussi bien controversé, les plans de naissance, parce que c'est le désir finalement des parents. Et puis là, tu proposes ça au médecin et à l'équipe à l'hôpital, mais comme eux ont déjà aussi leur façon de fonctionner ... C'est ce que j'ai parlé justement avec mon médecin. Puis, elle m'a dit : « Tu

sais, moi je ne le lis pas vraiment [...] en même temps, moi je me dis que c'est peut-être plus un peu pour moi me faire une idée. Donc, j'ai fait l'exercice quand même. Je ne pense pas que ça va être 100 %, en plus on ne sait pas qu'est-ce qui peut arriver là. En tous cas, je le traine, on verra quelle utilité il va avoir ». [Isa, 27 ans, serv., ind/nat, gyn, med]

Ces femmes considèrent davantage le plan de naissance comme un moyen de faire connaître au personnel hospitalier leurs désirs, mais surtout ce qu'elles ne veulent pas, alors que le médecin demeure le maître d'œuvre et se montre souvent peu intéressé à en discuter préalablement. Comme le mentionnait Moore (2013), les femmes sont souvent confrontées à un certain contrôle des autres au sujet de leurs désirs d'accouchement et de leurs plans de naissance. De plus, lorsque le médecin ne prend même pas la peine de regarder ce plan, l'autonomie de la femme est compromise et l'autorité médicale est renforcée (Campo, 2010).

Le pouvoir médical sur l'accouchement s'exerce donc dès la grossesse, en réaction aux désirs manifestés par les femmes à cet égard. D'un exercice pouvant favoriser la participation aux décisions et l'autonomie des femmes, le plan de naissance devient, à travers son traitement, un outil à l'apprentissage d'un mode de socialisation pour la future parturiente. Le pouvoir continue toujours d'être bien présent par l'autorité de l'expert malgré parfois de bonnes intentions. Le mode de communication et les stratégies dont nous ont fait part les femmes rencontrées illustrent les tergiversations et les stratagèmes que les plus résolues doivent d'ores et déjà mettre en place pour avoir voix au chapitre. Et les autres femmes, plus craintives, plus timides, se résigneront à accepter silencieusement ce qui leur sera proposé en se convaincant que les experts savent et feront ce qu'il y a de mieux. C'est ce qu'affirmait Yasmine précédemment⁶⁸.

5.2.7 Un corollaire : la confiance

La notion de confiance est fréquemment évoquée simultanément à celle de contrôle, mais de manière tout à fait différente. Ainsi, les femmes qui considèrent ne pas pouvoir exercer de contrôle accordent leur confiance aux intervenants présents.

Je fais confiance quand même beaucoup aux médecins. J'en ai parlé avec mon médecin, aussi pour voir ce qu'elle voyait par rapport à ça. Puis c'est comme elle disait : « Tu sais, nous autres, je ne te fais pas une césarienne si tu n'en as pas de besoin. Je ne prends pas la ventouse ou les forceps si je ne vois pas l'intérêt. Tout est dans l'intérêt de la mère et du bébé là ». [Isa, 27 ans, serv., ind/nat, gyn, med]

⁶⁸ Voir Chapitre III, page 105, cf : verbatim de Yasmine.

D'autre part, celles qui croient avoir du contrôle, se répètent qu'elles devraient être capables. Elles disent faire confiance en la vie et se réfèrent à des expériences jugées difficiles ou intenses où elles ont connu du succès. Huit femmes sur 11 suivies par des sages-femmes se font confiance, contrairement à celles (2/10) suivies par des gynécologues-obstétriciens. Celles ayant un suivi avec un omnipraticien veulent prendre leur accouchement en main. Cependant, elles éprouvent des inquiétudes qui les amènent à accorder davantage de confiance au médecin et à l'hôpital pour leur toute première expérience.

La confiance dans le spécialiste est bâtie « sur la confiance accordée aux systèmes abstraits; c'est une confiance acquise, par nature, par le biais de la " garantie de fiabilité " d'un savoir-faire confirmé. » (Giddens, 1994 : 90). Ainsi, se confier au médecin est avant tout avoir foi dans un savoir expert auquel le profane n'a pas véritablement accès dans un univers perçu comme risqué. Cette confiance est aussi acquise dans la relation, si relation il y a (Fortin, 2013). Pour Ricœur (2001), il doit s'établir un pacte de soins basé sur la confiance mutuelle pour que l'alliance existe. Par ailleurs, une étude menée dans quatre provinces canadiennes⁶⁹ a aussi révélé que les femmes suivies par des sages-femmes, comparativement à celles suivies par un obstétricien, éprouvaient davantage un sentiment d'auto-efficacité relatif à la santé et étaient plus confiantes dans le processus de la naissance (Wilson & Sirois, 2010 : 13).

Selon diverses études, la confiance en ses capacités est un élément prédicteur d'une expérience d'accouchement positive (Karlström *et al.*, 2015; Larkin *et al.*, 2009) ce qui concorde avec nos données. Au fur et à mesure de leurs expériences, beaucoup de femmes apprennent à se faire confiance. Pour certaines ce sera durant la grossesse à certains moments charnières ou au fil du temps à travers une réflexion personnelle suscitée par différents événements.

Au début pour le style d'accouchement j'aurais dit, bien c'est sûr qu'un accouchement naturel c'est le mieux, mais je ne vais pas faire tout un drame si j'ai une épidurale, mettons. Parce que c'est un sujet que je ne connaissais pas beaucoup dans le fond comparé à aujourd'hui. Mais là, j'ai découvert que plus ça allait, tant qu'à me mettre dedans j'avais l'impression de ... aussi bien d'y aller à fond, de découvrir justement qu'est-ce que je suis capable de faire là-dedans puis ... de se faire confiance, qu'on a cette force-là en soi. Je voyais ça plus grand encore, plus comme l'expérience de la femme à travers euh ... Bien l'accouchement c'est quand même une expérience dans une vie là, qui est intense, puis j'imagine que t'apprends à te connaître

⁶⁹ Colombie-Britannique, Manitoba, Ontario, Québec.

beaucoup [...] Puis c'est sûr qu'avec plus de connaissances bien on a pris confiance aussi là.
[Élise, 30 ans, serv., ind/nat, omni, ces]

La confiance peut naître à travers la compréhension du processus physiologique de l'accouchement et l'ouverture de soi. Lorsque la femme a une meilleure connaissance de l'accouchement, elle se sent plus en confiance sur la pertinence des décisions qu'elle prend (Avery *et al.*, 2014; Moore, 2011). Par ailleurs, comme nous l'avons constaté lors des entretiens, la capacité de remettre en question est moins importante au moment de l'accouchement, car la femme peut être déstabilisée et manquer de confiance en elle face à une telle puissance dans son corps. Elles peuvent aussi se sentir dépassées par la technologie médicale (Browner & Press 1996) habituellement présente dans les accouchements en centre hospitalier. Le contrôle peut être compris comme étant construit à partir de la convergence des connaissances et du pouvoir (Moore, 2011). Ceci est particulièrement crucial lorsqu'il s'agit d'un premier bébé et est également en lien avec la classe sociale⁷⁰. Par contre, cette expérience a aussi un potentiel de transformation identitaire et les femmes peuvent avoir plus d'*empowerment* pour les naissances subséquentes (Zadoroznyj, 1999). L'accouchement est une expérience très réflexive pour les femmes et cela leur permet d'acquérir de nouvelles compétences et d'éprouver des sentiments d'autonomisation (Moore, 2011).

5.3 Et au moment de l'accouchement

Voyons maintenant si les attentes des participantes à l'égard de leur accouchement se sont réalisées. Et quel a été leur vécu en ce qui a trait à la dimension de contrôle?

5.3.1 L'accouchement rêvé- L'accouchement réel

D'entrée de jeu, il est important de souligner qu'aucune femme ne voulait avoir de césarienne. Les sept femmes ayant donné naissance par césarienne souhaitaient accoucher d'une manière naturelle, sauf Roselyne qui disait vouloir l'essayer, mais « *sans souffrir non plus* ». De plus, elles ont toutes été déçues dans leurs désirs profonds. Ainsi, Annie n'a pu profiter des premiers moments avec son bébé compte tenu des effets de l'anesthésie. Daphnée ne voulait surtout pas avoir de chirurgie et Ariane voulait un processus naturel, alors que Nadine avait besoin, en tant

⁷⁰ Ce sont les femmes de la classe moyenne qui luttent le plus pour le contrôle, car les pauvres sont d'abord préoccupées d'assurer leur quotidien alors que les riches négocient et ne voient pas de problèmes.

que femme, de sentir la naissance. Pour sa part, Roselyne considère qu'elle a été massacrée et violente alors que ça devait être l'un des plus beaux moments de sa vie.

Le vécu des femmes ayant accouché sous péridurale est variable selon chacune. Florence et Wendy souhaitaient avoir une péridurale. Elles se sont senties rassurées après avoir obtenu la péridurale, mais Wendy a trouvé son accouchement difficile d'autant plus qu'on a eu recours aux forceps. Les quatre autres femmes ayant accouché sous péridurale envisageaient initialement un accouchement naturel. Pour Odile, sous déclenchement, l'application de la ventouse a conduit à une déchirure importante et elle se sent traumatisée de l'accouchement. C'est aussi un déclenchement qui a amené Valérie à demander la péridurale en raison d'une douleur intolérable. Héloïse et Isa ont décidé en cours de travail d'y avoir recours, mais expriment de la déception et de la tristesse.

Sur les 12 femmes ayant accouché sans anesthésie, neuf d'entre elles souhaitaient vivre un accouchement « naturel ». Les trois autres disaient le souhaiter et s'y préparaient tout en gardant une ouverture à demander la péridurale. Finalement, dix femmes ont vécu leur accouchement comme elles le souhaitaient. Par ailleurs, Yasmine a voulu demander la péridurale, mais elle était déjà rendue à la poussée. Elle a eu un moment de panique, mais s'est reprise. Elle se dit satisfaite et fière d'elle. Pour sa part, Miranda trouvait que le travail était long, et ne voulant plus ressentir de douleur, elle a demandé un transfert de son domicile vers l'hôpital où, finalement, elle a accouché de manière naturelle. Elle dit avoir vécu un blocage. Selon elle, c'était l'accouchement parfait; elle avait besoin de changer de milieu.

5.3.2 La phase de latence

La phase de latence met les femmes à l'épreuve parce qu'elles sont dans l'expectative du vrai travail. Elles doivent s'habituer à ressentir les contractions et à les vivre seules. Certaines perçoivent cette étape comme un moment qui leur permet d'appivoiser le travail et se sentent bien chez elles. Pascale utilise la métaphore d'être « *toute seule dans ma petite tanière* » pour décrire cette période. La vie continue; elles s'occupent calmement ou essaient de dormir. Cette phase a une durée variable; de moins d'une heure à plusieurs heures.

Au début quand j'ai vraiment réalisé que les contractions faisaient mal, bien là j'étais plus stressée. C'est plus en me couchant aussi que j'ai réalisé, parce que couchée, ça fait plus mal.

Donc je n'ai pas beaucoup dormi dans la nuit... on ne savait pas : ça vas-tu commencer ou pas? Puis, après quelques heures, c'était toujours au même stade. Ce n'était jamais régulier. Des fois c'était aux 6 minutes, aux 8-10 minutes ... Donc, ça s'est quand même bien passé. Le lendemain François est allé travailler. Moi, j'ai dormi un peu, mais j'avais toujours des contractions. Mais c'était correct, là tu sais, c'était du 3 ou 4 de douleur sur 10 [...] J'ai vécu ça super bien parce que je savais qu'il fallait passer au travers, puis je savais que ce n'était pas le temps d'aller à l'hôpital [Bianca, 29 ans, prof., nat, gyn, nat-i] 50 heures

Cette phase est aussi vue par d'autres comme longue et déstabilisante. Elle peut induire des sentiments de solitude, d'inquiétude et de colère ou d'incompréhension.

À partir de 1 heure de la nuit, j'ai eu des contractions pendant 6 heures aux 7 minutes, donc je n'ai pas dormi. J'étais inquiète [...] Puis, j'ai eu des contractions à toutes les 10 minutes, sans exception. Le jour, la nuit, le... c'était infernal. J'étais rendue à bout. Ça faisait 36 heures que j'étais en contractions, ici à la maison, puis que ça n'avancait pas [...] Pas les 36 heures de travail à la maison qui n'ont servi à rien [Florence, 25 ans, serv., med, gyn, med]

Larkin *et al.* (2012) avait aussi noté de l'incertitude, un sentiment de vulnérabilité et de la solitude suscitée par la confusion « d'être en vrai travail » ou non. Le sentiment de solitude a aussi été exprimé par des participantes, dont Héroïse. Ces sentiments contribuent à accroître le doute sur sa capacité d'accoucher. Si les femmes ne se sentent pas suffisamment soutenues même à distance et en sécurité, il leur sera difficile de se laisser aller dans le travail. Ces premiers moments constituent une étape cruciale, car c'est là que se joue le fait de se sentir ou non en contrôle dans son expérience.

Calculer les contractions pour être en mesure de se rendre au bon moment au lieu choisi pour la naissance est aussi une préoccupation importante. C'est souvent le conjoint qui s'en charge.

5.3.3 Confrontée au travail

Une attitude positive envers le travail permet à la plupart des femmes de rester calmes et relaxes pour accueillir les contractions. Vivre ça un pas à la fois, leur permet de s'adapter à la force des contractions même si celles-ci augmentent d'intensité :

J'ai eu un très bel accouchement. J'y allais étape par étape là. Je prenais les contractions une à la fois [...] j'étais quand même restée assez concentrée, assez calme puis...bien c'est sûr qu'il y a la douleur qui vient avec, mais ça fait partie de la « game », on n'a pas le choix de... de passer par là, mais, je n'ai pas eu crainte ou de peur, j'y allais vraiment, étape par étape ([Yasmine, 28 ans, prof., ind, gyn, nat-i]

Réaliser qu'elle conserve sa capacité de réfléchir donne à Valérie un sentiment de contrôle et lui permet d'être dans l'instant présent. Peu à peu s'installe un état méditatif qui fait que, généralement, les femmes se sentent plus en contrôle. Certaines comme Laurence diront qu'elles étaient dans leurs pensées alors que d'autres diront, comme Mylène ou Gabrielle, qu'elles ne pensaient à rien.

En travail j'étais comme un peu méditative. Quand la contraction venait, là je la prenais puis je faisais juste me concentrer pour expirer, puis d'ouvrir le col. Là j'étais vraiment plus ... j'étais plus consciente de ce qui se passait, même si je ne voulais pas trop réfléchir. Donc j'en prenais une à la fois. Mais, je me sentais plus en contrôle...oui, je me sentais vraiment bien là-dedans. [Camille, 32 ans, serv., nat, sf, nat]

j'étais vraiment centrée sur ce que j'avais à faire puis sur les sensations que j'avais, j'étais vraiment dans ce qui se passait là puis c'est tout, c'était vraiment le noir total; j'ai l'impression que j'pensais à rien. [Mylène, 26 ans, prof., nat, sf, nat]

L'expression « être dans sa bulle », énoncée à maintes reprises par nos participantes, est définie comme avoir un espace pour soi, séparé du monde, permettant un état de centration. C'est un état recherché pour s'abandonner au travail. Certaines femmes l'ont décrit pour exprimer l'effet ressenti des endorphines permettant de mieux contrôler la douleur. Par ailleurs, trois femmes ayant éprouvé des difficultés lors de l'accouchement, dont deux ayant vécu une césarienne, ont évoqué leur incapacité de parvenir à cet état ou de le maintenir.

Je me suis rendu compte que quand ça se rapprochait les contractions, je n'étais vraiment pas relax. Je devenais super crispée parce que c'était comme une panique de douleur. Puis après ça, je me suis rappelé que c'était la pire chose à faire. Parce que ça allait empêcher le travail et en plus ça fait plus mal. Sauf, que je n'étais pas capable de ne pas me crispier. Quand elle m'a suggéré d'aller dans le bain, c'est là que ça a vraiment mieux été. Parce que dans le bain, j'étais capable de laisser aller la contraction moi-même sans contracter tout le reste. Puis ça, ça fait du bien. Pendant comme 3 heures, je suis rentrée dans ma bulle, avec les endorphines et là j'ai réussi à laisser aller ça. ([Héloïse, 34 ans, prof., nat, sf, med]

Être en contrôle de son expérience veut souvent dire, être capable de s'abandonner et laisser le corps effectuer son travail sans opposer de résistance. Aborder le travail avec une perception sensorielle plutôt que cognitive comme le décrivait Parratt (2002), amène les femmes à un état où l'esprit et le corps sont en harmonie. Elles sont alors en mesure d'être centrées sur ce qui se passe en elles et ne sont pas habitées par la peur comme le mentionne Mylène. Par ailleurs, les femmes qui entretenaient une vision dramatique de l'accouchement abordent le travail dans la peur et l'anticipation, avec parfois une certaine forme de refus.

Aux 5 minutes, elles étaient très fortes, puis j'perdais des caillots. Fait que...j'criais, j'pleurais, Kevin était au téléphone avec la madame à l'accueil, il faut que tu les appelles avant, de te présenter. Et là moi je disais « j'veux pas perdre mon bébé, faites que mon bébé ne meurt pas! » [...] mon col était fatigué, c'est à cause de ça les caillots. [...] à partir de quand elles ont été aux 2 minutes là, j'voulais avoir un beau souvenir de mon accouchement puis ne pas me laisser périr pour rien, puis j'en ai eu une couple à 2 minutes et j'ai dit « non! Non! j'peux pu tolérer ça là. » [Florence, 25 ans, serv., med, gyn, med]

Pour d'autres s'installe un mode de combat ou d'abandon, en particulier si le travail ne progresse pas comme il le devrait :

Mais... j'étais vraiment dans un mode de... presque de combat là, parce que, je parlais à (prénom du bébé) et je lui disais « non, tu ne m'auras pas, non tu ne pousses pas non! » [Nadine, 41 ans, prof., nat, sf, ces]

je me mettais à accepter le fait que ça n'ira pas comme je le voulais puis de toute façon je le savais dès le départ, qu'on ne pouvait pas contrôler ça. Mais... moi, à partir de quand elle a commencé à me dire : « le travail n'avance plus », j'avais tiré « la plug » à off. J'me disais : « il arrivera ce qui arrivera puis... ce qu'il faudra » [Roselyne, 29 ans, prof., ind, gyn, ces]

Plusieurs participantes expriment avoir été en communication avec leur bébé durant l'accouchement. Travailler avec le bébé et être avec lui pour le sentir naître revêtait une grande importance pour des femmes comme Annie, Camille et Laurence. C'est aussi ce qui a permis à Florence et Wendy de mieux vivre leur accouchement.

À toutes les fois que ma contraction commençait « OK bébé là on travaille fort! » Tu sais, moi, chaque contraction la faisait travailler. C'est vraiment comme ça que j'ai apprivoisé mon accouchement, tu sais, on le fait ensemble [Florence, 25 ans, serv., med, gyn, med]

5.3.4 Temps et rythme approprié

Le temps est une dimension importante reliée à la notion de contrôle puisque la durée du travail est indépendante de la volonté. Il prend une signification différente selon chacune. Pour certaines, un travail long semble interminable, alors que d'autres préfèrent le vivre à leur rythme, justement pour conserver le contrôle. Ne pas regarder l'heure est parfois une stratégie.

Je n'étais pas dans des pensées négatives parce que sinon, je ne pense pas que j'aurais passé à travers de ça, mais tu sais, je ne regardais pas l'heure bien souvent. Ça, ça été ma technique parce que je pense que j'aurais été découragée de checker ça aux 5 minutes. Puis j'essayais de vivre ce que j'avais à vivre là. [...] Quand j'ai vu 5 heures du matin, j'étais là « ah! non, là ça va aller dans l'autre nuit, c'est sûr » [Chloé, 33 ans, serv., nat, sf, nat]

Certaines constatent n'avoir eu aucune notion de temps. Être centrée sur son travail a fait en sorte pour Camille de ne pas voir passer le temps, ou d'être incapable de s'en préoccuper pour

Daphnée et Mylène. Par contre, l'anticipation de la durée conduit les femmes à douter de leurs capacités à se rendre jusqu'au bout. Se projeter dans le temps devient alors intolérable :

C'était long. C'est sûr que ce n'est pas nécessairement linéaire, ça ne veut pas dire que ça va prendre le même temps après, mais je me suis dit, si ça prend 10 heures de plus, je serai juste plus capable. Puis, je vais accoucher et je ne serai pas capable de m'occuper du bébé [...] je voyais plus le fait que je n'aurais pas survécu à ça. [Héloïse, 34 ans, prof., nat, sf, med]

Avoir un rythme convenant à ses besoins a aussi été évoqué. Ainsi Karina et Mylène ne pensaient qu'à accoucher rapidement une fois le travail installé et elles sont « *entrées têtes baissées* » ou « *en plein dedans* » leur travail. À l'inverse, Bianca et Camille ne voulaient pas se sentir pressées. Cette dernière, qui a ressenti des contractions pendant au moins 40 heures, dit que ça lui prenait ce temps pour apprivoiser son accouchement et qu'elle sentait aussi que le travail s'accordait au rythme de son bébé. Et Bianca dit avoir contrôlé la vitesse de son travail en modulant ses positions, ne voulant rien précipiter pour ne pas perdre le contrôle :

Après réflexion dans les jours qui ont suivi l'accouchement, j'ai compris que le fait que l'accouchement a été très long, ça a été à mon image, que mon corps a pris son temps afin que je puisse supporter la douleur plus facilement, comme je le souhaitais. Lors de l'accouchement, j'ai souvent agi consciemment et inconsciemment dans l'intérêt que rien ne se précipite. [Bianca, 29 ans, prof., nat, gyn, nat-i]

Au-delà de la notion de temps, les expériences décrites par Karina, Mylène, Bianca et Camille nous amènent à réfléchir sur les liens corps-esprit qui auraient une incidence sur le déroulement de l'accouchement. Quelques expériences similaires à celles de nos participantes avaient aussi émergé dans la recherche de la sociologue Shannon K. Carter (2010) lorsqu'elle étudiait les relations de pouvoir et de contrôle sur le corps. Au-delà de la perception d'avoir ou non du contrôle sur son corps, des perceptions alternatives sont apparues, comme « le corps autonome » accomplissant de lui-même sa fonction d'accoucher, « le corps accommodant » permettant de suspendre le travail lorsqu'il devient trop intense et « la collaboration corps-esprit » pour accomplir le travail désiré, le corps agissant en partenariat avec l'esprit pour faire naître le bébé. Or, les résultats de notre recherche sous-tendent, à travers les propos de Bianca, que ce phénomène peut aussi alterner entre le contrôle conscient et le corps « accommodant ». Nous avons aussi observé comme Carter (2010), que l'expérience liée au « corps accommodant » émerge seulement chez quelques femmes donnant naissance sans médication. C'est comme si

le corps suspendait, ou ralentissait temporairement les fortes contractions, pour procurer une pause à la femme, ce qui lui permet ensuite de continuer et de composer avec la douleur.

5.3.5 La douleur et le contrôle

Les réactions à la douleur en situation réelle sont proches des représentations que les femmes s'en faisaient. Ainsi, l'acceptation de la douleur amène les femmes à mettre en œuvre des moyens pour composer avec elle. Affronter la douleur a permis à des femmes comme Mylène, Yasmine, Karina de vivre leur travail.

Il y a eu un moment ici avant qu'on reparte, pour la dernière fois-là, j'me suis dit « je ne serai pas capable là, amenez-moi à l'hôpital puis sortez là! » (rire), mais rendue là-bas [MN] ça ne m'a plus passé par la tête. J'avais extrêmement mal. Je ne tenais pas en place, je marchais en long et en large dans la chambre, je n'étais vraiment pu là, mais, ça ne m'a pas passé par la tête de partir à l'hôpital et demander l'épidurale. Je ne sais pas là, je l'avais, j'pensais pu à rien [...] J'me disais « OK, c'est beau ... c'est un dernier droit. » J'faisais tout ce que je pouvais pour que ça aille vite. Je n'essayais pas d'éviter la douleur. J'suis vraiment rentrée dedans, face première là. [Mylène, 26 ans, prof., nat, sf, nat]

Loin d'éviter la douleur, Mylène fait un avec elle. En fait, selon Le Breton (2010 : 205), dans la douleur de l'accouchement, « la tonalité du ressenti est largement sous l'empire du sens ». Cette douleur n'est donc pas « réductible aux contractions, des conditions particulières de signification en modulent l'intensité et le degré » (ibid : 212). Ainsi, l'ouverture face à la douleur permet à plusieurs de nos participantes de s'adapter aux différentes phases du travail, malgré l'inconnu d'une première expérience et la crainte de devenir aux prises d'une douleur plus grande qui pourrait devenir ingérable. Jessica nous parle d'ailleurs de paliers de douleur auxquels on s'habitue et qui permettent de repousser les limites qu'on croyait avoir atteintes.

Puis, à chaque fois que j'atteignais un nouveau plateau de douleur, là, je me disais, « eille! Ça, ça fait mal, ça ne m'a jamais fait aussi mal ». Mais finalement, l'intensité reste, mais tu finis par t'habituer à ce stade de douleur là. À cause des endorphines, je ne sais pas. [Jessica, 29 ans, prof., nat, sf, nat]

Comme l'avait aussi mentionné Jessica, la douleur demeure une expérience subjective. Être présente avec sa douleur ou atteindre un autre niveau de conscience la rend tolérable.

J'étais un peu dans ma tête, dans mes pensées quand j'avais les contractions, je sais...peut-être ça m'a permis de bien gérer la douleur. (Laurence)

C'est sûr que j'ai probablement été en état second pendant un maudit bon bout. Bien, j'étais là, mais c'est sûr que ça ne peut pas faire autrement. [Chloé, 33 ans, serv., nat, sf, nat]

Les propos de Laurence et Chloé font référence à des états altérés de conscience mentionnés aussi dans certaines études. Ils sont généralement décrits comme se produisant lorsque l'attention est focalisée sur un point précis limitant la prise de conscience des autres éléments présents dans l'environnement. L'altération de l'état de conscience diminue la perception sensorielle négative et permet de garder le contrôle sur l'expérience vécue (Parratt, 2002). En fait, il faut dans ce contexte, nuancer la signification de contrôle. Il s'apparente davantage à ce que Lowe (2000) décrit comme le contrôle ultime au cours du travail qui se traduit par la capacité de la femme à renoncer à la maîtrise de ses émotions pour être un avec son corps.

Il peut arriver pour certaines femmes de se trouver dans une impasse où elles ne savent plus comment composer avec la douleur. C'est ce qui est arrivé à Héroïse qui dit avoir l'impression d'avoir abandonné son accouchement en plein milieu.

Je me sens comme de ne pas avoir été assez forte finalement, d'avoir comme abandonné. En me disant : j'aurais-tu été capable de continuer? Parce que j'avais toujours comparé ça aux courses de longues distances que je faisais [...] je n'ai jamais abandonné aucune course, même si des fois j'étais blessée. [...] On montait puis on descendait des canyons dans le sable, j'étais blessée au genou, ça a duré 7h30 puis malgré ça, je n'ai pas lâché. Je me dis : crime! L'accouchement, ce que je voulais vraiment réussir à faire, ça, j'ai abandonné en plein milieu. Donc, c'est comme un.../ oui, un sentiment de culpabilité par rapport à ça. D'un autre côté, c'est quand même vraiment différent, parce que c'est une absence de contrôle. Une course t'as mal, t'as mal au genou, t'es blessée, mais tu décides de continuer puis d'accepter la douleur. Alors que là, la douleur elle te rentre dedans, puis t'en a aucun contrôle. Faut juste que tu sois capable de gérer ça [Héroïse, 34 ans, prof., nat, sf, med]

Ces propos nous amène à voir la différence entre le libre choix de composer avec une douleur que l'on s'impose soi-même et le sentiment d'être envahie par une douleur inhérente à un processus involontaire et d'avoir à la subir. En effet, dans le sport de compétition, la douleur est vue comme la matière première de ses performances et la personne accepte « d'entrer dedans » pour réussir (Le Breton, 2010 : 14). Il se joue alors une reprise en main de son existence (Le Breton, 2006). La douleur liée aux contractions, qui elles se manifestent indépendamment de la volonté de la femme, contribue pour Héroïse à créer un sentiment de non-contrôle sur son expérience. Et son expression « *la douleur qui te rentre dedans* » illustre bien sa perception d'un phénomène avec lequel elle ne peut faire corps dans ce contexte. La dualité corps-esprit devient pour elle manifeste alors que, dans le sport, elle parvient à « *rentrer dans la douleur* ». Les propos antérieurs de Mylène font d'ailleurs écho à cette assertion. Plutôt que de lutter contre la

douleur, le fait de l'accueillir l'avait rendue tolérable. Donc, le fait d'être dans un processus physiologique involontaire peut conduire certaines femmes à vouloir opposer leur esprit à leur corps. Et, dans ce cas, la douleur peut rapidement devenir insupportable (Brabant, 2013; Le Breton, 2010).

Au-delà de la douleur qu'elle ressentait au moment présent, c'est davantage l'anticipation de souffrir et le manque de contrôle sur les événements qui ont amené Isa à demander la péridurale. Elle se remémore les propos de la résidente :

« Je vais aller rompre les membranes, ça va faire avancer le travail. » Puis elle m'a dit : « ça va augmenter tes contractions, ça va être plus intense » et « tu vas en avoir peut-être pour deux heures. Là il ne faut pas que t'oublies qu'il te reste un bon une heure et demie, deux heures de poussée ». Donc il restait peut-être quatre heures de temps. Moi j'étais super fatiguée rendue à cette étape, donc finalement on a demandé la péridurale. J'étais tellement triste de le demander là, ça m'a fait de la peine. Là j'étais..., j'ai comme paniqué un peu. J'me disais « eille! Comment ça peut être pire là, c'est super intense » [...] ce n'est pas moi qui contrôle dans le fond, mais si j'avais pu crever mes eaux naturellement, j'aurais aimé ça. Ça m'aurait probablement permis de l'avoir naturel [...] pas avoir existé c't'intervention-là, je l'aurais fait, puis j'aurais passé au travers là. [Isa, 27 ans, serv., ind/nat, gyn, med]

L'intervention d'un tiers tel qu'un soignant contribue à altérer l'expérience vécue et à transposer le contrôle acquis par la femme vers un contrôle extérieur auquel elle peut adhérer, ou se voir contrainte de s'y soumettre. Ceci a un impact direct sur la perception de la douleur et ses représentations, car « tant que la femme contrôle son expérience, elle maintient la douleur à un niveau supportable » (Le Breton, 2010. 213).

Par ailleurs, Daphnée et Annie ont demandé la péridurale alors qu'elles pouvaient tolérer leurs contractions. Si Daphnée a plutôt cédé aux pressions du personnel médical et au découragement après une erreur d'évaluation de la dilation, pour Annie, c'est plutôt la fatigue et le découragement liés à la progression extrêmement lente de son travail qui après de longues hésitations, la lui ont fait demander, pour pouvoir se reposer⁷¹. Malgré cela, l'expérience de la douleur s'est avérée positive pour Annie :

Non, ce n'était pas de la souffrance, c'était tellement ... moi j'ai vraiment aimé ça. J'ai trouvé ça très difficile, mais crime que ça m'a fait... C'est une belle, belle aventure pareil. C'était très

⁷¹ Daphnée pensait être rendue à dilatation complète lorsque le résident a constaté que la dilatation était plutôt à 7 cm et elle a finalement eu une césarienne pour décollement placentaire peu de temps après la péridurale. Annie a eu la péridurale à 9cm et une césarienne à la poussée après un échec de ventouse et de forceps.

douloureux. Je ne l'aurais pas fait si je n'avais pas eu cet accompagnement-là [conjoint et mère accompagnante]. Oui ça fait vraiment mal, mais ce n'est pas une douleur..., ce n'est pas une fracture. Ça faisait quand même une douleur qui me faisait du bien. On dirait que ça allait puiser une force. Ça allait chercher une grande force en dedans de moi que je ne connaissais pas non plus. Ça m'amenait comme à être ... dans un état spécial. J'étais complètement dans mes hormones. J'étais super bien [Annie, 31 ans, prof., nat, omni, ces]

Comme le démontre le témoignage d'Annie, l'accompagnement est primordial et sans doute l'antalgique le plus efficace. La littérature abonde dans ce sens (Hodnett *et al.*, 2013; Karlström *et al.*, 2015; Le Breton, 2010; Moore, 2011). Le soutien favorise le recours à des techniques de soulagement et contribue à donner un sentiment de confiance. Par ailleurs, son expérience traduit une autre dimension de la douleur, celle correspondant à une révélation d'elle-même. La douleur a de particulier qu'elle est puissance de métamorphose, en modifiant le rapport au monde. Elle crée ainsi un avant et un après de l'expérience, ouvrant sur une identité transformée. (Le Breton, 2006, 2010). « En forçant l'individu à l'épreuve de la transcendance, elle le projette hors de lui-même, le révèle à des ressources propres dont il ignorait l'existence » (Le Breton, 2006 : 218).

Trois femmes ont dit avoir atteint un niveau de souffrance intolérable. Odile, sous déclenchement, n'arrivait plus à supporter les fortes contractions induites aux deux minutes. Tania gérait très bien la douleur jusqu'à un arrêt de progression; elle a alors ressenti une pression énorme dans son bassin⁷². Miranda dit avoir vécu un blocage psychologique à un certain moment, puis repris le contrôle au début de la poussée. Même si la douleur était présente pour toutes les femmes, la souffrance a été associée à une douleur devenue insoutenable en lien avec des circonstances particulières, amenant ces trois femmes dans une zone où elles n'étaient plus en contrôle de leur accouchement. La souffrance ressentie était liée soit à un blocage physique, psychologique ou à une médication ayant pour effet de produire artificiellement des contractions.

La douleur induite par médication rappelle la douleur infligée décrite par l'anthropologue Allué. Cette douleur est toujours précédée d'anxiété et chargée d'angoisse, car on ne sait pas jusqu'où ira son intensité. Ainsi, l'ocytocine synthétique sera augmentée jusqu'à ce que les contractions

⁷² L'arrêt de progression s'est produit lors de la poussée et Tania a finalement dû avoir une césarienne.

soient très rapprochées. Odile, Karina et Valérie ont été surprises que la douleur arrive si soudainement lors du déclenchement médical du travail. Et Valérie, d'ajouter : « *Tout le long, aux deux minutes. On aurait dit que c'était... un robot, c'était incroyable* ». La douleur infligée correspond aussi à l'archétype du pouvoir de l'autre sur soi (Allué, 1999) et dans le cas présent, du pouvoir de la technologie sur son corps perçu comme déficient.

Par ailleurs, Miranda décrit une expérience de douleur, tantôt souffrance, tantôt extase :

À un moment donné, j'ai commencé à dire que je ne pouvais plus et, vraiment un blocage mental [...] Elle dit « t'es à 6 centimètres. » Quand j'ai entendu, j'ai dit, je sais que les derniers centimètres sont très intenses [...] Je ne savais pas, c'était quoi la poussée. Eille! je tough pas ça là [...] dans l'ambulance, j'ai commencé à avoir des contractions aux deux minutes. Et l'intensité alors ... Moi j'étais pour mourir dans l'ambulance (en riant), mais je ne savais pas que j'étais dans les derniers centimètres [...] Quand je suis arrivée à l'étage de la maternité, j'ai eu une autre contraction, mais j'ai senti que ça bougeait dans mon bassin et la sage-femme a reconnu que c'était la poussée. Ce n'est pas comparable. C'est intense, mais ce n'est pas douloureux [...] j'étais comme dans une bulle là ... de bien-être et je sentais ce n'était même pas moi qui poussais, c'est comme tout l'univers qui pousse à travers toi. J'ai des bons souvenirs de ça. [Miranda, 39 ans, prof., nat, gyn/sf, nat]

Encore une fois, la crainte de l'inconnu et l'anticipation liée à la durée possible de l'accouchement, s'ajoutant à la fatigue ressentie et au doute sur sa capacité, ont conduit Miranda à refuser de continuer de composer avec la douleur; l'état de souffrance s'est alors installé. Toutefois, le temps de transférer, elle était déjà prête à accoucher. Puis, se sachant tout près de faire naître son bébé, et rassurée par la nouvelle sensation de poussée, la souffrance est devenue intensité, plutôt que douleur. Elle décrit ensuite une expérience « d'ouverture sur le monde » (Jacques, 2007; Le Breton, 2006), quasi initiatique, qui lui procure un état de bien-être. La douleur, lorsqu'elle est assumée, permet parfois d'accéder à un autre état de conscience, proche de l'extase, qui renverse la souffrance. L'altération des limites sensorielles normales peut changer les perceptions, y compris celle du temps, de sorte qu'un sentiment de plénitude peut se produire (Parratt, 2002).

Par ailleurs, les deux femmes qui voulaient d'emblée la péridurale, la demandent dès que le travail semble s'activer et qu'elles sont en mesure de l'obtenir. Pour elles, la médication s'avère le moyen efficace d'éliminer la douleur. Même si la douleur physique est absente ou atténuée,

la peur ressurgit rapidement et les événements demeurent difficiles à accepter et à gérer. Et la souffrance est toujours bien présente pour Wendy :

Ils disent : « profitez-en pour dormir si vous pouvez. » Ah! ça, je trouvais que c'était facile à dire, mais tu ne peux pas. J'étais zéro capable de dormir, tu sais quand t'es toujours en anticipation là, « Mon Dieu, ça doit s'en venir. Oh boy!, OK, ah! oui, là, je souffre. ». Donc mon chum a dormi; moi je n'ai jamais dormi. [Wendy, 28 ans, serv., med, gyn, med]

Si des femmes envisagent maintenant d'éradiquer la douleur physique de l'expérience d'accouchement, il est paradoxal de constater que la souffrance s'exprime encore malgré l'analgésie. Ce phénomène avait aussi été observé par Jacques (2007). Des femmes parlaient de péridurale « qui n'a pas marché » alors que des tests médicaux révélaient le contraire. Il faut préciser ici que ce n'est pas du tout la situation de Wendy qui en aucun temps n'a mentionné un échec de péridurale. Cela pose question. Pour Jacques, il peut s'agir d'une mise en place de stratégies cognitives visant à sauvegarder les représentations et les croyances fondamentales que l'accouchement est douloureux (enfanter dans la douleur), tout en intégrant les nouvelles techniques. « Le sujet fait en sorte de continuer à se représenter et à vivre l'accouchement comme un acte douloureux, pour surmonter la tension morale créée par l'existence de la péridurale, tout en acceptant l'intervention médicale. » (Jacques, 2007 : 149). Dans ce cas, la péridurale devient acceptable si la douleur est présente sous forme symbolique et permet d'inscrire son expérience dans l'histoire familiale. Par contre, l'expérience de Wendy semble être d'un autre ordre. Sa mère ayant donné naissance par césarienne, l'accouchement peut donc, de ce point de vue, être vécu en recourant à la technologie médicale. Par contre, la souffrance est inscrite fortement dans ses représentations liées à l'accouchement jusqu'au point de s'actualiser. Il est donc illusoire de penser que l'absence de douleur physique empêche la souffrance de se manifester.

La douleur est un phénomène complexe qui peut avoir un impact négatif sur l'expérience d'accouchement des femmes, mais qui peut aussi leur donner un sentiment de réalisation et d'accomplissement (Guittier *et al.*, 2014; Larkin *et al.*, 2009). Alors que l'élimination de la douleur est parfois vue par la pratique obstétricale comme nécessaire pour créer une expérience d'accouchement positive, des études ont démontré que pour certaines femmes, la douleur est une composante essentielle de l'accouchement qui confère un sens vers la transition à la

maternité (Davis-Floyd, 2003; Lundgren & Dahlberg, 1998), alors que son absence peut contribuer à un sentiment de perte de contrôle sur le processus du travail et de l'accouchement (Stern, 1997). La perception de la douleur est influencée par d'autres facteurs tels le contrôle personnel, la confiance en soi et dans les soignants. Des études cliniques ont démontré que la confiance des femmes dans leur capacité de composer avec le travail est un élément clé pour expliquer les variations individuelles associées à la douleur durant le travail et l'accouchement (Lowe, 2000). Les études sociologiques (Jacques, 2007) et anthropologiques vont dans le même sens :

La douleur ressentie n'est donc pas un simple flux sensoriel, mais une perception qui soulève d'abord la question du rapport au monde de l'individu et de l'expérience accumulée à son égard. [...]. Elle est simultanément éprouvée et évaluée, intégrée en termes de signification et de valeur. Jamais purement physiologique, elle relève d'une symbolique. (Le Breton, 2006 : 14)

Le rapport à la douleur vécu par nos participantes lors de leur accouchement montre qu'il y a mille et un visages à cette expérience puisqu'elle est avant tout subjective, et reflète les valeurs de la famille, de la société et de la culture. De plus, elle s'articule à un moment précis dans le contexte de vie de la femme, ce qui en soi est singulier. Malgré la perte de ses repères, lorsque la femme se sent en contrôle de son expérience, elle effectue ce passage au rythme de ses contractions. Maher (2010) nous rappelle qu'il existe une relation très complexe entre la douleur et la subjectivité où la conscience et l'attention peuvent être intensifiées plutôt que diminuées par l'expérience de la douleur. C'est ce dont plusieurs participantes témoignent. L'expérience de la douleur perturbe clairement les formes cartésiennes classiques de la subjectivité où l'esprit est perçu comme souverain sur le corps :

the body is clearly present and potentially out of control, pain should not necessarily be understood as diminishing or destroying subjectivity. Instead, these accounts point to new possibilities for thinking subjectivity as emerging in and through the body in pain. (Maher, 2010: 2)

Des femmes comme Camille ont d'ailleurs vécu un autre rapport à leur corps et à leur esprit :

Une fois dans le bain, les poussées étaient de plus en plus intenses. À partir de ce moment, je me suis mise en mode animal... je ne réfléchissais plus, j'étais guidée par mon instinct, je poussais en criant de toutes mes forces, c'était viscéral. Tout ce que je voulais était d'accompagner mon enfant à venir au monde! ([Camille, 32 ans, serv., nat, sf, nat])

Si au Québec, le cri symbolise souvent un côté dramatique de l'accouchement en tant qu'évènement hors de contrôle pour la femme, il a pourtant été évoqué qu'il « est aussi un puissant exécutoire de la peur » (Le Breton, 2010 : 206) qui permet de multiplier l'énergie et d'atténuer leur douleur. Dans notre étude, les participantes déterminées à suivre leur ressenti avaient moins d'inhibition à émettre des sons ou des cris. La plupart des femmes qui se le permettaient, comme Mylène, Camille ou Laurence, du moins sur une longue période, étaient aussi en maison de naissance avec des sages-femmes. Ces femmes se sentaient tout à fait en contrôle d'elles-mêmes et de leur accouchement. Par contre, comme le mentionnaient Namey et Lyerly (2010), le respect de soi est une dimension importante du sentiment de contrôle. Pour certaines, comme Chloé, il signifie le contrôle sur elles-mêmes et la maîtrise de soi; donc, ne pas crier ou discipliner ses pensées; alors qu'au contraire, il apparaissait comme un moyen de contrôler l'évènement pour les premières.

5.3.6 La poussée : expérience intense

La poussée est vécue différemment par les participantes, selon le type d'accouchement, « naturel » ou sous péridurale, et selon l'approche médicale ou sage-femme. C'est particulièrement lors de la poussée que l'on peut constater les différences entre les trois modèles autour de la naissance, soit les modèles technocratique, humaniste et holistique.

Les femmes accouchant de manière naturelle sont d'abord surprises lorsqu'elles ressentent la première envie de pousser.

Le calme plat pendant 5 minutes. Donc, là j'ai dit ça y est. On vient d'arrêter tout ça. Jusqu'à tant que ce soit fulgurant! L'envie de pousser m'a prise dans le bain. Fallait vraiment que je sorte de là. Je n'étais vraiment plus bien. C'était vraiment la seule fois que j'ai vraiment eu peur. On ne connaît pas... Dans le fond, c'est une sensation très... c'est puissant comme senti [Pascale, 36 ans, prof., ind/nat, omni, nat]

Le rythme des contractions ralentit généralement, comme le mentionne Pascale. L'envie de pousser peut survenir progressivement ou brusquement. Des études montrent que certaines femmes peuvent trouver cette étape plus douloureuse ou difficile alors que pour d'autres, elle sera plus facile (Dixon *et al.*, 2014). Lupton et Schmied (2013) mentionnent aussi l'état de surprise qui force les femmes à se réconcilier avec les différentes perceptions corporelles, ce qui s'avère plus difficile si la femme a le sentiment d'avoir perdu le contrôle sur son corps par une

envie de poussée fulgurante. Elles peuvent sentir une menace et avoir l'impression que leur corps va s'ouvrir ou se désagréger. Pour nos participantes, la poussée était souvent perçue comme moins douloureuse que le travail, mais cette étape demeurait exigeante. Chloé dit avoir éprouvé la sensation bizarre de devenir « *un petit cube de personne* » lors de la descente dans le bas de son dos et dans ses fesses, comme si tout cet espace était rempli et s'être demandée si son corps allait s'ouvrir ou exploser. Akrich et Pasver (2004) nous amènent à penser que chaque femme doit interpréter les changements qu'elle vit dans son expérience incarnée, en faire une lecture et en dégager le sens pour elle-même.

Les femmes ayant accouché en maison de naissance ou à domicile parlent d'avoir suivi leur instinct et d'avoir été guidée par la sage-femme seulement lorsqu'elles en sentaient le besoin.

Je l'ai fait vraiment comme je le sentais, puis je n'ai pas eu de directives de personne, sauf peut-être un peu à la fin parce que là... je poussais puis ça ne sortait pas. Elle m'a suggéré quelques positions, mais sinon rendue là, ça faisait pu mal. [Sarah, 27 ans, prof., nat, sf, nat]

En milieu médical, plusieurs femmes se sont senties dirigées ou contraintes dans la manière de pousser. La plupart des femmes comme Yasmine n'ont pas le choix d'être en position couchée. Et elles ont peu de possibilités de se placer comme elles le souhaiteraient.

L'autre chose aussi que je trouvais difficile, c'est que moi je m'étais préparée à pousser sur l'expire et ce n'était pas ça du tout qui était demandé. Je l'ai proposé puis je l'ai essayé, mais ce n'était pas supporté. Ma démarche n'était pas supportée. Donc quand t'es vulnérable, tu y vas avec ce qu'on te dit. Puis là le bébé... J'ai poussé les poumons pleins puis ça a donné ce que ça a donné [déchirure périnéale]. [Odile, 40 ans, prof., nat, gyn, med]

Sous péridurale, les femmes n'ont pas ressenti la sensation de poussée. Quelques-unes étaient surprises de devoir rester couchées et de ne pouvoir choisir la position pour accoucher ou d'être entourées de plusieurs personnes dans un moment si intime.

La résidente est venue avant la fin de son shift finalement. C'est là qu'elle a vérifié et a dit « bien oui, tout est prêt, on va être prêt pour pousser ». Donc, ils sont venus installer les étrières... j'pense... ils avaient-ils enlevé les moniteurs? Non, j'pense qu'ils les gardaient. J'me souviens pu. Bon en tout cas, ils t'installent vraiment là, comme il faut, fait que là, moi, j'ai dit « OK c'est beau, c'est le temps de pousser » ([Isa, 27 ans, serv., ind/nat, gyn, med])

5.4 Accompagnement et soins lors de l'accouchement

La relation et les interactions avec le personnel soignant lors de l'accouchement colorent fortement le vécu des femmes. Quels en sont donc les impacts sur le sentiment de contrôle?

