

Université de Montréal

Accoucher hors de l'hôpital.

« Expertes », « alternatives » ou « déçues », une typologie des parcours de femmes.

Par Elise Gervais

Département de sociologie
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M. Sc.) en sociologie

Avril, 2020

© Gervais Elise, 2020

Ce mémoire intitulé

Comment en arrive-t-on au suivi sage-femme? Une décision basée sur l'expertise, la politique ou le passé

Présenté par

Elise Gervais

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Nicolas Sallée

Président-rapporteur

Cécile Van de Velde

Directrice de recherche

Anne Calvès

Membre du jury

Résumé

Ce mémoire porte sur dix-huit femmes ayant choisi de donner naissance en dehors du milieu hospitalier, assistées par une sage-femme. Des entretiens semi-dirigés ont été menés auprès d'elles afin d'en faire ressortir un portrait global de qui elles sont dans leur globalité, en laissant le maximum de place aux émotions et en laissant libre cours à leur récit de vie.

C'est ensuite par une analyse rétrospective traversant différentes dimensions impliquées dans les parcours de vie, soit la dimension temporelle, relationnelle et médicale, que nous avons pu en apprendre davantage sur les aspirations qui les ont menées au suivi sage-femme, en plus d'approfondir le vécu de l'accouchement et les nouvelles implications périnatales de ces femmes.

Cette enquête fait ressortir des similitudes et différences parmi les interrogés, qui se déclineront selon trois idéaux types, les « expertes », les « alternatives » et les « déçues ».

Mots-clés : Suivi sage-femme, grossesse, normes, dimensions, accouchement, choix, parcours de vie, aspiration, idéal type, implication périnatale

Abstract

This thesis focuses on eighteen women who chose to give birth outside the hospital, assisted by a midwife. Semi-structured interviews were conducted with them in order to bring out a global portrait of who they are in their entirety, leaving the maximum space for emotions and giving free rein to their life story.

It was then through a retrospective analysis through different dimensions involved in the life course, dimensions temporal, relational and medical, that we were able to learn more about the yearnings that led to midwifery follow-up, in addition to deepening the experience of childbirth and the new perinatal implications of these women.

This survey reveals similarities and differences among respondents, which will be broken down into three ideal types, the "experts", the "alternatives" and the "disappointed".

Keywords: Midwifery, pregnancy, norms, dimensions, childbirth, choice, life course, yearning, ideal type, perinatal involvement

Table des matières

Résumé en français et mots clés	i
Résumé en anglais et mots clés	ii
Table des matières et liste des tableaux	iii
Dédicace	vi
Remerciements	vii
Introduction	1
Chapitre 1 : Accoucher au Québec : une perspective historique	4
1.1 L'histoire de la périnatalité au Québec : l'accouchement comme concept évolutif	5
1.1.1 16 ^e au 18 ^e siècle : de l'homme sage-femme à l'accoucheur	6
1.1.2 20 ^e siècle : la standardisation de l'accouchement	7
1.1.3 La découverte et l'exploitation de l'ocytocine	9
1.2 L'histoire du « risque obstétrical » selon Andrée Rivard.....	10
1.2.1 19 ^e siècle : haut taux de mortalité infantile	10
1.2.2 20 ^e siècle : l'accouchement dirigé favorisé et l'hôpital comme assurance tout risque	11
1.2.3 Les risques perçus mènent au sentiment de peur.....	12
1.3 Depuis le début du mouvement d'« humanisation » au Québec.....	14
Conclusion de chapitre	16
Chapitre 2 : Les sciences sociales sur le terrain de l'accouchement assisté par une sage- femme	17
2.1 Comment arriver au suivi sage-femme? Pour choisir, il faut être au courant!	17
2.2 Qui a recours au suivi sage-femme? Les caractéristiques des familles.....	18
2.3 Pourquoi choisir un suivi sage-femme?.....	20
2.3.1 L'importance de la relation entre la cliente et sa sage-femme	20
2.4 Quels choix pour le lieu de la naissance	22
2.4.1 Faire le choix de l'autonomie.....	23
2.4.2 L'hôpital avec une sage-femme : entre sécurité et autonomie.....	24
2.4.3 Hors hôpital avec une sage-femme : la confiance et le confort	24
2.5 Recontextualiser la naissance, malgré les « risques ».....	25
2.5.1 Les femmes qui accouchent chez elles	27
Conclusion de chapitre	27
Chapitre 3 : Naissance d'une sociologie de la grossesse et de l'accouchement	29
3.1 L'expérience de la grossesse et de l'accouchement : l'apport de Béatrice Jacques ..	29
3.1.1 Accompagnement global et accouchement à domicile : 4 profils.....	30
3.1.2 Le désir d'un accompagnement global	31
3.2 La naissance comme « projet » : une thèse de Charrier et Clavandier	32
3.2.1 Le don de la vie.....	33
3.2.2 Les lieux de naissance : Une scène à la fois privée et publique.....	34
3.2.3 L'expérience de l'engendrement	35
Conclusion de chapitre	36

Chapitre 4 : Le cadre analytique et méthodologique	37
4.1 Une approche sur les parcours de vie	37
4.1.1 La dimension temporelle : trajectoires et choix de vie.....	38
4.1.2 La dimension relationnelle : l'influence des autres	38
4.1.3 La dimension médicale : expériences du passé et de l'accouchement	39
4.2 Les entretiens qualitatifs semi-dirigés	40
4.2.1 Le recrutement des participantes.....	41
4.2.2 Description de l'échantillon	42
4.2.3 Une enquête ciblée sur les mères.....	43
4.2.4 Guide d'entretien par dimensions	43
4.3 Stratégie analytique	44
4.4 Limites et biais du terrain	45
4.5 Intérêt de cette approche en sociologique de l'accouchement.....	45
Conclusion de chapitre	46
Chapitre 5 : Parcours, entourage et rapport au médical : Fortes similitudes entre les femmes interrogées	48
5.1 Des profils sociaux profitables au suivi sage-femme	48
5.1.1 Des femmes plus scolarisées.....	48
5.1.2 Des femmes en bonne santé générale	49
5.1.3 Une vision relative du risque.....	50
5.2 La dimension relationnelle : entre support et adversité	50
5.2.1 Des situations stables qui permettent une certaine flexibilité	50
5.2.2 Des conjoints impliqués	51
5.2.3 L'entourage qui donne du fil à retordre.....	52
5.3 La dimension médicale : l'accouchement en trois temps	52
5.3.1 Avant l'accouchement, le projet de naissance	53
5.3.2 Une forte alliance thérapeutique.....	53
5.3.3 L'expérience de l'accouchement, la réalisation du plan de naissance	54
5.3.4 La douleur du travail n'a pas pris le dessus sur le discours des femmes.....	55
5.3.5 Une grande confiance en leur corps	55
5.3.6 Une confiance quasi totale envers les sages-femmes	56
5.3.7 En période post-natale, elles redonnent à la cause à leur manière	57
5.3.8 Des valeurs parentales en lien avec la pratique sage-femme	58
Conclusion de chapitre	58
Chapitre 6 : Les « expertes » : Un discours d'évidence	60
6.1 Les « expertes » par héritage familial.....	60
6.1.1 L'idée d'un suivi sage-femme prend racine dans l'histoire familiale.....	61
6.1.2 Des femmes conscientisées depuis toujours	62
6.1.3 Une confiance symbolique envers la pratique sage-femme	62
6.1.4 L'accompagnement, même à l'hôpital.....	63
6.1.5 Des choix adaptés	63
6.1.6 Des attentes déçues?	64
6.1.7 Des femmes toujours informées et qui informent	64
6.2 Les « expertes » par appropriation personnelle.....	66

6.2.1 Intriguées par la naissance.....	66
6.2.2 Convaincue après s’être impliquée et avoir autant appris	66
6.2.3 Elles s’informent au moment de l’annonce de la grossesse	67
6.2.4 Un personnel à l’écoute malgré un transfert.....	68
Conclusion de chapitre	70
Chapitre 7 : Les « alternatives » : un choix politique	71
7.1 Les « alternatives » par le rapport au corps	71
7.1.1 Des passionnées du corps	71
7.1.2 Critiquées par l’entourage	72
7.1.3 Des femmes en confiance	74
7.1.4 Un postnatal au service de la population	74
7.2 Les « alternatives » par la défense de l’humain	76
7.2.1 Des femmes au plus près de la biologie humaine	76
7.2.2 Comme des humaines.....	78
7.2.3 L’accompagnement vers un bel allaitement	79
Conclusion de chapitre	80
Chapitre 8 : Les « déçues » : le rejet de l’option hospitalière.....	81
8.1 Les « déçues » qui rejettent le médical	81
8.1.1 Des mauvaises expériences à l’hôpital	81
8.1.2 L’expérience d’accouchement : le calme après la tempête	84
8.1.3 Un idéal type moins impliqué en périnatalité	85
8.2 La « déçue » qui a peur de l’hôpital.....	86
8.2.1 La maison de naissance, un milieu loin d’être anodin.....	86
Conclusion de chapitre	87
Conclusion & discussion	88
Références.....	93
Annexe A : Données.....	97

Dédicaces

Mes deux p'tits loups, vous qui avez vu le jour au courant de l'écriture de ce mémoire et qui m'ont accompagné à tous les instants ! Je me serai impliquée dans ce projet autant émotionnellement que par mon temps afin d'exposer cette réalité si peu connue du public, mais pour laquelle nous avons au sein de notre cocon familial de si beaux souvenirs. Je vous dois beaucoup, par votre amour si encourageant comme par les expériences qu'on a pu traverser ensemble.

Merci à toi, mon bel amour, d'avoir permis ce mémoire par ton soutien, ton amour et ton écoute. J'ai tellement de chance qu'on se complète aussi bien toi et moi!

Je n'ai que mille mercis à offrir aux grands-parents de nos minis, qui nous suivent dans toutes nos aventures et qui sont pour nous un filet de secours sans lequel la vie ne pourrait pas être comme nous la connaissons actuellement !

C'est grâce et pour vous tous, amis et famille que je remets officiellement mon projet! Je souhaite maintenant que tous ces efforts, en plus de ceux déployés à la maîtrise en santé publique, me permettent d'apporter un éclairage nouveau à la recherche sur des questions périnatales.

Remerciements

C'est très chaleureusement que je tiens à remercier ma directrice de recherche, Cécile Van de Velde pour son appui indispensable à mon projet. Ses bonnes idées, sa perspicacité lors de mes moments de grands désespoirs m'ont aidé à aller jusqu'au bout de ce projet qui me tenait tant à cœur. Elle a su m'accommoder à tous les moments, me guider, et m'accompagner.

Merci aux membres du jury qui auront permis de clarifier plusieurs aspects de mon mémoire. Je considère avoir rendu, au regard de leurs critiques constructives, un meilleur travail et j'apprécie énormément cet effort collaboratif.

Amis, collègues de classe et professeurs qui ont été mis sur mon passage tout au long de mes études, vous avez permis l'évolution de mon projet. Je vous en serai toujours reconnaissante!

Les femmes rencontrées lors des entretiens ont construit ce mémoire par leur vécu. Sans elles, rien de tout ça n'aurait pu voir le jour. Par tous ces récits, les femmes ont pu nous livrer une expérience unique venant combler un manque de connaissance et de partage d'un évènement pourtant si commun, naturel et universel.

Également, aux chercheurs de partout dans le monde, merci de vous impliquer dans la sphère périnatale et d'ainsi apporter des connaissances nouvelles sur toutes sortes de problématiques qui me tiennent à cœur. Sans le partage de récits ou de chercheurs pour transmettre l'information, nous ne serions pas en mesure d'informer quelconque public. Merci d'avoir tous contribué à votre façon à l'avancement de ce mémoire et aux idées qui y sont liées, j'espère avoir rendu hommage à vos recherches.

Introduction

Ce projet de mémoire vise à explorer les trajectoires de femmes ayant choisi de donner naissance hors du milieu hospitalier au Québec, un thème que nous considérons comme peu exploité dans la sociologie québécoise. Sans se limiter à l'expérience individuelle de la grossesse et de la naissance, notre recherche explore les parcours de vie de femmes ayant fait appel aux services sage-femme. Nous approfondissons ce sujet pour mieux comprendre les fondements de ce choix et sa place au sein des trajectoires familiales, conjugales et médicales, ainsi que ses effets sur l'expérience de la période périnatale.

La question de l'accouchement hors hôpital s'impose aujourd'hui comme un enjeu social majeur puisque les demandes d'accès à un suivi sage-femme sont croissantes au Québec. Une étude menée par le Ministère de la Santé et des Services sociaux auprès des familles ayant entamé un suivi auprès d'une sage-femme montre que la demande croît rapidement : entre 2007 et 2011, une augmentation de 49% des suivis est observée, passant de 1790 femmes en 2007 à 2668 femmes en 2011 (Côté, 2015). Parmi les répondants, 80,7% des familles ont choisi d'accoucher en maison de naissance, 17,2% à la maison et 2,1% en milieu hospitalier. Le Ministère annonçait dans la Politique de périnatalité 2008-2018¹ qu'en 2019, 10% des femmes enceintes auraient accès à un suivi sage-femme afin de répondre à la demande de la population (Laverdière, 2008). En 2018, 12 maisons de naissance étaient actives au Québec et 6 services de sage-femme étaient disponibles, soit un dans Lanaudière et 5 au Nunavik (RSFQ, sd b). Nous savons qu'en 2010, 2,6% des femmes donnaient naissance assistée par une sage-femme (RNR, 2010). Statistique Canada estime à 83 800 le nombre de naissances au Québec en 2018 dont 22 940 ont lieu à Montréal (Girard, 2019). Avec seulement trois maisons de naissance comptant environ 200 suivis de grossesses par année, nous sommes loin, dans ce grand bassin, des 10% annoncés par la Politique de périnatalité 2008-2018. La Politique de périnatalité est maintenant arrivée à

¹ « La Politique reconnaît les bienfaits de limiter la médicalisation lors de la naissance, mais les taux d'interventions obstétricales n'ont pourtant pas diminué » (Desrochers et Renaud, 2010).

terme et le gouvernement de la Coalition Avenir Québec n'a pour le moment rien annoncé en lien avec l'organisation des soins périnataux.

La question de la naissance hors du milieu hospitalier ne s'inscrit pas comme un retour aux traditions, tel que les naissances étaient vécues autrefois. Le Québec est avant-gardiste en ce qui a trait à la gestion des suivis de grossesse et des lieux d'accouchement. Bien que la légalisation de la pratique sage-femme soit assez récente, soit depuis 1999, des groupes citoyens ont montré une volonté d'améliorer les soins obstétricaux depuis près de 50 ans déjà. Nous verrons au travers de ce mémoire l'évolution de la place de la sage-femme dans le milieu des naissances, puis de la place de la notion d'incertitude de l'enfance en passant par le concept de risque obstétrical (Carricaburu, 2007) et finalement des demandes d'humanisation des naissances qui feront renaître une version actualisée de la profession sage-femme, ciblée sur les besoins de la clientèle.

Ironiquement, malgré le taux minime d'accouchement hors hôpital, la population tout comme les institutions sociopolitiques semblent éprouver un malaise face au phénomène de l'accouchement hors du milieu hospitalier (Lemay, 1997). À l'ère de l'accouchement médicalisé et masculinisé (Lemay, 1997 & St-Amant, 2014), bien installé dans les pays industrialisés, choisir de « sortir » son accouchement du milieu hospitalier n'est pas retour aux traditions d'antan, mais plutôt une forme d'empowerment, de prise en charge de l'expérience de la grossesse et de l'accouchement. Le passage « entre le moment où tu portes l'enfant et où l'enfant vient à la vie » (Lemay, 1997) peut être lourd de signification pour ceux et seules qui se demandent pourquoi et comment accoucher, ce qui vient tout particulièrement souligner l'importance sociologique de la question. L'étude des relations entre le personnel sage-femme et la famille, des vécus des familles, tout comme des représentations sociales qui appuient leurs choix sont au cœur de ce mémoire.

C'est dans ce contexte que le présent mémoire portera sur l'accouchement en maison de naissance. C'est afin de répondre à la question de recherche suivante que nous structurerons les différentes sections de ce mémoire : « Quelles sont les différentes aspirations qui conduisent ces femmes à choisir d'accoucher en maison de naissance, et comment ce choix s'inscrit-il dans leurs parcours de vie ? ». Il se divisera comme suit.

Le premier chapitre retracera l'évolution des pratiques d'accouchement au Québec, du 16^e siècle au 21^e siècle, tout en contextualisant la question du risque obstétrical. C'est à la suite de ces pratiques que naîtra le mouvement d'« humanisation » de la naissance à la fin du 20^e siècle.

Le deuxième chapitre fait une revue globale des travaux de sciences sociales portant spécifiquement sur l'accouchement assisté par une sage-femme, selon une perspective occidentale. Le troisième chapitre du mémoire, quant à lui, reviendra sur le développement récent d'une sociologie de la naissance, à partir entre autres de deux travaux majeurs dans ce champ.

Le quatrième chapitre dévoile respectivement le cadre analytique à partir duquel notre enquête a pu prendre appui et plus concrètement la méthodologie utilisée pour réaliser l'étude et ainsi répondre à nos questionnements.

Les résultats seront présentés à partir du chapitre cinq où nous rassemblerons les points de similitude entre les femmes interrogées. Trois idéaux types de trajectoires seront ensuite présentés. Le profil des « expertes », ces femmes partageant un discours d'évidence quant au suivi sage-femme, s'ancrera au chapitre. Le chapitre sept sera lui consacré au profil des « alternatives », pour qui le choix du suivi sage-femme vient principalement d'une vision du corps et du mode d'accouchement, au plus près de leur mode de vie global. Le huitième chapitre conclut l'analyse avec un profil de femmes désirant se distancer du milieu hospitalier, les « déçues ».

Nous désirions proposer une vision de l'accouchement non pas comme évènement biomédical, mais plutôt comme d'un évènement chargé de sens et s'inscrivant dans un contexte particulier. Il nous semblait alors tout naturel d'analyser le discours de femmes se positionnant déjà tout autrement que par la norme face à cet évènement. Nous explorerons alors comment et pourquoi elles font ce choix du suivi sage-femme et de quelle manière ces réponses prennent sens dans le parcours de vie de ces femmes.

Chapitre 1

Accoucher au Québec : une perspective historique

Nous tracerons ici l'évolution des normes entourant l'accouchement au Québec afin de bien mettre en perspective le contexte social dans lequel s'inscrit l'expérience vécue des femmes rencontrées dans cette enquête, ainsi que celui de leur entourage. Puisque nous proposons d'explorer les trajectoires de vie de ces femmes, il nous paraît primordial de souligner la transformation historique qui s'est jouée dans les maternités québécoises. Les parcours de vie sont intégrés et moulés selon le moment historique dans lequel ils s'inscrivent ainsi que selon les endroits où ils se présentent. « Individuals and birth cohorts are influenced by historical context and place » (Elder, Johnson et Crosnoe, 2003). Avant de circonscrire plus spécifiquement sur les approches sociologiques contemporaines de l'accouchement, nous verrons comment le portrait de l'accouchement québécois, parfois impacté par les « révolutions » américaines, a pu évoluer, rejoignant à la fois les savoirs médicaux et les croyances sociales.

Pour ce chapitre, nous nous baserons principalement sur les écrits de deux chercheuses impliquées dans le champ de la périnatalité depuis de nombreuses années. Notre première auteure est Stéphanie St-Amant, docteure en sémiologie et épistémologue de la médecine obstétricale et gynécologique. Elle « a participé étroitement au mouvement d'humanisation de la naissance, de la légalisation de la pratique sage-femme au Québec, de la professionnalisation de l'accompagnement à la naissance, de la défense des droits des femmes durant la période périnatale et de la promotion de l'accès à un plus large éventail de choix dans l'offre de services de santé » (St-Amant, 2014a). La deuxième auteure sollicitée dans ce chapitre portant sur l'historique de l'accouchement au Québec est Andrée Rivard. Cette docteure en histoire est chargée de cours à l'Université du Québec à Trois-Rivières et à Rimouski et auteure d'ouvrages en lien avec la périnatalité (Rivard, s.d.). Elle a exploré dans sa thèse en histoire « la façon dont les mères ont vécu l'enfantement dans le contexte d'un Québec qui se modernise durant la seconde moitié du XXe siècle » (Rivard, 2010).

Il est important de mettre en contexte l'accouchement comme concept évolutif puisqu'il a pu marquer bien des générations de femmes qui se partagent depuis toujours leurs histoires entre elles. Le visage des naissances n'a en effet pas toujours été comme nous le connaissons actuellement. Depuis toujours, les femmes ont donné naissance entourées d'autres femmes. Déjà en Nouvelle-France, les femmes accouchaient à la maison, appuyées par une voisine ou une sage-femme. Les sages-femmes étaient respectées en France et il allait de soi pour la nouvelle colonie de se munir de leurs savoirs. C'est donc à la demande des chirurgiens que quelques-unes d'entre elles furent transportées en ces nouveaux lieux (Relyea, 1992). Au fil du temps, cette « forme organisée d'entraide » a perdu de sa valeur, aux profits des médecins qui augmentaient en nombre tout comme en « poids symbolique » (Lemay, 1997). Nous verrons comment le partage de la pratique et des connaissances sur l'accouchement, entre sages-femmes traditionnelles et chirurgiens, a presque mené à la disparition de la profession sage-femme au Québec. Depuis le XIXe siècle, l'augmentation de la place du rationalisme et du positivisme tout comme la baisse graduelle des traditions populaires a mené à discréditer les savoirs de la culture populaire et de l'expérience de l'accouchement, au profit de la science et de la culture savante (Lemay, 1997).

1.1 L'histoire de la périnatalité au Québec : l'accouchement comme concept évolutif

Retraçons tout d'abord, en nous appuyant sur les travaux de Stéphanie St-Amant, l'évolution de la place de l'homme-traitant lors de l'accouchement, du 16^e au 20^e siècle, au Québec. L'étude sémiotique de St-Amant prend appui d'une part sur le « discours social sur l'enfantement et la périnatalité, de la Renaissance à nos jours, et, d'autre part [sur un] corpus délimité (données secondaires) provenant de récits d'accouchements ayant eu lieu au Québec entre 1990 et 2004, ainsi que [sur des] entrevues et [des] observations issues de deux études québécoises publiées au milieu des années 2000 » (St-Amant, 2014 : Résumé). Nous verrons ensuite comment la standardisation de l'accouchement que propose Joseph DeLee à Chicago a pu considérablement modifier et standardiser l'expérience vécue des femmes au moment de l'accouchement. Finalement, nous développerons sur la découverte de l'ocytocine qui modifiera le rapport avec l'imprévisibilité de la naissance.

Dans sa thèse en sémiologie, Stéphanie St-Amant transmet avec précision l'historique du terme accouchement. Son œuvre se veut féministe et cela transparait dans sa thèse : elle y souligne l'existence d'un processus de « pathologisation du système reproducteur féminin » et met en lumière la façon dont, selon elle, la médecine exerce un contrôle social sur les femmes, justifié, entre autres, par la volonté de surveillance de leurs fonctions procréatrices.

1.1.1 16^e au 18^e siècle : de l'homme sage-femme à l'accoucheur

Alors que les femmes avaient toujours accouché accompagnées d'autres femmes, l'arrivée de l'homme sage-femme au 16^e siècle inaugura le début de la véritable « ère obstétrique », au sens étymologique de « se tenir debout devant une ac-couchée » (St-Amant, 2014 : 98). Cette période est caractérisée par la transformation de l'enfantement, essentiellement phénoménologique, en accouchement, une praxis qui deviendra au fil du temps une véritable « performance » calculée sous tous les angles médicaux possibles.

Au courant du 18^e siècle, l'homme sage-femme se fera rebaptiser du terme « accoucheur » et un siècle plus tard, déclarait-on déjà que « tout ce qui est relatif aux accouchements est du ressort de la chirurgie » (St-Amant, 2014 : 116). Stéphanie St-Amant souligne alors que le rôle du chirurgien accoucheur devient, dans l'esprit populaire, signe de progrès et de savoir. Le balancement des termes est tout de même très significatif puisqu'alors que l'homme sage-femme était dans une certaine mesure dans la continuité des soins prodigués par les sages-femmes, l'accoucheur, lui, désigne en son sens l'acteur mettant au monde l'enfant, retirant ainsi la réalisation aux femmes.

Selon Stéphanie St-Amant, les prétentions de l'accoucheur à performer mieux que les sages-femmes traditionnelles ne s'appuyaient entre autres que sur sa pratique de disséqueur qui lui conférait l'avantage de notions anatomiques inaccessibles jusque-là, et inutile en réalité dans la plupart des accouchements rappelle l'auteure (St-Amant, 2014 : 76).

Dès l'apparition de ces personnages d'accoucheur dans l'intimité du monde de la naissance, certains médecins critiquaient la nouvelle pratique disant qu'à trop intervenir, l'enfantement se compliquerait. Les autorités sanitaires feront elles aussi des appels répétés

pour la fermeture des maternités à cause de la grande mortalité nosocomiale qui y sévissait, mais elles ont subsisté parce qu'elles constituaient le terrain privilégié de l'enseignement et de l'expérimentation (St-Amant, 2014 : 116).

Malgré le fait que tous les professionnels ne fussent pas en accord avec le niveau d'interventionnisme, le paysage de l'obstétrique se cristallisa autour d'une assistance pour toutes les femmes : « Depuis le début du 20e siècle s'est développé en obstétrique et en anthropologie un argumentaire qui en appelle à la théorie de l'évolution pour justifier une assistance universelle aux femmes au moment de l'accouchement et l'extension de l'interventionnisme à toutes les naissances » (St-Amant, 2014 : 79). Voyons comment cela a pu être mis en place.

1.1.2 20^e siècle : la standardisation de l'accouchement

Au 20^e siècle, Stéphanie St-Amant rappelle que l'un des dogmes de l'obstétrique est qu'à chaque étape du processus, l'enfantement peut mal tourner : « Ce prédicat auto-prédictif suffit à éviter de s'interroger quant à son rôle dans l'étiologie des complications possibles » (St-Amant, 2014 : 80). L'obstétrique, alors qu'il en est tout autrement pour les autres spécialités médicales, n'a jamais attendu la preuve scientifique avant d'introduire une nouvelle intervention. Ce qui seul importe, selon St-Amant, est le résultat « incontestable » de l'interventionnisme obstétricale, en tant que « package² » (St-Amant, 2014; 80), pour reprendre l'expression de la sémiologie. Chaque accouchement catastrophique amènerait la preuve vérifiant l'hypothèse, et renforçant l'idée, auprès de tous, de la dangerosité de la « mise à bas » (St-Amant, 2014 :66). Selon l'auteure, cette idée est encore bien ancrée dans notre imaginaire alors que tout citoyen a un scénario catastrophe en tête et se permet de le partager à toute nouvelle femme enceinte prête à l'entendre : « L'essence de l'hubris de l'obstétrique-gynécologie est qu'elle n'a que faire de la preuve scientifique, elle incarne sa propre preuve, la standardisation de l'accouchement est un concept auto démonstratif, par lequel une corrélation dans le temps devient causalité » (St-Amant, 2014 : 80). La transmission de l'histoire d'épouvante peut se faire par le biais du personnel médical, mais aussi de bouche à oreille dans la société. Aux yeux de St-Amant, il ne s'agit que d'une modalité de la production sociale des faits

² Il est question ici de la standardisation de l'accouchement.

qui devraient pourtant être scientifiques, faisant de l'anecdotique une généralité, mais qui ouvrent grandement la porte aux spécialistes comme étant les sauveurs de l'époque (St-Amant, 2014; 66).

C'est par la suite physiologiquement et sociologiquement que l'introduction des forceps³ a révolutionné les pratiques liées à la naissance, en plus, selon Stéphanie St-Amant, de « masculiniser » définitivement le terrain de l'accouchement⁴ (St-Amant, 2014; 98). Elle rappelle qu'en 1920, à Chicago, l'obstétricien Joseph DeLee proposa ce qui devint le canon rituel de l'obstétrique moderne : *l'intervention préventive d'utilisation des forceps*, un modèle codifié de gestes que nous décrirons ultérieurement. Pour lui, quand il est question d'enfantement, la nature est non seulement mal faite, mais elle est destructrice, l'accouchement étant une violence pour l'enfant. Au regard de la réputation de l'obstétricien Joseph DeLee, les sociétés nord-américaines, comprenant à la fois le corps médical et les femmes qui subissaient l'intervention, se rangèrent derrière son discours et sa théorie, laissant peu de place aux alternatives. En 1918, son collègue Pomeroy suggérait de « couper et de reconstruire le périnée de toutes les primipares » (St-Amant, 2014 : 119), sur la prémisse que la poussée avait anéantie d'innombrables enfants. Ensemble, ils ont réactualisé en Occident un geste autrefois abandonné en Europe pour lui donner une impulsion durable, qui ne s'infléchit pas avant les années 1980 ici et reste présente aujourd'hui dans certaines maternités, l'épisiotomie.

