

Université de Montréal

**LA NAISSANCE AU QUÉBEC À L'AUBE DU TROISIÈME MILLÉNAIRE :
DE QUELLE HUMANISATION PARLE-T-ON ?**

par
Hélène Vadeboncœur
Programme de sciences humaines appliquées
Faculté des études supérieures

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Philosophiæ Doctor (Ph.D.)
en sciences humaines appliquées

Février 2004
© Hélène Vadeboncœur, 2004

IDENTIFICATION DU JURY

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

La naissance au Québec à l'aube du troisième millénaire :
de quelle humanisation parle-t-on ?

présentée par
Hélène Vadeboncœur

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Francine Saillant, examinatrice externe, Université Laval

Abby Lippman, Université McGill

Deena White, présidente du jury, Université de Montréal

Gilles Bibeau, directeur, Université de Montréal

Michel Perreault, représentant du doyen, Université de Montréal

Thèse acceptée le : 29 juin 2004

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	
Liste des tableaux	viii
Liste des figures	ix
Liste des sigles	x
Remerciements.....	xi
Dédicace.....	xiii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 – METTRE UN ENFANT AU MONDE IL Y A TRENTE ANS ET... AUJOURD’HUI...6	
A. L’ÉVOLUTION DES PRATIQUES OBSTÉTRICALES AU QUÉBEC DES ANNÉES 70 À L’AN 2000	7
<i>a. Les années 70 : le début d’un questionnaire</i>	<i>8</i>
<i>b. Les années 80 : les revendications des femmes et le début d’un changement</i>	<i>10</i>
<i>c. Les années 90 : le retour officiel des sages-femmes et la poursuite de changements</i>	<i>12</i>
<i>d. Que peut-on dire des pratiques obstétricales de la fin du XX^e siècle, au Québec ?</i>	<i>15</i>
B. L’IMPACT DE L’ACCOUCHEMENT SUR LES FEMMES	27
<i>a. Le contexte social et culturel de l’accouchement</i>	<i>27</i>
<i>b. L’impact de l’accouchement sur les femmes</i>	<i>28</i>
<i>c. La vulnérabilité des femmes en travail</i>	<i>30</i>
C. L’OBSTÉTRIQUE, UNE SPÉCIALITÉ MÉDICALE AU SEIN DU SYSTÈME DE SANTÉ	34
<i>a. Le système de santé québécois les changements législatifs et la réorganisation</i>	<i>35</i>
Les usagers : la participation du citoyen, une participation illusoire ?	<i>36</i>
Les professionnels de la santé	<i>38</i>
<i>b. La syndicalisation et le réseau de la santé</i>	<i>43</i>
<i>c. Les technologies médicales</i>	<i>43</i>
D. OBJET DE LA THÈSE	45
CHAPITRE 2 – LA MÉTHODOLOGIE : ETHNOGRAPHIE D’UN DÉPARTEMENT D’OBSTÉTRIQUE AUX PRATIQUES PROGRESSISTES	48
A. CHOIX DU DEVIS DE RECHERCHE	48
<i>a. Une étude de cas</i>	<i>48</i>
<i>b. Une étude ethnographique</i>	<i>48</i>
B. CHOIX DU SITE	49
<i>a. Les démarches préalables au choix</i>	<i>49</i>
<i>b. Le choix des sites</i>	<i>51</i>
C. CONDUITE DE L’ÉTUDE SUR LE TERRAIN : AVRIL 2000 À OCTOBRE 2001	51
<i>a. L’entrée sur le terrain</i>	<i>51</i>
<i>b. La collecte de données : septembre 2000 à octobre 2001</i>	<i>53</i>
Le recrutement des participantes (femmes qui vont accoucher)	<i>53</i>
Les observations d’accouchements – octobre à décembre 2000	<i>54</i>
Les observations générales – automne/hiver 2000/2001	<i>61</i>
Les entrevues – février à octobre 2001	<i>61</i>
D. L’ANALYSE DES DONNÉES	67
<i>a. L’organisation et le traitement des données</i>	<i>68</i>

	La réduction des données.....	69
b.	<i>Deux formes d'analyse : verticale et horizontale</i>	70
	Une analyse verticale : les résumés de chaque entrevue et observation d'accouchements.....	70
	Une analyse horizontale : les catégories thématiques	71
c.	<i>La dénominalisation des données</i>	73
d.	<i>Le traitement des résultats obtenus et l'interprétation</i>	73
E.	VALIDITÉ ET FIABILITÉ DE L'ÉTUDE.....	74
	a. <i>La position épistémologique de la chercheuse : un obstacle ou un atout ?</i>	74
	b. <i>Validité et fiabilité de l'étude</i>	77
CHAPITRE 3 – LE DÉPARTEMENT D'OBSTÉTRIQUE		81
	Présentation du site et des acteurs	81
A.	LA PHILOSOPHIE.....	82
	a. <i>Famille, besoins, respect, autonomie, accompagnement d'un événement naturel et soins personnalisés</i>	82
	b. <i>Les intervenants-e-s : des perceptions différentes de la philosophie ?</i>	83
	c. <i>Une philosophie moins influente qu'auparavant ?</i>	84
B.	LES LIEUX PHYSIQUES	84
	a. <i>La présentation des lieux aux femmes enceintes</i>	85
	b. <i>Les lieux observés : des espaces conviviaux et hospitaliers</i>	86
	c. <i>L'équipement observé : médical et « alternatif »</i>	87
C.	LES ACTEURS	88
	a. <i>L'encadrement du travail</i>	89
	Rôle de l'administration : le personnel cadre	89
	Les règles institutionnelles régissant le travail.....	91
	b. <i>Le personnel engagé par l'hôpital</i>	93
	Les médecins : peu visibles, mais influents.....	93
	Les infirmières : les piliers des soins au pouvoir limité	99
	Autre personnel	109
	c. <i>Les accompagnantes</i>	111
	Qu'est-ce qu'une accompagnante ?	111
	Les accompagnantes dans un département d'obstétrique	113
CHAPITRE 4 – L'ACCOUCHEMENT		118
	La diversité des accouchements observés	118
	Les stades du travail.....	123
A.	LA NORME.....	126
	a. <i>Le déclenchement du travail</i>	128
	b. <i>Le travail actif</i>	128
	c. <i>La poussée</i>	129
	d. <i>La naissance du bébé</i>	129

B.	L'ÉCART PAR RAPPORT À LA NORME ET LE « REMÈDE »	130
a.	<i>Le « retard » de l'entrée en travail : le déclenchement artificiel</i>	132
b.	<i>La non-entrée en travail actif ou la « lenteur » à y arriver : Syntocinon et moyens alternatifs</i>	135
c.	<i>Les écarts reliés à la poussée</i>	140
	La poussée précoce : ne pas pousser	140
	La poussée « inefficace » : stimuler, aider le bébé à sortir	141
d.	<i>Entre le bébé qui va bien et celui qui va mal : les difficultés pouvant affecter le bébé</i>	143
e.	<i>Les complications pouvant affecter la mère</i>	144
f.	<i>Une préoccupation en continu : la gestion de la douleur à la satisfaction de la parturiente</i>	146
C.	LES PRATIQUES OBSTÉTRICALES : DEUX APPROCHES	148
a.	<i>L'approche médicale de l'accouchement</i>	148
b.	<i>L'approche psychosociale de l'accouchement</i>	151
CHAPITRE 5 – LES COMPORTEMENTS DES INTERVENANT-E-S		155
Le rôle central de l'infirmière auprès de la femme en travail		155
La priorité : la femme en travail actif.....		156
A.	LES PAROLES	160
a.	<i>Les paroles des médecins</i>	160
	La gentillesse	160
	La mauvaise humeur	160
	Les propos alarmants ou décourageants	161
	Les ordres.....	163
b.	<i>Les paroles des infirmières</i>	163
	La gentillesse	164
	La surveillance de l'accouchement et l'évaluation	165
	La communication d'un scénario.....	167
	La voix de l'autorité	168
c.	<i>Les paroles des accompagnantes</i>	169
d.	<i>Des divergences de vues entre les intervenant-e-s</i>	171
B.	LES GESTES : COMMENT LES DÉCISIONS SONT PRISES PENDANT UN ACCOUCHEMENT	173
a.	<i>L'information : Les femmes et les couples sont-ils informés de manière à pouvoir prendre des décisions éclairées ?</i>	173
	Les infirmières renseignent-elles les femmes ?.....	173
	Les médecins renseignent-ils les femmes ?	177
	Et la clientèle ?	179
b.	<i>La prise de décisions : les intervenants décident-ils à la place des femmes ?</i>	181
	Le département d'obstétrique : ce qui fait l'objet de décisions	181
	La prise de décisions.....	182
	Comment réagit-on aux demandes des femmes ?	194

CHAPITRE 6 – LES RÉACTIONS DES FEMMES	198
A. LE VÉCU DES FEMMES AYANT ACCOUCHEÉ	198
<i>a. L'expérience d'accoucher.....</i>	<i>199</i>
<i>b. Leurs réactions face à l'accouchement et aux comportements des intervenant-e-s</i>	<i>203</i>
Contentes sans beaucoup d'attentes ?.....	203
Ce qu'elles voulaient.....	204
Accepter ce qu'elles ne désirent pas.....	204
S'excuser ou « minimiser »	206
<i>c. Comment elles se sentent traitées par les intervenant-e-s.....</i>	<i>207</i>
Par les infirmières :	207
Par les médecins.....	213
Par les accompagnantes	214
<i>d. L'impact de comportements, un exemple.....</i>	<i>215</i>
B. RÉFLEXIONS SUR LES RÉACTIONS DES FEMMES PENDANT ET APRÈS LEUR ACCOUCHEMENT	217
<i>a. Le rôle de l'environnement.....</i>	<i>220</i>
Le cadre hospitalier : une influence qui rend la femme « patiente » ?	220
Un milieu hospitalier trop confortable et des intervenant-e-s trop gentil-le-s ?	222
<i>b. Les facteurs reliés aux femmes.....</i>	<i>223</i>
Des femmes n'en sachant pas assez, à l'ère de l'information ?	223
Des femmes en travail, pas le moment idéal pour s'affirmer ?	223
Des femmes stressées qui bénissent la prise en charge par l'hôpital ?	224
Des femmes manquant de confiance dans leurs capacités à donner naissance ?	225
Des femmes aux prises avec la peur ?	226
CHAPITRE 7 – LES PRATIQUES OBSTÉTRICALES DANS UN MILIEU PROGRESSISTE : UNE MÉDICALISATION HUMANISÉE ?	232
L'humanisation de la naissance : un tour d'horizon	233
L'accouchement dans ce CH : une expérience plus humaine, plus civilisée	237
A. LA NAISSANCE D'UN ENFANT, UNE EXPÉRIENCE RENDUE À LA FAMILLE.....	239
B. L'ACCOUCHEMENT, UNE EXPÉRIENCE ENCORE MÉDICALISÉE.....	241
<i>a. Ce qu'est la médicalisation</i>	<i>242</i>
<i>b. La démedicalisation, qu'en est-il dans ce milieu ?</i>	<i>245</i>
Les interventions.....	246
Un événement biomédical	249
Une gestion « by-the-book ».....	250
Conséquence: le manque de respect du processus de l'accouchement et du rythme de la parturiente	252
<i>c. Réflexions sur les facteurs de médicalisation.....</i>	<i>253</i>
Le cadre hospitalier	254
La conception de l'accouchement	257
Un soutien limité ?	260
L'influence de la peur	264
Une société qui a changé	267
C. L'ACCOUCHEMENT : UN RESPECT DES DROITS LIMITÉ.....	268
<i>a. Les droits de la personne et l'accouchement.....</i>	<i>268</i>
<i>b. Le droit d'être informée pour être en mesure de décider.....</i>	<i>273</i>
<i>c. Le droit de décider.....</i>	<i>277</i>

CONCLUSION : QUE POURRAIT ÊTRE L'AVENIR DE L'HUMANISATION DE LA NAISSANCE ?.....	283
RÉFÉRENCES.....	291
ANNEXE 1 – Enquête auprès des départements d'obstétrique : critères utilisés pour le choix des sites et résultats	303
ANNEXE 11 – Documents remis par le département d'obstétrique et la chercheure au personnel relativement à cette étude	305
ANNEXE 111 – Formulaire de consentement éclairé.....	315
ANNEXE 1V – Liste des rapports d'observations.....	317
ANNEXE V – Guides d'entretien	319
ANNEXE V1 –Liste des catégories thématiques des entrevues	322
ANNEXE V11 – Grille de résumé des accouchements	323
ANNEXE V111 – Résumés des accouchements retenus pour l'analyse.....	324
ANNEXE 1X – Identification d'extraits de données.....	339

Liste des tableaux

TABLEAU I	Portrait schématique des services entourant la naissance au Québec à la fin du XX ^e siècle
TABLEAU II	Évolution de quelques interventions obstétricales lors des accouchements vaginaux, Québec 1982-1983 à 2000-2001
TABLEAU III	Évolution du pourcentage d'AVAC selon la région de la résidence de la mère, Québec 1995-1996 à 2000-2001
TABLEAU IV	Utilisation de certaines interventions obstétricales lors des accouchements vaginaux selon l'établissement et la région où la femme a accouché, Pour quelques régions, Québec 2000-2001
TABLEAU V	Diversité des accouchements observés (données dénominalisées)
TABLEAU VI	Conception de l'accouchement : de la norme à la correction de l'écart
TABLEAU VII	La prise de décision : ce qui a été observé

Liste des figures

- Figure 1 Évolution du taux de césariennes, Québec 1969 à 2000-2001
- Figure 2 Évolution du pourcentage des femmes qui ont eu un accouchement vaginal après césarienne (AVAC), Québec 1981-1982 à 2000-2001
- Figure 3 Stades du travail et scénarios possibles

Liste des sigles¹

A.E.T.M.I.S.	Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
A.O.G.Q.	Association des obstétriciens et gynécologues du Québec
A.S.P.Q.	Association pour la santé publique du Québec
A.V.A.C.	Accouchement vaginal après césarienne
C.C.V.F.F.	Comité canadien sur la violence faite aux femmes
C.E.T.S.	Conseil d'évaluation des technologies de la santé
C.H.	Centre hospitalier
C.H.U.	Centre hospitalier universitaire
C.I.I.	Conseil des infirmières et infirmiers
C.I.M.S.	<i>Coalition for the Improvement of Maternity Services</i>
C.L.S.C.	Centre local de services communautaires
C.M.D.P.	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
C.M.Q.	Collège des médecins du Québec
C.P.M.Q.	Corporation professionnelle des médecins du Québec
C.R.S.H.C.	Conseil de recherche en sciences humaines du Canada
C.R.S.S.S.	Centre régional de services de santé et de services sociaux
D.E.C.	Diplôme d'études collégiales
D.S.I.	Direction des soins infirmiers
D.S.P.	Direction des services professionnels
E.F.M.	<i>Electronic foetal monitoring</i>
F.C.A.R.	Fonds pour la formation de chercheurs et l'aide à la recherche
F.D.A.	<i>Food and Drug Administration</i>
G.A.R.E.	Grossesses à risques élevés
I.C.S.I.	Institut canadien de la santé infantile
M.A.M.A.N.	Mouvement pour l'autonomie dans la maternité et l'accouchement naturel
M.A.S.	Ministère des affaires sociales
M.S.S.S.	Ministère de la santé et des services sociaux
N.T.R.	Nouvelles technologies de la reproduction
O.I.I.Q.	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
O.M.S.	Organisation mondiale de la santé
R.A.M.	Rupture artificielle des membranes
R.N.R.	Regroupement Naissance-Renaissance
R.S.M.	Rupture spontanée des membranes
S.O.G.C.	Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
S.S.P.T.	Syndrome de stress post-traumatique
T.C.I.P.M.	Table de concertation des infirmières en périnatalité de Montréal
T.L.C.	Chaîne américaine de télévision
U.N.I.C.E.F.	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
U.Q.T.R.	Université du Québec à Trois-Rivières

¹ Les points des sigles ne figurent pas dans le texte de cette thèse.

Remerciements

Une thèse de doctorat, bien que ce soit un travail souvent solitaire, ne se réalise pas sans le soutien et la confiance que l'on vous manifeste. J'aimerais donc remercier les personnes suivantes, sans lesquelles je n'aurais pas réussi à terminer ce doctorat :

Steve, mon conjoint, pour sa patience à mes côtés durant ce long voyage, et son soutien qui se manifesta de plus d'une façon pendant les périodes difficiles.

Nicho et Isa, mes enfants, dont la naissance changea non seulement le cours de ma vie personnelle, mais aussi de ma vie professionnelle, orientant jusqu'à ce jour mes intérêts et mes activités vers la périnatalité : merci de votre patience, et de votre aide !

Ma famille, pour ses encouragements à persévérer.

Ma directrice de thèse jusqu'en décembre 2003, Denise Couture, pour son précieux soutien pendant toutes ces années.

Mon directeur de thèse, Gilles Bibeau, qui accepta volontiers au printemps de 2002 de co-diriger ma thèse et me guida jusqu'à la fin.

Le milieu où j'ai effectué mon étude, qui m'a généreusement accueillie, tant la direction que tout le personnel, en particulier les infirmières, qui ont accepté sans hésitation d'être interviewées, ainsi que l'infirmière du CLSC qui m'a aidée pour le recrutement des participantes.

Les femmes et les couples ayant accepté de participer à l'étude, soit qu'un événement intime leur appartenant ait lieu en ma présence.

Marie Gaboury, ma mère, travailleuse sociale maintenant à la retraite, pour la transcription minutieuse et extrêmement précieuse durant plusieurs mois des entrevues et des notes d'observation, l'entrée de sources bibliographiques ainsi que la relecture de cette thèse.

Jocelyne Bastien, pour son aide lors de différentes étapes de cette thèse, soit l'entrée de données (logiciel bibliographique), la suite de la catégorisation thématique, la recherche minutieuse des coordonnées d'extraits d'observations et d'entrevues, le travail sur la liste de références.

Marie Boucher, pour la mise en page finale de cette thèse.

Mon comité de lecture, pour avoir accepté non seulement de lire et commenter cette thèse, mais de le faire pendant... leurs vacances de Noël : **Lisane Papin**, médecin en obstétrique; **France Paquin**, infirmière en obstétrique et accompagnante; **Isabelle Brabant**, sage-femme; **Louis Rocheleau**, sociologue et auteur d'un mémoire sur les besoins des femmes en périnatalité; **Alain Vadeboncœur**, urgentologue.

Le comité national d'orientation et de mobilisation en périnatalité de l'ASPQ, pour son soutien moral à ce projet, et l'appui en son sein de personnes poursuivant un doctorat relié à l'accouchement, telles **Andrée Rivard**, historienne, Stéphanie St-Amant et **Céline Lemay**, sage-femme.

Mes amies, dont quelques-unes sont impliqué-e-s en périnatalité, amies à qui j'ai pu faire part, à maintes reprises, de ce que je vivais au cours de la réalisation de cette thèse et qui

ont... écouté. Je pense en particulier à **Marie-ève**, dont la thèse a chevauché la mienne, pendant quelques années; à **Collette, Johanne et Maryse**, de Montréal, à **Anne N'Zaou et à Martine Laganier**, de Paris, qui m'a accueillie lors d'un colloque en 2002.

Les chercheur-e-s s'intéressant à la naissance, qui m'ont suivie de près ou de loin (France, Angleterre, Brésil), et m'ont soutenue dans la réalisation de ce projet, à l'occasion d'un coup de fil, d'échange de courriels, d'une visite, d'un prêt d'articles. J'aimerais remercier en particulier le Professeur **Mavis Kirkham**, directrice de la *School of Midwifery and Nursing* de l'Université de Sheffield (Angleterre), qui m'a accueillie en 1999 durant le séjour de quelques semaines que je fis dans cet établissement, et l'organisme **MIDIRS**, qui m'a permis de consulter ce centre d'information en périnatalité de Bristol. J'aimerais aussi remercier **Simone Diniz**, médecin et Ph.D., de Sao Paulo, au Brésil, ainsi que **Françoise Bardes**, sage-femme qui m'a invitée et reçue lors d'une conférence sur la naissance organisée par la revue *Les Dossiers de l'obstétrique*. Parmi ces personnes, certaines menaient concurremment des mémoires ou des thèses reliés de près ou de loin à l'accouchement, telle **Carmen Lapchuk**, auteure d'une thèse sur la grossesse à l'adolescence, **Kerstin Martin**, auteure d'un mémoire sur le dialogue entre femme et sage-femme, **Nadine Edwards**, auteure en Écosse d'une thèse sur la relation entre les sages-femmes et leur clientèle et **Marlène Cadorette**, qui poursuit actuellement une thèse sur le consentement éclairé et l'accouchement à l'Université Laval et avec qui j'ai échangé sur nos résultats respectifs. Enfin, je remercie Sylvie Gendron, professeure en Sciences infirmières à l'Université de Montréal.

Les professeur-e-s et **chercheur-e-s en santé publique de l'Université de Montréal**, qui m'ont encouragée en 1995 à faire un doctorat. En particulier **Brigitte Maheux**, pour me l'avoir suggéré, **Ron Lévy**, pour son cours extraordinaire sur l'épistémologie et la recherche, qui a beaucoup influencé mon choix d'approche de recherche, **Gilles Dussault**, pour avoir accepté de me diriger initialement en santé publique (Université de Montréal).

Mes étudiantes du baccalauréat en pratique sage-femme (UQTR) et du Collège d'études en maternité alternative (accompagnantes), pour leur intérêt envers ma thèse et leurs encouragements.

Manon Lebrun, adjointe administrative du programme de doctorat en sciences humaines appliquées, pour sa bonne humeur et son efficacité.

Ce doctorat a été rendu possible grâce à la contribution financière (bourses doctorales) du Fonds pour la formation des chercheurs et l'aide à la recherche (FCAR) (1997-1999), du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSHC) (1999-2001) et de l'Université de Montréal (1996-2002).

Dédicace

À mon père, Pierre Vadeboncœur, qui a contribué comme syndicaliste à l'humanisation de la condition des travailleurs québécois des années 50 aux années 70.

SOMMAIRE

Mettre un enfant au monde en centre hospitalier va de soi, dans nos sociétés dites développées. Au Québec, il y a vingt-cinq ans, alors que plus de 99 % des femmes accouchaient en centre hospitalier, quelques femmes mettaient leur enfant au monde à leur domicile, assistées d'amies qui devinrent sages-femmes. Ce chemin différent a fait partie d'un mouvement de remise en question des pratiques obstétricales qui prit son envol lors d'un colloque multi-régional, *Accoucher ou se faire accoucher*. Ce colloque attira en 1979 et 1980 près de 10 000 personnes, femmes et hommes, qui réclamèrent des changements importants dans les conditions entourant la naissance de leurs enfants.