5.4.1 Les soins médicaux-nursing

Il faut tout d'abord se rappeler que l'une des principales raisons du choix d'un omnipraticien était l'approche. Toutes souhaitent accoucher de manière naturelle et avoir une liberté de positions. Or, le moment venu, rien ne se déroule comme planifié initialement. Ainsi, au moment d'accoucher, aucun médecin de l'équipe sur laquelle Annie comptait ne sera présent. Elle sera sous les soins d'une résidente et donnera finalement naissance par césarienne. Élise, transférée à un gynécologue comme prévu à 32 semaines, a finalement donné naissance par césarienne étant donné que son bébé se présentait par le siège. Valérie pour sa part, a consenti à être déclenchée durant la fin de semaine parce que son médecin insistait. Celle-ci craignait un manque de place au centre hospitalier au cas où elle dépasserait le terme de 40 5/7 semaines prévu la semaine suivante. Par ailleurs, le médecin de Pascale sera présent, mais :

J'étais sur le côté, le médecin n'était pas arrivé. Puis là, le médecin m'a laissée faire puis à un moment donné il a dit « Essaye-le donc sur le dos ». Puis moi, c'était vraiment ma dernière idée, mais ça s'est bien passé. [...] Je me sentais quand même en confiance parce que c'est quelqu'un, qui au niveau de la position physiologique et de laisser-aller les choses, qui était très à l'aise avec ça. Puis dans le fond, même c'est ça, il m'a mis deux poches de soluté sous le dos pour permettre quand même une certaine mobilité. J'étais comme « Ah! Ça va bien ».
[Pascale, 36 ans, prof., ind/nat, omni, nat]

Et pour les femmes suivies par un gynécologue-obstétricien, celui-ci dirige l'accouchement au moment où il est présent, c'est-à-dire lors de la poussée. Dans les modèles de soins obstétricaux, l'obstétricien supervise le travail à distance et assiste seulement à la phase finale de la naissance. Pour Campo (2010), il semble étrange que les femmes placent tellement de confiance au médecin qui est absent pour une large part du travail d'accouchement et soient réticentes à parler négativement d'eux.

Si Gabrielle a apprécié le gynécologue-obstétricien pour son côté humain et le respect du rythme de son accouchement, le vécu de quelques autres est différent, principalement dans la région MCQ.

*J'en avais entendu parler. C'est un gynécologue qui est super bon, mais il a une façon très directe de dire les choses si on peut dire. Une chance là, parce que ça m'a permis de prendre ce qu'il disait avec un grain de sel [...] Quand je commençais à avoir envie de prendre l'épidurale, j'ai dit « Ah! Combien de temps, ça va durer encore? » Puis lui : « moi j'suis gynécologue, je n'ai pas de boule de cristal ». Donc, c'est le genre de réponse qu'il peut te donner. **Q** : **Si vous n'aviez pas été prévenue, ça vous aurait dérangée? Oui, je me serais dit :***

« *coudonc, j'ai-tu mal dit ça? C'est-tu moi qui suis niaiseuse?* » [Yasmine, 28 ans, prof., ind, gyn, nat-i]

Ces propos qui peuvent être perçus comme désobligeants, peuvent créer un sentiment d'incompétence chez les femmes comme le fait remarquer Yasmine. Malgré les revendications des femmes, les initiatives d'humanisation des naissances, le désir de transformer la relation médecin-patient dans la formation médicale, les bonnes intentions de plusieurs médecins, il est déplorable de constater que l'hégémonie médicale prévaut encore et se traduit de diverses manières. Ce dont témoigne Jasmine n'est malheureusement pas un fait isolé, d'autres participantes ont rapporté des situations similaires. Les études où l'on donne la parole aux femmes continuent de démontrer que l'espace émotionnel entre les femmes et les obstétriciens implique la domination et le déni de la reconnaissance subjective, offrant le potentiel pour le médecin d'établir un rapport paternaliste (Campo, 2010; Reiger, 2010), ou pire, comme on peut le constater, s'autoriser à tenir des propos déplacés ou à des comportements inappropriés. En ce sens, Roselyne est restée très secouée des directives de la gynécologue et de l'impatience démontrée envers elle. En plus, elle a dû vivre une césarienne d'urgence :

Et là, elle voulait me crever les eaux puis moi j'avais tellement mal. Je disais : « Non! J'veux pas que tu les crèves » J'étais en train de paniquer. À un moment donné là, elle m'a parlé un peu plus bête. Elle dit : « là il faut que tu comprennes que moi je te le fais puis je suis patiente, mais l'anesthésiste quand il arrive il n'est pas tout le temps de bonne humeur, et il va falloir que tu te calmes. » Je ne sais pas si elle a passé ça sur le dos de l'autre pour me ressaisir. J'ai dit bon "OK c'est beau". Elle dit : « Bon, que tu le veuilles ou que tu le veuilles pas elle dit "J'VAIS te crever les eaux!" Elle m'a crevé les eaux [...] Puis... comme je dis les premières semaines, c'était comme pff, j'ai eu l'impression d'être comme un peu violentée dans mon accouchement là. Puis c'est un peu, tu sais, le mot que je viens de prendre là c'est vraiment...
[Roselyne, 29 ans, prof., ind, gyn, ces]

C'est en parlant avec sa collègue ayant vécu des événements similaires pour son deuxième accouchement, contrairement à sa première expérience, que Roselyne est parvenue à mettre des mots sur son ressenti. La violence obstétricale, soit le manque de respect et de maltraitance envers les femmes lors de leur accouchement, a commencé à être reconnue par les autorités en santé⁷³ seulement depuis 2010. Peu d'études sur le sujet ont été réalisées et ce n'est qu'en 2014,

⁷³ Une charte sur les droits des femmes lors de l'accouchement a été rédigée par l'organisation internationale « l'Alliance du Ruban blanc pour une maternité sans risques » et lancée en 2012 lors de la première conférence internationale sur le sujet en Hollande. En 2014, l'OMS a aussi fait une déclaration sur le sujet à l'Assemblée des Nations-Unies. Au Québec, une étude exploratoire féministe financée par le CRI-VIFF en collaboration avec le Regroupement Naissance-Renaissance a eu lieu en 2008-2012 (Vadeboncoeur, 2016).

que les médias ont traité de la violence obstétricale pour la première fois au Québec (Poulin-Chartrand, 2014, Vadeboncœur, 2016). L'attitude des médecins et les gestes posés sans le consentement ou avec peu d'explications sont rapportés par plusieurs femmes, notamment par celles ayant subi une césarienne. Ceci rejoint d'autres études portant sur l'état de stress post-traumatique suite à un accouchement⁷⁴. De plus, la césarienne d'urgence accroît les sentiments d'impuissance et la détresse des femmes (Ayers *et al.*, 2016; Creedy *et al.*, 2000; Paradis, 2014).

Dans la majorité des centres hospitaliers, principalement à Québec, ce sont les médecins résidents qui gèrent le travail, l'accouchement et la césarienne. Élise en était d'ailleurs surprise au moment d'entrer en salle d'opération. L'expérience peut être vécue différemment selon la relation qui s'installe ou non avec la femme et les informations données au moment des interventions proposées. Ainsi Karina s'est sentie en sécurité parce que la résidente « *c'était quelqu'un qui parlait tellement... d'une façon, elle était tellement sécurisée, elle disait des choses comme si elle savait ce qu'elle faisait.* » alors que, pour Daphnée :

Le résident, quand je suis arrivée, il voulait crever mes eaux rendue à 8 cm. J'étais comme ... Puis je parlais avec l'infirmière. J'ai dit : "Moi je voudrais bien aller prendre un bain. Il veut crever mes eaux, mon travail avance vite, je ne comprends pas pourquoi lui il voudrait provoquer, crever mes eaux là". Elle dit : "Je vois que tu comprends très bien comment ça fonctionne". Elle dit "C'est bon je vais m'arranger". Puis elle était comme contente que je comprenne tu sais [...] puis le résident dit : Je pense que ce n'est pas une bonne idée le bain. Je ne veux vraiment pas que t'accouches dans le bain là, ton travail avance vraiment vite! » Donc, j'étais comme : c'est bon signe en même temps, puis j'étais un peu déçue [Daphnée, 30 ans, serv., ind, gyn, ces]

Le soutien des infirmières dans la réponse aux attentes des femmes varie considérablement. À son arrivée au centre hospitalier, Bianca avait demandé une infirmière « *habituée aux accouchements naturels* », ce qui a été pris en considération. Elle s'est donc sentie soutenue tout comme Pascale et Gabrielle. D'un autre côté, Isa était contente « *de se faire prendre en charge* ». Selon leurs attentes, les femmes souhaitent être « *laissées tranquilles* » ou « *cochées* ». Certaines infirmières peuvent être des alliées, comme on l'a vu précédemment pour Daphnée, alors que, comme elle le fait aussi remarquer, d'autres agissent différemment :

Il y a une autre infirmière qui est venue puis elle ... tu sais, tu le vois, ça se voit la personne qui est plus ... Elle, que j'aimais moins, j'avais l'impression qu'elle essayait de me diriger vers

⁷⁴ Selon des études australiennes, européennes et nord-américaines, le tiers des femmes vivaient une expérience traumatique lors de leur accouchement et 1,5 à 6 % d'entre elles subiraient un choc post-traumatique consécutif à leur expérience (Ayers *et al.*, 2016; Creedy *et al.*, 2000; Paradis, 2014).

l'épidurale puis je la voyais venir. Ça se sent de la façon qu'elle parlait puis l'autre, elle était vraiment accouchement naturel puis elle était ... « Regarde, cette contraction-là est finie, elle reviendra pu celle-là, c'est super beau ». Puis elle était vraiment bonne là l'infirmière. Elle faisait vraiment un bon travail avec moi [Daphnée, 30 ans, serv., ind, gyn, ces]

Daphnée, Isa, Roselyne et Karina se sont fait proposer la péridurale sans qu'elles en aient manifesté le désir ce qui confirme les appréhensions de plusieurs femmes en prénatal. Par ailleurs, c'est dès le début de son travail que Valérie s'est aussi vu offrir la péridurale. Dans les faits, dès que la rupture des membranes est proposée ou qu'un déclenchement est entrepris, le personnel informe que la douleur va augmenter et conséquemment, proposent la péridurale d'emblée. Cette façon d'agir amène des appréhensions et des doutes à la femme sur sa capacité à accoucher sans anesthésie. Bref, de devoir choisir en position de faiblesse est un stress supplémentaire. Ainsi, Karina, sous déclenchement médical, ne voulait pas laisser paraître ses émotions de crainte qu'on la lui impose : *« je ne peux pas commencer à crier, à avoir trop mal, sinon ils vont me mettre ça et je ne veux pas »*. La perception de Karina va de pair avec celle de la sociologue Dear-Healy (2011) voulant que dans la société nord-américaine, si une femme choisit de traiter sa douleur en pleurant ou en criant, elle perd le droit à la prise de décision et donne le contrôle aux intervenants. Selon Dear-Healy (2011), la profession médicale considère ainsi qu'une femme est en contrôle lorsqu'elle continue à faire ses techniques de respiration. *« De ce point de vue, le contrôle de la douleur est essentiellement le contrôle des femmes »* [traduction libre] (Dear-Healy, 2011 : 141).

5.4.2 Le suivi sage-femme

La plupart des femmes se sentaient en confiance surtout si la sage-femme était expérimentée. Mylène, Camille et Sara rapportent avoir pu faire leur travail à leur rythme avec une présence discrète et peu d'exams.

Tu sais qu'elle est là, donc t'es bien, t'es en confiance, parce qu'elle est là pour surveiller tout ce que toi t'as pas de contrôle, mais elle n'est pas là tout l'temps à te rappeler que ça s'en vient puis qu'il faut que tu fasses telle ou telle affaire-là. Tu sais, c'était une belle liberté qu'on a là-bas. Je l'ai fait vraiment comme je le sentais. [Sarah, 27 ans, prof., nat, sf, nat]

Des bonnes paroles au bon moment aident Laurence et Mylène à se recentrer et à poursuivre leur travail en étant confiantes. Être encouragée, avoir du renforcement positif a permis à Ariane de se sentir compétente, malgré la césarienne.

J'ai été agréablement surprise de l'espèce de force que j'avais. [...] J'me suis mise à vraiment me laisser aller, puis à bouger et à essayer de ne vraiment pas réfléchir. Puis il y a eu des réactions autour. Les sages-femmes disaient « Ah! Tu sais, tu fais bien ça. Tu bouges bien. Tu fais tout ce qu'il faut » puis, là j'avais du renforcement, ça me faisait du bien de me sentir compétente. [Ariane, 36 ans, prof., nat, sf, ces]

Ces propos vont dans le même sens que ceux de Fair et Morrison (2012) qui ont constaté que les femmes sous les soins des sages-femmes ont un plus grand sentiment de contrôle et de satisfaction même si elles ont une césarienne. Par contre, une mauvaise communication peut transformer l'évènement ou laisser des traces. Même le non verbal est perçu et peut induire le sentiment d'être jugée. Et le choix des mots est important surtout si la femme vit une blessure en rapport avec son vécu. :

Ma sage-femme me l'avait dit dès le départ : « Toutes les femmes rendues, mettons, à 8 centimètres, veulent s'en aller à l'hôpital. » Puis elle dit : « Moi, c'est sûr que si tu me dis ça, je vais essayer de te convaincre de ne pas y aller, de te trouver d'autres manières de faire passer la douleur, jusqu'à tant que tu me dises vraiment : Non, non. » Puis là, ce n'était pas elle, mais l'autre. Aussi je le voyais, quand je disais que je commençais à penser que je voulais aller à l'hôpital, elle restait muette puis elle me regardait ... Y'avait pas de dialogue. De dire, pesons le pour et le contre, quoi que ce soit. Je me sentais comme toute seule là-dedans, puis je sentais le jugement. [...] Puis après ça, quand j'en ai jasé avec ma sage-femme en disant : qu'est-ce qui serait arrivé si j'avais été ici? Elle m'a dit : « C'est sûr qu'en maison de naissance on s'attend à ce que les gens veuillent accoucher de façon naturelle. » Ça m'a vraiment fait chier. J'étais comme : « C'est parce que tu penses que je ne voulais pas accoucher de façon naturelle. Je voulais juste ça. » [...] Mais comme dit Maxime, c'est peut-être moi qui amplifie par mon sentiment de culpabilité. [Héloïse, 34 ans, prof., nat, sf, med]

Héloïse se sentait particulièrement confiante parce que sa mère avait accouché rapidement. Elle croyait donc être capable de le faire de manière naturelle comme elle. Et elle aurait apprécié que la sage-femme présente au moment de l'accouchement discute ouvertement avec elle des alternatives possibles pour l'aider à composer avec la douleur. Les propos d'Héloïse montrent aussi le bris dans la relation de confiance, car elle ne sent pas la possibilité d'être entendue dans son vécu sans que la sage-femme présume de ses intentions. Elle évoque également le sentiment de culpabilité qui l'a envahie, contrairement à Ariane et à Miranda qui en plus d'avoir été respectées dans leur choix, ont été reconnues par leur sage-femme comme agissant au mieux dans les circonstances. Le sentiment de culpabilité est fréquent chez les femmes dont l'accouchement ne se déroule pas comme elles le souhaiteraient, que ce soit en regard du recours à la médication ou à des interventions. Selon Moore (2013), la pression qu'elles se mettent sur elles-mêmes par leurs attentes, les amène finalement à se sentir comme si elles auraient pu

changer le résultat ou à douter de leurs décisions. Il est donc important d'en être conscient et d'éviter un discours pouvant être interprété comme un blâme pour les aider à intégrer positivement leur expérience.

De plus, avoir la même sage-femme tout au long de leur expérience fait une différence pour plusieurs femmes. Chloé considère même que cela a probablement facilité son accouchement.

Le suivi que t'as avec ta sage-femme, que ce soit elle qui t'accouche..., que ça se fasse comme ça ferme comme la boucle on dirait. D'avoir comme le chaînon là, la même personne, nous autres ça nous a satisfaits [...] Donc, ça, ça a été bien important. Moi je suis de même, j'aime ça d'avoir une connexion avec quelqu'un que tu veux. [...] Ça m'a aidée probablement à ça, à accoucher. [Chloé, 33 ans, serv., nat, sf, nat]

Un rapport récemment publié montre également que la continuité relationnelle fournit des preuves convaincantes sur le plan de l'amélioration des résultats⁷⁵ et des expériences de soins (Kitzinger, 2016). Les femmes ayant connu la continuité auprès d'une sage-femme montrent aussi un meilleur sentiment de contrôle pendant le travail, moins d'anxiété, une expérience en regard de la douleur plus positive et sont fières d'elles-mêmes (McLachlan *et al.*, 2015).

5.5 Les décisions

Comme nous l'avons vu, la plupart des participantes accouchant en centre hospitalier avaient préparé un plan de naissance afin de faire connaître et respecter leurs attentes par le personnel. Quelques-unes l'ont utilisé, mais dans d'autres cas il n'a pas servi. Certaines comme Isa, n'ont pas osé le présenter. La contribution du plan de naissance comme outil favorisant l'autonomie des femmes est donc limitée, voire absente dans des certains milieux. Quant à Élise :

J'avais préparé quand même un plan de naissance au cas où il y aurait eu une césarienne. Puis j'me disais, il y a certaines choses qu'on peut contrôler un peu, mais pas dans l'sens control-freak mais qu'on peut y aller selon notre vision. [...] On m'avait dit que je pouvais être avec mon conjoint tout le long si je le demandais, mais rendue sur place, ce n'était pas ça. [...]. Lui était à l'extérieur et il a stressé pendant 30 minutes pendant que moi j'étais en train de me faire préparer, là j'étais toute seule avec eux. Puis... pas si vrai que ça qu'on a le contrôle tant que ça sur ces affaires-là. Mais là j'me disais : « c'est une opération. C'est sûr

⁷⁵ Une revue Cochrane réalisée à partir de 15 études impliquant 17,674 femmes, indique que les femmes qui ont eu la continuité de soins par rapport aux femmes recevant des soins par une équipe médicale ou des soins partagés, sont moins susceptibles de : naissances prématurées (24 %), de perdre leur bébé avant 24 semaines de gestation (19 %), et de perdre leur bébé à tout âge de gestation (16 %). Par ailleurs, les femmes étaient plus susceptibles d'avoir un accouchement vaginal, et d'avoir moins d'interventions lors de l'accouchement (naissance instrumentale, amniotomie, péridurale et épisiotomie) (Sandall *et al.*, 2016).

qu'il faut qu'ils me préparent. Je ne vais pas commencer à faire une scène ici là. Plus vite ça va être fait, mieux c'est. » ([Élise, 30 ans, serv., ind/nat, omni, ces]

Ainsi, Élise réalise être soumise à un protocole opératoire limitatif plutôt qu'être en train de vivre l'expérience d'accouchement souhaité. Selon Hildingsson (2015), les pires expériences associées à la prise de décision et au contrôle sont associées à un mode de naissance instrumentale ou à une césarienne, ce qui a aussi été le cas des femmes rencontrées.

Les femmes qui accouchent avec une sage-femme affirment avoir pris les décisions à partir des informations reçues à chaque étape de leur travail et de leur accouchement.

Elles suivaient ce que je voulais faire. Elles proposent et c'est moi qui décide [Miranda, 39 ans, prof., nat, gyn/sf, nat]

C'est toujours ça, elles nous informent, « y a tel traitement qui existe y a telle chose qui existe voici ce que c'est, est-ce que tu le veux? » C'est toi qui décides. Bon, est-ce que tu veux aller dans l'bain, être debout, etc. [Ariane, 36 ans, prof., nat, sf, ces]

Miranda et Ariane, tout comme les autres femmes suivies par des sages-femmes, n'envisageaient pas lui donner la responsabilité totale. À cet égard, pour Karlström *et al.* (2015), la préparation physique et mentale, y compris les connaissances sur le processus de l'accouchement, sont nécessaires pour être en contrôle et participer à la prise de décision. Nous ajoutons que les options possibles doivent aussi être présentées et expliquées.

Dans le milieu médical, certaines femmes ont le sentiment de prendre les décisions en fonction des possibilités s'offrant à elles.

Quand elle a percé mes membranes, elle me l'a demandé. Elle a dit « ça te déranges-tu, qu'on perce tes membranes? » J'aurais pu dire « non j'veux que mes membranes percent toutes seules », mais j'aurais peut-être été encore... trois, quatre heures de plus. Après ça, elle dit « ça te déranges-tu... tu veux-tu qu'on te donne du pitocin pour augmenter tes contractions? » J'ai dit : « à la base, je ne voulais pas de médication, mais j'ai déjà la péridurale, puis avec la péridurale ça fait descendre mes contractions. Fait que, si on n'a pas l'choix, donne-moi-s'en », mais ils nous le demandaient avant de me donner euh, n'importe quoi là [Florence, 25 ans, serv., med, gyn, med]

À partir du moment où les femmes ont une péridurale, le spectre des choix et des décisions rétrécit puisque s'ensuit la proposition d'une série d'interventions comme le laissent poindre les propos de Florence. Tout comme l'affirment Miller et Shriver (2012), elles deviennent parties prenantes et éprouvent un sentiment de contrôle parce qu'elles font confiance à la médecine.

Elles ont l'impression que dans la plupart des situations, ce qui a été fait devait être fait et que c'était dans leur intérêt (Larkin *et al.*, 2012). S'appuyant sur la théorie de Bourdieu, Miller considère que la pratique de l'accouchement peut être considérée comme une pratique sociale, car elle relie les sentiments et les croyances individuelles et le médical comme institution. Les femmes doivent ainsi négocier leur prise de décision de leur habitus, mais dans les champs qui peuvent limiter ou faciliter l'exercice de leur volonté. En plus de considérer leurs attentes souvent établies en fonction de leur habitus, elles tiennent aussi compte de ce qu'elles croient réaliste et possible pour elles (Larkin *et al.*, 2012; Miller & Shriver, 2012).

C'est au moment d'accoucher que les femmes se sentent souvent plus contraintes.

Ils m'ont installée dans cette position-là. Ils m'ont dit « tu vas faire ça de même. Tu respirez comme ça, tu pousses puis c'est tout là ». Donc j'ai juste comme suivi. C'est la seule fois qu'ils ont vraiment été, protocole là. Tu sais, on fait ça, comme ça. Fait que tu rentres dans le moule puis : fais-le de même, puis ça va bien aller. Sinon... ils m'ont offert vraiment plein, plein de choses [Isa, 27 ans, serv., ind/nat, gyn, med]

Comme le mentionnait Campo (2010), les femmes ne sont pas nécessairement dupes et passives, mais leur autonomie est limitée par leur relation avec leur obstétricien qui augmente la normalisation de la naissance médicale. Et comment une femme peut-elle raisonnablement s'affirmer dans une position imposée, avec le médecin entre ses jambes, et l'équipe autour qui dicte comment respirer? Et Karina, d'ajouter :

Ce n'est jamais imposé, mais c'est qui, qui va dire, « non, je suis correcte, je veux rester comme ça, même s'il y a un risque, moi je le prends le risque, toute seule ». Tu ne vas pas aller contre le médecin, jamais. Ce n'est pas imposé, mais oui c'est imposé parce que tu ne vas jamais dire, « non, je prends le risque, je veux attendre jusqu'à midi. » [...] Est-ce que c'est après 12 heures ou après 24 heures que ça commence à être dangereux? Je ne le sais pas, c'est le médecin. Moi j'ai l'impression qu'ils font ça juste pour... pour se débarrasser plus vite des gens (Karina, 32 ans, prof., nat, gyn, nat-i]

L'expérience de Karina nous informe que les décisions sont souvent prises parce que les femmes pensent qu'elles ne peuvent faire autrement. Elles se sentent impuissantes et en manquent de connaissances devant les décisions des experts. Ce n'est pas parce qu'une personne semble accepter volontairement une conduite que cela signifie qu'elle y adhère et le fait sans influence coercitive (Dear-Healy, 2011). Il ne faut pas oublier que les émotions sont au centre du processus de décision (ibid). Les femmes consentent donc à s'offrir en otage, car elles ont peur des répercussions possibles pour leur bébé si elles s'opposent à ce qui leur est recommandé.

Comme le mentionnait Lupton (2012), dans l'idéologie médicale, l'accent est mis davantage sur les besoins du bébé plutôt que sur ceux de la mère. Les femmes s'y conforment ne voulant pas nuire à leur enfant et en porter seule la responsabilité.

5.6 Médication et interventions : source de perte de contrôle

La médication peut induire un sentiment de perte de contrôle sur le corps, mais aussi sur l'esprit, en altérant la conscience. L'effet d'un médicament peut se prolonger au-delà de la naissance et peut venir perturber les premiers moments vécus avec le bébé. Des sentiments d'impuissance, de tristesse, parfois d'incompétence s'ajoutent.

Ç'a pris plusieurs heures avant que j sois capable de faire des phrases complètes et que j sente mes mains [...] J'étais capable de bouger mes bras mais je ne sentais pas les doigts. Si je fermais les yeux, je ne sentais pas que je touchais à quelque chose. Donc, je n'osais pas le prendre, je ne voulais pas lui faire mal ou l'échapper [...] il y a eu la péridurale et après l'autre anesthésie puis je me sentais droguée. [Ariane, 36 ans, prof., nat, sf, ces]

Ces sensations sont amplifiées lors d'une césarienne en raison de la prémédication et de la péridurale ou de la rachianesthésie alors utilisée. Le sentiment d'avoir été droguée était aussi présent pour Annie, au moment même où elle avait formulé le plus d'attentes à l'égard de la naissance, soit la première rencontre avec son bébé. Elle était encore très en colère, huit semaines plus tard, parce qu'elle ne comprenait toujours pas ce qui lui était arrivé.

Tout était mélangé, je ne savais pas où j'étais. Je ne savais même pu ce qui m'arrivait, c'était dégueulasse. Quand je me suis sortie de ça, en plus, j'ai tremblé pendant à peu près 4 heures, de drogue et de choc là [...] Au final, je suis déçue de sa naissance, parce que j'étais pas là. Je n'étais même pas là pour l'accueillir. [Annie, 31 ans, prof., nat, omni, ces]

Les interventions ne sont pas souhaitées par les femmes à moins d'urgence ou de nécessité pour la santé du bébé ou la leur. Ces situations sont vues comme hors de contrôle. Toutefois, certaines ont eu à composer avec différentes interventions telles la rupture des membranes, le soluté, le déclenchement, le monitoring électronique, l'épisiotomie. D'autres, sous péridurale, ont dû avoir ventouse ou forceps ce à quoi elles ne s'attendaient pas. Le sentiment de vulnérabilité devant les experts est donc présent lorsqu'on leur propose des interventions.

À un moment donné, ils m'ont parlé d'une pilule, parce que je pense que je ne dilatais pas assez vite. Mais, je n'ai pas dit oui tout de suite. [...] Au début, on a demandé un délai parce qu'on voulait que ça se fasse naturel, mais un moment donné bien, on ne voulait pas non plus que ça stagne trop. Donc, c'était correct de dire : « on va les rupturer (membranes), ça va aller plus vite » Tu sais, les décisions à l'accouchement, c'est toujours [...] Puis quand qu'elle m'a offert aussi là de déclencher avec l'ocytocine, chose que je ne voulais pas au départ, bien rendue à

ce moment-là dans l'accouchement, c'était comme : « ah! vas-y, fait ce que tu veux, quasiment là. Faut que ça finisse. » [Bianca, 29 ans, prof., nat, gyn, nat-i]

Parfois, les interventions entraînent des effets non désirés, en plus d'accentuer la perte de contrôle des femmes sur le cours des événements. Si des erreurs dans l'évaluation de la dilatation ont amené Odile et Daphnée à douter de leur capacité à accoucher puis à recourir à la péridurale, des accidents de parcours surviennent également.

La résidente dit : « moi ce que je te propose c'est une épidurale puis on va te donner un l'ocytocine pour que tes contractions soient plus fortes, pour te donner une chance de le donner naturellement parce que ça commençait à faire vraiment trop longtemps ». Donc, finalement j'ai accepté [...] À un moment donné, je me suis réveillée et j'ai dit : j'ai l'impression de baigner [...] Elle a tassé le drap et je baignais dans mon SANG! Là finalement elle m'a dit que mon placenta a décollé puis que j'ai perdu beaucoup de sang, donc elle n'a pas aimé ça [...] et a dit : « je te donne 10 minutes, je reviens puis moi je te propose vraiment une césarienne. Ton bébé son cœur, ça va moins bien. » J'étais bien triste. Donc, ça a été ça à peu près mon accouchement. [Daphnée, 30 ans, serv., ind, gyn, ces]

Brubaker et Dillaway (2009) mentionnent qu'il y a perte de contrôle lorsque le processus physiologique est interrompu. La plupart du temps, on assiste à une cascade d'interventions, c'est-à-dire à un enchaînement d'interventions pour pallier les effets produits par les précédentes (Campo, 2010). L'absence de contrôle et les interventions médicales subséquentes ou inutiles conduisent à des sentiments de frustration et de colère (Moore, 2011).

5.7 L'influence de l'environnement

L'environnement joue un rôle sur le sentiment d'être en possession ou non de ses moyens. Être dans un autre environnement que chez soi ou se retrouver en face d'inconnus est perçu comme difficile et allant à l'encontre de son besoin d'intimité.

Moi je voulais repousser le plus longtemps possible le moment d'être à l'hôpital [...] anyway. quand t'es pas dans ton aise, t'es mieux chez toi. [Daphnée, 30 ans, serv., ind, gyn, ces]

[...] j'veux dire, au nombre de fois où euh... tu te montres les fesses, puis l'entrejambe à je ne sais pas combien d'inconnus. Fais qu'on était quand même assez nombreux dans la chambre [...] C'est assez paradoxal quand tu y penses parce qu'au fond, t'es entourée de plein de gens. Pour vivre un moment si intime. [Wendy, 28 ans, serv., med, gyn, med]

Les propos de Daphnée et Wendy montrent qu'en plus d'appivoiser leur accouchement, les femmes ont aussi à gérer les sentiments suscités par le milieu étranger où elles se retrouvent. Et pour certaines, il est difficile de subir les contraintes imposées à la liberté de mouvement.

Le soluté, c'est ça. Ça, j'ai hâï ça, aussi parce que je voulais bouger, j'étais attachée à une machine là, ça c'était horrible aussi. [Karina, 32 ans, prof., nat, gyn, nat-i]

Être physiquement contrainte ajoute à l'impuissance et exige une énergie accrue pour demeurer centrée sur son travail. En effet, la capacité à s'autoréguler est largement influencée par sa capacité à interagir avec et dans notre environnement, soit de manière générale ou plus spécifiquement (Dear-Healy, 2011).

L'ambiance influence aussi l'accouchement. Chloé qui a besoin de pénombre pour être à l'aise compare son accouchement à la maison avec ce qu'elle a observé en milieu hospitalier :

D'avoir fait ça ici, moi en tout cas, ç'a été d'un plus grand soulagement pour moi surtout après d'avoir vu ce que c'était à l'hôpital, là dans un petit lit simple là, nain, avec mon chum assis dans un fauteuil tellement petit, puis de la lumière, des néons. Moi, ce n'était pas ça, l'ambiance dans ma chambre. C'était un éclairage très tamisé. Tu sais, moi, je n'aurais pas très bien accouché dans une lumière, je m'en rendais bien compte, j'allais dans la toilette, il faisait noir là. C'est ça que je voulais, qu'il fasse noir. [Chloé, 33 ans, serv., nat, sf, nat]

Le travail est non seulement un phénomène physiologique, mais il est aussi influencé par des facteurs sociaux, psychologiques, environnementaux et culturels (Dixon *et al.*, 2014). Il est reconnu dans la littérature que l'environnement, comme le fait de pouvoir adopter des positions confortables ou accoucher à domicile, influence le sentiment de contrôle des femmes lors de l'accouchement (Green & Baston, 2003; Larkin *et al.*, 2009). De même sentir qu'elles peuvent exercer un contrôle sur l'environnement s'avère important (Green & Baston, 2003; Namey & Lyerly, 2010) et contribue au sentiment de sécurité considéré comme essentiel pour permettre aux femmes de se concentrer sur des outils leur permettant de composer avec le travail (Karlström *et al.*, 2015).

5.8 Peurs et contrôle

Parfois, lorsque les sensations du travail surprennent, les peurs s'installent et contribuent à créer le désarroi ou des blocages. C'est ainsi qu'après avoir fait un retour sur son accouchement, Pascale dit avoir compris que la peur « *que ça pousse trop fort* » a fait en sorte qu'elle est demeurée couchée et qu'elle n'a pas osé adopter une autre position. Le fait de penser devoir aller encore plus loin dans le processus est parfois aussi insoutenable.

Comment dire ça? Je... c'est comme la montagne, elle était trop haute. Je n'y arrive pas. Je ne serai pas capable de traverser ça. Plus ça va, après, elle est là... je ne peux pas dire « bye!

on se revoit dans 2 jours ». Et, je ne voulais pas aller... j'avais peur d'aller au-delà. [Miranda, 39 ans, prof., nat, gyn/sf, nat]

Miranda s'est sentie submergée tout juste avant l'envie de pousser. C'est aussi ce qu'avait observé Dixon *et al.* (2014) et les participantes de son étude mentionnaient que le fait de se faire dire « oui, vous pouvez » leur permettait de se concentrer de nouveau.

Pour les femmes sous péridurale, les peurs sont tout aussi présentes. Ainsi, Odile se refuse à dormir afin de pouvoir surveiller le moniteur fœtal pour s'assurer du bien-être de son bébé. Alors que pour Wendy, l'anticipation des complications possibles prend toute la place.

Mais, dans ma tête en tout cas je lui parlais [bébé], puis on dirait que les yeux fermés, j'étais plus focus, qu'ouverts à regarder tout ce monde-là. Mais, c'est surtout à lui que je pensais. Puis, j'essayais de parler aussi à je ne sais pas qui se trouve en haut là. J'essayais d'envoyer des prières pour que tout aille bien, qu'il soit en santé, oui, lui demander de l'aide. Que lui soit en santé, mais que moi aussi, parce que ça me faisait bien peur de garder des séquelles de l'épidurale ou de l'accouchement, en tant que tel [...] Donc, je faisais mes prières à qui de droit! Pour essayer que tout se déroule bien. [Wendy, 28 ans, serv., med, gyn, med]

Il est aussi très difficile pour les femmes de se détacher des sentiments de peur pouvant être perçus chez des intervenants ou induits par eux. Ainsi, Tania qui a vécu une complication rare lors de son accouchement a été bouleversée d'apprendre par la gynécologue que son bébé, né en bonne santé, aurait pu ne pas survivre. Et Roselyne encore perplexe sur les raisons de la césarienne, considère que la peur exprimée par la gynécologue fut décisive.

Ç'est le fait de ne pas savoir ce qui s'en vient, parce que mettons, nous l'avoir dit, bien regarde on a le choix, d'essayer d'accoucher, mais à 4 heures et demie si ça ne passe pas on n'a pu d'anesthésiste. Regarde on va tout devancer parce qu'il faut qu'il soit là, pas le choix. Ça aurait tombé une césarienne planifiée. Mais là on reste quand même avec la césarienne d'urgence... En même temps je me dis, est-ce que c'est parce que vraiment elle avait..., bien, elle me l'a dit là avant de descendre : « j'ai vraiment peur que le cœur de ton bébé ne tienne pas le coup. » Ça, elle me l'a dit. Fait que moi ç'a resté accroché là j'ai dit « OK. On essaye pour, on va pour, elle dit qu'elle a peur, elle a peur. ». [Roselyne, 29 ans, prof., ind, gyn, ces

Plusieurs études ont démontré que la médecine ressent le besoin de gérer activement le travail parce qu'elle perçoit le potentiel pathologique et ne fait pas confiance au corps des femmes, entretenant ainsi des interactions semant le doute (Brubaker & Dillaway, 2009; Campo, 2010).

Obstetrics is a powerful institution of fear and codification. When it comes to birth – when it comes to women's health—obstetrics dictates and decides where the boat's going, how it's going to get there, and how long it's going to take. It codifies a fear of

the jungle beyond the riverbank and a pre-emptive response to that fear. (Goodwin-Smith, 2012 : 529)

Et les femmes : comment perçoivent-elles leur corps après l'accouchement?

5.9 Corps bien fait ou corps meurtri

Pour plusieurs femmes, c'est leur corps qui a accouché. Vivre un accouchement naturel donne aux femmes le sentiment que leur corps est bien fait, qu'elles ont une grande force.

De le sentir passer, puis, la tête, tout ça. De sentir tout ça là, c'est quand même spécial de se dire que le corps humain, bien il est fait pour ça, mais c'est quand même un exploit de dire qu'on est capable de faire ça. Puis je pense qu'on a les femmes, on a comme vraiment une force insoupçonnée quand on accouche là. Je ne pensais jamais être forte de même. [Laurence, 24 ans, prof., nat, sf, nat]

Par ailleurs, les femmes ayant eu des interventions telles que l'épisiotomie, la ventouse, les forceps ou la césarienne se sentent blessées et parlent de leur corps comme d'un corps meurtri.

Bien, ce n'est pas tant de points que ça. Ils disent en plus que c'a été un stade 2 de déchirure interne puis dans la normale, dans la moyenne. Mais j'ai le coccyx, endolori là! J'ai très très mal au coccyx. J'ai l'impression qu'au fond, soit que j'étais mal positionnée pendant l'accouchement ou j'ai mal poussé [...] Je me disais « c'est-tu le périnée? J'ai-tu endommagé ça à vie? » Après avoir accouché là j'me suis dit, « oh boy! Quel sacrifice corporel! » je ne regrette rien, mais je trouve qu'il faut que le corps se réhabilite, puis se soigne ([Wendy, 28 ans, serv., med, gyn, med]

5.10 Résilience pour les femmes- Justification pour les intervenants

Selon Palazzolo et Arnaud (2015 : 417), « une personne dont le sentiment de contrôle est fort traverse plus aisément les épreuves, puisqu'elle trouve en elle les ressources pour agir de manière adéquate et s'adapter aux événements ». On peut alors se demander comment les femmes intègrent ensuite les imprévus sur lesquels elles n'ont pas eu le contrôle.

Comme nous l'avons vu, quelques-unes ont probablement à surmonter un syndrome de choc, alors que d'autres mobilisent leur capacité de résilience⁷⁶ pour s'adapter. Une fois la décision prise d'opter pour une ou des interventions, les femmes doivent rapidement faire la paix : le temps n'est pas aux regrets. Elles doivent consacrer leurs énergies à leur bébé. Par la suite, la

⁷⁶ La résilience peut être définie comme un processus dynamique d'adaptation positive en dépit de l'adversité (Luthar & Cicchetti, 2000) ou la faculté de rebondir dans l'épreuve (Poletti, 2014).

plupart se diront que c'était sans doute la meilleure décision dans les circonstances, mais continueront d'espérer une prochaine naissance plus conforme à leurs désirs :

J'ai été déçue au début. J'ai dit « eille! Je n'ai pas été capable. » Puis, ça, ça me faisait vraiment de la peine, vraiment, vraiment. Mais bon, là, c'était la santé du bébé. Le cœur faisait juste baissé, puis il fallait à un moment donné qu'il sorte puis... bon. Tu te dis que tu ne veux pas que ça finisse en césarienne non plus, on ne fait pas exprès là. Puis euh..., mais une fois que la péridurale est arrivée... je me suis dit « bon, bien "let's go là!" Le deuxième round commence » [...] Mais de là à dire que je vais reprendre la péridurale à mon autre grossesse, c'est sûr que non. [Valérie, 27 ans, prof., nat, omni, med]

Face à des interventions jugées plus difficiles, le bébé est vu comme une consolation.

Mon expérience est vraiment atroce. C'est ça je ... disons que l'issue, on est tellement content, on ne regrette pas puis tout ça là mais euh ... Mais c'est une des plus éprouvantes choses que j'ai vécues, [Odile, 40 ans, prof., nat, gyn, med]

Toutefois, Tisseron (2008) nous amène à penser qu'il ne faudrait pas oublier que cette résilience, apparemment positive, « cache souvent des cicatrices prêtes à se rouvrir » (Tisseron, 2008 : 524). Les effets d'une expérience difficile peuvent rejaillir lors d'une prochaine naissance, car il est reconnu que c'est l'une des principales raisons des peurs d'accoucher (Fenwick *et al.*, 2015; Haines *et al.*, 2011). Le risque de ricochet sur les futures générations (Tisseron, 2008) est aussi présent, car nous pouvons faire le lien avec l'influence des discours transmis par la mère sur les représentations de l'accouchement.

De leur côté, les intervenants justifieront le bien-fondé des gestes posés selon les circonstances. Ainsi, la médecin de Valérie, suite au déclenchement préventif « fait au cas » d'un manque de place au centre hospitalier si l'accouchement avait tardé au-delà du délai souhaité, lui a affirmé que son travail n'aurait probablement jamais commencé spontanément.

J'me suis fait provoquer, j'me suis fait rompre les membranes. Je n'y serais probablement pas arrivée c'est ce que l'médecin m'a dit. « Tu n'y serais probablement pas arrivée de façon naturelle ». [Valérie, 27 ans, prof., nat, omni, med]

La médecin n'a sans doute pas d'intention malveillante se retrouvant elle aussi dans un système où elle doit faire face à des contraintes organisationnelles. Par contre, comme nous l'avons vu précédemment, la codification est ici subtilement à l'œuvre et renvoie le message d'une incapacité maternelle, d'un corps défaillant.

5.11 Conclusion

Comme pour tout projet de vie important, les femmes nourrissent des attentes à l'égard de leur grossesse et de leur accouchement. Ces attentes évoluent au fil du temps et sont influencées par leur environnement familial, social et culturel. Elles tentent d'abord de planifier le moment idéal pour concevoir, en tenant compte de leurs projets de vie professionnels et de couple. Une fois enceintes, elles amorcent le suivi obstétrical pour bien faire selon les normes et elles ont recours aux examens de dépistage pour s'assurer d'avoir un bébé « normal ». Leur nouvelle situation les place dans une position ambiguë. Elles se sentent responsables du développement du fœtus et contrôlent leurs habitudes de vie, tout en prenant conscience que la grossesse est un processus sur lequel leur contrôle est limité. Dès le début de la grossesse, la présence de la technologie ouvre la porte au contrôle médical.

Elles s'aperçoivent rapidement que ce qu'elles croyaient être une période de félicité les plonge dans l'inconnu. Elles s'inquiètent de la normalité de leur vécu et anticipent leur vie future. L'impression de perte de contrôle sur leur corps est exacerbée par les changements sur le plan de l'apparence et les limitations pour certains sports ou l'entraînement intense. Les sentiments ambivalents les font se sentir en porte-à-faux avec le discours dominant valorisant le côté positif de la grossesse. Elles cherchent alors à refaire l'équilibre en apprenant à connaître le fonctionnement de leur corps, à s'y adapter et à lâcher-prise. Certaines privilégieront des approches corporelles pour accroître leur bien-être, mettant ainsi l'accent sur l'harmonie plutôt que sur le contrôle du corps. Établir un lien avec leur fœtus est vu comme aidant. L'impuissance ressentie dans certaines situations est parfois source de réflexivité par rapport à soi. Des femmes diront faire confiance à leur corps, considérant qu'il est programmé en quelque sorte pour mener à bien leur grossesse, alors que d'autres s'en remettront à la technologie et à la médecine pour assurer une surveillance et un contrôle.

L'accouchement apparaît comme imprévisible en raison de la possibilité de complications. Les craintes sont bien présentes, alimentées par la notion de risque. Plus du tiers des femmes considèrent l'accouchement comme un événement sur lequel elles ne peuvent exercer aucun contrôle. La métaphore « faut passer par là » est largement répandue. Vers la fin de la grossesse, la nouveauté de l'expérience est mise en relief et le manque de contrôle est davantage associé

au processus involontaire de l'accouchement. Certaines femmes sont aussi devenues plus confiantes de le vivre de manière active. Toutefois, le tiers des femmes appréhendent ne pas avoir de contrôle sur leurs réactions physiques ou émotives. La nudité devant des inconnus, les cris ou autres manifestations corporelles sont redoutés, car c'est aller à l'encontre des conventions sociales et elles se sentent obligées de contrôler leur conduite.

La relation établie avec les intervenants joue un rôle sur le sentiment de contrôle. Plusieurs femmes avec un suivi médical craignent de se sentir bousculées, d'être mal informées, d'être contraintes pour les positions ou qu'on leur propose la péridurale avant qu'elles la demandent. Elles redoutent les conséquences pour leur bébé si elles s'opposent et finalement, choisissent de faire confiance. Les femmes suivies par des sages-femmes se voient actives lors de leur accouchement et sont confiantes d'être respectées. Les entretiens ont permis de mettre à jour l'effet néfaste d'avis médicaux contribuant à semer le doute. La crainte du déclenchement est fortement présente. Les interventions, jugées nécessaires lors de complications, constituent néanmoins une menace et plusieurs questionnent leur pertinence.

Toutes les femmes rencontrées souhaitent avoir du contrôle lors de leur accouchement ou envisageaient une préparation pour y faire face. Toutefois, la perception du contrôle lors de l'accouchement varie selon les femmes. Cela peut signifier ne pas avoir de péridurale, ou faire son possible tout en n'hésitant pas à recourir à l'aide médicale. Quelques-unes comptent sur leur plan de naissance pour faire respecter leurs désirs. D'autres veulent laisser place à leur côté instinctif. Plus de la moitié considère avoir un certain pouvoir sur leur accouchement. Le sentiment d'absence de contrôle est présent chez celles suivies par un gynécologue-obstétricien. En fait, les femmes voient le contrôle à l'intérieur d'elles ou sont portées à remettre le pouvoir au médecin et à la technologie.

Les attentes des femmes envers l'accouchement sont d'abord envers elles-mêmes. Elles souhaitent avoir une attitude favorable au bon déroulement du travail. Elles aimeraient choisir librement leurs positions, être informées sur la progression du travail et qu'on leur suggère des moyens de composer avec la douleur. L'ambiguïté semble intolérable pour quelques-unes. Certaines envisagent des stratégies pour négocier avec le personnel médical, et le conjoint est

vu comme un médiateur auprès des intervenants. Selon leur point de vue, les femmes ont envie de suivre leur ressenti, considèrent qu'elles verront avec le gynécologue, ou élaborent un plan en couple. La confiance est donc investie en soi ou placée dans les intervenants.

En situation, le vécu diffère et le sentiment de contrôle varie selon le mode d'accouchement. Les femmes ayant donné naissance par césarienne ont souffert d'un manque de contrôle sur leur expérience. La plupart du temps, c'est le sentiment de ne plus être en contrôle ou d'anticiper le devenir qui été à l'origine de la demande de péridurale. La phase de latence est une étape cruciale, car les femmes doivent apprivoiser la sensation des contractions alors que celles-ci semblent produire bien peu de changements. Pour certaines femmes, la vie continue alors que pour d'autres c'est une période interminable où elles anticipent d'identifier le « vrai travail » afin de se rendre au lieu d'accouchement. Des sentiments d'inquiétude, de colère et de solitude apparaissent parfois. Par la suite, un état méditatif s'installe pour plusieurs femmes, procurant ainsi un sentiment de contrôle. Toutefois, certaines sont envahies par la peur et l'anticipation. Avoir le sentiment de travailler avec le bébé apporte du réconfort.

La notion de temps influence le sentiment de contrôle et varie selon les femmes. Ainsi, un long travail pourra être bien vécu, parce que jugé en accord avec son rythme, ou perçu comme sans fin, ou au-delà de ses capacités. Celles qui s'attendaient à un travail rapide ont pu se sentir contraintes. Quelques-unes ont eu l'impression de parfois ralentir volontairement le travail, ou au contraire, de l'affronter pleinement. Ces données nous montrent la complexité des liens corps-esprit. L'acceptation de la douleur permet aux femmes de mobiliser leurs ressources intérieures et de bien vivre leur travail. Certaines décrivent des états altérés de conscience où elles ne font qu'un avec leur corps, condition correspondant à un lâcher-prise. En fait, tant que les femmes se sentent en contrôle de leur expérience, la douleur demeure supportable, et le soutien apparaît essentiel. La souffrance est présente dans des situations liées à des blocages physiques et psychologiques ou encore à une médication produisant artificiellement des contractions. Contrairement aux croyances, la souffrance peut aussi être présente sous péridurale. La douleur demeure un phénomène complexe pouvant procurer soit une expérience négative ou d'accomplissement. Pour la plupart des femmes, c'est un état de centration qu'elles qualifient « être dans sa bulle » ou « sous l'effet des endorphines », qui leur permettaient de

composer avec le travail. L'intensité des sensations de la poussée en surprend quelques-unes alors que d'autres considèrent cette étape plus facile. En milieu médical, elles se sentent souvent contraintes dans la manière de pousser et dans les positions, alors que celles donnant naissance avec une sage-femme ont suivi leur instinct.