Les étapes de l'intervention qu'ils ont standardisées lors de l'accouchement sont dans l'ordre : l'administration de morphine et de scopolamine puis d'éther pour endormir

³ Selon le Larousse, les forceps sont un : « Instrument affectant la forme d'une grande pince, destiné à saisir la tête de l'enfant pour en faciliter l'expulsion dans certains accouchements difficiles » (Larousse). Les forceps étaient alors utilisés lors de tous les accouchements.

⁴ St-Amant ne le définit pas concrètement, mais il est possible d'en déduire que ce qu'elle veut dire par la masculinisation de l'accouchement est en fait le contrôle des maternités par les obstétriciens qui sont plus souvent des hommes que des femmes. Au 21^e siècle, au Québec, le terme sage-femme est protégé. Pourtant, la France dans un espoir de rendre plus légitime la pratique, recommande l'utilisation du mot maïeuticien qui, selon elle, renvoie à « une intention d'anoblir et de scientifier le terme lorsqu'il s'agit de l'appliquer aux hommes, et ultimement de donner du crédit à la profession dans l'opinion publique » (St-Amant, 2014; 100).

la patiente⁵, l'épisiotomie⁶, l'extraction du bébé par l'exercice d'une manœuvre d'expression abdominale en pesant sur le bébé au travers du ventre de la mère afin d'accélérer sa sortie, la suture de l'incision et finalement la réadministration de morphine et de scopolamine⁷. Entre 1900 et 1950, Stéphanie St-Amant (2014; 124) rappelle que cette technique fut utilisée durant l'accouchement dans une prévalence de 5 à 95%. Il s'agit, selon l'auteure, de l'un des facteurs majeurs qui favorisent le transfert de l'accouchement de la maison à l'hôpital.

1.1.3 La découverte et l'exploitation de l'ocytocine

Grâce à l'apparition de l'ocytocine⁸ dans les maternités dans les années 50, les intervenants médicaux détiennent la clé du déclenchement opportun du travail et peuvent pallier ce qui apparaissait comme l'une des plus grandes problématiques de l'enfantement, son imprévisibilité.

L'usage de l'ocytocine est rendu nécessaire par la péridurale puisque celle-ci ralentit la fréquence et l'intensité des contractions. Réciproquement, l'ocytocine artificielle rend les contractions plus fréquentes, longues et douloureuses. Son administration va donc de pair avec une demande accrue de péridurale⁹.

L'imprévisibilité de la naissance peut maintenant être contrôlée, dans une certaine mesure, par le personnel médical. L'obstétrique se fonde sur le principe qu'à chaque étape

⁵ Le premier pour tenter de contrer la douleur et le deuxième pour tenter d'éliminer les nausées postopératoires.

⁶ Le Larousse définit l'épisiotomie comme étant un « Intervention chirurgicale qui consiste à sectionner la muqueuse vaginale et les muscles superficiels du périnée afin d'agrandir l'orifice de la vulve et de faciliter l'expulsion du fœtus lors de l'accouchement ».

⁷ Le « twilight sleep » : selon Stéphanie St-Amant, les médicaments administrés n'enlèvent pas totalement la douleur, mais le fait que la mère ait été endormie garantit seulement qu'elle ne s'en souviendra plus. Les obstétriciens se réjouissent publiquement du fait d'avoir pu éviter aux femmes la douleur liée à la « mise à bas » de leur progéniture, mais dans les faits, les femmes, quoiqu'endormies, hurlaient de douleur sur la table d'opération et devaient donc s'y faire attacher. La réalité était bien moins « rose » qu'ils la laissaient paraître, autant physiquement que psychiquement (St-Amant, 2014; 124).

⁸ Lors d'un accouchement naturel, le corps sécrète une hormone appelée ocytocine afin d'aider à stimuler les contractions utérines. Lors d'un déclenchement de travail, une forme synthétique de l'ocytocine est administrée de manière intraveineuse (Lewis, 2012).

⁹ L'INESSS (Rossignol, Boughrassa et Moutquin, 2012) rapporte que 69% des femmes en travail reçoivent la péridurale à un moment ou à un autre du travail et qu'à ce pourcentage s'ajoutent 23% des femmes ayant recours à une césarienne, nous arrivons ainsi à 92% des naissances qui sont faites sous péridurale au Québec.

de l'accouchement quelque chose peut mal se dérouler. Puisque le personnel peut dorénavant exercer une sorte de contrôle sur la variable de la temporalité de l'accouchement, le concept de « risque » devient essentiel dans le discours entourant la naissance (St-Amant, 2014).

1.2 L'histoire du « risque obstétrical » selon Andrée Rivard

Pour mieux comprendre ce concept de « risque » et son rôle dans les pratiques obstétricales du 19^e et 20^e siècle au Québec, nous pouvons nous référer au travail historique d'Andrée Rivard. C'est dans un article publié en 2013¹⁰ qu'elle propose « une exploration des conditions ayant permis l'éclosion et le développement de la croyance dans le « risque zéro » en ce domaine [soit la périnatalité] et certaines de ses conséquences durant le 20^e siècle. La montée de l'idéologie préventive en périnatalité a joué un rôle central dans la médicalisation de l'accouchement en plaçant l'enfant au centre des enjeux sociaux ». C'est donc pour faire suite à l'évolution de la place de l'homme-traitant lors de l'accouchement que nous explorerons la place parallèle que prenait le discours sur le « risque » de mettre au monde.

1.2.1 19^e siècle : haut taux de mortalité infantile

C'est vers la fin du 19^e siècle que des programmes de protection maternelle et infantile ont été mis en place afin que les enfants puissent naître en santé et ainsi sauver le plus grand nombre de vie. La guerre, les conditions de vie difficiles ainsi que de multiples autres facteurs ont pu mettre le peuple canadien-français en péril. À cela, s'ajoutait un taux de mortalité infantile empêchant le renouvellement de la population. Les médecins sont alors convaincus que ce problème de mortalité est attribuable aux mères qui « à cause de leur indifférence, leur négligence et leur manque de connaissances, sont les principales responsables du décès de leurs nourrissons » (Rivard, 2013). Ces mères furent donc moralisées pour « qu'elles accomplissent avec diligence, en suivant les conseils médicaux, leur devoir patriotique de reproductrice de la nation » (Rivard, 2013). L'État et les

¹⁰ Beaucoup d'articles ont été écrits sur l'attrait du risque zéro. Nous nous concentrons sur Rivard puisqu'elle produit une littérature en lien avec le Québec et non seulement en lien avec l'accouchement.

différents acteurs du domaine de la santé ont finalement poussé les femmes à entrer en contact avec les médecins et les infirmières qui portaient déjà l'idée d'un accouchement dirigé¹¹ comme seul modèle de naissance.

1.2.2 20^e siècle : l'accouchement dirigé favorisé et l'hôpital comme assurance tout risque

Dans les années 1940 et 1950, l'État favorise grandement l'accès aux milieux hospitaliers en développant des assurances « hospitalisations privées », et finalement la gratuité des services hospitaliers pour tous les Québécois dès 1961. Rivard (2013) indique dans son article qu'en 1950, 47,8% des femmes accouchent à l'hôpital et que 12 ans plus tard, le taux atteignait 95%. L'État participe donc à prendre en charge l'accouchement afin de minimiser les pertes de vie. « Selon le paradigme contemporain de l'investissement des enfants, la responsabilité des parents consiste à collaborer avec les intervenants sanitaires en vue de permettre une santé et un développement optimal » (Rivard, 2013). Toujours selon l'idée d'anticiper les « risques », les parents sont donc fortement poussés à se rendre vers l'hôpital pour accoucher. À la fois les médecins et les gouvernements partagent un discours afin de les convaincre de « leur » vision de la naissance, ce qui a eu pour effet à la fois de rassurer et d'inquiéter les familles. « Durant l'après-guerre, le consensus autour d'un nouveau modèle obstétrical destiné à anticiper les risques inhérents à la parturition est venu soutenir l'idéologie de prévention en santé publique » (Rivard, 2013).

Le poids de la mortalité infantile et maternelle reposait alors sur les épaules des parturientes. Il est pourtant aujourd'hui possible de conclure que les nouveau-nés ainsi que les fœtus ne sont pas à risque à cause du mauvais rôle de mère des femmes qui les portaient et en prenaient soin, mais à cause des conditions sociales difficiles, de l'insalubrité environnementale, du manque d'installations sanitaires, de la pauvreté, des grossesses

¹¹ Accouchement au cours duquel l'accoucheur intervient par des moyens divers, notamment par la rupture prématurée des membranes et par l'administration de médicaments (ocytociques et antispasmodiques), soit sur indication particulière pour redresser une évolution qui s'écarte de la norme, soit de façon plus ou moins systématique dans le dessin d'améliorer le rendement de la contraction utérine. (Accouchement dirigé (s.d))

rapprochées et à un jeune âge, pour ne nommer que ces indices menant ces grossesses à être plus à risque qu'elles ne le devraient (Rivard, 2013).

L'accouchement dirigé est peu remis en question et continue d'être exercé sur une grande majorité de femmes. Le personnel médical tente de contrôler le plus de variables possible lors d'une grossesse, mais un des effets pervers du fait que les interventions deviennent courantes est que l'on croit qu'elles sont d'autant plus indispensables « ce qui, dans l'imaginaire des individus, ouvre la voie à bien des scénarios de peur » (Rivard, 2013).

1.2.3 Les risques perçus mènent au sentiment de peur

Le fait que l'hôpital soit devenu aux yeux de la société une « assurance tout risque » comme le nomme Andrée Rivard vient d'une responsabilité partagée entre les médecins et les patients qui devancent les « risques » par peur que quelque chose ne subvienne. « Le décalage entre les risques perçus et les risques réels, soutenus par un discours répandu qui met l'accent sur les dangers de l'accouchement, a certes favorisé l'adhésion du plus grand nombre à l'idée qu'il faille [...] prévenir [...] grâce aux moyens permis par l'hôpital et la médecine, tout en acceptant son iatrogénie (sans doute évaluée comme un moindre mal) » (Rivard, 2013)¹². Du côté des autorités médicales, le cumul de la peur des poursuites judiciaires pour mauvaise pratique, les directives cliniques restrictives et mal rédigées, l'interprétation des données probantes en obstétrique qui peuvent varier, tout comme la perte de savoir-faire dans l'« accouchement naturel » à la fois chez les médecins et chez les femmes qui viennent accoucher, mènent le personnel à s'investir à tout prix. « Tous ces phénomènes peuvent être à la source de précautions et d'une cascade d'interventions obstétricales finalement peu favorables à la santé » (Rivard, 2013). Les mères, quant à elles, avaient déjà au début du 20^e siècle perdu confiance en leurs capacités de mettre au monde par elles-mêmes. Andrée Rivard (2013) mentionne que de nombreuses recherches récentes

¹² Danièle Carricaburu (2007), lors d'une enquête sociologique sur le niveau de risque dans les maternités françaises a pu interroger un obstétricien sur ce sujet, ce qui met bien en relief le fait que les deux parties, soit les femmes qui viennent pour accoucher et le personnel médical, sont tout autant susceptibles de réagir en fonction des risques potentiels : « Toujours dans le registre de la iatrogénie, il synthétise les différentes critiques qui circulent actuellement sur les obstétriciens et s'empare en déclarant qu'il : [...] est inconvenant de reprocher aux obstétriciens, dans le même temps, de faire trop et pas assez de césariennes, d'intervenir trop tôt et trop tard sur une anomalie du rythme cardiaque fœtal, d'être un dangereux acrobate des forceps et de ne plus savoir les utiliser, d'être un maniaque de l'épisiotomie et de n'avoir pas su éviter une déchirure, d'être toujours là et de ne pas être disponible ».

montrent que « les femmes enceintes ont de plus en plus peur de l'accouchement et qu'elles sont par conséquent encore plus disposées qu'il y a une vingtaine d'années à accepter les interventions ». Aussi les femmes sont-elles mal préparées à vivre un accouchement naturel, et les cours offerts par l'État québécois perpétuent la vision de la grossesse et de l'accouchement traités comme des pathologies (Rivard, 2013). « Or, surtout depuis une vingtaine d'années, quelques médecins canadiens en vue, davantage conscients de la situation, ont mis en évidence le danger sanitaire d'une conception où le risque réel et le risque fantasmé se confondent (parmi eux Murray Enkin, Michael Klein, Vania Jimenez et Guy-Paul Gagné) » (Rivard, 2013). Toujours selon Andrée Rivard (2013), quelques indices établissent que la vision exagérée des « risques » périnataux tend à reculer. Par exemple, la hausse de popularité du service sage-femme indique qu'un certain groupe de femmes ont toujours confiance en la physiologie de l'accouchement et sur la continuité d'une relation afin « d'éviter le recours aux interventions inutiles ou nuisibles » (Rivard, 2013).

Myriam Hivon et Vania Jimenez (2007) ont mené une enquête sur les perceptions de l'accouchement chez les femmes québécoises à la suite des nombreux changements s'opérant depuis plus de 20 ans dans le domaine. Elles constatent l'importance de se pencher sur les modes de prévention des impacts de la culture de la peur. Comme le discours du risque est toujours présent lorsqu'il est question de périnatalité, il faut selon elles combler les vides sur le plan de l'information à la population et sur la manière par laquelle elle est véhiculée. Sylvie Louise Desrochers et Lise Renaud (2010) lors d'une étude portant sur les normes et l'évolution de l'allaitement maternel et l'accouchement naturel au Québec, exposent les contextes de transmission médiatique. L'étude fait état de l'impact du discours médiatique sur ce type de question sensible socialement. Le problème selon Hivon et Jimenez (2007) vient de la ligne très mince entre le langage de la « prudence » et le langage de la « peur ». La recherche se doit de relativiser en adoptant un langage de prudence réaliste et non terrifiant, pour ensuite véhiculer le bon message. « En bâtissant la confiance des femmes en elles-mêmes sans doute, mais également en repensant la formation des professionnels de la périnatalité, formation fortement axée sur le discours du risque ».

Les discours sur les « risques » de l'accouchement sont nombreux et partagés à la fois par les médecins, les patients (et donc citoyens) ainsi que par l'État. Malgré le fait que durant les siècles passés la vision de la naissance fut teintée de négativité, des médecins, chercheurs et citoyens ont revendiqué un traitement différent dans les maternités québécoises. Voyons maintenant comment le mouvement d'humanisation des naissances s'est installé au Québec.

1.3 La transition entre le 20^e et le 21^e siècle : le début du mouvement d' « humanisation » au Québec

Parallèlement aux sciences sociales, des travaux militants se sont penchés sur la question de l' « humanisation de la naissance », mouvement qui a mené à la légalisation de la pratique sage-femme et à l'ouverture de maison de naissance au Québec.

Les conditions d'accouchement à l'hôpital jusqu'aux années 70 ont mené à une volonté de changement. Julie Ouellet (2015), dans son mémoire en sociologie, porte son regard sur le fait que les « québécoises se font encore accoucher après plus de 30 ans de mobilisation pour l'« humanisation » des naissances ». L'auteure de ce mémoire synthétise le début du mouvement en montrant que des « associations féministes, d'auto-santé et écologistes s'organisent pour dénoncer l'emprise du pouvoir médical à tous les moments de la vie reproductive des femmes ». C'est durant la Révolution tranquille que la lutte féministe s'intensifie au Québec et défend plusieurs causes. Les féministes de cette époque s'entendent généralement pour mener des luttes sur les thèmes suivants : « la légalisation de l'avortement, la diffusion de moyens de contraception, l'humanisation des soins obstétricaux, la démedicalisation de l'accouchement et la reconnaissance de la profession de sage-femme. Par ces objectifs, on vise autant un changement de mentalité que la création de lois permettant la libre disposition du corps et l'autonomie dans tout le processus de reproduction » (Ouellet, 2015). C'est donc autour des années 1970 que le Québec remet en question la médicalisation des pratiques périnatales, ce qui fera, plus spécifiquement, éclore le mouvement d'« humanisation » de la naissance. Il défendra le caractère « naturel et physiologique de l'accouchement, les besoins, croyances et valeurs des femmes en plus de leurs droits » (Vadeboncoeur, 2004).

En 1980, une série de colloques régionaux portant sur la thématique « Accoucher... ou se faire accoucher » cristallise le mouvement avec des revendications basées sur des études qui démontrent « l'influence de l'environnement et des variables socioaffectives sur le déroulement de l'accouchement, ainsi que l'inutilité, voire même les risques, de certaines interventions médicales (ASPQ, 1980) » (Desrochers et Renaud, 2010). Le mouvement fait donc évoluer les pratiques et mène à l'ouverture de maisons de naissance en plus de la légalisation de la pratique sage-femme en 1999.

Les deux principaux axes d'action touchent l'absence d'autonomie des femmes et la « déshumanisation » des soins. La Politique de périnatalité du Québec de 1993 donne comme ligne directrice une approche plus globale et respectueuse des femmes et de leur famille. C'est en 1997 que les « Priorités nationales de santé publique 1997-2002 » abordent pour la première fois la question de l'allaitement, avec des objectifs à atteindre ainsi que des interventions afin d'encourager l'allaitement maternel (Desrochers et Renaud, 2010). La politique de périnatalité de 2008-2018 poursuit la promotion de l'allaitement maternel et « reconnaît le bien-fondé de limiter la médicalisation de la naissance » (Desrochers et Renaud, 2010). Bien que le mouvement d'« humanisation » des naissances ne soit toujours pas parvenu à entraîner une diminution des interventions obstétricales (ASPQ, 2005 dans Desrochers et Renaud, 2010), de plus en plus de chercheurs se penchent sur les violences obstétricales. Ils exposent la problématique et demandent que des changements de normes et de manière de penser la grossesse et l'accouchement soient mis en place.

Malgré le taux de demande pour avoir accès à un suivi sage-femme en croissance, le mouvement pour une « humanisation » des naissances est encore marginal. Les sages-femmes québécoises sont des professionnelles de la santé formées afin d'offrir un service complet durant la grossesse, l'accouchement ainsi que jusqu'à 6 semaines après la naissance aussi bien pour la mère que pour le nouveau-né. Elles se rendent disponibles en tout temps (il y a en tout temps une sage-femme de garde si la sage-femme est en congé) et le service est entièrement couvert par la RAMQ. Les rencontres prénatales ont lieu à la maison de naissance affiliée et les lieux d'accouchement sont discutés et pourront être, si

les critères de sécurité et de distance sont respectés, à la maison de la parturiente, à la maison de naissance ou encore à l'hôpital (OSFQ).

Conclusion du chapitre

C'est en suivant l'évolution historique de l'accouchement avec la thèse de Stéphanie St-Amant que nous avons pu tracer la prise de pouvoir de l'homme-traitant lors des accouchements, au détriment des sages-femmes traditionnelles. La standardisation de l'accouchement comme assistance et méthode presque universelle, en plus de la découverte et exploitation de l'ocytocine afin de pallier l'imprévisibilité de la naissance, ont imposé la nécessité de prévention lors de la « mise à bas ».

Nous avons ensuite parallèlement pu comprendre comment le discours social et médical s'est resserré autour du concept de « risque » obstétrical. Andrée Rivard a démontré comment le cercle vicieux de la peur et des risques perçus a pu persister dans l'imaginaire collectif et ainsi dessiner la norme de l'hôpital comme lieu d'accouchement.

C'est suite à la dénonciation par certains scientifiques et groupes féministes ou de femmes, des effets négatifs des pratiques sur le corps et l'esprit des femmes, que le mouvement d'« humanisation » de la naissance a pris vie. La pratique, une fois légalisée au Québec, a su forger sa place et compte maintenant 18 services de sages-femmes au travers du Québec.

Nous verrons maintenant ce que les sciences sociales apportent comme éclairage au monde de la naissance et de l'accouchement.

Chapitre 2

Les sciences sociales sur le terrain de l'accouchement assisté par une sage-femme

Pour faire place aux problématiques contemporaines qu'ont fait surgir les avancées scientifiques, les évolutions de la société et les problèmes démographiques, la réflexion s'impose quant aux effets de nos pratiques occidentales modernes. Nous avons alors besoin d'un regard des sciences humaines autant, sinon plus, que de celui de la médecine (Frydman, Szejer et Nobécourt, 2010).

Nous aborderons maintenant les analyses proposées par les sciences sociales des sociétés occidentales afin de brosser un portrait général des connaissances portant sur l'accouchement hors hôpital. Dans ce chapitre, nous tenterons de visualiser comment les femmes ont pu réaliser leur désir d'accoucher avec une sage-femme et nous verrons les caractéristiques des familles qui choisissent d'avoir recours à un tel suivi. Nous explorerons ensuite pourquoi les familles font ce choix de suivi, en plus de s'attarder aux avenues possibles, et nous soulignerons par la suite ce qu'elles y cherchent, à la fois en choisissant de privilégier leur sentiment de sécurité et en recontextualisant les « risques » de la naissance.

2.1 Comment arriver au suivi sage-femme? Pour choisir, il faut être au courant!

« Women's identification of a specific source of knowledge of midwifery did not necessary mean that the knowledge was a motivating factor in seeking an out of hospital birth. It was, however, the initial knowledge that allowed the motivations to play out in an out-of-hospital setting. (...) By understanding their sources of exposure, it allows us to have an understanding of the depths that different the different systems of care are internalized and normalized. In essence, it is a window into a part of their lives that has a strong influence on their birth choices » (Kesti, 2016).

Teri J. Kesti (2016) a mené une enquête en Arizona, aux États-Unis, lors de sa thèse en sociologie. Elle questionnait les femmes ayant accouché, sur l'expérience de la naissance et leurs perceptions de l'accouchement hors du milieu hospitalier. Après avoir questionné 22 femmes, elle relève deux manières par lesquelles les femmes ont pu être

prises en contact avec le suivi sage-femme et l'accouchement en dehors du milieu hospitalier (elle les nomme les « sources d'exposition ou de motivation »).

La première est par les connexions sociales, par exemple si la mère de la femme a accouché sous les soins d'une sage-femme. La deuxième est par des recherches menées sur le sujet afin de trouver des alternatives au milieu hospitalier, ou encore par des recherches menées individuellement. Dans les deux cas, pour arriver à faire le choix d'un suivi sage-femme, les femmes doivent être au courant que le service est offert, et de quelle manière procéder pour se mettre sur la liste d'attente.

L'auteure identifie également deux champs de motivation pour l'accouchement hors du milieu hospitalier. La première motivation est un rejet de la médicalisation de la naissance. Des expériences vécues négativement avec le système médical en place, le désir d'éviter les interventions ainsi qu'une méfiance envers le système médical ont encouragé les femmes de l'étude à explorer d'autres avenues (Kesti, 2016). La deuxième motivation est que quelque chose les attirait dans l'accouchement à la maison ou en maison de naissance. Dans ce cas, elles perçoivent positivement les possibilités qui s'offrent à elles. Elles ont un souci particulier de l'environnement de naissance, désirent recevoir un suivi centré sur leurs besoins et tiennent à avoir un niveau élevé d'autonomie et de prise de décisions. Également, les femmes mentionnent avoir fait des recherches rassurantes quant au niveau de risque de l'accouchement hors de l'hôpital assisté par une sage-femme et pensent que leur choix est raisonnable (Kesti, 2016).

2.2 Qui a recours au suivi sage-femme? Les caractéristiques des familles

Au Canada, une étude de santé publique (ASPC, 2009) intitulée « Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité » montre que le portrait des femmes ayant choisi un suivi sage-femme différait de celui des femmes qui désiraient accoucher en milieu hospitalier au regard notamment de leur niveau d'étude qui étaient toujours significativement supérieur (diplôme universitaire dans 8,9% contrairement à 3,9%, lorsque suivi par un médecin). De plus, cette enquête révèle que les femmes qui sont

suivies par une sage-femme sont plus satisfaites de l'expérience globale de l'accouchement qu'elles qualifient de « très positive », et montrent significativement plus de satisfaction que les autres femmes vis-à-vis des soins prénataux (ASPQ, 2009).

Cette analyse vient actualiser et confirmer quelques données datant de 1987 dans un document intitulé « Accoucher autrement, Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec » (Saillant, O'Neill et Desjardins, 1987). Les auteurs, Francine Saillant, Michel O'Neill et Danièle Desjardins concluent que la population utilisatrice des services sages-femmes se situe globalement très proche au niveau démographique et socio-économique de la population québécoise, sauf en regard du niveau de scolarité, le taux de diplôme universitaire étant significativement plus élevé chez ces familles (autant au niveau du conjoint que de la parturiente). Les données sont semblables à l'enquête de Santé publique nommée plus tôt¹³. C'est aussi à partir d'entrevues réalisées sur 100 à 1000 femmes¹⁴ que les auteurs déclarent que ces femmes ne sont pas des militantes actives et ferventes pour l'humanisation des soins à la naissance et à l'accouchement, mais plutôt qu'elles auraient opté pour l'option d'un suivi sage-femme pour leur bien-être personnel (Saillant, O'Neill et Desjardins, 1987). Leur recherche montrait également que les utilisatrices du service sage-femme avaient en moyenne plus d'enfants que la population québécoise (Saillant, O'Neill et Desjardins, 1987). Finalement, ils remarquent un processus de « démedicalisation » significatif chez ces familles, surtout en lien avec leur opinion des services de périnatalité et quant aux expériences des grossesses ultérieures qui déjà faisaient état de choix significativement différents des autres Québécoises (Saillant, O'Neill et Desjardins, 1987).

Au niveau socioculturel, ils relèvent que les familles font preuve d'une forte stabilité (au niveau de l'emploi et du couple par exemple), alors qu'aucun indice de marginalité quant au mode de vie ne ressortirait clairement de l'enquête. « Nous sommes

¹³ Une étude menée aux Pays-Bas entre 2007 et 2011 portant sur le choix du lieu de naissance advenant une grossesse chez des nullipares montre des résultats différents. Leur enquête révèle que les femmes qui choisissent de donner naissance assistée par un obstétricien sont au contraire plus vieilles et ont un revenu familial plus élevé. Ces femmes sont aussi plus susceptibles d'avoir eu recours à la procréation assistée et à avoir vécu des fausses-couches (Van Haaren-Ten Haken, 2012).

¹⁴ Les auteurs mentionnent que « Pour des raisons de confidentialité liées au contexte politique et légal de la pratique des sages-femmes (ils ne peuvent révéler) le nombre exact de personnes dans l'échantillon, dont on peut cependant dire qu'il se situe entre 100 et 1000 » (Saillant, O'Neill et Desjardins, 1987).

finalement en présence de gens mûrs qui ont pris une certaine distance par rapport aux services de périnatalité généralement offerts à la population » (Saillant, O'Neill et Desjardins, 1987).

Nous regarderons maintenant les possibilités de l'accouchement hors du milieu hospitalier en nous attardant à savoir pourquoi les femmes font ce choix.

2.3 Pourquoi choisir un suivi sage-femme?

Anne M. Malott et ses collègues (2009) montrent dans une étude que le modèle canadien de la pratique sage-femme, comparé avec 7 autres pays, ressemble considérablement à celui des Pays-Bas et de la Nouvelle-Zélande¹⁵. L'évaluation se base sur le modèle de pratique, le suivi des soins, le choix du milieu de l'accouchement et le degré d'autonomie. Les données d'autres sociétés occidentales peuvent apporter un éclairage sur le contexte québécois du fait des similitudes qui les unissent. Voyons maintenant ce que les études d'ici et d'ailleurs peuvent nous apprendre.