Vingt-cinq ans après ces questionnements, au tournant du millénaire, quelles sont les pratiques qui entourent la mise au monde des enfants, en centre hospitalier, au Québec ? A-t-on répondu aux demandes formulées au début des années 80 ? Les pratiques se sont-elles humanisées ? Et quels pourraient être les facteurs d'ordre culturel et structurel éclairant les pratiques obstétricales et les réactions des femmes qui accouchent ?

Pour répondre à ces questions, un centre hospitalier a été choisi pour ses pratiques progressistes relativement à la naissance, pratiques révélées par une enquête préalable à la recherche. Cet hôpital accepte la présence d'une chercheuse. Une étude ethnographique y est menée en l'an 2000 et 2001. En plus d'observations générales au département d'obstétrique, 15 observations d'accouchements sont effectuées à l'automne de l'an 2000. Elles débutent peu après l'admission de la femme en travail et se terminent quelques minutes après la naissance du bébé. Quelques mois après, en 2001, 30 entrevues individuelles semi-structurées sont réalisées avec autant d'intervenant-e-s du milieu (médecins, infirmières) et avec les femmes dont le travail et l'accouchement ont été observés, ainsi qu'avec les accompagnantes qu'elles ont engagées. De plus, une entrevue de groupe a lieu avec neuf accompagnantes. L'analyse des données porte sur l'environnement dans lequel les femmes donnent naissance, sur la conception de l'accouchement du milieu, sur les comportements des personnes présentes durant les accouchements. L'analyse se fait sous l'angle de l'humanisation.

Les résultats de l'étude révèlent que, dans ce site aux pratiques progressistes, l'humanisation revêt les sens suivants : en réponse à certaines demandes des femmes, l'accouchement a été humanisé et rendu à la famille. Les femmes en travail ne sont plus déplacées d'une salle de travail à une salle d'accouchement, puis à leur chambre. Une chambre leur est assignée pendant tout leur séjour. Elles peuvent y bouger, s'y restaurer,

s'immerger dans l'eau chaude, se promener. Elles bénéficient non seulement de la présence de leur conjoint à leurs côtés, mais de tout autre proche, si elles le désirent, et aussi, d'une accompagnante, si elles l'ont choisi. Ces femmes sont généralement positives relativement à leur accouchement, même si certaines n'ont pas nécessairement apprécié tout ce qui s'était passé.

Les résultats de l'étude révèlent aussi que la naissance demeure, paradoxalement, dans ce centre hospitalier progressiste, un événement médicalisé, où des femmes en travail ont de la difficulté à exercer leur autonomie, sauf en ce qui a trait au choix de la méthode de soulagement des douleurs de l'enfantement. Les décisions relatives à la gestion de l'accouchement demeurent entre les mains des intervenant-e-s et la médicalisation observée peut rendre difficile la préservation de l'intégrité physique et, parfois, psychologique, des femmes en travail. Le respect des femmes qui donnent naissance, au cœur de l'humanisation de cet événement, demeure partiel et conditionnel. Si les femmes sont traitées avec attention et gentillesse, le processus de l'accouchement, le caractère physiologique de cet événement, sont peu respectés.

Cette étude permet de faire le point sur l'évolution des pratiques entourant la naissance au Québec, à partir d'un cas critique, un centre hospitalier ayant des pratiques se classant parmi les meilleures au Québec, notamment quant aux taux d'interventions obstétricales. Elle permet de continuer la réflexion commencée il y a une trentaine d'années sur l'humanisation de la naissance. À partir des résultats de cette étude, la réflexion pourrait se poursuivre sur l'humanisation des centres hospitaliers au Québec, quels qu'ils soient : l'humanisation est-elle toujours nécessaire ? Que pourrait-on faire au Québec, le cas échéant, pour l'accroître ? Que faire en particulier pour que mettre un enfant au monde devienne vraiment un événement non médicalisé et respectueux des droits des femmes, s'il s'agit toujours de ce que les Québécoises de ce début de millénaire souhaitent ?

Mots-clés : accouchement, naissance, humanisation, médicalisation, choix éclairé, droits des femmes, reproduction, étude de cas

ABSTRACT

Much has been written since the 80s regarding the growing medicalization of hospital birth practices. Twenty-five years after the first critics by women and women's groups in Quebec, how have obstetrical practices changed ?

This ethnographic study endeavours to look at what actually happens during labor, at the beginning of the third millennium. The strategy employed is an in-depth study of birth practices in a hospital considered as one of the best places in which to give birth in Quebec, from a 'humanization of birth' point of view. Emphasis is put on general participant observation of the obstetrical department and on detailed observation of fifteen labors and births. Thirty semi-structured individual interviews are done a few months after the births with the health care givers, labor support women ('doulas'), the women that gave birth, and some of their partners. The observations during the births are centered on the interactions between the care givers and the women, and on the behaviours of the actors. The interviews center on childbirth: how the care givers view labor and their work with labouring women and how women experienced being in labor and giving birth in this hospital.

The results show that although, in comparison with hospital births twenty-five years ago, some positive changes have been made in order to humanize birth and make it more a family-centered event, giving birth has not really been demedicalized. Like in the 70s, except regarding pain relief, women still do not have much of a say regarding the way labor and birth are 'managed' by the health care givers. It seems that informed choice is not really taking place. A consequence of the persistent medicalization is a lack of respect of the wishes of some women. It seems that respect for women giving birth is partial and conditional to their acceptance of the health care givers' views of the management of labor. Women's autonomy during labor and demedicalization of this event – requests made by women 25 years ago – have not been achieved.

Following this study, we could ask these questions : Do women giving birth nowadays want to experience birth as a physiological event and do they want control over what

happens ? Is humanizing birth still an important issue ? How do women give birth in bigger, more specialized hospitals or in more conservative ones ? The reflexion on humanizing birth needs to be pursued. In its conclusion, this study sheds some light on how this could be done

Key words : childbirth – delivery – humanization – medicalization – informed choice – reproductive rights – case study

Avertissement au lecteur et à la lectrice

Cette étude est une étude ethnographique menée dans un milieu clinique. Il ne s'agit pas d'une étude d'évaluation, comme on pourrait en mener en santé publique, par exemple sur la qualité des soins.

Je suis consciente cependant que cette étude pourrait être perçue ainsi, tant par les médecins que par les infirmières travaillant dans ce milieu. C'est pourquoi je tiens à préciser ceci.

L'objectif de cette étude n'est pas d'évaluer « ce » département d'obstétrique, pas plus que les professionnel-le-s de la santé qui y sont rattaché-e-s. Le but de ma thèse est plutôt d'analyser, à partir d'observations que j'ai faites, les pratiques entourant la naissance.

Il appartiendra au personnel du département d'obstétrique observé de décider d'examiner, si on me permet cette image, les « photographies » que j'ai prises de leur milieu de travail, en l'an 2000 et 2001, et ce en tenant compte de l'angle que j'ai utilisé pour prendre ces photographies.

INTRODUCTION

Une journée au département d'obstétrique²

Le soleil se lève doucement à l'horizon quand j'entre dans l'hôpital par une porte annexe, en utilisant la carte magnétique que l'on m'a prêtée pour mon séjour là-bas. Il est tôt – 7h25 - mais il y a déjà du monde dans les corridors. Je me dirige vers le département d'obstétrique.

En y entrant, je vois un homme en pyjama et pantoufles sortir de la salle vitrée où quelques bébés dorment dans de petits lits en plexiglass. Il a les cheveux ébouriffés, les yeux pleins de sommeil. Il tient dans ses bras, en marchant doucement, un paquet qui semble très précieux : je déduis qu'il s'agit de son nouveau-né. En passant devant une chambre, un peu plus loin, en route vers le vestiaire, je vois par la porte entr'ouverte d'une chambre une femme en robe de nuit, assise dans un fauteuil, avec un bébé au sein. Une infirmière – ou du moins je suppose qu'elle est infirmière, car elle est habillée d'une tenue rouge vin qui n'a pas à première vue l'air d'un uniforme – est assise au pied du lit, échangeant quelques mots avec la maman allaitante. Un matelas de gymnastique avec oreiller et draps défaits est à ses pieds. Plus loin, je sens une bonne odeur de café. Un autre homme, en robe de chambre, sort d'une petite cuisine avec une tasse fumante dans une main et un panier de fruits dans l'autre. Il pénètre dans une chambre sans refermer la porte. Une femme est couchée dans un lit double défait, appuyée sur son coude replié, contemplant un nouveau-né qui dort. Elle est un peu pâle, et sourit en voyant l'homme entrer.

De retour du vestiaire et prête pour ma journée d'observation, en passant près d'une porte de chambre fermée, j'entends une femme faire un bruit de grognement, comme si elle était en train de forcer. Une femme habillée en vert – j'en déduis que c'est un médecin – marche d'un pas pressé vers cette chambre. Elle me salue en passant. Quelqu'un la suit non loin, poussant devant elle un banc sur roulettes et une construction à deux-trois étages, sur roulettes aussi. J'apprendrai plus tard qu'il s'agit d'une table chauffante, qu'on apporte dans la chambre lorsque la naissance du bébé est imminente.

Près du poste – c'est-à-dire du lieu administratif où va et vient le personnel, à l'entrée du département – dans une petite salle, je vois un groupe de femmes en tenues diverses

² Ce récit est un récit fictif inspiré d'observations générales faites lors de mes visites au département d'obstétrique. Tous les éléments qui s'y trouvent ont été observés, mais pas nécessairement lors de la même visite.

écoutant les paroles d'une d'entre elles. De temps en temps, un rire parcourt le groupe. Puis l'une d'elles se lève et sort de la pièce en mettant un calepin et un crayon dans une poche. Elle se dirige vers la chambre devant laquelle je viens de passer et pousse la porte, qui se referme sur elle. J'imagine que ce groupe est formé d'infirmières. J'apprendrai plus tard qu'elles « prennent leur rapport », c'est-à-dire reçoivent de l'assistante-infirmière-chef le rapport sur les patientes qui leur seront confiées, fait par l'infirmière du précédent quart de travail.

Un peu plus tard, à huit heures moins cinq, je vois quelques personnes habillées différemment des premières sortir de la salle à côté du poste ((des médecins ?) en s'échangeant quelques paroles. Trois sortent du département et l'une d'entre elles se dirige vers l'entrée d'un corridor où il est indiqué « Salle d'opération ». Deux autres vont derrière le comptoir, regarder un tableau où trois noms de femmes sont écrits, avec un autre nom (il s'agit de celui du médecin) et différents renseignements comme « ballonnet » ou « 3 cm » ou encore « -2 ». Puis, l'une d'elles échange quelques mots avec une autre, (une infirmière ?) assise, qui écrit. L'autre va avec un dossier dans le corridor vers une chambre.

Un autre membre du personnel est debout devant le poste, en train de plier et trier du linge et de le ranger sur des plateaux, bavardant avec la personne qui est de l'autre côté du comptoir et qui écrit quelque chose sur un formulaire. Celle-ci (médecin ?) s'empare du combiné du téléphone et compose un numéro. Je l'entends demander les soins intensifs. D'autres infirmières vont et viennent, circulant dans le poste, ou dans le corridor, entrant dans la pouponnière, ou dans une chambre.

Puis une personne en uniforme passe dans les chambres avec les plateaux des déjeuners. Lorsqu'elle entre dans l'une d'elles, j'entrevois une femme en jaquette d'hôpital, assise sur un ballon et appuyée sur le pied du lit, qui respire lentement. L'aide de service – car c'est elle – attend que cette dernière ne soit plus en contractions pour pénétrer plus avant dans la chambre et lui laisse le plateau tout en saluant le couple.

9 heures 30. Le bureau attenant au poste est maintenant éclairé, et par la fenêtre de la porte on voit une femme en tenue ordinaire s'affairer à un bureau. Une infirmière frappe à la porte, l'entr'ouvre pour demander quelque chose, avant de refermer la porte quelques instants plus tard. Une autre efface un nom sur le tableau où figuraient les trois noms, et le transfère sur l'autre tableau du poste. J'en déduis que la femme que j'ai entendu pousser tout à l'heure a donné naissance à son bébé.

Il reste deux femmes en travail. Une quinzaine de cases sur le tableau sont occupées. On me dira que ce tableau illustre l'occupation des chambres. Une infirmière, qui lisait une revue, répond au téléphone et je l'entends poser des questions à son interlocuteur : « Les contractions sont aux combien de minutes ? O.K. Avez-vous pris un bain ? Et c'est toujours pareil ? Venez-vous-en alors, on vous attend ! »

Deux chaises dans un corridor, près d'un petit bureau, sont maintenant occupées par des femmes «très» enceintes, dont l'une est accompagnée par quelqu'un qui semble être son conjoint. Ils attendent, en regardant ce qui se passe autour d'eux. Quelques minutes plus tard, je vois une infirmière qui pointe la tête hors du bureau et appelle l'une d'entre elles, qui se lève et entre dans le bureau. C'est la clinique pour les grossesses à risques, comme l'assistante-infirmière-chef me l'apprend quand je lui demande de quoi il s'agit. Un couple passe alors devant les chaises occupées. La femme, en jaquette bleue d'hôpital, marche avec un soluté attaché à son bras, et l'homme lui tient la main. De temps en temps, ils s'arrêtent. Elle s'appuie à la rampe du corridor, ou encore sur lui, et respire profondément pendant une minute. De loin, je les vois ensuite entrer dans une chambre.

En circulant dans le même corridor un peu plus tard, je vois le même couple pénétrer dans un petit local où il y a un bain qui dégage des vapeurs d'eau chaude. La femme semble souffrante. L'éclairage est tamisé. Une infirmière va frapper à la porte, quelques minutes plus tard, et va s'informer si tout va bien. Apparemment oui, puisqu'elle ressort aussitôt. Elle a l'air fatiguée et va prendre un jus dans le frigo de la cuisinette du personnel, avant de retourner au poste.

Au milieu de l'après-midi, une femme enceinte couchée sur une civière passe devant moi, accompagnée d'une infirmière et de son conjoint, qui roulent la civière hors du département. La femme a l'air épuisée et pleure. Le conjoint paraît préoccupé. Il semble qu'elle doive avoir une césarienne, car le travail ne progresse plus. Les gens assis près d'un bureau, en attente d'une consultation, la regardent passer, s'échangeant un regard inquiet.

Avant de partir, je vois un couple en bottes et manteaux, avec une petite fille de trois ans environ, qui pousse un carrosse surchargé. La femme tient un bébé emmitoufflé dans un siège d'auto et l'homme transporte deux pots de fleurs. Ils s'arrêtent devant le poste, déposant un des pots comme cadeau pour les infirmières et embrassant une infirmière qui leur souhaite bonne chance et semble émue. Très souriants, ils saluent les autres infirmières dont celle de la pouponnière qui se lève de la chaise berçante où elle était

assise (elle donne un biberon à un nouveau-né) pour venir leur dire au revoir, par la porte ouverte. Ce couple quitte l'hôpital, moins de 48 heures après avoir mis au monde leur deuxième enfant. En sortant, ils croisent une femme « très » enceinte, qui est accompagnée d'une femme plus âgée et d'une autre femme. Elles portent deux valises, et sont énervées. C'est sans doute l'une d'elles qui a appelé plus tôt. Une jeune famille vient d'accueillir un tout petit être et une autre s'apprête à le faire dans les heures qui vont suivre.

J'ai quitté l'hôpital. Le soleil se couche à l'horizon. L'air est frais. Je respire un bon coup et vais faire quelques pas sur le terrain jouxtant l'hôpital, avant de me diriger vers ma voiture. Une autre journée, où j'ai beaucoup appris, s'achève.

Il y a une trentaine d'années, une journée dans un département d'obstétrique aurait donné lieu à des observations à la fois semblables et différentes. Semblables car ce sont toujours les mêmes acteurs que l'on aurait vu circuler dans les corridors – essentiellement médecins et infirmières assistés de personnel de soutien. Semblables car l'accouchement avait toujours lieu dans la presque totalité des cas dans un centre hospitalier, où l'on trouvait alors et où l'on trouve toujours des chambres, un poste de garde, une pouponnière et autres lieux propres à un CH. Mais les observations auraient été différentes car, sauf exception, le futur père était confiné il y a trente ans à une salle d'attente pendant que sa conjointe mettait leur enfant au monde en compagnie du personnel hospitalier; de plus, l'on aurait rarement vu un papa passer la nuit dans la chambre où son bébé était venu au monde. Et jamais l'on n'aurait vu une préposée, comme cela est courant sur le site ayant fait l'objet de cette étude, servir à déjeuner à une femme en travail, puisqu'en travail, seuls les morceaux de glace étaient autorisés pour s'humecter les lèvres. Les corridors de ce lieu seraient aussi demeurés plutôt déserts, car les femmes étaient confinées au lit pendant leur travail. Et les bains tourbillon, que j'ai vus dans ce site, n'existaient tout simplement pas.

L'observateur d'il y a trente ans aurait aussi vu moult transferts vers une autre salle de femmes sur le point de pousser pour accoucher. Ces femmes, couchées sur une civière, auraient été branchées à un soluté, et le personnel médical aurait été « déguisé » au point d'être méconnaissable sous des bonnets et derrière des masques. L'observateur aurait pu cependant, au cours de la journée, ne pas voir une femme emmenée pour une

césarienne, puisque, au début des années 70, seulement 5 % des Québécoises étaient opérées pour mettre leur bébé au monde. Par ailleurs, même sans césarienne, les nouvelles mamans étaient plus somnolentes, anesthésie générale oblige. De plus, les bébés étaient souvent confinés à la pouponnière, sauf lorsqu'on les faisait boire. Il fallait, bien sûr, que les femmes se reposent et ces petits êtres étaient beaucoup trop fragiles pour leur être confiés sur de longues périodes ! Et le nouveau papa n'aurait pas eu non plus accès à une cuisinette pour se préparer un café pour lui donner l'énergie de faire face à une journée marquant une nouvelle étape de sa vie. Et comme les sièges pour bébé destinés au transport par automobile n'avaient pas encore été inventés, on aurait transporté le bébé dans ses bras – ou plutôt une infirmière transportant le bébé dans ses bras (assurance-responsabilité oblige !) aurait accompagné la nouvelle accouchée et son conjoint à la sortie de l'hôpital, la « patiente » soit assise sur un « beigne »³ dans une chaise roulante soit marchant lentement et avec précaution (les épisiotomies étaient la règle alors) et le conjoint croulant sous les bagages rendus nécessaires par un séjour de près d'une semaine au département d'obstétrique.

Mais bien sûr, c'était il y a trente ans. La société a évolué et certaines femmes se sont élevées contre ces façons de faire. Depuis, dit-on, les choses ont bien changé.

J'ai donc décidé et trouvé utile d'aller voir en quoi les pratiques entourant l'accouchement s'étaient effectivement modifiées, depuis, faisant miens les mots de Renaud et coll. (1987) à propos de la pertinence d'une étude qu'ils effectuèrent sur l'évolution du regard médical en obstétrique :

Médecine de libération ou médecine d'oppression, les positions s'affrontent sans toujours se réalimenter, en enlisant le débat dans une polémique stérile entre partisans et adversaires de la médecine moderne. Pour dépasser ce débat, il faut aller voir comment concrètement a évolué la prise en charge médicale de l'obstétrique. (Renaud et coll. 1987, p. 187).

Cette thèse a donc comme objectif d'examiner comment, au tournant du millénaire, les Québécoises mettent maintenant leur bébé au monde, en regard du mouvement d'humanisation de la naissance ayant coloré le dernier quart du XX^e siècle.

³ Il s'agit d'un coussin en caoutchouc permettant d'atténuer la douleur due à l'épisiotomie.

CHAPITRE 1 – METTRE UN ENFANT AU MONDE IL Y A TRENTE ANS ET... AUJOURD'HUI

La naissance est un événement très important, pour toute société, étant au cœur de sa continuité. Tout comme partout ailleurs dans le monde, notre société a mis en place des formes d'institutionnalisation des pratiques entourant cet événement. C'est ainsi qu'en Occident, à partir du 19^e siècle, l'accouchement, jusque-là pris en charge par des femmes, les sages-femmes, dans la communauté, passera graduellement sous la responsabilité des hommes, les médecins, pour finir au XX^e siècle par se dérouler essentiellement dans le cadre du système médical, en centre hospitalier.

L'accouchement constitue aussi un enjeu social important. On a assisté au cours des trente dernières années, dans plusieurs pays d'Occident, les États-Unis (Haire, 1972), la Grande-Bretagne, par exemple, avec *Changing Childbirth*, (UK Government, 1993), et, plus récemment, dans des pays en voie de développement comme le Brésil, (Misago et coll, 2001), à une remise en question des pratiques obstétricales, portée, en particulier, par le mouvement féministe, dans la foulée des revendications sur la réappropriation par les femmes de leur corps et de leur santé. Plusieurs groupes d'intérêt ont eu à se positionner à différents moments sur la question de l'accouchement, comme on le verra dans ce chapitre. Un acteur important de la critique de la médicalisation de l'obstétrique, Marsden Wagner, qui fut directeur de la Santé maternelle et infantile pour la région Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), souligne que dans la première moitié des années 90, plus de quarante congrès sur la naissance ont eu lieu en Europe (de l'Est et de l'Ouest), dans les Amériques du Nord et du Sud, en Australie et en Chine (Wagner, 1994).

Dans ce chapitre, il sera d'abord question de l'évolution des pratiques entourant la naissance au Québec au cours des trente ans ayant précédé la réalisation de cette étude. J'examinerai ensuite l'impact de l'accouchement sur les premières concernées, soit les femmes qui donnent naissance, et finalement le contexte plus large où se situe l'obstétrique, soit le système de santé au Québec, en particulier les questions touchant les professionnel-le-s de la santé impliqué-e-s. Je terminerai en exposant les questions auxquelles cette thèse tente de répondre.