Les propos des participantes font état d'une relation encore fortement hiérarchisée avec les médecins où parfois des femmes sont victimes de commentaires désobligeants ou de comportements inappropriés. Une participante a même témoigné de violence obstétricale. Les femmes sont surprises de la grande place occupée par les résidents. Toutefois, elles apprécient lorsque les infirmières les soutiennent et respectent leurs désirs. Par contre, se faire proposer la péridurale sans l'avoir sollicitée a été déploré. Les femmes ayant un suivi sage-femme ont exprimé un plus grand sentiment de contrôle et de satisfaction, même lorsqu'elles ont eu une césarienne. La communication est importante, tout comme le non-jugement. La continuité relationnelle est mentionnée comme un élément important pouvant faciliter l'accouchement.

Prendre part aux décisions accroît le sentiment de contrôle. Pour cela, une information adéquate et complète sur les options possibles est jugée essentielle. Le plan de naissance s'avère un outil limité pour faire respecter les attentes. C'est au moment d'accoucher que les femmes se sentent le plus contraintes. Elles se sentent impuissantes devant les décisions des experts et ne veulent pas nuire à leur bébé. La médication et les interventions sont une source de perte de contrôle. L'environnement et l'ambiance exercent aussi une influence sur le sentiment de contrôle et de sécurité. La peur a souvent pour effet de semer un doute sur les capacités personnelles et d'amener une fermeture sur le plan de ses ressources intrinsèques. Les sentiments de peur induits par des médecins restent dans leur imaginaire. Finalement, les femmes feront preuve de résilience pour contrer des expériences difficiles. Et les interventions questionnées sont facilement justifiées par les professionnels.

L'accouchement demeure une expérience extrêmement réflexive (Moore, 2011). Et cette expérience se construit, comme nous avons pu le constater, à l'articulation des dynamiques de savoir et de pouvoir dans une société de plus en plus individualisée et technicisée. Dans le chapitre suivant, nous explorons davantage ces aspects.

Chapitre VI
Savoirs et technologies

Nous venons d'examiner les attentes des participantes en lien avec le sentiment de contrôle qu'elles éprouvent ou non dans leur expérience de grossesse et d'accouchement. Nous avons aussi constaté l'influence de différents éléments du contexte qui interviennent sur leur vécu. Ce chapitre nous permettra d'explorer les savoirs des femmes, leur quête d'information, leurs sources de savoir et comment ceux-ci sont médiés dans l'espace social et culturel entourant la naissance, particulièrement à travers les technologies obstétricales. Ensuite, nous aborderons la place occupée par la technologie tout au long de l'expérience des femmes à partir du désir d'enfanter jusqu'à l'accueil du nouveau-né. Le recours à la technologie de dépistage et de confirmation est partagé par l'ensemble des répondantes indépendamment du type de suivi de grossesse. Les interventions et la manière de donner naissance sous les trois perspectives, soit, par césarienne, sous péridurale, et de manière naturelle seront mises en évidence du point de vue des femmes. Puis, à la lumière de leur expérience, nous verrons ce qu'elles en retiennent et envisagent advenant une prochaine grossesse et un prochain accouchement.

6.1 Les savoirs des femmes

Les savoirs individuels sont construits de différentes façons. Les entretiens nous ont également permis de constater la diversité des sources de savoir. Quelle que soit l'approche privilégiée par les femmes à l'égard de leur grossesse et de leur accouchement, toutes se tournent vers l'Internet, les amis, la famille, les livres et leur médecin ou leur sage-femme pour puiser des informations ou les valider. De même, les tests médicaux et examens sont vus comme des sources d'information ou de confirmation incontournables. Toutefois, des différences apparaissent et se modulent au fil du temps.

Ainsi, au temps 1 des entretiens, les femmes ayant opté pour une approche médicale et un suivi avec un gynécologue-obstétricien ont principalement recours au guide gouvernemental *Mieux-Vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans*, à Info-santé, au CLSC et à ses dépliants d'information. Plus centrées sur le développement du fœtus, elles manifestent le besoin de comprendre ou d'être confirmées sur leur senti et recherchent l'avis d'experts. Celles suivies par un omnipraticien s'informent auprès de leur entourage et par les livres. Elles manifestent déjà un grand intérêt pour les positions d'accouchement et l'alimentation. Par ailleurs, la teneur des lectures varie pour les femmes ayant opté pour une approche naturelle et un suivi

sage-femme. Plus de la moitié (6/10) réfère au livre de la sage-femme québécoise Isabelle Brabant (2013) ou à une littérature plus alternative (ex. De Gasquet, 2009). La moitié d'entre elles disent connaître les signes de grossesse et ce qui est favorable ou nuisible. Elles s'intéressent au développement du fœtus, mais aussi aux changements chez la mère et à l'alimentation. Quelques-unes affirment se fier à leur instinct.

Le temps 2 des entretiens est marqué par les cours prénataux qui diffèrent selon l'approche privilégiée. Les femmes sont aussi à la recherche de témoignages ou de documents visuels. Celles suivies par un gynécologue-obstétricien fréquentent davantage les cours offerts par le CLSC (5/11) alors que quelques-unes, souhaitant accoucher naturellement, optent pour des approches alternatives comme la méthode Bonapace, Hypnonaissance ou une accompagnante⁷⁷. Ces femmes disent qu'il y a des questions à se poser; elles veulent savoir et parlent du droit de savoir. L'intérêt pour le développement du bébé et l'alimentation est évoqué plus tard en grossesse comparativement aux femmes avec un suivi sage-femme. Elles veulent aussi connaître les étapes de l'accouchement et certaines s'informent sur les risques liés à la péridurale. Les femmes suivies par un omnipraticien se préparent à l'accouchement par des lectures, des cours de yoga prénatals ou offerts par Ressource-Naissance. Elles affirment qu'avoir plus de connaissances leur donne confiance. Par ailleurs, la lecture continue d'être une source de documentation pour celles suivies par une sage-femme, malgré que certaines disent ne pas trop vouloir lire pour ne pas intellectualiser le processus. Les cours de yoga prénatal, ceux en maison de naissance et les rencontres avec la sage-femme les préparent à l'accouchement. Elles aiment comprendre et se documentent aussi sur les positions, les phases du travail, les interventions. Quelques-unes cherchent des articles scientifiques qu'elles discutent avec leur sage-femme. Elles établissent des parallèles avec des expériences antérieures, sont conscientes que c'est un travail exigeant, demandant de l'énergie et parlent d'un volet physique et mental. Elles disent vouloir suivre leur « feeling » le moment venu.

⁷⁷ Voir section 5.2.4, p. 190 pour la définition des méthodes Bonapace et Hypnonaissance et la section 4.6.6, p.164 pour accompagnante.

Voyons maintenant les types de savoirs que les femmes mobilisent, la manière dont elles mènent leur quête d'information, les sources d'information utilisées, les interférences avec la technologie et ce qu'elles en retirent.

6.1.1 La sémiologie corporelle, émotionnelle et les intuitions

Les entretiens nous permettent de constater que dans la plupart des situations, les participantes savaient reconnaître les signes de grossesse. Elles captaient et interprétaient les signaux du corps comme les nausées ou la fatigue et s'approprièrent des manières de s'y adapter. Elles savaient également reconnaître les indices d'une situation pouvant dévier de la normalité tout comme elles avaient une perception juste de la croissance de leur bébé. Toutefois, l'importance qu'elles y accordaient est variable et elles taisaient parfois ces informations. Lorsqu'elles en faisaient part au professionnel, il arrivait que ce ne soit pas pris au sérieux, comme ce fut le cas pour la date prévue d'accouchement de Bianca, ou ignoré pour Roselyne :

Elle me dit "As-tu perdu du liquide?". J'ai dit "Bien ... moi ça fait plusieurs fois que je vous le dis, mais dans le dernier mois j'ai changé de gynécologue toutes les semaines, puis toutes les fois on m'a dit « Bah! c'est normal d'avoir plus de pertes », puis c'est tout. Là, elle m'a fait une face un peu comme "Ah!". Je n'ai pas trop aimé sa réaction [...] Quand elle a crevé les eaux là, elle dit : j'en vois pas. [Roselyne, 29 ans, prof., ind, gyn, ces]

Le tiers des femmes disaient se fier à leur intuition. Par contre, manquant d'expérience et parfois impuissante devant l'expert, il était difficile de résister. Camille ayant réussi à garder le cap en témoigne. Pour elle, c'est le moment le plus marquant de son expérience :

De suivre ses instincts. J'ai eu des choix à faire à cause de ma santé, puis c'était des grosses décisions parce que l'anesthésiste nous faisait...bien pas me sentir coupable, mais me mettait au pied du mur en me disant : moi je ne peux pas te dire d'accoucher en maison de naissance, si tu prends la décision, c'est toi qui assumes» [...] Puis moi, ce que ma tête me disait c'était contraire à tout ça. Donc, il a fallu que je choisisse : je fais-tu confiance au professionnel ou je fais confiance à mon instinct? Ça, ç'a été dur. [...] puis j'étais contente d'avoir dit non, d'avoir fait confiance à ce que j'avais en dedans finalement. Donc, je pense que le plus gros c'est de ne pas vivre sur la peur, mais plus se fier à son « God feeling » comme on dit, ce qui se passe dans nos entrailles finalement. [Camille, 32 ans, serv., nat, sf, nat]

Malgré que les tests de grossesse soient réalisés de plus en plus tôt, il est étonnant de constater que plusieurs femmes avaient déjà une connaissance subjective de leur état avant même d'en obtenir une confirmation objective, et ce, lors de leur première expérience de grossesse. Nadine entre autres « pense avoir eu une prémonition » de sa grossesse alors qu'elle ne s'y attendait

plus. Les vécus de cette nature n'en constituent pas moins des expériences marquantes pour les femmes, et qu'elles évoquent sur un ton de confiance.

Ces résultats font écho à ceux de Jordan (1977)⁷⁸ et vont même plus loin puisque ces propos ne sont pas issus de femmes provenant de milieux d'autosanté féministes. Ces intuitions se manifestent souvent de manière inopinée, dans un contexte où la femme n'est pas perturbée, signe qu'elles ne sont pas le fruit de l'imagination (ibid). Ces connaissances sont liées à d'autres formes de savoir avant même que le corps mette en évidence de nouvelles sensations susceptibles d'éveiller la conscience du nouvel état. La littérature indique aussi que cette compétence de la femme est souvent ignorée des professionnels. L'organisation des soins et la structure des relations hiérarchiques font en sorte que l'accès à l'information sur le fonctionnement physiologique est le privilège du soignant et passe par l'intermédiaire des moyens technologiques servant à l'objectiver (Jordan, 1977; St-Amant, 2013).

6.1.2 Un savoir instinctif

Des femmes, principalement celles ayant vécu un accouchement dit naturel, nous parlent d'un savoir instinctif qu'elles ont laissé émerger. Ainsi, Mylène s'est surprise à découvrir qu'elle savait quoi faire même si c'était sa première expérience :

Pendant l'accouchement là moi, je savais..., je savais où je m'en allais même si je l'savais pas là! Je n'avais pas de doute sur ce qui était à faire. Là j'ai vraiment suivi mon instinct [...] je n'avais vraiment pas l'goût de sortir du bain, donc j'me disais « regarde, j'vais bouger dans l'bain s'il faut ». J'me levais debout dans l'bain tout ça [...] la majorité des positions c'est moi qui est allée de moi-même [...] j'me sentais... comme le capitaine de mon bateau là. Tu sais, c'est moi qui disais « OK là! Là, là elle s'en vient, là est rendue là, là, il se passe ci ». J'avais vraiment... J'étais consciente de tout ce qui se passait puis c'était ça que j'voulais. [Mylène, 26 ans, prof., nat, sf, nat]

Et Camille, habituellement réservée et pudique, osait laisser parler son corps :

J'avais vraiment l'impression que ce n'était pas ma tête qui dirigeait ça, c'était mon corps, puis tout ce que je voulais c'était..., je voulais juste le faire sortir, le mettre au monde. Puis c'était instinctif plus que d'autre chose [...] Non, ç'a été assez ... Même j'y ai repensé plusieurs fois. Je ne me suis jamais sentie aussi... aussi ... instinctive, aussi animale. C'est vraiment ça. [Camille, 32 ans, serv., nat, sf, nat]

⁷⁸ La moitié des femmes de son étude, menée dans le sud de la Californie, se savaient enceintes avant le retard des règles et parmi celles-ci quelques-unes l'avaient déjà perçu au moment des rapports sexuels.

Les recherches récentes en neurosciences démontrent que lorsque le néocortex⁷⁹ ne domine pas, les femmes peuvent aborder le travail d'une manière sensorielle plutôt que cognitive (Odent, 2001; Parratt, 2002). Les femmes accouchant sans interventions médicamenteuses donnent l'impression à un certain stade de leur accouchement, « de se couper du monde, d'ignorer ce qui se passe alentour, d'oublier ce qu'elles ont appris ou lu, comme si elles étaient sur une autre planète » (Odent, 2001 : 51). La physiologie nous permet maintenant de mieux comprendre le mécanisme des hormones en jeu lors d'un accouchement (Buckley, 2015; Odent, 2001). Nous retrouvons de plus en plus dans la littérature des témoignages de sensations « inédites vécues » s'apparentant tout à fait aux propos de Camille et Mylène (Buckley 2003, St-Amant, 2004; 2013). Des femmes trouvent ainsi les gestes appropriés facilitant la naissance de leur enfant lorsqu'elles se sentent en sécurité et moins influencées.

6.1.3 La quête d'informations

Les sujets d'intérêt des femmes enceintes varient avec la progression de la grossesse. Ainsi, au premier trimestre, le développement du fœtus et les changements hebdomadaires retiennent l'attention. Les femmes ont besoin de repères pour juger la normalité de leurs sensations. Puis, au deuxième trimestre, c'est l'aspect matériel qui prime : « *qu'est-ce que ça prend pour avoir un bébé?* » Ces détails résolus, la préoccupation pour l'accouchement proprement dit peut ensuite émerger. La quête d'informations plus spécifique concernait la douleur et les moyens pour bien vivre le travail. Les femmes cherchaient également à comprendre ce qui les attendait lors de l'accouchement. Plusieurs s'intéressaient aux différentes positions pouvant être prises lors du travail ou de l'accouchement et souhaitaient les pratiquer avec leur conjoint. Elles voulaient aussi voir l'environnement où elles allaient donner naissance et étaient souvent désolées lorsque cela se révélait impossible. Même si plusieurs centres hospitaliers offrent une visite virtuelle des chambres de naissance sur Internet, cela ne comblait pas le besoin de voir sur place et de pouvoir échanger avec le personnel.

Alors que toutes voulaient en savoir davantage, elles demeuraient toutefois inquiètes que l'information leur soit une source supplémentaire de stress :

⁷⁹ Le néocortex est la partie du cerveau qui traite l'information et dispose du langage.

En même temps je me connais. J'ai fait exprès pour ne pas trop lire non plus. Je me suis informée plus au début, mais je n'ai pas voulu trop lire à gauche puis à droite là, pour pas non plus... justement j'pense que ça m'aurait amenée plus de questions puis ça n'aurait pas arrêté.
[Laurence, 24 ans, prof., nat, sf, nat]

L'effet anxiogène de l'information pour certaines femmes a aussi été rencontré dans d'autres études (Burton-Jeangros, 2010; Jacques, 2007). Les femmes sont au fait de ces conséquences et, comme Laurence, adoptent différentes stratégies pour les contrer.

6.1.4 Sources de savoir externes

Durant leur grossesse, les femmes puisaient leurs informations à différentes sources et les comparaient. La documentation écrite demeurait la première source d'information des participantes. Dans l'ordre d'importance nous retrouvons : Internet, les professionnels de la santé, les amies et la famille, les cours prénataux et les médias. Les livres demeurent toujours populaires malgré qu'Internet commence à être un rival respectable. Ce dernier aspect comparé aux enquêtes nationales américaines, à défaut d'en avoir au Québec ou au Canada, laisse présager que cette tendance sera à la hausse dans les prochaines années⁸⁰. Une récente étude, menée en France, indique que la fréquence d'utilisation de l'Internet par les femmes enceintes se compare à leurs habitudes antérieures à leur grossesse (Nouira *et al.*, 2015).

Les livres s'avéraient des guides précieux et nous pouvons affirmer comme Han (2013) que la grossesse est « un évènement littéraire » puisqu'elles vont y puiser la plupart des informations. Les femmes choisissent des livres écrits par des spécialistes médicaux.

Plusieurs livres destinés aux femmes enceintes présentent une interprétation biomédicale de la grossesse et de l'accouchement les orientant vers une normalité des sensations et des comportements attendus⁸¹. Certaines analyses de contenu révèlent que l'information et les

⁸⁰ Le rapport de la deuxième enquête nationale américaine menée en 2007, indiquait que les livres s'avéraient la plus grande source d'information (33 %), suivis par les amis et la famille (19 %), les médecins/sages-femmes (18 %) et Internet (16 %) (Declercq *et al.*, 2007). Par ailleurs, les résultats de la troisième enquête (2011-2012) révèlent qu'Internet remporte la palme comme source première d'information, car près des deux tiers des femmes (64 %) utilisent un téléphone intelligent de manière hebdomadaire et 82 % vont sur Internet à partir d'un ordinateur (Declercq *et al.*, 2013).

⁸¹ Voir également le Chapitre IV, section 4.3 pour l'influence des lectures, Internet et les médias sur les représentations de la grossesse et de l'accouchement.

conseils véhiculés par cette littérature visent en général à faire adopter un mode de vie sain pour produire un bébé en santé. Les risques sont largement exposés et on cherche à diriger les femmes vers un style de relation particulier avec les médecins et les professionnels de la santé. De même, la combinaison facile et répétée de ces pratiques (autodiscipline vs risques) contribue à masquer la diversité des expériences individuelles et à les décontextualiser. Il peut facilement en résulter une tension manifeste entre la responsabilité et le blâme pour toute anomalie survenant au cours de la grossesse ou de l'accouchement (Marshall & Woollett, 2000; Mennill, 2012).

Par contre, la moitié des femmes sans égard au type de suivi, avaient lu le livre *Une naissance heureuse*, d'Isabelle Brabant (2013). Bien que les femmes avec un suivi médical découvraient ce livre généralement plus tard en grossesse, il a été marquant pour Gabrielle et Camille, comme pour d'autres femmes :

Ça fait voir l'accouchement d'une façon qui est belle. Parce qu'on entend, juste parler de la douleur, mais là on voit tout ça autrement finalement, puis ça c'est une préparation mentale, plus, je me sentais outillée pour affronter ça. [Gabrielle, 32 ans, prof., med/nat, gyn, nat]

Les sites Internet étaient surtout utilisés pour répondre à des questions ponctuelles par une recherche à l'aide de mots clés. Les femmes voulaient une information valide et elles évitaient les forums. De plus, elles disaient relativiser les informations. Quelques-unes cherchaient à se renseigner par l'entremise de leurs contacts *Facebook*. D'autres recherchaient des témoignages positifs d'accouchement sur Internet ou visionnaient des films sur *YouTube* pour avoir une meilleure compréhension des sensations vécues. En fin de grossesse, plusieurs femmes cherchaient sur Internet des trucs alternatifs pour déclencher le travail, car elles craignaient « d'être provoquées »⁸².

À un moment donné j'ai une question, j vais sur Internet, je fais des p'tites recherches, je vais consulter mon livre, j'essaie de voir si ça dit la même chose. Donc j'y vais probablement tous les jours quand même ... ou si je n'ai pas une question précise, j'vais aller voir la journée. Je me dis : ah! C'est la huitième semaine qui commence. Donc je vais voir un peu qu'est-ce que ça dit sur l'état physique, ou le fœtus comment y est rendu, j'vais voir des images. [Élise, 30 ans, serv., ind/nat, omni, ces]

L'avantage incontesté d'Internet est d'accéder rapidement à un savoir puisé dans des banques de textes, de publications médicales ou des avis d'experts en ligne et de pouvoir les comparer.

⁸² Expression populaire qui signifie avoir un déclenchement du travail.

Il permet aussi d'avoir réponse à des questions portant sur des sujets tabous, et d'être mieux informé pour discuter de points précis avec les professionnels durant le suivi de maternité (Burton-Jeangros & Hammer, 2013; Lévy & Lasserre, 2011). Selon Lagan *et al.* (2010), le complément d'information obtenue grâce à Internet augmente le niveau de confiance des femmes par rapport à la prise de décision, comme nous l'avons aussi constaté. Internet donne également accès à de l'information expérientielle souvent recherchée par les femmes (Burton-Jeangros & Hammer, 2013; Johnson, 2015a). Malgré la démocratisation importante de l'information suscitée par Internet, ce moyen de communication ne peut à lui seul remplacer les autres formes d'échanges pouvant être bénéfiques aux femmes enceintes. En outre, Internet induirait aussi, selon certains auteurs, une mise à distance, voire l'effacement du corps, ce qui « favoriserait la réintroduction du dualisme corps-esprit dominant en Occident et la prévalence de la cérébralisation aux dépens des autres fonctions psychocorporelles » (Lévy & Lasserre, 2011 : 21). De plus, ces nouveaux médiums d'information, à travers les applications notamment, pourraient avoir pour effet de contribuer à accentuer l'autosurveillance de sa grossesse, de sa santé et du développement de l'enfant (Johnson, 2015b).

Les professionnels consultés étaient soit des médecins, des sages-femmes, des infirmières des cliniques de grossesse, d'Info-Santé ou des CLSC. Les femmes avaient recours à eux pour interpréter les signes qu'elles avaient perçus, pour répondre à des inquiétudes ou pour valider de l'information. Les médecins ou les sages-femmes demeurent les référents jugés fiables pour valider. Les autres sources ne sont donc pas vues comme concurrentielles, mais plutôt complémentaires, ou pour apporter des réponses entre les rendez-vous, ce qui se retrouve aussi dans l'étude suisse de Burton-Jeangros et Hammer (2013). Toutefois comme l'indiquait l'étude québécoise d'Hivon et Jimenez (2007), le rôle d'informateur du médecin est perçu comme plus limité que celui des sages-femmes. Par ailleurs, le savoir transmis par les professionnels demeure celui faisant autorité, surtout s'il s'agit d'un médecin. Ainsi, Isa n'a même pas discuté la prescription de sa médecin, malgré sa connaissance des principales indications de l'échographie et de son caractère non obligatoire :

Elle a prescrit carrément le papier [...] elle avait coché pour les trois puis elle dit de prendre des rendez-vous pour les trois et moi je n'ai pas posé de questions, j'suis ... je laisse ça aller. Je me dis si le médecin décide que oui, bien j'y vais, puis sinon, non. ([Isa, 27 ans, serv., ind/nat, gyn, med]

Le concept d'*Authoritative Knowledge* de Jordan (1993;1997; 2014), c'est-à-dire que dans une situation sociale particulière certains savoirs ont plus de poids que d'autres, continue toujours d'avoir une influence sur la manière dont les femmes elles-mêmes traitent les informations mises à leur disposition. Ces propos nous invitent à soutenir comme la sociologue Malacrida (2015: 647) que : « The women's stories indicate that improving informed choice – by providing accessible information or giving women time to consider their options – may not suffice in countering women's readiness to accept the powerful promises of medicine. ».

Les femmes s'adressaient davantage à **leurs amies, à leurs sœurs ou à leur mère** pour connaître les expériences qu'elles avaient vécues. La plupart des mères, des sœurs ou des amies avaient donné naissance sous péridurale en centre hospitalier et beaucoup d'amies avaient eu des césariennes. Cette source d'information apparaît fortement médicalisée. Les récits d'accouchement sans interventions semblent rares. Les messages couramment transmis étaient que l'important est de « ne pas se laisser souffrir » et « d'avoir un bébé en santé ». Cependant, la plupart des participantes qui avaient choisi d'accoucher de manière naturelle ou en maison de naissance avaient au moins une personne de leur entourage qui avait vécu un accouchement similaire. Les autres disaient se démarquer de leur famille ou de leur entourage et avaient puisé leurs informations dans la littérature, les cours de yoga prénatal ou auprès d'une accompagnante. Par contre, toutes les participantes parlaient d'histoires d'horreur abondamment véhiculées par leur entourage. Ceci contribuait à semer le doute et à transmettre un savoir axé sur le risque. Les histoires typiques étaient similaires à celles décrites par Malacrida (2015), c'est-à-dire qu'elles possèdent un arc narratif dans lequel les choses commencent normalement, puis vont terriblement mal, nécessitant une intervention médicale ou une césarienne d'urgence par un médecin présenté en héros, sauvant la mère ou l'enfant.

La majorité des femmes de l'étude (23/25) ont suivi **des rencontres prénatales de groupe**. Près de la moitié d'entre elles avaient assisté à des cours de yoga prénatal (10), des cours prénataux en CLSC (9) ou en maison de naissance (7). Parmi ces femmes, certaines combinaient les approches. Quelques-unes ont suivi d'autres méthodes de préparation à la naissance comme l'haptonomie, l'autohypnose, Hypnonaissance et Bonapace. L'intérêt décrit pour les cours en

CLSC était variable, mais ces cours avaient permis aux participantes de démystifier l'accouchement en sachant « ce qui s'en venait » :

Ils parlaient des phases de l'accouchement, un petit peu par où on allait passer [...] les contractions vont se dérouler comment? Le travail, quelles interventions? Quand est-ce que tu peux changer d'idée pour justement la péridurale ou ces choses-là. Puis c'est quoi justement cette péridurale-là, ça fait quoi? Donc, te poser des questions, de se renseigner, mais vraiment plus dans un cadre professionnel. [Isa, 27 ans, serv., ind/nat, gyn, med]

L'approche généralement décrite était de type informatif et avait pour but de familiariser les femmes, les couples, avec la physiologie du travail, mais aussi avec la gestion hospitalière de l'accouchement. La connaissance des interventions obstétricales, notamment la péridurale et la césarienne, incluant les avantages et les inconvénients, leur était fournie principalement par les cours prénataux. On invitait les couples à préparer un plan de naissance pour faire part de leurs désirs. D'autre part, les femmes ayant suivi des cours de yoga prénatals affirmaient que ces cours avaient contribué à leur donner plus de confiance dans leurs capacités :

de découvrir justement ce que je suis capable de faire là-dedans puis de se faire confiance qu'on a cette force-là en soi. [...] C'est sûr qu'avec plus de connaissances bien on a pris confiance aussi. Donc le cours m'a beaucoup aidée à ce niveau-là [...] Je sais que c'est un travail autant de concentration et de visualisation, puis ça se fait là. [Élise, 30 ans, serv., ind/nat, omni, ces]

L'acquisition de connaissances avec la possibilité d'expérimenter des postures corporelles douces et de profiter d'un temps d'intériorisation favorise le lien corps-esprit, ce qui contribue à accroître les sentiments de compétence chez la femme, pour son accouchement. Fair et Morrison (2012) soulignent que l'éducation prénatale aide à accroître la compréhension de son rôle dans le processus de l'accouchement en alignant les attentes à l'expérience réelle. En ce sens, les femmes modulent leurs attentes et leur comportement selon les possibilités mises en évidence⁸³. Ensuite, elles s'ajustent au contexte, c'est-à-dire à ce qu'elles croient possible de faire dans le milieu ou ce qu'on leur permet de faire. Par contre, les participantes se disaient parfois déçues de ne pas avoir pu réaliser leurs attentes (ex. : la position d'accouchement souhaitée) alors qu'on leur avait mentionné cette possibilité. Toutefois, à l'instar de Malacrida (2015), nous soutenons que de ne pas informer les femmes sur ce qui pourrait être exclu par un

⁸³ Herakova (2014) soutient dans sa thèse que souvent l'éducatrice prénatale fournit un modèle de rôle pour un comportement approprié à l'hôpital en démontrant comment parler aux infirmières et aux médecins tout en décrivant ce à quoi il faut s'attendre à l'hôpital. Le discours peut donc varier d'une animatrice à l'autre selon ses valeurs, ses croyances, son degré d'autonomie professionnelle ou les attentes de son employeur.

milieu clinique, peut difficilement être une information adéquate au sujet de leurs options. Il y a des preuves à l'effet que l'éducation prénatale sur l'accouchement peut augmenter le sentiment de confiance et de contrôle personnel particulièrement pour les femmes en attente de leur premier enfant (Martin *et al.*, 2013).

Neuf femmes sur 25 considéraient avoir acquis un certain savoir à travers des **reportages, des documentaires ou des séries télévisées**. Ainsi, Valérie sélectionnait les passages lui semblant moins dramatiques de *Une naissance à la minute*, et voyait là l'occasion de visualiser ce dont peut avoir l'air un nouveau-né. Pour sa part Florence, submergée de télé-séries, en venait à dire en parlant de sa préparation à l'accouchement : « *on s'pratique tellement à TV* ». En fait, toutes reconnaissaient avoir déjà vu des accouchements à la télévision, mais pour certaines il s'agissait de représentations irréelles. Par contre, les documentaires étaient considérés comme de bonnes sources d'information. Les propos des participantes font écho à d'autres études montrant que les médias véhiculent une normalisation de la naissance médicalisée alors que l'accouchement non médicalisé est souvent présenté comme sortant de l'ordinaire ou irrationnel (Malacrida, 2015; West 2011). On y démontre que la technologie est là pour résoudre les imperfections du corps féminin et que la médication est le moyen efficace de traiter la douleur. De plus, les complications sont surreprésentées dans les télé-réalités, car elles sont utilisées pour créer du suspense (Morris & McInerney, 2010).

6.1.5 L'information qui vient à vous, empreintes et agnotologie

L'industrie utilise le biais de l'information auprès des femmes enceintes pour s'attirer une part de marché. Ainsi, quelques-unes avaient déjà reçu de la documentation aussitôt qu'elles avaient consulté en fertilité ou lors du dépistage génétique en clinique privée ou encore par le biais de concours auxquels l'entourage familial les avait inscrites. Elles obtenaient ainsi de l'information générale imprégnée d'un discours biomédical sur la grossesse, l'accouchement et la vie avec l'enfant, tout en étant avisée des différents tests offerts par ces cliniques.

Des images imprègnent fortement l'imaginaire collectif et continuent de laisser leur empreinte sur l'expérience individuelle des femmes⁸⁴. Ainsi, la vision d'une femme couchée sur le dos dans une salle d'accouchement ressemblant à une salle d'opération fait toujours partie de l'imaginaire. De même, la transmission des drames d'horreur continue d'opérer à travers les échanges avec l'entourage. Les femmes abordent donc leur grossesse avec un savoir acquis bien avant d'être enceintes. L'idée dominante dans notre société est que l'accouchement est un acte effrayant et dangereux. Ces idées préconçues sont transmises principalement par les médias (Jacques, 2007; Malacrida, 2015; Munro *et al.*, 2009). Selon West⁸⁵ (2011), dans la culture nord-américaine, le parcours de chaque femme vers une grossesse normale est orienté dès le départ par la connaissance médicale officielle obtenue par des moyens technologiques. La construction sociale de la grossesse et de l'accouchement est intimement liée à la médicalisation et à la pathologisation de ces événements (Goodwin-Smith, 2012). Les médias reflètent et renforcent à la fois les idéologies dominantes de la société alors que les représentations non médicalisées de la grossesse et de l'accouchement sont absentes ou marginalisées, contribuant ainsi à un discours public déformé (Morris & McInerney, 2010).

Le concept d'agnotologie a été développé par l'historien des sciences Robert N. Proctor pour désigner la production culturelle de l'ignorance (Girel, 2013; Jas, 2015). En bref, bien que des connaissances fiables soient disponibles, comment et « pourquoi ne savons-nous pas ce que nous ne savons pas? » (Girel, 2013 : 966). La fabrication de l'ignorance se fait à travers diverses stratégies, dont la désinformation et la dissimulation par les « experts » eux-mêmes. Il existe une sociologie de l'ignorance qui a des alliés puissants, car l'ignorance, c'est le pouvoir (Girel, 2014). Selon la sociologue Béatrice Jacques (2007), la presse de vulgarisation joue un rôle de « prémédicalisation » subtile avant la grossesse auprès des femmes et nous ajoutons du public en général. Voulant se détacher du sens commun, elle se fait l'intermédiaire entre les futurs parents et la connaissance scientifique. Une analyse de la forme des discours montre l'utilisation très fréquente des pronoms indéfinis créant ainsi une certaine complicité avec le lecteur, le recours fréquent à des témoignages de femmes, mais surtout des avis « d'experts ». L'autorité

⁸⁴ Pour les conséquences sur les représentations des femmes en ce qui a trait à la grossesse et l'accouchement, voir le Chapitre IV, section 4.1).

⁸⁵ Jennifer Ellis West est docteure en philosophie et est réalisatrice du film *Birth Matters : Discourses of Childbirth in Contemporary American Culture* produit en 2011.

des experts est explicite « même si les conseils qu'ils diffusent sont régulièrement remis en cause par l'avancée des recherches » (Jacques, 2007 : 30). En outre, il existe dans le monde médical une culture à l'effet de minimiser ou taire certaines informations, telle la cascade d'interventions, pour éviter de stresser les femmes. Ceci contribue à perpétuer des pratiques contestables et même à augmenter la demande pour certaines interventions.

6.1.6 Expérience des limites du savoir biomédical

Au cours de leur expérience, des participantes ont pu constater les limites du savoir médical. C'est principalement lorsqu'elles rencontrent des embûches que cette prise de conscience s'opère et qu'elles deviennent plus critiques. Ainsi, Annie s'est rendu compte que la médecine ne pouvait rien faire pour ses contractions prématurées à 20 semaines de grossesse et elle a décidé de s'en occuper elle-même. Camille a aussi réalisé que les médecins lui conseillaient une péridurale alors qu'ils n'avaient jamais rencontré de situation similaire; elle s'est donc fiée à son intuition⁸⁶. Et Élise, qui a eu des résultats faux-positifs⁸⁷ aux tests de dépistage de la trisomie, affirme que si c'était à refaire, elle et son conjoint se fieraient à leur senti. Même Wendy, après son expérience d'accouchement sous péridurale avec forceps, déclare :

Ils disaient qu'on pouvait un peu choisir notre position d'accouchement, que si on voulait se lever, si on voulait s'asseoir, on pouvait. Bien, c'est sûr qu'avec l'épidurale, t'es prise dans ton lit là, t'es clouée, tu ne peux pas bouger. Mais si j'avais la chance de ne pas trop souffrir puis de ne pas avoir d'épidurale, bien d'essayer de plus le vivre à ma manière... Là, je me suis laissé guider par tous les spécialistes qui étaient là. Mais un deuxième accouchement [...] j'aimerais ça tester des choses. Faire du ballon, me lever, marcher, m'asseoir... là je... j'étais couchée point. [Wendy, 28 ans, serv., med, gyn, med]

Donc, face à l'impuissance de la médecine à donner des réponses justes ou aux prises avec des conséquences induites par la technologie, les femmes se tournaient vers leur senti. Le recul leur a permis d'évaluer l'expérience vécue et d'en tirer des enseignements pour le futur. Nos données suggèrent que les femmes entrevoient qu'elles pourraient suivre davantage leur instinct. Cependant, le doute sur leur capacité d'y parvenir s'installe simultanément pour celles qui sont davantage ancrées dans l'approche médicale. Tout ceci contribue à montrer la complexité de reconnaître son savoir et de s'affirmer dans une culture de pouvoir. Un premier pas se ferait par

⁸⁶ Pour de plus amples informations sur l'expérience d'Annie, voir page 180 et pour celle de Camille, la page 232.

⁸⁷ On obtient un résultat faux-positif lorsque le résultat du test de dépistage indique la probabilité d'un enfant trisomique alors que ce n'est pas le cas.

l'acquisition de connaissances (Moore 2011). Les femmes doivent d'abord déconstruire la croyance que ce que le professionnel recommande est toujours dans leur meilleur intérêt (Dear-Healy, 2011), ce qui joue évidemment sur leur sentiment de confiance dans la relation, et se livrer à un processus de réapprentissage (Cheyney, 2008). Les femmes ne sont pas dupes par rapport à l'infailibilité de la médecine, mais avec la normalisation de la naissance à l'hôpital et des interventions médicales comme étant des choix sûrs et responsables, il devient extrêmement difficile d'y renoncer en dépit de leurs doutes à propos de la médicalisation de la naissance, comme l'indique d'ailleurs Malacrida (2015).

6.1.7 Informations lors de l'accouchement : un contexte particulier

Au moment de l'accouchement, le médecin ou la sage-femme devient la source d'information et la plupart des participantes jugent leurs explications importantes. Ces données concordent avec la littérature qui met en évidence que le contexte d'accouchement fait en sorte que le monopole des informations devient l'apanage des professionnels présents (Moore, 2011). Ainsi, dans l'approche médicale, le tiers des femmes ont évoqué le manque d'information reçu tout au long de l'accouchement et que les réponses données aux questions pouvaient laisser planer des doutes. De plus, les participantes 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 professionnel présent, car elles ne voulaient pas mettre leur bébé à risque. Selon Héloïse, il faut revenir à sa propre logique pour essayer d'interpréter l'information reçue :

À l'hôpital, c'est vrai que c'est comme plus eux qui prenaient la décision, mais en même temps, je pense que si je m'étais imposée y'aurait eu des chances qu'ils écoutent, mais c'est ça, à la fin ... rendue là je m'en foutais. [...] Mais, sinon, quand ils ont dit : « Bien, on laisserait descendre le bébé une heure. » J'ai trouvé que ça avait du bon sens. Probablement que j'aurais pu dire : « Non, je suis écœurée, je veux pousser. » mais ce serait logique de le faire comme ça. [Héloïse, 34 ans, prof., nat, sf, med]

On observe une différence dans la mobilisation des savoirs chez les femmes suivies par un médecin. Ainsi, celles qui souhaitaient accoucher naturellement utilisaient certains outils acquis lors des cours de yoga prénatal ou par la méthode Bonapace. Elles disaient aussi connaître le déroulement du travail. Par contre, les autres utilisaient certaines notions apprises aux cours prénataux lorsqu'elles étaient encore chez elles, comme le décompte des contractions. Puis, à leur arrivée au centre hospitalier, elles se fiaient aux infirmières pour les respirations, les

positions ou pour orienter lors de la poussée. Les femmes avec un suivi sage-femme se permettaient d'essayer différents outils selon leur ressenti et suivaient leur instinct dans le choix des positions, ce qui était encouragé.

6.1.8 Les machines qui nous renseignent et l'appropriation du langage technologique

L'utilisation de la technologie modifie le rapport au savoir (Charlot, 1997), le rapport à l'autre et à soi-même. Les femmes entourées d'appareillage technologique lorsqu'elles sont sous péridurale doivent interpréter leur senti corporel à travers ces appareils ou selon les indications fournies par leur conjoint et les infirmières.

Mon chum les sentait venir avant moi. Bien, pas nécessairement avant moi, mais, j'sentais qu'il y avait quelque chose qui se passait, mais le temps que mon cerveau se dise « oups! c'est la contraction » là, qu'il fasse le lien [...] mais c'est ça, mon chum avait la main sur mon ventre et disait « hop! T'en as une qui s'en vient » puis l'infirmière le guidait avec le moniteur, et j'en avais une qui commençait en effet. ([Valérie, 27 ans, prof., nat, omni, med]

De plus, Isa réalise que l'attention du personnel est maintenant tournée vers les machines plutôt que vers elle, pour interpréter ce qui se passe :

[...] l'infirmière, au début, bien elle était tout le temps à côté de moi avec mon conjoint puis elle me tenait la main. Là, elle s'était installé un petit bureau, proche de moi, mais un petit peu plus loin, un petit peu en retrait. Puis, elle regardait parce que là ils mettent les moniteurs pour suivre les contractions et suivre le cœur du bébé. [...], ça sort un papier donc il faut qu'elle vérifie pour voir si le cœur est bon, si tout se passe comme il faut. Fait que dans l'fond, elle est à côté puis elle regarde les signes vitaux [...] c'est ça là, je pense, qu'on parlait comme pas trop... On était vraiment, tu sais elle, c'est comme si elle n'était comme pu là. [Isa, 27 ans, serv., ind/nat, gyn, med]

Lorsque l'accouchement devient médicalisé, la terminologie utilisée par les femmes se modifie également. D'ailleurs durant la grossesse, il est remarquable qu'elles recourent fréquemment au mot « symptôme », mot qui révèle un trouble fonctionnel ou une lésion, pour décrire leurs sensations. Par ailleurs, toutes les femmes ayant accouché avec une sage-femme, sauf Miranda qui a donné naissance en centre hospitalier, utilisaient les termes « d'avancement », de « rapidité », de « progression » pour décrire la poussée, comparativement à celles ayant un suivi médical qui parlaient de « poussée efficace », même si elles avaient accouché de manière naturelle. L'efficacité définie comme « l'aptitude à produire un résultat utile » est un terme habituellement associé à la gestion.

6.2 Technologies et grossesse

La technologie est présente dès les débuts de la grossesse peu importe l'approche privilégiée. Au temps 1 des entretiens, toutes avaient eu recours au test de grossesse et à la plupart des tests de dépistage qui sont d'ailleurs accessibles à toutes sans égard au type de suivi. La technologie est vue comme fantastique par plusieurs. Les tests sont envisagés positivement, ce qui n'est cependant pas le cas pour la médication. Certaines femmes, même parmi celles ayant opté pour un suivi médicalisé, tiennent à préciser qu'elles ne sont pas « du type pilule ». Au temps 2, les participantes avaient eu en moyenne deux ou trois échographies. Celle de 20 semaines (dépistage des malformations) était communément appelée par les femmes « l'échographie officielle ». Les femmes suivies par un gynécologue-obstétricien respectaient la prescription routinière des trois échographies même lorsqu'elles savaient qu'il était possible de faire autrement. Une femme suivie par un omnipraticien a été surprise de constater qu'elle n'était pas obligée de faire une troisième échographie. Celles en suivi sage-femme disaient apprécier faire des choix éclairés quant aux tests et examens. Par ailleurs, le seul test parfois remis en question par quelques participantes, et refusé par certaines avec un suivi sage-femme était le test de dépistage du diabète gestationnel.

Les autres technologies rapportées par nos participantes lors de la grossesse étaient : les techniques de procréation assistée, le test d'ovulation, le test de grossesse, l'échographie de datation, les tests de dépistage génétique et de la trisomie 21, l'amniocentèse, les examens dit « de routine 1, 2 et 3 », le test de réactivité fœtale et le profil biophysique (voir Annexe E).

6.2.1 En quête de grossesse : la question de l'infertilité

Quatre participantes avaient déjà eu recours aux services des cliniques de fertilité⁸⁸. Pour deux d'entre elles, la conception était due à la stimulation ovarienne par la prise d'hormones et au succès d'une troisième fécondation in vitro (FIV)⁸⁹. Une autre était devenue enceinte spontanément avec un nouveau conjoint et la dernière avait délaissé le programme entrepris parce qu'elle ne se sentait pas à l'aise et était devenue enceinte naturellement par la suite :

⁸⁸ La difficulté à concevoir étant plus présente, de plus en plus de couples se tournent vers les cliniques de fertilité, voir Chapitre III, Projet de maternité, p. 85 pour des statistiques à ce sujet.

⁸⁹ Technique permettant la fécondation des ovules par les spermatozoïdes à l'extérieur du corps de la femme, soit en laboratoire.

Ça fait trois ans qu'on voulait [...] on était à la clinique de fertilité, mais je n'étais pas à l'aise avec toutes les étapes et ... bien on a fait juste une étape, et ça ne fonctionnait pas et ça me donnait du stress alors on a lâché tout ça. J'ai dit "non! C'est pas cette vie-là". Et je voulais, mais je n'avais pas de menstruations alors mon rêve c'était d'en avoir. [...] j'ai fait beaucoup de travail pour avoir des menstruations de façon naturelle, avec un naturopathe, avec des méditations, et à un moment donné j'avais des menstruations, mais irrégulières, et là le désir de l'enfant est revenu. Et voilà! [Miranda, 39 ans, prof., nat, gyn/sf, nat]

Les participantes ayant éprouvé des difficultés à concevoir étaient plus inquiètes durant les premiers mois de grossesse. Elles ont eu recours à plus d'examen et de tests médicaux, comme refaire des tests pour confirmer leur grossesse ou avoir une échographie précoce pour s'assurer que le fœtus était bien implanté dans l'utérus. En fait, le recours à des examens était directement proportionnel aux difficultés à concevoir. Ainsi, bien que dans le suivi d'une FIV, deux tests de grossesse et des échographies vaginales durant les premières semaines soient nécessaires, pour se réassurer, la participante ayant utilisé cette méthode a sollicité une échographie vaginale supplémentaire malgré les risques qui y sont associés. Une autre femme a même fait l'achat d'un appareil à ultrasons pour écouter quotidiennement le cœur fœtal. Paradoxalement, toutes ont aussi eu recours au programme public de dépistage de la trisomie ou ont fait effectuer les examens au privé. De plus, l'une d'elles a fait effectuer des tests plus précis par un laboratoire américain.

Parmi nos répondantes, les avis étaient partagés sur le recours ou non aux méthodes de procréation assistée même si ces dernières sont de plus en plus répandues. Puisque de nos jours, les couples décident de concevoir à un âge plus avancé⁹⁰, la fertilité naturelle est légèrement diminuée,⁹¹ ce qui incite à consulter plus rapidement en clinique de fertilité. Or, 2 sur 4 des participantes l'ayant fait étaient âgées de 25 et 29 ans. Les critères d'identification de l'infertilité ont grandement varié au Canada. Ils sont passés d'un délai de deux ans en 1968 à celui de un an, voire à six mois et moins, incitant à croire à une plus grande augmentation du nombre de personnes infertiles (FQPN, 2006). De plus, le gouvernement québécois instaurait en 2010 un

⁹⁰ Au Canada, l'âge moyen pour accoucher est de 29 ans. La proportion des femmes de 35 ans et plus donnant naissance pour la première fois est passée de 4 % en 1987 à 11 % en 2005 (Johnson & Tough, 2012).

⁹¹ Il y a une baisse de la fécondité à partir de 32 ans et elle devient plus manifeste à partir de 37 ans (Johnson & Tough, 2012).

programme de procréation médicalement assistée⁹² accessible à tous. Des cliniques de fertilité ont maintenant pignon sur rue à Montréal, Québec, Sherbrooke et Trois-Rivières. On dénombre plus de 6000 femmes ayant recours à ce programme chaque année (MSSS, 2015b).

Grâce à la disponibilité des moyens de contraception efficaces et aux techniques sécuritaires d'interruption volontaire de grossesse, les femmes ont maintenant la possibilité de décider du moment où elles auront un enfant. Les attentes sociales à l'égard du niveau de scolarité et du marché du travail ainsi que la sécurité financière et les facteurs relationnels contribuent à retarder le moment de grossesse (Johnson & Tough, 2012). Des travaux récents apportent un éclairage sur les changements de rationalités en matière de reproduction humaine à partir des mouvements féministes d'auto-santé des années 1970-80. Vu d'abord comme un moyen de prendre le contrôle sur la reproduction, puis légitimé comme étant un droit sur son corps, on en est venu à remettre en question la portée des choix individuels. Des répercussions sur les inégalités de genre et de classe sont ressorties et l'influence des préoccupations collectives ainsi que des politiques nationales ne devraient plus être occultées (Whittaker, 2015).

Malgré les nouvelles connaissances en matière de reproduction assistée, il est fait peu de cas du stress qui est aussi un facteur influençant la conception (FQPN 2006). De plus, un environnement social inadéquat peut causer des difficultés à concevoir chez beaucoup d'espèces (Franklin, 2013). Les couples peuvent donc se retrouver, malgré eux, dans une situation analogue à « la quadrature du cercle ». Aussi, puisque l'âge maternel augmente les risques de complications, ils se verront offrir d'autres types de dépistage, comme celui de l'aneuploïdie fœtale,⁹³ et de subir un examen échographique détaillé au deuxième trimestre de la grossesse (Johnson & Tough, 2012). Ceci entraînera une spirale d'autres interventions technologiques.

⁹² Le programme de 2010 couvrait les inséminations artificielles et remboursait jusqu'à trois essais de FIV ou six essais de FIV sur cycle naturel par enfant. Un seul embryon peut être transféré à la fois, afin de limiter le risque de grossesses multiples (FQPN, 2014). En novembre 2015, une nouvelle loi est venue restreindre la couverture de plusieurs services de procréation assistée (Gouvernement du Québec, 2016).

⁹³ Anomalie génétique d'une cellule qui ne présente pas le nombre normal de chromosomes (ex : trisomie 13, 18, 21) (Chitayat *et al.*, 2011).