2.3.1 L'importance de la relation entre la cliente et sa sage-femme

Un sondage de 2006 comprenant 3680 étudiants de l'Université de Colombie-Britannique expose comment ces étudiants feront le choix du professionnel de la santé pour une grossesse future. Selon l'étude, le choix du professionnel de la santé est le résultat de l'attitude et de la perception du fait de donner naissance, croisé avec l'attitude face aux interventions obstétricales (Stoll, Hauck et Hall, 2016)¹⁶. Les résultats de la recherche de Kathrin H. Stoll et de ses collègues montrent que les femmes ayant décidé d'accoucher avec une sage-femme l'ont fait parce que la philosophie de la sage-femme portant sur la

¹⁵ Notons que contrairement à nous, près de 24% des femmes accouchent encore à domicile aux Pays-Bas (Dreaper, 2010) et 3.7% des femmes vivent un accouchement à domicile en Nouvelle-Zélande (Ministry of health of New Zealand, 2015).

¹⁶ Nous pouvons donc extrapoler que pour faire un choix, il faut être en mesure de reconnaître les interventions possibles lors d'un accouchement, en plus de connaître les possibilités quant au suivi de grossesse et de l'accouchement. L'étude montre aussi que 36,4% des répondants auraient voulu accoucher à l'hôpital accompagné par une sage-femme : une négociation entre la philosophie sage-femme et la sécurité perçue du milieu hospitalier (Stoll, Hauck et Hall, 2016). Beth Murray-Davis (2014) et ses collègues ont mené une étude en Ontario et ont trouvé que le choix du lieu de naissance est vécu comme une tension profonde entre valeurs, croyances et perceptions de risques et de sécurité.

naissance ainsi que sur les soins maternels était semblable à celle de la famille en suivi¹⁷. La bonne relation, dite de confiance, est plus présente dans le discours des familles que l'idée de « risque » lié aux naissances alors qu'elle est parmi les deux réponses les plus souvent utilisées (Stoll, Hauck et Hall, 2016). Les personnes sondées et ayant choisi un suivi sage-femme ont aussi entendu davantage d'histoires positives reliées aux naissances que les femmes accouchant à l'hôpital avec un médecin ou accompagné par une sage-femme (Stoll, Hauck et Hall, 2016)¹⁸.

Une enquête suisse réalisée entre 2008 et 2009 propose des données similaires. Raphaël P. Hammer et Claudine Burton-Jeangros (2013) ont réalisé 47 entretiens semi-structurés auprès de femmes afin d'évaluer les tensions autour des risques de la grossesse. Ils soutiennent que les études récentes sous-estiment la complexité de l'expérience des femmes en plus de l'ambivalence de leur attitude face aux procédures médicales et aux recommandations. Ils mettent en relief le fait que de choisir une sage-femme était une manière de sauvegarder un certain bien-être et de vivre l'expérience de la grossesse comme quelque chose d'unique et de particulier. L'approche globale qu'offre le service sage-femme diminue le stress durant les rencontres. Les femmes ayant choisi ce type de suivi ne cherchent pas d'information spécialisée puisque pour elle, la surveillance médicale et le discours sur les risques, contredisent l'expérience qu'elles souhaitent vivre. Leur vision s'appuie entre autres sur une conception différente de la parentalité en axant principalement la pratique sur les joies de la grossesse et la confiance envers la santé fœtale. Le discours sur les risques est pervers et non-nécessaire pour les femmes de l'enquête et malgré qu'elles connaissent les risques liés à la grossesse et à l'accouchement, refusent la technicisation de leur accouchement (Hammer et Burton-Jeangros, 2013).

¹⁷ La pratique est basée sur le respect de la grossesse et de l'accouchement comme étant des processus physiologiques normaux et « porteurs d'une signification profonde dans la vie des femmes ». Elles s'appliquent à soutenir les familles dans les choix dans le cadre d'une relation « égalitaire, ouverte aux besoins sociaux, culturels et émotifs autant que physiques des femmes ». Les sages-femmes du Québec considèrent que les intérêts de la mère et de l'enfant à naître sont liés et compatibles et qu'afin d'assurer le bien-être des deux, se centrent sur les soins de la mère tout en incluant judicieusement la technologie dans une pratique basée sur la prévention (OSFQ).

¹⁸ Au Québec, seulement 2,1% des femmes avec un suivi sage-femme décide de donner naissance en milieu hospitalier (Côté, 2015). Peut-être y aurait-il plus de femmes intéressées par le service s'il était offert lors de leur prise de premier rendez-vous, en début de grossesse.

Dans d'autres sociétés occidentales, comme au Canada, les familles ont fait ce choix de suivi davantage à cause de la congruence entre l'idéologie de la sage-femme et la leur que pour éviter à tout prix le modèle médical (Hammer et Burton-Jeangros, 2013 & Stoll, Hauck et Hall, 2016). Des enquêtes menées ailleurs en Occident (Hammer et Burton-Jeangros, 2013 & Van Haaren-Ten Haken et al.¹⁹, 2012) et au Canada (Murray-Davis, McDonald, Rietsma, Coubrough et Hutton, 2014 & Stoll, Hauck et Hall, 2016) mettent en lumière le fait que le choix du lieu de naissance est avant tout raisonné en termes de risque. Les femmes y considèrent que le fait de se sentir en sécurité est bien plus important que le type de suivi choisi²⁰. La relation de confiance que les clientes entretiennent avec leur sage-femme joue un grand rôle dans le sentiment de sécurité, celui-ci se plaçant comme « contenant » à l'égard de la femme (Lemay, 1997).

Voyons maintenant comment la perception de sécurité mène au choix du lieu de naissance.

2.4 Quels choix pour le lieu de la naissance?

Le choix du lieu de naissance, assisté par une sage-femme, est lui aussi raisonné en fonction des risques. Pour Beth Murray-Davis et ses collègues (2014), les familles doivent souvent trouver un juste milieu entre valeur et perception du risque. Une valeur peut être que l'accouchement est un processus naturel et que notre corps est apte à le réaliser. Une perception du risque peut être, en lien avec l'accouchement, le fait que les femmes de notre entourage ont presque toutes pris la péridurale²¹, ce qui porte à croire que nous serons incapables de réaliser un accouchement physiologique (Murray-Davis, McDonald,

¹⁹ L'étude, quoique scientifique, est menée sur des nullipares. Ces femmes n'ont pas nécessairement les mêmes attentes que les femmes qui doivent réellement choisir le lieu de naissance. Les auteurs se demandent donc si ces femmes sont au courant des différents services qui leur sont offerts et des risques et bénéfices des différents lieux d'accouchement (Van Haaren-Ten Haken et coll., 2012).

²⁰ Les femmes choisissant un suivi sage-femme pour des raisons de sécurité se protègent donc contre l'iatrogénie des soins hospitaliers.

²¹ 69% des femmes en travail dit « normal » demandent en effet la péridurale. À ce taux s'ajoute le 23% des femmes ayant recours à une césarienne et qui sont donc également sous péridurale. Le pourcentage s'élève alors à 92% (Rossignol, Boughrassa et Moutquin, 2012).

Rietsma, Coubrough et Hutton, 2014). Voyons maintenant plus spécifiquement comment est réfléchi le choix du lieu de naissance assisté par une sage-femme.

2.4.1 Faire le choix de l'autonomie

Rebecca J. Wood (2016) et ses collègues ont mené une enquête entre 2010 et 2015 auprès de 17 participantes de Winnipeg. Selon les femmes rencontrées, le choix de la maison de naissance ou du domicile pour l'accouchement fait appel aux thèmes de choix éclairés, d'autonomie, de désir pour un accouchement naturel, de recherche d'information, d'évitement des interventions et d'incorporation dans le suivi des valeurs et des préférences personnelles (Wood, Magnone, Heaman, Robinson et Stieber Roger, 2016). Les auteurs montrent que l'expérience est centrée sur la femme qui en ressort « empowered²² ». Les femmes de l'enquête disent avoir partagé avec la sage-femme une relation d'autonomie où elles se sentent appuyées et encouragées dans leur prise de décision, selon leurs valeurs et le contexte. Ces femmes ont pris la décision du lieu de naissance avec leur conjoint, avec des degrés d'autonomie et de soutien variable. Elles ont fait des choix selon les informations qu'elles avaient en leur possession, en considérant risques et bénéfices en parallèle avec leur propre historique médical (Wood, Magnone, Heaman, Robinson et Stieber Roger, 2016). Une fois l'expérience de la naissance vécue, les femmes considèrent avoir éprouvé pleinement la naissance et se manifestent alors comme indépendantes et émancipées du fait d'avoir fait ce choix du lieu de naissance (Pruvost, 2016).

Un autre aspect soulevé par l'étude de Rebecca J. Wood et ses collègues (2016) était l'espace physique de la maison de naissance qui, avec les commodités et la disposition, facilitait et encourageait l'accouchement physiologique.

The sense of “knowing” that the Birth Centre was the right place as soon as they entered the space was a dramatic finding that speaks to factors that exist in this building. Fahy and Parrot (2006) suggest that “the more comfortable and familiar the environment is for the woman, the safer, and more confident she will feel” (p. 46). The space promoted a sense for

²² En psychologie, le terme signifie : « The psychologically empowered state was considered to be a cognitive state characterized by a sense of perceived control, perceptions of competence, and internalization of the goals and objectives of the organization » (Menon, 1999). Les femmes sentent donc qu'elles prennent part à l'expérience très concrètement.

women that birth is normal (Wood, Magnone, Heaman, Robinson et Stieber Roger, 2016).

La maison de naissance représente quelque chose de sensible, d'émotionnelle. C'est pour augmenter leur sentiment de sécurité que l'environnement veut rappeler celui de la maison. Après avoir vu comment les femmes ont été mises en contact avec la possibilité d'un suivi sage-femme, voyons leurs caractéristiques.

2.4.2 L'hôpital avec une sage-femme : entre sécurité et autonomie

Tout d'abord, les femmes ayant décidé d'accoucher à l'hôpital sous la supervision d'une sage-femme ont peu de différence avec celles qui choisissent un suivi en obstétrique. Selon les enquêtes de Beth Murray-Davis et ses collègues (2014) et Tamar van Haaren-ten Haken et ses collègues (2012), les deux des trois raisons principales de leur choix sont les mêmes qu'avec un obstétricien, soit l'accès à l'équipement médical au besoin et le fait d'être déjà à l'hôpital en cas de problème afin d'augmenter leur sentiment de sécurité. Comme troisième raison, nous retrouvons le fait qu'un obstétricien peut être appelé rapidement en cas de problème. Il est possible d'observer le désir de sécurité de ses femmes qui font alors un choix quelque peu alternatif en allant vers une sage-femme, en sachant qu'elles pourront avoir accès à un médecin facilement et en peu de temps. Selon l'enquête de 2012, un aspect central des réponses portait cependant sur le désir des femmes d'avoir une plus grande autonomie personnelle avec un suivi sage-femme (Van Haaren-Ten Haken et coll., 2012).

2.4.3 Hors hôpital avec une sage-femme : la confiance et le confort

D'un autre côté, selon Stoll et ses collègues (2016), les femmes ayant décidé d'accoucher à la maison ou à la maison de naissance, avec une sage-femme l'ont fait parce que la philosophie de la sage-femme portant sur la naissance ainsi que sur les soins maternels était semblable à celle de la famille en suivi. La bonne relation, dite de confiance, est plus présente dans le discours des familles que l'idée de « risque » lié aux naissances (Stoll, Hauck et Hall, 2016). Les deux études de Beth Murray-Davis et ses collègues (2014) et Tamar van Haaren-ten Haken et ses collègues. (2012) donnent également des résultats pour un accouchement hors de l'hôpital. La première étude, aux Pays-Bas, suggère comme première raison le fait de pouvoir être en contrôle puisque dans un environnement connu.

La deuxième propose que de pouvoir attendre la naissance dans ses propres choses est valorisé, et la troisième, l'idée même de donner naissance dans la maison familiale (Van Haaren-Ten Haken et coll., 2012). L'étude ontarienne conduite par Beth Murray-Davis et ses collègues, quant à elle, propose comme première raison le fait que d'accoucher est un processus naturel et donc que l'accès à l'hôpital n'est pas primordial. La deuxième raison souligne le désir d'éviter les interventions obstétricales et la troisième mentionne que les familles se sentent plus confortables dans leurs propres choses, soit à la maison directement ou en apportant des objets significatifs en maison de naissance (Murray-Davis, McDonald, Rietsma, Coubrough et Hutton, 2014). Les aspects positifs soulevés par les femmes et leur famille sont donc directement en lien avec ce que prône le milieu sage-femme, au travers de sa philosophie et de son approche.

Nous verrons maintenant comment les femmes, à la hauteur de leur expérience individuelle, peuvent différencier les risques réels des discours externes.

2.5 Recontextualiser la naissance, malgré les « risques »

La réalité de l'accouchement, celle culturellement construite, se réfère à un événement chargé de négatif et à un processus douloureux. Lemay (1997), auteure d'un mémoire en anthropologie ayant pour titre « L'accouchement à la maison au Québec : les voix du dedans », souligne l'importance de l'accouchement comme enjeux des sociétés occidentales modernes. En son centre se place le milieu hospitalier, filet de sécurité contre la douleur. Cette douleur nous est présentée et est perçue comme l'une des pires, celle qu'on tente d'éviter à tout prix, et qui est socialement refusée.

Les systèmes de soins diffèrent selon les pays. La société québécoise est munie d'une Politique de périnatalité (Laverdière, 2008) laquelle mentionne être convaincue que l'accouchement est un processus physiologique et naturel. Pourtant, les politiques, gouvernementales ou non, peuvent différer dans leur application. Bien que la Politique de périnatalité transmette des convictions, valeurs et positions quant à ce qu'on s'attend des systèmes de soins en périnatalité, les praticiens peuvent en faire leur propre interprétation et n'appliquer que ce qu'ils privilégient, en toute légalité bien sûr (Bernier, 2011). Dans ce

cas, des obstétriciens, dans un même hôpital, pourraient se montrer extrêmement « prudents » et interventionnistes, alors que d'autres respecteraient la physiologie de l'accouchement. Pour pouvoir évaluer le niveau d'implantation d'une politique, il faut regarder la nature de la politique, le degré de consensus nécessaire ainsi que la nature du changement requis (Bernier, 2011). Béatrice Jacques affirme que « l'organisation, telle qu'elle se présente, détermine fortement la façon dont les femmes se représentent l'enfantement et entrent en interaction avec les différents acteurs du soin » (Jacques, 2007). Le savoir expérientiel que développe alors la femme au contact du donneur de soin est extrêmement important. Aux Pays-Bas par exemple, d'un point de vue culturel, l'enfantement est très différent de ce que connaissent les Français, pays d'origine de Béatrice Jacques que nous présenterons sous peu. Contrairement à la société française tournée vers la médicalisation de l'accouchement et de la grossesse, le peuple néerlandais considère ces événements comme « naturels ». Aussi, la religion protestante semble jouer un rôle significatif dans l'acceptation de la douleur lors de l'accouchement (15% de péridurale contre 48,6% en 1995 en France par exemple (Jacques, 2007).

Les femmes originaires des Pays-Bas, sondées sur la question du risque, recontextualisent la grossesse et l'accouchement comme des événements majeurs, mais pas seulement au point de vue médical, également physiologiquement, écologiquement, socialement, personnellement, etc. L'ensemble des femmes parlent de « cercle vicieux » lié aux biotechnologies alors qu'elles critiquent principalement leur systématisme ainsi que les effets négatifs dont elles peuvent être à l'origine durant l'accouchement (Jacques, 2007).

Le Québec se positionne pourtant tout autrement. Ici, la question n'est plus simplement liée à comment affronter la douleur, mais bien à « pourquoi » la supporter. Derrière nous ces empreintes judéo-chrétiennes de souffrance, il va de soi culturellement et socialement que le personnel médical contrôle le chaos lié au corps féminin. Le personnel médical veut éviter aux femmes de souffrir et offre des interventions, en prenant en compte la disponibilité des ressources, mais en se souciant peu des besoins d'accompagnement dans la gestion naturelle de la douleur, souvent faute de temps et sachant que le support efficace et continu de la péridurale a fait ses preuves (Lemay, 1997).

La réalité que Lemay décrit est plutôt remplie de sens pour ces femmes qui choisissent de donner naissance à la maison et pour qui la douleur devra être vécue et accompagnée sans forme d'analgésie médicale. L'indissociation de la douleur et de l'accouchement leur fait accepter les deux comme allant de soi, comme une forme de protection de leur enfant à naître : « Je passe toute ma grossesse à essayer de ne même pas prendre une aspirine et à la fin j'accepterais de me faire shooter des médicaments ? c'est pas logique » (Lemay, 1997).

2.5.1 Les femmes qui accouchent chez elles

La cristallisation du discours expert autour de la question du « risque » intervient directement sur l'organisation des soins, sur les théories de la naissance, et plus spécifiquement sur les protocoles et pratiques implantés dans les systèmes de santé (Jacques, 2007). Inévitablement, l'expérience même de l'enfantement chez les femmes est impactée par le milieu de la santé. Les femmes « adeptes d'accouchement à domicile » portent un regard différent sur le milieu institutionnel et sur son fonctionnement normé. Béatrice Jacques (2007) révèle dans son enquête que ces femmes considèrent en fait le milieu institutionnel comme porteur de risques alors que l'accouchement à domicile dans la conception de prise en charge personnalisée est perçu davantage comme une garantie contre l'apparition de pathologies²³.

Conclusion du chapitre

En conclusion, les femmes entreprennent un suivi sage-femme pour donner suite aux informations recueillies elles-mêmes ou encore après avoir été en contact avec quelqu'un dans l'entourage qui aurait fait ce choix précédemment.

Finalement, que les résultats viennent de l'étranger ou qu'ils soient produits au Canada, les tendances sont sensiblement les mêmes. Les femmes qui désirent avoir un suivi sage-femme sont en général plus diplômées et plus satisfaites de l'expérience globale de l'accouchement et du suivi de grossesse. Le choix du lieu de naissance, à l'hôpital ou hors

²³ Ou du moins comme une prévention extrême grâce aux suivis serrés qui s'exerce dans le cadre d'un suivi sage-femme (Jacques, 2007).

hôpital, mais toujours assistées par une sage-femme, est le résultat de l'attitude et de la perception de donner naissance (raisonné en termes de « risque »), et de l'attitude face aux interventions obstétricales. Les femmes qui choisissent d'être assistées par une sage-femme sont en accord avec la philosophie de la profession sage-femme et ont entendu davantage d'histoires de naissance positives que celles qui choisissent un obstétricien ou un médecin.

Deux avenues sont possibles lorsque la femme décide d'être assistée par une sage-femme pour la naissance de son enfant : le milieu hospitalier ou à l'extérieur du milieu hospitalier. Dans ce cas, les deux options sont la maison directement ou encore la maison de naissance. Les femmes qui choisissent le milieu hospitalier le font pour avoir accès à de l'équipement médical au besoin, pour augmenter leur sentiment de sécurité, afin d'avoir recours à un obstétricien en cas de besoin. Les femmes de cette catégorie avaient besoin de se sécuriser en étant en milieu hospitalier, mais désiraient quand même jouir d'une plus grande autonomie personnelle, ce que leur offre le suivi sage-femme. Celles qui choisissent de donner naissance hors de l'hôpital le font parce que la relation de confiance entretenue avec la sage-femme prime sur les « risques » de donner naissance, parce qu'elles veulent contrôler l'environnement dans lequel elles donneront naissance et être plus confortable et afin d'éviter les interventions obstétricales.

Nous verrons maintenant le portrait émergent de l'expérience de la grossesse et de l'accouchement en sociologie.

Chapitre 3

Naissance d'une sociologie de la grossesse et de l'accouchement

Nous avons jusqu'à maintenant eu un aperçu de l'historique périnatal québécois, avec son concept de « risque » obstétrical omniprésent et son ouverture récente sur une lutte pour l'« humanisation » des soins obstétricaux. Ensuite, nous avons brossé un court portrait à savoir comment et pourquoi les femmes se rendent à un suivi sage-femme dans les sociétés occidentales. Nous nous attarderons maintenant à savoir comment s'inscrit l'expérience de la grossesse et de l'accouchement dans la sociologie actuelle. Encore peu de travaux sociologiques portent directement sur cette question, plusieurs travaux portent pourtant sur la période postnatale. Nous verrons ici l'interprétation sociologique contenue dans deux ouvrages majeurs du domaine de la grossesse et de l'accouchement. L'enquête de Béatrice Jacques décrite dans « Sociologie de l'accouchement » ainsi que la thèse de Philippe Charrier et Gaëlle Clavandier dans « Sociologie de la naissance » sont deux œuvres pionnières dans le domaine, bien qu'elles aient ouvert le bal à quelques recherches vu dans le précédent chapitre. C'est donc afin de mettre la table sur le paysage sociologique de la naissance que ces deux œuvres seront présentées dans ce présent chapitre.

3.1 L'expérience de la grossesse et de l'accouchement : l'apport de Béatrice Jacques

Béatrice Jacques est une référence principale dans le domaine de la sociologie périnatale puisqu'elle apporte dans son œuvre pionnière, « Sociologie de l'accouchement » (Jacques, 2007), une analyse de l'expérience contemporaine à la fois de la grossesse et de l'accouchement. Son approche se distingue de la littérature féministe puisqu'elle ne montre pas uniquement les effets pervers de la médicalisation des couches. La réalité de l'expérience féminine est plus complexe et repose sur davantage de variables que les effets du pouvoir masculin dans les maternités. Elle construit pour les lecteurs les manières par lesquelles ces deux événements, la grossesse et l'accouchement sont socialement produits et gérées, dans une approche de « médicalisation de la société », plus spécifiquement de la

maternité. Elle interroge les rapports au risque et à la technique et les lie à la fois aux vécus des femmes et aux pratiques des professionnels face à l'accouchement, en France.

Elle nous livre donc dans son enquête un résumé de son enquête qualitative afin de répondre à comment l'expérience des femmes et leurs trajectoires se retrouvent modelées par le fonctionnement du système de prise en charge. La construction conjointe de l'expérience d'enfantement se réalise ici sous l'« influence » du médecin responsable du suivi de grossesse.

Pour Béatrice Jacques, le domaine de l'accouchement était fortement sous-représenté dans la littérature sociologique lors de son enquête. Pourtant, la naissance fait partie et fera partie des sociétés pour toujours : « pour avoir des enfants, il faut être enceinte et il faut accoucher : comme toutes les « techniques du corps », cet acte réputé si « naturel » est socialisé par chaque culture » (Jacques, 2007). Sous toutes les formes de dissections des faits familiaux, le volet de « fabrication » de la famille est manquant dans la littérature sociologique, il allait de soi pour elle de l'étudier afin de répondre à ses questionnements. L'enquête prend place en France et aucune maison de naissance n'était alors ouverte sur le territoire à cette époque. Béatrice Jacques a conduit des entretiens auprès de 10 femmes ayant donné naissance à domicile. Voyons ce qu'elle a pu tirer de ses analyses.

3.1.1 Accompagnement global et accouchement à domicile : 4 profils

Béatrice Jacques (2007) produit une classification des profils professionnels des femmes qui souhaite accoucher à domicile en France. Elle arrive à classifier les professions de ces femmes selon 4 grandes catégories, soit le milieu médical et paramédical, le monde enseignant, le monde de la communication et le milieu artistique/artisanat.

« Ces individus présentent donc pour beaucoup la particularité d'être proches du milieu médical (qu'ils contestent) et/ou d'appartenir à un milieu riche en capital culturel (enseignement, création). On n'a donc pas affaire à un public anodin, mais souvent très au fait des innovations médicales » (Jacques, 2007 : p.163).

Les femmes rencontrées ont des profils différents ayant alimenté leur trajectoire respective, comme avoir vécu une expérience de naissance négative à l'hôpital. Pourtant, cela n'est pas suffisant pour désirer vivre un accouchement à domicile selon l'auteur (Jacques, 2007). Au vécu des femmes s'ajoute, selon elle : « un fort questionnement sur la

pathologisation de la vie sociale et la domination du modèle biomédical ». Ces femmes ont réfléchi et rationalisé l'accouchement hospitalier, ce qui les ont fait refuser d'y participer. « L'iatrogénie des traitements allopathiques et « le commerce honteux des industries pharmaceutiques » concentrent les principales critiques émises par le groupe » (Jacques, 2007). C'est l'ensemble de la médicalisation qu'elles mettent en doute et qui les fait choisir pour elles-mêmes de vivre un accouchement différent, dans un cadre différent.

3.1.2 Le désir d'un accompagnement global

Le groupe de femmes interrogées par Béatrice Jacques a un contact très intellectuel avec le domaine de la naissance et se questionne sur la possibilité d'une modification des soins de santé de manière plus globale. On note également chez ces femmes une forte critique du contexte de la relation en milieu hospitalier alors que ces femmes promeuvent l'accompagnement global lors du suivi. Pour les femmes adeptes de l'accouchement à domicile (AAD)²⁴, la notion d'accompagnement global est en effet centrale. Durant un an, ces femmes partageront avec la sage-femme autant l'expérience de la grossesse, de l'accouchement que des soins postnatals. La part relationnelle et affective prend une place aussi sinon plus importante que le suivi médical (bien que les sages-femmes et médecins sur place soient tout aussi bien formés pour reconnaître les pathologies possibles, soulignons-le). L'accompagnement global qu'apportent les sages-femmes mène les femmes à se questionner quant aux choix à faire pour leur famille et donc à planifier l'arrivée de l'enfant (comment il viendra au monde et où, à fournir des informations afin de faire des choix éclairés sur toutes sortes de sujets autant en prénatal, qu'à l'accouchement et au niveau des soins au nouveau-né).

Béatrice Jacques (2007) suggère une construction conjointe de l'expérience de l'enfantement avec la sage-femme. Pour Charrier et Clavandier (2013), il semble plutôt aller de soi que les familles construiront le « projet de naissance » selon les modèles que la société véhiculera, dans une approche plus globale de la parentalité. Voyons comment cela se traduit.

²⁴ Rappelons que l'accouchement à domicile était la seule option pour les femmes ne désirant pas mettre au monde en milieu hospitalier lors de l'enquête de Jacques (2007) puisque les maisons de naissance n'avaient pas encore fait leur apparition dans le portrait français.

3.2 La naissance comme « projet » : Une thèse de Charrier et Clavandier

Les principaux thèmes de recherche aujourd'hui traités en lien avec le périnatal (principalement sur la parentalité et la bioéthique), sont « l'assistance médicale à la procréation et la gestation pour autrui, le statut de l'embryon et le don et finalement les travaux autour de l'homoparentalité » (Charrier et Clavandier, 2013). Selon les auteurs français, les thèmes de recherche en sociologie sont principalement tournés vers l'actualité et comme ceux-ci font partie de problèmes et mouvements sociaux, ils sont particulièrement traités, mais ont tendance à produire un effet de surexposition des réalités « prégnantes et sensibles », bien que statistiquement marginales. Pourtant, presque tous les couples inscriront dans leur parcours le « projet » d'une ou de plusieurs naissances. Ici comme pour Béatrice Jacques, l'exercice était de retourner à l'essentiel. Les auteurs tenaient à souligner la création de la vie dans le cadre d'un « projet » de famille.

Pour Charrier (Durand et Motet, 2018), la recherche dans le domaine de la naissance reste récente alors qu'avant les années 1950, la naissance n'était pas très maîtrisée par les familles. De nos jours, c'est 75% des citoyens qui vivent des naissances espérées, attendues et voulues. Le niveau d'investissement des familles quant à la grossesse et à la naissance est donc une fenêtre d'opportunité pour s'y intéresser dans son rapport au social.

Pour Charrier et Clavandier (2013), la périnatalité prend une place mineure dans la littérature sociologique pour deux raisons. La première est due à la fragmentation des travaux et la deuxième au fait que les recherches ne peuvent monter en généralité. Ces deux constats semblent, aux dires des auteurs, catégoriser le sujet comme « non opérant et trop général ». Des sujets plus spécifiques comme la réanimation néonatale, la profession sage-femme et la parentalité sont traités, mais les sociologues semblent laisser le terrain à d'autres chercheurs/disciplines perçus comme plus légitimes et rendant les savoirs plus « encyclopédiques » et moins en lien avec l'expertise du sociologue.

Voyons comment le « projet de naissance » prend place premièrement par l'investissement des familles envers leur lignée, deuxièmement en mettant en parallèle le fait que le choix du lieu de naissance soit à la fois privé et social et troisièmement dans l'expérience de l'engendrement comme moment clé des parcours de vie des femmes.