A. L'évolution des pratiques obstétricales au Québec des années 70 à l'an 2000⁴

Lorsque j'ai décidé, dans le cadre de cette thèse, de faire d'abord un portrait de l'évolution des pratiques obstétricales, au Québec, j'ai vite constaté qu'un tel portrait n'existe pas. On a accès à des données partielles, tels les taux d'interventions codifiés par le Fichier Med-Echo, la collecte des données sanitaires s'étant graduellement améliorée depuis les années 70. Le Collège des médecins du Québec (CMQ) dispose de certaines données résultant de ses activités d'inspection professionnelle (Ménard, 1999), ainsi que la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) (Masson et Landry, 1998). Mais il n'y a pas d'information systématique et publique sur des aspects tels que l'organisation des lieux physiques et l'organisation du travail dans les établissements ayant un département d'obstétrique. L'information sur les routines⁵ durant le travail, comme l'administration d'un soluté, la surveillance par moniteur électronique, et même la stimulation du travail par un médicament n'est pas colligée non plus, sauf, en ce qui concerne certaines de ces routines, dans la grande région de Montréal grâce à la Table de concertation des infirmières en périnatalité de Montréal (TCIPM), qui a mené quelques enquêtes internes au cours des années 90 sur le sujet (TCIPM, 1998). À l'échelle canadienne, une enquête sur les pratiques et les soins de routine dans les hôpitaux canadiens dotés d'un service d'obstétrique a toutefois été menée à deux reprises durant les années 80 et une autre fois en 1993 par l'Institut canadien de la santé infantile (ICSI) (Levitt & Harvey, 1995), afin de documenter la présence et l'évolution des pratiques dans une perspective familiale. Mais

⁴ J'ai consulté pour rédiger la première section de ce chapitre – sauf indiqué autrement – les sources de renseignements suivantes : un article sur l'évolution de l'obstétrique dans *Sans préjudice... pour la santé des femmes* (Regroupement Naissance-Renaissance (RNR), 2001), l'Avis sur la périnatalité *La pratique des sages-femmes*, publié par le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS, 1989), les documents produits par l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) dans le cadre de ses Journées (régionales) annuelles de périnatalité et en particulier *La périnatalité québécoise depuis 20 ans - Document d'accompagnement branché sur la JAP 2000* (ASPQ, 2000), le site web du MSSS (Statistiques sur les accouchements et naissances) (Québec, MSSS, 2000-2001). Enfin, une partie des données figurant dans cette section provient de la conférence d'ouverture que j'ai donnée en avril 2003, lors du colloque du 30^e anniversaire de la Fédération québécoise pour le planning des naissances, à Montréal, intitulée *Gains et reculs dans les 30 dernières années en santé de la reproduction et en périnatalité : l'accouchement : a-t-on répondu aux demandes des femmes ?* (Vadeboncoeur, 2003). De plus, en ce qui concerne le cheminement vers la reconnaissance légale de la pratique des sages-femmes, les données proviennent d'un chapitre que je signe dans un livre paru en 2004 sous la direction de Ivy Bourgeault, Cecilia Benoit et Robbie Davis-Floyd sur la légalisation de la profession de sage-femme au Canada. Ce livre, *Reconceiving Midwifery*, a été publié aux éditions McGill-Queens University Press (Vadeboncoeur, 2004).

⁵ Ce que l'on appelle dans le milieu les « routines » sont les pratiques hospitalières effectuées durant un accouchement et qui ne font pas partie des interventions colligées par le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). J'utiliserai ce terme dans cette thèse.

l'ICSI n'a malheureusement pas renouvelé l'expérience depuis, et, à ma connaissance, la TCIPM non plus depuis 1998⁶.

a. *Les années 70 : le début d'un questionnement*

Événement familial et social jusqu'à la fin du 19^e siècle, l'accouchement devient en Occident un événement médicalisé au cours du 20^e siècle. L'apport de la médecine, par exemple le perfectionnement des techniques chirurgicales (pour la césarienne), le développement des banques de sang, l'apparition des antibiotiques, contribuent à rendre l'accouchement plus sécuritaire et à faire baisser les taux de mortalité maternelle et périnatale. Mais alors que ceux-ci avaient passablement diminué, certains – surtout certaines – ont commencé à remettre en question, dans les années 70, cette médicalisation des pratiques en centre hospitalier. Cette critique se situe dans la foulée d'un mouvement social, le mouvement de santé des femmes⁷. Andrée Fortin souligne que

Pour le mouvement des femmes, le corps, donc la santé est un enjeu central. L'histoire de ce mouvement se joue depuis 30 ans autour de deux dossiers, le travail et la santé, le second ayant pris beaucoup d'ampleur à la faveur de la multiplication des services dans les années 80, ce qui a entraîné la transformation du féminisme [...]. Dans le domaine de la santé reproductive, ce qui a mobilisé les féministes, ce sont principalement la contraception, l'avortement libre et gratuit, l'humanisation de la naissance et la reconnaissance de la profession de sage-femme, et, plus récemment, l'aide à la ménopause, au syndrome pré-menstruel et au sida. (Fortin, 2003, p. 207).

En ce qui concerne la naissance et les femmes, des changements survinrent dans le cadre de ce qui a été appelé chez nous la « contre-culture ». C'est ainsi que certaines femmes choisissent de mettre leurs bébés au monde à la maison, ce qui ne se fait à peu près plus depuis la fin des années 50. Quelques rares médecins les accompagnent mais, le plus souvent, une amie ayant déjà accouché s'offre pour les aider. Ces aidantes devinrent... sages-femmes. Ces femmes, en accouchant à la maison malgré les craintes de leur entourage et l'opprobre jeté par le corps médical sur ce choix, veulent ainsi éviter de mettre leur bébé au monde d'une manière et dans un environnement qui ne leur

⁶ J'ai tenté, en 1999 notamment, de savoir d'une responsable de la TCIPM les résultats d'une enquête subséquente qui avait été faite. Malheureusement, m'a-t-on dit, mais la disquette résumant les données avait été égarée.

⁷ Cette remise en question des services d'obstétrique se situe aussi dans le cadre plus général de la « remise en question la plus radicale face aux services sociosanitaires (qui vint) des groupes communautaires, des structures alternatives et des regroupements de patients qui ont tous insisté sur la déshumanisation des interventions et sur la nécessité de réorganiser en profondeur la philosophie du réseau » (Corin, Bibeau, Martin et Laplante, 1990, p. 36).

convient pas. En effet, dans les années 60 et 70, les accouchements se déroulent de façon routinière, dans un environnement d'hôpital conçu pour des personnes malades, pour des « patients ».

À l'époque, selon Laurendeau, (1978 et 1987), après leur admission au département d'obstétrique, les femmes en début de travail se font systématiquement raser la vulve, reçoivent un lavement, sont branchées pendant tout le travail à un moniteur de surveillance électronique, et sont perfusées. Elles passent la plupart du temps du travail couchées, dans des salles où peuvent aussi séjourner d'autres femmes en travail. Lorsque le col utérin est dilaté à 10 cm, on les transfère dans une salle d'accouchement froide (effectivement il y faisait froid) et aseptisée, et le proche qui les accompagne, parfois, car on refuse encore la présence du père dans plusieurs établissements, doit, tout comme le personnel, se couvrir de la tête aux pieds. La femme en travail pousse alors couchée sur le dos, les mains souvent attachées, les jambes ancrées dans des étriers, la région génitale seule exposée; la femme est vigoureusement dirigée pendant la poussée; on l'endort encore, dans certains hôpitaux, au moment de la sortie du bébé.

Dès la naissance ou dans les minutes qui suivent, le personnel s'empare vite de ce bébé, pour le nettoyer, le peser, le mesurer, évaluer son état de santé, lui administrer certains médicaments comme des gouttes pour les yeux et le garder sous observation dans la pouponnière. L'allaitement n'est pas la règle. De plus, l'organisation des soins est fragmentée : pendant le travail et l'accouchement, la femme voit une, deux ou trois infirmières, selon les quarts de travail; puis, à son arrivée à sa chambre, après l'accouchement, des infirmières différentes s'occupent d'elle. Et d'autres s'occupent de son bébé. Par ailleurs, les lieux physiques – ce qu'on appelle sous le vocable général « salle d'accouchement », « post-partum » et « pouponnière » peuvent être éloignés les uns des autres, parfois à des étages différents.

Les naissances à la maison, où des femmes connaissent d'autres façons de faire, sont contemporaines des premières manifestations publiques de remise en question des pratiques hospitalières entourant l'accouchement⁸ :

⁸ Un petit nombre de femmes, dès les années 50 au Québec, commencent toutefois à suivre des cours de préparation à l'accouchement et à réclamer de demeurer conscientes pendant la naissance de leur bébé. Ma mère fut de ce nombre, puisqu'elle mit au monde quatre de ses enfants sur cinq sans être endormie, l'exception étant la première : malgré ses refus répétés, lors de cet accouchement, le médecin lui mit, m'a-t-elle souvent raconté, un masque anesthésiant de force sur le visage. Elle lui en voulut jusqu'à la naissance de son deuxième enfant, où il la laissa accoucher sans l'endormir.

During the 1960s and especially the 1970s, a generation of women emerged who had received access to further education, who were used to more freedom of expression than before and who, to a degree, were more self-confident. This should not be exaggerated, as it was only true of possibly a minority, but the general lessening of deference and the ability to demand consideration as an individual was a definable cultural attainment which had not existed before. (Hunt & Symonds, 1995, p. 16).

En 1977, au Québec, un manifeste, rédigé par un collectif de Gaspésie, réclame la « réhabilitation » des sages-femmes. Un an après, un colloque est organisé par un organisme à but non lucratif, l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ), « Avoir un enfant sans violence et sans risque ». Selon Savard (1987, p. 282), « ce colloque a marqué un virage significatif dans le débat sur l'humanisation des soins, tant dans la population que chez les professionnels de la santé ». L'association à l'origine de ce colloque, l'ASPQ, compte parmi les principaux organismes à avoir réclamé l'humanisation de l'accouchement, et, vingt-cinq ans après ce premier colloque, elle continue d'œuvrer pour atteindre cet objectif (ASPQ, 2002).

Un peu plus tôt, en 1973, le gouvernement du Québec publie la première Politique de périnatalité (Québec, 1973). Parmi les objectifs de cette politique, figurent la baisse des taux de mortalité maternelle et périnatale, une réduction du taux de prématurité ainsi qu'une régionalisation des services obstétricaux et néonataux de sorte que les femmes enceintes puissent aller accoucher dans l'établissement qui correspond le mieux à ce qu'on appelait le niveau de risque obstétrical ou néonatal. Par ailleurs, le Conseil du statut de la femme et d'autres organismes gouvernementaux commencent à proposer l'introduction d'une nouvelle intervenante en obstétrique. Bien que les propositions gravitent alors autour de la spécialisation de l'infirmière en obstétrique plutôt qu'autour de l'introduction des sages-femmes, une volonté de changement se manifeste déjà.

b. Les années 80 : les revendications des femmes et le début d'un changement

Les années 80 ont été considérées comme l'âge d'or de ce qui fut appelé le mouvement d'humanisation de l'accouchement par les militantes de l'époque. Plusieurs événements contribuent au mouvement. Dès 1979 ont lieu dans plusieurs régions du Québec des colloques organisés par l'ASPQ (1980, 1981) ainsi que par le Conseil des Affaires sociales, sous le thème « Accoucher ou se faire accoucher ». Ces colloques, qui se poursuivent en 1980, attirent près de 10 000 personnes, en majorité des parents mais aussi des intervenant-e-s, des infirmières provenant surtout de centres locaux de services communautaires (CLSC) et certains médecins préoccupés par la médicalisation des pratiques. De manière générale, on y réclame une plus grande autonomie des femmes, un

plus grand respect de leurs droits par les intervenant-e-s et les institutions, une diminution des interventions médicales, l'accès à de nouveaux lieux de naissance, la présence d'accompagnantes pendant l'accouchement et la légalisation de la pratique des sages-femmes. On exprime aussi le désir d'une plus grande disponibilité du personnel médical avant et après l'accouchement. D'autres colloques sur la naissance ou sur la reconnaissance des sages-femmes ont aussi lieu pendant les années 80, dont celui de 1985 (*Le Devoir*, 1985) où le ministre de la Santé de l'époque, Guy Chevrette, annonce l'intention du gouvernement de légaliser le métier de sage-femme et d'en faire une profession.

En 1980, est fondé le regroupement national Naissance-Renaissance, qui a des groupes dans plusieurs régions du Québec et comme objectif de promouvoir les droits des femmes reliés à l'accouchement et l'humanisation de cet événement. Deux associations de sages-femmes voient aussi le jour : l'une en 1980, l'Association des sages-femmes du Québec, regroupe des sages-femmes diplômées mais n'exerçant généralement pas, et l'autre, en 1986, l'Alliance québécoise des sages-femmes pratiquantes, des sages-femmes dites autodidactes pour la plupart et qui exercent déjà à domicile. Du côté des associations d'infirmières, on manifeste toujours une ouverture à la profession de sage-femme, mais à la condition que les sages-femmes soient infirmières. Quant aux associations médicales, (Collège des médecins du Québec (CMQ) – alors la Corporation professionnelle des médecins du Québec (CPMQ), Association des obstétriciens et gynécologues du Québec (AOGQ) et autres), elles s'opposent vigoureusement à l'introduction d'une « nouvelle » professionnelle en obstétrique. Ces associations médicales étant très influentes, il s'avère très difficile pour les quelques médecins ouverts à cette possibilité de le manifester (Vadeboncoeur, Maheux et Blais, 1996).

Du côté du gouvernement québécois, les années 80 furent la décennie des études et des rapports. On y conclut à la nécessité de reconnaître l'intervenante réclamée depuis quelques années par des femmes et des groupes de femmes. Vers la fin des années 80, le gouvernement publie cinq *Avis sur la périnatalité*, dont un sur la pratique des sages-femmes, avis rédigés dans le cadre de la révision de la Politique de périnatalité de 1973. Par ailleurs, deux enquêtes du coroner sur des décès de bébés nés à domicile jouent probablement aussi un rôle dans la volonté du gouvernement d'encadrer la profession de sage-femme.

Du côté des hôpitaux,

Certains projets hospitaliers ont cherché à donner une réponse d'ensemble aux revendications de leur clientèle en cherchant à transformer complètement l'esprit et le cadre de leur département d'obstétrique. On y privilégie une approche centrée sur les besoins physiques et sociaux de la personne qui accouche, du nouveau-né et de l'unité familiale, dans un contexte sécuritaire. La routine hospitalière conçue pour faciliter les interventions physiques et l'économie des gestes cède la place à de nouvelles attitudes ouvertes aux besoins propres de chaque famille et aux circonstances propres à chaque accouchement, ainsi qu'au respect de l'autonomie des personnes. Le cadre physique y revêt un caractère plus familial et moins institutionnel que l'hôpital traditionnel. (Piché, 1987, p. 326)

c. *Les années 90 : le retour officiel des sages-femmes et la poursuite de changements*

Ce n'est qu'en 1990 que le gouvernement décide, non pas de légaliser la pratique des sages-femmes, mais de l'autoriser dans le cadre d'une étude expérimentale, afin d'évaluer si elle s'avère bénéfique pour le Québec et dans quelles conditions elle pourrait être reconnue légalement, le cas échéant. Il semble que ce soit les pressions des associations médicales qui aient influencé le choix de l'expérimentation plutôt que de la reconnaissance légale de la pratique sage-femme (Vadeboncoeur, Maheux et Blais, 1996 et 1996/1997). À partir de 1993, pour la première fois au Québec⁹, des sages-femmes dûment reconnues exercent donc dans les huit maisons de naissances prévues par la loi, des projets-pilotes où des dizaines et des centaines de femmes – selon le projet – accouchent chaque année depuis. Ce nombre inclut le centre de santé de Puvirnituk, en existence depuis 1986. On voit donc dès lors d'un bon œil les « petites maternités » alors que dans les années 70 et 80, le Ministère des affaires sociales (MAS), devenu le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), avait fait fermer des départements d'obstétrique où avaient lieu moins de six cents accouchements par année. Ce fut le cas de l'Hôpital Ste-Jeanne-d'Arc à Montréal en 1983, fermeture qui provoqua la réaction de la communauté locale. En 1995, une nouvelle association de sages-femmes est créée, regroupant principalement les sages-femmes exerçant en maison de naissances, le Regroupement Les sages-femmes du Québec.

⁹ En fait, il y eut des sages-femmes reconnues légalement au temps de la colonie, et, jusqu'en 1972, une formation de sage-femme se donnait à l'Université Laval, mais pour les sages-femmes désirant exercer dans le Grand Nord ou à l'étranger. Les sages-femmes n'étaient pas illégales, au Québec, puisque des articles de la Loi médicale (art. 43) précisaient à quelles conditions elles pouvaient exercer. Mais la Corporation professionnelle des médecins du Québec (aujourd'hui le Collège des médecins du Québec), responsable de l'application de la loi, ne faisait rien pour qu'elles puissent exercer.

L'opposition des associations médicales à l'introduction d'une « nouvelle » professionnelle en obstétrique se poursuit jusqu'en 1998. L'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec (AOGQ) demande par exemple à ses membres de ne pas collaborer avec les sages-femmes des projets-pilotes. Des laboratoires de centre hospitalier refusent d'effectuer les analyses sanguines prescrites par les sages-femmes (Vadeboncœur et coll., 1996). En 1996, le Collège des médecins du Québec (CMQ) tente de faire modifier la Loi médicale avant la fin de l'expérimentation et de l'évaluation, prévue pour 1997. L'objectif du Collège est alors de reconnaître les sages-femmes, de leur donner une formation et d'encadrer leur pratique en CH uniquement. Le gouvernement ne répond pas à cette demande. Lorsqu'en 1998 le ministre de la Santé Jean Rochon annonce, suite à l'évaluation, l'intention du gouvernement de légaliser la pratique des sages-femmes, le CMQ, en la personne d'un nouveau président, offre pour la première fois sa collaboration (Vadeboncœur, 2004).

Par ailleurs, à partir du milieu des années 90, le MSSS rend accessibles pour la première fois des statistiques sur l'accouchement et les interventions obstétricales, les transférant quelques années plus tard sur son site web. Et en 1993, une nouvelle Politique de périnatalité¹⁰ (Québec, 1993) est publiée, véritable appel à une approche plus globale et respectueuse des femmes et des familles durant cette période de leur vie. On y reconnaît que certains résultats, telle la réduction de la mortalité périnatale et maternelle, dépassent les objectifs de la Politique de périnatalité de 1973. On y reconnaît aussi les actions posées par certains départements d'obstétrique pour humaniser l'accouchement et que la remise en question des pratiques obstétricales – en particulier sous l'impulsion des colloques *Accoucher ou se faire accoucher* – a porté fruit dans une certaine mesure. Toutefois, on y recommande un changement en profondeur dans la manière de concevoir la périnatalité, notamment dans le sens d'une revalorisation du fait de devenir et d'être des parents. Et comme d'autres objectifs de la Politique précédente sont loin d'être atteints, tels une baisse du taux de prématurité ainsi que la régionalisation des services selon le niveau de risques, on les reconduit. De plus, on souligne une hausse – qualifiée d'« inquiétante » – des interventions obstétricales et des césariennes, ainsi que la variation importante des taux d'interventions obstétricales entre les régions et les

¹⁰ Malheureusement il n'y a pas de plan de mise en œuvre de cette politique; elle est peu ou inégalement appliquée, selon les régions. Les organismes de périnatalité (tels le Regroupement Naissance-Renaissance, le groupe MAMAN (Mouvement pour l'autonomie dans la maternité et l'accouchement naturel), les tables de concertation en périnatalité) ont à plusieurs reprises réclamé son application depuis son adoption. Au moment d'écrire ces lignes, le MSSS procédait en 2003 et 2004 à une vérification de l'application de la politique, en vue d'une révision de celle-ci.

établissements du Québec, comme en témoignent les tableaux extraits des statistiques du MSSS un peu plus loin. Par ailleurs, on précise que le soutien aux nouveaux parents pendant la période postnatale est à peu près inexistant.

En réponse à ces constats, les orientations et objectifs de la nouvelle politique visent à « *améliorer la qualité de vie et d'expérience des femmes enceintes, des mères, des pères et des nouveau-nés* » (Québec, 1993, p. 45) en valorisant le fait de devenir et d'être parents, en réduisant les problèmes et les écarts de santé et de bien-être, avec des objectifs chiffrés quant au taux de naissances prématurées et de bébés de petit poids ainsi qu'au taux de césariennes, notamment, puis en s'attaquant aux conséquences de la pauvreté sur la santé et le bien-être.

Pour atteindre ces objectifs, la Politique de périnatalité prône les voies d'action suivantes:

(1) Assurer un environnement favorable; (2) offrir une gamme de services continus, de qualité et modelés sur les besoins des futurs parents et des familles; 3) développer des approches novatrices; (4) soutenir l'intervention; (5) planifier, organiser et intervenir en concertation (Québec, 1993, pp. 49 et 50).

On souligne dans cette politique, par exemple, l'importance d'activités de promotion organisées sur les thèmes de la grossesse et de l'accouchement « *en tant que processus physiologiques naturels* », ainsi que sur les actes obstétricaux et sur l'accouchement vaginal après césarienne (AVAC). On y met l'accent sur « *les soins et les services centrés sur la famille lors de la grossesse et de l'accouchement...* » avec, notamment,

[...] une assistance personnalisée, humaine, sensible, respectueuse des valeurs des parents et soutenue par des gestes simples pour soulager la douleur, faciliter l'accouchement, l'accueil du nouveau-né, une organisation du travail permettant le soutien et la distribution des soins et des services à la mère et au nouveau-né par la même infirmière, dans les limites de ses horaires de travail, un aménagement physique des départements d'obstétrique favorisant la continuité des lieux: instauration de chambre unique ou de chambre de naissance, adaptation des pouponnières; aménagement subséquent à la mise en place d'une approche familiale, incluant la continuité des soins et la mise en place de conditions propices à une diminution des taux d'interventions obstétricales [...] (Québec, 1993, pp. 55 et 56).

On accorde une importance particulière aux programmes de services intégrés, à l'expérimentation de la pratique des sages-femmes dans les projets-pilotes et à de nouvelles formules de continuité de soins et de services.

Finalement, en juin 1999, plus de vingt ans après les premières revendications en faveur de la légalisation des sages-femmes, une mesure importante est adoptée, la loi 28, qui prévoit que les sages-femmes puissent suivre la grossesse et aider les femmes à accoucher dans le lieu de leur choix : en CH, en maison de naissance ou chez elles. Un ordre professionnel de sages-femmes est créé et en septembre de la même année, on accueille les premières étudiantes dans le nouveau programme de formation de quatre ans établi par l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Parallèlement, et malgré l'opposition des associations médicales à la reconnaissance légale de la profession de sage-femme, on assiste au cours des années 90 à un désintérêt croissant des médecins envers l'obstétrique. Les effectifs baissent (Cohen, 1991; SOGC, 2002).

d. Que peut-on dire des pratiques obstétricales de la fin du XX^e siècle, au Québec ?