6.2.2 Objectiver l'état de grossesse et être rassurée sur sa continuité

Bien que la plupart des femmes se sachent enceintes dès les premiers jours, toutes avaient besoin de valider leur senti en effectuant à la date prévue des menstruations ou quelques jours plus tard, un test de grossesse acheté en pharmacie. Quelques-unes, pressées d'obtenir un résultat, ne respectaient pas les consignes d'utilisation et ont obtenu, à leur grand désarroi, un premier résultat négatif. En réalité, les tests de grossesse soulèvent bien des émotions et de l'incertitude :

En fait, c'était la deuxième fois qu'on s'essayait. On avait essayé avec des tests d'ovulation, donc je savais à peu près quand j'avais ovulé et que je devais être menstruée [...] Puis, dans le fond j'avais une certitude. Autant que ça, c'était la première fois [...] J'ai eu d'la misère à dormir, parce que j'me disais si jamais le test demain matin est négatif, qu'est-ce ça veut dire? Est-ce que ça veut dire que j'peux ... que j'ai des problèmes, mais ... ça m'stressait de faire le test et qu'il soit négatif et que j'me dise, c'pas normal parce que là, tous les signes sont quasiment là, puis c'est supposé d'être ça. Donc le lendemain matin, on a fait le test, puis ... Bien dans le fond, ce n'était pas clair après deux minutes. Les lignes ... les lignes étaient à moitié remplies, fait que là on était ambivalent. Est-ce que c'était, bon, positif ou pas? Puis on a conclu que bien oui, ça doit être positif [Bianca, 29 ans, prof., nat, gyn, nat-i]

D'autres, comme Annie, Camille, Florence, Lysianne, Wendy et Yasmine ont senti le besoin de confirmer le résultat positif à plus d'une reprise. Elles veulent une certitude objective, mais sont inquiètes d'obtenir un résultat « faux-positif » et de se réjouir trop vite. La répétition des tests est observée dans d'autres études. Layne (2009) en attribue la raison à la crainte que le test soit vicié ou d'avoir commis une erreur d'utilisation. Par ailleurs, nous avons observé que les tests de grossesse faits de plus en plus tôt semblent créer un état d'incrédulité chez plusieurs femmes, contribuant peut-être à susciter cette répétition. Tenailées par le doute, elles veulent être certaines. Aussi, les participantes redoutaient la fausse-couche qu'elles considéraient très fréquente. La précocité des tests n'est sans doute pas étrangère à cette situation puisque certaines d'entre elles pouvaient passer inaperçues auparavant⁹⁴.

Sans contester l'utilité de ces tests, nous constatons que peu d'études se sont intéressées à leurs effets psychologiques et sociaux. Les constats portés jusqu'à maintenant montrent que les bénéfices escomptés pour les femmes, tels que de pouvoir précocement prendre soin de sa santé et de celle du fœtus ou de recourir à l'avortement, ne sont pas prouvés, les grands gagnants sont

⁹⁴ L'arrêt spontané de la grossesse est de 15 à 20 %, avec un taux supplémentaire de 10 %, entre le moment de la conception et l'arrêt des menstruations (Layne, 2009).

sans contredit les compagnies pharmaceutiques et les distributeurs (Childerhose & Macdonald, 2013; Layne, 2009). En d'autres termes :

The home pregnancy test represents a classic case of "technological somnambulism." We were sleepwalking and, without thinking, accepted a new technology that "reconstituted the conditions of [our] existence" (Winner 1986: 10) This seemingly simple little technology has changed the way women experience infertility, pregnancy, abortion, and pregnancy loss. (Layne, 2009 : 75-76)

Le test de grossesse en lui-même ne fait pas autorité en matière de connaissance et certaines, comme Isa et Nadine, ont voulu faire confirmer par une prise de sang, comme le recommandent paradoxalement les fabricants. En fait, il constitue une étape supplémentaire de l'entrée dans la médicalisation de la grossesse puisqu'il s'agit bel et bien d'un outil diagnostique qui supplée la connaissance de la femme. Ainsi, toutes les participantes manifestaient le besoin de confirmer leur grossesse en recourant à des mesures objectives, scientifiques, et d'être rassurées sur sa continuité. Outre les tests de grossesse, parfois faits à répétition, elles appréciaient l'écoute électronique du cœur fœtal et l'échographie, sentant le besoin d'être confirmées sur la bonne santé du fœtus en ajoutant d'autres tests de dépistages.

6.2.3 Dépistage génétique et dépistage de la trisomie 21 vu comme prévention

Les tests de dépistage génétique de maladies héréditaires⁹⁵ sont réservés à des populations jugées à risque de transmission. Ainsi, les participantes de Québec, originaires du Saguenay-Lac-St-Jean, avaient pour la plupart fait ces tests avant de devenir enceintes. D'autres, comme Mylène, souhaitaient en début de grossesse avoir cette information :

J'me dis c'est l'un d'avoir la chance de pouvoir avoir ce test-là. Ça nous renseigne sur nous. En même temps, comme il n'y a pas d'antécédents connus, ça ne m'inquiète pas, mais on ne sait jamais. Ça va être une information intéressante. [Mylène, 26 ans, prof., nat, sf, nat]

Ces participantes démontraient toutes un grand intérêt face à ces tests qui se traduisait surtout par la curiosité d'en connaître davantage sur leur bagage génétique. Cette information était jugée utile. Par contre, elles n'ont jamais mentionné lors des entrevues les conséquences possibles. On peut se demander si cela était par méconnaissance, par embarras ou si elles les occultaient en se convainquant à l'avance de la normalité des résultats.

⁹⁵ Population à effet fondateur. Quatre maladies héréditaires dont la prévalence est plus élevée dans cette région sont testées (CORAMH, 2016).

Par ailleurs, depuis 2011, le ministère de la Santé du Québec a mis en place un programme de dépistage universel de la trisomie 21. Ce test est offert à toutes, peu importe le type de suivi, mais la décision de l'utiliser ainsi que la décision d'interrompre la grossesse lors d'un diagnostic établi par un autre test, appelé amniocentèse, sont laissées à la responsabilité des futurs parents. S'agit-il réellement d'un choix individuel lorsque tout le contexte est en leur faveur? Beaucoup de parents (24/25) les font parce qu'ils sont sans frais et jugés non invasifs : « *c'est juste une prise de sang et une échographie* » et considèrent que c'est « *Une chance d'avoir tout ça à sa portée* ». La plupart des participantes souhaitaient être rassurées et s'attendaient à un résultat normal. Elles reportaient le questionnement sur les options possibles après la réception des résultats. Certaines les croyaient obligatoires. D'autres les avaient subis à leur insu, le test se retrouvant dans le lot des prescriptions médicales du début de grossesse. Le test de clarté nucale n'étant pas disponible dans certains centres hospitaliers, certaines femmes se tournaient vers les cliniques privées.

J'ai fait le prénatest chez Procréa. Ça faisait partie un peu de mes craintes; ça aussi en fait. Donc, j'avais le goût de faire ça le plus scientifique possible pour cette part là. Et je suis très satisfaite de mon expérience même si c'est beaucoup de sous [...] c'était une belle rencontre, une belle "écho" puis mes réponses rapidement, donc ça "oup!", déjà là, rapidement on pouvait passer à un autre appel. [Annie, 31 ans, prof., nat, omni, ces]

Mais pour d'autres, comme Daphnée, devoir payer pour la clarté nucale l'amène à relativiser son risque et à se poser plus de questions.

Tu rencontres une infirmière puis elle te parle des deux choix, le test gouvernemental ou le test chez Procréa. Donc là, dans la salle d'attente j'ai parlé de ça avec mon conjoint puis on était comme « on ne payera pas 400 \$ pour ça. Les possibilités sont minces. » Donc là, elle m'a fait le papier pour passer les prises de sang. [Daphnée, 30 ans, serv., ind, gyn, ces]

L'éventualité d'un enfant handicapé était vue par certaines, comme pouvant mettre leur qualité de vie en péril. Quelques-unes ont mentionné que leur conjoint, « plus cartésien » ou « convaincu d'avance », les incitait déjà à recourir à des tests plus invasifs. Elles n'étaient pas du même avis et auraient souhaité discuter des différentes options, même dans l'éventualité d'un risque. Ainsi, aucune participante, contrairement à l'étude de Burton-Jeangros *et al.* (2013) n'a demandé directement de recourir à l'amniocentèse. Au contraire, elles espéraient l'éviter. D'autres femmes déclaraient ne pas avoir de contrôle sur un handicap possible. Pourtant, elles

tenaient à le savoir à l'avance comme l'avaient aussi constaté Vassy (2006) et Garcia *et al.* (2008).

Je ne pensais pas que t'avais une prise de sang gratuite qu'à peu près toutes les femmes passaient puis que ça te donnait juste un risque faible, modéré ou élevé. Donc, elle l'a proposé puis on a dit « pourquoi pas » dans l'optique où que c'est quand même rassurant de savoir si c'est faible ou modéré versus élevé ça change quand même le questionnement. On ne s'est jamais questionné tant que ça là-dessus mais advenant un test avec des risques élevés, bien ça vaudra la peine de plus y penser [...] j'essaie de pas m'en faire avec ça parce que de toute façon, t'as pas le contrôle là-dessus. Si je m'en fais avec tout, avec l'autisme, avec ci avec ça, faut pas [...] sinon, c'est vrai là, quand tu dis que t'as zéro contrôle. Donc c'est ça, mais je me dis que tout va être correct. [Jessica, 29 ans, prof., nat, sf, nat]

Ce raisonnement relève davantage d'une logique basée sur le destin et permet à Jessica d'éviter d'être trop préoccupée. Dans l'optique de se préparer à accueillir un enfant handicapé, elle a tout de même choisi de faire les tests. Selon Soulé et Soubieux (2003), pédopsychiatres, cette attitude est loin d'avoir été démontrée comme étant bénéfique sur le plan psychologique.

Plusieurs femmes témoignaient du stress vécu lors de l'examen, comme dans d'autres études (Burton-Jeangros *et al.*, 2013; Garcia *et al.*, 2008; Reid *et al.*, 2009), mais préféraient y voir l'avantage d'un premier contact visuel avec le fœtus. Pour contrer leur anxiété, certaines apprenaient les valeurs de référence afin d'obtenir une réponse immédiate :

*c'est quand même stressant cette écho-là, la clarté nucale [...] on avait appris tous les chiffres par cœur nous autres dans le p'tit livre (rires) pour savoir si c'était beau [...] Puis, quand elle a inscrit le 1.3, là on s'est regardé... ouais! (rires) on avait jusqu'à trois millimètres. On a fait ah! Super! [...] **Q : Est-ce vous qui l'aviez demandée cette écho-là pour la clarté nucale? En fait, non. Je dirais que tout l'monde/ bien en tous cas à [ville], tout l'monde passe par là. Q : Ils la font d'emblée? Oui. Bien, j'ai cru comprendre ça. C'est sûr qu'ils nous font signer le papier, l'autorisation là, mais ça ne coûte rien puis ça nous permet de prendre contact avec notre p'tit coco là. [Valérie, 27 ans, prof., nat, omni, med]***

Rassurées par les résultats négatifs des tests, aucune participante n'a mentionné qu'il subsistait tout de même une éventualité d'anomalie. Cela nous fait penser à une tentative d'apaisement : la seule chose possible pour certaines personnes étant de nier les possibilités lorsque toute action de protection est quasiment exclue (Beck, 2008). Or, cette vision mythique fait abstraction des aléas de la vie.

Aussi, peu de couples semblaient mesurer les conséquences et les risques des examens eux-mêmes, à moins d'y être confrontés. Quelques femmes ont questionné l'usage de ces tests, mais, une fois vécus les aléas de résultats faux-positifs.

[...] il y avait une mauvaise lecture du pli nucal. Donc, c'était vraiment à titre préventif au départ puis là finalement ils nous ont fait rencontrer un généticien. Puis, lui faisait des statistiques ... les chiffres étaient un petit peu alarmant selon lui et il conseillait fortement, la gynécologue aussi ... Là nous autres on était un peu sous le choc : on ne s'attendait pas à ça. Finalement on a décidé de se fier à leur jugement [...] Si on ne l'avait pas fait, j'aurais eu de la difficulté à passer à autre chose. Mais ça fait peur aussi, c'était comme un peu trop d'information. Après ça, je me demandais si c'était pertinent de passer tous ces tests-là puis ces échos-là [...] j'me disais m'semble que ça ne devrait pas être médicalisé autant là, puis que tout soit obligatoire. Le test sanguin était très beau. Si on s'était fié à ça [...] L'amnio, ça a été rapide mais le petit bébé n'arrêtait pas de bouger! Il a fallu qu'on attende un peu. Moi, j'avais l'aiguille dans le ventre, donc j'espérais qu'il se calme [...] Après l'amniocentèse, on s'était dit, « si ça arrivait encore une fois on ne le fera pas. » C'était trop de stress, tu sais, on aurait pu perdre le bébé. Il aurait pu se passer plein d'affaires. Là on se disait « non! non! On aurait dû se faire confiance plus. » [Élise, 30 ans, serv., ind/nat, omni, ces]

Un résultat positif met le couple devant la responsabilité et l'urgence de prendre une décision. Le témoignage d'Élise illustre les tensions vécues entre le besoin de certitude en dépit des risques de l'examen et la gestion de l'information. Il pose aussi la question de se fier au jugement des experts ou à son senti. À ce sujet, les points de vue divergent. Les experts basent leurs raisonnements sur des probabilités, alors que ceux des patients sont basés sur une combinaison d'expérience personnelle, d'émotions et de références sociales (Burton-Jeangros *et al.*, 2013). Au final, les parents se retrouvent confrontés à eux-mêmes pour décider, devant se transformer en pionnier moral et juger des suites pour le fœtus (Verbeek, 2008; Williams *et al.*, 2005). Selon Rothman (1986), le diagnostic prénatal change l'expérience de toutes les femmes. Par ailleurs, Burton-Jeangros *et al.* (2013: 147) parlent du dépistage prénatal comme: « a good illustration of 'manufactured uncertainty' (Giddens 1994), in which 'more and better knowledge produces new decision-making situations and more risks to make wrong decisions' (Zinn 2008: 216). » « L'incertitude fabriquée », comme l'a fait valoir Beck (2008), peut aussi avoir aussi pour effet, comme pour Élise qui a dû la vivre, d'accroître la réflexivité et de devenir conscient des limites des connaissances médicales.

Ceci dit, en moins de cinq ans, le dépistage prénatal est devenu une surveillance « normale » de toutes les grossesses au Québec. Les professionnels n'hésitent pas à le prescrire, parfois même

sans favoriser un choix éclairé. L'adoption du dépistage prénatal par les femmes s'est fait à l'intersection des progrès technologiques et de la peur d'avoir un enfant handicapé. S'ajoute à cela, le désir d'accomplir ce qui est reconnu comme étant la norme pour être une bonne mère (Buchbinder & Timmermans 2011; Landsman 2009). Nous avons aussi observé qu'il devient maintenant difficile d'avouer la possibilité de ne pas passer le test sans se sentir à contre-courant des valeurs de la société. Ainsi, la seule participante ayant refusé le test nous a confié, à la toute dernière rencontre, lorsque nous terminions notre entretien :

Bien là, c'est pas par méchanceté, c'est pas méchant ce que je vais dire là, ok. Mais je pense que la trisomie 21, ce ne sont pas des personnes qui méritent tant que ça d'être éliminées de la surface de la planète. Je pense qu'ils sont fonctionnels quand même. Oui c'est un retard, mais... je ne vois pas pourquoi que c'est eux autres qu'on met le doigt dessus puis de les éliminer, alors qu'on sauve des bébés prématurés qui vont être handicapés [...] Je ne sais pas c'est quoi le vrai problème. Pourquoi? Parce qu'on peut le dépister tu me diras... mais je ne le sais pas, je suis un peu mitigée par rapport à ça. [Chloé, 33 ans, serv., nat, sf, nat]

Les propos de Chloé font état des conséquences eugéniques des tests de dépistage et illustrent comment ils contribuent à diminuer le statut social des personnes trisomiques ou porteuses d'autres anomalies (Buchbinder & Timmermans, 2011). Ils montrent également les tensions entre le dépistage prénatal et le droit de vie des personnes atteintes d'anomalies (Rapp, 1999).

Par ailleurs, le dépistage prénatal touche toute la population des femmes enceintes alors que la probabilité d'anomalies chromosomiques demeure minime. Elles peuvent refuser les tests, mais elles ne peuvent plus éviter de devoir prendre une décision à ce sujet compte tenu de l'offre systématique faite dans le cadre des soins prénatals standards (Brauer, 2016). Cette gestion des risques, basée sur une probabilité statistique, expose chaque femme enceinte à devoir composer avec l'information associée au niveau auquel il est probable que son fœtus en soit atteint. Certains auteurs comme Heyman *et al.*, (2010 : 92) considèrent que :

The epidemiological estimation of risk is based on this form of thinking. Although practically useful, it is predicated on two fundamental fallacies. The fallacy of inductive reasoning is committed when it is assumed that because a type of outcome has occurred in the past, it will therefore happen in the future. The ecological fallacy is committed when a property of a category is attributed to its individual members.

6.2.4 Se faire une image mentale et être rassurée sur la santé du fœtus

Entendre le cœur fœtal au doppler rassure et concrétise la grossesse. C'est souvent considéré comme le premier signe objectif de la présence du fœtus. Puis, toutes les femmes espèrent la première échographie avec impatience. Rares sont celles qui s'interrogent sur la pertinence ou l'innocuité de cet examen.⁹⁶ Les pratiques obstétricales à l'égard de l'échographie varient. Plusieurs médecins prescrivent systématiquement trois échographies dès le début de grossesse. De leur côté, les sages-femmes informent les parents, leur laissant le choix à moins d'indication clinique précise, bien que certaines aient recommandé l'échographie morphologique à 20 semaines. Les femmes rencontrées avaient eu entre une et six échographies au cours de leur grossesse (11/25 : deux, 7/25 : trois et 6/25 : quatre et plus)⁹⁷.

Du point de vue clinique, la première échographie est pour la datation ou la clarté nucale, mais du point de vue des parents, pour « *le réalisme* » et « *la magie* ». La datation par échographie est effectuée de routine dans certaines cliniques médicales. La deuxième échographie à 20 semaines de grossesse est qualifiée de « *celle que tout le monde passe* » et souhaitée pour connaître le sexe, alors que la raison clinique est le dépistage des malformations. La troisième échographie, vers 30 semaines, est pensée obligatoire par des femmes alors qu'elle dépend généralement du médecin qui fait le suivi de grossesse. Les pressions sociales jouent aussi un rôle sur le recours à ces examens. L'entourage s'informe du sexe du bébé et si tous les tests ont bel et bien été passés comme il se doit. Du côté du couple, si les avis différaient, c'est la technologie qui l'emportait.

L'échographie répond au besoin de se rassurer. On observe une tendance à considérer que ce que l'on ne voit pas n'existe pas, d'où une certaine obsession pour l'image.

Je savais que j'avais tous les symptômes, que j'avais un test positif, mais j'me disais « si j'suis enceinte ». Tu sais c'est un peu ridicule [...] C'est un peu la scientifique en moi qui est comme tu l'vois pas, tu l'sens pas, tu l'entends pas : y est pas là. Mais, à partir du moment où là vraiment... bien en fait ç'a été l'échographie, puis là ç'a été [...] OK, non y est vraiment là puis il est vivant puis y bouge là. [Héloïse, 34 ans, prof., nat, sf, med]

⁹⁶ Santé Canada (2016) met en garde contre l'échographie en informant que l'échographie fœtale « démontre une excellente fiche de sécurité », mais que « des éléments probants suggèrent qu'il pourrait y avoir une incidence biologique sur le fœtus, même lors de l'usage à des fins diagnostiques ».

⁹⁷ Le pourcentage d'utilisation de l'échographie prénatale serait passé de 61 % en 2001 à 99,8 % en 2009. Sur ce nombre, 84,2 % des femmes ont eu plus d'une échographie, la moyenne étant de trois échographies par grossesse (ASPC, 2009).

L'image devient un support pour se projeter dans le futur et se créer des attentes face au bébé. Un motif fréquemment avoué est de rendre la venue de l'enfant plus concrète pour le futur père.

Le parent met en fait de l'affect sur l'image échographique :

Tu sais l'expérience de l'échographie là, c'est spécial. J'ai été surprise parce qu'aussitôt qu'elle met son bidule sur le ventre, on le voit à l'écran. Tout de suite, tu dis hein! C'est une tête puis c'est l' corps, ... dans l'fond ç'a mis du réalisme, ça a mis un peu plus d'amour dans l'histoire. T'sais, tu le vois puis tu te dis il est beau. Puis déjà, j'ai trouvé que notre bébé était beau puis ça te donne un peu plus hâte de l'avoir là. [Bianca, 29 ans, prof., nat, gyn, nat-i]

L'échographie permet de construire le fœtus comme un objet en temps réel dans un environnement technologique particulier (Han, 2015; Nishizaka, 2011) où l'intersubjectivité entre l'échographiste et les parents sert de médium pour établir une relation avec le « bébé ». Dans une société largement dominée par l'image, il n'est pas surprenant que les aspects visuels et virtuels de l'échographie donnent un sens réel à la grossesse. Chisholm (2011), s'appuyant sur la triade de Peirce dans la théorie sémiotique, nous permet de mieux comprendre l'effet et l'importance de l'image échographique pour les parents. Selon cette triade, l'image est à la fois, une icône, un index et peut fonctionner comme symbole. Ainsi, l'icône est une image qui a des qualités ressemblant à l'objet : comme l'a ressenti Bianca. Lors de l'échographie, des traits de personnalité sont attribués à l'image fœtale qui peut être partagée avec l'entourage. L'image comme index suggère ce que sera un jour le bébé; elle agit comme une preuve visuelle de l'existence du fœtus. Enfin, comme symbole, l'image prend une signification arbitraire, c'est-à-dire qu'elle diffère largement selon les individus. Elle signifie aussi le développement éventuel du bébé tout en permettant également d'établir une relation sociale entre la femme, le fœtus et le réseau familial. Fétichisée, l'image fœtale apporte du plaisir et une compréhension de la proximité de la maternité ou de la paternité. De l'image, naît une nouvelle conceptualisation des relations formées avec et autour du fœtus en tant que bébé. En fait, pour un moment, le *scan* éclaire une relation construite avec une image qui s'établirait normalement « dans le noir », en ressentant intérieurement les mouvements du fœtus (Clément *et al.*, 1998). L'échographie est même en voie de se substituer à ceux-ci dans l'expérience incarnée des futures mères, les participantes à notre étude les situant derrière l'échographie sur le plan des moments marquants.

Nous pouvons donc constater la dichotomie entre le point de vue médical qui est de dépister les malformations ou les pathologies et celui des parents qui est d'être rassuré avant tout. La prévention n'a donc pas la même signification pour l'un et pour l'autre. Les résultats de notre étude, confirment encore, vingt ans plus tard, l'analyse de Mitchell et Georges (1997) à l'effet que l'échographie de routine est ce qui est le mieux pour le bébé, tout en oubliant que la prochaine étape logique pourrait être d'interrompre la grossesse. Des participantes ont aussi manifesté un engouement pour un projet de recherche médicale qui donnait accès à une échographie supplémentaire en 3D doublée d'une vidéo. Cette nouvelle technologie offre une image plus claire et précise des caractéristiques anatomiques du fœtus, le faisant ressembler à un bébé, et a ainsi le potentiel d'accroître l'emblématique valeur de l'image (Chisholm, 2011; 2015). La technique 3D agit en « renforçant l'illusion de "voir" le futur bébé et en gommant l'aspect reconstruit de l'image » (Viaux-Savelon, 2013 : 21).

En ce qui concerne la réassurance, il semble bien que celle-ci ne soit que transitoire puisque les femmes, soulagées momentanément sur la « bonne » condition du fœtus, et heureuses de l'avoir vu, continuent d'appréhender son développement « normal ». Selon Harris *et al.* (2004), cette alternance peut s'expliquer par la double dynamique du pouvoir mise de l'avant par Foucault (1980, 1996), soit la puissance qui pèse sur nous et celle qui induit le plaisir. Alors, la peur et l'incertitude ressurgissant ne peuvent qu'être soulagées par une nouvelle application de la technologie venant dire que « tout est OK » (Brauer, 2016 : 50).

6.2.5 Les examens de routine et le suivi prénatal

Plusieurs participantes suivies en milieu médical nous ont parlé des tests effectués durant la grossesse, les nommant, soit les routines ou les cycles 1 (dépistage de la trisomie et autres tests sanguins), 2 (échographie de base et dépistage du diabète gestationnel) et 3 (échographie et autres tests sanguins). La plupart des femmes ne connaissent pas réellement tous les tests effectués. En début de grossesse, elles feront tout ce qui a été prescrit :

Je pense que quand t'as une grossesse qui va quand même bien, à part les échographies, les prises de sang ici et là, je ne pense pas qu'il y ait des tests très poussés. Mais en fait, c'est ma première expérience, fait que j'suis comme excitée avec n'importe quoi t'sais. J'vois ça bien là, je ne suis pas ... j'essaye d'être zen par rapport à ça. [Laurence, 24 ans, prof., nat, sf, nat]

Par la suite, certaines deviendront plus critiques et sélectives. Elles se documentent davantage et en refusent, tel celui du dépistage du diabète gestationnel⁹⁸. Toutefois, cette prise de position est plutôt rare et plus fréquente chez les femmes suivies par des sages-femmes. Pour au moins le tiers des femmes, dont sept étaient suivies par un omnipraticien ou un gynécologue-obstétricien, les tests répondaient à leur besoin d'être rassurées et quelques-unes les pensaient obligatoires. Les questionnements surgissaient surtout en cas d'imprévu :

La veille j'avais mangé vraiment beaucoup de sucre et le lendemain matin comme on m'avait dit « t'as pas besoin d'être à jeun » j'ai mis du miel sur mes toasts [...] t'es pas mal trop haute! Faut qu'on refasse la prise de sang [...] Donc là, j'ai fait un deuxième examen pour quelque chose qui n'était sûrement pas nécessaire, parce que toute la fin de semaine je m'étais piquée [glucomètre de sa mère] dans le temps de Pâques justement, puis c'était correct. [Roselyne, 29 ans, prof., ind, gyn, ces]

En fait, parmi les participantes, on retrouve deux courants de pensée, soit de recourir à tous les tests proposés pour se rassurer, soit questionner la pertinence des tests et leur nombre compte tenu que la grossesse n'est pas une maladie. Ainsi, Miranda, s'abandonne complètement aux nouvelles technologies :

Je trouve ça fantastique. Je suis contente que ça existe. Je dis : si ça existe, je l'utilise [...] Ce que je trouve bien, c'est que c'est rodé. C'est vraiment solide le programme de suivi. Ils savent quoi, comment. Puis aussi ma belle-sœur a accouché en octobre et le bébé avait un problème de cœur. Il a été transféré rapidement à Montréal. Et là, la technologie, merci à la technologie parce que ça a sauvé sa vie, alors. [Miranda, 39 ans, prof., nat, gyn/sf, nat]

Les propos de Miranda nous amènent à penser que pour certaines femmes, la fonction première des tests est de permettre de sauver la vie, d'où leur recours sans réticence. L'aspect consommation d'un produit disponible, censé avoir prouvé son efficacité, est aussi attrayant. Pour Wendy, c'est davantage une question d'être rassurée, car ça fait partie d'une surveillance médicale de l'état de santé, indépendamment de l'absence de symptômes :

Dans le même rendez-vous, il y a eu prise de sang et analyse d'urine. Mais j'en déduis que la trisomie 21 est par la prise de sang. Puis, on m'a dit, aussi, le VIH, la varicelle, ça, ça a tout été fait au premier rendez-vous. Mais j'avoue que dans deux semaines, la prise de sang ... point d'interrogation? Le diabète de grossesse peut-être? Je ne sais pas. Puis, sinon, à 28 semaines, une autre prise de sang. Moi, j'aime mieux qu'il y en ait plus que pas assez! [...] Ça me rassure. Disons que je n'en ai pas fait, disons depuis sept ans. Qu'est-ce qui a pu se passer depuis ce temps-là? Je ne le sais pas ... [Wendy, 28 ans, serv., med, gyn, med]

⁹⁸ Le dépistage du diabète gestationnel en grossesse est controversé dans la littérature.

Pour sa part, Jessica aime se renseigner sur chacun des tests et faire des choix éclairés. Elle évalue en fonction de ses besoins, des bénéfices et du calcul des risques. Elle se propose de limiter davantage les tests lors d'une prochaine grossesse. Toutefois, Jessica se montre plus réticente envers les tests ou interventions appliqués au bébé.

Une prise de sang, c'est pas trop invasif; moi j'ai pas de problème avec ça. Le test de diabète, bien je l'ai fait, puis je n'en fais absolument pas, donc pour les prochains bébés je ne le ferai pas pour rien. Moi ce n'est pas tant les tests qu'on fait sur nous que les choses à l'accouchement, à la naissance du bébé, qu'ils font d'emblée. [...] Elle l'explique vraiment bien; le pourquoi du comment. Puis moi il y a des affaires que je me dis : « Quand tu as une chance sur 300 000, si advenant que ... » J'aime quand même aller lire puis prendre une décision éclairée [...] On est des personnes intelligentes, on est capables d'aller peser les pour et les contre, puis de décider certaines choses. Moi j'aime l'idée du choix éclairé. [Jessica, 29 ans, prof., nat, sf, nat]

Par contre, tant les femmes qui voient les médecins et les sages-femmes ont recours aux différents tests disponibles en grossesse. Cependant, les questionnements sont en partie liés aux valeurs personnelles des femmes et l'offre aux pratiques de chaque médecin ou sage-femme. Le mot « routine » est officiellement utilisé dans le milieu médical pour désigner en tant qu'ensemble les différents tests de dépistage montrant ainsi aux femmes qu'ils font partie intégrante des soins prénatals. Cet usage sémantique n'est pas anodin, car les tests deviennent ainsi un tout plus difficile à questionner ou auquel s'opposer. Il permet entre autres d'introduire dans « le lot » le dépistage de la trisomie, vu par les femmes comme une simple prise de sang et une échographie (Harris *et al.*, 2004 : 34). Il normalise ainsi le recours à une panoplie de tests, prise dans son ensemble comme étant « le gold standard »⁹⁹ d'un bon suivi de grossesse auquel chaque femme aspire.

Le suivi prénatal consiste donc largement à dépister les risques susceptibles de nuire à la santé du fœtus. Les femmes étaient aussi informées par les professionnels des différents dangers présents dans la vie quotidienne et des comportements susceptibles de nuire au fœtus. La notion de risque est omniprésente et les femmes adoptent différentes stratégies pour les contrer. Bon nombre de femmes, principalement suivies par des gynécologues, déléguaient au professionnel expert le choix et l'interprétation des tests, ce qui a été observé par Bessett (2010). Elles se sentaient ainsi confortées, comme l'ont aussi mentionné Hammer et Burton-Jeangros (2013).

⁹⁹ Expression couramment utilisée dans le jargon médical pour désigner ce qui est considéré comme étant meilleur ou le plus reconnu.

D'autres, plus critiques, voulaient éviter une surmédicalisation par les tests, mais demeuraient ambivalentes en ne parvenant pas à mettre à distance la notion de risque. Tout comme dans l'étude de Hammer et Burton-Jeangros (2013), ces dernières ont aussi choisi un suivi avec sage-femme. Elles soupesaient les avantages et les inconvénients, pour en venir à prendre la décision qui leur semblait la plus raisonnable, mais au final penchaient plus souvent en faveur du test. Les attitudes des femmes envers les tests et les stratégies utilisées oscillent donc entre ces pôles et évoluent parfois au fil du suivi, ce qui rend difficile une catégorisation fixe, déterminée par le profil de la femme elle-même¹⁰⁰. Ce constat s'éloigne toutefois de la classique polarisation opposition-acceptation de la médecine de surveillance, et en ce sens, rejoint les observations de Hammer et Burton-Jeangros (2013). Ce phénomène doit être envisagé dans une perspective dynamique. Les primipares se conforment généralement à ce qui leur apparaît être la norme, à moins d'être invitées et soutenues pour discuter davantage la pertinence de chaque test. L'approche au risque individualisée, c'est-à-dire basée sur sa probabilité personnelle que son fœtus soit atteint d'une anomalie (Williams *et al.*, 2005) accentue la responsabilité des femmes à veiller à ce que celui-ci soit en bonne santé (Hammer & Burton-Jeangros, 2013; Marshall & Woollett, 2000). Il est donc facile de voir émerger des sentiments de culpabilité. Ces résultats montrent aussi l'omniprésence du risque sous-jacent au suivi prénatal, générant souvent des tensions entre leurs besoins de réassurance et de quiétude.

6.2.6 L'appropriation de la technologie par les femmes et leurs conjoints

L'usage d'outils informatiques par les futurs parents est de plus en plus répandu. Ainsi Pascale et Gabrielle utilisaient un logiciel ou une application pour suivre le développement du fœtus chaque semaine. Elles avaient programmé des alertes pour certains rappels. Elles pouvaient y recevoir des conseils pour chacune des étapes. Les conjoints d'Isa et de Florence ont eu recours à une application pour calculer la fréquence des contractions. Pour entrer en relation avec le fœtus, Florence et son conjoint aimaient lui faire entendre de la musique en posant leur I-Pad directement sur le ventre. De plus, ils avaient fait l'achat sur Internet d'un appareil à ultrasons pour écouter le cœur fœtal sur une base quasi quotidienne. Pour sa part, Nadine a pu trouver un

¹⁰⁰ Burton-Jeangros et Hammer (2013) présentent la diversité des expériences des femmes enceintes, selon quatre groupes contrastés, celles qui : « approuvent la médecine de surveillance », « font face aux risques », c'est-à-dire ambivalentes entre demander les tests par inquiétude et être anxieuses par ce que cette surveillance génère, « en quête de certitude » et « remettent en question la médecine de surveillance ».

programme lui permettant de combiner des résultats d'examens afin de déterminer elle-même son niveau de risque pour la trisomie 21 :

Je me suis renseignée sur Procréa [...] le prix était quand même important en fait... et puis après j'ai essayé de voir si je pouvais faire autrement [...] Les prises de sang, je les ai faits avec (nom sf) et j'ai fait à côté la clarté nucale. On m'a bien dit que ça n'allait pas être mis ensemble. Bref, moi j'ai trouvé un système sur Internet, un logiciel qui pouvait rassembler les deux données ... mais au minimum, j'allais être moi en mesure de prendre une décision, que je n'avais pas besoin de me fier à la science infuse et aux multiples tests qu'on pouvait me proposer pour un prix exorbitant. [Nadine, 41 ans, prof., nat, sf, ces]

Le marché de la consommation est en pleine effervescence pour développer de nouvelles applications pour les téléphones « intelligents », de nouveaux logiciels et la vente libre d'appareils à ultrasons destinés aux femmes enceintes, certains ciblant plus les futurs pères. Les technologies offrent ainsi un nouvel espace pour l'apprentissage, la responsabilisation pour sa santé et l'auto-surveillance (Johnson, 2015b). Ces outils proposent directement aux femmes la possibilité de produire des connaissances diagnostiques à propos de leur corps et de leur santé (Childerhose & Macdonald, 2013). Ce phénomène en émergence aura certainement un impact culturel et social intéressant à documenter dans le futur.

6.3 Accouchement et technologies

Le voyage de la femme dans l'univers technologique de la naissance débute avec le test de grossesse puis tourne autour d'une autre technologie, soit l'échographie et les autres soins prénataux de routine auxquels l'obstétricien ou la sage-femme l'invite à se soumettre. La dernière étape du voyage est la chambre d'accouchement. Au temps 1, la plupart des femmes trouvaient qu'il était tôt pour envisager l'accouchement. Un bon nombre (10) avaient choisi une sage-femme pour une approche naturelle et d'autres (6), privilégiaient une approche médicale tout en souhaitant accoucher naturellement, comparativement à trois désireuses d'une approche médicale de la douleur ou à six indécises. Au temps 2, plus informées, quatre femmes optaient maintenant pour l'approche naturelle, alors que seulement deux maintenaient leur intention d'un accouchement médicalisé et que trois demeuraient indécises (voir Figure 1). La réalité s'est révélée différente des intentions, puisque 13 femmes sur 25 ont eu un accouchement médicalisé avec plusieurs interventions¹⁰¹.

¹⁰¹ Les principales interventions utilisées lors de l'accouchement se retrouvent à l'annexe E.

Contrairement au suivi de grossesse, la plupart des femmes ne veulent pas d'interventions lors de l'accouchement, à moins d'une urgence. Mais de leur point de vue, lorsqu'elles parlent d'interventions, de quoi s'agit-il exactement?

6.3.1 Interventions obstétricales : point de vue des femmes

Les interventions obstétricales les plus fréquemment nommées par les femmes étaient le déclenchement, la césarienne et les forceps. Le déclenchement et la césarienne étaient évoqués comme non souhaités. En fait, près d'une Québécoise sur trois a un déclenchement. Les taux variant selon les régions démontrent des différences de pratique associées à des indications inappropriées, c'est-à-dire inacceptables selon les données probantes (Rossignol *et al.*, 2012). Or, il est notoire que le déclenchement entraîne un risque accru de recours à la péridurale et à la césarienne¹⁰². La péridurale était considérée davantage comme un moyen de soulager la douleur. Toutefois, plusieurs femmes parlaient de ses répercussions sur la mobilité et la poussée ou de ses effets sur le bébé, ce qui les rendait ambivalentes ou motivées à s'en passer.

J'me disais, « j'veux la péridurale, éventuellement, ou peut-être pas » [...] j ne suis pas fermée, mais j'aimerais quand même pouvoir, tu sais qu'on m'encourage à aller plus naturel, de sentir un appui finalement de l'équipe médicale; donc j'y vais avec ça. Q : Quand vous dites, « j'aimerais qu'on m'encourage à aller plus naturel », qu'est-ce qui vous motive par rapport à ça? Bien... Les effets négatifs de la péridurale. Le fait que t'es immobilisée, le fait que ça ralentit le travail et tout ça. Ça serait intéressant que j'puisse me rendre, vraiment, l'plus loin possible ... Ça ne veut pas dire que ça va me prendre 28 heures non plus. [Gabrielle, 32 ans, prof., med/nat, gyn, nat] à 35 semaines

Les femmes qui se montraient plus flexibles quant aux interventions étaient suivies par un gynécologue-obstétricien; certaines tenant à préciser qu'elles ne s'opposeraient pas à une décision médicale. Or, il a été démontré qu'une attitude de flexibilité entraîne un plus grand nombre d'interventions (Kornelsen, 2005) dans un environnement où la technologie est devenue une pratique ritualisée (Cheyney, 2011; Davis-Floyd, 2003). Stratégie efficace d'adaptation, la flexibilité est une arme à double tranchant puisqu'elle crée également une ouverture aux impératifs de la technologie (Kornelsen, 2005). Contrairement à la croyance culturelle occidentale, ce n'est pas toujours la situation qui requiert la technologie. Ainsi, la méta-analyse

¹⁰² L'INESSS recommande une diminution des interventions de déclenchement ou d'accélération du travail étant donné qu'elles représentent aussi « le second plus fort potentiel de réduction du recours à la césarienne au Québec » (Rossignol *et al.*, 2012 :120).

de Hodnett *et al.* (2013) a démontré que le soutien contribuait à diminuer les interventions obstétricales de manière significative. Même si les femmes veulent éviter ces interventions et sont conscientes que leur taux est élevé en centre hospitalier, plusieurs choisissent tout de même d’y accoucher avec un gynécologue-obstétricien à cause de leur crainte d’un risque potentiel de complications. Ceci fait dire à Hivon et Jeminez (2007 :64) :

au Québec, on semble avoir perdu de vue que l’obstétricien est avant tout un spécialiste des complications de la grossesse et de l’accouchement. Pourquoi alors s’étonner qu’il se tourne inévitablement vers le Pitocin ou l’épidurale pour gérer des problèmes d’accouchement? C’est ce qu’il connaît.

Florence, convaincue de la nécessité d’une péridurale, mais inquiète des effets, avait trouvé des informations soutenant ses convictions puis avait établi une stratégie avec son médecin. De son côté, Wendy n’avait pas cherché à en savoir davantage à partir du moment où le médecin lui avait confirmé qu’il n’y avait aucune contre-indication à la recevoir dans son cas.

J'veux la péridurale, mais je veux le moins d'exams possible, le moins de manœuvres, je veux le plus naturel possible [...] Puis je me questionnais ... c'est fort une péridurale, ça vas-tu avoir le temps d'aller dans l'organisme de la petite? Donc, je me suis renseignée. Je me suis fait dire "Bien écoute, y'a pas d'étude qui démontre que c'est dangereux pour le bébé, au contraire". Puis y'en a aussi qui ont dit que ça retarde l'accouchement étant donné que les contractions sont... tu pousses moins bien. Donc je me suis entendue avec mon médecin. Je vais faire le plus longtemps que je peux pour être motrice, pour être capable de la pousser ... [Florence, 25 ans, serv., med, gyn, med]

Pendant le travail, le fait d’entendre le cœur fœtal à l’aide du fœtoscope électronique rassurait les femmes. Elles voulaient aussi être informées et avoir des explications en regard des interventions. Or, lors de l’accouchement en centre hospitalier, certaines ont posé des questions, mais déploraient ensuite ne pas avoir reçu d’explications satisfaisantes. Ce manque a également été observé dans l’étude de Hivon et Jeminez (2007).

Être de son temps : La technologie est associée à « être de son temps » par plusieurs femmes qui se disent alors ne pas être modernes ou faire des choix « grano »¹⁰³ lorsqu’elles s’en écartent.

Moi en général j'aime pas mal plus les trucs nature. J'ai mon p'tit côté grano, donc j'aimais vraiment l'idée que ce soit une approche comme quoi c'est naturel un accouchement plutôt qu'un acte médical avec un protocole et tout ça. [Héloïse, 34 ans, prof., nat, sf, med]

¹⁰³ Expression québécoise : « dont le style de vie est basé sur une alimentation naturelle, sur des valeurs écologiques et pacifistes ». (Antidote 9 [logiciel informatique] Druide informatique inc., 2016).

Pour Jessica, il y a des aspects avantageux à la technologie, mais d'autres plus questionnant, en particulier en matière de grossesse et de naissance. Comme plusieurs femmes, elle choisit les tests durant la grossesse, mais devient plus réservée en ce qui concerne l'accouchement.

Je ne suis pas la plus « dernier cri » au niveau technologie. Je trouve que c'est un couteau à double tranchant [...] Je trouve ça vraiment pertinent actuellement qu'on développe des voitures hybrides, du transport en commun, puis ça, ça reste de la technologie et je trouve ça important. C'est pour ça que ça dépend des facettes de la technologie. Je trouve ça bien l'avancée de la médecine, contre le cancer par exemple, mais d'un autre côté ça ne me tentait pas de vivre la médecine à outrance dans ma grossesse, parce que ce n'est pas une maladie. Les femmes ont tout le temps accouché depuis ... tout le temps! Et je me dis c'est normal d'utiliser ce qu'on peut utiliser, moi je pense. J'ne suis pas du genre... je les ai faits les tests sanguins-là, puis je voulais les faire et s'il n'y avait pas la médecine on n'aurait pas ça, puis ils n'ont pas ça en Afrique, mais d'un autre côté la gestion de la douleur ... je pense que je vais essayer de le faire par moi-même. [Jessica, 29 ans, prof., nat, sf, nat]

Ces propos nous amènent à faire le constat, tout comme Kornelsen (2015), que les femmes choisissant un lieu de naissance alternatif cherchent à éviter les interventions inutiles lors de l'accouchement, mais pas la technologie en général. Leur conscience de la technologie les amène à considérer l'accouchement comme étant un moment différent de la vie et à vouloir l'utiliser avec circonspection, comme elles le font souvent envers les différentes facettes de la technologie dans la vie de tous les jours.

Bien qu'aller au-delà de la douleur soit consenti dans des activités comme le sport, le tatouage ou le *piercing* (Le Breton, 2006), elle est socialement perçue comme dépassée en contexte d'accouchement, puisque les femmes, en Occident, disposent de moyens technologiques pour la contrer. Certaines participantes mentionnaient le refus de plusieurs femmes de ressentir la douleur des contractions, ce qui les faisait se sentir marginales de ne pas recourir à la péridurale :

[...] Donc, il y a tout ça qui m'encourage à dire que j'aimerais le vivre naturellement, puis j'me dis : ça se fait. Moi ma mère ça a été naturel, mais aujourd'hui y'a comme 95 % des gens qui la prennent, qu'ils nous ont dit. Donc, c'est comme ... c'est assez gros là. Non, moi je ne voudrais pas la demander par rapport à ça [...] Je trouve souvent que dans notre nouvelle génération, on dit qu'on veut rien sentir... on s'engourdit trop peut-être facilement. J'ai un peu cette opinion là, mais en même temps je suis comme gênée de dire : ah! j'veis accoucher naturel. J'veux pas juger celles qui l'ont pris puis en même temps, j'me dis j'veux pas jouer à la super fille qui est capable de le faire, ce n'est pas ça l'idée. C'est plus...je veux laisser aller comme un peu plus la nature [Isa, 27 ans, serv., ind/nat, gyn, med]

Ces divergences d'opinions créent des tensions entre ce qui est reconnu comme la norme et son propre désir, entraînant parfois un sentiment d'ambivalence dans sa prise de décision ou dans

sa manière de l'assumer. Le modèle technocratique de l'accouchement est le modèle dominant. L'idée sous-jacente est que la puissance de l'accouchement apparait comme un élément qui doit être contrôlé (Kornelsen, 2005). Même les femmes qui veulent faire l'expérience de l'accouchement dans son intégralité sont aux prises avec son influence. Cette marginalité a des conséquences importantes sur le choix ou les possibilités évaluées par les femmes (Franklin, 2014). Les technologies ancrées dans notre environnement empêchent d'en prendre conscience, privant ainsi de la possibilité d'y résister ou d'agir autrement.

La région de Québec fut la première à utiliser couramment la péridurale en raison du grand nombre d'anesthésistes exerçant sur son territoire.¹⁰⁴ Cinquante ans plus tard, nous rencontrons parfois trois générations de femmes ayant accouché avec péridurale. Ceci contribue à sa forte adhésion culturelle et à son assentiment social. Le choix est ainsi illusoire ou demande à tout le moins une déconstruction personnelle de ses ancrages. Selon Franklin (2014), le modèle culturel de l'accouchement entraîne une dépendance envers les médecins et la technologie.

Questionnements en rapport avec les interventions : La possibilité d'interventions au moment de l'accouchement est associée à l'hôpital. C'est un endroit considéré d'emblée par les participantes comme un milieu comptant plusieurs interventions dites « de routine ». Par contre, seulement quelques femmes sont informées et conscientes de la cascade d'interventions pouvant s'enchaîner à partir du moment où il y a recours soit, à un déclenchement, soit à une péridurale.

Je lis plein de livres et je ne suis que confortée dans mon choix que c'est ce qu'il me fallait. Alors j'espère que la grossesse va bien se poursuivre et faire en sorte que je puisse accoucher naturellement [...] En parlant d'un documentaire vu récemment : Elle a vraiment fait un documentaire sur le ... l'effet boule de neige en fait de toutes les interventions médicales, parce qu'elle a dû accoucher en milieu hospitalier, et puis ... c'était comme quelque chose d'un peu cauchemardesque pour elle. [Nadine, 41 ans, prof., nat, sf, ces]

Parce que bien informées, Nadine et d'autres femmes ont trouvé une autre fenêtre pour tenter d'échapper à la médicalisation de l'accouchement (Cheyney, 2011). Elles en concluent que les interventions ne sont pas, dans la plupart des cas, absolument indispensables. Ne pas être dans

¹⁰⁴ Le taux de péridurale dans la région de Québec était déjà de 43 % comparativement à 20 % dans la région de Montréal en 1978 et à 20 % pour l'ensemble de la province (ASPQ, 1980).

l'environnement technologique d'un hôpital augmente, selon elle, les chances de ne pas en faire l'expérience comme l'ont mis en évidence Simonds *et al.* (2007) et Kornelsen (2005).