3.2.1 Le don de la vie

Selon Charrier, les grossesses et les accouchements sont de plus en plus chéris, précieux, chez les familles contemporaines²⁵ : les familles souhaiteraient maintenant les maîtriser et y portent une attention particulière, chose qui n'était pas nécessairement le cas dans le passé. Pour les auteurs, ne pas le faire, et donc éviter de s'embarquer dans « le projet de naissance » serait considérée comme pathologique (Durand et Motet, 2018).

Afin de comprendre la nouvelle ampleur que prend le fait de devenir parent, Charrier et Clavandier (2013), proposent que ce changement de vision face à la naissance contemporaine vienne d'une nouvelle appréhension du cycle vital, en plus d'une place nouvelle du « projet de naissance », tous deux étant potentiellement de nouvelles structures de vie nous menant à nous positionner différemment qu'autrefois face au don de la vie. Cette mise en œuvre nouvelle de la naissance est rendue possible grâce au faible taux de mortalité infantile et maternelle, autrefois problématique, à l'arrivée de moyens de contraception médicaux permettant aux femmes, et parfois aux familles, de planifier plus réalistement leur vie familiale, en plus de toutes les techniques reproductives et l'évolution générale de la médication des naissances (Charrier et Clavandier, 2013).

Pour les auteurs, le « projet de naissance » est assimilable à une norme contemporaine, « ouverte et dont les contours sont flottants, mais effective et contraignante à défaut d'être coercitive ». Comme ce « projet » s'inscrit comme projet de vie et ne peut s'inscrire en dehors de tout cadre, la naissance a inévitablement des conséquences sur la vie des parents. Au niveau pratique, multitudes d'avenues sont possibles pour les parents : « Le type de suivi durant la grossesse, l'accueil du nouveau-né, les choix relatifs à l'allaitement, le possible arrêt ou ralentissement d'une activité professionnelle, les modes de garde du bébé, l'arrivée éventuelle d'un second ou d'un énième enfant » (Charrier et Clavandier, 2013). Lorsqu'on entreprend de donner la vie, chacune des étapes se veut être une négociation de choix s'inscrivant plus largement et globalement dans un « projet ».

²⁵ Les femmes québécoises avaient en moyenne 1,6 enfant en 2018 (Girard, 2019). Autant les grossesses et les accouchements sont donc rares dans la vie des femmes.

Le « projet de naissance » s'inscrit dans un projet personnel, de couple et familial, mais ne fait pourtant pas abstraction d'un ensemble de cadres, de rôles à tenir pour les partenaires et de statuts qui évoluent. Ce projet fait donc appel à un ensemble de normes et « ne signifie en rien une absence de savoirs, de savoir-faire construits socialement » (Charrier et Clavandier, 2013).

3.2.2 Les lieux de naissance : Une scène à la fois privée et publique

La naissance, par son passage historique, est à la fois vécue comme une affaire publique et privée. Alors que l'évènement se tient au noyau de l'intimité du couple, le « projet de donner naissance », dans sa réalisation, sont du ressort du social²⁶ (par l'annonce de la grossesse à l'entourage, en donnant un nom et prénom à l'enfant à naître, par les approches de santé publique mises en place) (Charrier et Clavandier, 2013).

Les auteurs de « Sociologie de la naissance » mettent de l'avant que l'une des tendances les plus significatives du moment est « la mise en question de la technicisation de la naissance », avec une montée inévitable de demandes pour des projets plus alternatifs comme l'ouverture de maison de naissance avec un accompagnement « plus doux », global et axée davantage sur la physiologie et la « détechnicisation » de l'acte d'accoucher. Les auteurs font le portrait de l'histoire de l'humanisation de la naissance en France, mais abordent également quelques études suggérant que la médicalisation a fortement été intégrée par les femmes comme bouclier aux « risques » encourus lors des accouchements. Les femmes sont donc pour la plupart prêtes à accepter les « traitements standards de l'institution » et les « modes de prise en charge de l'accouchement eutocique ». Pourtant, à l'échelle de la femme qui accouche, une négociation avec le corps médical est observable et l'ouverture sur un « projet de naissance » (Charrier et Clavandier, 2013) apporte inévitablement à un processus réflexif et à des attentes particulières. C'est pour donner suite aux demandes croissantes d'accouchements « physiologiques » et en espérant plus d'autonomie dans leur travail que les sages-femmes françaises revendiquent l'ouverture de structure leur permettant plus de flexibilité, tout en recentrant le projet de naissance de la

²⁶ Selon les auteurs, mettre la femme et l'intime au centre des enquêtes pourrait en revenir à nier la dimension institutionnelle et normative de la naissance (Charrier et Clavandier, 2013). Pourtant, puisque notre projet s'adresse à des familles qui se tiennent à l'extérieur de la vague habituelle de la naissance en milieu hospitalier, nous croyons que de les y positionner est primordial.

famille comme base solide pour y vivre une belle expérience. L'ouverture du débat sur les lieux de naissance vient principalement des limites de la « technologisation » et de son caractère systématique, davantage que de la médicalisation (Charrier et Clavandier, 2013).

Finalement, répondre aux « nouveaux projets » des familles et à l'intérêt pour un suivi moins technique et médicalisé s'inscrit à la fois dans un processus individuel et social puisque : le service en revient moins onéreux pour l'État, s'édifie sur un régime de valeurs qui « développe des ressorts idéologiques » allant plus loin que le suivi de grossesse et l'accouchement, mais également dans une perspective de bienfaits pour la santé comme la promotion de l'allaitement maternel, le contact peau à peau que par une offre plus diversifiée de produits offerts aux parents (couches lavables par exemple). Pour les auteurs (Charrier et Clavandier, 2013), tous ces microtechniques et savoir-faire, lorsque mis bout à bout, sont significatifs d'un renversement de tendance et non pas un retour au passé. Ce débat quant à la diversification de l'offre sur le paysage de la naissance concerne pour le moment plus les milieux sociaux aisés et alternatifs, mais commencent tout de même à faire vague dans la presse féminine et sur les forums destinés aux mères²⁷.

3.2.3 L'expérience de l'engendrement

La naissance est un objet d'étude à part entière, principalement puisqu'il a été démontré que l'expérience de l'engendrement, de la maternité et de la parentalité fait partie des piliers des parcours biographiques des femmes et des couples (Charrier et Clavandier, 2013). Selon les médecins, la technique est l'une des avancées majeures du XXe siècle. Il est pourtant, selon eux, d'autant plus intéressant de se questionner sur les liens que l'on entretient avec elle vu les proportions qu'elle prend dans nos modes de vie. Le regard des sciences humaines et sociales y est donc nécessaire puisque « faire de la naissance un événement opportun et porteur de bonheur suppose un changement radical dans l'appréhension de l'engendrement et de l'accueil du nouveau-né » (Charrier et Clavandier, 2013). Le nouveau rapport qu'entretiennent les couples contemporains avec la naissance se doit de faire objet d'études. La conscientisation des familles sur des questions sensibles

²⁷ Les ouvrages de Béatrice Jacques et de Charrier et Clavandier ont été publiés avant l'ouverture de maisons de naissance en France. Pourtant, depuis 2015 et pour une période expérimentale de 5 ans, 9 maisons de naissance ont été créées sur le territoire français afin de répondre aux demandes des citoyennes (Ministère des Solidarités de la santé).

en lien avec la grossesse et l'accouchement se fait sentir lors d'enquêtes et même entendre lors de revendication populaire. Le contexte est donc favorable à aborder ces questions.

Conclusion du chapitre

Béatrice Jacques (2007) nous a rapporté d'un point de vue sociologique l'expérience de la grossesse et de l'accouchement. L'expérience est au centre des préoccupations des femmes qui désirent vivre un accouchement à domicile. Pour elles, l'accompagnement global que leur apporte le suivi associé est primordial, la part affective et relationnelle prenant autant sinon plus de place que le suivi médical comme tel.

Philippe Charrier et Gaëlle Clavandier (2013) ont exposé l'investissement des familles dans ce qu'ils nomment le « projet de naissance ». Le nombre d'enfants ayant grandement diminué depuis quelques générations, il est pour eux sain de voir les familles s'investir de manière à englober tous les besoins à la fois des familles et des enfants. De nombreux choix sont possibles lors de la grossesse et dans le monde de la parentalité. Les familles peuvent choisir le lieu de naissance et faire entendre leur « projet de naissance » par un système médical et social ouvert aux possibilités. En effet, le « projet de naissance » s'inscrit à la fois dans le noyau familial, mais touche aussi inévitablement la famille élargie et une société donnée. C'est ainsi pour donner suite aux revendications que de nouvelles possibilités peuvent voir le jour et être en accord avec le « projet de naissance ». Ce projet est investi par les femmes et aura inévitablement un impact sur leur parcours de vie puisque l'expérience de l'engendrement est significative pour toutes.

Influencées par la méthodologie de ces auteurs, tout comme par les perspectives qu'ils soulèvent, nous verrons maintenant comment s'est tracé notre cadre analytique et méthodologique.

Chapitre 4

Le cadre analytique et méthodologique

À l'issue de l'état de l'art, nous constatons que peu d'études qualitatives ont été faites en sociologie sur l'accouchement hors hôpital au Québec. Il nous a semblé pertinent de creuser la question. Notre question de recherche principale est la suivante : « Quelles sont les différentes aspirations qui conduisent ces femmes à choisir d'accoucher en maison de naissance, et comment ce choix s'inscrit-il dans leurs parcours de vie ? ».

Nous avons opté pour une étude qualitative afin d'augmenter notre compréhension du contexte qui influence comment et pourquoi les femmes se rendent au suivi sage-femme et ainsi nous offrir alors une nouvelle perspective sur la question. C'est en mobilisant une approche par parcours de vie que nous avons premièrement structuré notre enquête, pour mieux comprendre la façon dont le choix de l'accouchement hors-hôpital prend sens au sein même des trajectoires individuelles. Notre deuxième perspective d'enquête se centre davantage sur le croisement des dimensions relationnelles et médicales des femmes de l'enquête afin de contextualiser le parcours individuel de ces femmes. Nous soulignerons également les apports de notre projet en sociologie de l'accouchement.

4.1 Une approche sur les parcours de vie

En premier lieu, nous mobilisons une approche sur les parcours de vie inscrivant la dimension temporelle des femmes. Cette dimension traverse l'ensemble des entretiens puisqu'il s'agit du vécu individuel parfois conjugué aux dimensions relationnelles et médicales.

Jacques (2007) démontre dans son livre comment les expériences et trajectoires au sein du système médical peuvent socialiser la femme à vivre une grossesse et un accouchement. Nous voulions montrer à quel moment du parcours de vie les femmes ont fait le choix d'un accouchement hors hôpital, et pour quelle(s) raison(s). C'est donc dans

le but de voir la diversité des parcours que nos entretiens étaient structurés de manière à explorer le passé des femmes, dès l'enfance.

4.1.1 La dimension temporelle : trajectoires et choix de vie

Puisqu'il n'existe à notre connaissance aucune étude québécoise approfondissant plusieurs dimensions des trajectoires de femmes désirant accoucher hors du milieu hospitalier, nous voulions voir si les femmes étaient influencées par une sphère ou une autre de leur vie. Nous voulions mettre en lumière comment les circonstances de vie pouvaient influencer les choix en lien avec la périnatalité. Pour Elder, Johnson et Crosnoe (2003), les individus construisent leur parcours de vie selon plusieurs variantes : « Individuals construct their own life course through the choices and actions they take within the opportunities and constraints of history and social circumstance ». L'importance de prendre en compte la dimension temporelle dans les parcours de vie, en plus de croiser diverses dimensions aident alors à plus spécifiquement nommer à quel moment et à la suite de quels événements le choix du lieu de naissance se construit. Nous abordions donc ces dimensions en considérant la complexité des expériences vécues et de la construction des choix des familles quant aux suivis de grossesse et d'accouchement.

Il était important pour nous de connaître les premières sources d'exposition des femmes à l'accouchement physiologique, plus spécifiquement à l'accouchement hors du cadre hospitalier. Nous voulions ensuite dégager à quel moment de la trajectoire des femmes la décision avait été prise de choisir le suivi sage-femme²⁸, les faits marquants qui les ont incitées au projet de naissance en maison de naissance ou encore dans la demeure familiale ainsi que la signification pour elles d'accéder à ce type de suivi.

4.1.2 La dimension relationnelle : l'influence des autres

Notre deuxième perspective d'enquête éclaire le croisement entre le parcours de vie individuel et la dimension relationnelle, incluant à la fois la vie conjugale et la relation avec l'entourage. Béatrice Jacques (2007) avait comme objectif de suivre l'influence des acteurs de la santé sur l'expérience des parturientes. Pour donner suite à ce que les études en

²⁸ Lorsque nous sondons autour de nous, nous pouvons réaliser que la profession sage-femme est bien méconnue au Québec et qu'encore beaucoup de préjugés défavorables sont véhiculés à son égard.

sciences sociales nous apportent comme éclairage, soit l'influence du cercle social en termes d'information sur l'accouchement hors du milieu hospitalier ou encore comme soutien au projet de naissance alternatif, il était logique pour nous d'analyser la diversité des acteurs pouvant avoir une influence sur le parcours de vie des femmes et venant justifier pour elles le choix du lieu de naissance hors hôpital.

Le croisement des dimensions temporelle et relationnelle est incontournable lorsqu'on trace le parcours de vie puisqu'elles sont interreliées, comme l'exprime Ana Gherghel (2013) : « Dans une perspective sociologique, l'aspect interrelationnel est introduit à travers le principe des vies interreliées (linked lives, formulé par Elder, 1974) selon lequel les trajectoires des individus appartenant à un groupe primaire (famille, amis) sont interreliées, interdépendantes et s'influencent mutuellement » (Gherghel, 2013).

4.1.3 La dimension médicale : expériences du passé et de l'accouchement

La troisième dimension explorée est la dimension médicale. Jacques (2007) nous propose une analyse basée sur le rapport que les femmes entretiennent avec le système médical au moment de la grossesse. Nous désirions voir si des antécédents médicaux pouvaient aussi avoir eu un effet sur le choix d'accoucher hors du milieu hospitalier, d'où, entre autres, la pertinence d'un récit rétrospectif. La dimension médicale est documentée par de nombreux chercheurs venant de champs disciplinaires variés et traitant particulièrement de l'accouchement en milieu hospitalier. Il est souvent exploré par le prisme des concepts de risques, de sentiment, de contrôle et de soutien. En recueillant de l'information sur les expériences passées liées au médical, il était important pour nous de vérifier si le raisonnement des femmes pour un suivi sage-femme touchait cette question des risques.

Comme l'accouchement est l'un des éléments centraux des trajectoires des femmes, il était primordial pour nous de lui laisser place dans l'analyse, non pas seulement par ce qu'elles ont vécu, mais également comment elles l'ont vécu avec l'équipe sage-femme autour d'elles. Il va sans dire que la dimension médicale était inévitablement abordée. Aussi, cette dimension s'entrecroisait avec toutes les autres dimensions du récit des femmes puisqu'elles nous racontaient les expériences de l'entourage lors de leurs accouchements, la manière par laquelle cela avait teinté leurs idées de l'accouchement et

comment elles avaient pu déconstruire les idées négatives apprises dans le passé pour s'en faire de nouvelles, propres à ce qu'elles avaient envie de vivre. Finalement, l'expérience d'accouchement est souvent très liée avec leur envie de s'investir dans des projets communs liés à la maternité, à la promotion des professionnelles sages-femmes ainsi qu'au partage de connaissances et d'expériences avec leur entourage.

4.2 Les entretiens qualitatifs semi-dirigés

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons mis en place une méthodologie fondée sur les récits de vie rétrospectifs, afin de mieux comprendre ce qui a mené ces femmes au suivi sage-femme, de recueillir le récit de leur grossesse et de leur accouchement, et de saisir la nouvelle place que prenait la périnatalité dans leur vie. Cette enquête repose finalement sur 18 entretiens conduits auprès de femmes ayant vécu au moins un suivi de grossesse et un accouchement accompagné par une sage-femme. Nous avons conduit ces 18 entretiens auprès de femmes aux origines géographiques très diverses. Au total, 7 femmes habitaient Montréal, 1 la Rive-Sud de Montréal, 3 la Rive-Nord de Montréal et 4 les Laurentides et grâce aux bouches à oreilles, j'ai également pu passer en entretien 2 femmes du Saguenay ainsi que 2 de la ville de Québec.

Afin de contextualiser notre enquête, nous décrivons ici la méthode que nous avons décidé d'utiliser. Tout d'abord, nous reviendrons sur le déroulement des entretiens en explicitant le mode de recrutement des participantes. Nous préciserons notre échantillon et expliquerons les choix que nous avons eus à faire afin d'ajuster nos entretiens. Ensuite, nous donnerons des précisions sur le guide d'entretien par dimensions et terminerons en mentionnant les limites et biais de notre terrain d'enquête.

J'ai moi-même effectué les 18 entretiens. En collaboration avec ma directrice de recherche, Cécile Van de Velde, nous avons élaboré un guide d'entretien. Nous avons pris le parti de débiter l'entretien par un récit de vie afin qu'elles puissent expliciter elles-mêmes les étapes de leur trajectoire conduisant au choix de la maison de naissance, et nous avons délibérément laissé place aux émotions qui y sont associées. Jean-François Laé, dans un article publié en 2002 et intitulé « l'emprise du sensible dans l'enquête sociologique »,

explique que là où il y a une écoute assidue, l'accès à des informations personnelles qui engagent à un « examen de soi » sont plus facile à recueillir, même si cela renvoie les individus à des sentiments négatifs.

C'était donc par choix conscient et scientifique que le déroulement des entretiens fut particulièrement ouvert²⁹. Nous avons ainsi pu entendre dans leurs mots et par leur vécu les différentes trajectoires et dimensions qui les concernaient personnellement. L'univers périnatal étant pour nous très subjectif, nous avons pu recueillir les fondements de leur histoire personnelle, leur narration, l'expérience même de leur suivi, de leur accouchement, de leur relation avec l'environnement au moment de la naissance. Cette manière de faire fut tout à fait appropriée pour notre sujet de recherche puisque la grossesse et l'accouchement étant imprévisibles et sensibles, les laisser nous les raconter à leur rythme, dans leurs mots s'est révélé particulièrement fructueux et a rendu moins abstraite cette réalité.

4.2.1 Le recrutement des participantes

Nous avons privilégié un recrutement par les réseaux sociaux, par l'entremise de pages Facebook regroupant des mères à la fois de la grande région de Montréal et des Laurentides afin de pouvoir exécuter la majorité des entretiens en face à face. Nous avons diffusé une fiche explicative du projet (examinée et acceptée par le comité d'éthique de la Faculté des arts et sciences humaines de l'Université de Montréal) expliquant en quelques mots les avantages de participer à la recherche ainsi que les implications nécessaires pour les femmes désirant y participer. Notre recrutement s'est prioritairement fait par ces pages Facebook, et quatre femmes nous ont contactés à la suite des informations sur notre projet transmises par une de leur connaissance.

Il nous semblait pertinent d'obtenir les informations quant aux trajectoires de 18 femmes pour une meilleure recherche de diversité interne ainsi qu'afin d'avoir un échantillon le plus diversifié possible.

²⁹ Nous nous distinguons donc d'autres chercheurs utilisant des questionnaires visant à connaître le niveau de satisfaction en lien avec le milieu de la périnatalité (Chauvin, 2010). Afin de laisser libre cours aux trajectoires des femmes.

Les critères de sélection établis étaient assez larges parce qu'il ne nous semblait pas pertinent d'en émettre davantage. Nous demandions donc que la femme ait vécu au moins un accouchement au soin de sage-femme, au Québec, dans les 5 dernières années. D'emblée, nous savions que les femmes qui allaient répondre à notre annonce allaient alors connaître l'existence des sages-femmes et de l'accouchement hors du milieu hospitalier, qu'elles avaient eu une place pour un suivi sage-femme et qu'elles avaient vécu une grossesse à faible risque. Nous touchions déjà une minorité de la population.

Tous les entretiens à l'exception de deux (les participantes n'ayant pas donné leur consentement pour l'enregistrement des entretiens) ont été enregistrés et retranscrits par moi-même.

Chaque femme fut rencontrée une seule fois, 13 en personne (4 dans un café tranquille, 1 dans un parc et 8 à leur domicile) et 5 via Skype. Les rencontres en personne étaient de manière générale beaucoup plus productrices de discours et les femmes semblaient plus à l'aise de livrer des commentaires au niveau de leur vie personnelle ainsi que des critiques sur leur entourage et la société en général. Les entretiens étaient également plus longs d'au moins 30% lorsqu'ils se déroulaient au domicile des femmes et 20% plus longs qu'avec Skype lorsque nous étions en personne à l'extérieur du domicile. La collecte lors des entretiens Skype s'est également bien déroulée, mais je devais plus souvent intervenir avec de nouvelles questions, l'échange ne s'étant peut-être pas aussi bien installé entre nous.

4.2.2 Description de l'échantillon

La moitié (9) des femmes étaient des primipares, mais parmi celles qui avaient vécu plus d'une grossesse, 5 avaient vécu tous leurs accouchements hors du milieu hospitalier³⁰, pour un total de 14 femmes ayant vécu des accouchements seulement hors du milieu hospitalier.

Nous avons conduit des entretiens auprès de 15 femmes originaires du Québec, une de France, une d'Amérique centrale et une d'Amérique du Sud. Toutes les femmes étaient

³⁰ Les études montrent majoritairement des femmes ayant déjà vécu un premier accouchement en milieu hospitalier. L'accouchement hors du milieu hospitalier étant une forme de réparation (Rouillier, 2015).

en couple au moment du ou des suivis sages-femmes et avaient en moyenne 27 ans au moment du premier accouchement avec une sage-femme (avec des âges variés de 18 à 33 ans).

Parmi les participantes, sept femmes avaient un diplôme de niveau collégial, cinq universitaires de premier cycle, trois de deuxième cycle et trois de troisième cycle. Les femmes de notre échantillon sont généralement fortement scolarisées, comme l'affirmaient déjà les enquêtes relevées plus tôt en revue de littérature.

Au niveau de la dimension médicale, lors du dernier accouchement vécu avec un suivi sage-femme, 4 ont été transférées à l'hôpital pour des raisons médicales lors de l'accouchement, 11 ont donné naissance en maison de naissance³¹ et 3 dans la demeure familiale. Parmi les femmes multipares, 3 avaient déjà eu des complications suite à un autre accouchement et avaient dû être transférées ou recevoir une intervention si elles étaient déjà en milieu hospitalier.

4.2.3 Une enquête ciblée sur les mères

Nous avons décidé de ne conduire des entretiens qu'auprès des mères puisque la complexité d'une telle expérience nous semblait difficilement conjugable avec la prise en compte de celle du conjoint, dans le cadre de ce mémoire. Nous avons ainsi pu laisser libre cours au récit en tant qu'expérience féminine, vécue et interprétée à leur façon. Également, nous pensions pertinent de ne traiter que de l'expérience vécue des usagères du service puisque des travaux ont déjà été faits sur les sages-femmes³².

4.2.4 Guide d'entretien par dimensions

Les thèmes abordés durant l'entretien différaient quelque peu selon que la femme ait vécu une ou plusieurs grossesses. Pour les participantes ayant vécu plus d'une grossesse, nous évoquions, sous la forme d'un récit ouvert, d'abord les contextes des autres naissances, qu'ils aient eu lieu en milieu hospitalier ou non, et nous échangeons sur les raisons qui les ont poussées à changer de milieu, s'il y a lieu. Pour ces deux types de

³¹ Une femme a été transférée à la suite de l'accouchement puisqu'elle avait une rétention placentaire.

³² Le journal *Midwifery* traite beaucoup de ce sujet. La chercheuse Murray-Davis a également plusieurs publications traitant des sages-femmes canadiennes.

participantes, nous couvrions, sans toutefois suivre parfaitement cet ordre, la période prénatale, les contextes d'accouchement de l'entourage, leur(s) accouchement(s), la période postnatale, le vécu du conjoint face au suivi sage-femme et concernant l'accouchement en général, le mode de vie familiale ainsi que leurs habitudes de vie familiale. Le caractère rétrospectif les invitait à raconter leur histoire.

En nous le partageant, nous pouvions établir des liens entre le vécu de l'entourage, leurs critiques face aux sages-femmes, les commentaires qu'il faisait aux femmes de notre enquête, ce que leur répondaient les femmes rencontrées ainsi que leur attitude face aux critiques. Généralement, elles nous apportaient ensuite du contenu sur leur perception du monde médical actuel et à la place qu'il prend dans notre société.

Le caractère rétrospectif de l'enquête laissait parfaitement place à nos trois dimensions abordées, soit la dimension temporelle, la dimension relationnelle ainsi que la dimension médicale. Nous croyons que l'approche par récit de vie, en traversant plusieurs dimensions, apporte des réponses plus précises dans l'analyse de nos données.

4.3 Stratégie analytique

Nous avons analysé nos données en fonction des similitudes et différences des femmes de l'enquête. De ce double mouvement est né une vision claire de ce qui pouvait potentiellement mener les femmes à opter pour un suivi sage-femme. Nous avons ensuite bâti un modèle du phénomène social en créant 3 idéaux types, au sens où l'entend Max Weber. En regroupant les traits principaux de ces femmes, les déterminants qui les ont regroupés, il nous semblait cohérent de les catégoriser selon qu'elles aient des connaissances approfondies sur la pratique sage-femme, des intérêts pour une naissance différente, ou qu'elles rejettent simplement l'idée de donner naissance en milieu hospitalier.

4.4 Limites et biais du terrain

Une étude portant sur la périnatalité engage plusieurs biais possibles d'étude, en ce que la naissance se trouve multidimensionnelle sur le plan sociologique. Les sociologies du corps, de la douleur, du genre, de la médecine, des techniques, des organisations (...) sont autant de biais d'analyse qui seraient envisageables dans une étude portant sur la naissance, dans ses enjeux et sa gestion sociale (David, 2007).

Nous avons conscience que le mode de recrutement par les réseaux sociaux peut avoir apporté un certain biais puisque nous nous concentrons sur des groupes ciblés et dans des lieux précis (Rosemont, Villeray, etc.). Pourtant, la littérature nous livre sensiblement le même portrait de femmes, eux aussi pouvant utiliser des modes de recrutement ciblés (dans les universités par exemple) (Van Haaren-Ten Haken et coll., 2012 par exemple). Également, et il est difficile d'en avoir un portrait statistique, nous avons très peu de femmes d'autres nationalités que Québécoises, ce qui n'est pas représentatif de la population en générale (15 des femmes interrogées sont d'origine québécoise).

Un autre biais possible est celui du discours qui nous a été livré. Comme dans toutes études qualitatives, les participantes de notre enquête ont pu sélectionner les informations transmises, selon des enjeux inconscients, ou encore par souci de désirabilité de leur part. Les entretiens se sont tous bien déroulés et nous ne mettons malgré tout en doute aucun des discours.

4.5 Intérêt de cette approche en sociologie de l'accouchement

Bien qu'en contexte français, nous avons pu tirer profit des analyses et descriptions de Béatrice Jacques (2007). Nous nous sommes mobilisées quant aux choix pour notre propre enquête afin de la rendre possible en terrain québécois. Son œuvre ouvre une porte sur l'accouchement à domicile et nous croyons que c'est dans la continuité de son œuvre que la nôtre s'inscrira, dans un contexte québécois. Comme il n'y a, à notre connaissance, aucune littérature sociologique se penchant sur l'accouchement hors du milieu hospitalier, nous avons opté pour une enquête sur des femmes ayant un suivi sage-femme au Québec.

Le caractère unique de notre recherche vient du fait qu'elle est exécutée dans un souci de suivre les parcours de vie des individus. Nous avons décidé de ne faire que des entretiens rétrospectifs puisque nous n'avions pas intérêt à séparer le vécu prénatal du vécu postnatal, les deux étant pour nous un effet de continuité qui apportaient une plus grande compréhension sur les choix des femmes. Nous avons également accès à des réflexions plus approfondies sur le vécu des femmes qui les entourent en lien avec la grossesse et l'accouchement. Nous avons en effet porté une attention particulière à la dimension relationnelle sans limites temporelle, qui nous semblait spécialement révélatrice des choix et vécus des femmes passées en entretien.