La naissance d'un bébé est un événement important à la fois pour une collectivité et pour les femmes et les couples attendant un enfant. Au Québec, en 1999, environ 73 000 naissances (Québec, 2000-2001) ont lieu, et environ 99 % d'entre elles se déroulent en centre hospitalier. En 2000, 711 naissances ont lieu en maison de naissances et 112 à domicile à domicile (ASPQ, 2004). Voici quel est le portrait des services en obstétrique dans les années ayant précédé la conduite de mon étude. Je mentionnerai plusieurs éléments de ce tableau dans différents chapitres de cette thèse, et en particulier dans le chapitre méthodologique.

**TABLEAU I – PORTRAIT SCHÉMATIQUE DES SERVICES
ENTOURANT LA NAISSANCE
AU QUÉBEC À LA FIN DU XX^e SIÈCLE***

Lieux de naissance :

73 centres hospitaliers (médecins et infirmières), dans 18 régions
6 maisons de naissances (sages-femmes)
2 centres de santé dans le Grand Nord (sages-femmes, médecins et infirmières)
Accouchement à domicile : non autorisé

Centres hospitaliers et niveau de soins :

4 niveaux de soins; choix de l'établissement par la femme enceinte (en lien avec le choix du médecin);
médecins : octroi individuel de privilèges d'exercice par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de l'établissement; infirmières : employées du CH

Niveau I : soins de première ligne

55 % des femmes y donnent naissance en 1995-1996
(on n'y trouve pas nécessairement d'obstétricien-ne-s gynécologues ni de pédiatres, ce sont des chirurgiens qui font les césariennes)

Niveau II : soins de première ligne et certains soins spécialisés pour mères et bébés

39 % des femmes y donnaient naissance en 1995-1996
un certain degré de risque obstétrical et néonatal y est accepté (ex : hypertension maternelle ou diabète gestationnel, grossesse gémellaire, bébés prématurés (32-36 semaines))

présence d'obstétricien-ne-s-gynécologues et de pédiatres, souvent ce sont des CH régionaux

Niveau III : soins de première ligne et soins spécialisés pour mères et bébés

6,4 % de toutes les naissances en 1995-1996

Pour femmes dont la grossesse ou l'accouchement présente des risques élevés

Spécialistes sur place 24 heures sur 24

Niveau IV : centre de soins ultra-spécialisés pour les bébés

0,3 % de toutes les naissances en 1995-1996

Statut des centres hospitaliers :

5 CH universitaires : 2 à Montréal + CH Ste-Justine, 1 à Québec et 1 à Sherbrooke, avec spécialistes en résidence.

Plusieurs CH affiliés à une université, avec médecins de famille en résidence.

Nombre de naissances dans les CH en 1998 :

8 CH ont plus de 2 500 naissances annuellement (la plupart sont des centres hospitaliers universitaires (CHU) ou des CH affiliés)

1/3 des naissances ont lieu dans des CH de moins de 1 500 accouchements annuels

1/3 des naissances : CH avec 1 500 à 3 000 accouchements annuels

40 % des césariennes ont lieu dans ces CH

1/3 des naissances : CH ayant plus de 3 000 accouchements par an

Nombre de naissances dans les maisons de naissances et à domicile :

Près de 1 000 par année (sur approximativement 73 000 en 1999)

Les professionnel-le-s de l'obstétrique :

Les médecins

1997 : 655 médecins ont été responsables de plus de 25 accouchements par an, et un tiers des médecins ont été responsables de moins de 25 accouchements annuels;

655 médecins = 295 obstétricien-ne-s-gynécologues et 360 médecins de famille

1998 : 477 ob-gyn ont été responsables de 55 % des accouchements vaginaux, dont 177 dans les grandes villes; le tiers de ces médecins étaient des femmes

Médecins de famille : plus nombreux à l'extérieur de Montréal et dans les CH de moins de 2 500 naissances annuelles; dans la région de Montréal-Centre, 61 % des médecins sont des ob-gyn et 39 % des médecins de famille (1997-1998). Proportion hommes-femmes : en 1997, 55 % des médecins étaient des hommes, et 45 % des femmes

Les infirmières en 1999

Infirmières en obstétrique et en périnatalité: 5 265

Les sages-femmes en 1999

Sages-femmes : environ l'équivalent de 35 sages-femmes à plein temps dans les maisons de naissances, situées dans 5 régions ; Étudiantes sages-femmes : 16 en septembre 1999

Autres professionnel-le-s

Et des anesthésistes, pédiatres et néonatalogistes

* Ces données ont été colligées de sources diverses citées dans cette thèse. Il s'agit en particulier de Ménard, 1999 : CH et niveaux de soins; de Masson et Landry, 1998 : données sur les médecins et les accouchements; Poitras et coll., 1998 : niveaux de soins et pourcentage des accouchements. Elles furent présentées lors d'une conférence et d'un article en 2000 (Vadeboncoeur, 2000 a et b).

On constate à la lecture de ce tableau que la plupart des naissances ont lieu en centre hospitalier. Ces centres hospitaliers n'ont pas tous le même niveau de soins, qui fluctue en fonction des ressources que l'on y trouve, en particulier en fonction de la présence de médecins spécialistes. Parmi les CH, certains sont universitaires, d'autres ont un statut de centre affilié à une université, d'autres encore sont des hôpitaux régionaux. Le nombre de naissances peut atteindre plus de 3 000 accouchements par année dans certains hôpitaux. À l'hôpital, ce sont principalement des médecins obstétriciens-gynécologues ou omnipraticien-ne-s qui travaillent en obstétrique, assistés par des infirmières. En maison de naissances, des sages-femmes aident les femmes à accoucher. Il sera cependant question dans ce qui suit des centres hospitaliers, objet de mon étude.

Interventions obstétricales et routines hospitalières

Il était important de connaître, l'année où j'ai effectué mon étude, la situation en centre hospitalier quant aux interventions obstétricales et aux routines hospitalières. Le taux de certaines interventions obstétricales avait baissé, d'autres étaient plus fréquentes, comme on le constate dans les tableaux ou figures suivants¹¹ :

¹¹ Ces tableaux et figures ont été importés directement du site web du MSSS. Ils n'ont pas été retouchés, excepté lorsque les sources se répétaient pour les statistiques d'AVAC.

TABLEAU II

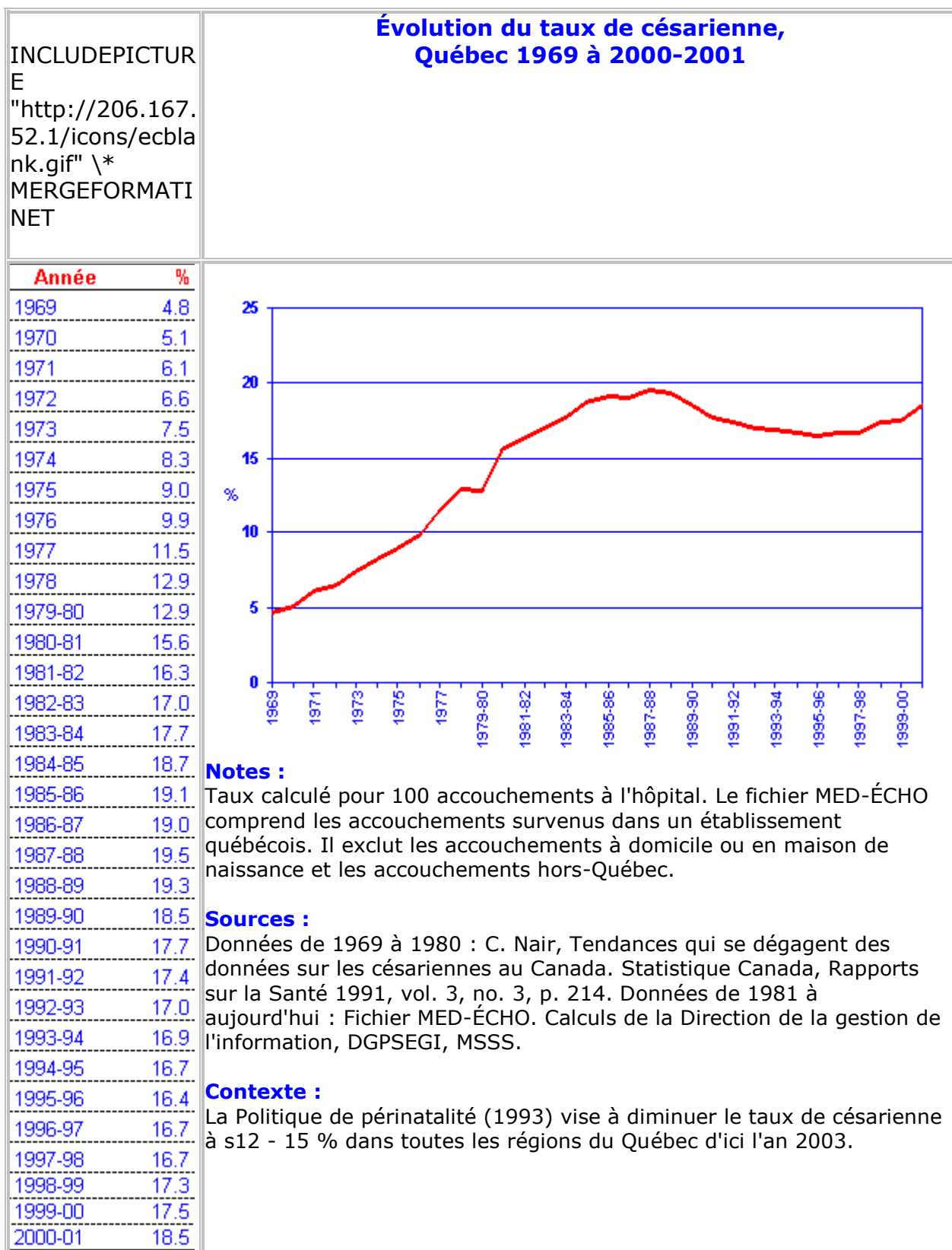
Évolution de quelques interventions obstétricales lors des accouchements vaginaux, Québec 1982-1983 à 2000-2001				
	Épisiotomie	Forceps	Ventouses	Forceps et/ou ventouses
Année	%	%	%	%
1982-1983	72,2	20,1	0,9	21,0
1986-1987	66,9	13,9	4,1	17,8
1991-1992	56,7	8,4	9,2	16,9
1992-1993	52,5	7,9	9,4	16,5
1993-1994	48,0	7,3	9,5	16,0
1994-1995	43,0	6,5	10,1	16,0
1995-1996	38,6	6,0	10,5	15,9
1996-1997	36,1	5,3	10,8	15,6
1997-1998	34,8	5,1	11,5	16,1
1998-1999	33,6	5,1	11,6	16,3
1999-2000	31,8	5,3	11,1	16,1
2000-2001	30,1	5,2	11,1	16,1

Notes : Taux calculé pour 100 accouchements vaginaux. Le fichier MED-ÉCHO comprend les accouchements survenus dans un établissement québécois. Il exclut les accouchements à domicile ou en maison de naissance.

Source : Fichier MED-ÉCHO. Calculs de la Direction de la gestion de l'information, DGPSEGI, MSSS. **Dernière mise à jour :** 29 avril 2002.

On remarque dans ce tableau que le taux global de forceps-ventouses a baissé, pendant les années 80, pour se stabiliser depuis le début des années 90. De plus, le taux d'épisiotomies est en chute constante, ayant diminué de plus de la moitié depuis le début des années 80.

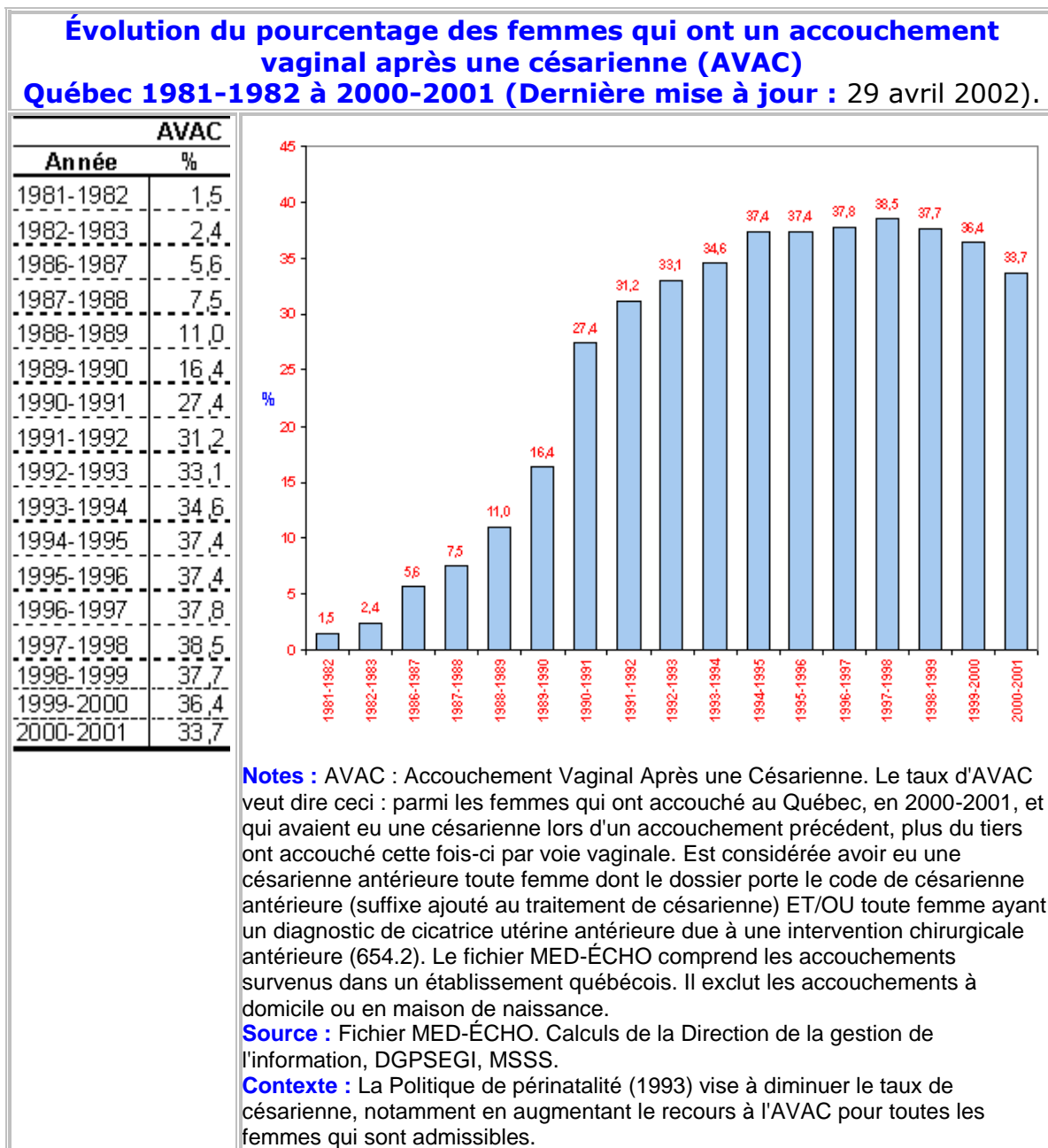
FIGURE 1



On remarque dans la figure précédente que le taux de césariennes a grimpé entre la fin des années 60 pour atteindre près de 20 % en 1987-1988, puis a diminué jusqu'au milieu

des années 90, pour grimper à nouveau depuis. Par contre le taux d'accouchements vaginaux après césarienne (AVAC) a augmenté depuis le début des années 80, pour atteindre un sommet en 1997-1998, et diminuer depuis :

FIGURE 2



Des changements se sont produits au fil des années. L'étude de ces changements montre que les femmes ne protestaient pas contre des chimères dans les années 80 et 90 mais contre des pratiques réelles. Et si on a assisté à une baisse du taux de certaines interventions obstétricales, baisse qui dans le cas de la césarienne a cessé au milieu des années 90, il existe toujours une grande variation des taux d'interventions obstétricales au Québec, entre les régions et entre les établissements, comme l'illustrent les tableaux suivants :

TABLEAU III

Évolution du pourcentage d'AVAC selon la région de résidence de la mère, Québec 1995-1996 à 2000-2001							
Région sociosanitaire	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	Variation
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(6) - (1)
	%	%	%	%	%	%	%
01 - Bas-Saint-Laurent	37,1	31,2	32,3	29,9	28,9	28,6	-8,6
02 - Saguenay–Lac-Saint-Jean	37,3	39,6	38,1	32,6	38,0	39,9	2,6
03 - Québec	48,3	47,2	42,0	38,7	38,1	37,1	-11,2
04 - Mauricie et Centre-du-Québec	33,5	34,6	37,9	36,2	29,3	30,4	-3,1
05 - Estrie	44,7	45,0	46,9	55,7	54,8	46,2	1,5
06 - Montréal-Centre	36,9	37,4	37,7	37,2	35,0	30,7	-6,2
07 - Outaouais	21,3	31,4	25,3	37,4	32,2	27,7	6,3
08 - Abitibi-Témiscamingue	33,1	34,7	60,7	50,8	55,6	50,7	17,6
09 - Côte-Nord	37,6	37,0	34,5	32,6	35,3	26,6	-11,0
10 - Nord-du-Québec	47,1	42,1	57,1	31,8	41,2	57,1	10,1
11 - Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	22,8	24,6	22,0	17,7	33,3	29,3	6,5
12 - Chaudière–Appalaches	36,9	29,0	34,7	28,9	27,6	28,2	-8,7
13 - Laval	38,0	38,6	34,3	38,8	39,1	29,9	-8,1
14 - Lanaudière	38,8	42,4	45,1	39,4	43,3	39,6	0,8
15 - Laurentides	43,8	39,2	38,6	43,0	36,3	34,9	-8,8
16 - Montérégie	36,9	38,1	38,8	38,9	37,2	35,9	-1,0
17 - Nunavik	44,4	75,0	25,0	71,4	58,3	85,7	41,3
18 - Terres-Cries-de-la-Baie-James	15,2	28,1	46,5	28,6	47,1	38,0	22,9
Résidence hors du Québec	25,0	39,7	37,2	34,2	39,6	34,7	9,7
Le Québec	37,4	37,8	38,5	37,7	36,4	33,7	-3,7

Notes, sources et contexte : voir la figure 2.

TABLEAU IV

Utilisation de certaines interventions obstétricales (ventouses, forceps et/ou ventouses, épisiotomie) lors des accouchements vaginaux selon l'établissement et la région où la femme a accouché, (exemple de quelques régions du Québec) Québec 2000-2001				
Région de soins et établissements	Ventouses %	Forceps et/ou ventouses %	Épisiotomie	Accouchements vaginaux nombre
06 - Montréal-Centre	5,9	12,5	27,6	18 832
Hôpital Général du Lakeshore	0,0	12,1	43,9	1 011
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	20,7	21,3	12,4	1 481
Centre Universitaire de santé McGill	0,0	0,0	0,0	1
L'Hôpital Général Juif Sir Mortimer B. Davis	4,9	16,7	29,0	2 567
Hôpital Sainte-Justine	1,2	13,5	28,0	2 950
Centre Hospitalier de St-Mary	0,7	4,6	27,2	2 632
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	7,5	10,8	41,9	1 832
Pavillon Lasalle	15,0	15,6	15,5	1 944
Hôpital Saint-Luc	4,4	12,8	25,2	1 732
Hôpital Royal Victoria	4,4	8,7	28,8	2 682
13 - Laval	20,5	24,7	26,5	3 002
Cité de la Santé de Laval	20,5	24,7	26,4	3 002
14 - Lanaudière	2,8	6,5	41,2	1 977
Centre Hospitalier Le Gardeur	2,4	6,2	40,9	1 121
Centre Hospitalier Régional de Lanaudière	3,3	6,9	41,6	856
15 - Laurentides	14,6	17,0	21,8	2 993
Centre Hospitalier Laurentien	29,6	31,1	10,8	425
Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme	9,9	13,6	21,0	954
Centre Hospitalier Saint-Eustache	11,2	12,9	22,8	1 401
Centre de Mont-Laurier	27,7	31,0	41,3	213
16 - Montérégie	12,1	16,0	36,7	8 392
Pavillons Honoré-Mercier et Saint-Charles	12,1	12,7	29,6	928
Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins	11,3	15,3	15,9	522
Hôpital du Haut-Richelieu	12,9	14,9	41,4	946
Centre Hospitalier de Granby	15,6	17,2	32,7	569
Hôpital Charles Lemoyne	20,9	21,0	40,7	1 220
Centre Hospitalier Régional du Suroit	25,6	25,9	65,4	586
Hôtel-Dieu de Sorel	15,9	28,9	39,3	308
Centre Hospitalier Pierre-Boucher	1,9	11,9	39,6	2 100
Centre Hospitalier Anna-Laberge	11,7	12,9	25,6	1 213

Source : Fichier MED-ÉCHO. Calculs de la Direction de la gestion de l'information, DGPSEGI, MSSS.

C'est ainsi que, selon la région où elle accouche, une femme en travail a par exemple deux à trois fois moins la possibilité d'accoucher vaginalement après césarienne (tableau III); il en est de même pour son risque de vivre une césarienne, ou des forceps, ou encore une épisiotomie, de jeûner en travail ou d'accoucher semi-couchée, qui peut doubler ou tripler selon la région où elle accouche¹² et selon l'intervention et ce, peu importe ses préférences. Cette variation des pratiques touche aussi les établissements (tableau IV). Ainsi, dans la seule région de Montréal-Centre, le taux d'épisiotomie en 2000-2001 variait entre 12,4 % et 43,9 %, dans celle des Laurentides entre 10,8 et 41,3 % et dans celle de Québec entre 18,8 et 43,4 %. La variation de ces taux, bien qu'influencée par la proportion de femmes dont la grossesse ou l'accouchement présente des risques élevés selon la classification en vigueur en obstétrique, n'est pas directement reliée à l'état de santé des femmes ou de leur bébé. En effet les études sur les variations des pratiques médicales indiquent qu'elles sont reliées à un grand nombre de facteurs, et en particulier au style de pratique des médecins, en ce qui a trait à la césarienne (Demott et coll., 1990; Goyert et coll. 1989).