La vision médicale de l'accouchement repose sur la prémisse qu'il s'agit d'un évènement risqué ou dangereux, et que l'intervention médicale standardisée aide toujours à réduire ce danger, alors que dans les faits, elle contribue parfois à le créer (West, 2011). En fait, une pratique véritablement fondée sur des preuves favoriserait moins d'interventions comme celle de l'induction du travail et de la surveillance électronique du cœur fœtal (Wagner, 2006 dans West, 2011). Les ressources technologiques utilisées amènent à traiter la grossesse comme un évènement pathologique (Franklin, 2013). De plus, la valeur accordée aux mesures objectives par les tests et les machines, au détriment de l'expérience subjective des femmes, concourt à transmettre aux femmes un message que leur corps est déficient. Comme nous le verrons, dans la prochaine section, le chemin d'accès à un accouchement géré médicalement est la confiance aveugle dans les technologies courantes de la grossesse et de l'accouchement.

6.3.2 Donner naissance selon trois perspectives

La technologie transforme le vécu des femmes à toutes les étapes, y compris celle de l'accouchement. Les témoignages des participantes révèlent des différences marquantes selon qu'elles ont donné naissance par césarienne, avec péridurale ou naturellement.

6.3.2.1 Donner naissance par césarienne. Près du tiers des participantes (7/25) ont donné naissance par césarienne¹⁰⁵. Ce qui correspond à la moyenne québécoise qui est d'environ 24,6 % (ICIS, 2016). Aucune ne souhaitait avoir cette intervention¹⁰⁶. Toutes ont été déçues et l'ont vécue comme une défaite, malgré que rationnellement, elles se disaient que devant l'impossibilité de terminer le travail, la césarienne s'était avérée la solution appropriée pour faire naître leur enfant. Leurs réactions au moment de la décision de césarienne allaient de la surprise à la colère, en passant par le besoin d'avoir un temps « pour digérer » la nouvelle. C'était aussi

¹⁰⁵ Trois femmes suivies par une sage-femme, deux par un gynécologue-obstétricien et deux par un omnipraticien.

¹⁰⁶ La césarienne « sur demande » ou dite de convenance est un phénomène en croissance internationalement (Bourgeault, 2008; INESSS, 2012). Par contre, il n'est pas présent dans notre étude.

un choc pour le conjoint. Au moment de l'opération, les femmes se sentaient seules et le conjoint écarté.

L'inhalo et l'anesthésiste, étaient vraiment super gentils ... Ils me jasaient ça quand même un peu en faisant leurs tâches, donc ça me divertissait un peu parce que là je commençais à stresser. C'était comme "Ah là! Je suis toute seule ici puis eille là! Je vais avoir une opération, qu'est-ce que c'est ça? Puis oui je vais avoir un bébé, et là je vais être toute gelée, puis ... [...] Donc mon chum a fini par entrer. Puis là, ça s'est mis à brasser! Ça m'a vraiment surpris la sensation que ça donne. J'étais comme ... Moi j'avais une peur, j'avais peur de sentir le mal. Puis euh... c'est fou comment ça m'a impressionnée la sensation de se faire travailler dans le ventre de même puis de sentir, mais de ne pas avoir mal. C'était vraiment bizarre. [Daphnée, 30 ans, serv., ind, gyn, ces]

Elles étaient toutes en travail sauf Élise dont la césarienne avait été programmée, car son bébé se présentait par le siège¹⁰⁷. L'arrêt de progression en travail ou à la poussée était la principale raison de césarienne pour la moitié d'entre elles. Par contre, la décision a été prise en urgence pour les trois autres¹⁰⁸, après une cascade d'interventions. Le terme césarienne « d'urgence » est effrayant pour les femmes, ce que nous retrouvons également dans la littérature (Redshaw & Hockley, 2010; Tully & Ball, 2013). Ajouter à cela que l'information est largement déficiente avant, pendant et après cette intervention, peu importe les circonstances. Ainsi, Roselyne demeurait encore perplexe, six semaines plus tard, d'avoir accepté la césarienne au moment où l'anesthésiste avait avisé qu'il devait quitter le centre hospitalier :

Parce que pendant, ça va tellement vite... Y a peut-être ça aussi, ça va vite pour eux-autres aussi fait que... ils ne commencent pas à t'expliquer en long et en large. Puis des fois c'est ça que j'me disais, « est-ce que j'avais des choix ou je n'avais pas le choix. » [...] c'est pour ça que j'ai hâte d'avoir les réponses à mes questions parce qu'après ça j'ai lu beaucoup sur les césariennes d'urgence. Puis, oui y a de l'information, pas tant que ça, mais ils te donnent les critères [...] Pu avoir de liquide amniotique. J'en avais pu de la façon que j'ai cru comprendre, c'est pour ça j'veux voir dans mon... j'veux voir mon rapport, faut que je le lise. Je disais en farce mon... mon accouchement là c'est ... un fichier classé X-Files là avec qu'est-ce qui s'est passé. Il faut que je le lise. [Roselyne, 29 ans, prof., ind, gyn, ces]

¹⁰⁷ Depuis les années 2000, cette chirurgie est pratiquée presque systématiquement lorsque le bébé se présente par le siège. C'est le résultat de l'application immédiate de nouvelles normes obstétricales à la suite d'une étude menée par Hannah *et al.* (2000), qui a été contestée par la suite. Pourtant, cette pratique perdure malgré des données probantes à l'effet que l'accouchement par le siège peut être sécuritaire.

¹⁰⁸ Elles étaient sous péridurale et avec syntocinon pour accroître les contractions. Daphnée a eu un décollement placentaire. Roselyne a mal réagi au syntocinon et il y a eu baisse du rythme cardiaque fœtal. Ariane a fait une chute de pression consécutive à la péridurale, ce qui a entraîné une détresse fœtale. La littérature démontre que certaines césariennes surviennent après une escalade d'interventions (Morris, 2013).

Il leur est difficile en situation concrète de juger de la décision ou de prévoir l'escalade d'interventions. Au bout du compte, c'est le médecin qui prend la décision des interventions, pas la femme, qui ne peut qu'y consentir. Le concept d'*authoritative knowledge* de Jordan (1993, 1997, 2014) est toujours bien en évidence.

De plus, des aspects professionnels et organisationnels entraînent en jeu pour certaines, comme les relations conflictuelles avec le personnel médical. D'autres recherches l'ont aussi démontré (Davudsdottir, 2012; Morris, 2013). Les normes hospitalières et l'attitude des infirmières, résidents et médecin, disqualifiant le vécu des patientes, créent des conditions nuisibles au soutien des femmes (Fréchette, 2015). Cette infirmière en obstétrique et anthropologue québécoise évoque aussi le nombre trop grand de femmes dans les centres hospitaliers accoucheurs¹⁰⁹, ce qui amène « une charge de travail importante nécessitant l'utilisation de technologies et de techniques permettant une surveillance de la normalité de l'accouchement » (Fréchette, 2015 : 83). La normalité du travail est évaluée en fonction de la durée de chacune de ses phases, chiffrée selon la courbe de Friedman¹¹⁰. « Si le col stagne dans son évolution, des "discussions" débutent avec le couple pour les options médicales d'augmentation des contractions soit par la rupture des membranes ou par la perfusion intraveineuse d'ocytocine » (ibid : 84). Pourtant, un temps d'attente suffisant devrait être accordé tant que la condition maternelle et fœtale le permet, dans le but d'éviter des interventions obstétricales. Selon Spong *et al.* (2012) ce temps semble être plus long que prévu traditionnellement en obstétrique.

Comme dans l'étude anglaise de Tully et Ball (2013), nos participantes affirmaient que la césarienne était tout ce qu'elles auraient voulu éviter, mais avait été jugée nécessaire dans leur situation. Leurs propos indiquent qu'elles se sentent rapidement coupables si elles ont l'impression de persister dans des choix alternatifs à la technologie et à la médecine. Elles avaient aussi le sentiment de paraître égoïstes lorsqu'elles évoquaient leurs sentiments de déception. Elles hésitaient à parler de leur vécu avec leur entourage, lequel est là pour leur rappeler que l'important est que « le bébé soit en santé ». « *Quand tu veux faire ça vite, bien tu*

¹⁰⁹ Le nombre de naissances est de 3000 à 5000 naissances dans chacune des installations de Québec.

¹¹⁰ Courbe de l'évolution du travail normal en obstétrique qui représente la dilatation du col en fonction du temps proposé par Emmanuel Friedman autour des années 50. Plus récemment, l'OMS et la SOGC ont proposé des partogrammes différents mais toujours axés sur le temps.

racontes ça vite, donc genre "Ah! La césarienne c'était ben correct là, petites complications à part ça, c'est beau" » nous confiait Élise. Pourtant, lors des entretiens, elles parlaient abondamment des complications physiques et émotionnelles qu'elles avaient subies¹¹¹. Parler du vécu négatif devient tabou, ce qui contribue à renforcer la croyance faisant de la césarienne une valeur sûre. Pour Tully et Ball (2013: 108) : « the decision for some cesarean sections seem necessary because of a culturally-constructed cycle of expectations, education, and practice. ». Ainsi, les interventions lors de l'accouchement sont anticipées et banalisées, même dans le cas de la césarienne, contribuant ainsi à reproduire un cycle d'augmentation.

Quel que soit le projet de départ, la césarienne est toujours vécue comme une défaite et hypothèque la façon de penser une prochaine grossesse. Est-ce qu'on voudra tenter un accouchement naturel ou ira-t-on vers une autre césarienne?

6.3.2.2 Accoucher sous péridurale. Cela transforme le vécu physique, émotif et relationnel des femmes. Six participantes ont accouché sous péridurale¹¹². C'était une décision de longue date seulement pour Wendy et Florence, mais les autres voulaient l'éviter. Elles l'ont demandée ou on leur a proposé pour diverses raisons : rupture de membranes pour Isa, travail plus long que prévu pour Héloïse ou douleur devenue insupportable lors du déclenchement pour Odile et Valérie. Odile exprime s'être sentie dans un grand état de vulnérabilité:

J'ai appris plus tard en lisant sur le Cytotec¹¹³ et après avoir parlé avec d'autres femmes que les contractions sont souvent plus fortes et rapprochées avec l'utilisation de ce médicament. Je tolère généralement bien la douleur, mais je ne pouvais anticiper souffrir autant, ressentir une douleur si intense. C'est inimaginable. Je me suis sentie dans un tel état de vulnérabilité. [Odile, 40 ans, prof., nat, gyn, med] (dans son récit d'accouchement)

Il est reconnu que le déclenchement, l'accélération du travail et la rupture artificielle des membranes augmentent la probabilité d'avoir une péridurale, comme cela a été le cas pour nos participantes. L'offre de péridurale par les infirmières ou les résidents est quasi systématique (Fréchette, 2015). Des contractions plus fortes, plus rapprochées et produites de manière

¹¹¹ Se sentir droguée par l'anesthésie au point de ne pas reconnaître son conjoint; hémorragie et infection pour une femme; infection chez un bébé; problèmes respiratoires et transfert à l'unité néonatale pour un autre; période dépressive pour une femme.

¹¹² Quatre femmes suivies par un gynécologue-obstétricien, une par un omnipraticien, une avec une sage-femme.

¹¹³ Le cytotec (misoprostol) est un stimulant utérin puissant utilisé pour déclencher le travail (CPS, 2015).

artificielle, perturbent les mécanismes endogènes liés au processus de l'accouchement et augmentent la difficulté à composer avec la douleur (Buckley, 2015; Odent, 2005).

Durant le travail, la plupart des participantes (5/6) avaient peur ou vivaient des inconforts. Leurs conjoints trouvaient ça long et difficile de voir souffrir leur femme; c'était aussi l'inconnu pour eux. La moitié des participantes étaient en position couchée et recevaient peu ou pas de soutien du personnel. Pourtant, plusieurs études ont reconnu les effets bénéfiques de la mobilité durant le travail¹¹⁴, notamment pour diminuer la douleur (Lawrence *et al.*, 2009; Zwelling, 2010). L'importance du soutien a aussi été largement démontrée par la méta-analyse de Hodnett *et al.* (2013) comme étant un moyen diminuant le recours à l'analgésie. Par ailleurs, l'anticipation et le stress du partenaire de même que sa préférence en ce qui concerne la gestion de la douleur peuvent influencer l'expérience de la femme (Steel, 2015).

Une fois sous péridurale, Héloïse, Isa et Valérie ont connu une certaine déception. Toutes ont été invitées à se reposer, mais l'ont fait avec plus ou moins de succès : Wendy par manque d'intimité, Odile par inquiétude pour son bébé et Isa n'aimait pas la sensation de ne pas sentir ses jambes. De plus, l'expérience interne se transforme en expérience externe. Héloïse ou Florence se réjouissaient des interactions avec le personnel, alors que d'autres se sentaient dépossédées de leur travail ou du contact avec leur bébé. Pour Florence, le travail est devenu un divertissement en attendant son bébé.

Quand j'ai eu ma péridurale, là, ç'a été une vraie joke. L'médecin est arrivé, il nous racontait qu'il avait failli avoir un ticket la semaine d'avant. L'infirmière nous racontait sa vie. La résidente, elle comptait des jokes, donc, j'étais pas la fille qui crie, qui hurle. Moi j'avais du fun là, j'm'en allais avoir mon bébé. [Florence, 25 ans, serv., med, gyn, med]

Selon Jepsen et Keller (2014) ces deux types de réactions émotionnelles sont présentes chez les femmes sous péridurale, l'une d'elles est particulièrement marquée par un subtil sens de l'inquiétude et de l'ambivalence. Même les femmes se disant satisfaites, ressentent souvent un mélange d'inquiétudes, de doutes, de déception diffuse ou de culpabilité plutôt que de montrer

¹¹⁴ Les bénéfices associés à la mobilité et aux positions verticales sont : une diminution de la douleur, une meilleure circulation fœto-maternelle et une meilleure oxygénation fœtale, des contractions utérines plus efficaces, une diminution du temps de travail, la facilitation de la descente du fœtus ainsi qu'une réduction des traumatismes périnéaux.

de l'insatisfaction. L'approbation des professionnels joue un rôle important pour les femmes, mais contrairement à l'étude de Jepsen et Keller, nos participantes, sauf Wendy, vivaient quand même de l'inquiétude et de l'ambivalence, même si le milieu médical approuvait ou recommandait la péridurale. Par ailleurs, actrice principale de son expérience, la femme voit son rôle modifié à la suite de la péridurale, agissant davantage comme spectatrice ou encore, comme hôtesse de l'évènement (Jepsen & Keller, 2014).

Au moment de la poussée, la moitié des femmes trouvaient difficile de ne pas sentir comment pousser. Toutes devaient apprendre à le faire en l'absence d'un réflexe instinctif. Le sentiment d'être près d'une naissance imminente est apprécié par Florence et Isa qui tout de même, avaient conservé un peu de sensations physiques malgré la péridurale.

La résidente m'avait dit au dernier examen « est-ce que tu sens mes doigts? » et j'avais dit « oui je les sens un petit peu » Donc elle m'avait montré où pousser [...] Donc on dirait que j'ai comme à bien assimiler, puis ça, ça m'a comme rassurée [...] La nouvelle infirmière m'a dit « OK regarde j'vais te montrer comment respirer » puis là elle dit « faut que tu retiennes ton souffle 10 secondes » et elle disait à mon chum « compte les 10 secondes » Fait que là bien c'était drôle de les voir, elle puis mon chum, ils comptaient « UN : DEUX : TROIS » Je trouvais que c'était joyeux, c'était comme un petit marathon puis là, ils étaient comme « bon OK vas-y, on va voir, elle s'en vient! Elle s'en vient! » [Isa, 27 ans, serv., ind/nat, gyn, med]

Comme nous pouvons le constater, la péridurale induit une ambiance où les intervenants prennent en charge l'accouchement. Au moment de la poussée, l'équipe médicale arrive au grand complet. L'ambiance est décontractée et frôle parfois le manque de respect. Sous le couvert de l'humour, l'environnement devient propice au contrôle médical et à l'intervention:

Il disait « amenez-moi du lubrifiant, de la crème, du beurre n'importe quoi » il niaissait. Il dit « j'vais aller travailler ça c't'entrée-là, moi ». Puis quand il est arrivé là il dit « ah j'vais aller me changer, elle va tout' me salir mes espadrilles » puis il était revenu en gougounes [chaussures de plage] il riait, pince-sans-rire un peu le monsieur. Il disait tout ce qui lui passait par la tête-là [...] c'était vraiment comme ton oncle ou... quelqu'un qui s'en vient qui dit « bon r'gardez là on s'en va, on fait ça de même, telle affaire » ce n'était pas ... protocole sérieux, mais moi j'ai trouvé ça l'fun. Moi et mon conjoint...on aime ça rire [...] C'était plus familial. Tu sais quelqu'un qui est peut-être plus réservé aurait peut-être trouvé ça déplacé [Isa, 27 ans, serv., ind/nat, gyn, med]

Pour la moitié des femmes, la naissance est décrite comme irréelle, virtuelle...et quatre d'entre elles parlent de la sensation du bébé, gluant et glissant, déposé sur elles :

C'est vraiment irréel. Moi le médecin, il n'arrêtait pas de me dire : « veux-tu on va mettre un miroir? Tu vas pouvoir la voir quand elle va sortir ». Peut-être que j'aurais plus réalisé si j'avais pris ce miroir là, peut-être [...] même si tu le sais que c'est ça, mais on dirait que c'est

... C'est trop... c'est ça, c'est trop irréal. Mais finalement...ce que je peux dire, c'est vraiment irréal là, ... comme intervention en tout cas. Fait que oui! C'est pas mal ce qui résume l'expérience finalement de l'accouchement. [Isa, 27 ans, serv., ind/nat, gyn, med]

Toutes ces participantes nous ont parlé des différentes complications qu'elles avaient vécues : fièvre en travail, décélération du cœur fœtal, ventouse ou forceps. Puis, des divers problèmes subis par le nouveau-né (besoin de réanimation, infection) ou elles-mêmes (hémorragie, sonde vésicale, déchirure du 4^e degré). Elles en parlaient abondamment en les imputant à leur accouchement, mais sans faire de lien nécessairement avec la péridurale.

L'utilisation de la péridurale durant le travail fait sortir de la catégorie des accouchements considérés « normaux » et augmente les risques d'interventions¹¹⁵ (OMS dans Newnham *et al.*, 2016; Walsh, 2009). Bien que la médecine tente d'améliorer la technique de la péridurale, entre autres en modifiant les médicaments ou les doses utilisées, elle ne remet jamais en question son usage routinier associé à un taux moyen de 72 % (ICIS, 2016) cela malgré les conséquences négatives connues¹¹⁶.

Les savoirs et les pratiques qui soutiennent le processus de la naissance ne sont généralement pas considérés dans les naissances médicalisées. L'accent est mis sur les normes rationnelles de la science et de la sécurité valorisant la technologie, entretenant ou créant des pratiques malgré l'absence de preuves concluantes. De plus, selon la littérature, la recherche biomédicale axée sur un type particulier de connaissances, résultant de l'acceptation de la technologie comme l'option à privilégier dans la culture occidentale de l'accouchement, contribue à entretenir le discours de la sécurité de la péridurale, malgré l'examen des conséquences négatives (Newnham *et al.*, 2016; Wendland 2007). Ainsi, la nécessité de la péridurale lors de l'accouchement est bel et bien une construction sociale. D'une part, dans la quête du progrès, la relation complexe

¹¹⁵ En fait, la péridurale modifie l'activité utérine en inhibant la sécrétion d'ocytocine endogène, entraînant une hypokinésie dans la majorité des cas, ce qui nécessite le recours à une perfusion d'ocytocine de synthèse. Contrairement à la sécrétion de l'ocytocine naturelle dont les effets sont bénéfiques, il est maintenant prouvé que l'ocytocine de synthèse crée des problèmes pour l'allaitement du nouveau-né (Buckley, 2015). De plus, la péridurale amène une perte de mobilité et a des conséquences sur la physiologie du travail.

¹¹⁶ « elle [la péridurale] s'accompagne d'effets indésirables non négligeables et confirmés scientifiquement tels que la prolongation de la durée du travail, le recours plus important à l'ocytocine, la persistance de l'occiput postérieur [position fœtale nuisant à sa descente], les accouchements vaginaux instrumentalisés (forceps et ventouses), ainsi que la fièvre chez la mère » (INESSS, 2012 : 116).

entretenu par la société à l'égard de la technologie conduit à considérer les avancées technologiques comme à la fois neutres et supérieures, ce qui influence la hausse des interventions (Newnham *et al.*, 2016). Le discours à l'effet que la douleur de l'accouchement doit être éradiquée entraîne la conclusion tacite que l'augmentation des interventions obstétricales est un risque acceptable. D'autre part, une fois entré dans le cycle de la péridurale, il devient difficile de faire autrement. Nos données indiquent que l'expérience vécue contribue à créer un habitus qui donne lieu à un mouvement où, de mère en fille, le cycle se poursuit, comme dans le cas de Florence et Wendy, ou de femme en femme, comme dans la région de Québec où celles qui voulaient donner naissance de manière naturelle se sentaient marginalisées.

6.3.2.3 Accoucher naturellement. Douze femmes ont donné naissance de manière dite naturelle¹¹⁷. Leur accouchement a été de durée très variable¹¹⁸. Sauf Miranda qui était plus ambivalente, toutes les femmes ayant accouché de manière naturelle avaient une attitude positive envers le travail, bien que certaines aient été surprises, au début, par les contractions.

Karina, sous déclenchement, fait preuve d'une volonté inébranlable : *j'ai dit : « OK, on peut commencer. Je n'étais pas contente avec ça mais j'ai dit : OK, c'est ce qu'il faut faire, on va le faire »*. Il est reconnu que l'ocytocine de synthèse provoque des contractions plus fortes et plus douloureuses (Buckley, 2015). Karina évoque aussi les contraintes de l'appareillage :

La plupart du temps j'étais couchée, parce que j'étais attachée aux deux machines. Mais, souvent j'allais à la salle de bain, je me déplaçais et après je demandais le ballon. Mais même au ballon, quand je bougeais ils disaient « OK! Attends! Parce qu'il faut qu'on écoute le cœur du bébé! » Et là, j'avais le ballon, mais je n'avais pas de mobilité, parce que lorsque je bougeais, l'infirmière venait pour le soluté. [Karina, 32 ans, prof., nat, gyn, nat-i]

Les entraves liées à ces technologies interfèrent avec la possibilité de se mouvoir alors que la mobilité est un facteur contribuant à favoriser le travail (Mansfield, 2008). Toutes les autres femmes se sont senties soutenues par les sages-femmes ou les infirmières. Bianca avait d'ailleurs dit à son arrivée au CH : *« on aimerait ça avoir une infirmière qui est habituée aux accouchements naturels. Donc, ils ont fait attention à ça. »* et elle affirme que c'était essentiel.

¹¹⁷ Sept suivies par une sage-femme, quatre par un gynécologue-obstétricien, une par un omnipraticien.

¹¹⁸ Certaines ont vécu des phases de latence pouvant durer jusqu'à deux jours et un travail variant entre quatre à 24 heures.

En outre, toutes les participantes ont insisté sur l'importance du soutien de leur conjoint, et le témoignage de Mylène est à l'exemple de plusieurs :

Il me tenait tout l'temps la main, ça, c'est sûr, ou les deux mains quand c'était possible. Puis quand j'avais une contraction, des fois il essayait les points de pression, des p'tits massages. [...] Il anticipait aussi, il se tenait prêt à me donner de l'eau. Mais c'était vraiment, tout le temps, de me tenir la main. Puis, souvent, j'me suis suspendue à son cou, tellement que le lendemain il était raqué [courbaturé]. Il ne m'a pas lâchée dans le sens littéral, puis le sens figuré, il n'est même pas allé faire chauffer son lunch. [Mylène, 26 ans, prof., nat, sf, nat]

L'analyse des entretiens montre que toutes les femmes ayant accouché en milieu médical (5) se sont vues offrir différentes interventions pour accélérer leur travail ou, à tout le moins, la possibilité d'intervenir fut évoquée à maintes reprises. Ainsi, il fut question « *d'un petit boost pour augmenter les contractions* » de Pascale, puis d'une épisiotomie, finalement non réalisés. Cependant, son omnipraticien a tout de même « *passé le crochet* » pour vérifier que les membranes étaient bel et bien rompues. Yasmine s'est vu mettre un soluté « au cas où », et le moniteur fœtal électronique à certains moments durant son travail, puis en permanence à la poussée. De plus, le gynécologue-obstétricien a rompu ses membranes avant la poussée. Pour Bianca, il avait été question d'accélérer son travail :

*Ils m'ont parlé d'une pilule, parce que je pense je ne dilatais pas assez vite. Mais je n'ai pas dit oui tout de suite. Puis après, ça avait avancé [...] **Q : Et la rupture des membranes, comment s'est prise cette décision?** Bien dans le fond, on le savait que de toute façon, un moment donné, ça allait se faire. Puis je n'ai pas accepté tout de suite. J'ai demandé une heure [...] dans le fond, on a accepté parce que c'était correct là, c'était pas trop, c'était pas trop manuel je te dirais là. **Pas trop manuel?** Bien, c'était pas une intervention qui allait faire que c'était pu naturel d'accoucher. C'était pas très, c'était pas ... c'était pas un déclencheur, c'était pas une péridurale ou quoi que ce soit. C'était acceptable pour nous. [Bianca, 29 ans, prof., nat, gyn, nat-i]*

L'hôpital demeure le lieu où le risque d'avoir des interventions est le plus grand dans les situations normales qui n'en requièrent pas. Par ailleurs, les participantes tendaient à départager les interventions obstétricales en action ou, a posteriori, pour mesurer l'écart entre leurs attentes et ce qui avait été possible dans la réalité. Comme dans la littérature, elles ont été prêtes à montrer une certaine flexibilité (Mac Donald, 2011), mais le facteur clé semblait être de savoir si l'intervention est perçue comme nécessaire ou peut être définie comme « mineure » dans ses effets (Brubaker & Dillaway, 2008). Ainsi Bianca soupesait les interventions proposées en regard de leur impact sur son projet d'accouchement naturel, qu'une médication pour stimuler le travail ou une péridurale aurait clairement contrecarré, pour elle. Dillaway et

Brubaker (2006, 2009) font valoir que les définitions individuelles et la valeur des aspects spécifiques accordée à l'accouchement médicalisé ou à l'accouchement « naturel » illustrent l'enclassement de la médicalisation dans la culture de la naissance puisque les femmes ne remettent généralement pas en cause l'utilisation d'autres technologies que la péridurale lors de l'accouchement.

C'est à la poussée que l'expérience devient encore plus singulière selon le type de suivi. Les femmes (7) ayant accouché avec une sage-femme retrouvaient leur énergie et canalisait leurs forces. « Intensité », « puissance », « instinctif » sont les mots qu'elles ont utilisés pour décrire la poussée. Elles suivaient leur envie de pousser et variaient les positions selon leur ressenti ou parfois selon des suggestions de la sage-femme.

J'ai commencé à sentir que ça poussait, puis je me suis mise sur le petit banc de naissance. Finalement j'ai commencé à pousser, la sage-femme m'avait dit que quand je serais prête, je pourrais. [...] Donc, j'ai fait beaucoup de la poussée accrochée au cou de mon chum. Puis en me laissant descendre [...] ça y allait naturellement. Je faisais des sons un peu plus graves puis j'essayais de guider le bébé vers le bas. Finalement je suis allée sur le lit, à quatre pattes sur le ballon. On a travaillé comme ça un bon bout. Puis un moment donné elle m'a dit « si tu veux aller dans l'eau, ça serait là, tandis que t'es encore capable de marcher » [...] En dedans d'une heure, c'était fait. Ça, ça super bien été. [Camille, 32 ans, serv., nat, sf, nat]

La littérature indique également que la maison de naissance ou le domicile ainsi que l'attitude de la sage-femme aident les femmes à se laisser aller à leur ressenti (Simonds *et al.*, 2007).

Pour les cinq femmes ayant accouché en milieu médical, l'expérience s'est révélée tout autre. Pascale, suivie par un omnipraticien, a commencé à sentir l'envie de pousser dans le bain. Prise au dépourvu par cette sensation très puissante, elle a eu peur. Elle s'est retenue durant un certain temps, puis a commencé à pousser en position couchée sur le côté, comme elle l'avait visualisé jusqu'à :

quand le médecin est arrivé, il a dit « Non! non! »" Il dit « Faut que tu me fasses ça. Faut que tu m'en fasses deux puis si t'es capable trois quand ta contraction dure puis faut que tu pousses plus. Quand t'as envie d'arrêter faut que tu continues » Cette directive-là a été efficace pour moi, pour comprendre ce que j'avais à faire. C'est là où je dis que probablement que si tu n'es pas couchée, tu dois le sentir probablement plus. [Pascale, 36 ans, prof., ind/nat, omni, nat]

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 évènements ne se déroulent pas comme ils le souhaitent (Gagnon, 2014; Hall *et al.*, 2012;).

Pour leur part, les participantes sous les soins d'un gynécologue-obstétricien, ont ressenti l'envie irrésistible de pousser, mais ont suivi les directives du personnel sur la manière de le faire. Karina a été la seule à suivre son ressenti et à pousser malgré le personnel lui disant « *qu'ils ne sont pas prêts* ». Yasmine trouve difficile de pousser sur le dos :

C'est sûr que ce n'est pas nécessairement évident là, les contractions avec la douleur. Puis ils demandent d'écartier les jambes et de forcer d'une certaine façon des fois qui n'est pas nécessairement naturelle là, donc ce n'était pas évident. Une chance mon conjoint était là pour me tenir les jambes comme il fallait (rires) puis gérer un peu la situation, mais... on est quand même restés calmes et positifs, on a fait de la visualisation puis ça s'est bien passé. [Yasmine, 28 ans, prof., ind, gyn, nat-i]

Finalement, Bianca ne s'est plus opposée à recevoir de l'ocytocine pour accélérer la naissance.

Le contexte aidant, elle a fini par considérer qu'elle n'avait pas d'autre choix.

Donc à la fin, le médecin m'a donné de l'ocytocine pour déclencher. Je dirais la dernière demi-heure, c'est ça qui a fait la différence [...] dans le fond, je pouvais mieux pousser, pousser plus souvent et plus longtemps [...] Des fois le cœur ralentissait un peu, mais il remontait tout le temps. Puis à la fin, bien je me disais : ils vont finir par me couper pour qu'il sorte plus vite, donc à ce moment-là j'ai poussé plus [...] dans le fond, j'ai eu un bel accouchement pareil. [Bianca, 29 ans, prof., nat, gyn, nat-i]

L'idéologie du risque devient encore plus prégnante au moment ultime où la naissance devient imminente, la femme remettant ainsi le pouvoir à l'expert dont la présence tout à coup atteste le sérieux de l'évènement. Du point de vue médical, le potentiel pathologique de l'accouchement est un modèle puissant et dominant (van Teijlingen, 2005). Sous l'autorité médicale, les femmes finissent par se conformer aux instructions, mettant l'accent davantage sur les besoins du bébé que sur leurs propres besoins (Brubaker & Dillaway, 2008; Lupton, 2012). Selon Hernandez Garre et Echevarria Pérez (2016), le rituel d'accouchement médicalisé entraîne la passivité, influencée par des expériences d'obéissance ou de peurs qui induisent la méfiance. Les faits sont alors interprétés par les femmes comme inévitables. Nous avons aussi remarqué qu'elles minimisent certains gestes posés par les professionnels lorsqu'ils s'éloignent de leur projet de naissance, ne voulant sans doute pas contrarier leurs propres efforts. Cela semble s'inscrire dans le besoin de donner un sens à leur expérience.

Par ailleurs, les données révèlent que les femmes qui sont parvenues à accoucher naturellement en milieu médical étaient des professionnelles occupant des postes de direction ou avec une grande autonomie professionnelle, ce qui n'était pas le cas pour celles suivies par des sages-femmes. Peut-être leur était-il plus facile de faire valoir leurs besoins, ou qu'on leur accordait davantage de considération, due à leur statut social? À tout le moins, elles partageaient un capital culturel similaire (Bourdieu, 1979).

Finalement, toutes les femmes ayant accouché de manière naturelle ont parlé de la conscience de ressentir le bébé juste avant ou pendant sa sortie. Certaines étaient émerveillées de la présence d'un autre être humain et voulaient profiter de ce beau moment. Leurs sensations variaient entre l'impression de se sentir émerger d'une autre dimension, l'excitation, la joie, l'émerveillement, le contentement ou un sentiment de puissance. D'autres études parlent aussi de ces manifestations (Crowther *et al.*, 2014; Dixon, 2014).

J'ai trouvé ça vraiment spécial, tu sais avant que le placenta sorte, t'as ton bébé sur toi, le cordon n'est pas encore coupé, le placenta est encore en dedans, fait que t'as un contact avec l'intérieur de ton corps là. Ça, j'ai vraiment pris le temps de sentir ça, j'ai vraiment trouvé ça... particulier. Tu le sens littéralement, que t'as un lien avec ton intérieur [...] Puis, il a vraiment fait comme on m'avait dit que des fois des bébés avaient le réflexe de ramper jusqu'au sein. C'est lui qui a décidé d'y aller, oui, oui, il a vraiment, il s'est mis à y aller. Mais quand qu'il s'est mis à pousser avec ses pieds sur lui là, sur moi... bien là c'était le moment. J'étais contente, tu sais... une espèce d'accouchement parfait- là, finalement. [Gabrielle, 32 ans, prof., med/nat, gyn, nat]

6.4 Une prochaine grossesse, un prochain accouchement

En rétrospective, les femmes se considèrent « chanceuses » si elles ont vécu une belle grossesse : expression qui évoque une absence de complications. Elles considèrent généralement que cette expérience est marquée de beaux moments et que les désagréments ne surpassent pas les bonheurs vécus. Toutefois pour quelques-unes il s'agit d'une « période nécessaire » ou profitable. D'autres ont découvert que c'était « un temps pour grandir » qui permet de s'adapter ou elles considèrent que la grossesse est un privilège.

À la lumière de leur expérience, des femmes plus inquiètes au début mais aspirant vivre une expérience moins médicalisée, recommandaient aux futures mamans de vivre la grossesse calmement et sereinement, d'être entourées et de se faire confiance. Elles considèrent qu'il est important de s'informer, de poser beaucoup de questions et de demeurer active.

Moi ce que j'ai appris, c'est que c'est important de te faire entourer. Faut que t'aies confiance et ne pas écouter tout le reste, parce que finalement c'est ta grossesse et ton accouchement et... tout le reste, ce n'est pas important [...] Carl et moi, on a pris le temps de s'informer sur beaucoup de choses et je pense que c'est pour ça que ça allait bien, parce qu'on était bien informés. Que les décisions, c'était facile à prendre parce qu'on savait, quoi ou comment [...] En fait, j'ai appris que... faut lâcher toutes tes peurs. Mais, t'as le temps pour le faire, parce que t'as neuf mois-là (rires) alors, si tu fais l'expérience avec conscience, bien t'as le temps de lâcher beaucoup de choses et de grandir un peu à travers de ça... [Miranda, 39 ans, prof., nat, gyn/sf, nat]

Toutes les participantes qui ont vécu un accouchement naturel envisageraient un autre accouchement d'une manière positive. Pascale, suivie par un omnipraticien, a réfléchi au moment où elle a été assaillie par la peur et pense maintenant qu'elle serait capable de pousser en position debout, accroupie ou à genoux, car elle considère que la position sur le dos ralentissait la descente de son bébé. Trois des quatre femmes suivies par un gynécologue-obstétricien affirment qu'elles n'auraient pas peur d'un nouvel accouchement ou seraient moins stressées. Par ailleurs, toutes ces femmes, incluant celles avec un suivi sage-femme, considèrent le corps « capable » et que les hormones sont là pour bien faire le travail. Elles affirment également qu'il faut prendre le temps nécessaire. Elles répéteraient l'expérience car elles sont d'avis que de ne pas accoucher naturellement serait manquer quelque chose. En résumé, les expressions utilisées pour qualifier leur expérience étaient : « *la plus belle expérience humaine qui me soit arrivée* », « *fierté* », « *se sentir puissante* », « *beaux souvenirs* », « *respect du corps et de la nature* », « *fière que mon corps ait bien travaillé* ».

Les participantes nous ont également informés de ce qui les a aidées à entrer dans ce mouvement viscéral de donner la vie. Selon Jessica, c'est son attitude positive dès le départ qui lui a permis de vivre une aussi belle expérience. Chloé trouvait essentiel de vivre le moment présent en éloignant les pensées négatives : « *Le fait de ne pas avoir d'attentes je pense, ça a été très bon, pour moi* ». Pour Miranda, le plus important : « *c'est d'avoir la confiance dans le corps. Parce que c'est le corps qui accouche, comment dire ça : ce n'est même pas toi* ». Pour Bianca, c'est la préparation mentale avec son conjoint durant les deux derniers mois qui a fait une différence. Le soir, ils visualisaient ensemble l'accouchement et s'étaient préparé des images représentant l'escalade d'une montagne avec des affirmations positives, correspondant aux centimètres de la dilatation. Ce fut pour eux, un excellent support visuel au moment du travail et un repère pour

demeurer centrés sur les sensations de Bianca. Pour leur part, Gabrielle et Camille évoquent aussi la préparation à l'aide des cours de yoga prénatals, des cours avec les sages-femmes ou une accompagnante.

Par ailleurs, trois femmes sur six ayant donné naissance avec péridurale voudraient vivre « un accouchement au complet ». Deux autres ne se voient pas accoucher de nouveau; ce sont celles qui ont vécu un accouchement avec ventouse et forceps. L'une d'elles veut donner un « *break* » à son corps et comme elle désire un autre enfant, elle aimerait éventuellement être capable de le vivre sans péridurale pour éviter les complications, alors que l'autre « *n'est pas certaine de pouvoir repasser à travers ça psychologiquement et physiquement* ». Quant à la dernière, celle-ci « doute de vivre un si bel accouchement », mais dit qu'elle « *ferait les exercices du périnée pour éviter l'épisiotomie* ».

D'autre part, cinq femmes sur sept ayant donné naissance par césarienne souhaiteraient un AVAC. Deux d'entre elles aimeraient vivre un accouchement « naturel » alors qu'une autre « *prendrait la péridurale, savoir que ce serait pour finir en césarienne* ». Et les deux autres attendaient d'avoir plus d'informations sur leur situation avant d'envisager quoi que ce soit.

6.5 Conclusion

L'accouchement, considéré à la fois comme un phénomène « naturel » et social est façonné par les pratiques (Davis-Floyd & Sargent, 1997; Jordan, 1993; Mansfield, 2008; van Teijlingen, 2009). La manière de l'envisager par la femme se construit bien avant la naissance par les savoirs transmis par les médias, la famille et les amis. Dans les sociétés occidentales, ces savoirs sont empreints de la culture médicale dominante. La plupart des femmes sont conscientes de leur état de grossesse et cherchent à interpréter les signes corporels, les émotions ou les sentiments nouveaux. Plusieurs d'entre elles évoquent l'existence d'un savoir intuitif. Dès le début, elles se tournent vers les professionnels de la santé pour valider des informations et interpréter leur ressenti. Elles lisent des ouvrages spécialisés, des dépliants, consultent Internet et échangent avec les amis et la famille. Les médias avec les documentaires et téléseries continuent d'exercer un rôle d'influence. Dès cette étape, certaines femmes se sont butées aux limites des connaissances biomédicales et cette expérience leur a été déstabilisante. Elles

savaient qu'elles devraient vivre avec les impacts de leurs décisions, ce qui les a finalement amenées à vouloir se fier davantage à leur senti. Lors de l'accouchement, les professionnels deviennent la seule source d'information accessible. En contexte hospitalier, les savoirs technologiques ont la préséance, même pour des femmes qui portent des intentions différentes. Les tentatives de mobiliser les outils acquis en prénatal se révèlent souvent vaines, surtout à la poussée, lorsque le médecin est présent. Des participantes déplorent leur manque de connaissances se sentant en position d'infériorité devant l'expertise médicale.

En fait, l'expérience des femmes est médiée à travers la technologie. De plus en plus de Québécoises ont recours aux investigations de fertilité et aux techniques de procréation assistée. Toutes les participantes éprouvaient le besoin d'objectiver leur état par un test de grossesse. Plusieurs l'ont répété, même lorsque le précédent était positif. Le recours aux technologies, tel le dépistage génétique, le dépistage de la trisomie 21, la panoplie de tests et d'examens, pour la plupart prescrits de routine dans le suivi médical ou discutés dans le suivi sage-femme, était quasi unanime même chez les femmes privilégiant une approche naturelle. Toutes ont apprécié l'échographie obstétricale, considérée comme un moyen de prendre contact avec le « bébé » plutôt qu'un outil de dépistage. La grossesse devient réalité pour plusieurs au moment où elles voient le fœtus à l'écran. Elles lui prêtent alors une identité. Les primipares sont avides de tout connaître et enclines « à ne pas prendre de chance ». Elles sont encouragées par un environnement socioculturel qui a fortement intégré le concept du risque diffusé par la culture médicale dominante. Seules quelques femmes s'interrogent sur la pertinence de certains tests, surtout celles qui sont placées en situation de pouvoir en discuter.

Lors de l'accouchement, les interventions obstétricales abondent, s'enchaînant souvent telle une cascade. Peu de femmes donneront naissance sans en avoir fait l'expérience. Le seul choix possible leur semble être d'accoucher avec péridurale ou de manière naturelle, et conditionne l'attitude qu'elles auront durant le travail. Aussi, la dichotomie entre l'accouchement médical et naturel reste importante selon l'analyse de l'expérience des participantes, et sa médicalisation se présente toujours comme la clé pour comprendre comment les femmes donnent naissance aujourd'hui (Brubaker & Dillaway, 2009). Au Québec, la césarienne touche maintenant environ une femme sur quatre, ce qui s'est vérifié chez nos participantes. Chirurgie souvent banalisée,

elle laisse pourtant des marques physiques et psychologiques sur le nouveau-né et sa mère. Les informations obtenues sur les raisons ou les circonstances de l'intervention demeuraient souvent nébuleuses rendant ainsi les femmes perplexes. Un déclenchement ou la rupture artificielle des membranes ainsi que le manque de soutien ou l'imprévisibilité de l'intensité du travail ont conduit certaines participantes à accepter une péridurale non souhaitée. Pour d'autres, une attitude positive et déterminée, la possibilité de se mouvoir à leur gré, le soutien du conjoint et des professionnels ont permis de ne pas recourir à une analgésie. En contexte médico-hospitalier, les frontières entre l'accouchement médical ou l'accouchement physiologique ou « naturel » deviennent poreuses. Un soluté ou le monitoring fœtal sont presque toujours présents. Au moment de la poussée, c'est le médecin qui prend tout en charge, effaçant ainsi le pouvoir de la femme. L'accouchement avec péridurale induit en soi un contexte particulier de dépendance à la technologie et une subordination à l'autorité médicale qui pourra se manifester différemment selon le statut social ou les valeurs présumées des femmes. En contrepartie, les femmes accouchant en maison de naissance ou à domicile disent avoir pu respecter leur ressenti. Elles appréciaient le soutien discret de la sage-femme. Seulement deux d'entre elles ont demandé un transfert pour une péridurale et l'une s'est ravisée au dernier moment. Les femmes ayant donné naissance de manière naturelle expriment des sentiments de joie, de fierté. Elles affirment avoir acquis de la confiance en elles-mêmes et en leur corps. Étrangement, elles associent leur expérience positive à « avoir eu de la chance », ce qui laisse sous-entendre qu'un accouchement sans problèmes ne peut pas exister.

Les participantes souhaiteraient se faire davantage confiance et profiter plus sereinement d'une prochaine grossesse. Celles ayant accouché de manière naturelle ne regrettent pas et recommenceraient. Celles qui y aspiraient au départ, mais qui ont connu un accouchement médicalisé, espèrent que la prochaine fois « sera la bonne ». Les femmes ayant vécu un accouchement instrumenté aimeraient vivre une expérience différente, tout en doutant de leur capacité à y parvenir, voire même à pouvoir affronter un autre accouchement. La plupart des femmes ayant vécu une césarienne souhaiteraient une naissance différente. Selon la sociologue Ann Oakley (2016), la douleur n'est pas une caractéristique particulière des souvenirs de l'accouchement, mais les épisiotomies, les autres interventions médicales et un environnement négatif demeurent en mémoire.

Conclusion

Que nous apprennent les femmes sur l'expérience de grossesse et d'accouchement dans un contexte où la technologie occupe une place prédominante au Québec? Cette thèse prête voix à vingt-cinq femmes ayant choisi un type de suivi et d'accouchement qui correspondait à ce qu'elles croyaient être le mieux pour elle et l'enfant à naître. Suivies par un médecin (omnipraticien ou gynécologue) ou une sage-femme, elles ont donné naissance à leur enfant en milieu hospitalier, en maison de naissance ou à domicile. Rencontrées à trois étapes charnières de leur cheminement, elles ont livré leurs propos en confrontant parfois rêves, attentes et réalité. Les données longitudinales ont permis de voir l'évolution de leurs représentations de même que l'adéquation entre le projet et l'expérience vécue ainsi que le sens qu'elles lui attribuent, et comment leur expérience transforme ou non ces représentations.

L'approche phénoménologique utilisée m'invitait à pénétrer leur monde de compréhension et de sens. Elle a permis de mieux comprendre leur vécu et les phénomènes qui entrent en jeu dans la construction de leurs représentations et de leurs attentes ainsi que dans les événements qu'elles ont été amenées à vivre. De plus, la préoccupation interactionniste mise de l'avant dans cette recherche a favorisé une analyse tenant compte des contextes de vie et de soins ainsi que des influences sociales qui se sont exercées sur leur choix et sur les possibilités qu'elles avaient en situation réelle. Enfin, l'interdisciplinarité a nourri la réflexion et la compréhension des données en favorisant leur interprétation dans une perspective de conjonction des savoirs en faisant appel à des niveaux de logique différents.

Notre étude révèle qu'avoir un enfant s'inscrit, pour la plupart des femmes, dans un projet de vie planifié où la maternité s'actualise, en moyenne, au début de la trentaine. C'est aussi une affaire de couple et l'opinion du conjoint devient déterminante dans les décisions se rapportant aux tests de dépistages ou pour connaître le sexe du bébé. Dès les premiers instants où les femmes se croient susceptibles de l'être, le besoin d'être certaines qu'elles sont enceintes se manifeste impérieusement. Le choix de l'intervenant, et conséquemment de l'approche pour le suivi de grossesse et l'accouchement, se fait dès ce moment et il est déterminant pour la suite des événements. Leurs croyances, leurs valeurs et surtout ce qu'elles ont appris de leur entourage guident leurs décisions. En effet, nous avons constaté que les pratiques sont façonnées par des forces structurelles plus larges que leurs préférences et qu'elles prennent naissance dans leur

environnement immédiat comme mentionné par Miller et Shriver (2012). L'information accessible à travers différents médias et les témoignages entendus par les participantes sont largement empreints d'une vision médicalisée de la grossesse et de l'accouchement, identifiée à juste titre par Jacques (2007) comme étant les valeurs culturelles dominantes. Ainsi l'examen des dynamiques en jeu, auquel nous avaient conviés les travaux de Christiaens et Bracke (2009), nous a permis de constater que l'idéologie influence les pratiques, qui elles, deviennent des marqueurs importants de l'expérience individuelle.

Enceintes d'un premier enfant, les femmes amorcent cette nouvelle aventure comme un voyage excitant, parfois inquiétant, mais qui recèle toujours une part d'inconnu. Même si elles en ont déjà entendu parler, être enceinte demeure une connaissance théorique tant qu'elles ne sont pas confrontées personnellement aux nouvelles sensations, émotions et préoccupations qu'elles découvrent au fil des semaines. Leurs sentiments varient entre l'émerveillement ou se sentir envahie. Elles s'inquiètent surtout des impacts de devenir mère sur leur vie personnelle et professionnelle et trouvent souvent difficile d'adapter leur style de vie à leurs nouveaux besoins. La préoccupation envers l'activité physique et le sport apparaît comme un phénomène nouveau dans notre étude. En effet, les limitations imposées par la grossesse pour certains sports ou l'entraînement physique étaient source de frustration chez le tiers des participantes. Modifier le tempo signifiait pour elles régresser ou devenir à l'écart d'un réseau social bâti autour des activités sportives, comme si, paradoxalement, les nouvelles normes sociales acquises les ayant conduites à un souci permanent de leur corps (Détrez, 2002) les empêchaient de s'adapter aux nouveaux signaux induits par la grossesse. À partir des entretiens, trois phases ont pu être mises en évidence dans le parcours de la grossesse. La première est celle où la femme acquiert la certitude d'être enceinte, suivie de « l'enceinte » où elle intériorise son état et le manifeste socialement, puis de la « nidification », période pendant laquelle elle se prépare concrètement à accueillir son enfant. C'est à cette étape qu'elles en viennent à envisager l'accouchement d'une manière plus tangible.