Nous mobilisons plusieurs phases de la trajectoire de chaque femme afin de créer un récit par parcours de vie, en ne nous basant pas seulement sur la dimension médicale qui est la principale dimension explorée à ce jour dans les travaux, par exemple dans l'enquête de Béatrice Jacques (2007).

Autant les ouvrages « Sociologie de la naissance » de Philippe Charrier et Gaëlle Clavandier (2013) que « Sociologie de l'accouchement » de Béatrice Jacques (2007) ouvrent sur des débats liés aux possibilités pour des accouchements hors du milieu hospitalier. Pourtant, le contexte est différent en France de ce que nous vivons actuellement au Québec puisque nous avons accès depuis maintenant plus de 20 ans aux maisons de naissance. Le projet ne fait qu'éclorre en contexte français. Les auteurs de « Sociologie de la naissance » le disent eux-mêmes : « les études quant aux attentes des parturientes sont biaisées puisque les maisons de naissance n'existent pas, les répondantes n'envisagent donc dans la plupart du temps pas cette possibilité lorsqu'elles expriment leurs attentes face à l'accouchement » (Charrier et Clavandier, 2013; p.212). Le sens que prend la dimension relationnelle est donc tout autre pour nous puisqu'il peut nous donner une analyse de la perception de la société québécoise quant à l'accouchement hors du milieu hospitalier.

Conclusion de chapitre

En conclusion, notre enquête par parcours de vie se structure autour de trois dimensions. La première est la dimension temporelle, qui permet de mettre en perspective

les motivations et les choix des femmes ayant accès au suivi sage-femme. Nous cherchons à saisir à quel moment de la trajectoire elles sont exposées à l'idée d'un suivi sage-femme. La deuxième est la dimension relationnelle. Nous cherchons à saisir l'influence des autres sur le fait d'avoir un suivi sage-femme. La troisième est la dimension médicale. Nous voulions voir l'influence des expériences médicales passées sur le suivi sage-femme tout comme recueillir le récit du ou des accouchements.

Notre approche apportera un regard québécois sur les trajectoires de femmes accouchant assisté par une sage-femme, en juxtaposant plusieurs dimensions ainsi que plusieurs moments du parcours de chacune. Grâce aux 18 participantes rencontrées au travers de Facebook, nous porterons un regard vers une meilleure compréhension des motivations de ce choix et de ses effets sur les expériences d'accouchement. Les mères rencontrées avaient toutes vécu un suivi sage-femme, étaient majoritairement Québécoises, très scolarisées et étaient en proportions égales primipares et multipares.

L'approfondissement des parcours de vie des femmes, approfondis sous trois dimensions (temporelle, relationnelle et médicale), a fait émerger des similitudes. Nous verrons ce qu'elles nous révèlent dans la prochaine section.

Chapitre 5

Parcours, entourage et rapport au médical : Fortes similitudes entre les femmes interrogées

Plusieurs éléments saillants ont émergé de l'analyse des trajectoires de ces femmes ayant été impliqué dans au moins un suivi sage-femme. Pour mettre en lumière ces points convergents, nous nous sommes basés sur le profil des femmes et leurs trajectoires, la source d'exposition principale à l'accouchement physiologique ainsi qu'au suivi sage-femme, l'expérience de l'accouchement et finalement leur implication périnatale, s'il y a lieu.

5.1 Des profils sociaux profitables au suivi sage-femme

Les femmes de notre échantillon possédaient des caractéristiques facilitant probablement leur potentiel de se rendre au suivi sage-femme. Voici ce que nous avons pu ressortir des entretiens.

5.1.1 Des femmes plus scolarisées

Toutes les femmes avec qui nous nous sommes entretenues ont poursuivi des études postsecondaires dans les proportions suivantes : 7 au collégial, 5 au 1^{er} cycle universitaire, 3 au 2^e cycle universitaire et 3 au 3^e cycle universitaire.

Jacques (2007; 97) décrit plusieurs types de confiance que les femmes peuvent développer envers le professionnel de la santé. Elle mentionne que le type de confiance « dépersonnalisé » regroupe principalement des femmes de la classe populaire. Elle voulait montrer que l'appartenance sociale joue un effet dans la structuration du rapport envers le médecin et la science. L'accès à l'information et la confiance sociale jouent selon nous pour beaucoup dans la capacité à s'émanciper de la norme. Malgré cela, la plupart des femmes ne se sont pas lancées dans des lectures sur la grossesse et la maternité. La plupart se sont plutôt concentrées sur la lecture du livre d'Isabelle Brabant (2013), « Une naissance heureuse » et ont visionné le film de Roger Boire et Valérie Pouyanne (2013) « L'arbre et le nid » portant sur l'accouchement naturel au Québec. Au début du suivi, déjà elles avaient

confiance en leur capacité de mettre au monde leur enfant. Lors des rencontres, les sages-femmes remettent de la documentation appuyant les dernières recherches scientifiques liées à plusieurs sujets³³. Les femmes de notre enquête ont pu faire des choix éclairés sans pour autant avoir à creuser sur le sujet de manière complètement autonome. Les sages-femmes sont disponibles pour discuter de ces choix, apporter des éclairages nouveaux et questionner les femmes sur leurs attentes.

Similairement à ce que Béatrice Jacques (2007) nous propose dans son ouvrage, nous sommes en mesure de classer par profession et disciplines scolaires les participantes de notre enquête. On y trouve le milieu médical et paramédical, le monde enseignant, le monde de la communication et du social ainsi que le milieu de la recherche scientifique. Elle indique qu'il ne s'agit pas d'un public anodin, mais souvent très au courant des innovations médicales qu'elles ne remettent pas en doute, mais qu'elles considèrent comme n'étant pas toujours nécessaires dans le contexte de la naissance. C'est en concordance avec ses données que nous avons nous-mêmes choisi de diviser les professions des femmes de notre étude de cette manière.

5.1.2 Des femmes en bonne santé générale

La majorité des femmes de l'enquête s'entendent pour dire qu'elles ont eu recours au service sage-femme pour des raisons autres que le rejet du médical. Un de nos idéaux types de femmes, nommé les « déçues », a rejeté le milieu hospitalier, mais ne représente qu'environ le quart des femmes rencontrées.

Les femmes de notre enquête sont en bonne santé générale, ce qui explique entre autres choses le fait que leur grossesse ait été qualifiée d' « *à faible risque* », ce qui leur a permis d'avoir accès à un suivi sage-femme. Les participantes ont presque toutes rappelé qu'« *être enceinte n'est pas une maladie* » et qu'elles ne s'imaginaient alors pas aller à l'hôpital pour vivre l'expérience. Marie, en parlant de l'accouchement : « ça a toujours été quelque chose qui était normal et naturel » (25 ans, monde du social, universitaire 2^e cycle). Nous avons décidé de mettre cette similitude dans la catégorie individuelle plutôt que

³³ Par exemple quand vient le temps de discuter des possibilités en cas de streptocoque positif lors de l'accouchement, les femmes seront à la fois informées des recommandations, des taux de risques de prendre une telle ou une telle décision.

médicale puisqu'elle menait à une vision de la normalité de la naissance, au fait que tout pousse à croire que la naissance se déroulera sans embuche majeure.

La majorité des femmes ont mis peu de temps avant de tomber enceintes et n'ont pas eu recours à une assistance médicale pour les aider dans leur procréation. Pour la majorité des femmes, à peine quelques semaines se sont déroulées entre le moment où elles désiraient tomber enceintes et la nouvelle de la grossesse. Cette similitude est évoquée ici puisqu'elle vient appuyer leur vision de la « *normalité de la grossesse* ».

5.1.3 Une vision relative du risque

Un des éléments majeurs qui nous poussent à croire qu'elles ont eu plus de facilité à se rendre en maison de naissance que la majorité des femmes de notre société est leur vision du risque. Pour elles, le risque est inévitable, oui, mais tout à fait relatif. La plupart étaient informées du fait que « *les accouchements à domicile ou encore en maison de naissance comportent le même risque qu'à l'hôpital et parfois moins* ». En étant d'emblée informées sur cette question, elles ont été plus portées à s'ouvrir sur les possibilités pour l'accouchement et pour le suivi sage-femme en général puisque cela leur permettait « *un accompagnement global* », plus près de « *l'expérience* » qu'elles recherchaient. En majorité, elles voient l'expérience de l'accouchement comme « *un cheminement qui se prépare dès le début du suivi avec la sage-femme* ».

Certaines femmes avaient des problématiques de santé particulière (par exemple des histoires de décollement placentaire aux accouchements précédents), mais elles savaient que les sages-femmes étaient outillées pour leur faire face, sans quoi elles ne pourraient pas continuer le suivi et devraient plutôt faire un transfert de service auprès d'un médecin.

5.2 La dimension relationnelle : entre support et adversité

5.2.1 Des situations stables qui permettent une certaine flexibilité

Aucune des femmes rencontrées n'était en situation de précarité au travail ou au niveau de leur situation familiale. Comme nous le nommait Ana, il faut dans une certaine

mesure avoir les « *conditions gagnantes* » pour se « *permettre* » d'aller en maison de naissance. Il faut avoir le temps de bien vivre une grossesse et de pousser la réflexion sur les choix possibles durant la grossesse et l'accouchement (se construire un plan de naissance par exemple) en plus d'être disponible pour les rencontres avec la sage-femme qui ont lieu en semaine, en pleine journée de travail et qui peuvent durer parfois plus d'une heure. De plus, ces femmes choisissant un suivi sage-femme doivent faire des choix éclairés durant la grossesse, sur des interventions en période de gestation comme en prévision de l'accouchement. De nombreux choix sont par exemple offerts lorsqu'arrive le moment de faire le test pour déceler un diabète de grossesse. Il faut alors connaître les possibilités et en comprendre les implications, ce qui signifie souvent des lectures complémentaires au suivi de grossesse, et donc du temps pour s'y investir et un certain niveau de littératie.

Les décisions à prendre se font aussi majoritairement avec l'appui du conjoint qui attend lui aussi cet enfant, ce qui nous mène au point suivant.

5.2.2 Des conjoints impliqués

La majorité des conjoints ont partagé leur réticence face au suivi sage-femme lorsque l'idée leur a été proposée. Toutes les femmes s'entendent pourtant pour dire qu'après une première rencontre d'information en maison de naissance, tous ont changé d'avis et admis trouver la pratique sécuritaire et inclusive. La majorité des conjoints partagent eux aussi leur vécu auprès de l'entourage et « *vendent* » l'idée et les bienfaits du suivi sage-femme et de l'accouchement en maison de naissance ou à domicile.

La plupart des conjoints ont assisté à au moins une rencontre avec la sage-femme afin de faire sa connaissance et ont été très présents comme support et accompagnateurs lors de l'accouchement. Stéphanie (26 ans, milieu paramédical, collégial) parle de l'accouchement comme s'étant déroulé dans « *la douceur absolue et l'amour total* ». « *Y'a été parfait. Peut-être que les hormones ont joué un peu sur mon jugement (rire), mais pour vrai, il a été exemplaire* ». Le fait que les sages-femmes incluent aussi bien le vécu du père durant les séances prénatales et qu'elles le préparent à vivre lui aussi l'accouchement a particulièrement touché les femmes de notre enquête. Elles ont senti, tout comme leur conjoint, qu'ils avaient leur place à l'endroit où avait lieu la naissance, qu'ils n'étaient mis

à l'écart sous aucun prétexte. Valérie (30 ans, monde enseignant, universitaire 2e cycle) dit avoir senti qu'il a vraiment été bien préparé pendant les rencontres « *d'être à l'écoute d'aider pour l'allaitement par exemple en apportant à boire et à manger. Il était prêt* ». En le comparant avec d'autres pères, elle voit qu'il était « *peut-être mieux préparé que les autres et pense que la belle relation qu'il entretient avec sa fille vient entre autres de ça* ».

Toutes les femmes rencontrées avaient un conjoint soutenant lors de leur(s) suivi(s) sage-femme ainsi qu'un support de la part de l'entourage face à la venue d'un nouvel enfant, mais pas nécessairement face au mode d'accouchement (famille, amis, etc.).

5.2.3 L'entourage qui donne du fil à retordre

La majorité des femmes ont dit avoir reçu beaucoup de commentaires négatifs de la part de l'entourage face à leur suivi sage-femme, souvent en parlant en termes de risques et en partageant des histoires catastrophiques vécues durant l'accouchement « *d'une amie d'une amie* ». À ces critiques, la plupart des femmes transmettaient de l'information sur la pratique et tentaient de ne pas se laisser atteindre.

Les femmes recevaient du soutien de l'entourage face à la venue d'un nouvel enfant, mais devaient, pour la majorité, constamment revendiquer le droit de choisir le lieu et le mode de mise au monde en plus de renseigner sur l'aspect sécuritaire de la pratique sage-femme. La plupart disent avoir « *laisser tomber l'idée de les convaincre* » en tenant à ne pas miner la confiance qu'elles avaient en elle-même de donner naissance telle qu'elles le souhaitaient. La majorité des femmes ont soulevé le parallèle entre la sphère à la fois privée et publique de la grossesse. Elles se disent surprises des commentaires reçus par l'entourage, mais tenaient pour la plupart à inclure les membres de la famille et les amis proches dans la discussion afin de modifier leur manière de penser cet événement.

5.3 La dimension médicale : l'accouchement en trois temps

Nous verrons ici comment se rejoignent les similitudes en ce qui a trait aux événements liés à la naissance. Les sphères temporelles seront divisées selon que les

similitudes viennent de la période avant la naissance, au moment de la naissance ou après la naissance.

5.3.1 Avant l'accouchement, le projet de naissance

Le livre *Sociologie de la naissance* (Charrier et Clavandier, 2014) nous propose une certaine définition du « projet de naissance », englobant toute la sphère de la parentalité. Bien que nous ayons nous-mêmes abordé le sujet de la parentalité, nous décrivons davantage le projet de naissance comme étant le projet de la mise au monde, soit dans le cadre de l'accouchement et de la naissance, selon le type de suivi, le mode et le lieu de l'accouchement. Toujours en lien avec le fait que ces femmes aient choisi un accouchement hors du milieu hospitalier, le projet était centré, du fait de leur discours, sur l'idée de l'accouchement et de sa réalisation.

Il est possible pour nous d'affirmer que les femmes de l'enquête ont toutes vu l'accouchement comme un « projet » à réaliser³⁴. Elles s'y sont investies en temps et toutes en ressortent satisfaites. Pour Valérie (30 ans, monde enseignant, universitaire 2e cycle), il s'agissait d'une évidence alors que nous discutons du fait de nous questionner sur nos choix: « (...) *C'est quand même un évènement de vie qui se prépare, ton mariage tu le prépares pendant un an, et ton accouchement non, t'arrives là-bas et c'est tout?* ». Le discours des femmes était centré sur leurs réflexions personnelles, sur les choix qu'elles et leur conjoint ont faits pour se donner les meilleures chances de vivre l'accouchement comme ils le souhaitent. C'est donc un investissement de plusieurs mois, parfois par le biais des discussions avec les sages-femmes, parfois seules ou entourées qu'elles ont « planifiées » la ou les naissances, à la maison de naissance ou dans le confort de leur foyer.

5.3.2 Une forte alliance thérapeutique

« Pour reprendre la formule de Donna Haraway, les parturientes ne sont ni de pures « déesses » ni de pures « cyborgs », elles naviguent entre connexion énergétique avec l'univers et connexion électromagnétique avec des

³⁴ Le projet de mettre au monde est grandement investi chez ces femmes, alors que de nos jours, les cours de préparation à la naissance sont davantage des cours de préparation à la parentalité, l'anesthésie péridurale s'étant grandement établis dans les milieux hospitaliers. Les femmes suivant ces cours sont donc moins mises en contact avec leur corps afin de le pousser à vivre physiologiquement la naissance de l'enfant (Charrier et Clavandier, 2013).

machines. En cela, elles sont à l'image des sages-femmes qui les accompagnent (...). Il s'agit bien de cumuler la meilleure part des mondes anciens et modernes en s'appuyant sur un collectif de travail élargi : conjoint, sage-femme, bébé, environnement familial, huiles essentielles, stéthoscope, cortex et néocortex, présence des proches et téléphone portable, intimité du domicile et horizon d'un transfert toujours possible à l'hôpital » (Pruvost, 2016).

Les liens développés dans l'univers périnatal sont particuliers. Au contact de ces sages-femmes possédant un bagage expérientiel fort, les connexions entre les femmes et sages-femmes s'ancrent profondément dans leur vécu. Aussi, la majorité des femmes ont affirmé avoir eu à faire leur deuil du suivi sage-femme. Elles avaient trouvé difficile de « *laisser aller* » cette relation construite avec la sage-femme et en quelque sorte tourner la page sur l'expérience vécue. Valérie partageait son « *sentiment de bonheur* » lorsqu'elle croisait sa sage-femme dans son quartier, même sans lui adresser la parole, celle-ci lui rappelant leur beau parcours ensemble. Les femmes ayant retenu le suivi sage-femme ont vécu un accompagnement qui se veut « global », dépassant le simple suivi médical habituel. Elles ont pu pour la plupart, tout comme Jacques (2007) et Charrier et Clavandier (2013) l'ont documenté dans leurs travaux respectifs, se lier d'amitié ou du moins développer une relation égalitaire durant laquelle des événements sensibles et lourds de sens ont eu lieu. La relation développée était selon la majorité des femmes « *très particulière et satisfaisante* ». Elles ont pu travailler des aspects d'elles-mêmes en contact avec la sage-femme et tenir des discussions de haute importance en se sentant soutenues dans leurs idées et leurs réalisations.

5.3.3 L'expérience de l'accouchement, la réalisation du plan de naissance

Les femmes de l'enquête avaient pour la majorité une bonne idée de ce qu'elles désiraient dans le contexte de la naissance et tentaient de s'y rattacher. La plupart mettaient en place des techniques afin de passer au travers de la douleur des contractions, par exemple en jouant sur leurs sens. Leurs plans de naissance incluaient des massages, de la musique douce, des bougies odorantes ou des petits mots d'encouragement qu'elles se sont inscrits au préalable. Certaines avaient aussi pratiqué en prénatal des techniques plus spécifiques comme les chants prénataux et l'autohypnose.

5.3.4 La douleur du travail n'a pas pris le dessus sur le discours des femmes

« *Oui, ça fait mal (les contractions), mais quand on passe 9 mois à s'y préparer (...)* » Des variantes de cette phrase ont été entendues lors de presque tous les entretiens. Malgré les transferts qui ont eu lieu en milieu hospitalier, toutes les femmes s'entendent pour dire qu'elles n'auraient pas voulu débiter leur travail autrement, et qu'elles sont satisfaites d'être restées en maison de naissance avec un suivi sage-femme. La majorité des femmes disent s'être bien fait épauler durant cette épreuve et mentionnent que l'accompagnement auquel elles ont eu droit était comme une sorte de privilège³⁵. Les femmes ont pour la majorité mentionné être fière d'avoir réalisé cet exploit, souvent comparé à des épreuves physiques, et que maintenant, plus rien ne leur semblait insurmontable.

5.3.5 Une grande confiance en leur corps

Le Breton nous rappelle que depuis les années 1960, l'imaginaire collectif est empreint de la notion de « libération du corps ». La condition humaine est corporelle et l'homme en est indissociable puisque c'est son corps « qui lui donne son épaisseur et la sensibilité de son être au monde » (Pelchat, 2001).

Les femmes rapportent que dès l'émergence de l'idée d'avoir un suivi sage-femme, elles avaient confiance en leur corps, en sa capacité à faire ce qui était le mieux pour l'enfant, à son rythme et sans embuche. Bien que certains accouchements aient dû se terminer en milieu hospitalier, elles sont fières d'avoir dépassé leurs limites et n'ont aucun regret. « Cette structure individualiste qui fait du corps l'enceinte du sujet, le lieu de sa limite et de sa liberté, l'objet privilégié d'un façonnement et d'une volonté de maîtrise » (Le Breton dans Pelchat, 2001). Certaines des femmes parlaient de l'accouchement comme étant quelque chose qu'elles avaient envie de vivre, d'« *en ressentir toutes les sensations* » et étaient particulièrement ouvertes à accepter son déroulement, « *en accompagnant la douleur des contractions* ».

³⁵ De manière générale, les femmes ont développé une bonne alliance thérapeutique avec la sage-femme et sentaient que leurs paroles comptaient pour elle, se sentaient grandement en confiance et rassurées par leur simple présence.

5.3.6 Une confiance quasi totale envers les sages-femmes

Toutes les femmes rencontrées disent avoir eu confiance en leur capacité de mettre au monde leur(s) enfant(s) naturellement. Pourtant, lorsque la sage-femme pratiquait des interventions, aussi minimales soient-elles, la majorité des femmes ne les remettaient pas en question. Un des profils de confiance suggérés par Jacques (2007) reflète à quelques différences près notre échantillon de femmes.

Non seulement la patiente veut voir dans le praticien un partenaire de soin, mais il doit lui-même construire sa pratique comme telle (...) Une des règles du pacte est que le médecin appuie et reconnaît cette démarche; il doit accepter de « prendre des risques » en s'opposant aux règles habituelles de fonctionnement de l'institution. Mais le contrat est bilatéral : le médecin donne de son temps à condition que la patiente suive ses prescriptions et conseils. On n'est plus dans un rapport asymétrique, mais de cogestion de la « maladie ». Chaque décision (...) est discutée, négociée et doit être avalisée par les deux parties. Si la relation est plus égalitaire, c'est aussi parce que la parturiente dispose d'un savoir sur la grossesse et l'accouchement auquel le médecin accorde une certaine légitimité.

La majorité des femmes cadrent tout à fait dans ce type de confiance lorsqu'il s'agit de partage d'information ou encore de prise de décision. En revanche, lorsque des interventions avaient lieu, elles ne se demandaient pas forcément s'il s'agissait de la bonne manière de procéder et remettaient leur confiance totale envers la sage-femme. Dans une moindre mesure, nous pourrions donc intégrer le type de confiance « totale » de Jacques (2007) : « Ici, le processus de construction du rapport de confiance est d'abord présenté par les parturientes comme reposant sur une rencontre, décrite sur le mode de « parce que c'était lui, parce que c'était moi ». Cette rencontre peut être basée sur des compétences « jugées hors du commun ». De manière légitime les femmes ont développé de belles relations avec leur sage-femme principale et il est fortement nécessaire dans un contexte de grande vulnérabilité comme la grossesse et l'accouchement de pouvoir appuyer sa relation avec le professionnel qui nous supporte sur une confiance bâtie. Cependant, les femmes remettaient très peu en question les approches, interventions et comportement des sages-femmes. La majorité des femmes parlent de leur sage-femme comme étant quelqu'un d'exceptionnel en qui elles n'ont pas douté et disent qu'elles « *savaient* » qu'elles avaient toujours fait pour le mieux.

Malgré toute la légitimité des savoirs sages-femmes, peut-être est-ce dû à la socialisation au monde médical qui ouvre l'accès plus facilement aux interventions sans se questionner? Lorsqu'elles me partageaient ces propos, je leur demandais si elles savaient pour quelle raison telle ou telle intervention avait eu lieu et elles n'en savaient parfois rien, ne s'étaient même pas arrêtés sur de tels « détails ». Peut-être est-ce donc un biais de notre part de souligner de cette manière quelque chose qui ne leur tient tout simplement pas à cœur? Elles se considèrent comme étant « égales » à la sage-femme au niveau de la prise de décision, mais ne semblaient pas critiques face à aucun point du suivi, bien que ce soit un « service », dans 17 cas sur 18. Myriam Hivon et Vania Jimenez (2007) nous proposent des explications en lien « pour certaines il s'agit d'un choix où elles décident de faire confiance à leur intervenant et de s'en remettre à ses compétences, choix tout à fait légitime ».

5.3.7 En période postnatale, elles redonnent à la cause à leur manière

Toutes les femmes rencontrées se sentent maintenant beaucoup « *plus concernées* » face aux situations touchant la maternité et plus outillées pour participer aux débats publics sur ces sujets. De près ou de loin, elles ont toutes envie et parfois le besoin de partager leurs connaissances, histoires ou encore d'offrir de l'appui si nécessaire aux projets d'autres parents. Parmi les femmes rencontrées, 2 sont accompagnantes à la naissance, une est en voie de le devenir, 2 souhaitent éventuellement suivre la formation pour devenir sage-femme, 2 sont marraines d'allaitement, 3 sont impliquées dans un projet citoyen en lien avec la périnatalité, une veut se spécialiser comme infirmière périnatale formée en allaitement et toutes les femmes partagent de l'information ainsi que leur vécu à qui le souhaite. Elles ont donné « *un sens à leur naissance* » en s'y impliquant tout au long de la (les) grossesse(s) et veulent permettre à d'autres familles de s'épanouir comme elles ont pu le faire. La naissance était pour elles vue comme un projet à réaliser, demandant temps, implication, connaissances et soutien et c'est ce qu'elles soulignent lorsqu'elles parlent de l'accompagnement global auquel elles ont eu droit avec le suivi sage-femme. « Au don reçu par l'engagement de la sage-femme, (...) un contre-don est offert par le biais d'un récit » (Pruvost, 2016). Les femmes de notre enquête tiennent à s'impliquer puisqu'elles y voient une belle manière de redonner à la communauté.

5.3.8 Des valeurs parentales en lien avec la pratique sage-femme

La majorité des femmes de l'enquête s'inscrivent dans un mode de vie en continuité avec le côté alternatif de la maison de naissance, et ce que prône également le milieu sage-femme dans la continuité d'une proximité mère-enfant. La plupart des femmes portent leur bébé en porte-bébé plutôt que de le promener en poussette afin de favoriser la proximité et le contact peau à peau, utilisent des couches lavables, ont vécu ou vivent un allaitement prolongé, sont plus écologiques que la moyenne selon leur dire (en priorisant le compostage et l'achat en vrac par exemple), portent une attention particulière à l'alimentation de leur famille en respectant leur éthique personnelle, croient important de discuter de la parentalité et de se partager les tâches entre les deux conjoints.

Conclusion du chapitre

Pour ce qui est de la dimension temporelle, les femmes de notre enquête étaient mieux disposées à s'émanciper de la norme d'un accouchement en milieu hospitalier. La possibilité d'avoir accès à de l'information, souvent à cause de leur haut niveau de scolarité, leur bonne santé générale et leur facilité à procréer ainsi que leur vision relative du risque les prédispose à se questionner sur les possibilités de suivi et d'accouchement lorsqu'une grossesse s'annonce.

Au niveau de la dimension relationnelle, le support prime malgré tout sur l'adversité. Les femmes de l'enquête vivent des situations assez stables au niveau du travail et de la famille. L'implication des conjoints est également présentée spontanément par presque toutes les femmes rencontrées. L'entourage les questionnait beaucoup quant à leur suivi sage-femme et tentaient même parfois de les faire changer d'idée. Malgré tout, elles ont persévéré à informer l'entourage ou ne se mêlaient simplement plus à ce genre de discussion.

Finalement, la dimension médicale regroupait les trois périodes de la natalité, soit la période prénatale, l'accouchement et la naissance ainsi que la période postnatale. Dans la période prénatale, nous avons vu l'importance du projet de naissance et de l'alliance thérapeutique pour mener à bien la naissance. L'expérience de l'accouchement est

caractérisée par la réalisation du projet dans toute sa sensorialité où la confiance en leur corps a mené à vivre un accouchement durant lequel la douleur n'a pas pris le dessus sur l'expérience désirée, dans la majorité des cas. La confiance « presque religieuse » envers la sage-femme présente a eu comme effet de laisser les femmes se centrer sur leur vécu et à ne pas trop questionner ce qui leur semblait superflu. Dans la période postnatale, nous avons pu observer une similitude majeure, celle du désir de redonner à d'autres femmes, d'autres familles, en s'impliquant par plusieurs moyens et dans toutes sortes de sphères touchant le périnatal (accompagnement à la naissance, marraine d'allaitement, etc.). Également, nous avons pu voir des valeurs parentales liées de très près aux valeurs de la pratique sage-femme.

À la suite de cette analyse des traits communs, nous avons pu rassembler l'ensemble des 18 femmes passées en entretien en trois idéaux types en s'appuyant sur leur porte d'entrée ou leur exposition au suivi sage-femme.