Les interventions obstétricales constituent un aspect des soins en obstétrique. Un autre aspect concerne les routines entourant l'accouchement, par exemple la pose d'un soluté, le monitoring électronique foetal continu, le jeûne, la position dans laquelle les femmes donnent naissance, l'accueil du bébé. Il existe peu de données sur ces routines. Quelques enquêtes faites notamment à l'échelle canadienne pendant les années 1980 et 1990 auprès des centres hospitaliers dotés d'un service d'obstétrique, ou à une échelle plus modeste, à Montréal sur les routines entourant les soins périnataux¹³, ont cependant permis aux auteures de l'enquête canadienne de conclure que lorsque les premières remises en question des pratiques obstétricales voient le jour autour de 1980, bon nombre de politiques dans les services d'obstétrique sont rigides et non adaptées à la diversité des besoins des femmes et de leur famille. L'enquête faite par l'ICSI en 1985 révèle par ailleurs une évolution sur les plans suivants : une participation accrue de la famille pendant l'accouchement et la cohabitation mère-enfant assortie de soins infirmiers à la mère et au bébé. Cette enquête publiée en 1985 révèle aussi que bon nombre de politiques demeurent rigides et intransigeantes et que le taux de certaines pratiques

¹² Pour ne pas alourdir ce chapitre, j'ai limité le nombre de tableaux statistiques. Mais on peut consulter le site web du MSSS pour avoir des données sur ces interventions, section Statistiques – Accouchements et naissances : www.msss.gouv.qc.ca

¹³ Source : Table de concertation des infirmières en périnatalité de la région de Montréal, 1998.

demeure élevé. La dernière enquête canadienne de l'ICSI, menée en 1993, souligne à la fois que des changements se sont poursuivis, en particulier la transformation de lieux physiques et de certaines pratiques (abandon du rasage de la vulve, diminution du monitoring électronique fœtal continu, etc.), mais aussi que les variations demeurent très grandes, bref que les pratiques obstétricales, si elles ont progressé dans le sens d'une approche familiale¹⁴, sont loin de s'y conformer partout. Au Québec en 1993, 49 % des accouchements se déroulent dans les salles d'accouchement conventionnelles et de 9,7 à 12,5 % des établissements de plus de 100 accouchements annuels autorisent la famille à demeurer avec la mère pendant la période post-partum. Et dans 31 à 50 % des établissements, on sépare encore la mère et le bébé après la naissance de ce dernier (Levitt & Hanvey, 1995). À Montréal, en 1998, l'enquête menée par la TCIPM confirme la persistance dans les années 90 de certaines routines dont les bénéfices n'ont pu être démontrés.

Des changements ont donc eu lieu en obstétrique. Si certaines routines hospitalières caractérisent encore l'obstétrique, à des degrés divers selon les établissements, ceux-ci ont aussi de la difficulté à améliorer des taux d'interventions obstétricales. Les variations inter-régionale et inter-établissements de ces taux demeurent préoccupantes. Mais la plupart des départements d'obstétrique, grâce aux efforts d'intervenant-e-s préoccupés par l'humanisation des soins ou motivés par le désir d'attirer une clientèle qui allait accoucher ailleurs, ont répondu à certains besoins exprimés par les femmes depuis la fin des années 70. On assiste aux transformations suivantes : les salles de travail et d'accouchement ont cédé la place aux chambres de naissances, où les femmes font leur travail et donnent naissance à leur bébé. Dans quelques hôpitaux, elles peuvent aussi y poursuivre leur séjour jusqu'au moment de leur départ. Souvent, dans ce cas-là, les tâches des infirmières se sont décloisonnées : elles suivent maintenant la femme en travail et s'occupent d'elle et de son bébé après sa naissance. La présence du père est de mise partout. On accueille aussi – avec des degrés de tolérance variés – l'accompagnante¹⁵ que certaines femmes désirent avoir auprès d'elles pendant leur accouchement. On a de plus fait l'acquisition d'équipements permettant de vivre différemment le travail, tels des bains tourbillons, des gros ballons sur lesquels la

¹⁴ L'enquête de l'ICSI était fondée sur les lignes directrices de Santé Canada (1987) axées sur les soins centrés sur la famille.

¹⁵ L'accompagnante est une femme engagée par la femme ou le couple attendant un enfant, formée au soutien pendant l'accouchement et qui demeure auprès d'eux pendant le travail et la naissance de leur bébé. Quelques rencontres ont aussi lieu pendant la période prénatale, ainsi qu'en postnatal. Voir le chapitre 3 pour plus de détails.

parturiente peut s'asseoir et bouger lorsqu'elle est en travail, des chaises de massage, etc. Ces équipements pourraient être, cependant, comme l'étude québécoise de Hanley le montre, sous-utilisés, les participantes à son étude n'y ayant pas eu accès pendant leur travail (Hanley, 1999).

D'autres changements ont eu lieu. Par exemple, la durée de séjour a considérablement raccourci, étant à la fin des années 90 de deux jours pour un accouchement vaginal dans de nombreux CH et de quatre jours pour une césarienne. Ceci pourrait être source de problèmes, comme une étude menée par la Direction de la santé publique de Montréal-Centre l'indique, étude citée par Choinière et Tousignant (2003) :

(Ce) graphique [...] illustre une augmentation presque constante du taux de réadmission pour traitement post-partum entre 1993-1994 et 1998-1999, que l'accouchement ait eu lieu par voie vaginale ou par césarienne. Pendant la même période, la durée du séjour à l'hôpital a diminué constamment. (Choinière et Tousignant, 2003, p. 60).

De plus, le recours à la péridurale¹⁶ lors des accouchements vaginaux s'est beaucoup répandu (52 % pour l'année 2001-2002, jusqu'à plus de 80 % dans certains CH tels le Pavillon Royal Victoria à Montréal et l'Hôtel-Dieu de Lévis). De 21,1 % qu'il était en 1982-1983, le taux de péridurales est passé au Québec à près de 50 % en 2000-2001(MSSS). Cette hausse s'accompagne, si on se fie aux résultats des études (Enkin et coll., 2000) sur les effets de la péridurale, d'une remontée d'interventions qui lui sont associées et dont l'utilisation pouvait avoir diminué suite aux demandes des femmes. Il s'agit par exemple de la pose d'un soluté, du monitoring électronique foetal continu, de la pose d'une sonde urinaire, de l'administration de Syntocinon car l'administration de la péridurale peut avoir pour effet de ralentir le travail, ainsi qu'un recours plus fréquent aux instruments (forceps ou ventouse) pour aider la femme dont le ventre a été insensibilisé par la péridurale à pousser son bébé hors d'elle.

Par ailleurs, non seulement la profession médicale s'est féminisée, mais le nombre de médecins faisant de l'obstétrique a diminué, de façon marquée, de même que le nombre d'infirmières (Turenne, 2003), comme on le constatera dans la section C de ce chapitre. De plus environ 1 000 femmes (sur une possibilité de 73 000 naissances en 1999) ont chaque année accès aux services d'une quarantaine de sages-femmes, exclusivement dans les maisons de naissance. Le nombre de sages-femmes est limité et ne suffit pas à

¹⁶ On emploie l'anglicisme « épidurale » au Québec pour parler de la forme d'anesthésie régionale utilisée notamment pendant les accouchements. Je préfère utiliser le terme français, péridurale.

la demande. De plus, étant donné le moratoire sur l'accouchement à domicile prévu par la loi (tant qu'un règlement entourant ses conditions n'aura pas été adopté), il s'en fait de moins en moins et certaines femmes accouchent... seules chez elles, en l'absence d'aide professionnelle disponible (Brando, 2003). Des groupes de femmes – dont une association formée d'usagères et usagers des maisons de naissance, le groupe MAMAN – et une coalition continuent de se mobiliser pour l'humanisation de la naissance, mais on est loin de l'effervescence des années 80. Et l'espoir de voir la Politique de périnatalité transformer les pratiques a été vite déçu, puisque celle-ci a été appliquée parfois peu ou très inégalement selon les régions et les établissements, n'ayant pas bénéficié d'un plan de mise en œuvre (Laverdière, 2003). Certains objectifs de cette politique s'alignent sur des objectifs de la Politique de la santé et du bien-être publiée par le MSSS en 1992 (Québec, 1992b), visant à guider le réseau de la santé vers l'amélioration de la santé des Québécois et des Québécoises. La Politique de périnatalité souligne notamment l'impact possible de la naissance sur les familles :

La naissance d'un enfant constitue une période clé pour tous les parents [...] Une grossesse et un accouchement satisfaisants sur le plan de la santé, mais aussi des réponses concernant les attentes émotives et les besoins socio-économiques ont un effet très positif sur la qualité de vie des familles. De plus l'interaction parents-enfant constitue l'expérience la plus importante pour le développement de l'enfant (Québec, 1993, p. 45).

C'est de l'impact sur les femmes de cet événement qu'il sera question dans la prochaine section de ce chapitre.

B. L'impact de l'accouchement sur les femmes

Les changements relatifs à l'accouchement ont répondu à des demandes faites par les femmes et les groupes de femmes au début des années 80. Mais, bien avant, les femmes ont joué un rôle dans la transformation de l'obstétrique au Québec.

a. Le contexte social et culturel de l'accouchement

Les changements relatifs à l'accouchement n'ont en effet pas eu lieu dans un vacuum. Comme Riessman (1983) le souligne, les femmes de la classe dominante ont demandé des changements en obstétrique allant dans le sens de la médicalisation, particulièrement au cours de la première moitié du 20^e siècle. Elles ont réclamé la fin des douleurs de l'accouchement - on les a endormies. Elles ont voulu être suivies par un médecin – celui-ci a fini par les aider à accoucher uniquement à l'hôpital. En mentionnant ceci, je ne voudrais pas laisser croire cependant que les changements en obstétrique dans la première moitié

du 20^e siècle sont uniquement issus des demandes des femmes. Il ne faut pas oublier que depuis le milieu des années 1800, la profession médicale, de plus en plus organisée en Amérique du Nord, manifeste un intérêt croissant envers l'obstétrique et désire éliminer la concurrence dans ce domaine, soit la pratique des sages-femmes. L'élimination des sages-femmes au Québec fait l'objet d'un chapitre de l'ouvrage dirigé par Saillant et O'Neill, *Accoucher autrement* (1987) (Laforce, 1987).

Des sociologues québécoises, Anne Quéniart (1988) et Maria De Koninck (1988) ont fourni des éléments éclairant la question du rôle des femmes dans la médicalisation. L'étude de Quéniart sur le vécu des femmes enceintes a révélé l'importance de l'idéologie du risque qui serait à la source des comportements d'« obéissance » des femmes : comme la grossesse et l'accouchement sont présentés comme des événements de plus en plus risqués, les femmes, de plus en plus inquiètes, acceptent, pour être rassurées, les tests qu'on leur propose, ou les interventions qui tiennent souvent, selon les critiques de la médicalisation des pratiques, de la routine plutôt que de la nécessité sur le plan médical. Par ailleurs, l'étude de De Koninck sur la réaction des femmes à leur césarienne révèle aussi l'intériorisation par les femmes de la conception médicale de l'accouchement : dans ses entrevues, les femmes ne remettaient que rarement en question les pratiques subies et qui étaient en vigueur là où elles avaient accouché, dont la césarienne. Elles les considéraient plutôt comme normales, même lorsqu'elles les avaient trouvées difficiles.

L'accouchement se déroule dans une société ayant certaines valeurs et baignant dans une culture. Par exemple la prégnance du risque dont parlait déjà dans les années 80 la sociologue Anne Quéniart, est un phénomène affectant le reste de la société de manière croissante, comme le souligne Roché (1993) dans *Le sentiment d'insécurité*. Par ailleurs, la vitesse et les niveaux de stress qui caractérisent notre société semblent s'accroître constamment, ce qui pourrait avoir un impact à la fois sur la gestion de l'accouchement dans nos institutions et sur le comportement des femmes ou leur réaction à ce qui se passe pendant leur travail ou la mise au monde de leur enfant.

b. L'impact de l'accouchement sur les femmes

Recent studies in medicine and social science suggest that women's satisfaction with the birth experience significantly affects their level of self-esteem as well as the character of their relationship with their children [...] The three more important factors determining the quality of the birth experience for the mother are control, awareness and support. (Eakins, 1986, p. 12).

L'accouchement est un phénomène important pour une société, ainsi qu'un enjeu social. Et il constitue un événement fondamental dans la vie d'une femme, qui est la première concernée.

Dans notre société, l'attention accordée à l'impact de leur accouchement sur les femmes varie selon le modèle dans lequel on se situe. L'approche biomédicale s'est longtemps préoccupée essentiellement des résultats en matière de mortalité et de morbidité maternelles et fœtales. Depuis l'atteinte satisfaisante d'objectifs de santé autour de l'accouchement, et sous l'influence du mouvement féministe, on se préoccupe plus d'étudier le degré de satisfaction des femmes relativement à leur accouchement. De nombreuses études ont été effectuées à ce sujet (par exemple : Bramadat, 1990; Brown et Lumley, 1994). On s'est penché notamment sur les facteurs reliés à la satisfaction, ainsi que sur les rapports entre les attentes des femmes relativement à leur accouchement et leur niveau de satisfaction. Les facteurs associés à la satisfaction sont par exemple la présence du conjoint, la participation des femmes au déroulement de leur accouchement ainsi qu'un sentiment de contrôle sur cet événement. Les facteurs associés à l'insatisfaction – qu'on tend à définir comme « *une expérience d'accouchement négative* » (Green, Coupland et Kitzinger, 1998, p. 8) – comprennent l'utilisation de médicaments/anesthésie, un accouchement assisté (forceps) ou difficile ou compliqué ainsi qu'un taux élevé d'interventions obstétricales; ils comprennent aussi le fait que l'on n'ait pas respecté les préférences des femmes en ce qui a trait aux interventions effectuées, et une qualité de communication pendant le travail et l'accouchement qui laisse à désirer (Sullivan, 1982). L'étude menée par Brown et Lumley auprès de 800 femmes australiennes en 1994, souligne que les cinq facteurs importants reliés à la satisfaction sont de prendre part aux décisions, d'être informée par les intervenant-e-s, d'avoir moins mal que prévu, d'avoir du soutien des intervenant-e-s et moins d'interventions obstétricales. Dans cette étude, le tiers des femmes se disent insatisfaites des soins reçus pendant leur accouchement.

Au Québec, Séguin et coll. (1992) ont trouvé que le manque d'information influe particulièrement sur le niveau de satisfaction. Par ailleurs la relation avec l'intervenant-e – et notamment l'attitude de ce dernier – est un des facteurs reliés à la satisfaction. L'étude de Halldorsdottir et de Karlsdottir (1996) associe par exemple une attitude de *caring* à un sentiment d'*empowerment* et l'inverse, au sentiment de découragement de la femme après la naissance. Une étude récente menée au Québec sur les besoins des femmes et des couples en périnatalité (Rocheleau, 1999) confirme l'importance des attentes liées aux aspects affectifs, celles-ci occupant la première place dans le discours des répondantes;

dans cette étude, les attentes reliées au soutien physique occupent le second rang, et celles qui sont reliées à l'information et au contrôle, la troisième place. Le besoin relationnel, souligne Rocheleau, vient donc avant le besoin de bien-être physique et avant celui d'autonomie.

c. *La vulnérabilité des femmes en travail*

[...] à Ste-Justine [...], un médecin avait accepté que j'accouche vaginalement, même si mon bébé se présentait par le siège. Malheureusement, il n'était pas de garde à mon arrivée, et l'interne de service ne s'est pas rendu compte que la dilatation était complète après deux heures de travail. Durant une heure, on m'a empêchée de pousser car on voulait me faire une césarienne. Je n'ai pas vu le gynécologue, je n'ai pas signé de consentement opératoire (mon mari l'a signé... après) et tout s'est fait dans un climat de panique totale. J'ai eu l'impression d'être agressée de partout.

Hélène, infirmière, 4 enfants, une césarienne, un AVAC à l'hôpital et 2 enfants nés à la maison. (Vadeboncoeur, 1989, p. 262).

Une des caractéristiques de l'accouchement (et de la grossesse dans une certaine mesure), c'est l'état de vulnérabilité dans lequel se trouvent les femmes, surtout celles qui deviennent, pour la première fois de leur vie, « patientes » dans un établissement hospitalier, et vivent un événement non seulement d'une grande intensité mais qui peut être aussi très douloureux. Cet événement signale le passage entre la grossesse, état de mère en devenir, et la naissance du bébé qui les fera mères. Lors de cet événement, elles n'ont pas nécessairement la maîtrise de ce qui se passe, autant qu'elles peuvent l'avoir dans d'autres domaines de leur vie.

Dans son étude sur les soins obstétricaux, Nancy Stroller Shaw note qu'un accouchement en centre hospitalier implique pour une femme une inaptitude totale à se protéger et à contrôler l'accès des autres à son corps (Shaw, 1974). Plusieurs interventions obstétricales courantes ont un caractère d'intrusion : pose d'un moniteur interne, les examens vaginaux, le recours à une épisiotomie, au forceps, interventions qui impliquent la région génitale, soit les parties intimes et très sensibles du corps des femmes. Certaines femmes vivent ces événements comme des agressions pouvant ressembler à l'agression sexuelle, selon Brownmiller (1976), soit « *une intrusion dans l'espace intérieur, intime, personnel, sans consentement* ».

Dans l'exemple suivant, une femme qualifie ce qu'elle a vécu de violation de son intégrité :

No one ever talked to me. No one took the time to explain what was happening (a non-urgent cesarean section after an interventions-filled

labour) [...] The doctors and the nurses were in the middle of their assembly line production and I was merely an object passing on the conveyor belt [...] I am sexually dysfunctional as a result of this experience and suffer from depression and insomnia. My body and my soul were violated. My experience was an abuse of power in the rawest form. I am missing my heart and my womanhood and I can't get them back. (Ettinger, 1996, p.12)

L'accouchement est vécu par les femmes comme un événement unique et personnel, une expérience qu'elles ne vivront pas souvent et d'une extrême importance et qui a un impact que parfois l'on ne soupçonne pas, comme l'exprime en entrevue cette mère de jumeaux :

Je ne sais pas ce que c'est, mettre des enfants au monde. Je ne le saurai jamais et j'ai deux enfants de onze ans (nés par césarienne). Quand bien même un médecin viendrait me dire : « Madame, arrêtez d'être infantile et soyez rationnelle! », il ne peut pas comprendre cet aspect de la question, comprendre qu'on m'a enlevé la chance de vivre quelque chose qui m'appartenait et que je ne peux plus rattraper. (Vadeboncoeur 1989, p. 35)

Selon la sociologue Barbara Rothman (1991), auteure d'un ouvrage classique sur les pratiques entourant la naissance, *In-Labor: Women and Power in the Birth Place*, l'approche médicale de l'accouchement affecte négativement la femme qui accouche. Elle diminue sa confiance dans son corps, dans ses propres ressources, dans sa capacité à être mère. Elle mine son savoir, ses émotions, son expérience. Certaines études ont révélé que certaines femmes ont été à ce point affectées par ce qui s'est passé à leur accouchement qu'elles ont développé le syndrome de stress post-traumatique (SSPT). Par exemple, une étude menée au cours des années 90 par Janet Menage (1993, 1996) a indiqué que 1,5 % des femmes étaient affectées par ce syndrome et que le cinquième des 500 femmes interviewées avaient jugé un événement ayant eu lieu pendant l'accouchement « *very distressing* » ou « *terrifying* ». Les facteurs reliés au SSPT étaient un sentiment d'impuissance pendant l'accouchement, un manque d'information, l'expérience d'une grande douleur physique, une attitude perçue comme hostile de la part d'un intervenant-e et le sentiment de n'avoir pas consenti (consentement éclairé) à ce qui se passait. La psychiatre Fional Blake soutient que ce syndrome est une complication d'accouchements difficiles loin d'être reconnue comme elle le devrait et qui peut être causée par des soins obstétricaux manquant d'empathie (« *insensitive* »), donnés par des personnes inconscientes de la détresse qu'elles causent (Goldbeck-Wood, 1996a). Selon le docteur Blake, ce syndrome peut comprendre des *flash-backs*, de l'hypervigilance et de la dépersonnalisation.

Au début, j'étais sans réaction. Mais c'est revenu plus tard me hanter¹⁷. Trois à quatre mois après, c'était la pire période. Je ne pouvais arrêter d'y penser. J'avais beaucoup de difficulté à dormir parce que chaque fois que je fermais les yeux, j'avais l'impression de revivre la scène. Cela m'a pris des mois avant d'accepter d'avoir des relations sexuelles avec mon mari. Maintenant, je suis censée avoir un Pap test, mais je n'arrive pas à me décider.¹⁸ (Goldbeck-Wood, 1996b, p.11)

Si certaines enquêtes d'associations médicales¹⁹ rapportent des taux de satisfaction très élevés chez les femmes venant d'accoucher et interviewées dans leur chambre d'hôpital, d'autres études menées plusieurs mois après l'accouchement donnent des résultats différents, par exemple, l'enquête australienne de Brown et Lumley (1994), dont il a été question précédemment. Et lors de la Conférence-consensus nationale qui eut lieu au Canada en 1986 (McMaster University, 1985), sur la césarienne, une des plus grandes surprises des médecins du groupe de travail fut de constater à quel point les femmes venues témoigner devant eux avaient été bouleversées par leur(s) césarienne(s) (Vadeboncœur, 1989).

Certains sont d'avis qu'il est difficile de se fier aux résultats de sondages sur la satisfaction des femmes venant d'accoucher :

Les enquêtes menées auprès des usagères de l'hôpital doivent être utilisées avec discernement. Car en périnatalité, comme dans bien d'autres domaines, les milieux qui sont valorisés socialement sont recherchés et jugés satisfaisants. Les résultats du sondage de la CPMQ (1985) sur les services d'obstétrique s'expliquent à la fois par l'importance qu'elles attachent à l'événement et à son succès ainsi que par la force qu'exerce le cadre de comportement, pour qu'elles jouent le mieux possible leur rôle de bonne patiente et pour qu'elles adoptent les valeurs dominantes du système. (Piché, 1987, p. 323).

Louis Rocheleau, sociologue et auteur d'un mémoire sur les attentes et les besoins des femmes en périnatalité (Rocheleau, 2001), me souligne en 2004 que les sondages sur la satisfaction, peu importe le domaine, révèlent souvent un pourcentage élevé de personnes « très satisfaites » ou « satisfaites » et peu de personnes « insatisfaites » ou « très insatisfaites », comme si les gens hésitaient à faire des critiques (Rocheleau, 2004).

¹⁷ Cette femme eut un forceps sans anesthésie.

¹⁸ J'avais traduit au début de ma revue de littérature cette citation mais je n'ai pas retrouvé la version originale anglaise.

¹⁹ Un sondage de la CPMQ effectué en 1985 auprès de 924 accouchées à l'hôpital entre 24 et 48 heures jours après l'accouchement donne un taux de satisfaction de 98,6 % (CPMQ, 1985).