Toutes les participantes rencontrées souhaitaient pouvoir exercer un contrôle sur les événements. Ainsi la plupart avaient planifié le moment de la grossesse après avoir franchi certaines étapes de la vie professionnelle et de couple et espéraient garder le contrôle de leur

vie. Les femmes qui percevaient davantage la grossesse comme étant hors de leur contrôle se sentaient plus envahies par ce qui se passait à l'intérieur d'elles-mêmes. Très tôt, elles ont éprouvé le besoin d'une réassurance et, spontanément, elles se sont tournées alors vers la technologie. Leurs témoignages démontrent le paradoxe entre leur désir de ne rien manquer de ce que la technologie peut leur apporter durant la grossesse et en même temps, leur volonté de ne pas induire quelque chose d'invasif pour leur bébé ou elles-mêmes. Elles y recourent généralement sans en mesurer les répercussions. Lorsqu'elles s'abandonnent à la technologie et aux experts, elles se retrouvent dans certains cas, confrontées à des choix difficiles qu'elles n'avaient pas anticipés et qui sont générés par les résultats des tests ou examens. Le rapport à la technologie est complexe, parfois ambigu ou contradictoire. Durant la grossesse, même les femmes souhaitant une approche non médicalisée ont eu recours aux tests qu'elles jugeaient non invasifs, par curiosité et pour se rassurer, ce qui ne se révèle pas toujours le cas. Leur attitude envers la technologie lors de l'accouchement a été plus réservée, comme l'avaient aussi observé Macdonald (2001; 2011) et Kornelsen (2005) chez d'autres Canadiennes.

La notion de risque que Burton-Jeangros (2011) a décrite comme étant devenu une caractéristique centrale de l'expérience de grossesse s'est révélée omniprésente pour toutes nos participantes. La logique du risque occupe une place prégnante dans leurs propos, qu'elles veuillent le contrer en privilégiant un recours illimité aux divers tests et examens proposés ou ne pas adhérer aux peurs qu'il suscite en favorisant leur usage judicieux. Parmi ces dernières, des femmes se préoccupaient davantage des questions de quantification statistiques contrairement à ce qui avait été rapporté par Petersen & Wilkinson (2008). La signification morale du risque était aussi présente pour elles, mais elles avaient choisi de l'assumer d'où l'importance qu'elles accordaient à mieux l'évaluer.

Fait biologique, mais aussi social et culturel, l'expérience d'accouchement se dessine durant la grossesse, mais aussi bien avant. Celle-ci se construit déjà en amont, influencée par la culture médicale omniprésente dans les sociétés occidentales et notamment par les médias qui véhiculent une vision dramatique de situations problématiques. Aussi, un bon nombre de participantes choisissaient de donner naissance dans des environnements médicalisés, même si elles souhaitaient un accouchement naturel ou sans intervention. Franklin (2014) évoquait

d'ailleurs à ce propos les nouvelles normes sociales, comme étant à la source de grands sentiments d'ambivalence chez les femmes qui souhaitent opter pour des méthodes alternatives ou utiliser les services de sages-femmes. Chez nos répondantes, les valeurs familiales autour de la naissance influençaient inévitablement le type et le lieu d'accouchement. Il s'est avéré que l'histoire de sa propre naissance et le vécu de leur mère ou ses opinions ont joué un grand rôle, tout autant sinon plus que ne l'avaient observé les sociologues américaines Dear-Healy (2011) et Moore (2013). Les représentations ainsi acquises se précisaient souvent en cours de grossesse ou se transformaient parfois au cours de leur parcours. L'accès à de nouvelles informations ou les tensions vécues à la survenue d'évènements suscitaient des réflexions d'où pouvaient émerger de nouvelles représentations. Ces expériences conduisaient parfois certaines femmes à interpréter les évènements pour leur donner un sens conforme à leurs valeurs et en amenaient plusieurs à souhaiter que leurs espoirs puissent se réaliser lors d'une prochaine grossesse.

En début de grossesse, les participantes se représentaient trois types d'accouchements : naturel, avec péridurale ou césarienne, ce qui montre que pour elles, la péridurale induit en soi une différence contrairement à ce qui avait été observé chez des Américaines par Burbaker & Dillaway (2008). Cette définition illustre également que l'accouchement signifie pour elles davantage que la voie vaginale, terme utilisé par certains professionnels, tout en faisant de la césarienne une catégorie à part.

Au cours de la grossesse, trois profils se sont dessinés parmi les femmes rencontrées : celles qui souhaitaient laisser l'accouchement se dérouler naturellement, celles qui pensaient qu'un accouchement devrait pouvoir se faire naturellement, mais qui doutaient de leurs capacités, et quelques-unes pour qui la péridurale apparaissait comme étant « la solution ». Finalement, en fin de grossesse, toutes souhaitaient accoucher avec un minimum de technologie.

Les résultats montrent que des femmes abordent l'accouchement en étant confiantes en elles, ou en la nature, alors que d'autres doutent d'elles-mêmes et de leurs capacités à savoir donner naissance avec leur ressenti. Ceci constitue le déterminant radical au désir d'autonomie dans leur expérience et tisse leur rapport au pouvoir biomédical, pouvoir qui selon Foucault (1980) est diffus et imperceptible pour la plupart des acteurs sociaux. Les femmes qui ont vécu un

accouchement naturel sont celles qui avaient confiance en leurs capacités et dans le processus naturel. Dès le départ, elles vont vers des intervenants reconnus capables de les informer et de les soutenir dans ce qu'elles anticipent devoir faire elles-mêmes pour accoucher. Elles considèrent la technologie comme un support, non pas comme une solution, contrairement à celles qui se sentent impuissantes et voient l'accouchement comme un événement hors de leur contrôle. Elles utilisent les technologies durant la grossesse pour en savoir plus, mais elles ont plus confiance dans leurs capacités personnelles à mettre un enfant au monde en respectant le processus physiologique de la naissance. Ces femmes valorisent le côté humain et instinctif, qui au-delà de l'intellect, agira le moment venu. Cette attitude leur donne un pouvoir sur ce qu'il y a à faire, tandis que les autres comptent sur des experts pour traverser une épreuve qu'elles ont fatalement à subir. Ces dernières étaient surtout suivies par un gynécologue-obstétricien. Paradoxalement, les femmes souhaitant accoucher à l'hôpital craignaient de se voir imposer des positions ou des interventions.

Le rapport au corps et à la douleur s'inscrit dans cette dualité. Les notions d'objectivation de subjectivation de la douleur (Williams & Bendelow, 1998) conditionnaient l'attitude entre demeurer passive ou jouer un rôle actif dans son accouchement. Ces représentations conduisent à deux types d'abandon. Les femmes convaincues que leur physiologie leur permet de mettre au monde leur enfant de manière naturelle arrivent à transcender les peurs et la douleur pour s'abandonner au travail en cours. C'est souvent à ce moment que les contractions deviennent plus importantes et qu'elles enfantent. Tant qu'elles sont stressées, qu'elles sont dans un milieu envahissant, apeurant, elles n'y parviennent pas. Se sentant ignorantes devant les arguments ou les recommandations de l'expert, les autres moins confiantes en elles acceptent de le suivre dans une démarche qui utilise un savoir biomédical, dit prouvé scientifiquement, mais qui ne respecte pas nécessairement les étapes et les contraintes du processus naturel. À ce moment, les participantes à l'étude abandonnaient leur capacité d'intervenir dans la naissance de leur enfant, en se disant : « il sait, je vais le laisser aller ». Celles qui avaient le désir d'accoucher par elles-mêmes, mais qui évoluaient dans un environnement plus technologique, en venaient, à un certain moment à perdre le contrôle de ce qu'elles voulaient profondément. Cependant, elles essayaient de préserver leur accouchement. Quelques-unes y sont parvenues, du moins en partie, mais en faisant preuve d'une volonté indéfectible. Par la suite, elles intégraient leur expérience

en misant sur ce qu'elles avaient réussi à conserver de leur rêve et lui donnaient un sens. La douleur est une expérience complexe. Un état de centration s'installe souvent, pouvant conduire à un autre état de conscience. La femme qui se sent en contrôle trouve la douleur supportable, alors que la péridurale ne peut suffire à elle seule à éliminer la souffrance psychologique. Les participantes obligées d'avoir une césarienne, bien que déçues, l'acceptaient plus facilement si elles avaient eu le sentiment d'avoir tout essayé ce qui était possible dans les circonstances pour l'éviter, et conservaient la confiance en leurs capacités. En ce sens, Annie déçue de la césarienne n'avait aucun regret d'avoir vécu le travail, car elle y avait découvert sa force intérieure.

Dans les faits, la médicalisation de l'accouchement avec son cortège d'interventions reste bien présente pareillement à ce qu'ont démontré les sociologues Brubaker et Dillaway (2009) ainsi que Conrad et Waggoner (2014). Notre étude amène à constater que les frontières entre un accouchement naturel et médicalisé sont poreuses pour les femmes qui accouchent avec un médecin en centre hospitalier, et rares sont les participantes qui ont accouché sans aucune intervention même lorsqu'elles n'avaient pas de péridurale. Par ailleurs, celles qui y sont parvenues avaient en commun d'occuper des postes de décision ou de jouir d'une grande autonomie professionnelle. Peut-être leur était-il plus facile de faire valoir leurs besoins ou leur statut social suscitait-il chez les intervenants une plus grande considération? Par ailleurs, les résultats de l'étude démontrent que la péridurale induit en soi un contexte particulier de dépendance à la technologie et une subordination à l'autorité médicale, laquelle s'exerçait différemment selon le statut social, ou les valeurs présumées des femmes. Par ailleurs, en contexte d'accouchement, les femmes ont déploré leur manque de connaissances médicales qui les faisaient se sentir en position d'infériorité devant les professionnels reconnus comme experts. Certaines redoutaient même les conséquences pour leur bébé si elles osaient s'opposer aux professionnels et choisissaient de faire confiance. D'autre part, les résultats indiquent que les femmes ont bien intégré la préoccupation sociétale à l'égard du risque (Beck, 1992; Cahill, 2001) et la croyance que les résultats défavorables peuvent être évités grâce à la surveillance de la grossesse. Obtenir un suivi le plus rapidement possible et avoir recours aux tests auxquels elles s'attendaient d'ailleurs, constituaient une priorité pour les participantes, et ce pour mettre de leur côté les meilleures chances possibles.

Les témoignages des participantes et la littérature (Tully & Ball, 2013; Wendland, 2007) nous permettent de constater que les savoirs biomédicaux sont construits de telle manière que les connaissances alternatives sont souvent ignorées. Nous devrions être capable, maintenant, de pouvoir créer une alliance avec les nouvelles connaissances scientifiques, et ce qu'il y a de fondamental, dans les autres formes de savoirs, incluant le ressenti des femmes qui sont les premières impliquées. Nous aurions peut-être un savoir plus riche qui tiendrait compte de différentes variables et utiliserait des technologies à bon escient. Ne pas tenir compte des variables dans le déroulement des processus humains est un problème. Ainsi, dans la pensée obstétricale, le travail doit se dérouler en suivant une certaine courbe afin d'être considéré comme normal (Fréchette, 2015). Pourtant, notre étude permet de constater qu'il y a énormément de variation individuelle. À plusieurs reprises, des participantes nous ont parlé « du rythme » qu'elles sentaient approprié, pour elles et leur bébé. Toutefois, le système hospitalier n'est pas organisé pour s'ajuster au rythme individuel de l'accouchement. Les soins de santé sont entrés dans des processus calculateurs auxquels la technologie répond. De plus, la science a beaucoup de difficulté à reconnaître la capacité humaine donc, à admettre ce qui est plus difficilement mesurable. En fait, l'application de la technologie de manière systématique est problématique, génère des modifications dans les processus naturels et en fait perdre les fonctions réelles qui, au départ, étaient de régler des problèmes. Bien que certaines interventions, comme la césarienne, permettent parfois de sauver des vies et constituent un progrès technologique important, l'usage répandu de la technologie auprès de toutes les femmes devrait nous interpeller, d'autant plus qu'au XXI^e siècle, nous sommes plus en mesure de questionner l'ensemble des risques, non seulement d'un point de vue médical, mais aussi sur le plan de l'expérience humaine dans sa globalité. Les récentes études (Buckley, 2015) tendent à démontrer les bénéfices de respecter le processus physiologique de l'accouchement. Le perturber contribue à créer des effets iatrogéniques (Campo, 2010).

La sociologie des émotions montre que, pour la prise de décisions, les technologies médicales créent de nouveaux contextes qui sont encadrés par des « *feeling rules* ». Ces règles guident non seulement le comportement, mais la façon dont on croit que l'on doit se sentir, ce qui provoque chez la personne le désir de conformer ses sentiments authentiques à sa perception des règles. Comme une grande partie de ce débat intérieur est inconscient, on retrouve des sentiments

souvent discordants qui laissent la personne aux prises avec des émotions non résolues (McCoyd, 2009). Tous ces aspects sont pourtant encore délaissés à la faveur d'un engouement pour la technologie comme icône du progrès. La médecine fondée sur les preuves peut avoir des impacts positifs, mais ce n'est pas « le parangon universel des réponses impartiales » puisqu'elle est soumise à de puissants discours sociaux, tels que le rationalisme scientifique et technologique (Newnham *et al.*, 2016).

Par ailleurs, cette recherche permet de constater l'ambivalence des femmes. Elles ne savent pas trop ce qui se passe en elles et craignent ce qui pourrait leur arriver. Elles s'interrogent entre l'usage de la technologie et laisser place au processus naturel, même si, lors de leur accouchement, elles se retrouvent dans l'un ou l'autre de ces pôles, dépendant des circonstances ou de leur volonté. Elles se situent davantage sur un continuum entre les deux plutôt qu'en opposition franche. Rien n'est noir ou blanc. Le conscient et l'inconscient agissent, tel un ruban de Möbius, pour permettre à l'individu de donner un sens à son expérience (Elkaïm, 2014). Pour agir au mieux à l'égard des femmes et des nouveau-nés, ces zones de variabilité nous invitent à considérer l'importance de mettre en œuvre une pensée conjonctive alliant des savoirs issus de différentes disciplines à ceux issus de la technologie.

D'un côté, prendre en charge médicalement la grossesse et l'accouchement conduit à un interventionnisme grandissant au fur et à mesure que s'ajoutent de nouvelles découvertes scientifiques doublées d'une gestion centrée sur la performance. Il ne faudrait pas perdre de vue qu'intervenir sur le processus physiologique de la naissance a des conséquences immédiates, privant même la mère ou le nouveau-né de certains avantages, et peut avoir des conséquences pour l'espèce humaine elle-même comme tendent à le montrer les nouvelles connaissances en épigénétique (Le Dantec *et al.*, 2015). De plus, l'intervention médicale met de la distance, et conduit à un désengagement de l'activité signifiante d'accoucher qui devient alors intégrée technologiquement (Kornelsen, 2005). Une des conséquences directes de cet enfermement est la perte de confiance des femmes dans leurs capacités à mettre au monde leur enfant. D'un autre côté, dans notre étude, l'expérience positive d'accouchement est associée à « avoir eu de la chance » et ces femmes éprouvent un malaise à la partager, laissant ainsi croire qu'un accouchement sans problèmes ne peut exister. Bien qu'en rétrospective des femmes affirment

qu'elles se feraient davantage confiance, elles doivent, pour le faire, en arriver à déconstruire la conviction que les interventions ou les intervenants agissent toujours dans leur meilleur intérêt. Ceci crée des tensions et joue sur la relation de confiance, comme l'ont vécu certaines de nos participantes.

L'ère de la biotechnologie influence les manières de penser et transforme les faits de la vie. Ainsi l'infertilité apparaît maintenant en toile de fond de l'expérience ordinaire ce qui nous rapproche de ce que l'anthropologue Ivry (2015) décrit comme la perception de la conception spontanée imaginée comme si elle devait avoir lieu dans une boîte de Pétri. De même la curiosité de savoir amène l'adhésion à de nouveaux tests alors que les programmes gouvernementaux apparaissent comme la norme à respecter plutôt qu'un choix devenu accessible, ce qui rejoint d'autres études qui suggèrent qu'une grossesse réussie ne peut l'être sans la technologie (Franklin, 2013).

Aussi nos résultats indiquent que le vécu familial a une incidence importante sur les représentations et le mode d'accouchement. Comme près des trois quarts des femmes reçoivent une péridurale et qu'une sur quatre donne maintenant naissance par césarienne, comment peut-il demeurer possible de penser l'accouchement autrement? En fait, les femmes sont mises en contact avec un vécu de la naissance de plus en plus médicalisé. Alors que les femmes n'ont aujourd'hui qu'un ou deux enfants, le chemin est toujours à recommencer puisque cela demeure toujours leur première expérience. Comme société, il est urgent de se questionner et d'agir pour ne pas oublier le côté humain et naturel de la naissance.

Cette recherche a permis d'apporter une meilleure compréhension du vécu contemporain des femmes enceintes québécoises et de découvrir de nouveaux enjeux liés à cette expérience. Toutefois, une quête de sens implique des entretiens en profondeur et une analyse très fine. Pour ce faire, il a fallu limiter le nombre de femmes rencontrées d'autant plus que l'approche longitudinale nous amenait à rencontrer chacune d'elles à trois reprises. Or, les résultats obtenus nous invitent à poursuivre ces travaux en utilisant d'autres méthodologies de recherche avec un plus grand nombre de femmes ou avec des femmes multipares. Cela pourrait aussi permettre d'approfondir certains aspects de l'expérience de l'enfantement dans différents contextes.

Références

- ABRAM, Ann. (2008). *Motherhood as a transformative experience for first-time mothers* (Thèse de doctorat inédite). Social Work, New York University School of Social Work, New York.
- ABRIC, Jean-Claude. (2003). L'étude expérimentale des représentations sociales. Dans Denise JODELET (Éd.), *Les représentations sociales* (7^e éd., pp. 205-223). Paris : Presses universitaires de France.
- ACSF (ASSOCIATION CANADIENNE DES SAGES-FEMMES). (2010). *Énoncé de principe: Pratique sage-femme et accouchement normal*. Repéré à http://www.canadianmidwives.org/DATA/DOCUMENT/CAM_FR_Midwifery_Care_Normal_Birth_FINAL_Nov_2010.pdf
- AKRICH, Madeleine, & PASVEER, Bernike. (2004). Embodiment and disembodiment in childbirth narratives. *Body & Society, 10*(2-3), 63-84.
- ALLARD, Marie. (2014, 16 juin). Infertilité : Les laissés pour compte de la procréation, *La Presse*. Repéré à <http://www.lapresse.ca/vivre/famille/201406/16/01-4776214-les-laissees-pour-compte-de-la-procreation.php>
- ALLUÉ, Marta. (1999). La douleur en direct. *Anthropologie et sociétés, 23*(2), 117-137.
- ALVESSON, Mats, & SKÖLDBERG, Kaj. (2012). *Reflexive methodology: New vistas for qualitative research* (2^e éd.). London: Sage Publications
- ANIM-SOMUAH, Millicent, SMYTH, Rebecca M, & JONES, Leanne. (2011). Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 12*(CD000331).
- ARMSTRONG, Elizabeth M. (2003). *Conceiving risk, bearing responsibility: Fetal alcohol syndrome & the diagnosis of moral disorder*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- ÅSENHED, Liselotte, KILSTAM, Jennie, ALEHAGEN, Siw, & BAGGENS, Christina. (2013). Becoming a father is an emotional roller coaster—an analysis of first-time fathers' blogs. *Journal of Clinical Nursing, 23*(9-10), 1309-1317.
- ASPC (AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA). (2009). *Ce que disent les mères: L'enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*. Ottawa: Agence de santé publique du Canada.
- ASPQ (ASSOCIATION POUR LA SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC). (1980). *Accoucher ou se faire accoucher*. Montréal: Association pour la santé publique du Québec.
- ASPQ (ASSOCIATION POUR LA SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC). (2014). *La stigmatisation à l'égard du poids et ses conséquences sur la santé mentale des jeunes: Un obstacle à l'adoption de saines habitudes de vie*. Montréal: Association pour la santé publique du Québec.
- AVERY, Melissa D, SAFTNER, Melissa A, LARSON, Bridget, & WEINFURTER, Elizabeth V. (2014). A systematic review of maternal confidence for physiologic birth: Characteristics of prenatal care and confidence measurement. *Journal of Midwifery & Women's Health, 59*(6), 586-595.
- AYERS, Susan, BOND, Rod, BERTULLIES, Sophia, & WIJMA, Klaas. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: A meta-analysis and theoretical framework. *Psychological medicine, 46*(06), 1121-1134.
- BAILLARGEON, Denyse. (2004). *Un Québec en mal d'enfants: La médicalisation de la maternité, 1910-1970*. Montréal, QC: Éditions du remue-ménage.
- BAKER, Marleen, MIRON, Jean Marie, & DE MONTIGNY, Francine. (2009). Entre la sage-femme et le père, des espaces coconstruits: Étude exploratoire. *Enfances, Familles, Générations, 11*, 64-79.

- BARKER, Kristin K. (1998). A ship upon a stormy sea: The medicalization of pregnancy. *Social Science & Medicine*, 47(8), 1067-1076.
- BECK, Ulrich. (1992). *Risk society: Towards a new modernity*. London: Sage Publications.
- BECK, Ulrich. (2008). *La société du risque: Sur la voie d'une autre modernité*. Paris : Flammarion.
- BECKER, Gay. (2000). Espoir à vendre: Commercialisation et consommation de techniques d'assistance médicale à la procréation aux états-unis. *Sciences sociales et santé*, 18(4), 105-126.
- BECKETT, Katherine. (2005). Choosing cesarean: Feminism and the politics of childbirth in the United States. *Feminist Theory*, 6(3), 251-275.
- BEHAGUE, Dominique P. (2002). Beyond the simple economics of cesarean section birthing: Women's resistance to social inequality. *Culture, Medicine And Psychiatry*, 26(4), 473-507.
- BÉLANGER, Gérard. (2005). *L'économie de la santé et l'état providence*. Montréal: Les Éditions Varia.
- BENOIST, Jocelyn. (1995). La subjectivité. Dans Denis KAMBOUCHNER (Éd.), *Notions de philosophie ii*. (pp. 501-561). Paris: Gallimard
- BENOIT, Cecilia, ZADOROZNYJ, Maria, HALLGRIMSDOTTIR, Helga, TRELOAR, Adrienne, & TAYLOR, Kara. (2010). Medical dominance and neoliberalisation in maternal care provision: The evidence from Canada and Australia. *Social Science & Medicine* (1982), 71(3), 475-481.
- BERTAUX, Daniel (2010). *L'enquête et ses méthodes : Le récit de vie*. Paris : Armand Colin.
- BESSETT, Danielle. (2010). Negotiating normalization: The perils of producing pregnancy symptoms in prenatal care. *Social Science & Medicine*, 71(2), 370-377.
- BIBEAU, Gilles. (2004). *Le Québec transgénique: Science, marché, humanité*. Montréal: Boréal.
- BIDART, Claire. (2005). Les temps de la vie et les cheminements vers l'âge adulte. *Lien social et Politiques*, 54, 51-63.
- BIEHL, João Guilherme, GOOD, Byron, & KLEINMAN, Arthur. (2007). *Subjectivity: Ethnographic investigations* (Vol. 7). Berkeley, CA: University of California Press.
- BLAIS, Régis, JOUBERT, Pierre, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, & ÉQUIPE D'ÉVALUATION DES PROJETS-PILOTES SAGES-FEMMES. (1997). *Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec- rapport final présenté au conseil d'évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec*. Montréal: Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, Université Laval.
- BOIVIN, Jacky, BUNTING, Laura, COLLINS, John A, & NYGREN, Karl G. (2009). Reply: International estimates on infertility prevalence and treatment seeking: Potential need and demand for medical care. *Human Reproduction*, 24(9), 2380-2383.
- BORQUEZ, Heather A., & WIEGERS, Therese A. (2006). A comparison of labour and birth experiences of women delivering in a birthing centre and at home in the Netherlands. *Midwifery*, 22(4), 339-347.
- BOURDIEU, Pierre. (1979). *La distinction: Critique sociale du jugement*. Paris : Éditions de minuit.
- BOURDIEU, Pierre. (2000). *Esquisse d'une théorie de la pratique*. Paris : Seuil.

- BOURGEAULT, Ivy Lynn, DECLERCQ, Eugene, SANDALL, Jane, WREDE, Sirpa, VANSTONE, Meredith, VAN TEIJLINGEN, Edwin, ... BENOIT, Cecilia. (2008). Too posh to push? Comparative perspectives on maternal request caesarean sections in Canada, the us, the UK and Finland. *Advances in Medical Sociology: Patients, Consumers and Civil Society*, 10, 99-123.
- BOUVIER, Pierre. (2000). *La socio-anthropologie*. Paris : Armand Colin.
- BRABANT, Isabelle. (2013). *Une naissance heureuse: Bien vivre sa grossesse et son accouchement*. Anjou, QC: Éditions Fides.
- BRAUER, Susanne. (2016). Moral implications of obstetric technologies for pregnancy and motherhood. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 19(1), 45-54.
- BROWNER, Carole H., & PRESS, Nancy. (1996). The production of authoritative knowledge in American prenatal care. *Medical Anthropology Quarterly*, 10(2), 141-156.
- BRUBAKER, Sarah Jane, & DILLAWAY, Heather E. (2008). Re-examining the meanings of childbirth: Beyond gender and the “natural” versus “medical” dichotomy. *Advances in Gender Research*, 12, 217-244.
- BRUBAKER, Sarah Jane, & DILLAWAY, Heather E. (2009). Medicalization, natural childbirth and birthing experiences. *Sociology Compass*, 3(1), 31-48.
- BRYANTON, Janet, GAGNON, Anita J., JOHNSTON, Celeste, & HATEM, Marie. (2008). Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing: Clinical Scholarship for the Care of Women, Childbearing Families, & Newborns*, 37(1), 24-34.
- BUCHBINDER, Mara, & TIMMERMANS, Stefan. (2011). Medical technologies and the dream of the perfect newborn. *Medical Anthropology*, 30(1), 56-80.
- BUCKLEY, Sarah J (2003). Undisturbed birth: Nature's blueprint for ease and ecstasy. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 17(4), 261-288.
- BUCKLEY, Sarah J. (2015). *Hormonal physiology of childbearing: Evidence and implications for women, babies, and maternity care*. Childbirth Connection. Repéré à <http://www.nationalpartnership.org/research-library/maternal-health/hormonal-physiology-of-childbearing.pdf>
- BURTON-JEANGROS, Claudine, & HAMMER, Raphaël. (2013). Recherche d'informations sur internet: Quels sont les usages des femmes enceintes? *Revue médicale suisse*, 9, 895-897.
- BURTON-JEANGROS, Claudine, CAVALLI, Samuele, GOUILHERS, Solene, & HAMMER, Raphael. (2013). Between tolerable uncertainty and unacceptable risks: How health professionals and pregnant women think about the probabilities generated by prenatal screening. *Health, Risk & Society*, 15(2), 144-161.
- BURTON-JEANGROS, Claudine, HAMMER, Raphaël, & MAFFI, Irène. (2014). Pratiques professionnelles et contextes institutionnels autour de la naissance. Dans Claudine BURTON-JEANGROS, Raphaël HAMMER & Irène MAFFI (Éds.), *Accompagner la naissance : Terrains socio-anthropologiques en suisse romande* (pp. 5-30). Lausanne: BSN Press.
- BURTON-JEANGROS, Claudine. (2010). Les femmes enceintes confrontées à l'information et aux risques. Dans Dominique MANAÏ, Claudine BURTON-JEANGROS & Bernice ELGER (Éds.), *Risques et informations dans le suivi de la grossesse: Droit, éthique et pratiques sociales* (pp. 177-212). Bruxelles: Bruylant.

- BURTON-JEANGROS, Claudine. (2011). Surveillance of risks in everyday life: The agency of pregnant women and its limitations. *Social Theory and Health*, 9(4), 419-436.
- BUSHNIK, Tracey, COOK, Jocelynn L, YUZPE, A. Albert, TOUGH, Suzanne, & COLLINS, John. (2012). Estimating the prevalence of infertility in Canada. *Human Reproduction*, 27(3), 738-746.
- BYDLOWSKI, Monique. (2004). Transparence psychique de la grossesse et dette de vie. Dans Michel DUGNAT (Éd.), *Devenir père, devenir mère* (pp. 73-81). Toulouse: Éditions Érès.
- CADORETTE, Marlène. (2006). *Le consentement libre et éclairé de la parturiente en droit québécois: L'accouchement comme contexte d'évitement du respect de l'autonomie* (Thèse de doctorat inédite). Faculté de droit, Université Laval, Québec, QC.
- CAHILL, Heather A. (2001). Male appropriation and medicalization of childbirth: An historical analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 33(3), 334-342.
- CAILLEAU, Françoise. (2009). Percer le secret de la grossesse: De la transparence du corps à la transparence psychique. *Cahiers de psychologie clinique*, 1, 75-87.
- CAMPO, Monica. (2010). Trust, power and agency in childbirth: Women's relationships with obstetricians. *Outskirts*, 22. <http://www.outskirts.arts.uwa.edu.au/volumes/volume-22/campo>
- CARRICABURU, Danièle. (2005). De la gestion technique du risque à celle du travail: L'accouchement en hôpital public. *Sociologie du travail*, 47(2), 245-262.
- CARTER, Betty, MCGOLDRICK, Monica, & PETKOV, Barbara. (2011). Becoming parents: The family with young children. Dans Monica MCGOLDRICK, Betty CARTER & Nydia GARCIA-PRETO (Éds.), *Individual, family, and social perspectives: The expanded family life cycle* (pp. 211-225). Boston: Pearson.
- CARTER, Shannon K. (2010). Beyond control: Body and self in women's childbearing narratives. *Sociology of Health and Illness*, 32(7), 993-1009.
- CESBRON, Paul, & KNIBIEHLER, Yvonne. (2004). *La naissance en occident*. Paris : Editions Albin Michel.
- CHAN, Karen KL, & PATERSON-BROWN, Sara. (2002). How do fathers feel after accompanying their partners in labour and delivery? *Journal of Obstetrics & Gynecology*, 22(1), 11-15.
- CHARLOT, Bernard. (1997). *Du rapport au savoir : Éléments pour une théorie*. Paris : Anthropos.
- CHARRIER, Philippe, & CLAVANDIER, Gaëlle. (2013). *Sociologie de la naissance*. Paris : Armand Colin.
- CHERNIAK, Donna, & FISHER, Jane. (2008). Explaining obstetric interventionism: Technical skills, common conceptualisations, or collective countertransference? *Women's Studies International Forum*, 31(4), 270-277.
- CHEYNEY, Melissa J. (2008). Homebirth as systems-challenging praxis: Knowledge, power, and intimacy in the birthplace. *Qualitative Health Research*, 18(2), 254-267.
- CHEYNEY, Melissa. (2011). Reinscribing the birthing body: Homebirth as ritual performance. *Medical Anthropology Quarterly*, 25(4), 519-542.
- CHILDERHOSE, Janet E., & MACDONALD, Margaret E. (2013). Health consumption as work: The home pregnancy test as a domesticated health tool. *Social Science & Medicine*, 86, 1-8.

- CHISHOLM, Jennifer. (2011). For keeps-sake: The fetal image industry and the prenatal commodity. *International Journal of the Image*, 1(3), 175-186.
- CHISHOLM, Jennifer. (2015). *For keeps-sake: Women's experiences with elective prenatal ultrasound imaging in Canada* (Thèse de doctorat inédite). Women's Studies and Feminist Research, The University of Western Ontario, London, ON.
- CHITAYAT, David, LANGLOIS, Sylvie, WILSON, R Douglas, AUDIBERT, François, BLIGHT, Claire, BROCK, Jo-Ann, ... GAGNON, Alain. (2011). Prenatal screening for fetal aneuploidy in singleton pregnancies. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 33(7), 736-750.
- CHRISTIAENS, Wendy, & BRACKE, Piet. (2007). Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 7(1), 26.
- CHRISTIAENS, Wendy, & BRACKE, Piet. (2009). Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands. *Midwifery*, 25(2), e11-e19.
- CHRISTIAENS, Wendy, VAN DE VELDE, Sarah, & BRACKE, Piet. (2011). Pregnant women's fear of childbirth in midwife- and obstetrician-led care in Belgium and the Netherlands: Test of the medicalization hypothesis. *Women & Health*, 51(3), 220-239.
- CLARKE, Adele E, FISHMAN, Jennifer R, FOSKET, Jennifer Ruth, MAMO, Laura, & SHIM, Janet K. (2000). Technosciences et nouvelle biomédicalisation: Racines occidentales, rhizomes mondiaux. *Sciences sociales et santé*, 18(2), 11-42.
- CLARKE, Adele E, SHIM, Janet K, MAMO, Laura, FOSKET, Jennifer Ruth, & FISHMAN, Jennifer R. (2003). Biomedicalization: Technoscientific transformations of health, illness, and us biomedicine. *American Sociological Review*, 68(2), 161-194.
- CLAUSEN, Jette Aaroe. (2014). Childbirth practices. Dans William C. COCKERHAM, Robert DINGWALL & Stella R. QUAH (Éds.), *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society* (pp. 232–240). Malden, MA: Wiley-Blackwell.
- CLAVANDIER, Gaëlle, & CHARRIER, Philippe. (2015). La naissance en mutation, un enjeu pour la sociologie? *Recherches familiales*, 1, 165-174.
- CLEMENT, Sarah, WILSON, Jennifer, & SIKORSKI, Jim. (1998). Women's experiences of antenatal ultrasound scans. Dans Sarah CLEMENT (Éd.), *Psychological perspectives on pregnancy and childbirth* (pp. 7-25). Edinburgh, UK: Churchill Livingstone.
- CLINIQUE OVO. (2016). *Techniques de procréation assistée. Fécondation in vitro (fiv)*. Repéré à <http://www.cliniqueovo.com/fertilite/traitements-et-services/techniques-de-procreation-assistee/>
- COHEN, Sheila E. (1999). Labor epidural analgesia: Back to the dark ages or a potential win-win situation. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 8(4), 223-225.
- CONEIN, Bernard. (2005). Interactionnisme symbolique. Dans Massimo BORLANDI, Raymond BOUDON, Mohamed CHERKAoui & Bernard VALADE (Éds.), *Dictionnaire de la pensée sociologique* (pp. 369-370). Paris : Presses universitaires de France.
- CONRAD, Peter, & WAGGONER, Miranda. (2014). Medicalization *The Wiley Blackwell encyclopedia of health, illness, behavior, and society* (pp. 1448–1452). Malden. MA: Wiley-Blackwell
- CONRAD, Peter. (1995). Médicalisation et contrôle social. Dans Louise BOUCHARD & David COHEN (Éds.), *Actes du 62e congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences*, (pp. 9-32). Montréal, QC: ACFAS.

- CORAMH (CORPORATION DE RECHERCHE ET D'ACTION SUR LES MALADIES HÉRÉDITAIRES). (2016). *Offre de tests génétiques au Saguenay-lac-st-jean*. Repéré à <http://genetique.santesaglac.com/>
- COSANS, Chris. (2004). The meaning of natural childbirth. *Perspectives in Biology and Medicine*, 47(2), 266-272.
- COULON, Alain. (2009). Interactionnisme symbolique. Dans Alex MUCCHIELLI (Éd.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines* (pp. 120-122). Paris : Armand Colin.
- CPS (ASSOCIATION DES PHARMACIENS DU CANADA). (2015). *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques*. Repéré à <https://www-e-therapeutics-ca.biblioproxy.uqtr.ca/search>
- CREEDY, Debra K, SHOCHET, Ian M, & HORSFALL, Jan. (2000). Childbirth and the development of acute trauma symptoms: Incidence and contributing factors. *Birth*, 27(2), 104-111.
- CROWTHER, Susan, SMYTHE, Liz, & SPENCE, Deb. (2014). Mood and birth experience. *Women and Birth*, 27(1), 21-25.
- CSBE (LE COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE). (2014). *Avis synthèse sur les activités de procréation assistée au Québec*. Gouvernement du Québec. Repéré à http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2014/Procreation_assistee/CSBE_PA_Synthese_2014.pdf
- CSST (COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL DU QUÉBEC). (2016). *Pour une maternité sans danger, statistiques 2011-2014*. Repéré à <http://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/300/Documents/DC300-254web.pdf>
- CURRIE, Janet. (2010). *Grossesse et antidépresseurs ISRS: Considérations et risques*. Le Réseau canadien pour la santé des femmes. Repéré à <http://www.cwhn.ca/fr/node/42354>
- CYRULNIK, Boris. (2001). *Les vilains petits canards*. Paris : O. Jacob.
- DARVILL, Ruth, SKIRTON, Heather, & FARRAND, Paul. (2010). Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: A qualitative study of the transition. *Midwifery*, 26(3), 357-366.
- DAVIS-FLOYD, Robbie E, & SARGENT, Carolyn. (1997). *Childbirth and authoritative knowledge: Cross-cultural perspectives*. Berkeley, CA: University of California Press.
- DAVIS-FLOYD, Robbie E. (1994). The technocratic body: American childbirth as cultural expression. *Social Science & Medicine*, 38(8), 1125-1140.
- DAVIS-FLOYD, Robbie E. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75(Supplement 1), S5-S23.
- DAVIS-FLOYD, Robbie E. (2003). *Birth as an American rite of passage* (2^e éd.). Berkeley, CA: University of California Press.
- DAVIS-FLOYD, Robbie E., BARCLAY, Lesley, DAVISS, Betty-Anne, & TRITTEN, Jan. (2009). Conclusion. Dans Robbie E. DAVIS-FLOYD, Lesley BARCLAY, Betty-Anne DAVISS & Jan TRITTEN (Éds.), *Birth models that work* (pp. 441-462). Berkeley, CA: University of California Press.
- DAVUDSDÓTTIR, Rosana. (2012). *Anthropology of childbirth. Cross-cultural approach*. Repéré à <http://hdl.handle.net/1946/11098>
- DE GASQUET, Bernadette. (2009). *Bien-être et maternité*. Paris : Albin Michel.

- DE KONINCK, Maria. (1988). *Femmes, enfantement et changement social: Le cas de la césarienne* (Thèse de doctorat inédite). Faculté des sciences sociales, Université Laval, Québec, QC.
- DE KONINCK, Maria. (1995). La gestion biomédicale du corps des femmes: Un progrès ? Dans David COHEN & Louise BOUCHARD (Éds.), *Médicalisation et contrôle social* (pp. 33-42). Montréal, QC: ACFAS.
- DE MONTIGNY, Francine, & GERVAIS, Christine. (2012). Le modèle d'intervention familiale participative en période périnatale. Dans Francine DE MONTIGNY, Annie DEVAULT & Christine GERVAIS (Éds.), *La naissance de la famille: Accompagner les parents et les enfants en période périnatale* (pp. 36-61). Montréal: Chenelière Éducation.
- DE MONTIGNY, Francine, GERVAIS, Christine, & TREMBLAY, Josée. (2015). L'expérience de pères québécois de la naissance de leur enfant. *Recherches familiales, 1*, 125-136.
- DE QUEIROZ, Jean-Manuel, & ZIOTKOWSKI, Marek. (1997). *L'interactionnisme symbolique*. Rennes: Presses universitaires de Rennes.
- DE ROOY, Casey. (2015). Epidural analgesia during labour: Friend or foe? A reflection on medicine, midwives and Miranda Kerr. *Australian Medical Student Journal*, 59-60. <http://www.amsj.org/archives/4512>
- DE SINGLY, François. (2010). *Sociologie de la famille contemporaine*. Paris : Armand Colin.
- DE SINGLY, François. (2016). *Libres ensemble : L'individualisme dans la vie commune* (2^e éd.). Paris : Armand Colin.
- DE VRIES, Raymond G. (2001). Midwifery in the Netherlands: Vestige or vanguard? *Medical Anthropology*, 20(4), 277-311.
- DE VRIES, Raymond G. (2004). The warp of evidence-based medicine: Lessons from Dutch maternity care. *International Journal of Health Services*, 34(4), 595-623.
- DE VRIES, Raymond G., & LEMMENS, Trudo. (2006). The social and cultural shaping of medical evidence: Case studies from pharmaceutical research and obstetric science. *Social Science & Medicine*, 62(11), 2694-2706.
- DEAR-HEALEY, Sally. (2011). *Like mother? Like daughter? An exploration of factors influencing the transition of beliefs, attitudes and behaviors from mothers to daughters about pregnancy, birth, and early mothering* (Thèse de doctorat inédite). Department of Sociology, Binghamton University, New-York.
- DECLERCQ, Eugene R, SAKALA, Carol, CORRY, Maureen P, & APPLEBAUM, Sandra. (2006). *Listening to mothers II: Report of the second national us survey of women's childbearing experiences*. Repéré à <https://pdfs.semanticscholar.org/f636/1601daf715f409ecdb9e1c487081a8657a8c.pdf>
- DECLERCQ, Eugene R, SAKALA, Carol, CORRY, Maureen P, APPLEBAUM, Sandra, & HERRLICH, Ariel. (2013). *Listening to mothers III: Pregnancy and birth*. Repéré à http://transform.childbirthconnection.org/wp-content/uploads/2013/06/LTM-III_Pregnancy-and-Birth.pdf
- DECLERCQ, Eugene, YOUNG, Robin, CABRAL, Howard, & ECKER, Jeffrey. (2011). Is a rising cesarean delivery rate inevitable? Trends in industrialized countries, 1987 to 2007. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 38(2), 99-104.
- DEPRAZ, Natalie. (2012). *Comprendre la phénoménologie: Une pratique concrète*. Paris : Armand Colin.

- DESAULNIERS, Marie-Paule. (2003). La naissance de la profession de sage-femme. Dans Georges A. LEGAULT (Éd.), *Crise d'identité professionnelle et professionnalisme* (pp. 127-153). Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- DESCARRIES, Francine, & CORBEIL, Chrisitne. (2002). La maternité au cœur des débats féministes. Dans Francine DESCARRIES & Christine CORBEIL (Éds.), *Espaces et temps de la maternité* (pp. 23-50). Montréal, QC: Éditions du remue-ménage.
- DESCHAMPS, Chantal. (1993). *L'approche phénoménologique en recherche: Comprendre en retournant au vécu de l'expérience humaine*. Montréal: Guérin.
- DESJARDINS, Sergine. (1993). *Médecins & sages-femmes: Les enjeux d'un débat qui n'en finit plus*. Montréal: Québec Amérique.
- DESLAURIERS, Jean-Martin, & VILLENEUVE, Raymond. (2012). La préparation prénatale: Accompagner les pères et les couples. Dans Francine DE MONTIGNY, Annie DEVAULT & Christine GERVAIS (Éds.), *La naissance de la famille: Accompagner les parents et les enfants en période périnatale* (pp. 198-217). Montréal: Chenelière Éducation.
- DESLAURIERS, Jean-Martin. (2002). L'évolution du rôle du père au Québec. *Intervention, 116*, 52-61.
- DESMARAIS, Danielle. (2010). L'approche biographique. Dans Benoit GAUTHIER (Éd.), *Recherche sociale: De la problématique à la collecte des données* (5e éd., pp. 361-389). Québec: Les Presses de l'Université du Québec.
- DETREZ, Christine. (2002). *La construction sociale du corps*. Paris : Seuil.
- DEVAULT, Annie, & DUBEAU, Diane. (2012). La transition à la paternité. Dans Francine DE MONTIGNY, Annie DEVAULT & Christine GERVAIS (Éds.), *La naissance de la famille: Accompagner les parents et les enfants en période périnatale* (pp. 130-145). Montréal: Chenelière Éducation.
- DEVOUCHE, Emmanuel, & APTER, Gisèle. (2012). Les représentations maternelles prénatales. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 60*, 481-486.
- DICK-READ, Grantly. (1933). *Natural childbirth*. London: W. Heinemann, Limited.
- DILLAWAY, Heather, & BRUBAKER, Sarah Jane. (2006). Intersectionality and childbirth: How women from different social locations discuss epidural use. *Race, Gender & Class, 13*(3-4), 16-41.
- DIXON, Lesley, SKINNER, Joan, & FOUREUR, Maralyn. (2014). The emotional journey of labour—women's perspectives of the experience of labour moving towards birth. *Midwifery, 30*(3), 371-377.
- DOLTO, Catherine. (1985). *Neuf mois pour naître : Les aventures du bébé dans le ventre de sa maman*. Paris : Hatier.
- DONA INTERNATIONAL. (2015). *What is doula?* Repéré à <https://www.dona.org/>
- DONOVAN, Sarah. (2006). Inescapable burden of choice? The impact of a culture of prenatal screening on women's experiences of pregnancy. *Health Sociology Review, 15*(4), 397-405.
- DORÉ, Nicole, LE HÉNAFF, Danielle, AUDET, Chantale, BALUCZYNSKI, Igor, BOURRET, Amélie, & MADALINA, Burtan. (2016). *Mieux vivre avec notre enfant: De la grossesse à deux ans*. Montréal: Institut national de santé publique du Québec.
- DOWNE, Soo. (2008). *Normal childbirth: Evidence and debate* (2^e éd.): London: Churchill Livingstone.

- DRAPER, Jan. (2002). 'It's the first scientific evidence': Men's experience of pregnancy confirmation. *Journal of Advanced Nursing*, 39(6), 563-570.
- DRAPER, Jan. (2003). Blurring, moving and broken boundaries: Men's encounters with the pregnant body. *Sociology of Health and Illness*, 25(7), 743-767.
- DUBAR, Claude. (2015). *La socialisation: Construction des identités sociales et professionnelles* (5^e éd.). Paris : Armand Colin.
- DUBET, François. (1994). *Sociologie de l'expérience*. Paris : Seuil.
- ÉCHÈNE, Agnès. (2010). La participation du père à la naissance ..., regard dans l'après-coup de la séparation. *Dialogue*, 4, 147-158.
- ELKAÏM, Mony. (2014). *Où es-tu quand je te parle?* Paris : Seuil.
- FAIR, Cynthia D., & MORRISON, Taylor E. (2012). The relationship between prenatal control, expectations, experienced control, and birth satisfaction among primiparous women. *Midwifery*, 28(1), 39-44.
- FAYA ROBLES, Alfonsina. (2012). *De la maternité en milieu populaire à Recife : Enjeux et arrangements entre dispositifs de régulation et expérience sociale* (Thèse de doctorat inédite). Sciences de l'Homme et Société/Sociologie, Université Toulouse le Mirail Toulouse.
- FENWICK, Jennifer, GAMBLE, Jenny, NATHAN, Elizabeth, BAYES, Sara, & HAUCK, Yvonne. (2009). Pre-and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. *Journal of Clinical Nursing*, 18(5), 667-677.
- FENWICK, Jennifer, STAFF, Lynne, GAMBLE, Jenny, CREEDY, Debra K., & BAYES, Sara. (2010). Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy? *Midwifery*, 26(4), 394-400.
- FENWICK, Jennifer, TOO HILL, Jocelyn, CREEDY, Debra K, SMITH, Jenny, & GAMBLE, Jenny. (2015). Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: A qualitative investigation. *Midwifery*, 31(1), 239-246.
- FINERMAN, Ruthbeth D, SANDERS, Adriane MF, & SAGRESTANO, Lynda M. (2015). Pregnancy and birth as a medical crisis. Dans Maureen C. MCHUGH & Joan C. CHRISLER (Éds.), *The wrong prescription for women: How medicine and media create a "need" for treatments, drugs, and surgery: How medicine and media create a "need" for treatments, drugs, and surgery* (pp. 17-35). Westport, CO: Praeger.
- FISHER, Colleen, HAUCK, Yvonne, & FENWICK, Jenny. (2006). How social context impacts on women's fears of childbirth: A western Australian example. *Social Science & Medicine*, 63(1), 64-75.
- FITZGERALD, Ruth P, LEGGE, Michael, & PARK, Julie. (2015). Choice, rights, and virtue: Prenatal testing and styles of moral reasoning in aotearoa/New Zealand. *Medical Anthropology Quarterly*, 29(3), 400-417.
- FORTIN, Marie-Fabienne. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^e éd.). Montréal: Chenelière Éducation.
- FORTIN, Sylvie, & LE GALL, Josiane. (2007). Néonatalité et constitution des savoirs en contexte migratoire: Familles et services de santé. Enjeux théoriques, perspectives anthropologiques. *Enfances, Familles, Générations*, 6, 16-37.