Chapitre 6

Les « expertes » : un discours d'évidence

Nous avons qualifié les femmes de cet idéal type d'« expertes » puisqu'elles cumulent bon nombre de connaissances suite à leurs recherches et parcours périnataux. Ce qui différencie ces 6 femmes est le fait qu'elles partagent un discours d'évidence quant à leurs choix en lien avec l'accouchement hors hôpital. Pour elles, ce choix allait de soi et conformément à qui elles sont : « *faire autrement leur aurait été inconcevable* ». Elles informent leur entourage sur l'accouchement assisté par une sage-femme avec les bienfaits et risques potentiels de celui-ci. Elles restent également ouvertes à acquérir de nouvelles connaissances sur les questions entourant la grossesse et l'accouchement en plus des nouvelles avancées technologiques.

Les femmes de ce groupe se divisent en deux catégories, soit celles qui ont hérité de savoir sur l'accouchement physiologique dans l'enfance et celles qui les ont acquis en cherchant à s'informer. Kesti (2016) révélait également dans son étude deux sources d'exposition à l'idée d'avoir un suivi sage-femme ainsi qu'à un accouchement en dehors du milieu hospitalier, soit par les connections sociales ou encore par des recherches menées de manière individuelle. Nos données pour cette section sont donc en accord avec ce qu'elle a pu analyser dans son enquête.

7.1 Les expertes par héritage familial

Nous avons l'habitude d'entendre parler de l'accouchement comme d'un évènement traumatique, d'entendre insinuer qu'un accouchement ne peut se dérouler par lui-même, sans interventions obstétricales. Ce discours est socialement accepté depuis plusieurs générations de mères qui se sont fortement rattachées à la médicalisation et à ses interventions (Rivard, 2013). L'entourage dont il sera question ici se positionne pourtant tout à fait autrement. Les trois femmes qui partagent ce sous-profil ont évolué dans un environnement où la naissance faisait partie de la normalité, où de belles histoires y étaient rattachées. Elles ont grandi avec l'idée qu'elles auraient elles aussi des histoires de

naissance similaires et ont fait des choix en conséquence lors de l'annonce de la ou des grossesses. Elles partagent depuis toujours un discours d'évidence quant à ces choix qui prennent avant tout racine dans l'histoire familiale des intéressées.

Nous verrons maintenant comment elles ont été menées au suivi sage-femme, comment celui-ci s'est déroulé avec ses points forts et ses points faibles et comment elles en tirent profit aujourd'hui.

7.1.1 L'idée d'un suivi sage-femme prend racine dans l'histoire familiale

Lors de l'annonce de la grossesse, il allait de soi pour ces trois femmes de faire appel au suivi sage-femme. Les femmes proches d'elles ont pu leur transmettre des informations positives au sujet de l'accouchement, ce qui les a ancrées dans leurs certitudes. Elles n'ont pas eu à négocier les avantages et inconvénients de chacun des milieux. Elles connaissaient l'existence des sages-femmes depuis longtemps et ne pensaient pas faire autrement que d'avoir un suivi auprès d'une d'entre elles. Pour Eve, ce fut le suivi de sa marraine au début des années 2000 qui lui donna « *la piqure pour l'accouchement en maison de naissance* » (Eve, 27 ans, milieu paramédical, collégial). Elle avait totalement confiance en son corps et en ses habiletés à donner naissance.

Les femmes ont ici été socialisées à croire en l'accouchement physiologique, comme faisant partie de la « *normalité* ». L'explication de leur vécu peut ainsi prendre racine dans la famille puisque les informations reçues depuis le jeune âge concernant la mise au monde viennent de là. Voici comment Marie a pu être en contact très tôt avec cette réalité :

Une amie de ma mère était sage-femme (...) pi je l'ai suivi longtemps à la maison de naissance, elle c'était à Lévis, je jouais en bas dans la maison de naissance. Pi ma mère a longtemps été accompagnante aussi, donc pour moi ça a toujours été quelque chose qui est normal, quelque chose qui est naturel, (...) j'ai toujours été vendu à ça, même que quand j'étais petite, je voulais être sage-femme (Marie, 25 ans, monde du social, universitaire 2^e cycle).

Eve partage un discours d'évidence grâce à ses racines familiales. Sa mère et sa tante ont accouché naturellement alors elle se disait que « *ça se faisait* ». De même, toute sa vie, Mélissa (31 ans, monde du social, collégial) avait compris que c'était naturel

d'accoucher sans assistance médicale lorsque tout se déroule bien. « *C'était pas mal évident pour moi que j'allais avoir un suivi sage-femme* ».

6.1.2 Des femmes conscientisées depuis toujours

Des membres de l'entourage de ces femmes ont elles-mêmes accouché aux soins d'une sage-femme et perçoivent l'accouchement comme un « *évènement naturel* » qui peut être vécu physiologiquement. Les trois expertes de cet idéal type sont des femmes conscientisées aux « *impacts* » que leurs choix peuvent avoir sur leur santé, leur environnement, la société ainsi que sur l'écologie de manière plus générale. Elles partagent un souci de la collectivité et se questionnent en ce sens, par exemple sur les choix alimentaires qu'elles font. Ces trois femmes priorisent un régime végétarien.

Le partage équitable des tâches au sein de la famille est également quelque chose de très important pour elles. Elles considèrent que leurs conjoints et elles répartissent les tâches autant ménagères qu'au niveau de l'éducation des enfants ou du travail selon les forces et compétences respectives. Marie qui nous parle de cet équilibre au sein de sa famille nous partage la vision de son conjoint : « *Si tu n'étais pas là pour faire tout ce que tu fais dans la maison, je ne pourrais pas partir au travail tous les jours* » (Marie, 25 ans, monde du social, universitaire 2^e cycle). C'est dans ce sens qu'elles disent partager les besoins familiaux, non pas de manière égalitaire, mais plutôt équitable, selon les besoins de la famille. Marie admet trouver que ces rôles sont « *complètement genrés* » alors qu'elle s'occupe plutôt de la maison et que lui est le « *pourvoyeur* ».

6.1.3 Une confiance symbolique envers la pratique sage-femme

Contrairement à la majorité des femmes de notre société, les femmes de ce groupe connaissaient bien la pratique sage-femme tout comme les qualités professionnelles associées. Il ne faisait aucun doute qu'elles choisiraient ce type de suivi puisqu'elles partageaient déjà une grande confiance envers la profession. Par exemple, Marie vit avec une problématique d'ovaire kystique et malgré les complications possibles durant la grossesse, elle avait « *une grande confiance* » envers la pratique sage-femme. Elle savait qu'elle serait référée ailleurs en cas de besoin, elle n'a jamais douté de leurs compétences. Le mode de suivi global et préventif la rassurait amplement.

6.1.4 L'accompagnement, même à l'hôpital

Les femmes interrogées savaient depuis toujours qu'elles feraient appel au service de sage-femme lors de leur(s) accouchement(s). Pourtant, comme toutes les situations ne peuvent être contrôlées en maison de naissance, il se peut que des transferts aient lieu. Mélissa, à la suite de son premier accouchement, déjà en maison de naissance, a dû être conduite à l'hôpital pour un problème d'hémorragie. Un médecin a alors « *procédé à une révision utérine sans lui demander son consentement* » (Mélissa, 31 ans, monde du social, collégial). Cet événement fut « *très douloureux et violent* » pour elle. Le personnel lui a paru par la suite « *condescendant* » à son égard. Sa sage-femme a alors été d'un appui exceptionnel pour elle et sa famille. Comme son bébé avait été dans du liquide méconial, ils ont dû l'intuber et le personnel « *n'arrêtait pas de la piquer* » afin de voir si elle faisait du diabète puisqu'elle pesait 9 livres à la naissance. Elle dit avoir vécu « *un bel accouchement* », mais que les premières heures de vie de sa fille ont été « *très difficiles à vivre* ». Ce fut son premier contact avec le milieu hospitalier.

À sa deuxième grossesse, connaissant les risques, les sages-femmes autour d'elles ont mis en place « *un système de prévention afin de diminuer les risques, et l'hémorragie* » si elle avait lieu. Elle s'est tout de suite sentie « *rassurée* » par ce suivi serré. Mélissa dit avoir pu faire la paix avec son premier accouchement lors du suivi pour sa deuxième fille comme dans une forme de « *closure* » où elle avait pu « *transmettre ses craintes et espoirs pour le deuxième accouchement* ». Elle s'est sentie entendue, « *validée dans ses émotions et besoins, avec un plan précis en cas d'hémorragie et de transfert* » (Mélissa, 31 ans, monde du social, collégial).

6.1.5 Des choix adaptés

Toutes trois ont vécu avec force leur(s) accouchement(s). Elles se sentaient « *confiantes* » et ne doutaient pas « *des bienfaits de l'accouchement naturel* ». Même en période de questionnement au sujet de la douleur, elles arrivaient à se convaincre de rester. Les techniques de gestion de la douleur discutées avec les sages-femmes lors des rencontres prénatales, leur soutien et le soutien du conjoint au besoin ont été « *tellement bénéfiques* ». Le fait qu'elles ont pu faire les choix les plus adaptés à ce que leur corps leur disait de faire (manger, marcher, boire, se reposer) les a également convaincues qu'elles donnaient le

maximum d'elles-mêmes, par leur disponibilité à s'investir dans chaque contraction, lors de ces expériences. Elles affirment ne pas s'être senties dans une « *machine* », avec un personnel qui doit suivre un protocole.

6.1.6 Des attentes déçues?

Pour Marie, toutes ces connaissances sur le suivi sage-femme ont pu créer des attentes quant aux services qu'elle allait recevoir auprès d'elle. Elle s'est rendue auprès de ce service en continuité avec l'environnement familial, mais s'attendait à recevoir « *un bon service* ». Elle est la seule à avoir été critique face à l'expérience vécue auprès des sages-femmes qui lui étaient associées, alors que ses attentes étaient déçues. Lors de la grossesse, elle se sentait « *jugée du fait de ne pas aimer être enceinte* » et sent avoir grandement « *manqué de support* » lors de l'accouchement alors que la sage-femme partageait avec eux « *son état de fatigue* » et était selon elle insuffisamment présente. Marie se disait : « *C'est moi qui est en train d'accoucher et elle me dit être fatiguée...* ». Cependant, de retour à la maison, sa fille avait des problèmes respiratoires et une sage-femme qui n'était alors même pas de garde est venue chez elle pour « *s'assurer qu'ils ne manquent de rien* ». Elle lui en était « *reconnaissante* » et est consciente que ses critiques face au suivi qu'elle a reçu ne sont pas généralisables.

6.1.7 Des femmes toujours informées et qui informent

Les femmes de ce groupe choisissent de rester informées sur les avancements du mouvement sage-femme et partagent autour d'elles les expériences positives possibles lors du suivi et de l'accouchement. Les femmes sont à leur avis en contrôle de leur corps et peuvent faire des choix éclairés alors qu'elles ont été préparées tout au long de la grossesse par des discussions et des lectures suggérées par l'équipe sage-femme.

Mélissa sent qu'elle a changé la vision autour d'elle. « *Mais il y a toujours quelqu'un qui dit : « non, mais moi je serais morte si j'avais accouché en maison de naissance ».* Comme si le système de santé laisserait mourir du monde » (Mélissa, 31 ans, monde du social, collégial).

L'entourage d'Eve, à l'exception de sa mère et de sa marraine, prenait « *assez mal son suivi en maison de naissance* ». Elle dut faire beaucoup de sensibilisation alors que ses

amies lui disaient « *tu vas voir, tu vas la demander l'épidurale* » (Eve, 27 ans, milieu paramédical, collégial). Elle disait « *oui, mais je peux pas y avoir accès en maison de naissance et je vais avoir été « mindé » 9 mois à ne pas l'avoir aussi* ». Elle dit avoir été « *fâchée* » au début de se faire dire qu'elle allait le regretter. « *Les femmes veulent avoir des enfants, mais pas souffrir, au même titre qu'ils veulent avoir des enfants, mais pas se restreindre. Être enceinte, mais ne pas faire attention aux activités, à l'alimentation* » (Eve, 27 ans, milieu paramédical, collégial). Elle trouve « *triste* » que la société l'entourant ne se pose pas plus de questions sur des sujets qui peuvent avoir un impact majeur sur la suite des trajectoires de la famille. « *Je trouve ça de valeur qu'actuellement on soit pas plus poussé vers ça (parlant du suivi sage-femme), au même titre que plus poussé vers la cuisine végétarienne, les couches lavables, les paniers de compostes, alors que notre Terre en souffre !* » (Eve, 27 ans, milieu paramédical, collégial). Eve nous partage ainsi ses émotions lorsqu'elle se sent jugée par l'entourage féminin :

Une fois que tu choisis une branche, ça va de pair que tu te diriges vers les autres branches : ne pas laisser pleurer, écolo, allaitement prolongé, etc et c'est là que tu sors du lot d'autres mamans qui font le 5-10-15 et qui donne le biberon depuis la naissance. Je ne juge pas, mais j'aime pas non plus me faire juger. Je sais, ça les confronte peut-être parce qu'elles ne se sont pas assez questionnées et que maintenant elles se demandent pourquoi moi je fais ça. Ça vient les persécuter parce qu'elles n'ont pas réfléchi à une autre possibilité que d'accoucher à l'hôpital (Eve, 27 ans, milieu paramédical, collégial).

Conclusion

Finalement, les « expertes » ayant hérité du désir de vivre un accouchement physiologique sont des femmes conscientisées sur les bienfaits de ce choix, qui s'impliquent auprès des femmes de leur entourage en restant informées des nouvelles connaissances à ce sujet et en partageant ces informations à qui pourraient en tirer profit. Elles ont été exposées très tôt dans leur vie à la « *normalité de l'accouchement et à la pratique sage-femme* » et portent une confiance symbolique envers la sage-femme. Elles considèrent que les choix faits durant la grossesse et l'accouchement sont adaptés à leurs besoins et elles sentent avoir assurément vécu un suivi personnalisé. Pour l'une d'entre elles par contre toutes ces attentes ont mené à des déceptions puisque l'« *implication* » de

toute l'équipe sage-femme ne fut pas comme elle l'aurait souhaitée, comme ce à quoi elle s'attendait.

6.2 Les « expertes » par appropriation personnelle

À la différence des « expertes par héritage familial », l'engagement de ces trois « expertes par appropriation personnelle » vient du fait qu'elles ont voulu s'investir intellectuellement dans une recherche d'alternative au milieu hospitalier. Leur choix est basé sur leurs connaissances du sujet.

6.2.1 Intriguées par la naissance

Pour Léa (33 ans, monde du social, universitaire 3^e cycle), la naissance avait toujours été « *intrigante* » et elle suivit la formation d'accompagnement à la naissance chez *Alternative Naissance* à la suite de son premier accouchement en milieu hospitalier. C'était dans l'optique de soutenir d'autres femmes qui pourraient avoir besoin de soutien et d'encouragement, comme elle aurait désiré recevoir du personnel lors de son propre accouchement. Elle s'est investie sur le conseil d'administration d'*Alternative Naissance* et faisait partie du groupe MAMAN (Mouvement pour l'Autonomie de la Maternité et pour l'Accouchement Naturel). Elle a travaillé chez Planète F « une entreprise de contenus journalistiques multiplateformes qui s'adressent aux parents et aux professionnels qui œuvrent autour des familles » (Planète F) ainsi que comme adjointe administrative au Regroupement Les sages-femmes du Québec (RSFQ, s.d. b). Elle continue à s'impliquer sur des questions périnatales et sur ce qui touche la parentalité plus globalement.

Sophie (27 ans, monde enseignant, collégial), elle, avait été attirée par un accouchement dans l'eau, dans « *un environnement calme et doux* » alors que pour Myriam, c'est tout à fait par hasard qu'elle ait été exposée à l'idée. Nous verrons sous peu comment elles auront été menées au suivi sage-femme.

6.2.2 Convaincue après s'être impliquée et avoir autant appris

Une femme de ce sous-profil avait déjà donné naissance auparavant, en milieu hospitalier. L'expérience de donner naissance de son premier enfant s'était bien déroulée,

mais elle fut prise d'une hémorragie après la naissance. Léa (33 ans, monde du social, universitaire 3e cycle) n'avait « *jamais anticipé d'accoucher sans épidurale* ». Elle avait toujours incarné le discours que « *dans la vie tu te fais geler pour te faire arracher une dent... même chose pour accoucher* ». Elle n'a finalement pas reçu la péridurale, mais comme elle demandait à se faire soulager, le personnel trouva une alternative. Sans savoir ce que c'était, le personnel lui a administré un bloc honteux. Il s'agit d'une anesthésie du périnée administrée avec une longue aiguille. Ce fut « *un de ses pires souvenirs de l'accouchement* » puisque « *le personnel ne l'informait pas de ce comprenait la procédure* » et qu'elle en a été « *effrayée* ».

Les commentaires qu'elle percevait « *condescendants de la part du personnel* » l'ont particulièrement sensibilisée au fait qu'elle était « *la mieux placée pour comprendre et répondre aux besoins de son enfant* ». Elle précise qu'elle n'en voulait pas au système médical, elle se disait : « *c'est pas grave, les infirmières sont très occupées* ». Même à son arrivée à l'hôpital, l'infirmière ne la croyait pas que son travail était très avancé, mais elle s'est dit : « *vous êtes tellement dans votre expérience que vous voyez pas qu'il y a autre chose* » (Léa, 33 ans, monde du social, universitaire 3e cycle). C'est suite à cette expérience que Léa, comme nous l'avons vu plus tôt, s'est intéressée de très près au mouvement d'« *humanisation* » de la naissance, afin d'avoir réponse à ses questions.

6.2.3 Elles s'informent au moment de l'annonce de la grossesse

Les femmes ont ici, par leur désir personnel, choisi d'approfondir leur niveau de connaissance quant à la grossesse, l'accouchement ainsi que sur les possibilités d'accouchement au Québec. Toutes les femmes rencontrées dans le cadre du mémoire ont décidé elles-mêmes de prendre un suivi sage-femme plutôt que d'accoucher en milieu hospitalier avec un médecin, mais les femmes ont ici poussé le niveau d'information à l'annonce de leur grossesse ou bien avant, afin de s'engager dans le suivi qui leur correspondrait le mieux en temps et lieu.

À la suite de recherches sur le sujet, elles ont choisi le suivi sage-femme. Elles ont acquis de l'information sur les modes de naissance et voyaient en la maison de naissance et le suivi sage-femme « *une alternative au milieu hospitalier qui leur ressemblait davantage* ».

Sophie, après avoir vu un documentaire sur l'accouchement physiologique à la télévision, voulu « *à tout prix accoucher dans l'eau* » et fit des recherches à ce sujet, ce qui l'amena à considérer la pratique sage-femme puisque c'était « *la seule option pour donner naissance dans l'eau* ». Elle s'informa quant à la qualité des soins ainsi qu'au niveau de « risque » de choisir un accouchement hors du milieu hospitalier, mais elle était convaincue de sa capacité à donner naissance et les informations retenues sur le suivi sage-femme la comblait totalement. Voici comment elle nous a partagé son idée de vivre un accouchement assisté par une sage-femme :

Là j'tai comme bin là non là! Moi c'est ça que j'veux (accoucher dans l'eau) ! C'est mon corps pi c'est ça que j'aimerais, pi de fil en aiguille (...) j'ai pas fait ma demande tout de suite à la maison de naissance parce que mon conjoint était très réticent (...) parce qu'il avait peur, parce que c'est pas connu dans nos familles, c'était pas comme ça, sa mère a la vécu les forceps, le déchirement, tout le tralala, à part l'épidurale, fa que lui dans sa tête, c'était ça un accouchement. (...) Moi j'étais comme, bin non, c'est pas obligé que ce soit comme ça, regarde, y'en a d'autres femmes... J pense que j'étais rendu à 5 mois de grossesse pi avec la gynécologue, ça allait pas bien, fa que je pense que ça, ça a ouvert une porte (...) Je lui disais, je veux rentrer dans ce projet là, mais je veux que papa y soit en accord, j'veux pas qu'il soit stressé. Pi là papa était comme, bin ouais, de toute façon la gynéco ça va pas, on l'aime pas (Sophie, 27 ans, monde enseignant, collégial).

Myriam (31 ans, milieu médical, universitaire 3e cycle), quant à elle, participa à un exposé sur les services de la maison de naissance de la région, à l'hôpital où elle travaille. Elle est neuropsychologue et « *leur approche* » l'intrigua encore plus une fois enceinte. Elle s'informa sur le sujet de manière plus poussé et se rendit finalement compte que leur position quant à « *la gestion de la douleur ressemblait beaucoup à ce qu'elle mettait elle-même en pratique auprès de sa clientèle* ». C'était finalement une belle avenue pour elle et son mari.

6.2.4 Un personnel à l'écoute malgré un transfert

Une des choses qui a marqué deux des trois femmes interrogées était l'appui de la sage-femme malgré qu'elles aient dû être transférées à l'hôpital. Léa (33 ans, monde du social, universitaire 3e cycle) a vécu un beau deuxième accouchement, qu'elle qualifie de « *paisible* ». L'équipe sage-femme avait mis en place des méthodes préventives afin d'éviter ou de contrôler l'hémorragie s'il s'advenait qu'elle en fasse une comme à son

premier accouchement. « *Le personnel était très discret et soutenant* », mais elle finit par vivre une hémorragie. Elle fut transférée à l'hôpital où un médecin tenta de lui « *arracher* » le placenta puisqu'elle perdait beaucoup de sang et « *qu'il s'agissait du dernier recours avant la chirurgie* ». Ce fut une expérience éprouvante et elle l'a vécue comme « *très violente* ». Elle arrive malgré tout à « *séparer les deux récits* ». Celui de la mise au monde « *tout en douceur* » à la maison de naissance, puis l'épisode « *violent* » de l'hôpital. À l'hôpital, elle reçut beaucoup de médicaments et d'antibiotiques, un peu sous forme « *d'essai-erreur* » de la part des résidents, et elle se sentit alors malade. Elle devait recevoir des points de suture à la suite d'une déchirure et le médecin l'a recousue « *à froid* » alors qu'elle n'avait pas d'antidouleur. Elle ne se sentit pas « *respectée* » par le personnel hospitalier. Son mari et le bébé sont restés en maison de naissance au départ, où ils étaient « *soutenus par le personnel* ». Comme Léa avait discuté lors des rencontres prénatales des bienfaits du peau à peau avec son bébé, les sages-femmes et l'équipe en maison de naissance s'étaient assuré d'optimiser le confort pour son conjoint et le bébé.

Sophie (27 ans, monde enseignant, collégial), quant à elle, dut être transférée à l'hôpital pour une césarienne et elle considère que le personnel médical a « *manqué de sensibilité* » face à sa situation alors qu'ils parlaient de ce qu'ils faisaient alors qu'ils recevaient l'appel pour la césarienne « *Bin merci d'être venu hein!* » qu'elles avaient envie de leur dire alors qu'ils réanimaient et intubaient sa fille. Selon la sage-femme, elle aurait « *dû être considérée comme une césarienne d'urgence, ce qui aurait pu éviter les multiples complications respiratoires* ». Elle avait pourtant été considérée comme non prioritaire et stable par le personnel hospitalier. L'entourage de Sophie a « *vite retourné le blâme sur la sage-femme* », mais elle leur expliquait qu'au contraire, « *la sage-femme avait été la seule à les appuyer, pousser l'urgence de la situation en centre hospitalier et leur expliquer les procédures* ». Selon elle, le personnel de l'hôpital n'a pas pris la peine de leur expliquer ce qui s'était passé et ne leur faisait jamais de résumé de la situation, ce qui l'avait grandement déçue.

Finalement, peu importe comment ces trois femmes se sont rendu au suivi sage-femme, le message devient un message d'évidence. Une fois qu'elles ont pris connaissance du suivi sage-femme, elles n'auraient jamais pu s'imaginer faire autrement.

Conclusion

Les femmes de ce sous-profil ont choisi au moment de la grossesse d'approfondir leurs connaissances sur la naissance. Elles ont « *toujours été intriguées par la naissance* » et c'est en comparant les offres de service que leur choix s'est précisé sur le suivi sage-femme. Elles tenaient à vivre une expérience différente, qui leur ressemblait davantage que ce qu'elles pensaient pouvoir vivre en milieu hospitalier.

Conclusion de chapitre

Pour les deux sous-profil de l'idéal type, les « expertes », le discours mettait de l'avant le fait qu'elles n'auraient pas pu s'imaginer faire autrement que de prendre un suivi sage-femme. Les femmes du premier sous-profil avaient accumulé des connaissances depuis l'enfance sur le suivi sage-femme alors qu'une femme de leur entourage avait déjà vécu ce type de suivi et était convaincue que ça avait été pour le mieux. C'est donc à leur tour qu'elles ont choisi de prendre un suivi sage-femme et qu'elles ont vécu cette aventure en toute confiance, malgré qu'une d'entre elles n'en ressort pas pleinement satisfaite.

Les femmes du deuxième sous-profil, ont quant à elles cherché de l'information sur les possibilités d'accouchement afin de mieux répondre à leurs besoins et ont choisi de prendre un suivi sage-femme après avoir emmagasiné bon nombre de données sur les aspects de « risques » et de « sécurité » de la pratique. L'intérêt pour ce type de suivi était somme toute assez récent. C'est à la suite des informations acquises et à l'expérience vécue au sein d'une maison de naissance où elles ont senti l'implication et le support qu'elles ressortent pleinement satisfaites de ce parcours.

Chapitre 7

Les « alternatives » : un choix politique

À la différence des « expertes », les sept femmes qui forment cet idéal type nommé les « alternatives » choisissent un suivi sage-femme puisque cette approche est plus en lien avec leur mode de vie alternatif. Les participantes de ce groupe³⁶ utilisent des couches lavables, font du portage avec leur(s) enfant(s), pratiquent le cododo, ont une grande conscience de l'impact de leur alimentation (très écologiques, certaines sont végétariennes ou végétaliennes) et se considèrent généralement elles-mêmes comme sortant de la « *masse* ».

Les femmes de ce groupe se divisent en deux catégories, soit celles qui valorisent plutôt le rapport au corps, et celles qui désirent « humaniser » les soins entourant la naissance.

7.1 Les « alternatives » par le rapport au corps

Par leur environnement professionnel ou par leurs activités physiques, les femmes sont ici très conscientes du pouvoir de leur corps. Elles partagent la conviction profonde qu'à la base de la grossesse, il y a un corps « *capable* » et qu'il faut donc prendre soin de lui. Elles le connaissent bien, « *avec ses limites et ses forces* », sont connectées avec ce qu'elles ressentent et sont « *prêtes à surmonter de grandes épreuves* » avec celui-ci. Nous verrons comment ces spécialistes ont pu mettre à profit leurs connaissances corporelles tout au long de leur parcours périnatal.

7.1.1 Des passionnées du corps

Quatre femmes partagent ce sous-profil. Par leurs loisirs ou par leur travail, elles sont continuellement mises en contact avec l'expérience corporelle.

³⁶ Les femmes d'autres groupes peuvent avoir fait quelques choix similaires, mais il ne s'agit pas des constats qui nous semblaient les plus représentatifs de leur situation.

Jeanne (29 ans, monde artistique, universitaire 1er cycle) enseigne le yoga et la méditation. Elle sait bien maîtriser son corps et l'« *accompagner pour atteindre sa pleine capacité* ». Geneviève (32 ans, recherche scientifique, universitaire 3e cycle) est, elle, déterminée à « *pousser son corps à son maximum* » lors d'épreuve physique, malgré un asthme qui pourrait l'en empêcher. Stéphanie (26 ans, milieu paramédical, collégial) a surtout pris conscience de son corps, de sa force et de son importance en travaillant auprès d'une chiropraticienne et Pascale (32 ans, milieu paramédical, universitaire 1er cycle) est ostéopathe. Il s'agit pour elles d'un processus continu d'« appropriation du corps ».

Les femmes de ce groupe se disent féministes et deux des quatre conjoints partagent également ces valeurs. En lien avec le choix du mode et milieu de naissance, les conjoints ont offert tout leur support en mentionnant que « *c'était leur corps, c'était donc à elles de choisir* ».

7.1.2 Critiquées par l'entourage

Selon Jeanne (29 ans, monde artistique, universitaire 1er cycle), il faut être « *forte intellectuellement* » et « *très ancrée dans ses positions* » pour faire ce choix puisqu'il est sans cesse remis en question par l'entourage.