Des études en psychologie indiquent par ailleurs que certains aspects de l'accouchement (par exemple un nombre élevé d'interventions obstétricales) peuvent peut-être augmenter le risque de dépression postnatale (Romito, 1996). D'autres études montrent que, longtemps après, les femmes gardent un souvenir très vivace de ce qui s'est passé pendant leur accouchement. Deux études des années 90 sont particulièrement révélatrices à cet égard : celle de Halldorsdottir et Karlsdottir (1996) et celle de Penny Simkin (1991, 1992). Les premières interviewèrent 14 femmes d'Islande, entre deux mois et vingt ans après leur accouchement. Les récits des femmes révèlent qu'elles avaient l'impression d'être dans un monde à elles pendant leur accouchement, comme pour se protéger du reste du monde où elles se sentaient vulnérables et insécures (Halldorsdottir et de Karlsdottir, 1996).

L'attitude des intervenant-e-s est pour ces femmes très importante, une attitude chaleureuse, aidante et compréhensive les faisant se sentir fortes et puissantes, et en sécurité. Elles aiment savoir ce qui se passait et se sentir en contrôle d'elles-mêmes et des circonstances.

L'intérêt de l'étude de Simkin est sa répétition dans le temps auprès des mêmes femmes. Cette étude de cohorte porte sur des accouchements ayant eu lieu à la fin des années 60 et au début des années 70. L'auteure – alors éducatrice prénatale – avait fait remplir un questionnaire à 20 clientes, leur demandant d'écrire leur expérience d'accouchement peu après la naissance de leur enfant. Quinze à vingt ans après, elle leur redemande la même chose, et interviewe ces femmes pendant une heure et demie chacune. Les femmes se rappellent en détail et avec vivacité leur accouchement. Celles qui éprouvent des sentiments positifs se rappellent à quel point elles ont apprécié leurs intervenant-e-s et celles qui ont des sentiments négatifs se rappellent d'interactions négatives avec le personnel. Dans ce dernier cas, les femmes éprouvent encore des sentiments de colère et de déception. Simkin conclut en disant que la manière dont une femme est traitée pendant un accouchement détermine largement ce qu'elle ressentira à propos de cette expérience toute sa vie. Simkin attribue cela à l'état de vulnérabilité dans lequel est plongée une femme qui accouche. Les parties de son corps les plus intimes sont exposées; elle souffre physiquement; elle n'a plus la maîtrise de son corps : elle est en sueur, elle tremble, elle gémit, il arrive qu'elle crie, et tout ceci avec des personnes étrangères autour d'elle. Simkin ajoute que si on la traite sans respect, si ses efforts pour conserver sa dignité et garder le contrôle essuient une rebuffade, si on profite d'elle, l'impact négatif est permanent (Simkin, 1991).

Dans un second article, Simkin ajoute qu'après la naissance, les femmes éprouvent souvent le besoin de parler de l'accouchement, d'y revenir, d'y reconnaître un sens. Ce processus d'intégration prend du temps. Peut-être, dit-elle, les intervenant-e-s ont-ils peu conscience de l'impact de l'accouchement sur une femme car, au bout de quelques jours ou de quelques semaines, c'est-à-dire avant qu'elle n'ait eu le temps d'intégrer son expérience, ils ne la voient plus (Simkin, 1992).

Pour Gayle Peterson, éducatrice prénatale, thérapeute et auteure, l'accouchement est extrêmement important pour une femme. C'est un événement qui l'aide à forger son identité. Et comme tout événement significatif, il a un potentiel « *for mastery or overwhelm, empowerment or devastation* » (Peterson, 1996, p. 103). L'attitude et les comportements des intervenant-e-s semblent être des facteurs importants dans la manière dont une femme vivra son accouchement et dont elle se souviendra. Cet aspect fera donc l'objet d'une attention particulière dans cette thèse.

On a vu dans la première section de ce chapitre que les pratiques obstétricales ont changé dans le dernier quart du XX^e siècle. Ces changements se sont produits alors que la société québécoise se transforme elle aussi. Sans vouloir établir de lien de cause à effet entre les revendications portées par le mouvement féministe et les changements de ces pratiques, on peut affirmer qu'ils ne se sont pas produits dans un vacuum. Si les changements dans les pratiques obstétricales peuvent être replacés dans un contexte social plus large, ils peuvent aussi être replacés dans un contexte plus restreint, soit celui de la transformation du système public de santé dont ces pratiques font partie. C'est de ce système dont il va être question dans la section suivante.

C. L'obstétrique, une spécialité médicale au sein du système de santé

Ce qu'on nomme de façon habituelle le système de santé est en fait un système de services et de soins, curatifs et préventifs, dispensés à des usagers [...], fournis selon des normes, dans des organisations, au moyen d'effectifs et de ressources financières. (Lemieux, Bergeron, Bégin et Bélanger, 2003, p. 465).

L'obstétrique constitue une spécialité médicale. Au Québec comme à peu près partout ailleurs en Occident, les départements d'obstétrique se trouvent dans les centres hospitaliers, établissements rattachés au réseau de la santé et des services sociaux. Décrire brièvement l'évolution de ce réseau et de ses principaux acteurs, au cours de la trentaine d'années ayant précédé la conduite de notre étude, fera l'objet de cette section.

a. *Le système de santé québécois²⁰ les changements législatifs et la réorganisation*

Au Québec, le système de santé passe graduellement, entre les années 20 et les années 60, d'une prise en charge par les communautés religieuses gérant surtout des hôpitaux destinés d'abord aux indigents, à une prise en charge globale par l'État. C'est à cette époque que la médecine clinique (pratique privée) prend de plus en plus le pas sur la santé publique et la médecine préventive. Les années 1950 voient le développement des centres hospitaliers, grâce à un programme fédéral de subventions à la construction d'édifices. Dans les années 1970, chaque centre hospitalier doit avoir un département d'obstétrique-gynécologie.

En 1961, le Québec adhère au régime d'assurance-hospitalisation proposé par le gouvernement fédéral. En 1962, il adopte la Loi des hôpitaux, qui retire aux communautés religieuses l'administration des établissements. Les services médicaux sont couverts par un régime public d'assurance, pourvu qu'ils soient fournis dans un centre hospitalier. Ce changement législatif, ainsi que l'adhésion au régime d'assurance-maladie (voir plus loin) se déroulent dans un contexte où les femmes enceintes ayant de nombreux enfants pouvaient considérer l'hôpital comme un havre de paix ou une occasion de se libérer de leurs tâches ménagères, ou encore, selon Hunt & Symonds (1995), comme un lieu où elles pouvaient être libérées des douleurs de l'accouchement. Cela aura probablement une influence sur le choix de l'hôpital par les femmes comme lieu d'accouchement.

En 1966, le gouvernement de l'Union nationale met sur pied la Commission Castonguay-Nepveu, qui prône l'élargissement du rôle de l'État dans la prise en charge et l'organisation du domaine de la santé. Au début des années 1970, la Commission se prononce en faveur d'une politique globale de développement social, visant la mise en place d'un système planifié, coordonné et intégré de services de santé, services sociaux et sécurité du revenu. Le Ministère des Affaires sociales voit le jour. Le Conseil des affaires sociales et de la famille est créé. Ces deux instances auront à réagir face au mouvement de critique de l'obstétrique. Le Québec adhère aussi en 1970 au régime d'assurance-maladie (Québec, 1970) : désormais, les services offerts par les médecins (et quelques autres professions) sont gratuits, peu importe où ils sont dispensés. Cette adhésion est suivie, dès 1971, par l'adoption de la Loi sur les services de santé et sociaux (Québec, 1971), qui revoit l'ensemble des structures administratives, en accordant aux

²⁰ Cette section s'inspire de deux éditions de l'ouvrage publié sous la direction de Lemieux, Bergeron, Bégin et Bélanger en 1994, *Le système de santé au Québec – Organisations, acteurs et*

centres hospitaliers et aux médecins des responsabilités importantes en maintenant leur autonomie. Le nouveau réseau sera formé des Centres régionaux de services de santé et sociaux (CRSSS) - qui deviendront en 1992 les régions régionales - des centres locaux de services communautaires (CLSC) qui commenceront à être créés (jusqu'à la fin des années 80), des centres d'accueil et des centres hospitaliers généraux, spécialisés et psychiatriques; on y trouve aussi des centres de services sociaux et des départements de santé communautaire.

Les années 1970 voient aussi croître fortement les dépenses publiques, qui ne se stabiliseront que dans les années 1980, lorsqu'on commencera à s'interroger sur cette croissance. Déjà, en 1970, la structure hiérarchique hospitalière comprend une direction générale, une direction des soins infirmiers (DSI), une direction des services professionnels (DSP). On ajoute les pharmaciens au Conseil des médecins et dentistes (CMD) déjà établis dans les CH. Une nouvelle filière d'autorité hiérarchique voit le jour, soit les chefs de départements cliniques, sous l'autorité du DSP et du CMDP. Désormais, il revient à ces personnes de voir à l'utilisation de l'ensemble des ressources de leurs départements respectifs. Ces structures étaient toujours en place à la fin des années 1990. Les années 1980 voient aussi la création de la Commission Rochon, qui dépose son rapport en 1988. Quelques années plus tard, une révision du système de santé est entreprise et le MAS devient le Ministère de la santé et des services sociaux. Cette réforme, commencée au début des années 90, se traduit par l'adoption de la nouvelle Loi sur les services de santé et les services sociaux (projet de loi 120) (Québec, 1992a).

Les usagers : la participation du citoyen, une participation illusoire ?

Bien qu'elle ressemble à la réforme de 1971 sous plusieurs aspects (toutes deux sont de grands exercices de planification sociaux-démocrates), la loi de 1992 vise des changements sur plusieurs plans, notamment un recentrage du système de santé sur le citoyen par l'introduction de représentants de la population, d'usagers et de représentants de la communauté dans les conseils d'administration des établissements. La réforme accorde la primauté à la personne humaine et met l'accent sur la famille et ses proches. La loi précise aussi quels sont les droits des usagers des établissements. C'est ainsi que l'article 233 prévoit que l'établissement remette à chaque usager une copie de son code d'éthique, qui doit notamment contenir la liste des droits des usagers figurant dans la loi 120. L'article 211 prévoit aussi que le directeur général doit informer par écrit chaque

enjeux. La seconde édition, révisée, a été publiée fin 2003, au moment où je procédais à la révision finale de cette thèse.

usager de l'existence d'un comité d'usagers dont une des fonctions est de renseigner les usagers sur leurs droits. On instaure aussi le « *plan d'intervention* » (appelé aussi plan de soins) qui devra, pour chaque usager, être élaboré avec sa collaboration. On transforme les CRSSS en régies régionales et le nombre de régions socio-sanitaires passe de 12 à 18. La réforme touche peu les professionnel-le-s et le personnel des services, mais fait des chefs de départements hospitaliers les gestionnaires des ressources du département.

Des études sur la participation accrue des citoyens aux conseils d'administration d'établissements ont conclu à « *la désaffectation du public ou à l'incapacité des citoyens d'exercer une influence réelle sur les orientations des organisations de santé et les pratiques des professionnel-le-s* » (Forest, Bryson et Lorion, 1994, p. 144). L'utilisateur n'est qu'un client, mais « privé des avantages de l'offre et de la demande, parce qu'il est contraint de consommer les prestations qu'on lui propose ». (Forest et coll., op. cit. p. 151). Sa participation n'est pas aisée dans un système où les praticiens et les établissements agissent en fonction de ce que les instances centrales du régime de santé leur imposent. Par ailleurs, déjà en 1988 à propos de l'organisation des services, la Commission Rochon souligne que « [...] *le fond de la question n'est rarement, voire jamais abordé, à savoir comment organiser des services et des établissements pour répondre le mieux possible aux besoins de ceux qui y font appel* » (citée par Turgeon, Anctil et Gauthier, 2003, pp. 419-420).

Et en ce qui concerne la participation de la population, on se serait rendu compte que « *des groupes-cibles se sentaient mieux représentés par des personnes issues des associations de promotion ou de défense de leurs droits [...] que par des membres moins expérimentés ou moins motivés, venant directement de leurs communautés* » (Forest et coll. 1994, p. 152). Et quant aux droits aux services, selon Lemieux et coll., il y a eu réduction successive de l'accessibilité, l'exigibilité des services ainsi que de la liberté de choix, les règles de droit s'étant complexifiées et le système continuant d'être géré de manière hiérarchique et centralisée. (Lemieux et coll., 1994). Et en 2001, pour Forest, Abelson, Gauvin et collègues,

La Loi sur les services de santé et sociaux de juin 2001 vint mettre un terme à l'expérience citoyenne de la décennie précédente [...], le processus de désignation (laisse) bien voir que l'objet n'était pas de démocratiser la gestion, mais de renforcer les contrôles [...] Quant aux usagers [...], jamais depuis 1970 leur place dans la gouverne du système n'a été aussi réduite » (Forest, Abelson, Gauvin et coll., 2003, p. 181).

Les professionnel-le-s de la santé

Si le pouvoir des usagers n'est pas très réel, le pouvoir est très important en médecine. Selon Monique Bégin, ex-ministre de la Santé du Canada, « *La médecine se pratique dans un cadre extrêmement autoritaire, hiérarchisé, impersonnel et distant [...] (elle est) trop spécialisée, très fragmentée dans son application et particulièrement aliénante pour le patient. La structure de pouvoir y est verticale* » (CCVFF (Comité canadien sur la violence faite aux femmes), 1993, p. 38).

La médecine, bénéficiant de la légitimité de la science, a réussi au cours des siècles à dominer les autres professions et celles de la santé qui se sont développées parallèlement ou à sa suite. Elle a réussi à obtenir, selon Freidson (1970), le monopole légal et économique sur la prestation des soins. Le pouvoir du corps médical se manifeste notamment dans la prise de décisions. Les médecins détiennent les connaissances médicales, contrôlent la souffrance, contrôlent les ressources pouvant être prescrites. La relation entre le professionnel de la santé et son client n'échappe pas à la dynamique du pouvoir : il y existe une asymétrie à l'avantage du professionnel. Une étude (de Sandra K. Danziger, 1978, rapportée par Eakins, 1986), ayant porté sur la relation entre la femme enceinte et son médecin - particulièrement sur ce qu'ils se disent, comment et dans quel contexte - a montré que les médecins structurent d'abord la rencontre en fonction de leurs intérêts professionnels, puis offrent des « conseils » relativement aux comportements à adopter et enfin fournissent à la « patiente » un ensemble d'assurances normalisantes. L'auteure de l'étude, Danziger, décrit ces comportements comme des manifestations de dominance, qui, de manière typique, ne sont pas remises en question par la femme enceinte.

Les médecins, principaux producteurs de services

Ceux que Lemieux et coll. (1994) appellent «les producteurs de soins» constituent des acteurs centraux dans le système de santé. Les médecins sont les principaux producteurs de soins: «*Leurs relations avec les administrateurs du MSSS et du réseau définissent les caractéristiques officielles du système de soins. L'évolution du pouvoir de la profession médicale est indissociable de la transformation de ses sources de légitimité, de la spécialisation et de la technicisation de la médecine et de l'intervention de l'État dans le domaine de la santé*» (Lemieux et coll., 1994, p. 365). Au Québec, le nombre de médecins a pratiquement doublé de 1972 à 1990 (Demers, 1994); de plus, les médecins sont représentés par de puissants syndicats, la Fédération des médecins spécialistes du

Québec, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et la Fédération des médecins résidents du Québec, qui négocient directement avec le Ministre de la Santé et des services sociaux.

Le pouvoir des médecins s'exerce sur leurs patients, sur les autres professionnels et sur l'État, et se manifeste par leur degré d'autonomie et leur capacité de déterminer ce que font d'autres acteurs. La délégation des actes, par exemple de la profession médicale à la profession infirmière, moyen officialisé par le Code des professions pour favoriser la collaboration aurait donné peu de résultats, ce qui aurait rendu difficile, selon Demers (1994), le travail d'équipe et la multidisciplinarité. Les résultats du système de soins dépendraient complètement selon Lemieux et coll. (1994) des producteurs et de leurs comportements, influencés par les ressources à leur disposition, par le contexte entourant leur travail (conditions négociées) et par les pressions émanant des usagers. L'autonomie dont disposent les médecins contribuerait selon Demers à l'inefficacité du secteur de la santé. Alors que jusque dans les années 60, l'autorité médicale se fondait sur l'idée que la médecine est un sacerdoce, elle s'appuierait dorénavant selon Dussault (1974, cité par Demers), sur la compétence scientifique de ces professionnels.

Et les femmes médecins ?

Women in obstetrics are, as a group, more in philosophical agreement with their male medical colleagues than with female midwives. They are not necessarily more polite to patients or more willing to accept the patient's having a more active role in her own care. This may be due to a number of factors: the selection process of medical schools; the socialization process during medical education; psychological factors related to the choice of obstetrics as a specialization, the stress inherent in obstetrical residence programs (Litchman, 1988, p. 139).

Si on retrouve dans notre société une tendance à idéaliser le travail des professionnelles de la santé et à les considérer comme des alliées naturelles de la clientèle féminine, certains remettent en question cette manière de voir les choses, soulignant que la formation médicale conduit les femmes à assimiler les attitudes dominantes dans leur profession (Riska et Wegar, 1993; Couture, 1989). Par ailleurs, pour les auteures de *Women, Violence and Social Control*, les réseaux de femmes peuvent être des agents importants dans le système de contrôle patriarcal et le contrôle par les femmes serait particulièrement efficace, rendant souvent inutile le recours à des formes de contrôle plus répressives (Hanmer & Maynard, 1987).

Les infirmières, piliers des soins

Si les médecins constituent les producteurs de soins ayant le plus de pouvoir, les infirmières constituent la profession la plus importante en nombre dans le secteur de la santé. Au début des années 2000, l'Ordre comptait plus de 62 000 infirmières au Québec (Dallaire, O'Neill, Lessard et Normand, 2003), soit 2 000 de moins qu'en 1993 (Dallaire, O'Neill et Lessard, 1994). Ce sont les infirmières qui sont présentes 24 heures par jour, 365 jours par année, dans les centres hospitaliers. L'obstétrique ne fait pas exception. Il apparaît donc important de présenter les enjeux reliés à cette profession au cours des années ayant précédé mon étude. À cette fin, je ferai plus particulièrement référence à l'analyse faite par Dallaire, O'Neill et Lessard (1994). Avec une perspective sociopolitique, ces auteurs ont retenu cinq phénomènes préoccupants ayant touché la profession infirmière : un état de division interne, une désertion de la profession, des conditions de travail difficiles, une déqualification et une démotivation. Les mêmes auteurs, auxquels s'est ajoutée Sonia Normand pour l'édition de 2003 de l'ouvrage de Lemieux et collègues, soulignent que ces phénomènes se sont aggravés au cours des années 90.

En ce qui concerne cet état de division interne, les auteurs concluent que « *malgré des points de discordance réels et importants, les infirmières semblent beaucoup moins divisées ici qu'elles ne le sont dans certains autres pays* » (Dallaire et coll., 1994, p. 250), ce qui se manifesterait en particulier par la collaboration entre infirmières dans leur travail. Toutefois, une étude récente citée par Dallaire et coll (2003), l'étude de D'Amour, Goulet, Pineault et Daigle (2000) en périnatalité aurait révélé que les relations entre les infirmières des CLSC et les infirmières des CH sont caractérisées par un manque de confiance les unes envers les autres. Par ailleurs, Dallaire et coll. (2003) font état d'une augmentation de la collaboration entre l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec. Les quatre autres phénomènes seraient davantage préoccupants que les divisions internes de la profession infirmière.

Entre le début des années 70 et la fin des années 80, la profession infirmière est passée du 4^e au 91^e rang comme choix de carrière au Québec (Dallaire et coll., 1994, citant une enquête de l'OIIQ (1992), ce qui s'expliquerait notamment par l'éventail croissant de choix qui s'offrent aux jeunes femmes et aussi par « *le peu de considération dont elles jouissent dans le système de santé* » (Dallaire et coll., 1994, p. 252). Par ailleurs, beaucoup de nouvelles diplômées abandonnent la profession rapidement, trouvant les conditions d'exercice trop difficiles. Plusieurs infirmières se réorientent au fil des années, notamment à cause de « *l'absence de possibilité pour une infirmière d'avoir un cheminement de*

carrière clair et valorisant » (Dallaire et coll., 1994, p. 253). De plus, le nombre d'infirmières de 25 ans et moins inscrites à l'OIIQ est passé de 9 % en 1985-1986 à 4,1 % en 2001. Enfin, en 1996, 4 200 infirmières ont pris la retraite anticipée que leur offrait le gouvernement afin d'atteindre le déficit zéro. Le roulement du personnel, les coupures dans le personnel de soutien et la présence d'un nombre plus grand d'infirmières inexpérimentées constituerait « *un poids supplémentaire [...] au bloc obstétrical* » (Dallaire et coll. 2003, p. 321). La précarisation de l'emploi inquiète aussi Dussault et Dubois (2003) :

La précarisation de l'emploi [...] les infirmières sont particulièrement touchées par cette architecture d'emploi. En 1999, seulement 40 % des infirmières occupent un poste à temps complet régulier, 32 % [...] un poste à temps partiel régulier, alors que 28 % n'ont pas de poste attiré mais ont un statut de temps partiel occasionnel [...] [avec], comme corollaire [...] une augmentation importante de l'utilisation du temps supplémentaire. (Dussault et Dubois, 2003, p. 246).

Un facteur important lié à la désertion serait « *l'impossibilité d'influencer ou de modifier les politiques de soins pour le bénéficiaire* », selon des études citées par Dallaire, O'Neill et Lessard (1994, p. 262). En 1993, les auteurs prévoient qu'« *il devienne de plus en plus difficile de combler les besoins des établissements* » (Dallaire et coll., 1994, p. 255) à l'avenir. Cela s'est réalisé depuis, lorsqu'ils constatent (en 2003) la hausse du nombre d'heures supplémentaires dans les années 90 et concluent qu'« *il n'y a pas actuellement un nombre suffisant d'infirmières pour combler les besoins* » (Dallaire et coll. 2003, p. 317). De plus, les conditions de travail se sont détériorées au cours des ans, selon le MSSS (1990 cité par Dallaire et coll., 1994), en particulier suite aux coupures successives de budgets depuis le début des années 1980. La tâche des infirmières s'est alourdie, notamment à cause de l'introduction de thérapeutiques et d'appareillages technologiques de plus en plus complexes, au détriment de la qualité des soins et en particulier de la dimension relationnelle avec le patient. Elle s'est alourdie aussi car la durée de séjour en CH s'est raccourcie. En outre, de plus en plus d'infirmières travaillent à temps partiel.

La difficulté des conditions de travail entraînerait de nombreux problèmes, dont un taux de maladies professionnelles croissant et plus d'absentéisme. La diminution du personnel infirmier pourrait aussi, selon Dallaire et coll. (2003, p. 323), citant l'étude de Blegen, Goode et Reed (1998), accroître « *le nombre d'erreurs et d'effets négatifs* », donc avoir un effet sur la santé et la sécurité des patients.