- FORTIN, Sylvie. (2013). Conflits et reconnaissance dans l'espace social de la clinique: Les pratiques cliniques en contexte pluraliste. *Anthropologie et sociétés*, 37(3), 179-200.
- FOUCAULT, Michel. (1976). *Histoire de la sexualité I : La volonté de savoir*. Paris : Gallimard.
- FOUCAULT, Michel. (1980). *Power/knowledge: Selected interviews and other writings 1972-1977* (Colin GORDON, Leo MARCHALL, John MEPHAM & Kate SOPER, Trad. Colin GORDON Éd.). New York, NY: Pantheon Books.
- FOUCAULT, Michel. (1984). *Histoire de la sexualité III : Le souci de soi*. Paris : Gallimard.
- FOUCAULT, Michel. (1997). *"Il faut défendre la société"*. Cours au Collège de France, 1976. Paris : Seuil/Gallimard.
- FOUCAULT, Michel. (2001). *Dits et écrits II, 1976-1988*. Paris : Gallimard.
- FOURNIER, Laurent-Sébastien, & RAVENEAU, Gilles. (2008). Anthropologie des usages sociaux et culturels du corps. *Journal des anthropologues*, 1, 9-22.
- FOX, Rebekah, HEFFERNAN, Kristin, & NICOLSON, Paula. (2009). 'I don't think it was such an issue back then': Changing experiences of pregnancy across two generations of women in south-east England. *Gender, Place and Culture*, 16(5), 553-568.
- FQPN (FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES). (2006). *La procréation assistée: Comment y voir clair?* Montréal: Fédération du Québec pour le planning des naissances.
- FQPN (FÉDÉRATION DU QUÉBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES). (2014). *Techniques de procréation assistée*. Montréal: Fédération du Québec pour le planning des naissances
- FRANCHI-ABELLA, Stéphanie. (2011). L'échographie: Un outil merveilleux pour l'étude du fœtus et du nouveau-né, mais y a-t-il des précautions à prendre? *Journal de radiologie*, 92(2), 109-110.
- FRANKLIN, Jenae. (2014). *A mother's paradox: Choosing a birthing method in the 21st century Human Biology Major*. Pitzer Senior Theses. Paper 57. Repéré à http://scholarship.claremont.edu/pitzer_theses/57/
- FRANKLIN, Sarah. (2013). Conception through a looking glass: The paradox of IVF. *Reproductive Biomedicine Online*, 27(6), 747-755.
- FRASER, William, HATEM-ASMAR, Marie, KRAUSS, Isabelle, MAILLARD, Françoise, BRÉART, Gérard, BLAIS, Régis, & L'ÉQUIPE D'ÉVALUATION DES PROJETS-PILOTES SAGES-FEMMES. (2000). Comparison of midwifery care to medical care in hospitals in the Quebec pilot projects study: Clinical indicators. *Canadian Journal of Public Health*, 91(1), 5-11.
- FRÉCHETTE, Marie-Josée. (2015). *Le dispositif institutionnel et la relation thérapeutique en salle d'accouchement: Entre le risque, le savoir hégémonique et les rapports de pouvoir* (Mémoire de maîtrise inédit). Département d'anthropologie, Université de Montréal, Montréal, QC.
- FRIEDMAN, Emanuel A. (1955). Primigravid labor: A graphicostatistical analysis. *Obstetrics & Gynecology*, 6(6), 567-589.
- GADAMER, Hans-Georg. (1996). Les grandes lignes d'une théorie de l'expérience herméneutique. Dans Hans-Georg GADAMER (Éd.), *Vérité et méthode* (pp. 286-333). Paris : Seuil.

- GAGNON, Raymonde, & HÉBERT, Emmanuelle. (2013). *Le travail et l'accouchement : La préparation, l'accompagnement et les méthodes pour composer avec la douleur*. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/Data/Sites/8/SharedFiles/PDF/travail-et-accouchement-preparation-accompagnement-et-methodes-pour-composer-avec-la-douleur.pdf>
- GAGNON, Raymonde. (2009). *L'intégration des sages-femmes d'origine étrangère à la pratique québécoise* (Mémoire de maîtrise inédit). Santé communautaire, Université Laval, Québec, QC.
- GAGNON, Raymonde. (2011). Midwifery in a new context: Expanding our reference points and embracing new representations of pregnancy and birth. *Midwifery*, 27(3), 360-367.
- GAGNON, Raymonde. (2012). *L'intégration des sages-femmes d'origine étrangère à la pratique québécoise*. Édiqscope. Repéré à <https://www.ediq.ulaval.ca/publications/ediqscope/ediqscope-2012-no-2>
- GAGNON, Raymonde. (2013). Au cœur de la pratique sage-femme québécoise: La relation de confiance. *La Revue sage-femme*, 12(5), 214-219.
- GAGNON, Raymonde. (2014). L'agir professionnel : Un défi pour les sages-femmes immigrantes au Québec. *Les Dossiers de la Maïeutique*, 1(1), 11-19.
- GAMMELTOFT, Tine. (2007). Sonography and sociality: Obstetrical ultrasound imaging in urban Vietnam. *Medical Anthropology Quarterly*, 21(2), 133-153.
- GARCIA, Elisa, TIMMERMANS, Danielle. R., & VAN LEEUWEN, Evert. (2008). The impact of ethical beliefs on decisions about prenatal screening tests: Searching for justification. *Social Science & Medicine*, 66(3), 753-764.
- GAUDET, Stéphanie. (2001). La responsabilité dans les débuts de l'âge adulte. *Lien social et Politiques*, 46, 71-83.
- GÉLIS, Jacques. (1981). Quand les femmes accouchaient sans médecin. *L'Histoire*, 34, 105-112.
- GÉLIS, Jacques. (1984). *L'arbre et le fruit: La naissance dans l'occident moderne*. Paris : Fayard.
- GENELOT, Dominique. (2002). De l'absolue nécessité de la pensée transversale. Dans François KOURISLSKY (Éd.), *Ingénierie de l'interdisciplinarité. Un nouvel esprit scientifique* (pp. 113-119). Paris : L'Harmattan.
- GENESONI, Lucia, & TALLANDINI, Maria Anna. (2009). Men's psychological transition to fatherhood: An analysis of the literature, 1989–2008. *Birth*, 36(4), 305-318.
- GIDDENS, Anthony. (1991). *Modernity and self-identity: Self and society in the late modern age*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- GIDDENS, Anthony. (1994). *Les conséquences de la modernité*. Paris : L'Harmattan.
- GIORGI, Amedeo. (1997). De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines: Théorie, pratique et évaluation. Dans Jean POUPART, Jean-Pierre DESLAURIERS, Lionel-Henri GROULX, Anne LAPERRIÈRE, Robert MAYER & Alvaro P. PIRES (Éds.), *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 341-364). Montréal: Gaëtan Morin.
- GIREL, Mathias. (2013). Agnotologie: Mode d'emploi. *Critique*, 12, 964-977.
- GIREL, Mathias. (2014). *L'invention la plus dangereuse de l'histoire*. CNRS Le journal. Repéré à <https://lejournal.cnrs.fr/articles/l'invention-la-plus-dangereuse-de-l'histoire>

- GIROUX, Marie-Ève, COMEAU, Yvan, & THUY-DIEP, Luu. (2008). *La lutte pour la reconnaissance des sages-femmes au Québec, 1975-1999*. Montréal: Centre de recherche sur les innovations sociales.
- GOODMAN, Petra, MACKEY, Marlene C, & TAVAKOLI, Abbas S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 212-219.
- GOODWIN-SMITH, Ian. (2012). Bloodlust: A postcolonial sociology of childbirth. *Social Identities*, 18(5), 521-535.
- GOUVERNEMENT DU Québec. (2016). *Portail santé mieux-être : Groupe de médecine de famille (GMF)*. Repéré à <http://sante.gouv.qc.ca/systeme-sante-en-bref/groupe-de-medecine-de-famille-gmf/>
- GOUVERNEMENT DU Québec. (2016). *Services de procréation assistée*. Portail santé mieux-être. Repéré à <http://sante.gouv.qc.ca/programmes-et-mesures-daide/services-de-procreation-assistee/>
- GREEN, Josephine M., & BASTON, Helen A. (2003). Feeling in control during labor: Concepts, correlates, and consequences. *Birth-Issues in Perinatal Care*, 30(4), 235-247.
- GREGG, Robin. (1995). *Pregnancy in a high-tech age: Paradoxes of choice*. New York, NY: New York University Press.
- GUIGNARD, Florence Pasche. (2015). A gendered bun in the oven. The gender-reveal party as a new ritualization during pregnancy. *Studies in Religion/Sciences religieuses*, 44(4), 479-500.
- GUITTIER, Marie-Julia, CEDRASCHI, Christine, JAMEI, Nasir, BOULVAIN, Michel, & GUILLEMIN, Francis. (2014). Impact of mode of delivery on the birth experience in first-time mothers: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 254.
- HAINES, Helen M, RUBERTSSON, Christine, PALLANT, Julie F, & HILDINGSSON, Ingegerd. (2012). The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1), 55.
- HAINES, Helen, PALLANT, Julie F, KARLSTRÖM, Annika, & HILDINGSSON, Ingegerd. (2011). Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in an Australian and Swedish sample. *Midwifery*, 27(4), 560-567.
- HALL, Wendy A, HAUCK, Yvonne L, CARTY, Elaine M, HUTTON, Eileen K, FENWICK, Jennifer, & STOLL, Kathrin. (2009). Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 38(5), 567-576.
- HALL, Wendy A, TOMKINSON, Jocelyn, & KLEIN, Michael C. (2012). Canadian care providers' and pregnant women's approaches to managing birth minimizing risk while maximizing integrity. *Qualitative Health Research*, 22(5), 575-586.
- HAMMER, Raphael P., & BURTON-JEANGROS, Claudine. (2013). Tensions around risks in pregnancy: A typology of women's experiences of surveillance medicine. *Social Science and Medicine*, 93, 55-63.
- HAN, Sallie. (2015). *Pregnancy in practice: Expectation and experience in the contemporary us* (Vol. 25). New-York, NY: Berghahn books.
- HANNAH, Mary E, HANNAH, Walter J, HEWSON, Sheila A, HODNETT, Ellen D, SAIGAL, Saroj, WILLAN, Andrew R, & COLLABORATIVE, Term Breech Trial. (2000). Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: A randomised multicentre trial. *The Lancet*, 356(9239), 1375-1383.

- HARRIS, Gillian, CONNOR, Linda, BISITS, Andrew, & HIGGINBOTHAM, Nick. (2004). "Seeing the baby": Pleasures and dilemmas of ultrasound technologies for primiparous Australian women. *Medical Anthropology Quarterly*, 18(1), 23-47.
- HATEM, Marie, SANDALL, Jane, DEVANE, Declan, SOLTANI, Hora, & GATES, Simon. (2009). Comparaison des modèles de soins obstétricaux dirigés par les sages-femmes à d'autres modèles de soins offerts aux femmes enceintes: Une revue systématique Cochrane. *Pratiques et organisation des soins*, 40(4), 267-274.
- HAUCK, Yvonne, FENWICK, Jennifer, DOWNIE, Jill, & BUTT, Janice. (2007). The influence of childbirth expectations on western Australian women's perceptions of their birth experience. *Midwifery*, 23(3), 235-247.
- HEIDEGGER, Martin, BOEHM, Rudolf, DE WAELEHENS, Alphonse, & VEZIN, Francois. (1964). *L'être et le temps*. Paris : Gallimard.
- HERAKOVA, Liliana. (2014). *Flying with the storks: Communication, culture, and dialoguing knowledge (s) in prenatal care* (Thèse de doctorat inédite). Communication Studies, University of Massachusetts Amherst, Massachusetts, USA.
- HERNÁNDEZ GARRE, José Manuel, & ECHEVARRÍA PÉREZ, Paloma. (2016). Sociología del parto. Conflictos asistenciales en el Marco del "paradigma tecnocrático". *Revista Internacional de Sociología*, 74(1), e025.
- HEYMAN, Bob. (2010). Health risks and probabilistic reasoning. Dans Bob HEYMAN, Andy ALASZEWSKI, Monica SHAW & Mike TITTERTON (Éds.), *Risk, safety and clinical practice: Health care through the lens of risk*. (pp. 85-106). Oxford: Oxford Scholarship Online.
- HIDAKA, Ryoko, & CALLISTER, Lynn Clark. (2012). Giving birth with epidural analgesia: The experience of first-time mothers. *The Journal of Perinatal Education*, 21(1), 24-35.
- HILDINGSSON, Ingegerd. (2015). Women's birth expectations, are they fulfilled? Findings from a longitudinal Swedish cohort study. *Women and Birth*, 28, 7-13.
- HIVON, Myriam, & JIMENEZ, Vania. (2007). *Perception d'une naissance et naissance d'une perception: Où en sont les femmes?* Montréal: Centre de santé et de services sociaux de la Montagne.
- HODNETT, Ellen D, GATES, Simon, HOFMEYER, G Justus, & SAKALA, Carol. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(CD003766).
- HODNETT, Ellen D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5 Suppl Nature), S160-S172.
- ICIS (INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ). (2016). *Indicateurs d'accouchement selon le lieu de résidence*. Repéré à <https://www.cihi.ca/fr/statistiques-eclair>
- ILLICH, Ivan. (1975). *Némésis médicale*. Paris : Seuil.
- INESSS (INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX). (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

- INSERM (INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE). (2015). *Épigénétique Dossiers d'information*. Repéré à <http://www.inserm.fr/thematiques/genetique-genomique-et-bioinformatique/dossiers-d-information/epigenetique>
- INSPQ (INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC), TREMBLAY, Pascale, & CÔTÉ, Émilie. (2011). *Santé mentale*. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/information-perinatale/fiches/sante-mentale>
- INSPQ (INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC). (2004). *Vivre dans une collectivité rurale plutôt qu'en ville fait-il vraiment une différence en matière de santé et de bien-être?* Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/269-ruralitevilleedifference.pdf>
- IRELAND, Jilly, & VAN TEIJLINGEN, Edwin. (2013). Normal birth: Social-medical model. *The Practising Midwife*, 16(11), 17-20.
- IRSC (INSTITUTS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA). (2015). *Aperçu du microbiome humain*. Repéré à <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/43597.html>
- ISQ (INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC). (2010). *Diversité et mouvance familiales durant la petite enfance*. Repéré à http://www.jesuisjeserai.stat.gouv.qc.ca/publications/fascicule_famille_fr.pdf
- ISQ (INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC). (2015a). *Les naissances au Québec et dans les régions en 2014*. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bulletins/coupdoeil-no38.pdf>
- ISQ (INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC). (2015b). *Le bilan démographique du Québec: Édition 2015*. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan-demographique.html>
- IVRY, Tsipy. (2007). Embodied responsibilities: Pregnancy in the eyes of Japanese ob-gyns. *Sociology of Health & Illness*, 29(2), 251-274.
- IVRY, Tsipy. (2015). The pregnancy manifesto: Notes on how to extract reproduction from the petri dish. *Medical Anthropology*, 34(3), 274-289.
- JACQUES, Béatrice. (2007). *Sociologie de l'accouchement*. Paris : Presses universitaires de France.
- JACQUES, Daniel. (2004). L'humanisme devant la technique. *Argument. Politique, société et histoire*, 6(2), 9-10.
- JAS, Nathalie. (2015). Agnotologie. Dans Emmanuel HENRY, Claude GILBERT, Jean-Noël JOUZEL & Pascal MARICHALAR (Éds.), *Dictionnaire critique de l'expertise* (pp. 33-40). Paris : Presses de Sciences Po.
- JEPSEN, Ingrid, & KELLER, Kurt Dauer. (2014). The experience of giving birth with epidural analgesia. *Women and Birth*, 27(2), 98-103.
- JODELET, Denise. (2003). *Les représentations sociales* (7^e éd.). Paris : Presses universitaires de France.
- JODELET, Denise. (2006). Place de l'expérience vécue dans le processus de formation des représentations sociales. Dans Valérie HASS (Éd.), *Les savoirs du quotidien. Transmissions, appropriations, représentations* (pp. 235-255). Rennes: Presses universitaires de Rennes.
- JOHANSON, Richard, NEWBURN, Mary, & MACFARLANE, Alison. (2002). Has the medicalisation of childbirth gone too far? *British Medical Journal*, 324(7342), 892.

- JOHNSON, Jo-Ann, & TOUGH, Suzanne. (2012). Report de la grossesse. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 34(1), 94-95.
- JOHNSON, Sophia Alice. (2015a). Intimate mothering publics': Comparing face-to-face support groups and internet use for women seeking information and advice in the transition to first-time motherhood. *Culture, health and sexuality*, 17(2), 237-251.
- JOHNSON, Sophia Alice. (2015b). 'Getting personal': Contemplating changes in intersubjectivity, methodology and ethnography. *M/C Journal*, 18(5), 1-3.
- JOHNSON, Taralyn R., CALLISTER, Lynn Clark, FREEBORN, Donna S., BECKSTRAND, Renea L., & HUENDER, Katinka. (2007). Dutch women's perceptions of childbirth in the Netherlands. *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing*, 32(3), 170-177.
- JONES, Dawn S. (2008). Talking and taking risks: An exploration of women's perceptions of antenatal testing in pregnancy. Dans Alan PETERSEN & Iain WILKINSON (Éds.), *Health, risk and vulnerability* (pp. 102-118). New York, NY: Routledge.
- JORDAN, Brigitte. (1977). Part one: The self-diagnosis of early pregnancy: An investigation of lay competence 1. *Medical Anthropology*, 1(2), 1-38.
- JORDAN, Brigitte. (1993). *Birth in four cultures: A crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Prospect Heights, Ill.: Waveland Press.
- JORDAN, Brigitte. (1997). Authoritative knowledge and its construction. Dans Carolyn Fishel SARGENT & Robbie E DAVIS-FLOYD (Éds.), *Childbirth and authoritative knowledge: Cross-cultural perspectives* (pp. 55-79). Berkeley, CA: University of California Press.
- JORDAN, Brigitte. (2014). Technology and social interaction: Notes on the achievement of authoritative knowledge in complex settings. *Talent Development and Excellence*, 6(1), 95-132.
- JORDAN, Judith V. (1991). Women's growth in connection: Writings from the stone center. Dans Judith V JORDAN, A KAPLAN, J MILLER, I STIVER & J. SURREY (Éds.), *Women's growth in connection: Writings from the stone center* (pp. 81-96). New York, NY: Guilford Press.
- KAINZ, Gisela, ELIASSON, Margareta, & VON POST, Irène. (2010). The child's father, an important person for the mother's well-being during the childbirth: A hermeneutic study. *Health Care for Women International*, 31(7), 621-635.
- KARLSTRÖM, Annika, NYSTEDT, Astrid, & HILDINGSSON, Ingegerd. (2015). The meaning of a very positive birth experience: Focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 1.
- KAY, Lesley. (2015). *Stories are difficult like that: A phenomenological study*. Communication présentée au congrès Normal Labour and Birth: 10th Research Conference "Into the Future", Grange Over Sands, Cumbria, UK. Repéré à <http://eprints.kingston.ac.uk/32424/>
- KEMPENEERS, Marianne, & THIBAUT, Nicolas. (2008). Strategies of childcare and the dynamics of family configurations. Dans Marianne KEMPENEERS, Nicolas THIBAUT, Eric D WIDMER & Riitta JALLINOJA (Éds.), *Beyond the nuclear family: Families in a configurational perspective* (pp. 37-57). Berne, Suisse: Peter Lang.
- KENNEDY, Holly Powell, CHEYNEY, Melissa, LAWLOR, Mary, MYERS, Suzy, SCHUILING, Kerri, & TANNER, Tanya. (2015). The development of a consensus statement on normal physiologic birth: A modified delphi study. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 60(2), 140-145.
- KITZINGER, Sheila. (1962). *The experience of childbirth*. London: Gollancz.

- KITZINGER, Sheila. (1982). *Birth over thirty*. London: Sheldon Press.
- KITZINGER, Sheila. (2016). *Relationships: The pathway to safe, high-quality maternity care*. Repéré à https://www.gtc.ox.ac.uk/images/stories/academic/skp_report.pdf
- KLEIN, Michael C., KACZOROWSKI, Janusz, HALL, Wendy A., FRASER, William, LISTON, Robert M., EFTEKHARY, S., ... MEHRABADI, A. (2009). The attitudes of Canadian maternity care practitioners towards labour and birth: Many differences but important similarities. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada: JOGC = Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada: JOGC*, 31(9), 827.
- KLEIN, Michael C., KACZOROWSKI, Janusz, HEARPS, Stephen J. C., TOMKINSON, Jocelyn, BARADARAN, Nazli, HALL, Wendy A., ... FRASER, William D. (2011a). Birth technology and maternal roles in birth: Knowledge and attitudes of Canadian women approaching childbirth for the first time. *Journal Of Obstetrics And Gynaecology Canada: JOGC = Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada: JOGC*, 33(6), 598-608.
- KLEIN, Michael C., LISTON, Robert, FRASER, William D., BARADARAN, Nazli, HEARPS, Stephen J. C., TOMKINSON, Jocelyn, ... BRANT, Rollin. (2011b). Attitudes of the new generation of Canadian obstetricians: How do they differ from their predecessors? *Birth: Issues in Perinatal Care*, 38(2), 129-139.
- KLEINMAN, Arthur, & FITZ-HENRY, Erin. (2007). The experiential basis of subjectivity. Dans João Guilherme BIEHL, Byron GOOD & Arthur KLEINMAN (Éds.), *Subjectivity: Ethnographic investigations* (Vol. 7, pp. 52-65). Berkeley, CA: University of California Press.
- KORNELSEN, Jude. (2005). Essences and imperatives: An investigation of technology in childbirth. *Social Science & Medicine*, 61, 1495-1504.
- KRINGELAND, Tone, & MÖLLER, Anders. (2006). Risk and security in childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27(4), 185-191.
- KUSHNER, Kaysi Eastlick, PITRE, Nicole, WILLIAMSON, Deanna Lynn, BREITKREUZ, Rhonda, & REMPEL, Gwen. (2014). Anticipating parenthood: Women's and men's meanings, expectations, and idea(l)s in Canada. *Marriage & Family Review*, 50, 1-34.
- LACHAPELLE, Manon. (2005). *Accoucher en maison de naissance: Récits de femmes québécoises sur le corps, la douleur et les émotions* (Mémoire de maîtrise inédit). Anthropologie, Université Laval, Québec, QC.
- LACHARITÉ, Carl. (2009). L'expérience paternelle entourant la naissance sous l'angle du discours social. *Enfances, Familles, Générations*, 11, i-x.
- LACHARITÉ, Carl. (2012). Les politiques sociales en périnatalité: Pratiques institutionnelles et expériences personnelles. Dans Francine DE MONTIGNY, Annie DEVAULT & Christine GERVAIS (Éds.), *La naissance de la famille: Accompagner les parents et les enfants en période périnatale* (pp. 20-35). Montréal, QC: Chenelière Éducation.
- LADEWIG, Patricia Wieland, LONDON, Marcia L, MOBERLY, Susan M., & OLDS, Sally B. (2010). *Soins infirmiers en périnatalité* (4^e éd.). Saint-Laurent, QC: ERPI.
- LAFONTAINE, Céline. (2003). Nouvelles technologies et subjectivité: Les frontières renversées de l'intimité. *Sociologie et sociétés*, 35(2), 203-212.
- LAFORCE, Hélène. (1985). *Histoire de la sage-femme dans la région de Québec*. Québec, QC: Institut québécois de recherche sur la culture.

- LAGAN, Briège M, SINCLAIR, Marlene, & GEORGE KERNOHAN, W. (2010). Internet use in pregnancy informs women's decision making: A web-based survey. *Birth*, 37(2), 106-115.
- LAHIRE, Bernard. (2012). *Monde pluriel*. Paris : Seuil.
- LAMARRE, Anne-Marie. (2004). Étude de l'expérience de la première année d'enseignement au primaire dans une perspective phénoménologico-herméneutique. *Recherches qualitatives*, 24, 19-56.
- LANDSMAN, Gail. (2009). *Reconstructing motherhood and disability in the age of perfect babies*. London, UK: Routledge.
- LANEY, Elizabeth K, CARRUTHERS, Lisa, HALL, M Elizabeth Lewis, & ANDERSON, Tamara. (2014). Expanding the self motherhood and identity development in faculty women. *Journal of Family Issues*, 35(9), 1227-1251.
- LANEY, Elizabeth K, HALL, M Elizabeth Lewis, ANDERSON, Tamara L, & WILLINGHAM, Michele M. (2015). Becoming a mother: The influence of motherhood on women's identity development. *Identity*, 15(2), 126-145.
- LARKIN, Patricia, BEGLEY, Cecily M, & DEVANE, Declan. (2012). 'Not enough people to look after you': An exploration of women's experiences of childbirth in the republic of Ireland. *Midwifery*, 28(1), 98-105.
- LARKIN, Patricia, BEGLEY, Cecily M., & DEVANE, Declan. (2009). Women's experiences of labour and birth: An evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 25(2), 49-59.
- LAURENDEAU, France. (1983). La médicalisation de l'accouchement. *Recherches sociographiques*, 24(2), 235-243.
- LAVENDER, Tina, WALKINSHAW, Stephen A, & WALTON, Irene. (1999). A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. *Midwifery*, 15(1), 40-46.
- LAWRENCE, Annemarie, LEWIS, Lucy, HOFMEYR, G. Justus, DOWSWELL, Therese, & STYLES, Cathy. (2009). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(CD003934).
- LAYNE, Linda L. (2009). The home pregnancy test: A feminist technology? *WSQ: Women's Studies Quarterly*, 37(1), 61-79.
- LAZARUS, Ellen. (1994). What do women want?: Issues of choice, control, and class in pregnancy and childbirth. *Medical Anthropology Quarterly*, 8(1), 25-46.
- LAZARUS, Ellen. (1997). What do women want. Dans Robbie DAVIS-FLOYD & Carolyn SARGENT (Éds.), *Childbirth and authoritative knowledge: Cross-cultural perspectives* (pp. 132-158). Berkeley, CA: University of California Press.
- LE BOSSÉ, Yann. (2003). De l'« habilitation » au « pouvoir d'agir »: Vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment. *Nouvelles pratiques sociales*, 16(2), 30-51.
- LE BRETON, David. (2006). *Anthropologie de la douleur* (Vol. 12). Paris : Éditions Métailié.
- LE BRETON, David. (2010). *Expériences de la douleur, entre destruction et renaissance*. Paris : Éditions Métailié.
- LE BRETON, David. (2011). *Anthropologie du corps et modernité* (6^e éd.). Paris : Presses universitaires de France.
- LE BRETON, David. (2012). *La sociologie du corps* (8^e éd.). Paris : Presses universitaires de France.

- LE DANTEC, Christelle, CHEVAILLER, Alain, & RENAUDINEAU, Yves. (2015). Épigénétique et médecine prédictive. *Revue francophone des laboratoires*, 2015(473), 71-75.
- LEAP, Nicky, & ANDERSON, Tricia. (2008). The role of pain in normal birth and the empowerment of women. Dans Soo DOWNE (Éd.), *Normal childbirth* (pp. 29-46). Toronto: Churchill Livingstone Elsevier.
- LECLERC, Céline, GRÉGOIRE, Jean, & RHEAULT, Christian. (2014). *Memo-périnatalité: Guide pratique, période prénatale, travail et accouchement, période post-partum, nouveau-né* (3^e éd.). Québec, QC: Département de médecine familiale de l'Université Laval.
- LEE, Ellie, BRISTOW, Jennie, FAIRCLOTH, Charlotte, & MACVARISH, Jan. (2014). *Parenting culture studies*. New York, NY: Palgrave Macmillan.
- LEMAY, Céline. (2007). *Être là: Étude du phénomène de la pratique sage-femme au Québec dans les années 1970-1980* (Thèse de doctorat inédite). Sciences humaines appliquées, Université de Montréal, Montréal, QC.
- LEMAY, Violaine. (2011). La propension à se soucier de l'Autre: Promouvoir l'interdisciplinarité comme identité savante nouvelle, complémentaire et utiles. Dans Frédéric DARBELLAY & Theres PAULSEN (Éds.), *Au miroir des disciplines. Réflexions sur les pratiques d'enseignement et de recherche inter- et transdisciplinaires* (pp. 25-47). Berne, Suisse: Peter Lang.
- LEMELIN, Carmen, BEAULIEU, Marie-Andrée, & LUSSIER, Yvan. (2009). Vivre en couple: Les défis, les transformations et les nouvelles réalités. Dans Carl LACHARITÉ & Jean-Pierre GAGNIER (Éds.), *Comprendre les familles pour mieux intervenir : Repères conceptuels et stratégies d'action* (pp. 17-46). Montréal, QC: Gaëtan Morin.
- LEMIEUX, Denise. (2009). Temps et rites contemporains de la grossesse et de la naissance: De la maternité à la parentalité. Dans Laurence CHARTON & Joseph LÉVY (Éds.), *Génération et cycles de vie: Au carrefour des temps biologiques et psychosociaux* (pp. 33-166). Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- LEROY, Fernand. (2002). *Histoire de naître : De l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé*. Bruxelles: De Boeck.
- LÉVY, Joseph, & LASSERRE, Evelyne. (2011). Internet, savoirs et savoir-faire: De quelques perspectives anthropologiques. *Anthropologie et sociétés*, 35(1-2), 17-34.
- LIPPMAN, Abby. (2004). *Cycles féminins à vendre: La néomédicalisation et la santé reproductive des femmes*. Repéré à <http://www.cwhn.ca/fr/node/39969>
- LIPPMAN, Abby. (2013). La marchandisation de la santé. *Revue À bâbord*, 51(oct-nov). <https://www.ababord.org/La-marchandisation-de-la-sante>
- LOBEL, Marci, & DELUCA, Robyn Stein. (2007). Psychosocial sequelae of cesarean delivery: Review and analysis of their causes and implications. *Social Science & Medicine*, 64(11), 2272-2284.
- LOCK, Margaret. (2013). The epigenome and nature/nurture reunification: A challenge for anthropology. *Medical Anthropology*, 32(4), 291-308.
- LORENTZEN, Jeanne M. (2008). 'I know my own body': Power and resistance in women's experiences of medical interactions. *Body & Society*, 14(3), 49-79.
- LOWE, Nancy K. (2000). Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 21(4), 219-224.

- LOWE, Nancy K. (2002). The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5), S16-S24.
- LUNDGREN, Ingela, & DAHLBERG, Karin. (1998). Women's experience of pain during childbirth. *Midwifery*, 14(2), 105-110.
- LUPTON, Deborah A. (2011). 'The best thing for the baby': Mothers' concepts and experiences related to promoting their infants' health and development. *Health, Risk & Society*, 13(7-8), 637-651.
- LUPTON, Deborah, & SCHMIED, Virginia. (2013). Splitting bodies/selves: Women's concepts of embodiment at the moment of birth. *Sociology of Health & Illness*, 35(6), 828-841.
- LUPTON, Deborah. (1999). Risk and the ontology of pregnant embodiment. Dans Deborah LUPTON (Éd.), *Risk and sociocultural theory: New directions and perspectives* (pp. 59-85). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- LUPTON, Deborah. (2000). 'A love/hate relationship': The ideals and experiences of first-time mothers. *Journal of Sociology*, 36(1), 50-63.
- LUPTON, Deborah. (2012). *Medicine as culture: Illness, disease and the body*. Los Angeles, CA: Sage.
- LUTHAR, Suniya S, & CICHETTI, Dante. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12(04), 857-885.
- MACDONALD, Margaret E. (2011). The art of medicine. The cultural evolution of natural birth. *The Lancet*, 378(9789), 394-395.
- MACDONALD, Margaret. (2001). Postmodern negotiations with medical technology: The role of midwifery clients in the new midwifery in Canada. *Medical Anthropology*, 20(2-3), 245-276.
- MAHER, JaneMaree. (2010). Beyond control?: Resituating childbirth pain in subjectivity. *Outskirts*, 22. <http://www.outskirts.arts.uwa.edu.au/volumes/volume-22/maher>
- MALACRIDA, Claudia. (2015). Always, already-medicalized: Women's prenatal knowledge and choice in two Canadian contexts. *Current Sociology Monograph*, 63(5), 636-651.
- MALYSSE, Stéphane. (2012). Ce que la beauté fait faire: Sociétés et corps en transformations. Études brésiliennes. Dans Bernard CADET & Gérard CHASSEIGNE (Éds.), *Quête de beauté, pratiques culturelles et risques* (pp. 195-208). Paris : Publibook.
- MANDER, Rosemary. (2007). *Caesarean: Just another way of birth?* New York, NY: Routledge.
- MANNONI, Pierre. (2012). *Les représentations sociales* (6^e éd.). Paris : Presses universitaires de France.
- MANSFIELD, Becky. (2008). The social nature of natural childbirth. *Social Science and Medicine*, 66(5), 1084-1094.
- MARCHAND, Serge, & GAUMOND, Isabelle. (2014). Effets placebo et nocebo dans le traitement de la douleur: Leur présence est inévitable mais leurs actions sont modulables. *Douleur et Analgésie*, 27(4), 198-202.
- MARKENS, Susan. (2013). "It just becomes much more complicated": Genetic counselors' views on genetics and prenatal testing. *New Genetics and Society*, 32(3), 302-321.
- MARSAL, Pierre. (2002). Vers un nouvel humanisme. *Le courrier de l'environnement de l'INRA, Humanisme, biotechnologie et éthique de la science*. <http://www7.inra.fr/dpenv/p-rotili04.htm>
- MARSHALL, Harriette, & WOOLLETT, Anne. (2000). Fit to reproduce? The regulative role of pregnancy texts. *Feminism & Psychology*, 10(3), 351-366.

- MARTIN, Deanna K, BULMER, Sandra M, & PETTKER, Christian M. (2013). Childbirth expectations and sources of information among low-and moderate-income nulliparous pregnant women. *The Journal of Perinatal Education*, 22(2), 103-112.
- MARTIN, Emily. (1987). *The woman in the body: A cultural analysis of reproduction*. Boston, MA: Beacon Press.
- MARTIN, Karin A. (2003). Giving birth like a girl. *Gender & Society*, 17(1), 54-72.
- MATHIEU, Séverine. (2013). *L'enfant des possibles: Assistance médicale à la procréation, éthique, religion et filiation*. Paris : Éditions de l'Atelier.
- MAYER, Robert, & SAINT-JACQUES, Marie-Christine. (2000). L'entrevue de recherche. Dans Robert MAYER, Francine OUELLET, Marie-Christine SAINT-JACQUES & Daniel TURCOTTE (Éds.), *Méthodes de recherche en intervention sociale* (pp. 115-133). Montréal, QC: Gaëtan Morin.
- MCCOYD, Judith L. M. (2009). Discrepant feeling rules and unscripted emotion work: Women coping with termination for fetal anomaly. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(4), 441-451.
- MCLACHLAN, Helen, FORSTER, Della, DAVEY, Mary-Ann, FARRELL, Tanya, FLOOD, Margaret, SHAFIEI, Touran, & WALDENSTRÖM, Ulla. (2015). The effect of primary midwife-led care on women's experience of childbirth: Results from the cosmos randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 23(3), 465-474.
- MELENDER, Hanna Leena. (2006). What constitutes a good childbirth? A qualitative study of pregnant Finnish women. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 51(5), 331-339.
- MEMMI, Dominique. (2004). Administrer une matière sensible: Conduites raisonnables et pédagogie par corps autour de la naissance et de la mort. Dans Didier FASSIN & Dominique MEMMI (Éds.), *Cas de figure: Le gouvernement des corps* (pp. 135-154). Paris : Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- MENNILL, Sally. (2012). Language and prescription in the what to expect series of maternity literature. Dans Elizabeth PODNIEKS (Éd.), *Mediating moms: Mothers in popular culture* (pp. 303-319). Montréal, QC: McGill-Queen's University Press.
- MERCER, Ramona Thieme. (1995). *Becoming a mother: Research on maternal identity from rubin to the present*. New York, NY: Springer.
- MEUNIER, Dominique, BERNARD, Paul, & BOISJOLY, Johanne. (1998). La jeunesse éternelle? Des changements dans les modes de vie des jeunes. Dans Miles Raymond CORAK (Éd.), *Les marchés du travail, les institutions sociales et l'avenir des enfants au Canada* (pp. 167-181). Ottawa, ON: Statistique Canada.
- MILES, Matthew B, & HUBERMAN, A Michael. (2005). *Analyse des données qualitatives* (2^e éd.). Bruxelles: De Boeck Supérieur.
- MILLER, Amy Chasteen, & SHRIVER, Thomas E. (2012). Women's childbirth preferences and practices in the United States. *Social Science & Medicine*, 75(4), 709-716.
- MISSONNIER, Sylvain. (2009). La grossesse, la parentalité et l'anticipation. Dans Linda MORISSEAU (Éd.), *Lorsque la parentalité paraît* (pp. 19-35). Paris : Presses universitaires de France.
- MITCHELL, Lisa M, & GEORGES, Eugenia. (1997). Cross-cultural cyborgs: Greek and Canadian women's discourses on fetal ultrasound. *Feminist Studies*, 23(2), 373-401.

- MOEN, Phyllis, ERICKSON, Mary Ann, & DEMPSTER-MCCLAIN, Donna. (1997). Their mother's daughters? The intergenerational transmission of gender attitudes in a world of changing roles. *Journal of Marriage and the Family*, 59(2), 281-293.
- MOI & CIE. (2015). *Une naissance à la minute*. Repéré à <http://tv.moietcie.ca/series/une-naissance-la-minute/concept>
- MOLANDER, Eva, ALEHAGEN, Siw, & BERTERÖ, Carina M. (2010). Routine ultrasound examination during pregnancy: A world of possibilities. *Midwifery*, 26(1), 18-26.
- MOORE, Sara B. (2013). *The moral landscape of modern motherhood: Ideology, identity, and the making of mothers* (Thèse de doctorat inédite). Sociology and Anthropology, George Mason University, Fairfax, VA.
- MOORE, Sara B. (2011). Reclaiming the body, birthing at home: Knowledge, power, and control in childbirth. *Humanity & Society*, 35(4), 376-389.
- MOREL, Marie-France. (2004). Grossesse, fœtus et histoire. Dans Sylvain MISSONNIER, Bernard GOLSE & Michel SOULÉ (Éds.), *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité* (pp. 21-39). Paris : Presses universitaires de France.
- MORIN, Edgar. (1990). Sur l'interdisciplinarité. Dans François KOURILSKY (Éd.), *Actes du Colloque du Comité National de la Recherche Scientifique Interdisciplinarité*, (pp. 1-8). Paris : Éditions du CNRS.
- MORRIS, Theresa, & MCINERNEY, Katherine. (2010). Media representations of pregnancy and childbirth: An analysis of reality television programs in the United States. *Birth*, 37(2), 134-140.
- MORRIS, Theresa. (2013). *Cut it out: The c-section epidemic in America*. New York, NY: NYU Press.
- MSSS (MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX). (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018 un projet porteur de vie*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000730/>
- MSSS (MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX). (2011). *Programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-931-03.pdf>
- MSSS (MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX). (2015a). *Évolution du taux d'accouchements (1) selon le type et la région sociosanitaire (rss) de prestations de soins, Québec*. Québec, QC: Service de l'allocation des ressources en collaboration avec la Direction de la surveillance de l'état de santé.
- MSSS (MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX). (2015b). *Procréation médicalement assistée*. Repéré à http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/acces_info/documents/demandes_acces/2015-2016/2015-2016-296-Document.pdf
- MUCCHIELLI, Alex. (2009). Phénoménologie. Dans Alex MUCCHIELLI (Éd.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines* (pp. 183-185). Paris : Armand Colin.
- MUNRO, Sarah, KORNELSEN, Jude, & HUTTON, Eileen. (2009). Decision making in patient-initiated elective cesarean delivery: The influence of birth stories. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 54(5), 373-379.
- MURPHY, Margaret Ann. (2011). *Medicalization of birth: The social construction of cesarean section: A qualitative analysis* (Thèse de doctorat inédite). University of Michigan, Ann Arbor, MI.

- NADER, Mélissa. (2012). *La médicalisation: Concept, phénomène et processus: Émergence, diffusion et reconfigurations des usages du terme médicalisation dans la littérature sociologique* (Thèse de doctorat). Sociologie, Université du Québec à Montréal, Montréal, QC.
- NAMEY, Emily E., & LYERLY, Anne Drapkin. (2010). The meaning of 'control' for childbearing women in the US. *Social Science & Medicine*, 71(4), 769-776.
- NASH, Meredith. (2012). Weighty matters: Negotiating 'fatness' and 'in-betweenness' in early pregnancy. *Feminism & Psychology*, 22(3), 307-323.
- NASH, Meredith. (2015). Indulgence versus restraint: A discussion of embodied eating practices of pregnant Australian women. *Journal of Sociology*, 51(3), 478-491.
- NEITERMAN, Elena. (2010). *The embodied experiences of pregnancy: Learning, doing, and attaching meaning to pregnant body in different social contexts* (Thèse de doctorat inédite). Sociology, McMaster University, Hamilton, ON.
- NELSON, Antonia M. (2003). Transition to motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32(4), 465-477.
- NEWNHAM, Elizabeth, MCKELLAR, Lois, & PINCOMBE, Jan. (2016). A critical literature review of epidural analgesia. *Evidence Based Midwifery*, 14(1), 22-28.
- NICE (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE). (2014). *Intrapartum care: Care of healthy women and their babies during childbirth*. Repéré à <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>
- NILSSON, Christina, LUNDGREN, Ingela, KARLSTRÖM, Annika, & HILDINGSSON, Ingegerd. (2012). Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: A longitudinal population-based study. *Women and Birth*, 25(3), 114-121.
- NISHIZAKA, Aug. (2010). The embodied organization of a real-time fetus: The visible and the invisible in prenatal ultrasound examinations. *Social studies of science*, 41(3), 309-336.
- NORMAND, Ariane, LAFOREST, Marty, & DE MONTIGNY, Francine. (2009). La perception de l'identité paternelle en période postnatale selon le type de suivi prénatal. *Enfances, Familles, Générations*, 11, 44-63.
- NOUIRA, Sibylle, DEPARIS, Julia, BOUIN, Thomas, & CONTAL, Delphine. (2015). Évaluation de l'utilisation d'internet par les femmes enceintes en France en 2015. *La Revue sage-femme*, 14(6), 215-222.
- NYE, Robert A. (2003). The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 39(2), 115-129.
- OAKLEY, Ann. (1984). *The captured womb: A history of the medical care of pregnant women*. New York, NY: Blakwell.
- OAKLEY, Ann. (2016). A small sociology of maternal memory. *The Sociological Review*, 64(3), 533-549.
- ODENT, Michel. (1990). *Votre bébé est le plus beau des mammifères*. Paris : Albin Michel.
- ODENT, Michel. (2001). *L'amour scientifique: Les mécanismes de l'amour*. St-Julien-en-Genevois, Suisse: Éditions Jouvence.
- ODENT, Michel. (2005). *Césariennes: Questions, effets, enjeux: Alerte face à la banalisation*. Barret-sur-Méouge: Le Souffle d'Or.

- OKSENBERG RORTY, Amélie. (2007). The vanishing subject. Dans João Guilherme BIEHL, Byron GOOD & Arthur KLEINMAN (Éds.), *Subjectivity: Ethnographic investigations* (pp. 34-51). Berkeley, CA: University of California Press.
- OMS (ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ). (1997). *Les soins liés à un accouchement normal: Guide pratique*. Repéré à http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/MSM_96_24_/fr/
- OMS (ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ). (2005). Chapitre cinq les nouveau-nés : On s'intéresse enfin à eux. *Rapport sur la santé dans le monde 2005* (pp. 89-113). Repéré à http://www.who.int/whr/2005/07_chap5_fr.pdf?ua=1 (Publication originale).
- OMS (ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ). (2014). *Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne*. Repéré à http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161443/1/WHO_RHR_15.02_fre.pdf
- OMS (ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ). (2016). *Statistiques sanitaires mondiales 2015*. Repéré à http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439_eng.pdf?ua=1&ua=1
- O'NEILL, Michel, & SAILLANT, Francine. (1987). *Accoucher autrement : Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*. Montréal, QC: Éditions Saint-Martin.
- OSFQ (ORDRE DES SAGES-FEMMES DU Québec). (2002). *Philosophie*. Repéré à <http://www.osfq.org/quest-ce-qu'une-sage-femme/philosophie-et-normes-de-pratiques/>
- OSIS, Maria José Duarte, PÁDUA, Karla Simonia, DUARTE, Garciana Alves, SOUZA, Telma Rodrigues, & FAÚNDES, Anibal. (2001). The opinion of Brazilian women regarding vaginal labor and cesarean section. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, *Supplement 1*(0), S59-S66.
- PADILLA, Cesar R. (2016). The obstetric anesthesia consultation: Why the physician anesthesiologist consultation during pregnancy should be standard of care. *ASA Newsletter*, 80(8), 60-62.
- PAILLÉ, Pierre, & MUCCHIELLI, Alex. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- PAILLÉ, Pierre. (2011). Les conditions de l'analyse qualitative. *SociologieS*, 11. <http://sociologies.revues.org/3557>
- PALAZZOLO, Jérôme, & ARNAUD, Julien. (2015). Contrôle perçu et lieu de contrôle: Une approche plurifactorielle. *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 173, 412-418.
- PANCER, S Mark, PRATT, Michael, HUNSBERGER, Bruce, & GALLANT, Margo. (2000). Thinking ahead: Complexity of expectations and the transition to parenthood. *Journal of Personality*, 68(2), 253-279.
- PAQUET, Yvan. (2006). Relation entre locus of control, désir de contrôle et anxiété. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 16(3), 97-102.
- PARADIS, Mariève. (2014). Accoucher comme à la guerre. *Planète F Magazine*. Repéré à <http://www.planetef.com/dossier/abus-dans-la-salle-daccouchement/accoucher-guerre/>
- PARÉ, Isabelle. (2015, 12 novembre). En avoir ou pas?, *Le Devoir*. Repéré à <http://www.ledevoir.com/societe/actualites-en-societe/454994/en-avoir-ou-pas>

- PARENT, Marie-Julie. (2015, 1 octobre). Non, je ne veux pas d'enfant, *ICI Radio-Canada Première Médium large*. Repéré à http://ici.radio-canada.ca/emissions/medium_large/2015-2016/chronique.asp?idChronique=384578
- PARRATT, Jenny. (2002). The impact of childbirth experiences on women's sense of self: A review of the literature. *The Australian Journal of Midwifery*, 15(4), 10-16.
- PERKINS, Barbara Bridgman. (2004). *The medical delivery business: Health reform, childbirth, and the economic order*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- PETERSEN, Alan, & WILKINSON, Iain. (2008). Health, risk and vulnerability: An introduction. Dans Alan PETERSEN & Iain WILKINSON (Éds.), *Health, risk and vulnerability* (pp. 1-15). New-York, NY: Routledge.
- PLANTIN, Lars, OLYKOYA, Adepeju, & NY, Pernilla. (2011). Positive health outcomes of fathers' involvement in pregnancy and childbirth paternal support: A scope study literature review. *Fathering*, 9(1), 87-112.
- POITRAS, Geoffrey, & MEREDITH, Lindsay. (2009). Ethical transparency and economic medicalization. *Journal of Business Ethics*, 86, 313-325.
- POLETTI, Rosette. (2014). *La résilience*. St-Julien-en-Genevois, Suisse: Éditions Jouvence.
- POLLIN, Alexandre, WIDMER, Eric D, LE GOFF, Jean-Marie, & GIUDICI, Francesco. (2008). Transitions familiales et brouilles conjugales: Cumulation ou compensation des problèmes d'intimité à travers les phases du parcours de vie familial? *Enfances, Familles, Générations*, 9, 76-96.
- POTTER, Joseph E., HOPKINS, Kristine, FAÚNDES, Anibal, & PERPÉTUO, Ignez. (2008). Women's autonomy and scheduled cesarean sections in Brazil: A cautionary tale. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 35(1), 33-40.
- POULIN-CHARTRAND, Sarah. (2014). Bébé en santé, maman violentée. *Planète F Magazine*. Repéré à <http://www.planetef.com/dossier/abus-dans-la-salle-daccouchement/bebe-en-sante-maman-violentee-2/>
- POUPART, Jean. (2011). Tradition de Chicago et interactionnisme: Des méthodes qualitatives à la sociologie de la déviance. *Recherches qualitatives*, 30(1), 178-199.
- POUTA, Anneli, JÄRVELIN, Marjo-Riitta, HEMMINKI, Elina, SOVIO, Ulla, & HARTIKAINEN, Anna-Liisa. (2005). Mothers and daughters: Intergenerational patterns of reproduction. *The European Journal of Public Health*, 15(2), 195-199.
- PUIA, Denise. (2013). A meta-synthesis of women's experiences of cesarean birth. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 38(1), 41-47.
- QUÉNIART, Anne. (1987). *Le façonnement social de la grossesse: Une analyse des diverses dimensions du vécu des femmes* (Thèse de doctorat inédite). Département de sociologie, Université du Québec à Montréal, Montréal, QC.
- QUÉNIART, Anne. (1988). *Le corps paradoxal : Regards de femmes sur la maternité*. Montréal, QC: Éditions Saint-Martin.
- RAMVI, Ellen, & TANGERUD, Margrethe. (2011). Experiences of women who have a vaginal birth after requesting a cesarean section due to a fear of birth: A biographical, narrative, interpretative study. *Nursing & Health Sciences*, 13(3), 269-274.