Les quatre femmes de ce groupe ont reçu des critiques de la part de leur entourage. Pour Jeanne, puisqu'elle vit « *un mode de vie assez alternatif depuis longtemps* », elle était prête à faire face à la critique face au suivi sage-femme puisqu'elle en était « *habituée* ». En plus de leurs choix de vie qui sont souvent contestés par l'entourage, c'est leurs tattoos, leurs piercings et leurs cheveux qui visuellement semblent choquer et pour lesquels ils se sentent « *jugés* ».

Stéphanie (26 ans, milieu paramédical, collégial), quant à elle, devait faire une « *grosse éducation* » à son entourage. Elle habite au Saguenay et les services offerts par les sages-femmes à Chicoutimi sont assez récents³⁷.

Pour Geneviève (32 ans, recherche scientifique, universitaire 3e cycle), originaire d'Uruguay, il s'agissait principalement de « *rassurer sa mère qui avait perdu un enfant à*

³⁷ Depuis mai 2015 seulement.

8 mois de grossesse et avait presque perdu la vie en lui donnant naissance »³⁸. Les histoires d'accouchement n'étaient « *pas très joyeuses* » de son côté de la famille, mais comme elle le nomme, « *en Amérique du Sud, il y a de gros problèmes de violences obstétricales* ».

Le discours de Geneviève, quoi que soutenu par la capacité de son corps à mettre au monde, ouvrait sur les risques de l'accouchement, sur la cueillette d'information et finalement sur son choix final de choisir le suivi sage-femme. Les critiques de son entourage l'atteignaient peu et avec ses lectures sur les « *risques* », elle sentait qu'elle « *avait la théorie derrière elle* ».

Parce qu'en maison de naissance, il n'y a pas de drogue genre pour la douleur, et moi j'étais assez confiante de mes capacités d'en prendre quand même (Ana, 20 min). (...) Je voulais surtout éviter des interventions qui pourraient nuire à la santé de mon fils. C'était pas juste une affaire pour moi sinon comme j'ai des contractions donnez-moi la péridurale (...) Parce que là je me suis informée avec la littérature scientifique et c'est vrai que là y'a des débats, mais il en reste que quand on a des accouchements provoqués pi qu'on a le pitocin, ça amène une cascade d'intervention (...) Fa que c'est ça, moi c'est ça que je voulais éviter dans le fond.

J'avais un peu peur des risques de l'accouchement, oui, mais j'avais confiance envers les sages-femmes, sûrement parce qu'on est au Canada, si on avait été ailleurs, je sais pas si j'aurais choisi les sages-femmes, mais je trouve que ici tout est très encadré, fa que je m'étais informé là-dessus aussi et je trouve que les sages-femmes elles font un très bon travail de raconter ce qu'elles doivent faire et leurs limites, comme de leur travail, fa que ça, ça m'a rassuré beaucoup comme elles vont pas me laisser rentrer dans une situation de détresse, comme, ni pour moi ni pour mon bébé. Pi l'hôpital est littéralement à 5 coins de rue ou moins (...) fa que je me sentais assez rassurée par rapport à ça. Pis dans le fond, je pense que c'est un élément qui m'a fait décider pour les sages-femmes, c'est que si y'a vraiment le risque assez fort, comme ta vie peut être en danger et celle de ton enfant, être à l'hôpital n'est pas non plus une assurance que ça va bien se passer (Geneviève, 32 ans, recherche scientifique, universitaire 3e cycle).

Geneviève considérait aussi que puisqu'elle avait pu réussir à monter des montagnes gargantuesques dans le passé, « *la montée ayant été si difficile, elle pouvait donc accoucher* », elle en était « *capable* ».

³⁸ Elle avait dû avoir une césarienne et le praticien avait coupé sa veine cave. Elle avait donc perdu une très grande quantité de sang.

Malgré les « *discours négatifs* » de l'entourage, les femmes sont conscientes qu'elles pourront accoucher naturellement. Elles considèrent que le corps est « *capable de beaucoup de choses* » et qu'accoucher en fait partie.

7.1.3 Des femmes en confiance

Les mères de ce sous-profil affirment avoir vécu un bel accouchement et partagent une narration idyllique de celui-ci.

Jeanne (29 ans, monde artistique, universitaire 1er cycle) a donné naissance à ses deux enfants en maison de naissance. Ce fût tous deux de beaux accouchements et elle dit avoir voulu accoucher avec son conjoint, à la maison, si elle n'avait pas eu accès au service. L'idée d'accoucher seule ne l'effrayait pas puisqu'elle considérait son corps comme « *capable* » de le faire.

L'expérience de Stéphanie (26 ans, milieu paramédical, collégial) fut également, selon ses dires, « *merveilleuse* ». Elle dit avoir donné naissance « *dans la douceur et l'amour total* ». Elle se considère aujourd'hui être une « *junkie* » de l'accouchement³⁹.

Geneviève (32 ans, recherche scientifique, universitaire 3e cycle), après 48 heures de travail, décida de se rendre à l'hôpital afin de « *se faire soulager et reprendre un peu son souffle* ». Elle put « *contrôler le niveau d'injection de la péridurale* », ce qui fit selon elle toute la différence puisqu'elle put connaître la poussée physiologique, n'étant pas complètement « *assommée* » par les médicaments. Elle sentit que « *le personnel médical respectait ses demandes, mais que c'était probablement surtout puisque la sage-femme l'accompagnait et qu'elle militait pour ses droits* ».

Les femmes sentirent ici avoir pu donner le maximum d'elles-mêmes et que cette épreuve hautement physique a poussé leur corps à la limite du possible.

7.1.4 Un postnatal au service de la population

Le choix qu'elles ont fait de vivre un accouchement assisté par une sage-femme peut être perçu comme un mode d'expression politique, un choix qui les engageait sur le

³⁹ Phénomène répertorié sur plusieurs blogs, forums et dans la littérature. Peut-être est-ce à cause de la sécrétion d'ocytocine lors de l'accouchement, cette hormone de l'amour?

terrain de la périnatalité. Leur envie de s'impliquer dans les « *projets entourant la naissance* » des autres leur paraît pour presque toutes comme inévitable.

Jeanne (29 ans, monde artistique, universitaire 1er cycle), à la suite du « *support reçu par les sages-femmes lors de l'allaitement* », a allaité son premier bébé plus de deux ans. Sa fille est toujours allaitée et elle profite de cette « *belle complicité* ». Elle a suivi la formation pour devenir marraine d'allaitement afin de « *supporter des mères qui auraient elles aussi besoin de plus de support, sachant que ce puisse être une période de grande solitude et de confusion* ».

Stéphanie (26 ans, milieu paramédical, collégial), elle, a décidé de suivre la formation d'accompagnement à la naissance afin d' « *appuyer les femmes qui décident d'accoucher en milieu hospitalier* », afin de les soutenir et de les informer quant aux choix qu'elles peuvent faire. Elle continue de s'informer et d'informer les femmes autour d'elle sur le milieu sage-femme. Il lui semble que le service soit très méconnu et elle sent qu'elle sensibilise les gens, qui lui disent : « *Wow, t'as eu l'air de tripper à ton accouchement* ». Elle dit souvent se faire répondre par des femmes qu'« *elles, elles pensaient mourir durant le leur* ». C'est en s'engageant dans ce type de discours qu'elles pensent faire « *évoluer* » les idées autour d'elle.

Geneviève (32 ans, recherche scientifique, universitaire 3e cycle) et son conjoint aimeraient beaucoup s'investir, « *lorsqu'ils auront le temps de le faire* », à la maison de naissance Côte-des-Neiges afin « *d'aider, d'appuyer et de donner une visibilité* » et ainsi espérer un « *plus grand accès pour les familles* ».

Les quatre femmes sont ici prêtes à s'investir pour le bien de la communauté, pour revendiquer ce que d'autres n'ont à leurs yeux pas la force de revendiquer ou ne sont pas encore au courant des services offerts par les sages-femmes.

Conclusion

Par leur catégorie d'emploi comme par leurs loisirs, les femmes de ce groupe montrent qu'elles sont passionnées par ce que le corps humain peut faire. Elles s'engagent dans leur

accouchement en étant assurées des « *exploits* » que le corps peut accomplir. Ces femmes ont été en confiance face à leur accouchement et ont redonné par la suite à la communauté en s'impliquant auprès de la sphère périnatale de celle-ci.

7.2 Les « alternatives » par la défense de l'humain

Les trois femmes de ce sous-profil se sont questionnées sur ce qu'elles désiraient dans le cadre d'une naissance. C'est dans la continuité de ce que devraient être selon elles les soins liés à la naissance qu'elles ont décidé de ne pas suivre la norme, beaucoup « *trop ancrée* » selon elles dans « *les protocoles médicaux* ». Elles préfèrent se positionner sur ces questions à la suite de l'acquisition de connaissances sur le sujet. Elles considèrent ensuite être en mesure de faire des « *choix éclairés* » pour ainsi vivre un accouchement physiologique et ayant « *un rythme respecté* ». C'est finalement le côté « *humain* » qui mènera le débat pour elles puisqu'elles tiennent à être vues dans leur « *entièreté* », suivi par quelqu'un qu'elles apprendront à connaître et auprès de qui elles livreront ce qu'elles ont de plus intime.

7.2.1 Des femmes au plus près de la biologie humaine

Toutes déplorent « *le manque de questionnement* » de la part de leurs concitoyens. Elles considèrent qu'il est de notre devoir de nous poser le plus de questions possible afin de faire des réalisations pour lesquelles nous serons fières. Nous avons abordé les questions d'alimentation, de conscience écologique, d'éducation des enfants, de respect citoyen. Pour Valérie (30 ans, monde enseignant, universitaire 2e cycle), les protocoles en place dans le cadre de l'accouchement médical ainsi que la vision de la population face à cette expérience reflètent bien la société :

Tout doit être propre, se faire rapidement et dans un temps donné. Tu décides quand et comment tu accouches (...) La femme ne sait plus quand pousser, il faut lui dire, voyons donc! On n'est pas dans un fast food, c'est un accouchement (...) On n'en vit pas 25 dans une vie (Valérie, 30 ans, monde enseignant, universitaire 2e cycle).

Les trois participantes travaillent dans le domaine médical scientifique. Il est important pour elles de « *voir l'aspect normal dans toute pathologie* ». Sabrina (29 ans,

milieu médical, universitaire 1^{er} cycle) est infirmière. En abordant le discours du personnel médical avec lequel elle travaille, elle nous dit que : « *la grossesse et l'accouchement sont d'emblée considérés comme pathologiques* ». Les femmes de ce sous-profil ont une toute autre vision de comment ils devraient être perçus et vécus, plutôt, comme Valérie le nommait : « *avec la biologie humaine, avec l'essence même de l'être humain* ». Dans la continuité de leurs pensées, ces femmes ont cru bon de se poser la question sur ce qu'elles pensaient être le plus satisfaisant pour « *leur expérience de naissance* ». Toutes les trois voient l'accouchement comme un acte physiologique qui ne devrait pas être pathologisé et contrôlé à tout prix.

Valérie (30 ans, monde enseignant, universitaire 2^e cycle) enseigne la biologie au niveau collégial. Il allait de soi pour elle de « *laisser faire son corps, selon ses attentes* ». Elle ne s'imaginait donc pas aller à l'hôpital pour vivre l'expérience, mais plutôt se retrouver dans un contexte de « *libre choix* » avec une « *chaleur humaine* ». L'aspect économique était également très important pour elle alors que le fait d'être suivi par une sage-femme plutôt qu'avec un suivi régulier en milieu hospitalier est 25% moins coûteux pour un suivi à bas risque (RSFQ, s.d. a) bien qu'elles passent significativement plus de temps avec leurs patientes⁴⁰. Voici comme Valérie a résumé son idée face à l'accouchement et le contexte hospitalier :

(...) t'sais mettons t'es dans le coma ou t'es vraiment malade, t'as un cancer, pi là faut vraiment que tu y ailles, je vais y'aller (en parlant de l'hôpital), mais t'sais, la grossesse c'est pas une maladie fa que je me voyais pas être à l'hôpital, traité comme une malade. Je sais pas, y'avait quelque chose d'un peu... je vois ça plus comme un évènement de vie pi je trouvais ça plus logique que ce soit dans une maison qu'à l'hôpital. (...) Je suis biochimiste dans la vie, alors j'y crois à la vaccination, le principe actif des médicaments, la biochimie. (...) Je sais pas, c'était pas vraiment l'aspect grano pi libre choix qui m'attiraient, c'était plus le côté humain, pi c'est ça chaleureux je dirais de la maison de naissance (Valérie, 30 ans, monde enseignant, universitaire 2^e cycle).

Sabrina (29 ans, milieu médical, universitaire 1^{er} cycle), bien qu'elle travaille dans un contexte hospitalier, mentionnait que le « *sens* » qu'elle désirait donner à son expérience

⁴⁰ Les rencontres lors du suivi avec la sage-femme sont d'environ 50 minutes et elles sont joignables en tout temps en cas d'inquiétude. Deux sages-femmes et une aide natale assistent également la femme à l'accouchement (RSFQ, s.d. b).

ne convenait pas du tout à l'endroit puisque « *la pratique est trop rigide et les protocoles enlèvent la possibilité de choisir* ». Dans son métier, elle considère avoir « *une approche très positive des situations qui pourraient être médicales* ». L'accouchement sauf dans un cas de nécessité ne devrait pas être médicalisé selon elle. Voici comment elle le partage :

C'est bien d'avoir accès au médical, la péridurale par exemple, mais aussi avoir accès à plus de choix ! On a toujours peur de ce qu'il pourrait arriver de mal, mais on ne voit plus ce qui est physiologique, on ne regarde que le pathologique (Sabrina, 29 ans, milieu médical, universitaire 1er cycle).

Les femmes de ce sous-profil s'entendent pour décrire l'acte d'accoucher comme étant physiologique. Nous verrons maintenant comme elles s'attendent aussi à recevoir un suivi adapté à elles, et non pas simplement adapté à leur système reproductif.

7.2.2 Comme des humaines

Les femmes désiraient ici être vu comme des personnes à part entière, par un personnel qui les accompagne lors du suivi de grossesse et de l'accouchement. Elles sont reconnaissantes d'avoir été en contact avec ce type d'expérience.

Sabrina (29 ans, milieu médical, universitaire 1er cycle) était satisfaite de se sentir « *comme une personne et non juste comme une liste de problèmes potentiels* », autant durant la grossesse qu'au début de l'accouchement. Elle a cependant dû être transférée à l'hôpital pour un problème d'hormones, mais a senti les infirmières « *respectueuses* » face à elle. L'aspect de l'allaitement a cependant été « *très difficile* », car elle sentait « *beaucoup de pression de la part des infirmières* » et elle s'est sentie « *peu soutenue* ». Elle a eu « *un suivi très serré et un grand soutien émotionnel* » de la part de sa sage-femme tout au long de ses difficultés d'allaitement, ce qui l'a fait « *persévérer* » dans l'aventure. Les conseils et le support individualisés ont fait toute la différence pour elle.

Valérie (30 ans, monde enseignant, universitaire 2e cycle) et Claudia (33 ans, recherche scientifique, universitaire 3e cycle) ont toutes les deux vécu de très beaux accouchements en maison de naissance. Valérie le nomme comme un « *super sentiment de puissance* » d'avoir accouché naturellement, elle sent que « *maintenant plus rien n'est à son épreuve* », qu'il s'agit de « *quelque chose d'incroyable que de donner la chance à une famille de vivre cette expérience* », dans ce contexte.

7.2.3 L'accompagnement vers un bel allaitement

Valérie (30 ans, monde enseignant, universitaire 2e cycle) et Claudia (33 ans, recherche scientifique, universitaire 3e cycle) sont toutes les deux devenues marraines d'allaitement. Pour Valérie, « *le vrai défi d'être mère est l'allaitement* », bien que l'accouchement prépare, selon elle, à la parentalité. Comme pour la plupart des femmes rencontrées, les débuts de l'allaitement furent difficiles, mais une fois les problématiques réglées, elles ont pu vivre de beaux moments auprès de leur(s) enfant(s) et pensent important d'offrir un soutien supplémentaire aux femmes qui, dans la plupart des cas, n'ont pas recouru au soutien d'une sage-femme. Valérie pense aussi avoir « *parti une mode d'accoucher en maison de naissance* » autour d'elle puisqu'elle et son conjoint partagent leur histoire et qu'ils sont « *convaincus des bienfaits du suivi particulier qu'offre la maison de naissance* »⁴¹.

Sabrina, encore en congé de maternité, aimerait suivre une formation en périnatalité, plus spécifiquement en allaitement. Elle aimerait travailler comme travailleuse autonome en combinant sa nouvelle formation et celle d'infirmière déjà en poche afin d'« *accompagner les mères durant leur(s) grossesse(s) et les premiers temps de vie de leur(s) enfant(s)* ».

Conclusion

Provenant de professions près de la biologie humaine, il allait de soi pour elles de participer par leur choix d'un suivi sage-femme, à une meilleure conception, « *plus*

⁴¹ Kim a décidé de partager son histoire malgré le fait qu'on lui ait demandé d'arrêter de le faire : « parler d'accouchement, c'est un peu tabou je trouve. Surtout d'un bon accouchement. T'sais c'est douloureux pi tout. J'ai plein d'amis qui m'ont dit : Bin, tu devrais pas en parler de ton accouchement, ça a bien été, parce que ça va faire chier les filles, ça va donner l'impression que y'a une pression de performance. Je leur disais que premièrement c'est pas moi qui a décidé que ça allait se passer comme ça pi deuxièmement moi je pense que c'est important de dire que ça existe un accouchement différent, parce que y'a des accouchements qui vont bien et qui se passe bien. En fait la plupart des accouchements n'ont pas besoin d'intervention médicale (...) je trouve aussi qu'il y a une méga peur autour de l'accouchement, de quelque chose comme je passerai pas au travers, mon corps est pas capable, mais t'sais, toutes les femmes qui ont accouché ont passé par là, sont traumatisées des fois une semaine de temps, mais sont pas mortes. Y'en a plein qui refont des enfants.... On dirait que moi, je trouve ça important d'en parler » (Valérie, 30 ans, monde enseignant, universitaire 2e cycle).

humaine » de la naissance. Ce sont principalement des questions d'allaitement qui les ont heurtés dans leur parcours vers la maternité, mais avec un accompagnement adéquat, elles ont persévéré et tiennent aujourd'hui à s'impliquer dans la communauté afin d'offrir un soutien spécifiquement en allaitement.

Conclusion de chapitre

Les femmes incluses dans l'idéal type des « alternatives » partagent une vision du corps très positive et croient important de prendre soin de l'organisme autant que de la personne qui l'enveloppe. La première sous-catégorie de ces femmes est mise en contact avec leurs sensations corporelles du fait de leur emploi ou leurs loisirs, ce qui les confirme dans leur capacité à accoucher naturellement. Les femmes de la deuxième sous-catégorie, elles, tiennent à obtenir un accompagnement spécial conjuguant à la fois une philosophie de la grossesse et de l'accouchement telle qu'elles-mêmes les perçoivent, en plus de recevoir un appui personnalisé faisant d'elles des personnes uniques.

Chapitre 8

Les « déçues » : le rejet de l'option hospitalière

Les cinq femmes de cet idéal type ne sont pas satisfaites de l'offre de service ou du personnel hospitalier rencontré dans le passé. Elles préfèrent garder une distance avec celui-ci à la suite des déceptions qu'elles ont pu vivre à l'hôpital et une d'entre elles a trop peur de l'hôpital pour s'imaginer y accoucher. La première sous-catégorie comprend celles qui rejettent le médical à la suite d'une expérience négative et la deuxième décrit celle qui a peur de l'hôpital.

8.1 Les « déçues » qui rejettent le médical

Les quatre femmes de ce groupe, à la suite de mauvaises expériences périnatales en milieu hospitalier, ont choisi de trouver une alternative à l'hôpital afin de mettre leur(s) enfant(s) au monde, dans une volonté de « *plus grand respect de leurs demandes et besoins* ». Nous verrons comment elles ont pu se réconcilier avec l'idée de mettre au monde, alors que le cadre médical change passant de l'hôpital à la maison de naissance ou la demeure familiale, et du médecin à la sage-femme.

8.1.1 Des mauvaises expériences à l'hôpital

Voyons ici un résumé des expériences négatives vécues par les femmes à l'hôpital et suite auxquelles elles ont choisi de refuser le suivi conventionnel résultant en un accouchement à l'hôpital. Carolina (32 ans, monde enseignant, universitaire 1er cycle) a vécu une fausse couche plus d'un an avant de tomber enceinte de sa fille. La perte de ce bébé a été un « *recontacte très fort avec son côté animal* ». Elle se considère comme une « *intellectuelle* », mais à ce moment, elle sent qu'elle a « *beaucoup connecté avec son corps* ». Elle rapporte qu'« *il n'y a pas de modèle de comment gérer une fausse couche, qu'on n'en entend pas parler* ». Les statistiques restent dans la tête, mais pour elle, c'était « *comment c'était vécu dans son corps* » qui comptait. Le soir même, son mari l'a prise dans ses bras et elle a pleuré « *comme un animal* », « *comme une maman ourse qui perdrait son*

bébé ». Elle considère que la fausse-couche n'était « *pas grave, puisque naturel* », mais que c'était tout de même un « *deuil à faire* ». Carolina tenait à vivre « *naturellement* » sa fausse-couche, mais son premier contact avec le milieu hospitalier lui proposait totalement autre chose. Le médecin, en lui parlant des risques de laisser le fœtus sortir naturellement, lui proposa plutôt une médication. Elle ne s'est pas sentie « *respectée* » dans l'avenue qu'elle voulait prendre et ne sent pas qu'il ait pris le temps de la laisser choisir non plus. Lors de sa deuxième grossesse, elle désirait trouver une alternative qui respecterait davantage sa philosophie, celle de laisser son corps faire la « *bonne* » chose, en temps et lieu.

Alors que Carolina (32 ans, monde enseignant, universitaire 1re cycle) était en voyage en Gaspésie, elle a eu la chance de voir une conférence d'Isabelle Brabant⁴² qui dépeignait le fait que « *dans notre société, les Ironman et le dépassement de soi sont des choses très valorisées, mais quand il s'agit d'une femme qui accouche en milieu hospitalier, on lui propose de prendre la péridurale. Que ce serait plus simple. Que pourtant, on ne se promène pas à côté d'un coureur en lui disant d'embarquer dans l'auto, que ce serait tellement facile et qu'il ne faut pas s'imposer cet effort* » ! Ces paroles l'ont beaucoup fait réfléchir sur l'importance de la préparation à la naissance.

Une fois que tu t'imposes de faire quelque chose, à partir du moment où ton choix est fait, il n'y a plus de souffrance reliée à ce choix-là, parce que c'est ça, je l'assume et je vais au bout. Alors que si tu es ambivalent, la douleur est pire, la souffrance (...) est pire. Alors que là, c'était : J'ai choisi ça, je le gère, ça va venir une chose à la fois (Carolina).

Catherine (34 ans, monde enseignant, universitaire 1er cycle), elle, a vécu ses deux premiers accouchements en milieu hospitalier et de manière « *assez traumatique* ». La naissance de son premier garçon fût « *très mouvementée* » et plusieurs manœuvres du personnel ont dû avoir lieu. Il a ensuite été mis en incubateur et leurs contacts étaient très limités. Elle a senti que le personnel, « *afin de se simplifier la tâche peut-être, rendait presque toujours impossible leur contact* ».

Jonathan ça a été un peu traumatique son accouchement. Il est né à 41 semaines, comme Florence, et il avait aussi fait son caca, y'avait du liquide méconial, fallait pas qu'il pleure, il est né et y'était en détresse respiratoire

⁴² Sage-femme célèbre au Québec et auteure du livre Une Naissance heureuse (2013).

(...) Je l'ai pas vu là, j'ai accouché et ils sont parti avec en salle, dans la salle juste à côté, on m'a pas dit c'qu'ils faisaient là, ma sœur a suivi mon fils et elle m'a dit : « tu voulais pas voir ça, c'est bin correct que tu l'ai pas vu ». Ils l'ont aspiré, ensuite de ça le monde est venu : « c'est ton fils, félicitation, on repart avec ». Ça a été le contact que j'ai eu avec Jonathan à mon accouchement. Moi qui rêvais du peau à peau, tout ça, fa que j'ai trouvé ça vraiment vraiment intense. (...) Ils l'ont mis en pouponnière une semaine, parce qu'il a fait un pneumothorax suite à la détresse pi aux manœuvres pi y'a fait une jaunisse sévère, c'est surtout la jaunisse qui a fait qu'il est resté aussi longtemps(...) trois jours après qu'il soit né on me l'amenait déjà dans ma chambre, là il était avec les biliblanket(...), mais y'est pas resté avec moi plus que quelques heures parce que là le pédiatre quand il est passé il a dit : t'sais ton bébé il est pas mal jaune alors ça va prendre plus que les biliblanket, c'est là qu'il est parti en pouponnière en photothérapie. Pi là les contacts étaient vraiment limités, je pouvais plus l'allaiter à la demande (...) Je dis à mon chum de me trouver une chaise roulante pour aller voir mon bébé, t'sais je l'avais pas encore vu le lendemain matin et mon chum revient et il me dit l'infirmière dit de juste mettre quelques gouttes de colostrum dans le cup. Là tu me niaises? Fa que l'infirmière vient et elle dit « non t'inquiètes pas ton bébé n'a pas besoin de beaucoup » fa que là elle me compresse et elle repart avec le lait. Ça j'ai resté vraiment traumatisé de ça, non, mais c'est mon bébé là, je disais à mon chum là tu trouves un moyen (...) Fa que ça a été ça l'accouchement de Jonathan, ça a été traumatique un peu (Catherine).

Pour ses deux premiers accouchements, Catherine fit des réticences placentaires et le personnel dut en faire l'extraction manuellement, ce qui est documenté comme étant « *très douloureux* ». Alors que la famille venait d'emménager dans une nouvelle ville, elle vécut une fausse-couche, ce qui la mena au centre hospitalier de sa région. Elle eut une très mauvaise expérience et « *ne s'imaginait pas du tout vivre ses prochains accouchements là-bas* ». Enceinte de son troisième enfant, elle décida donc de chercher une alternative et tomba sur la maison de naissance de sa région. Après une visite, elle et son conjoint étaient convaincus.

Laure (27 ans, monde enseignant, collégial), enceinte de son premier enfant, décida de donner naissance à l'hôpital. Elle eut une mauvaise expérience alors qu'elle sentait que « *les choix qu'elle devait prendre lors de l'accouchement ne lui étaient pas expliqués en totalité et qu'elles ne pouvaient donc pas faire des choix éclairés* »⁴³. Pour son deuxième

⁴³ Par exemple, l'infirmière lui a dit devoir percer ses eaux, n'ayant jamais vu des eaux se percer seules. Pourtant, le fait de percer les eaux augmente l'intensité des contractions et les femmes sont bien plus sujettes à finir sur la péridurale. Il est possible de se questionner sur les motifs de cette manœuvre alors

enfant, elle n'hésita pas à s'informer auprès de la maison de naissance de sa région étant convaincue qu'elle y serait « *mieux guidée* ». Elle sentit que la sage-femme prenait le temps de lui expliquer ce qui était possible et son opinion comptait enfin.

8.1.2 L'expérience d'accouchement : le calme après la tempête

Tout au long de son suivi, Carolina (32 ans, monde enseignant, universitaire 1er cycle) considère que la sage-femme lui renvoyait « *une image positive d'elle-même* ». Elle se sentait « *en contrôle* » et a dit avoir expérimenté la « *puissance de l'accouchement* » en réveillant le « *Hulk* » en elle. Elle a vécu un bel accouchement et en ressort « *fière* ».

Catherine (34 ans, monde enseignant, universitaire 1er cycle) a donné naissance deux fois accompagnée de sages-femmes. Une première fois en maison de naissance, une expérience qu'elle décrit comme « *tellement zen* », et une deuxième fois à la maison. Elle eut de belles expériences d'accouchement et n'était pas nerveuse d'accoucher à la maison parce que son entourage lui partageait lui aussi de belles expériences d'accouchements en général. Afin d'éviter les complications dû à la rétence placentaire, les sages-femmes avaient injecté du « *pitocin*⁴⁴ » dans le cordon après l'accouchement, et tout c'était bien déroulé.