Les conditions de travail des infirmières se sont détériorées et leur travail aurait connu une « *déqualification* », « *la disparition du système d'apprentissage des anciennes écoles d'infirmières en milieu hospitalier (ayant) remis en cause la perspective humaniste des soins et, avec elle, les compétences traditionnelles des infirmières* » (Dallaire et coll., 1994, p. 259), face à la fragmentation des interventions liées à la technologie. Et le rôle d'exécutante technique exigé d'elles dans l'équipe médicale ne leur permet pas de satisfaire l'idéal de leur profession. Le seul travail considéré serait le travail technique lié aux prescriptions médicales, ce qui déqualifierait en les rendant invisibles les soins infirmiers « *indépendants* ». De plus en plus, on ferait faire aux infirmières des tâches inférieures à leur qualification professionnelle. Toutefois, lorsqu'il est pratique pour l'établissement ou les médecins, comme le soir, le weekend ou la nuit, leurs « *savoirs (leur) sont miraculeusement réattribués par des administrateurs pressés de comprimer les dépenses et de rationaliser les ressources* » (Dallaire et coll., 1994, p. 260). Tous ces phénomènes ne sont pas sans avoir un effet « *démotivant* » chez les infirmières. Or une étude publiée en 2001 par Bauman et coll., citée par Dallaire et coll. (2003), démontre que le niveau de satisfaction au travail du personnel infirmier constitue « *un solide déterminant du niveau de satisfaction globale des clients* » (p. 316).

Pour Dallaire, O'Neill et Lessard, cette démotivation profonde s'articulerait autour du manque d'autonomie des infirmières. Au nom de ce que l'on a longtemps qualifié de « *vocation* », les infirmières seraient forcées d'agir « *comme si l'altruisme et l'autonomie sont des façons d'être incompatibles* ». (Dallaire et coll., (1994) citant Reverby, 1987, p. 5). Une indication de ce manque d'autonomie aurait été l'« *oubli* », selon Dallaire et coll., du législateur québécois en 1980 de définir le rôle des Directions de soins infirmiers dans la loi 27. Mais des changements législatifs positifs ultérieurs (Loi 120, 1991, création du Conseil des infirmières et infirmiers [CII]) donneraient une plus grande visibilité organisationnelle aux infirmières et leur auraient ouvert la porte à une participation accrue à la structure décisionnelle. Terminant leur analyse, Dallaire, O'Neill et Lessard soulignent que la profession d'infirmière porte les « *principaux dilemmes et paradoxes qui touchent les femmes en général dans les sociétés industrialisées de la fin du XX^e siècle* », concluant que « *le chemin qui mène pour les infirmières d'une situation d'oppression à une situation de libération est long, ardu et souvent décourageant. Mais il suffit de se retourner vers le passé pour mesurer toute la distance parcourue* » (Dallaire et coll., 1994, p. 266).

b. *La syndicalisation et le réseau de la santé*

Regroupant les professionnel-le-s de la santé, les syndicats jouent un rôle important dans le réseau de la santé. Étant donné la quantité de personnel employé par l'État, le rapport de forces entre les parties est important. Du côté des médecins, les syndicats sont nombreux et puissants et réussissent régulièrement à faire reculer le gouvernement (par exemple, le gouvernement choisit en 1990 d'expérimenter plutôt que de légaliser la profession de sage-femme (Vadeboncoeur, 1995). Du côté du personnel du réseau de la santé, les conventions collectives sont souvent présentées comme limitant la liberté d'action des gestionnaires et les grèves constituent selon Boivin (1994) une source de stress non seulement pour eux mais aussi pour les usagers. Les grèves, ou menaces de grève, peuvent se solder par l'imposition de décrets, comme celui concernant les infirmières de la région de Montréal en 1976 ou encore le gel des salaires imposé aux fonctionnaires au début des années 80, mais auquel les infirmières échappèrent en signant une entente avec le gouvernement. Pour contrer les problèmes entraînés par les grèves, le gouvernement adopte en 1986 la Loi assurant le maintien des services essentiels (Québec, 1986).

c. *Les technologies médicales*

En plus des producteurs de soins et des syndicats, la disponibilité des ressources est un facteur important du système de santé. Il va donc être brièvement question dans les lignes qui suivent des technologies médicales et de la production des soins.

On sait que depuis plusieurs années, les innovations technologiques augmentent en nombre, de plus en plus rapidement, dans nos sociétés. La technologie médicale n'échappe pas à cette tendance, ce qui n'est pas sans effet non seulement sur l'état de santé de la population mais aussi sur les budgets gouvernementaux, la pratique médicale et la sécurité de la population, selon Poulin, Landry et Battista (1994). Ils empruntent à Banta et Willems (1982), la définition suivante des technologies médicales : « *les médicaments, les appareils et instruments, les procédures médicales et chirurgicales, aussi bien que les systèmes organisationnels et de soutien à l'intérieur desquels les soins sont délivrés* » (Poulin et coll., 1994, p. 344).

Les technologies pourraient être classées en technologies reliées à des activités de prévention (ex: tests de dépistage durant la grossesse), de diagnostic (*electronic foetal monitoring* (EFM) et échographie), curatives ou thérapeutiques (ventouse, syntocinon pendant un accouchement) selon Rosenthal (1979, cité par Poulin et coll., 1994), ainsi que

palliatives et de soutien. Elles sont aussi dites de haute, moyenne ou basse intensité, catégories principalement reliées à leur coût.

Dans le domaine médical, si les technologies sont utilisées par les usagers du système de santé, et influencent leurs attentes, ce ne sont pas ces derniers qui décident d'y avoir recours, mais bien les professionnel-le-s de la santé - en autant que les gestionnaires les aient achetées. De plus, « *dans le domaine médical, la liberté de choix et la connaissance des possibilités sont très limitées pour le patient [...]* » (Poulin et coll., 1994, p. 352). Une enquête effectuée en 1992 par le Comité d'enquête sur les instruments médicaux, rapportée par Poulin et coll., a d'ailleurs montré que les Canadiens considèrent que ce sont les médecins qui peuvent le mieux les renseigner sur la sûreté et l'efficacité des équipements médicaux. Cette enquête a aussi révélé que la population connaît mal les risques réels des équipements technologiques (Poulin et coll., 1994). Aux États-Unis, c'est la *Food and Drug Administration* (FDA) qui approuve les nouveaux équipements médicaux et les classe selon les niveaux de risques qu'ils présentent.

Au Québec, le Conseil d'évaluation des technologies de la santé²¹ (CETS) a été institué en 1988 pour « *promouvoir, soutenir et produire des évaluations des technologies en santé* » (Poulin et coll., 1994, p.353). Composé d'experts indépendants, le Conseil a aussi pour objectif de « *favoriser l'utilisation des évaluations dans les décisions de tous les intervenant-e-s* » (Poulin et coll., 1994, p.353), soulignant que les avis qu'il produit doivent être distribués aux intervenant-e-s. En 1989, l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé voyait le jour. Malgré cette préoccupation des autorités pour l'évaluation des technologies médicales, il appert que « *les mesures gouvernementales visent surtout à améliorer le contrôle des coûts de services de santé (76,2 % des cas)* », l'amélioration de leur qualité n'étant pas une préoccupation importante (16,1 %) (Poulin et coll., 1994, p. 356). Ceci pourrait avoir changé depuis 1994, selon Lehoux et Battista, car

[...] l'évaluation tente d'intégrer de plus en plus les dimensions organisationnelles [...] et les dimensions sociales, éthiques et juridiques – en étant confrontée à des innovations qui posent des enjeux majeurs telles la génétique et les nouvelles technologies de l'information (Lehoux et Battista, 2003, p. 446)²².

²¹ Le CETS s'appelle maintenant l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS).

²² Et j'ajouterais « les nouvelles technologies de la reproduction ».

On constate donc que des changements ont affecté le réseau de la santé au cours des trente ans ayant précédé mon étude, tant sur le plan législatif que relativement aux professionnel-le-s qui y œuvrent, les usagères et les usagers que l'on y soigne et les ressources utilisées. Ce qui se passe dans le réseau de la santé pourrait avoir un impact sur les pratiques obstétricales.

D. Objet de la thèse

Il y a plus de 25 ans, l'on assistait au Québec – et ailleurs dans le monde – au début d'un questionnement sur les pratiques entourant l'accouchement et la naissance d'un bébé. Ce questionnement, porté par un mouvement social de réappropriation par les femmes de leur corps et de leur santé, dont la santé reproductrice, s'est amplifié dans les années 80, et poursuivi dans la décennie suivante. La réponse des autorités gouvernementales québécoises fut double : d'abord l'autorisation d'une expérimentation de la pratique sage-femme dans des projets-pilotes, les maisons de naissances, en 1990, suivie, en 1999, de la reconnaissance légale de la profession de sage-femme, et la publication de la Politique de périnatalité, en 1993, véritable changement de cap dans les objectifs et les orientations de la périnatalité. Cette politique fut malheureusement peu ou inégalement appliquée par la suite.

Du côté des établissements, plus précisément dans les départements d'obstétrique, on a réalisé au cours de ces années, des changements tant dans les lieux physiques, que dans des façons de faire, abandonnant certaines routines abondamment critiquées, réduisant les taux de certaines interventions telle l'épisiotomie et, pendant quelques années seulement, la césarienne, transformant la division ou l'organisation du travail ici et là. Depuis quelques années, on assiste cependant à une nouvelle tendance à la hausse d'interventions obstétricales importantes comme la césarienne, ou à une tendance à la diminution du taux des AVAC, ainsi qu'à une hausse importante de la péridurale, intervention qui entraîne l'application de routines et peut provoquer une hausse d'interventions telles l'administration de Syntocinon et la pose d'une ventouse ou d'un forceps.

Au Québec, les changements vers l'humanisation ne se produisirent pas sans heurts. Les associations médicales s'opposèrent par exemple au mouvement de reconnaissance légale de la pratique des sages-femmes commencé dans les années 70.

De plus, la société québécoise a connu plusieurs changements au cours des trente à quarante dernières années du XX^e siècle. Les femmes ont développé une autre vision de leur identité, de leur corps, de leur sexualité, de leur santé, de leur relation au monde des professionnel-le-s de la santé. Des tentatives de déprofessionnalisation, de détechnologisation, de revalorisation des savoirs et connaissances nés de l'expérience, de réappropriation de phénomènes désormais décrits comme « naturels » – qu'il s'agisse de l'accouchement ou de la ménopause – ont été faites. La manière dont les femmes accouchent aujourd'hui et le rôle que certaines veulent accorder aux sages-femmes et/ou aux accompagnantes témoignent de ces tentatives tantôt couronnées de succès, tantôt parsemées d'obstacles.

Le mouvement féministe a été un des mouvements sociaux les plus importants au XX^e siècle. Un de ses chevaux de bataille (on peut penser à la redéfinition de ce qui constitue le travail comme autre enjeu) fut le corps des femmes; il l'est encore. L'accouchement est donc devenu un enjeu social important alors qu'il appartenait auparavant à la sphère privée et familiale. C'est dans leur propre corps que les femmes vivent un accouchement; il s'agit donc aussi d'un enjeu personnel de taille, comme j'ai essayé de le montrer.

Parler de mouvement social et de changement met l'accent sur l'aspect « agent » de l'être humain vivant en société. Cela accentue le rôle de l'être humain comme facteur causal de l'histoire de la société. Les structures déjà en place ne restent cependant pas sans réactions devant ces demandes ou exigences de changement. Les luttes sont plus acharnées et plus longues à mener qu'on pouvait le croire au départ. Il est donc tout à fait pertinent de prendre le pouls de la situation à un moment déterminé de ce brassage-camarades, de voir empiriquement comment un accouchement se déroule de nos jours, pour ce qui nous concerne ici.

Outre les changements portés par le mouvement féministe et les femmes qui peuvent tout à fait refuser l'étiquette de féministe, le Québec a connu d'autres changements qui influent sur le cadre dans lequel se déroulent les accouchements. La création d'un système de santé géré publiquement et financé par les fonds publics fut déterminante. Ce système a dû répondre à ces demandes de changement; il y a répondu tantôt en superficie, tantôt en profondeur. S'il a introduit dans certains CH les soins intégrés, la gestion du système a peu évolué. Par ailleurs, la main-d'œuvre étant le principal facteur de production dans le domaine des services de santé, la création de ce système et ses réformes devaient être accompagnées d'une organisation de cet élément sur de nouvelles bases. C'est ce que le

Code des professions et ses modifications ont tenté d'assurer. Pour la main-d'œuvre ne faisant pas partie d'un ordre professionnel, c'est à travers ses syndicats qu'elle a pu s'adapter à ce nouveau cadre.

Les technologies sont l'autre facteur de production important dans la prestation des services de santé. L'usage de ces technologies pendant la grossesse et lors de l'accouchement fut aussi contesté par les femmes, tout comme l'ablation complète du sein comme mode de traitement du cancer ou maintenant l'hormonothérapie lors de la ménopause. Cette contestation a réussi à mettre en évidence le caractère arbitraire de certaines technologies ou techniques. À tous égards, les variations importantes qui demeurent quant à l'utilisation de procédés sur lesquels des données sont colligées, incitent à la réflexion, car les technologies ne sont pas sans effet sur la santé et le bien-être des usagères et des usagers.

Alors que la réforme du début des années 90 situait ces usagers (aussi appelé « citoyens ») au cœur de ses objectifs, il m'est apparu pertinent au tournant au millénaire et à la veille de l'introduction des sages-femmes dans le réseau hospitalier, d'aller examiner comment les accouchements s'y déroulent, environ vingt-cinq ans après les premières manifestations d'insatisfaction relatives aux pratiques obstétricales.

Je retiens donc les questions suivantes, auxquelles mon étude tentera de répondre :

- Comment se déroule un accouchement en centre hospitalier au Québec en l'an 2000 ?
- Comment les femmes en travail sont-elles traitées par les intervenant-e-s ?
- Jusqu'où est-on allé dans les établissements québécois en ce qui concerne l'humanisation de la naissance réclamée par des femmes et des groupes de femmes au début des années 80 ?
- Comment les contextes structurel et culturel entourant les pratiques obstétricales permettent-ils de mieux comprendre les comportements des intervenant-e-s pendant un accouchement ainsi que les réactions des femmes ?

CHAPITRE 2 – LA MÉTHODOLOGIE : ETHNOGRAPHIE D'UN DÉPARTEMENT D'OBSTÉTRIQUE AUX PRATIQUES PROGRESSISTES

Cette étude a pour objectif d'examiner comment se déroule l'accouchement au Québec à l'aube du XXI^e siècle, et ce, notamment, en regard des demandes des femmes et groupes de femmes présentées au cours des décennies antérieures.

A. Choix du devis de recherche

a. Une étude de cas

L'étude de cas permet de saisir certaines questions relatives aux transformations sociales et culturelles, car on peut appréhender la culture et les mécanismes sociaux en action à partir des phénomènes « normaux », routiniers, qui, sans être extrêmes ou exceptionnels se révèlent d'excellents fils conducteurs pour l'analyse de plusieurs aspects de la société. (Pirès, 1997, p. 151)

Cette étude aurait pu être une enquête, par exemple auprès de femmes ayant mis au monde un enfant, ou bien auprès des différents intervenant-e-s qui les assistent, ou encore auprès de ces deux groupes. Cette enquête aurait pu être une étude quantitative, utilisant un questionnaire. J'ai plutôt choisi, conseillée par ma directrice de thèse et des chercheur-e-s, de faire une étude de cas dans un milieu où les femmes donnent naissance. Ce choix répond aux critères indiquant, selon Yin (1994), le recours à l'étude de cas : 1) quand les questions de recherche débutent par « comment » ou « pourquoi », 2) quand le chercheur n'a que peu ou pas de contrôle sur les événements et 3) quand on veut étudier un phénomène contemporain dans son contexte réel et que les frontières entre le phénomène et ce contexte ne sont pas évidentes.

b. Une étude ethnographique

Il s'agit plus précisément d'une étude ethnographique qui s'inscrit dans la tendance moderne d'étudier sa propre société, et non, comme cela se faisait traditionnellement, d'étudier d'autres cultures ou des contrées très différentes de la sienne. Ce chapitre vise donc à donner une description détaillée de la conduite de cette étude, de manière à établir ce que l'on appelle en anglais « *a decision trail* » permettant d'avoir une image la plus fidèle possible du déroulement de cette étude et des choix qui ont été faits au cours des différentes étapes.

L'approche ethnographique convient ici pour plusieurs raisons. D'abord parce que peu d'études de ce type concernent l'accouchement. Quelques-unes datent des années 70 ou

80 : Laurendeau, 1978, au Québec; Kirkham, 1987, en Angleterre; d'autres, des années 90 : Hunt & Symonds, 1995, en Angleterre; Paré, 1998, en France. Ensuite, parce que cette approche me permet d'interviewer des gens, soit d'effectuer « *une exploration de la perspective des acteurs sociaux [...] [qui] ouvrirait la porte à une compréhension et une connaissance de l'intérieur des dilemmes et des enjeux auxquels [ils] font face* » (Poupart, 1997, p. 174). Elle permet par ailleurs d'observer dans un contexte réel les pratiques entourant l'accouchement, ce qui me semble la meilleure approche pour atteindre l'objectif de cette étude et répondre aux questions posées. Et enfin parce qu'utiliser un tel devis est aussi favorable à la compréhension du sujet de recherche.

Cette forme de recherche est nouvelle pour moi, ma maîtrise et mon expérience professionnelle étant situées dans le domaine de la santé publique. Ce devis de recherche n'est pas aisé à réaliser, selon Lareau (1996), en particulier lorsqu'il s'agit de la phase d'analyse des données. De plus, toujours selon Lareau, les études interprétatives des sciences humaines sont avares de description du processus de recherche, notamment sur les « erreurs » commises par les chercheurs. Elle souligne que le silence entourant le processus de recherche entraîne des distorsions dans celui-ci et, ultimement, isole les chercheur-e-s en formation, ajoutant que si les étudiants savent où ils s'en vont, la manière d'atteindre leur but est mal comprise. Je vais donc dans ce chapitre tenter de décrire avec le plus de transparence possible et de manière détaillée la conduite de l'étude faisant l'objet de cette thèse.

Comme je désirais étudier où en sont les pratiques entourant l'accouchement dans les établissements québécois, je décide d'abord de choisir²³ plus d'un site, afin de les comparer. Je me propose de choisir un site où les pratiques sont dites progressistes, et un autre où les pratiques sont dites plus traditionnelles.

B. Choix du site

a Les démarches préalables au choix

Le choix d'un site constitue un échantillonnage de type « *de milieu* », selon Pirès (1997, p. 136). Désirant observer les pratiques « ordinaires » de l'obstétrique, donc auprès d'une clientèle qui n'est pas à risque de problèmes particuliers durant l'accouchement, je décide

²³ Dans les études de cas, la sélection adéquate est selon Miles et Huberman (1994) ce qu'il y a de plus important. Et Stake (1994) renchérit (p. 243) « *Understanding the critical phenomenon may depend on choosing the case well [...] take that case from which we feel we can learn the most* ».

d'abord de mener mon étude dans des centres hospitaliers²⁴. Idéalement, j'aurais préféré des sites où non seulement des médecins exerçaient, mais aussi des sages-femmes. Malheureusement, au moment de réaliser cette étude (en l'an 2000) et encore aujourd'hui (janvier 2004), aucune sage-femme n'a obtenu le droit d'exercer en centre hospitalier (CH). Pour choisir les sites hospitaliers, j'effectue deux démarches : d'abord une mini-enquête sur le statut (niveau de soins, CH affilié ou non à une université, CH universitaire) et les statistiques (nombre d'accouchements et taux d'interventions obstétricales) d'une trentaine de CH provenant de cinq régions administratives du Québec (sources : MSSS – Statistiques et le CMQ : Ménard, 1999). Puis je sélectionne seize CH pour éviter que la distance entre le lieu où je résiderais et les CH choisis ne dépasse une heure de trajet en voiture, approximativement. Je fais ensuite, sans dévoiler le but de l'enquête²⁵ pour ne pas influencer les réponses, des appels téléphoniques auprès des infirmières-chefs des départements d'obstétrique de ces CH. Je m'enquiers des lieux où les femmes accouchent (salle d'accouchement, chambre de naissance, chambre de maternité), des routines lors du travail et de la naissance du bébé, en m'inspirant de questions de la dernière enquête de l'ICSI auprès des départements d'obstétrique canadiens (Levitt et Hanvey, 1995) (voir la grille à l'annexe I). Par ailleurs, comme je désire étudier les pratiques « ordinaires » entourant l'accouchement, je décide d'éliminer les centres spécialisés de niveau III²⁶ qui comptent parmi leur clientèle une bonne proportion de femmes dont la grossesse est qualifiée d'« à risques élevés » et dont l'accouchement peut exiger des mesures particulières. Ceci élimine cinq autres CH. J'élimine aussi les CH de plus de 3 000 accouchements par année. Je veux des CH représentatifs d'endroits où la majorité des Québécoises accouchent chaque année. (Selon Masson et Landry, 1998, plus des deux tiers des femmes accouchent dans des CH avec moins de 3000 accouchements annuels).

²⁴ Une fois la collecte de données commencée, j'entrepris cependant des démarches auprès d'une maison de naissances, car je trouvais intéressant de comparer les pratiques en CH et en maison de naissances. Malheureusement, ces démarches n'ont pas abouti. Une des raisons de cela a pu être la nécessité nouvelle pour la maison de naissances de superviser des étudiantes sages-femmes. Je rappelle qu'il est fréquent en recherche qualitative de procéder à des modifications du plan de recherche original, modifications suggérées par le déroulement de l'étude.

²⁵ J'utilise comme raison la préparation d'une conférence sur l'évolution de l'obstétrique, que je dois donner dans l'année (2000) en Écosse, lors d'un colloque international de chercheur-e-s s'intéressant aux soins entourant la maternité (Vadeboncoeur, 2000).

²⁶ C'est le docteur Ménard, du Collège des médecins du Québec, qui me précise en 1999 à quel niveau de soins appartenaient les centres hospitaliers.

b. Le choix des sites

Finalement, parmi neuf CH finalement sélectionnés, je retiens deux CH de niveau II de soins (soins ordinaires et un peu spécialisés, présence d'omnipraticien-ne-s, d'obstétricien-ne-s-gynécologues et de pédiatre, avec de 500 à 3 000 accouchements par année : l'un parmi les CH ayant des pratiques les plus progressistes, et l'autre ayant des pratiques parmi les plus traditionnelles, selon la perspective de l'enquête de l'ICSI. Un CH progressiste (l'ICSI parle de « soins centrés sur la famille ») a des taux d'interventions peu élevés, sous la moyenne québécoise par exemple; on y favorise la mobilité des femmes, on leur permet de boire, elles n'ont pas de soluté, ni de monitoring électronique continu; on y trouve minimalement des chambres de naissances, sinon des chambres de maternité (accouchement et séjour dans le même lieux) et de l'équipement alternatif tels bains tourbillons, gros ballons, chaises de massage.