- RAPHAEL-LEFF, Joan. (1991). *Psychological processes of childbearing*. London, UK: Chapman & Hall.
- RAPP, Rayna. (2000). *Testing women, testing the fetus: The social impact of amniocentesis in America*. New York, NY: Routledge
- RATTNER, Daphne, HAMOUCHE ABREU, Isa Paula, DE OLIVEIRA ARAUJO, Maria José, & SANTOS, Adson Roberto França. (2009). Humanizing childbirth to reduce maternal and neonatal mortality: A national effort in Brazil. Dans Robbie DAVIS-FLOYD, Lesley BARCLAY, Betty-Anne DAVISS & Jan TRITTEN (Éds.), *Birth models that work* (pp. 385-413). Berkeley, CA: Presses de l'Université de Californie.
- RCM (THE ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES). (2016). *Normal birth*. Repéré à <http://www.rcmnormalbirth.org.uk/>
- RCSF (RÉSEAU CANADIEN POUR LA SANTÉ DES FEMMES). (2004). *The blessingway*. Repéré à <http://www.cwhn.ca/en/node/39613>
- RCSF (RÉSEAU CANADIEN POUR LA SANTÉ DES FEMMES). (2012). *Page d'accueil*. Repéré à <http://www.cwhn.ca/fr>
- REDSHAW, Maggie, & HOCKLEY, Christine. (2010). Institutional processes and individual responses: Women's experiences of care in relation to cesarean birth. *Birth*, 37(2), 150-159.
- REID, Bernie, SINCLAIR, Marlene, BARR, Owen, DOBBS, Frank, & CREALEY, Grainne. (2009). A meta-synthesis of pregnant women's decision-making processes with regard to antenatal screening for down syndrome. *Social Science and Medicine*, 69(11), 1561-1573.
- REIGER, Kerreen M. (2010). "Knights" or "knaves"? Public policy, professional power, and reforming maternity services. *Health Care for Women International*, 32(1), 2-22.
- RENAUD, Marc. (1995). Le concept de médicalisation a-t-il toujours la même pertinence? Dans Louise BOUCHARD & David COHEN (Éds.), *Médicalisation et contrôle social* (pp. 167-173). Montréal, QC: ACFAS.
- RICOEUR, Paul. (1972/2010). *Ecrits et conférences, 2: Herméneutique*. Paris : Seuil.
- RICŒUR, Paul. (2001). *Le juste 2*. Paris : Éditions Esprit.
- RIESSMAN, Catherine Kohler. (1983). Women and medicalization: A new perspective. *Social Policy*, 14(1), 3.
- RIESSMAN, Catherine Kohler. (1992). Women and medicalization: A new perspective. Dans Gill KIRKUP & Laurie SMITH KELLER (Éds.), *Inventing women: Science, technology, and gender*. Cambridge, UK: Blackwell.
- RIVARD, Andrée. (2010). *L'enfantement dans un Québec moderne: Générations, mémoires, histoire* (Thèse de doctorat inédite). Département d'histoire, Université Laval, Québec, QC.
- RIVARD, Andrée. (2013). Le risque zéro lors de l'accouchement: Genèse et conséquences dans la société québécoise d'un fantasme contemporain. *Globe: Revue internationale d'études québécoises*, 16(2), 27-47.
- RIVARD, Andrée. (2014). *Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne*. Montréal, QC: Éditions du remue-ménage
- RIVARD, Andrée. (2016). *De la naissance et des pères*. Montréal, QC: Éditions du remue-ménage.

- ROBERTS, Julie, GRIFFITHS, Frances, & VERRAN, Alice. (2015). Seeing the baby, doing family: Commercial ultrasound as family practice? *Sociology*, 1-16.
- ROBERTS, Lance W. (2005). *Recent social trends in Canada, 1960-2000*. Montréal, QC: McGill-Queen's University Press.
- ROQUES, Mireille. (2003). Être père aujourd'hui, un rôle qui n'est plus donné par la fonction. *Lien social*, 677, 1-3.
- ROSE, Nikolas, & RABINOW, Paul. (2012). Le bio-pouvoir aujourd'hui. *Raison-publique*. <https://www.raison-publique.fr/article536.html>
- ROSSIGNOL, Michel, BOUGHRASSA, Faiza, & MOUTQUIN, Jean-Marie. (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
- ROTHMAN, Barbara Katz. (1977). The social construction of birth. *Journal of Nurse-Midwifery*, 22(2), 9-13.
- ROTHMAN, Barbara Katz. (1986). *The tentative pregnancy: Prenatal diagnosis and the future of motherhood*. New York, NY: Viking Penguin.
- ROTHMAN, Barbara Katz. (1991). *In labor. Women and power in the birth place*. New York, NY: W. W. Norton & Company.
- ROTHMAN, Barbara Katz. (2007). Laboring then: The political history of maternity care in the United States. Dans Wendy SIMONDS, Barbara Katz ROTHMAN & Bari Meltzer NORMAN (Éds.), *Laboring on: Birth in transition in the United States* (pp. 3-28). New York, NY: Routledge.
- ROUILLIER, Anne-Marie. (2014). *Corps, douleur et risque dans le processus menant à privilégier l'accouchement physiologique et le suivi sage-femme* (Mémoire de maîtrise inédit). Anthropologie, Université Laval, Québec, QC.
- RQASF (RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES). (2015). *Grille thématique : Obsession de la minceur et oppression de la grosseur*. Repéré à http://rqasf.qc.ca/files/grille_omog.pdf
- RSFQ (REGROUPEMENT LES SAGES-FEMMES DU QUÉBEC). (1997). *Philosophie de la pratique sage-femme*. Repéré à <http://www.rsfq.qc.ca/sage-femme/sage-femme-philosophie.html>
- RSFQ (REGROUPEMENT LES SAGES-FEMMES DU QUÉBEC). (2016). *Liste des maisons de naissance et des services de sages-femmes*. Repéré à <https://www.rsfq.qc.ca/page.php?p=13>
- RUDMAN, Ann, EL-KHOURI, Bassam, & WALDENSTRÖM, Ulla. (2007). Women's satisfaction with intrapartum care—a pattern approach. *Journal of Advanced Nursing*, 59(5), 474-487.
- SANDALL, Jane, SOLTANI, Hora, GATES, Simon, SHENNAN, Andrew, & DEVANE, Declan. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9(CD004667).
- SANTÉ CANADA. (2013). *Tests et dépistage génétiques*. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/fertilite/tests-et-depistage-genetiques.html>
- SANTÉ CANADA. (2016). *Échographie foetale à des fins de vidéos souvenirs*. Repéré à <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/med/ultrasound-echographie-fra.php>

- SAVOIE-ZAJC, Lorraine. (2010). L'entrevue semi-dirigée. Dans Benoît GAUTHIER (Éd.), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données* (5^e éd., pp. 337-360). Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- SCAMELL, Mandie. (2014). Childbirth within the risk society. *Sociology Compass*, 8(7), 917-928.
- SCHEPER-HUGHES, Nancy, & LOCK, Margaret M. (1987). The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1), 6-41.
- SEAVILLEKLEIN, Victoria. (2009). Challenging the rhetoric of choice in prenatal screening. *Bioethics*, 23(1), 68-77.
- SEGALEN, Martine. (2009). *Rites et rituels contemporains: Domaines et approches*. Paris : Armand Colin.
- SHIMONI, Rena, & BAXTER, Joanne. (2001). Working with families. Toronto, ON: Addison Wesley Longman.
- SIMKIN, Penny, & BOLDING, April. (2004). Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal of Midwifery & Womens Health*, 49(6), 489-504.
- SIMKIN, Penny. (1991). Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I. *Birth*, 18(4), 203-210.
- SIMONDS, Wendy, & ROTHMAN, Barbara Katz. (2007). Conclusion: An unending labor of love. Dans Wendy SIMONDS, Barbara Katz ROTHMAN & Bari Meltzer NORMAN (Éds.), *Laboring on: Birth in transition in the United States* (pp. 283-298). New York, NY: Routledge.
- SIMONDS, Wendy, ROTHMAN, Barbara Katz, & NORMAN, Bari Meltzer. (2007). *Laboring on: Birth in transition in the United States*. New York, NY: Routledge.
- SIMONDS, Wendy. (2002). Watching the clock: Keeping time during pregnancy, birth, and postpartum experiences. *Social Science and Medicine*, 55(4), 559-570.
- SKOLBEKKEN, John-Arne. (2008). Unlimited medicalization? Risk and the pathologization of normality. Dans Alan PETERSEN & Iain WILKINSON (Éds.), *Health, risk and vulnerability* (pp. 16-29). New-York, NY: Routledge.
- SLUIJS, Anne-Marie, CLEIREN, Marc PHD, SCHERJON, Sicco A, & WIJMA, Klaas. (2015). Does fear of childbirth or family history affect whether pregnant Dutch women prefer a home- or hospital birth? *Midwifery*, 13(12), 1143-1148.
- SMEENK, Anke D. J., & TEN HAVE, Henk A. M. J. (2003). Medicalization and obstetric care: An analysis of developments in Dutch midwifery. *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 6(2), 153-165.
- SOGC (SOCIÉTÉ DES GYNÉCOLOGUES ET DES OBSTÉTRICIENS DU CANADA). (2008). SOGC joint policy statement on normal childbirth. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada: JOGC = Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada: JOGC*, 30(12), 1163-1165.
- SOLIDAY, Elizabeth. (2012). *Childbirth in a technocratic age: The documentation of women's expectations and experiences*. Amherst, NY: Cambria Press.
- SOULÉ, Michel, & SOUBIEUX, Marie-Josée. (2003). Le diagnostic prénatal et la famille. Dans Sylvie SÉGURET (Éd.), *Le bébé du diagnostic prénatal*. Toulouse: Éditions Érès.

- SPONG, Catherine Y, BERGHELLA, Vincenzo, WENSTROM, Katharine D, MERCER, Brian M, & SAADE, George R. (2012). Preventing the first cesarean delivery: Summary of a joint Eunice Kennedy shriver national institute of child health and human development, society for maternal-fetal medicine, and American college of obstetricians and gynecologists workshop. *Obstetrics & Gynecology*, 120(5), 1181-1193.
- STABLES, Dot, & RANKIN, Jean. (2010). *Physiology in childbearing: With anatomy and related biosciences* (3^e éd.). New York, NY: Baillière Tindall.
- ST-AMANT, Stéphanie. (2004). Arsinée, Aulne et Vladimir. Dans Lysane GRÉGOIRE & Stéphanie ST-AMANT (Éds.), *Au cœur de la naissance. Témoignages et réflexions sur l'accouchement* (pp. 403-422). Montréal, QC: Éditions du remue-ménage.
- ST-AMANT, Stéphanie. (2013). *Déconstruire l'accouchement: Épistémologie de la naissance, entre expérience féminine, phénomène biologique et praxis technomédicale* (Thèse de doctorat inédite). Sémiologie, Université du Québec à Montréal, Montréal, QC.
- ST-AMANT, Stéphanie. (2014). Nous sommes les freebirthers: Enfanter sans peur et sans reproche. *Recherches féministes*, 27(1), 69-96.
- STATISTIQUE CANADA. (2016). *Profil du recensement, recensement de 2016 - Montréal [région économique], Québec et Québec [province]*. Repéré à <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/details/page.cfm?B1=All&Code1=2440&Code2=24&Data=Count&Geo1=ER&Geo2=PR&Lang=F&SearchPR=01&SearchText=Montr%EF%BF%BDal&SearchType=Begins&TABID=1>
- STEEL, Amie, ADAMS, Jon, SIBBRITT, David, BROOM, Alex, GALLOIS, Cindy, & FRAWLEY, Jane. (2015). Managing the pain of labour: Factors associated with the use of labour pain management for pregnant Australian women. *Health Expectations*, 18(5), 1633-1644.
- STERN, Dana. (1997). Maternal confidence for labor and the use of epidural anesthesia. *International Journal of Childbirth Education*, 1(12), 34-38.
- STOKHOLM, Jakob, THORSEN, Jonathan, CHAWES, Bo L, SCHJØRRING, Susanne, KROGFELT, Karen A, BØNNELYKKE, Klaus, & BISGAARD, Hans. (2016). Cesarean section changes neonatal gut colonization. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 138(3), 881-889.e882.
- STRAUSS, Anselm Leonard. (1992). *La trame de la négociation: Sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris : L'Harmattan.
- SUTHERNS, Rebecca. (2009). Human resources and the environment of birth in Canada: On the brink of a 'new normal'. *Women and Environments International Magazine*, 80(19-21).
- TAUBMAN-BEN-ARI, Orit, SHLOMO, Shirley Ben, SIVAN, Eyal, & DOLIZKI, Mordechai. (2009). The transition to motherhood-a time for growth. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(8), 943.
- THOMÉ, Cécile. (2013). *Séverine Mathieu, l'enfant des possibles. Assistance médicale à la procréation, éthique, religion et filiation*. Paris : Éditions de l'Atelier.
- THOMPSON, Gill. (2010). Psychology and labour experience: Birth as a peak experience. Dans Denis WALSH & Soo DOWNE (Éds.), *Essential midwifery practice: Intrapartum care* (pp. 191-211). Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- THORNTON, Arland, ALWIN, Duane F, & CAMBURN, Donald. (1983). Causes and consequences of sex-role attitudes and attitude change. *American Sociological Review*, 48(2), 211-227.

- TILLARD, Bernadette. (2002). *Des familles face à la naissance*. Paris : L'Harmattan.
- TISSERON, Serge. (2008). La résilience, à quel prix? *Médecine des maladies métaboliques*, 2(5), 524-527.
- TOOHILL, Jocelyn, FENWICK, Jennifer, GAMBLE, Jenny, & CREEDY, Debra K. (2014). Prevalence of childbirth fear in an Australian sample of pregnant women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 1.
- TRACY, Sally K, SULLIVAN, Elizabeth, WANG, Yueping Alex, BLACK, Deborah, & TRACY, Mark. (2007). Birth outcomes associated with interventions in labour amongst low risk women: A population-based study. *Women and Birth*, 20(2), 41-48.
- TREMBLAY, Johanne. (1983). *Un savoir de sage-femme* (Mémoire de maîtrise inédit). Anthropologie, Université de Montréal, Montréal, QC.
- TREMBLAY, Josée. (2014). *L'expérience des pères lors de la naissance de leur enfant* (Mémoire de maîtrise inédit). Sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais, Gatineau, QC.
- TULLY, Kristin P, & BALL, Helen L. (2013). Misrecognition of need: Women's experiences of and explanations for undergoing cesarean delivery. *Social Science & Medicine*, 85, 103-111.
- UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES. (2017). *Programme de baccalauréat en pratique sage-femme*. Repéré à <http://www.uqtr.ca/sage-femme>
- VADEBONCOEUR, Hélène. (2004). *La naissance au Québec à l'aube du troisième millénaire: De quelle humanisation parle-t-on?* (Thèse de doctorat inédite). Sciences humaines appliquées, Université de Montréal, Montréal, QC.
- VADEBONCOEUR, Hélène. (2008). *Une autre césarienne ou un accouchement naturel? S'informer pour mieux décider*. Montréal, QC: Carte blanche.
- VADEBONCOEUR, Hélène. (2016). *La violence obstétricale*. Repéré à <http://www.helenevadeboncoeur.com/index.php/fr/la-violence-obstetricale>
- VAN DER HULST, Leonie AM, VAN TEIJLINGEN, Edwin R, BONSEL, Gouke J, ESKES, Martine, & BLEKER, Otto P. (2004). Does a pregnant woman's intended place of birth influence her attitudes toward and occurrence of obstetric interventions? *Birth*, 31(1), 28-33.
- VAN GENNEP, Arnold. (1909/1969). *Les rites de passage*. Johnson Reprint. Repéré à http://classiques.uqac.ca/classiques/gennep_arnold_van/rites_de_passage/rites_de_passage.pdf
- VAN TEIJLINGEN, Edwin, WREDE, Sirpa, BENOIT, Cecilia, SANDALL, Jane, & DEVRIES, Raymond. (2009). Born in the USA: Exceptionalism in maternity care organisation among high-income countries. *Sociological Research Online*, 14(1), 5-5.
- VAN TEIJLINGEN, Edwin. (2005). A critical analysis of the medical model as used in the study of pregnancy and childbirth. *Sociological Research Online*, 10(2). <http://www.socresonline.org.uk/10/2/teijlingen.html>
- VASSY, Carine. (2006). From a genetic innovation to mass health programmes: The diffusion of down's syndrome prenatal screening and diagnostic techniques in France. *Social Science & Medicine*, 63(8), 2041-2051.
- VATZ LAAROUSSI, Michèle. (2002). Femmes, mères et immigrantes: Un appel au féminisme. Dans Francine DESCARRIES & Christine CORBEIL (Éds.), *Espaces et temps de la maternité* (pp. 431-455). Montréal, QC: Éditions du remue-ménage.

- VERBEEK, Peter-Paul. (2008). Obstetric ultrasound and the technological mediation of morality: A postphenomenological analysis. *Human Studies*, 31(1), 11-26.
- VERDINO, Stéphanie, AZCUE, Mathieu, & MACCAGNAN, Sandra. (2015). La péridurale, entre émancipation et norme. *La Revue sage-femme*, 14(2), 45-49.
- VIAUX-SAVEYON, Sylvie. (2013). La parentalité échographique. *Dialogue*, 15, 19-31.
- WAGNER, Marsden. (2001). Fish can't see water: The need to humanize birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, S25-S37.
- WALL, Glenda, & ARNOLD, Stephanie. (2007). How involved is involved fathering? An exploration of the contemporary culture of fatherhood. *Gender & Society*, 21(4), 508-527.
- WALSH, Denis. (2009). Pain and epidural use in normal childbirth. *Evidence Based Midwifery*, 7(3), 89-93.
- WENDLAND, Claire L. (2007). The vanishing mother: Cesarean section and "evidence-based obstetrics". *Medical Anthropology Quarterly*, 21(2), 218-233.
- WEST, Jennifer Ellis. (2011). Technology knows best: The cultural work of hospital birth in 21st century film. *Literature and Medicine*, 29(1), 104-126.
- WHITE, Joanna, & SCHOUTEN, Maria Johanna. (2014, 28 février 2013). Normal birth as a cultural phenomenon. Dans Joanna WHITE & Maria Johanna SCHOUTEN (Éds.), Actes du séminaire *Normal Birth: experiences from Portugal and beyond*, (pp. 13-20). Lisbon, Portugal.
- WHITTAKER, Andrea. (2015). Technology, biopolitics, rationalities and choices: Recent studies of reproduction. *Medical Anthropology*, 34(3), 259-273.
- WIDARSSON, Margareta, ENGSTRÖM, Gabriella, TYDEN, Tanja, LUNDBERG, Pranee, & HAMMAR, Lena Marmstål. (2015). 'Paddling upstream': Fathers' involvement during pregnancy as described by expectant fathers and mothers. *Journal of Clinical Nursing*, 24(7-8), 1059-1068.
- WIDARSSON, Margareta, KERSTIS, Birgitta, SUNDQUIST, Kristina, ENGSTRÖM, Gabriella, & SARKADI, Anna. (2012). Support needs of expectant mothers and fathers: A qualitative study. *The Journal of Perinatal Education*, 21(1), 36.
- WILLIAMS, Clare, SANDALL, Jane, LEWANDO-HUNDT, Gillian, HEYMAN, Bob, SPENCER, Kevin, & GRELLIER, Rachel. (2005). Women as moral pioneers? Experiences of first trimester antenatal screening. *Social Science & Medicine*, 61(9), 1983-1992.
- WILLIAMS, Clare. (2006). Dilemmas in fetal medicine: Premature application of technology or responding to women's choice? *Sociology of Health & Illness*, 28(1), 1-20.
- WILLIAMS, Simon J., & BENDELOW, Gillian. (1998). *The lived body: Sociological themes, embodied issues*. New York, NY: Routledge.
- WILSON, Karey. L., & SIROIS, Fuschia. M. (2010). Birth attendant choice and satisfaction with antenatal care: The role of birth philosophy, relational style, and health self-efficacy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(1), 69-83.
- WOLF, Jean-Philippe. (2015). *Espoirs et limites de l'assistance médicale à la procréation: Prendre soin de l'enfant à naître*. Paris : Odile Jacob.
- YOUNG, Diony. (2009). What is normal childbirth and do we need more statements about it? *Birth*(36), 1-3.

- ZADOROZNYJ, Maria. (1999). Social class, social selves and social control in childbirth. *Sociology of Health & Illness*, 21(3), 267-289.
- ZWELLING, Elaine. (2010). Overcoming the challenges: Maternal movement and positioning to facilitate labor progress. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 35(2), 72-78.

Annexe A
Affiche de recrutement

Enceinte d'un premier bébé Moins de 20 semaines de grossesse

Intéressée à parler de ton expérience
dans le cadre d'une thèse de doctorat



**2 entrevues durant la grossesse
et une après la naissance.**

Contacter : raymonde.gagnon.1@umontreal.ca

ou [téléphone]

Entrevues sur la grossesse raymonde.gagnon.1@umontreal.ca ou no de téléphone
--

Entrevues sur la grossesse raymonde.gagnon.1@umontreal.ca ou no de téléphone
--

Entrevues sur la grossesse raymonde.gagnon.1@umontreal.ca ou no de téléphone
--

Entrevues sur la grossesse raymonde.gagnon.1@umontreal.ca ou no de téléphone
--

Entrevues sur la grossesse raymonde.gagnon.1@umontreal.ca ou no de téléphone
--

Entrevues sur la grossesse raymonde.gagnon.1@umontreal.ca ou no de téléphone
--

Entrevues sur la grossesse raymonde.gagnon.1@umontreal.ca ou no de téléphone
--

Entrevues sur la grossesse raymonde.gagnon.1@umontreal.ca ou no de téléphone
--

Annexe B

Guide d'entretien pour les trois temps d'entretien

Guide d'entretien : thèmes et sous-thèmes

Au moment de la prise de rendez-vous, vérifier si la femme présente un problème de santé qui pourrait influencer le cours de la grossesse ou de l'accouchement.

Entretien no:1 [14-20sem] (durée : env. 60 minutes)

Éléments contextuels : (informations à obtenir au fil des entretiens)

- **Données sociodémographiques**
- **L'histoire personnelle et familiale** : leur propre naissance, les « histoires de famille autour de la grossesse et de l'accouchement.
- **L'histoire de cette grossesse** : désirée ou non, réaction du conjoint, de l'entourage
- **Le réseau** : personnes significatives, leurs perceptions de l'accouchement, leur influence

Thèmes principaux selon les objectifs de la recherche :

Les représentations culturelles et sociales des femmes sur la grossesse, de l'accouchement et de la biotechnologie

- Réaction à la connaissance de la grossesse. Circonstances l'entourant.
- Réaction du conjoint à l'annonce de la grossesse? de l'entourage
- Perception de la grossesse, l'accouchement, la venue du bébé, la maternité
- Tests ou des examens proposés ou subis; perceptions en regard de ces tests
- Valeurs par rapport à la grossesse, l'accouchement, la naissance et la maternité

Les savoirs des femmes sur la grossesse et l'accouchement

- Connaissances sur la grossesse, l'accouchement
- Sources d'information, de références
- Préparation à l'accouchement, cours prénataux

Les pratiques et le vécu lors de la grossesse, particulièrement autour de l'accouchement lui-même

- Sensations physiques et émotives depuis le début de la grossesse, réactions
- Changements ressentis, réactions face à ces changements
- Changements dans les habitudes de vie en lien avec la grossesse
- Relations avec l'entourage, la famille
- Choix du suivi de votre grossesse (critères, sources de références)
- Attentes face au médecin ou à la sage-femme

- Relation établie avec le médecin ou la sage-femme
- Tests et examens subis depuis le début de la grossesse
- Endroit prévu pour l'accouchement; raison du choix
- Sentiments en regard de l'accouchement

Le sens que les femmes accordent à cette expérience

- Anticipation du vécu de grossesse
- Signification de l'expérience de la grossesse
- Anticipation du vécu d'accouchement
- Signification de l'expérience de l'accouchement

Entretien no:2: [34-37 sem] (durée : env. 30 minutes)

Évènements significatifs depuis la première rencontre

- Suivi, choix faits ou évènements : médical, social, ...

Les représentations culturelles et sociales des femmes sur la grossesse, de l'accouchement et de la biotechnologie

- Perception du rôle du médecin ou de la sage-femme
- Perception de l'accouchement

Les savoirs des femmes sur la grossesse et l'accouchement

- Lien avec le fœtus
- Connaissances sur l'accouchement à venir
- Préparation à l'accouchement : cours prénataux, autres,...

Les pratiques et le vécu lors de la grossesse, particulièrement autour de l'accouchement lui-même

- Sensations physiques, mentales et émotionnelles depuis le début de la grossesse
- Changements survenus depuis la première rencontre
- Déroulent des rencontres de suivi de grossesse
- Sentiments en rapport avec l'accouchement imminent. Anticipation des contractions, de la douleur
- Anticipation de l'accouchement

Le sens que les femmes accordent à cette expérience

- Signification de la grossesse jusqu'à maintenant
- Signification de l'accouchement
- Anticipation de l'accueil du nouveau-né
- Anticipation de devenir mère

Entretien no:3 [2-12 sem. après l'accouchement]: (durée : env. 60 minutes)

Les représentations culturelles et sociales des femmes sur la grossesse, de l'accouchement et de la biotechnologie

- Représentation actuelle de la grossesse; de l'accouchement
- Perceptions des interventions survenues lors de l'accouchement
- Réactions face à ces interventions
- Réactions de l'entourage lors de l'accouchement ou lors du récit de l'accouchement

Les savoirs des femmes sur la grossesse et l'accouchement

- Connaissances sur son accouchement
- Partage de l'expérience avec l'entourage

Les pratiques et le vécu lors de la grossesse, particulièrement autour de l'accouchement lui-même

Retour au besoin avec des questions d'explicitation sur le récit d'accouchement.

- Déroulement du travail, de l'accouchement
- Vécu lors de l'accouchement
- Rôle et attitude des personnes présentes
- Interventions, circonstances, sensations, réactions de la femme, du conjoint
- La place prise dans les décisions- La place reconnue par les intervenants- La place souhaitée
- Perceptions du vécu de la naissance du bébé
- Les premières semaines avec le bébé

Le sens que les femmes accordent à cette expérience

- Réactions face aux imprévus lors de l'accouchement et de la naissance du bébé
- Perception actuelle de ces événements
- Sens accordé à l'expérience de la grossesse et de l'accouchement

Annexe C

Données sociodémographiques des participantes

Données sociodémographiques des participantes

Vingt-cinq femmes, primipares, ont participé à l'étude. Quatorze d'entre elles ont été recrutées dans la ville de Québec, alors que les onze autres demeuraient dans la région Mauricie-Centre du Québec(MCQ).

Données selon l'âge et le lieu de résidence

Âge/ provenance	Ville de Québec (14)	Région Mauricie-Centre du Québec (11)
24-25 ans	2	0
26-30 ans	6	6
31-35 ans	5	1
36-41 ans	1	4
Âge moyen :	30 ans	32 ans

Parmi ces femmes, trois d'entre elles étaient immigrantes et vivaient au Québec, depuis quatre à huit ans. Elles sont originaires de la Belgique, de la France et du Brésil. Les femmes de Québec étaient âgées entre 24 à 41 ans (moyenne d'âge de 30 ans) et celles de la région de CMQ avaient entre 27 et 40 ans (moyenne de 32 ans).

Vie de couple :

Nb Années vie couple/ provenance	Ville de Québec (14)	Région Mauricie-Centre du Québec (11)
Ne vit pas en couple	1	0
moins de 1 an	1	0
1-2 ans	1	4
3-4 ans	4	1
5-6 ans	2	2
7-8 ans	2	4
9- 10 ans	2	0
11 ans et +	1	0
Moyenne	5,4 ans	4 ans

Elles vivaient toutes en couple, sauf une femme de la ville de Québec; par contre le père de l'enfant s'est impliqué tout au long de la grossesse, l'accouchement et après la naissance. La durée de vie de couple variait entre quelques mois à onze ans (moyenne de 5,4 ans) pour les femmes de Québec et entre un an et huit ans (moyenne 4 ans) pour les femmes de CMQ.

Niveau de scolarité

Niveau de scolarité/ provenance	Ville de Québec (14)	Région Mauricie-Centre du Québec (11)
Secondaire-DEP	2	0
Collégial	4	3
Universitaire	8	8

Les répondantes de la région MCQ étaient plus scolarisées (3 niveau collégial et 8 universitaire) comparativement à celles de Québec (2 niveau secondaire-diplôme d'études professionnelles, 4 collégial et 8 universitaires). Par contre le statut d'emploi était meilleur dans la ville de Québec, puisque deux femmes de la région CMQ étaient en chômage ou prestataire de l'aide sociale comparativement à aucune pour Québec.

Secteurs d'emploi

Secteur d'emploi/ provenance	Ville de Québec (14)	Région MCQ (11)	Total
Services (serveuse, secrétaire, éducatrice garderie, coiffeuse, environnement, médias)	4	3	7
Santé (massothérapeutes, travail social, orthophoniste, ergothérapeute, vétérinaire)	4	2	6
Administration (agente administration, conseillère direction, organisatrices d'évènements, consultante productions culturelles, coordinatrice, directrice adjointe)	4	2	6
Éducation (enseignement secondaire et collégial)	0	3	3
Étudiantes maîtrise et postdoctorat	2	1	3

Statut d'emploi durant la grossesse-Retrair préventif et congé de maternité

Statut emploi/provenance	Ville de Québec (14)	Région Mauricie-Centre du Québec (11)
Chômage ou aide sociale	0	2
Retrait préventif	5	1
Réaffectation*	1	0
Arrêt volontaire à 20 sem	1	0
réaménagement/t.partiel	0	1
enseignante*/congé scolaire	0	1
*Congé de maternité à partir de:		
32-35 sem	2	2
36-38 sem	3	3
39-40 sem	2	1

*Note : Elles occupaient un emploi correspondant à un temps complet.

Près de la moitié des participantes à l'étude ont obtenu un retrait préventif, ce qui correspond aux statistiques québécoises¹¹⁹. Ainsi, 4/14 femmes de la ville de Québec ont obtenu un retrait préventif dès les premiers jours suivant la confirmation de la grossesse : une à 24 semaines et une autre a été réaffecté à son travail jusqu'à 33 semaines. Une travailleuse autonome, a choisi de mettre fin à ses activités professionnelles à partir de 20 semaines de grossesse, car elle ressentait beaucoup de contractions prématurées. En MCQ, une femme sur onze a été en retrait préventif à partir de quatre semaines de grossesse. Deux étaient en chômage, mais l'une d'elles suivait une formation. Une autre femme, nouvellement déménagée, n'avait pu retrouver du travail et profitait de cette période pour compléter la rédaction de sa maîtrise. Une autre participante a pu réaménager son horaire de travail à demi-temps, de 28 semaines jusqu'à 34 semaines de grossesse, alors qu'une autre a bénéficié des vacances d'été des enseignants. À remarquer que cinq femmes de Québec se sont retrouvées à la maison dès les cinq premiers mois de leur grossesse comparativement à une seule de la région MCQ.

Peu importe leur lieu de résidence, le tiers des femmes avaient décidés de travailler le plus longtemps possible pour pouvoir bénéficier de plus de semaines de congé avec leur bébé. Il s'agissait évidemment des femmes sans régime autre que le RQAP¹²⁰, les travailleuses autonomes et celles en stage post doctoral.

¹¹⁹ En 2013, plus de 37,4 % des femmes avaient obtenu un retrait du travail ou une réaffectation de tâches (CSST, 2015).

¹²⁰ RQAP : Régime québécois d'assurance parentale.

Annexe D

Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre de la recherche : Comment penser l'accouchement physiologique à l'ère de la biotechnologie : les femmes enceintes ou nouvellement accouchées nous renseignent.

Chercheuse : Raymonde Gagnon, étudiante au doctorat, Direction Arts et sciences : Programme Sciences humaines appliquées, Université de Montréal

Directrice de recherche : Sylvie Fortin, professeure agrégée, Département d'anthropologie, Université de Montréal

A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

1. Objectif de la recherche

Ce projet vise à mieux comprendre les représentations des femmes sur la grossesse et l'accouchement, leur vécu et le sens qu'elles accordent à cette expérience.

2. Participation à la recherche

Votre participation à ce projet consiste à accorder deux entrevues à la chercheuse durant votre grossesse, soit : 1) entre 14 et 20 semaines et 2) entre 34 et 37 semaines, et une autre entrevue de 2 à 12 semaines après la naissance de votre bébé. Il vous sera également demandé d'écrire ou d'enregistrer le récit de votre accouchement.

Les entrevues portent sur les éléments suivants :

- Comment vous concevez la grossesse, l'accouchement et les biotechnologies;
- Votre expérience de la grossesse et de l'accouchement
- À posteriori ce que signifie pour vous cette expérience

Ces entrevues seront enregistrées, avec votre autorisation, sur support audio afin d'en faciliter ensuite la transcription et elles devraient durer entre 30 à 90 minutes. Le lieu et le moment de l'entrevue seront déterminés avec la chercheuse, selon vos disponibilités.

3. Confidentialité

Les renseignements personnels que vous nous donnerez demeureront confidentiels. Chaque participant à la recherche se verra attribuer un numéro et seul la chercheuse et son équipe auront la liste des participants et des numéros correspondants. De plus, les données seront conservées sous clé au bureau de l'étudiante-chercheuse, à son domicile. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. Les enregistrements seront transcrits et ensuite détruits. Les transcriptions seront détruites, ainsi que toute information personnelle, sept ans après la fin du projet. Seules les données ne permettant pas de vous identifier seront conservées après cette période.

4. Avantages et inconvénients

En participant à cette recherche, vous pourrez contribuer à une meilleure compréhension de l'expérience des femmes lors de la grossesse et de l'accouchement. Il n'y a pas de risque particulier à participer à ce projet. Il est possible cependant que certaines questions puissent raviver certains souvenirs liés à une expérience désagréable. Vous pourrez à tout moment refuser de répondre à une question ou même mettre fin à l'entrevue.

5. Droit de retrait

Votre participation à ce projet est entièrement volontaire et vous pouvez à tout moment vous retirer de la recherche sur simple avis verbal et sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec la chercheuse, au numéro de téléphone indiqué ci-dessous. À votre demande, tous les renseignements qui vous concernent pourront aussi être détruits. Cependant, après le déclenchement du processus de publication (où seules pourront être diffusées des informations ne permettant pas de vous identifier), il sera impossible de détruire les analyses et les résultats portant sur vos données.

B) CONSENTEMENT

J'ai pris connaissance des informations ci-dessus, après avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation et comprendre en quoi consiste cette recherche

J'accepte de prendre part à cette recherche et je sais que je peux me retirer en tout temps sans problème et sans donner de raison, simplement en prévenant la chercheuse

Je consens à ce que l'entrevue soit enregistrée : Oui Non

Seriez-vous disponible pour échanger avec la chercheuse en cours d'analyse?

Oui Non

J'accepte que les données recueillies dans le cadre du présent projet de recherche soient utilisées pour d'autres projets de même nature, à condition que ces projets soient approuvés par un comité d'éthique de la recherche. Oui Non

Signature : _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

J'affirme avoir fourni toutes les informations concernant ce projet et je suis disponible pour répondre à toute question.

Signature de la chercheuse : _____ Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Pour toute question relative à l'étude, ou pour vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec Raymonde Gagnon au numéro de téléphone 1-800-365-0922 poste 4067 ou à l'adresse courriel raymonde.gagnon.1@umontreal.ca

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca (**l'ombudsman accepte les appels à frais virés**).

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche de la Faculté des arts et des sciences de l'Université de Montréal. No de certificat : CERFAS-2013-14-116-D. Et par le comité d'éthique du CSSS de la Vieille-Capitale : 2013-2014-21.

Annexe E

Tests et examens biomédicaux-Interventions obstétricales

Tests et examens biomédicaux-Interventions obstétricales

Préconception et grossesse

Fécondation in vitro (FIV) :

C'est une technique permettant la fécondation des ovules par les spermatozoïdes à l'extérieur du corps de la femme, soit en laboratoire. La plupart du temps, une médication stimule les ovaires pour la production d'ovules, lesquels sont prélevés et fécondés par les spermatozoïdes pour créer des embryons. Un ou plusieurs embryons seront transférés dans l'utérus, deux à cinq jours plus tard. Les embryons surnuméraires pourront être congelés pour être transférés ultérieurement (Clinique OVO, 2016). En 2013, 2 % des enfants nés au Québec (environ 1723) étaient issus de la FIV (CSBE, 2014; FQPN, 2014).

En cours de traitement, les effets indésirables peuvent être : bouffées de chaleur, douleurs abdominales, saignements.

Les risques associés sont : les grossesses multiples (1/6 comparé à 1/40), la prématurité (19 % si un seul embryon), la mortinaissance et la césarienne. Les anomalies chromosomiques fœtales et certaines anomalies congénitales font aussi partie du tableau (CSBE, 2014; FQPN, 2014; Johnson & Tough, 2012).

Techniques de procréation médicalement assistée :

Ensemble de pratiques cliniques et biologiques où la médecine intervient dans la procréation quand il y a absence de conception. Parmi ces techniques, on retrouve l'insémination artificielle, la stimulation ovarienne, la fécondation in vitro, l'injection intra-cytoplasmique d'un spermatozoïde, le diagnostic préimplantatoire, la maturation in vitro, la mère porteuse

Test d'ovulation :

Test urinaire qui permet de détecter l'hormone lutéinisante (LH). Cette hormone est toujours présente dans l'urine de la femme, mais son taux augmente rapidement 24 à 36 heures avant l'ovulation.

Test de grossesse :

Test urinaire ou sanguin qui permet de détecter la grossesse en mettant en évidence la gonadotrophine chorionique (HCG). Cette hormone est sécrétée par la femme enceinte dès le début du développement de l'embryon.

Les tests de grossesse urinaires sont vendus sans ordonnance dans les pharmacies et certains magasins à grande surface. À partir du jour prévu des menstruations, le taux de précision peut aller jusqu'à 99 %. Toutefois, des résultats faux positifs et faux négatifs peuvent survenir. Les recommandations des fabricants des tests et des pharmacies sont de faire confirmer avec un autre test, comme un test sanguin, puisqu'ils servent à dépister la grossesse, mais ne permettent pas de poser un diagnostic définitif. Certains tests de grossesse précoces permettent de donner des résultats jusqu'à cinq jours avant la date prévue des menstruations, mais ils sont moins fiables.

Échographies obstétricales (fœtales) :

Examen effectué à l'aide d'un appareil à ultrasons pour étudier le développement du fœtus et visualiser le placenta.

Santé Canada met en garde contre l'échographie à des fins non-diagnostiques en informant que l'échographie fœtale « démontre une excellente fiche de sécurité », mais que « des éléments probants suggèrent qu'il pourrait y avoir une incidence biologique sur le fœtus, même lors de l'usage à des fins diagnostiques ». L'usage est non recommandé pour la photo, la vidéo et pour connaître le sexe du bébé (Santé Canada : en ligne, juillet 2016).

Les ultrasons sont une forme d'énergie et peuvent donc produire des effets biologiques lorsqu'ils traversent les tissus, notamment une élévation de température. Cette hyperthermie peut avoir des effets tératogènes (Gammeltoft, 2007; Franchi-Abella, 2011).

Selon l'agence de la santé publique du Canada (2009), le pourcentage d'utilisation de l'échographie prénatal serait passé de 61 % en 2001 à 99,8 % en 2009. De ce nombre, 84,2 % des femmes ont eu plus d'une échographie, la moyenne étant de trois échographies par grossesse.

Échographie de datation :

Détermination de l'âge gestationnel (nombre de semaines de grossesse) avec une échographie; habituellement réalisée entre 7 et 9 semaines de gestation.

Échographie du 1^{er} trimestre :

Permet de vérifier la progression de la grossesse, la présence ou non de l'os nasal et de mesurer la clarté nucale. Cet examen est habituellement fait entre 11 et 14 semaines de grossesse.

Mesure de la clarté nucale par échographie :

Mesure échographique de l'espace sous-cutané situé sous la nuque du fœtus. La clarté nucale est un marqueur qui sert à dépister les trisomies (entre 11 et 14 semaines de grossesse).

Échographie du 2^e trimestre :

Échographie réalisée autour de 20 semaines de grossesse. Elle sert à observer le développement morphologique du fœtus pour dépister les malformations.

Échographie du 3^e trimestre :

Échographie réalisée autour de 32-34 semaines de grossesse. Elle permet de s'assurer de la croissance du fœtus et de vérifier sa position, la quantité de liquide amniotique, la position du placenta.

L'examen clinique est un bon indicateur et l'échographie n'est pas toujours requise.

Tests de dépistage génétique : (dans le contexte de la grossesse)

Tests qui servent à établir si les gènes ou les chromosomes d'une personne sont liés à une affection pouvant être transmise au fœtus. Aide à voir si le futur bébé est susceptible de développer certaines affections génétiques transmises par les gènes des parents.

Habituellement réservés, du moins dans le secteur public de la santé, lorsqu'il y a des antécédents familiaux d'un important problème de santé. Les résultats de ces tests ne sont pas toujours clairs.

Test de dépistage de la trisomie 21 :

Test qui permet de déterminer si le fœtus a une probabilité faible ou élevée d'avoir la trisomie 21, mais qui ne permet pas de certifier si le bébé en sera atteint ou non.

Le calcul de la probabilité se fait en fonction de l'âge maternel. On compare le risque personnel de la femme en fonction du risque évalué chez les femmes entre 20 et 40 ans; donc une femme de 30 ans peut avoir un risque comparable à son âge, à celui d'une femme de 20 ans (risque faible) ou de 40 ans (risque élevé) ou bien évidemment être située entre les deux (risque modéré).

Le test est réalisé à l'aide de deux prises de sang (1^e entre 10 et 13 semaines de grossesse et la 2^e entre 14 et 16 semaines) pour faire l'analyse de protéines et d'hormones fœtales ou placentaires.

Les tests sanguins peuvent être accompagnés d'un test de clarté nucale.

Amniocentèse :

Test qui consiste à prélever du liquide amniotique en insérant une aiguille dans le ventre de la femme enceinte afin d'analyser les chromosomes du fœtus. Sert à diagnostiquer la trisomie 21 ou d'autres anomalies chromosomiques. Dans ce dernier cas, les parents seront dirigés vers un spécialiste de la génétique.

Ce test est fait après la 15^e semaine de grossesse (habituellement entre 15 à 18 semaines). Risque de complications de 0,5 à 1 % pour le fœtus, y compris la fausse couche. Les complications les plus fréquentes pour la mère (2 à 5 %) sont : perte de liquide amniotique, contractions utérines, douleurs abdominales.

Test jugé très fiable pour la trisomie 21. Par contre, il ne peut renseigner sur le degré de déficience intellectuelle ou sur d'éventuels problèmes de santé.

Examens dit « de routine 1, 2 et 3 », aussi appelés les :

Cycle 1 (dépistage de la trisomie et autres tests sanguins et urinaires : groupe sanguin, formule sanguine, glycémie, statut immunitaire de la rubéole, de la 5^e maladie; les ITS,

Cycle 2 (échographie de base et dépistage du diabète gestationnel),

Cycle 3 (échographie et autres tests sanguins et test de dépistage du streptocoque du groupe B).

Test de réactivité fœtale :

Test effectué à l'aide d'un moniteur fœtal électronique pour déterminer indirectement le bien-être fœtal. Le rythme cardiaque fœtal est enregistré sur un tracé et mis en relation avec les mouvements fœtaux. L'activité utérine apparaît aussi sur le tracé. Un tracé normal indique que le fœtus reçoit une bonne oxygénation.

Profil biophysique :

Évaluation du bien-être fœtal réalisé sous échographie et à l'aide d'un tracé du rythme cardiaque fœtal. On mesure alors différents paramètres chez le fœtus : les mouvements, la tonicité, la respiration, le volume du liquide amniotique qui entoure le fœtus. La fréquence cardiaque du fœtus est aussi observée pendant 20 minutes à l'aide du cardiotocographe qui génère un tracé de la fréquence cardiaque du fœtus, des contractions de la mère et des moments où le fœtus bouge.

Les principales interventions utilisées lors de l'accouchement étaient :

Accélération du travail : (aussi appelée stimulation ou régularisation)

Intervention qui consiste à augmenter la force et la durée des contractions durant le travail afin d'accélérer la progression du travail, soit par perfusion d'ocytocine ou amniotomie.

Césarienne :

Chirurgie majeure consistant à faire une incision dans l'utérus de la femme afin d'en extraire le bébé.

Déclenchement :

Déclenchement artificiel du travail dans le but de provoquer l'accouchement en ayant recours à des moyens pharmacologiques (ex. perfusion d'ocytocine, cytotec) ou mécaniques (amniotomie), avant que le travail débute naturellement.

Épisiotomie :

Intervention qui consiste à sectionner la muqueuse vaginale et les muscles superficiels du périnée pour agrandir l'orifice de la vulve.

Forceps :

Instrument médical ayant la forme d'une pince qui sert à saisir la tête du bébé et écarter les tissus maternels pour faire naître l'enfant.

Monitoring fœtal électronique ou surveillance fœtale électronique (cardiotocographie) :

Enregistrement du rythme cardiaque fœtal et de l'activité d'utérine à l'aide d'un appareil (cardiotocographe)

Péridurale (épidurale) :

Mode d'analgésie réalisé par un anesthésiste pour diminuer la douleur du travail qui consiste à insérer une aiguille dans l'espace péridural pour laisser un cathéter de plastique en place permettant d'introduire de façon continue une solution médicamenteuse.

Prophylaxie antibiotique pour le streptocoque *B* :

Administration d'un antibiotique à la mère pour prévenir l'infection à streptocoque *B* chez le nouveau-né.

Rupture artificielle des membranes (amniotomie) :

Consiste à rompre les membranes amniotiques (enveloppe fœtale) avec un amniotome ou perce-membrane (crochet de plastique) afin d'entraîner l'écoulement du liquide amniotique.

Soluté :

Perfusion intraveineuse d'une solution liquidiennne visant à hydrater ou à compenser les pertes de sang.

Stripping du col ou décollement des membranes :

Balayage manuel des membranes amniotiques fait en introduisant les doigts dans le col, et qui consiste à glisser un doigt entre le bord du col utérin et la poche des eaux. Vise à stimuler la sécrétion de prostaglandines, hormones responsables de déclencher les contractions pour l'entrée en travail.

Surveillance fœtale électronique :

Surveillance du rythme cardiaque fœtal durant le travail à l'aide d'un moniteur électronique

Ventouse :

Instrument médical qui consiste en une cupule siliconée qu'on place sur la voûte crânienne du bébé après l'avoir introduit dans le vagin de la mère, pour accélérer ou faire naître l'enfant.