Pour Laure (27 ans, monde enseignant, collégial), le travail se déroula même « *trop vite* » à son goût puisqu'elle ne put pas réaliser ce qu'elle avait en tête pour l'accouchement tel que « *musique douce, bain et massages* ». Elle a laissé son corps aller et a fait selon elle « *une sorte d'autohypnose* » durant le travail. Elle a finalement donné naissance moins de 30 minutes après son arrivée en maison de naissance. Elle est « *un peu déçue* » de la situation vu la rapidité de la mise au monde, mais a trouvé l'accouchement « *parfait malgré tout* ».

Les femmes disent avoir expérimenté « *une approche qui leur ressemblait beaucoup* » avec les sages-femmes. En comparaison avec les expériences périnatales

qu'il est beaucoup plus facile pour le personnel de s'occuper d'une femme clouée au lit que de quelqu'un ayant des demandes.

⁴⁴ Hormone d'ocytocine synthétique

initiales en milieu hospitalier, elles se disent entièrement satisfaites du service sage-femme reçu.

8.1.3 Un idéal type moins impliqué en périnatalité

Les raisons qui ont mené les femmes au suivi sages-femmes sont tout à fait différentes que pour les autres profils. Elles n’y arrivent pas à la base parce que c’est ce qu’elles recherchent, mais plutôt pour ne pas être en milieu hospitalier. Elles veulent vivre ce qui entoure la naissance de manière différente, après un parcours assez « *difficile* » à l’hôpital. Le suivi sage-femme devient donc la seule option qui s’offre à elle.

Elles partagent leurs histoires « *avec plaisir* », mais n’ont pas suivi et ne comptent pas suivre de formation périnatale particulière comme les autres profils de femmes.

Carolina (32 ans, monde enseignant, universitaire 1er cycle), considère que son entourage était déjà « *sensibilisé* » à l’accouchement en maison de naissance, mais elle sent avoir influencé une amie qui se disait : « Carolina n’est pas du genre patchouli et coumbaya, et a accouché en maison de naissance. Moi aussi je pourrais! ».

Catherine (34 ans, monde enseignant, universitaire 1er cycle) et son conjoint se sont impliqués sur le comité-parent de la maison de naissance durant quelque temps. Ils sentent avoir « *redonné* » à la communauté et ne s’impliquent plus de cette façon.

Laure (27 ans, monde enseignant, collégial) se fait, elle, « *une mission d’informer* » ceux qui la questionnent à ce sujet, comme sur tout autre sujet pour lesquels elle est informée. Par exemple, à la suite de « *milliers d’heures de recherche* », elle a décidé de ne pas faire vacciner ses enfants et ils n’ont pas de suivi médical. Elle est très militante pour ces questions de « *démédicalisation* »:

Surtout dans la société dans laquelle on vit actuellement, où tout est mené par l’argent, on peut pas juste se faire dire quelque chose et se dire que bon... c’est ça qu’il faut faire. Non, ... il faut se poser des questions! Plus loin que ça. Moi j’suis un p’tit peu comme ça. (...) T’sais, je trouve ça dommage que la péridurale, ça comporte des risques, y’a tel pourcentage de cas qui finissent en césarienne... (Laure).

Conclusion

Le rejet de l'idée de redonner naissance en milieu hospitalier vient de mauvaises expériences s'étant déroulées à l'hôpital. Ces femmes ont, lors de l'annonce de la grossesse, tenté leur chance avec le suivi sage-femme afin de vivre l'expérience de la naissance différemment. Elles se sont réconciliées avec les histoires du passé grâce au suivi sage-femme et semblent être moins impliquées dans la sphère natale que les femmes des autres profils.

8.2 La déçue qui a peur de l'hôpital

Une seule femme s'inscrit dans ce sous-profil. Nous le développerons à partir de son portrait. Annick (27 ans, monde artistique, collégial) a toujours eu une « *peur bleue* » des hôpitaux, elle ne s'est donc « *jamais imaginé y accoucher* ». Le processus de choix pour le suivi sage-femme ne s'est pas fait de la même manière que pour les autres femmes de l'idéal type des « déçues ». Elle n'a pas vécu de situation particulière à l'hôpital, mais la seule idée de voir une aiguille ou les « *lumières trop claires* » lui donne « *des vertiges* ». C'est dans cette mesure que l'offre hospitalière ne lui convient pas.

Elle est tombée enceinte très jeune, à 18 ans, et a vite cherché une alternative à l'hôpital. C'est ainsi qu'elle a pris connaissance de la maison de naissance de sa région et qu'elle a pu y vivre ses trois suivis de grossesse. Sa grand-mère avait eut 11 enfants, dont 2 à la maison, elle sentait qu'elle était « *capable de passer par là* » elle aussi.

8.2.1 La maison de naissance, un milieu loin d'être anodin

Elle considère avoir vécu de « *beaux* » accouchements, entourée de sages-femmes qui la « *maternaient* ». Malgré qu'elles aient choisi le suivi sage-femme à la base pour ne pas se retrouver à l'hôpital, elle sent « *avoir eu besoin* » de ce type d'accompagnement lors de son premier accouchement puisqu'elle n'avait que 18 ans. Elle a senti qu'elle avait le « *contrôle* », dans la mesure du possible, sur le déroulement de l'accouchement. Elle ne s'est « *pas sentie comme un numéro* », et elle pense que c'est de cette façon qu'elle aurait perçu

un accouchement à l'hôpital. La maison de naissance était finalement le lieu le plus adapté pour elle et elle affirme que ce fut une « *chance* » d'y avoir eu accès.

Le monde de la périnatalité l'intrigue de plus en plus et elle pense suivre la formation d'accompagnement à la naissance afin de soutenir d'autres femmes qui n'auraient pas la possibilité d'être, elles, suivies par une sage-femme. Elle se fait également un plaisir de discuter de ses expériences avec ceux qui lui posent des questions à ce sujet.

Conclusion de chapitre

Les femmes composant cet idéal type des « déçues » sont arrivées de manière particulière au suivi sage-femme. C'était en réponse à leur refus du contexte hospitalier, incompatible avec ce qu'elles avaient envie de vivre vu sa rigidité. Le premier sous-profil de ces femmes tente de ne pas revivre d'expérience négative comme ce fut le cas dans leur passé alors que le deuxième sous-profil correspond à une femme fuyant le milieu hospitalier par peur de l'établissement.

Conclusion & Discussion

C'est à la suite de la revue de littérature que nous avons pu mettre le doigt sur ce qui à notre sens manquait à la littérature québécoise. Les critiques de la médicalisation des couches sont abondantes, mais nous tenions à explorer ce qui permettait au contraire aux femmes de s'ouvrir sur la possibilité d'un accouchement non-médical, en s'identifiant à un contexte tout à fait différent, celui du suivi sage-femme. Le choix de ce type de suivi, les motivations derrière lui et les ramifications sociales sous-jacentes se devaient d'être éclairés. L'analyse de nos données d'enquête nous ont permis de répondre à notre question de recherche, soit « Quelles sont les différentes aspirations qui conduisent ces femmes à choisir d'accoucher en maison de naissance, et comment ce choix s'inscrit-il dans leurs parcours de vie ? ». Nous ferons un retour en trois temps sur cette question de recherche, en abordant premièrement les motivations, deuxièmement l'influence du suivi sur l'expérience d'accouchement et troisièmement son influence sur la sphère périnatale.

Au courant de l'analyse, la dimension qui nous semblait la plus clivante au niveau du vécu en lien avec le monde sage-femme était la manière par laquelle les femmes en sont venues à choisir ce type de suivi. Le premier idéal type que nous avons pu faire émerger est celui des « expertes ». Pour ces femmes, il allait de soi de choisir le suivi sage-femme. Le premier sous-profil regroupe des femmes qui ont hérité par les femmes proches d'elles d'un discours sur l'accouchement physiologique comme étant « *normal* » et de savoirs sur la profession sage-femme comme étant « *sécuritaire* ». Le deuxième sous-profil regroupe des femmes qui ont réalisé de manière indépendante des recherches sur les possibilités d'accouchement au Québec. Cet idéal type apporte des résultats similaires à l'étude qu'a menée Teri J. Kesti (2016) en ce qui a trait aux sources d'exposition de l'accouchement hors du milieu hospitalier, soit par les connexions sociales (mères et tante dans notre cas) et par des recherches menées sur le sujet.

Le deuxième idéal type dégagé est celui des « alternatives ». C'est par la confiance qu'elles ont envers « *le corps comme étant en mesure de donner naissance naturellement* » qu'elles se sont inscrites au suivi sage-femme. Ce choix s'est tracé dans une visée

politique, celle de sortir de la norme. Le premier sous-profil regroupe des femmes qui par leur travail ou/et leur(s) loisir(s) sont mises en contact avec leur corps, dans le but d'en atteindre le plein potentiel. C'est parce qu'elles affirment connaître parfaitement leur corps et savent qu'elles peuvent avoir « *confiance* » en lui lors de l'accouchement qu'elles choisissent le suivi sage-femme plutôt que de se tourner vers le milieu hospitalier. Dans la continuité de leur mode de vie, elles cherchent à vivre une expérience qui leur ressemblera davantage, en s'émancipant de la norme. À notre connaissance, aucune étude ne faisait état de cette aspiration, soit la confiance envers le corps comme portant pratiquement tout le poids de la décision d'un suivi alternatif. Le deuxième sous-profil est constitué de femmes pour qui le choix du suivi sage-femme renvoient directement au concept d'« humanisation » de la naissance. Elles recherchent avant tout un suivi plus humain avec lequel elles seront apportées à faire des choix conscients, tout en respectant leur « *rythme* ». Ce sous-profil confirme les études dans lesquelles la relation avec la sage-femme fait partie des éléments les plus importants du choix du suivi sage-femme (Stoll, Hauck et Hall, 2016 & Hammer et Burton-Jeangros, 2013). Comme apportaient déjà les données de Francine Saillant, Michel O'Neill et Danièle Desjardins (1987) sur le portrait de la clientèle du suivi sage-femme au Québec, les femmes de notre étude ne sont pas des militantes actives et ferventes de l'« humanisation » de la naissance. Les femmes de cet idéal type se considèrent généralement comme sortant de la « *masse* ». L'accouchement peut ici être vu davantage comme un « *projet* » dans la continuité de leur mode de vie et c'est en prenant action par le choix du suivi sage-femme qu'elles « *militent* » pour des changements de vision ainsi que pour une ouverture pour plus de suivi sage-femme. Elles ne sont donc pas des militantes actives, mais revendiquent tout de même un plus grand éventail de choix quand vient le temps de choisir « *comment accoucher* ».

Le troisième idéal type de notre échantillon regroupe les « *déçues* », pour lesquelles le niveau de satisfaction de l'offre hospitalière était faible. Les femmes du premier sous-profil rejettent l'idée d'avoir un suivi de grossesse auprès d'un médecin ou d'un obstétricien parce qu'une expérience périnatale négative les ont fait chercher une alternative. Cette motivation de « *rejet du médical* » se retrouve également dans les résultats de Teri J. Kesti (2016) et rejoint les données de Rebecca J. Wood et ses collègues (2016) sur l'envie d'éviter les interventions obstétricales. Le deuxième sous-groupe est

constitué d'une seule femme ayant une grande peur de l'hôpital et pour qui il était inconcevable de donner naissance dans ce milieu « *épeurant* ».

Les données de notre enquête viennent infirmer la place que prend le risque dans le discours sur le choix du suivi sage-femme. Une fois qu'elles ont lu ou entendu dire que le suivi sage-femme était sécuritaire, elles ne s'en sont pas plus préoccupé que si elles s'étaient rendues à l'hôpital pour accoucher. Geneviève (32 ans, recherche scientifique, universitaire 3e cycle) est la seule femme à avoir poussé les recherches sur les risques potentiels.

L'expérience que les femmes ont vécue lors de leur accouchement est pour presque toutes jugée comme « très positive ». Elles ont tiré profit de l'accompagnement global que leur proposait la sage-femme, semblable à ce que Béatrice Jacques (2007) a proposé dans son ouvrage. L'alliance développée entre les femmes en suivi et la sage-femme a profondément touché la plupart des femmes. Comme si elles étaient « *tombées en amour* » avec le suivi sage-femme qui leur apportait à la fois information, empathie et a même pu réparer les blessures du passé, comme dans le cas des femmes du profil des « *décues* ». Le désir pour cet accompagnement vient davantage du fait que les femmes de notre enquête tiennent à réaliser la naissance de leur enfant comme le « projet de naissance » que proposent Philippe Charrier et Gaëlle Clavandier (2013) et qu'elles tiennent à avoir du support « *humain* » en plus d'un personnel outillé en cas de problème. Contrairement à l'enquête de Béatrice Jacques, la plupart de nos interrogées ne critiquent pas le contexte de la relation qui peut s'établir en milieu hospitalier. Leur choix d'un suivi sage-femme est fait puisqu'elles perçoivent la profession sage-femme de manière très positive et non pas parce qu'elles ont une mauvaise vision du milieu médical-hospitalier.

Finalement, une des données surprenantes de notre enquête vient du fait que les femmes ayant vécu un suivi sage-femme sentent le « *besoin de redonner* » à d'autres femmes. C'est finalement 10 des 18 femmes interrogées qui ont donné de leur temps dans la sphère périnatale, en donnant présentement ou comptent en donner dans les cinq prochaines années. Trois femmes sont « *marraines d'allaitement* », deux sont « *accompagnantes à la naissance* », deux se sont ou vont s'impliquer auprès de leur maison de naissance et trois autres veulent s'impliquer ou encore suivre une formation en

périnatalité. Elles se sentent « *privilégiées* » d'avoir eu accès au suivi sage-femme et pensent que cette chance, elles doivent la partager auprès d'autres femmes, un peu comme pour se libérer du poids d'une « *dette* ». Elles considèrent que le suivi sage-femme n'est pas fait pour tout le monde, mais que les femmes de partout bénéficieraient cependant de soutien supplémentaire. C'est dans cette optique qu'elles offrent, dans presque tous les cas, bénévolement de leur temps.

En répondant à la question « qui sont ces femmes », nous avons précisé comment les femmes se rendent au suivi sage-femme. Les caractéristiques des femmes de notre échantillon viennent en effet encore une fois souligner l'importance de la littératie en santé. Pour connaître les options de suivi de grossesse et d'accouchement, il faut être en mesure de faire des recherches et d'en comprendre l'information. Autant par leur disponibilité que par leur niveau de littératie, ces femmes très scolarisées sont en effet surreprésentées dans le suivi sage-femme. Dans le futur, il serait pertinent de s'attarder à cette question, à savoir pourquoi des critères électifs permettent à certaines sphères de la population un accès au suivi sage-femme? Et qu'en adviendrait-il si nous normalisons la pratique, deviendrait-elle plus inclusive? Les femmes pourraient alors ne plus avoir à faire face aux critiques sociales du fait de choisir un suivi sage-femme et ce suivi ne serait alors plus réservé aux « femmes fortes » et capables de prendre la critique? En menant une recherche sur la perception citoyenne et politique sur le suivi sage-femme, en connaissant mieux la vision des Québécois sur cette question, peut-être serait-il plus facile de démystifier la pratique sage-femme et d'ainsi mettre en place des mesures qui rendront plus accessible ces suivis de grossesse?

C'est très humblement que je contribue aux données qualitatives sur le suivi sage-femme au Québec. Ayant rencontré ces femmes aux expériences si positives et sachant que l'offre des services sages-femmes ne suffit pas à répondre aux demandes des femmes québécoises, je me questionne sur ce qui pourrait être fait pour améliorer l'accès au suivi. Aux termes de la Politique périnatale 2008-2018, nous n'avons pas atteint les 10% de naissances annoncées en maison de naissance. Est-ce une question de leadership politique? De structure médicale pour laquelle il est difficile d'assouplir les limites permettant un exode des naissances à l'extérieur du milieu hospitalier? Les normes sociales poussent-

elles à ce point en défaveur de l'élargissement de l'offre de naissance? Sans me positionner au niveau des valeurs, je me questionner sur les faits, les valeurs et les raisons qui font qu'encore en 2020, le milieu hospitalier est le milieu privilégié pour donner naissance.

Ce mémoire peut s'inscrire dans une base de données qualitatives venant quantifier l'intérêt que peut prendre le suivi sage-femme au Québec. Nous ne pouvons maintenant qu'espérer que la pratique médicale puisse s'adapter aux demandes des femmes en considérant ce qu'elles ont à dire.

Références

Accouchement dirigé. (s.d). Dans *Dictionnaire Thesaurus en ligne*. Repéré à <http://www.thesaurus.gouv.qc.ca/tag/terme.do?id=113>

Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2009). *Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*. (Publication n° HP5-74/2-2009F-PDF). Repéré à <https://www.canada.ca/en/public-health/services/injury-prevention/health-surveillance-epidemiology-division/maternal-infant-health/canadian-maternity-experiences-survey.html>

Bernier, L. (2011). La mise en œuvre des politiques publiques. *L'analyse des politiques publiques*. Les presses de l'Université de Montréal.

Boire, R. et Pouyanne, V. (producteurs & réalisateur). (2013). *L'arbre et le nid*. [Film documentaire]. Québec : Studios LOom et L'œil Fou.

Brabant, I. (2013). *Une naissance heureuse : bien vivre sa grossesse et son accouchement* (3^e ed). Montréal : Éditions Fides.

Carricaburu, D. (2007). De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical: les enjeux d'une définition. *Sociologie et Sociétés*, 39(1), p.123-144.

Charrier, P., Clavandier, G. (2013). *Sociologie de la naissance*. Paris : Armand Colin.

Chauvin, J. (2010). *Satisfaction maternelle et mode d'accouchement*. (Mémoire de maîtrise). Université Paris Descartes, France.

Côté, I. (2015). *Cadre de référence pour le déploiement des services de sage-femme au Québec*. MSSS. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-816-01W.pdf>

David, S. (2007). *Les Accompagnantes à la naissance. Émergence d'une fonction ancestrale dans les sociétés modernes*. L'exemple québécois. (Mémoire de maîtrise). Université de Paris, France.

Desrochers, S.L. et Renaud, L. (2010). Les normes de l'allaitement maternel et de l'accouchement naturel : un examen de leur instauration. Dans Lise Renaud (dir.), *Les médias et la santé : de l'émergence à l'appropriation des normes sociales*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

Dreaper, J. (2010). Controversy over home births in the Netherlands. *BBC News*. Repéré à <http://www.bbc.com/news/health-12043693>

Durand, A. et Motet, L. (2018). Accouchement: La naissance est devenue un événement rare que l'on souhaite maîtriser. *Le monde.fr*. Repéré à http://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2018/01/31/accouchement-la-naissance-est-devenue-un-evenement-rare-que-l-on-souhaite-maitriser_5249842_4355770.html

Elder G.H., Johnson M.K. et Crosnoe R. (2003). The Emergence and Development of Life Course Theory. In: Mortimer J.T., Shanahan M.J. (eds) *Handbook of the Life Course. Handbooks of Sociology and Social Research*. Springer, Boston, MA.

Épisiotomie. (s.d.). Larousse. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9pisiotomie/30507>

Forceps. (2018). Larousse. Repéré à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/forceps/34562>

Frydman, R., Szejer, M. et Nobécourt, M. (2010). *La naissance: histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*. France : Éditions Albin Michel

Gherghel, A. (2013). La théorie du parcours de vie (life course). Une approche interdisciplinaire dans l'étude des familles. Presses de l'Université Laval, Canada.

Girard, C. (2019, juin). Naissances, décès et mariages au Québec en 2018 - Données provisoires. (publication n^o 3, volume 23). Institut de la statistique du Québec. <https://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/bulletins/sociodemo-vol23-no3.pdf#page=3>

Hammer R. et Burton-Jeangros, C. (2013). Tensions around risks in pregnancy : a typology of women's experiences of surveillance medicine. *Social Science & Medicine*, 93, p.55-63.

Hivon, M. et Jimenez, V. (2007). Perception d'une naissance et naissance d'une perception. Où en sont les femmes? Rapport de recherche présenté au Conseil de recherche en sciences humaines du Canada. *Série de publication du Centre de recherche et de formation*, Centre affilié universitaire, affilié à l'Université McGill.

Jacques, B. (2007). *Sociologie de l'accouchement*. France : Presses universitaires de France, collection « Partage du savoir ».

Kesti, T.J. (2016). *Birth again the mainstream: Women's experiences and perceptions of out-of-hospital birth*. (Thèse de doctorat). Université d'Arizona du Nord.

Laé, J-F. (2002). Émotions et connaissance : L'emprise du sensible dans l'enquête sociologique. *Sociétés & Représentations*, 1(13), p.247-257.

Laverdière, F (MSSS). (2008). *Cadre de référence pour le déploiement des services de sage-femme au Québec*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-816-01W.pdf>

Lemay, C. (1997). *L'accouchement à la maison au Québec : les voix du dedans*. (Mémoire de maîtrise). Université de Montréal, Canada.

Lewis, M.J. (2012). An investigation of the effects of Pitocin for labor induction and augmentation on breastfeeding success. (Thèse de doctorat). Scripps College, États-Unis.

Malott, A.M., Murray Davis, B., McDonald, H. et Hutton, E. (2009). Midwifery care in eight industrialized countries: how does Canadian midwifery compare? *Journal of obstetrics and Gynaecology Canada*, 31(1), p 974-979.

Menon, S. (1999). Psychological empowerment: Definition, measurement, and validation. *Canadian Journal of Behavioral science*, 31(3), p. 161-164.

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2017). *Les maisons de naissance*. Repéré à <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-naissance>

Ministry of health of New Zealand. (2015). *Report on Maternity*. Repéré à https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/report-on-maternity-2015-updated_12122017.pdf

Murray-Davis, B., McDonald, H., Rietsma, A., Coubrough, M. et Hutton, E. (2014). Deciding on home or hospital birth: Results of the Ontario choice of birthplace survey. *Midwifery*, 30, p.869-876.

Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ). (s.d.). Philosophie et normes de pratiques. Repéré à <http://www.osfq.org/quest-ce-quune-sage-femme/philosophie-et-normes-de-pratiques/>

Ouellet, J. (2015). *Réflexions sur les pratiques perinatales obstétricales et sage-femme dans le contexte de l'humanisation de la médicalisation*. (Mémoire de maîtrise). Université du Québec à Montréal.

Pelchat, Y. (2001). David Le Breton, Anthropologie du corps et modernité. Paris, Presses universitaires de France, coll. *Tourisme et sociétés locales en Asie Orientale*, 25 (n° 2), p. 182.

Planète F. (s.d.). À propos de planète F. Repéré à <https://www.planetef.com/a-propos-planetef-magazine/>

Pruvost, G. (2016). Qui accouche qui? Étude de 134 récits d'accouchement à domicile. *Genre, sexualité & société*, 16.

Regroupement Les sages-femmes du Québec (RSFQ). (s.d.a). Quelques statistiques relatives au Québec. Repéré à <https://www.rsfq.qc.ca/statistiques>

Regroupement Les sages-femmes du Québec (RSFQ). (s.d.b). Maisons de naissance. Repéré à <https://www.rsfq.qc.ca/trouver-une-sage-femme>

Regroupement Naissance-Renaissance (RNR). (2010). Pratique sage-femme. Repéré à <http://naissance-renaissance.qc.ca/nos-actions/pratique-sages-femmes/>

Relyea, M.J. (1992). The rebirth of midwifery in Canada: an historical perspective. *Midwifery*, 8, 159-169.

Rivard, A. (2010). *L'enfantement dans un Québec moderne : générations, mémoires, histoire*. (Thèse de doctorat). Université Laval, Canada.

Rivard, A. (s.d.) Andrée Rivard. Repéré à <https://uqtr.academia.edu/Andr%C3%A9eRivard>

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), p. 27-47.

Rossignol, M., Boughrassa, F. et Moutquin, J-M. (2012). Résumé : Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitable pour les femmes à faible risque. INESSS.
www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ObstetriqueGynecologie/INESSS_Resume_interventionsobstetricales_FR.pdf

Rouiller, A.-M. (2015). *Corps, douleur et risque dans le processus menant à privilégier l'accouchement physiologique et le suivi sage-femme*. (Mémoire de maîtrise). Université Laval, Canada.

Saillant, F., O'Neill, M. et Desjardins, D. (1987). Entre le cœur et la raison : portrait de la clientèle d'une nouvelle sage-femme québécoise. Dans F. Saillant et M. O'Neill (dir.), *Accoucher autrement. Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec (p.327-351)*. Montréal : Les Éditions Saint-Martin.

St-Amant, S. (2014). *Déconstruire l'accouchement: épistémologie de la naissance, entre expérience féminine, phénomène biologique et praxis technomédicale*. (Thèse de doctorat). Université du Québec à Montréal, Canada.

St-Amant, S. (2014a). À propos de moi. Repéré à <https://stephaniestamant.com/2014/12/02/a-propos-de-moi/>

Standardiser. (2018). Larousse. Repéré à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/standardiser/74455>

Stoll, K., Hauck, Y.L. et Hall, W.A. (2016). Home or hospital? Midwife or physician? Preferences for maternity care provider and place of birth among Western Australian students. *Women and Birth*, 29, p.33-38.

Vadeboncoeur, H. (2004). *La naissance au Québec à l'aube du troisième millénaire : de quelle humanisation parle-t-on?* (Thèse de doctorat). Université de Montréal, Canada.

Van Haaren-Ten Haken, T., Hendrix, M., Nieuwenhuijze, M., Budé, L., de Vries, R., et Nijhuis, J. (2012). Preferred place of birth: Characteristics and motives of low-risk nulliparous women in the Netherlands. *Midwifery*, 28, p.609-618.

Wood, R.J., Magnone, J., Heaman, M.I., Robinson, K.J. et Stieber Roger, K. (2016). Choosing an out-of-hospital birth centre: Exploring women's decision-making experiences. *Midwifery*, 39, 12-19.

Annexe A

Données caractéristiques des femmes de l'étude

Profil	Nom substitut	Âge	Catégorie B. Jacques	Emploi	Implication postnatale	Lieu de résidence	# enfant(s)	Niveau étude
Alternatives-corps	Jeanne	29	monde artistique	professeur de yoga	marraine d'allaitement	ville de Québec	2	universitaire 1re cycle
Alternatives-corps	Geneviève	32	recherche scientifique	chercheuse	veut s'impliquer à la mdn	Montréal	1	universitaire 3e cycle
Alternatives-corps	Stephanie	26	milieu paramédical	assistante de chiro	accompagnante à la naissance	Saguenay	1	Collégial
Alternatives-corps	Pascale	32	milieu paramédical	ostéopathe		Montréal	1	universitaire 1re cycle
Alternatives-Humaines	Valérie	30	monde enseignant	professeure biologie	marraine d'allaitement	Montréal	1	universitaire 2e cycle
Alternatives-Humaines	Sabrina	29	milieu médical	infirmière	veut se former en allaitement	ville de Québec	1	universitaire 1re cycle
Alternatives-Humaines	Claudia	33	recherche scientifique	chercheuse	marraine d'allaitement	Montréal	2	universitaire 3e cycle
Déçues-ex-périence	Carolina	32	monde enseignant	enseignante		Montréal	1	universitaire 1re cycle
Déçues-ex-périence	Catherine	34	monde enseignant	éducatrice	était sur le C.A. de la maison de naissance	Rive-Nord de Montréal	4	universitaire 1re cycle
Déçues-ex-périence	Laure	27	monde enseignant	éducatrice		Rive-Nord de Montréal	2	Collégial
Déçues-ex-périence	Clara	32	monde du social	policière		Rive-Nord de Montréal		Collégial
Déçues-peur	Annick	27	monde artistique	artisan québécoise	veut faire la formation en accompagnement à la naissance	Rive-Nord de Montréal	3	Collégial
Expertes-héritage	Marie	25	monde du social	sociologue		Rive-Nord de Montréal	1	universitaire 2e cycle
Expertes-héritage	Eve	27	milieu paramédical	santé animal	veut faire la formation sage-femme	Rive-Nord de Montréal	2	Collégial
Expertes-héritage	Mélissa	31	monde du social	travailleur sociale		Rive-Sud de Montréal	2	Collégial
Expertes-appropriation	Léa	33	monde du social	adjoim regroupement s-f	accompagnante à la naissance	Montréal	2	universitaire 3e cycle
Expertes-appropriation	Sophie	27	monde enseignant	éducatrice		Rive-Nord de Montréal	1	Collégial
Expertes-appropriation	Myriam	31	milieu médical	neuropsychologue		Saguenay	1	universitaire 3e cycle