Je retiens aussi deux autres CH, similaires, au cas où les premiers n'accepteraient pas qu'une étude soit menée dans leur département d'obstétrique. Je valide les résultats obtenus auprès de deux organismes promouvant l'humanisation des pratiques entourant la naissance, le Regroupement Naissance-Renaissance et Alternative-Naissance. Je les valide aussi auprès d'une dizaine d'accompagnantes, au cours d'appels téléphoniques, leur demandant de classer selon cette perspective les CH où elles vont (ou refusent d'aller, ajoutent certaines) avec leur clientèle, sans évidemment qu'il soit question de l'enquête préalable ni de l'étude que je projette de faire. Les résultats entre ma sélection et ce feedback concordent très bien, c'est-à-dire que les sites retenus illustrant les deux pôles de la pratique obstétricale, soit le pôle progressiste et le pôle traditionnel, sont aussi identifiés ainsi par ces organismes et accompagnantes, ce qui valide mon cheminement de sélection de sites.

C. Conduite de l'étude sur le terrain : avril 2000 à octobre 2001

Le travail sur le terrain s'étend d'avril 2000, moment où la demande à l'établissement est faite, à octobre 2001, moment des dernières entrevues (sauf une exception, qui eut lieu en 2003, pour une raison que j'expliquerai plus loin).

a. L'entrée sur le terrain

« L'entrée sur le terrain est [...] colorée par un ensemble de variations individuelles [...] et collectives » (Bélisle, 2001)

Je décide de commencer mon étude par le CH où les pratiques sont progressistes²⁷. Ce site réputé pour ses pratiques d'avant-garde constitue un cas qui me semble riche, en regard de mon objectif et de mes questions de recherche. Cela me permettrait plus, selon les mots de Pirès, d'apprendre avec le cas choisi. (Pirès, 1997).

L'approche auprès du CH commence en avril 2000, et la réponse – positive – arrive le mois de septembre suivant. Il faut obtenir l'acceptation des instances décisionnelles suivantes : le Directeur des services professionnels (DSP), le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), le médecin chef d'obstétrique, la Direction des soins infirmiers (DSI), le comité d'éthique de l'hôpital, etc. Finalement, fin septembre, je peux commencer ma recherche. L'accueil par le milieu et la collaboration du personnel sont excellents. On me fait faire le tour des lieux, on me fournit un casier, j'ai accès à des renseignements sur le nombre et la qualification du personnel infirmier. Chaque membre du personnel reçoit des documents (annexe II) présentant le projet de recherche, me présentant, incluant la lettre d'acceptation du DSP, le formulaire de consentement à l'intention de la clientèle et une photocopie du certificat d'éthique du Comité d'éthique de la recherche de l'Université de Montréal. On me présente aux différent-e-s intervenant-e-s et je présente mon projet aux médecins et aux infirmières réunis un matin, lors du changement de quart de travail. Pour la chercheuse novice que je suis, cet épisode restera à jamais gravé dans ma mémoire. J'arrive en effet à la réunion 15 minutes en retard, car d'une part, dans mon énervement, je rate deux fois une sortie que je devais prendre en chemin, un trajet nouveau pour moi, et je ne peux avertir l'hôpital de mon retard puisque je n'ai pas mis en fonction, ne sachant trop comment faire, le cellulaire tout neuf que je viens d'acquérir pour la période du travail sur le terrain. C'est donc une chercheuse quelque peu échevelée et stressée qui paraît dans le cadre de porte de la salle de conférence où elle doit présenter son projet de recherche. Heureusement, ma directrice de thèse, présente à l'heure, a commencé à dire quelques mots de ce projet.

L'auditoire, bon prince, manifeste de l'intérêt envers mon projet, et pose aussi des questions sur mon cheminement professionnel. Un médecin me demande en effet si je suis l'auteure d'un livre sur l'accouchement vaginal après césarienne (AVAC) – c'est un milieu où il se fait relativement beaucoup d'AVAC – et un autre veut savoir si j'ai travaillé

²⁷ Désormais, j'utiliserai les termes « pratiques progressistes » mais le lecteur ou la lectrice devra comprendre que les acteurs sociaux (et non moi) désignent ainsi ce milieu.

au dossier de la légalisation des sages-femmes. Les deux réponses sont affirmatives²⁸. Je prends alors conscience du bagage avec lequel j'arrive et qui est susceptible de colorer la perception du milieu à mon égard. Je m'engage, lors de cette rencontre, à aller présenter, une fois la thèse terminée, les résultats de mon étude.

J'entreprends donc de mener l'étude dans le CH choisi.

b. La collecte de données : septembre 2000 à octobre 2001

Une étude de type ethnographique fait appel à de multiples sources de données. Vu mes questions de recherche, je décide de faire – outre le travail d'observation générale et de consultation de documents – des observations d'accouchements et des entrevues. Je décide de faire les observations générales et les observations d'accouchements avant les entrevues avec les intervenant-e-s, parce qu'il m'apparaît important d'acquérir une connaissance du milieu et d'observer des accouchements auparavant, afin notamment de pouvoir poser des questions plus éclairées.

Le recrutement des participantes (femmes qui vont accoucher)

Afin d'observer l'obstétrique « ordinaire », ce qui est mon objectif, je veux recruter des femmes dont ni la grossesse ni l'accouchement ne présentent de risques particuliers, selon la classification en vigueur en obstétrique – donc où on ne devrait pas prendre de mesures particulières lors de l'accouchement. Il doit aussi s'agir de femmes de 18 ans et plus, qui parlent et comprennent le français ou l'anglais, afin de pouvoir mener des entrevues et noter ce qu'elles diraient pendant l'observation. Il me faut de plus, pour des raisons éthiques, recruter les éventuelles participantes non pas pendant le travail, mais avant leur accouchement²⁹. Le centre hospitalier a demandé que je leur fasse signer un formulaire de consentement éclairé (voir Annexe III).

²⁸ En 1989, à titre d'« usagère », je publiai chez Québec-Amérique l'ouvrage *Une autre césarienne ? Non merci*, destiné à faire connaître cette option – l'AVAC - peu connue des femmes et des couples du Québec, suite à deux conférences-consensus sur la césarienne tenues respectivement en 1980 et en 1985 en Amérique du Nord (McMaster University, 1985; US Department of Health, 1981). Par ailleurs, entre 1990 et 1995, j'ai travaillé dans différentes institutions du réseau de la santé à l'élaboration et au soutien de maisons de naissances (CRSSS (1990), deux CLSC (1991) et le MSSS (1992-1995).

²⁹ Il y eut des études où l'on recrutait les femmes à l'hôpital en travail. Cela se fait malheureusement encore (j'ai eu vent d'une telle étude récemment au Québec, et certaines études ethnographiques européennes procèdent encore ainsi), mais l'éthique veut qu'on leur demande plutôt pendant leur grossesse si elles acceptent de participer à une recherche portant sur l'accouchement, pour qu'elles aient d'une part le temps de réfléchir à l'information qu'on leur donne et d'autre part pour qu'elles ne sentent une pression de la part de l'établissement lorsqu'elles sont

J'obtiens l'aide du département d'obstétrique pour le recrutement. On me donne accès aux dossiers des femmes (résumés de dossiers que le CH conserve en prévision des accouchements à venir) et à la liste des participantes aux visites de groupe des lieux. Un médecin³⁰ offre de recruter parmi sa clientèle. Je rencontre aussi l'infirmière responsable de la clinique de périnatalité. J'obtiens d'être présente pendant des visites guidées du département d'obstétrique et de téléphoner aux participantes³¹ potentielles. Je peux aussi assister à des cours prénataux d'un CLSC voisin.

Le recrutement des participantes, effectué en octobre, novembre et début décembre, s'avère difficile. J'obtiens six ou sept refus pour un « oui », la raison principale des refus étant le désir des femmes de vivre cet événement uniquement en compagnie de leur conjoint et non d'une observatrice. Je note alors dans mon journal de bord « *c'est un moment si important dans la vie d'un couple, on n'a pas nécessairement le goût de voir quelqu'un là qui, en plus, observe !* ». Je comprends comme femme ce désir légitime (j'aurais probablement réagi ainsi à mon premier accouchement), mais sa fréquence ne facilite pas la vie de la chercheuse ! La difficulté de recrutement des participantes me donne cependant l'occasion d'explorer plusieurs avenues, ce qui me permet de mieux connaître le milieu et même les liens qu'il entretient à l'extérieur, par exemple avec le ou les CLSC environnants. Le fait d'avoir assisté à une rencontre prénatale à un CLSC me renseigne sur l'influence possible de ces rencontres sur le déroulement d'un accouchement.

Les observations d'accouchements – octobre à décembre 2000

Finalement, quatorze femmes acceptent ma présence comme observatrice pendant leur travail et leur accouchement. Je n'ai pu observer l'accouchement d'une de ces participantes qui a eu une césarienne planifiée (le bébé se présentait par le siège) sans que je n'en sois avertie. Le hasard (heureux hasard favorisant la diversité des sujets !) fait

en travail, de sorte qu'elles puissent donner, si elles le désirent alors, un consentement libre et éclairé.

³⁰ Je fus touchée par l'intérêt de ce médecin envers mon étude, mais cela provoqua un malentendu, la cliente qu'il recruta ayant compris que je n'observerais que la naissance du bébé.

³¹ « Participante » sera le mot que j'utiliserai généralement – parfois j'emploierai le terme scientifique, parturiente, lorsqu'il sera question plus précisément du travail et de l'accouchement – pour désigner les femmes ayant accepté ma présence durant leur travail et la naissance de leur bébé. Par ailleurs, j'utiliserai « intervenant-e-s » pour désigner les médecins ou infirmières ayant ou non accepté d'être interviewées, et l'expression « accompagnantes' pour désigner les femmes que certaines participantes avaient engagées pour être à leurs côtés pendant l'accouchement.

que les caractéristiques³² des participantes sont très variées. Les participantes sont âgées de 22 à 40 ans; la moitié attendent leur premier enfant; la moitié sont suivies par des omnipraticien-ne-s (l'autre moitié par des obstétricien-ne-s-gynécologues); trois sont d'origine étrangère et trois ont engagé une accompagnante. Toutes sauf une sont en couple. En plus des quatorze participantes, j'ai aussi l'occasion d'observer d'autres femmes en travail, dont deux pendant l'observation continue d'une infirmière (différente) lors de deux quarts de travail, ainsi que la naissance de jumeaux. Je limite l'observation à une quinzaine d'accouchements d'une part à cause des facteurs suivants : 1) la difficulté du recrutement, qui s'étira sur plus de deux mois; 2) la diversité des participantes qui constitue un atout dans cette étude qualitative, et enfin, comme je le constate au fil des observations, 3) le déroulement de leur accouchement, ce qui me fait atteindre le critère de saturation de l'« échantillonnage³³ », ce qui voulait dire que j'avais atteint une diversité sur plusieurs plans. D'autre part l'analyse et les résultats commencés en cours de travail militent en faveur de ce nombre. Enfin, un autre facteur joue un rôle dans cette décision : les observations d'accouchements sont une technique de recherche exigeante en termes de temps et d'énergie investis; l'hiver est bien entamé une fois le total des 16 observations faites, rendant plus difficiles mes déplacements.

Je demande à l'infirmière-chef (qui transmet la consigne) que l'on m'appelle lorsque les participantes de l'étude sont admises au département. J'obtiens qu'on annexe au dossier des participantes la feuille signée de consentement éclairé, en couleur pour qu'elle soit facilement reconnue par le personnel et que l'on m'appelle. Souvent, c'est l'infirmière responsable de la participante qui me téléphone. Il est important - pour l'étude des pratiques entourant l'accouchement et pour mieux comprendre le contexte dans lequel il se déroule - que je puisse observer le plus tôt possible³⁴ durant la phase de travail après l'admission d'une parturiente. Cela me cause un certain stress d'être parfois ralentie, sinon presque immobilisée, par la circulation quand je me rends à l'hôpital aux heures de pointe. Je finis par explorer toutes les avenues moins achalandées. Il arrive aussi que je suis déjà sur place, à faire de l'observation générale, quand une participante se présente en travail. Je décide aussi de porter à l'hôpital des vêtements civils, et non un sarrau, que certains

³² On trouvera ces données au tableau V, au début du chapitre 4.

³³ Que l'on me pardonne cette expression qui m'horripile en ce qui concerne les êtres humains, mais que l'on utilise en recherche; j'en limiterai l'usage le plus possible.

³⁴ Le fait que le trajet pouvait être assez long pour me rendre sur le site a un peu nui à la possibilité que je sois présente tôt après l'admission. Si je refaisais l'étude, je ferais en sorte de choisir un site plus proche, soit de demeurer dans ses environs.

chercheur-e-s choisissent pour passer plus facilement inaperçus dans les milieux d'études. Étant donné que ce n'est pas un gros CH, je ne juge pas cela nécessaire, d'autant plus que la collaboration du milieu est bonne.

Je m'étais fixé comme objectif d'observer des accouchements autant que possible pendant tous les quarts de travail, durant la semaine et durant le weekend, avec des médecins omnipraticien-ne-s et des médecins obstétriciens-gynécologues. C'est ce qui se produit heureusement. Le hasard fait aussi que le déroulement des accouchements est très varié (voir le tableau sur la diversité des accouchements, quelques pages plus loin). Certains accouchements sont très rapides, d'autres très longs, la durée d'observation variant entre 25 minutes et 14 heures, pour un total de 91 heures d'observation d'accouchements (6, 7 heures en moyenne par accouchement). Je fais la plupart des observations le jour et le soir, mais certaines ont lieu pendant la nuit, car les bébés ont leur idée personnelle sur le moment approprié de venir au monde !

Pour faire les observations d'accouchements, je me suis inspirée des écrits de Spradley (1980). J'observe ainsi l'espace (de la chambre, l'occupation des lieux par les personnes, les objets), les acteur-e-s (les personnes sur les lieux, leurs titres, si elles se présentent ou non, etc.), les activités (ce que les gens font et leur attitude en le faisant (pressée, détendue, etc.)). J'observe aussi à l'extérieur de la chambre, suivant le couple lorsqu'il va se promener dans le corridor et à quelques rares occasions dans la salle de bain tourbillon, préférant leur laisser l'intimité dans cet espace plutôt restreint.

Les observations de la quinzaine d'accouchements s'étendent d'octobre à la fin de décembre. En général, quelques jours s'écoulent entre deux accouchements, mais, une fois, j'observe trois accouchements en deux jours et une autre fois, deux en deux jours. Plusieurs accouchements s'étendent sur plus d'un quart de travail (de huit heures chacun), donc j'ai l'occasion d'observer plus d'une infirmière par accouchement (sans compter les remplaçantes lors des pauses) et j'observe parfois – mais beaucoup plus rarement – plus d'un médecin.

Je décide de ne pas utiliser de grille systématique d'observation et de faire plutôt de l'observation peu structurée, étant donné l'objectif de mon étude. Selltiz et coll. (1977) sont aussi d'avis que ce type d'observation convient mieux dans une perspective inductive de recherche, comme la mienne, car je ne vérifie pas d'hypothèse ou de théorie. J'essaie donc, au cours de mes observations d'accouchements, de noter tout ce que je vois et entends, étant donné la nature générale de mes questions de recherche. Cependant,

comme le focus de mon étude porte sur les pratiques entourant l'accouchement, j'accorde une attention particulière lors de ces observations centrées sur les acteur-e-s à deux éléments : 1) les interactions (ce qui est dit, par qui, comment, quand, et certaines manifestations non verbales à partir desquelles je peux faire de l'inférence (par exemple : un air inquiet, ou excédé, etc.) entre les intervenant-e-s et les parturientes, et 2) les interventions en lien avec le travail et l'accouchement : ce qui est fait, par qui, à quel moment, selon quel motif apparent, suite ou non à un consentement, éclairé ou non, le fait d'offrir l'intervention ou de répondre à une demande, etc. Je prends des notes au fur et à mesure sur le déroulement de l'accouchement, soit ce que Seltiz et coll. (1977) appellent des « notes-échantillons », une description des comportements dans leur contexte et selon l'ordre original, comprenant des inférences s'il y avait lieu. Au cours de mes observations, j'apprends à noter l'heure, ce que je ne faisais pas au début. Je note aussi les circonstances entourant l'accouchement que j'observe, par exemple l'achalandage sur le département (en termes de clientèle), tel que révélé par les tableaux des femmes en travail et de l'occupation des chambres, ou encore si le personnel semble détendu, pressé, etc. (pas les individus mais l'impression générale ce jour-là ou ce soir-là). Je prends note aussi de la présence auprès de la femme en travail de son conjoint ou d'une autre personne (mère, amie, accompagnante).

L'aspect technique des observations est relativement facile, car je suis habituée à prendre des notes rapidement (huit ans sans interruptions d'études supérieures constituent un bon entraînement !). Une ou deux fois cependant, je me trouve dans la pénombre presque totale sinon totale, lors d'accouchements où il y a une accompagnante : chose étrange, mon écriture demeure lisible ! Je m'assoie dans un endroit où je ne nuirai pas aux allées et venues du personnel, soit dans l'entrée de la chambre ou dans un coin. De plus, je change parfois de place lors de certains accouchements, car je n'entends pas toujours toutes les paroles lors de mes toutes premières observations. Et parfois, je me déplace pour mieux voir. Au début, je trouve un peu intimidant d'être proche, lors de la naissance du bébé. Parfois – en particulier lorsque l'accouchement est long – je fais une pause, pour aller manger une bouchée, ou pour aller aux toilettes. Ou alors je sors lorsque le couple va marcher ou va dans le bain tourbillon. Il m'arrive aussi de leur demander s'ils veulent être seuls un moment, car je suis consciente que ce besoin peut surgir, lorsqu'on est en travail. Mais en général, à part les pauses que je prends, je demeure toujours dans la chambre, même lorsque des complications de l'accouchement ont lieu. Jamais je n'ai senti alors que le personnel voulait que je sorte. À une occasion cependant, un anesthésiste sur le point d'administrer une péridurale intime l'ordre à tout le monde (les non-intervenant-e-s) de

sortir, mais je décide que cela ne s'adresse pas à moi, et il ne semble pas s'en formaliser. L'accompagnante, qui est présente, obtempère cependant.

J'ai par ailleurs senti que quelques intervenant-e-s – mais pas la majorité – semblent un peu mal à l'aise de me voir dans la chambre, en particulier au tout début de mon travail sur le terrain. Mais ils s'habituent à ma présence, à mesure que l'intensité de l'accouchement progresse. En général, j'ai senti une ouverture à ma présence, de la part du personnel et des infirmières cadres, qui se manifeste par des paroles amicales, une grande collaboration pour le recrutement, pour la consultation de documents, par des conversations informelles ici et là et par une invitation à me joindre à elles pendant les repas. Au cours des accouchements, des infirmières manifestent leur curiosité relativement à ce que j'écris, s'étonnant que je réussisse à écrire autant. L'une d'elles jette un coup d'œil en passant sur ce que j'écris. Quand elles me demandent ce que je note, je réponds : « *Ce qui se passe, le déroulement de l'accouchement* ».

Quant aux médecins, qui arrivent généralement pendant la poussée, ils sont parfois un peu surpris de me voir dans la chambre, même s'ils savent à l'avance que leur cliente participe à mon étude. Étant donné la brièveté de leur passage lors de l'accouchement, mes échanges avec eux demeurent limités. Comme j'ai recruté leur cliente directement et non en passant par leur bureau (comme cela se fait souvent, notamment lors d'une étude multi-centre québécoise dirigée par le docteur William Fraser et publiée en 1997 à laquelle je participai en 1994), le médecin se trouve en quelque sorte devant le fait accompli; cependant, c'est ce qui avait été convenu avec le médecin-chef, qui préférait ne pas imposer la charge additionnelle du recrutement à ses collègues. Par contre, l'infirmière a le choix de demander à l'assistante-infirmière-chef d'être assignée à une autre parturiente, si elle voit que celle-ci participait à l'étude et qu'elle préfère ne pas être impliquée. L'infirmière-chef et moi avons convenu de cette manière de procéder, afin de laisser aux infirmières cette liberté de « participer », en quelque sorte, ou non à l'étude.

En outre, en général, ayant moi-même accouché et ayant assisté à l'accouchement d'une amie, je me sens à l'aise pendant les observations d'accouchements, mais ceci est aussi modulé par l'attitude de la femme ou du couple à mon égard (plus ou moins réservée, par exemple), par le temps que dure l'accouchement et parfois par certaines situations : c'est ainsi que j'observe une séance de stimulation des mamelons³⁵ de sa conjointe en travail

³⁵ La stimulation des mamelons, qui favorise les contractions utérines, est un moyen encouragé dans le milieu. Elle a fait l'objet d'études, qui soulignent la réduction de la durée du travail et un

par un mari consciencieux et ceci, bien involontairement, car je suis placée de telle sorte que j'aurais dérangé si j'avais demandé à sortir. Pour respecter leur intimité, je choisis alors de fermer les yeux.

Certaines observations d'accouchement sont courtes, mais d'autres sont longues et il m'arrive à une ou deux reprises de dormir à l'hôpital, pendant que la femme en travail dort elle-même, avant d'être en travail actif. On me « prête » alors une chambre inoccupée.

Pendant les observations d'accouchements, j'échange peu de paroles avec la femme ou le couple, sauf si cela vient d'eux. Parfois, je m'enquiers de quelque chose (si c'est leur premier accouchement, etc.). J'ai la même attitude avec le personnel. Cependant je m'arrange pour savoir de l'infirmière ce qui a eu lieu préalablement à mon arrivée, à quel moment la parturiente est arrivée, où en était rendue l'ouverture du col utérin de celle-ci, si une intervention a eu lieu, etc. Pendant l'observation des accouchements, je veux me faire la plus discrète possible, pour ne pas nuire, pour respecter l'événement en train de progresser devant mes yeux. Je préviens lorsque je m'absente, je frappe à la porte de la chambre avant d'entrer. Certaines participantes m'ont demandé après coup si j'étais là, prises par l'intensité de l'événement. Parfois, je rends service au personnel en allant prévenir tel-le intervenant-e, en apportant un objet dont on avait besoin, mais pour éviter que cela ne devienne systématique et nuise à ce que je fais, je prends assidûment des notes afin notamment qu'on ne me perçoive pas comme disponible pour faire autre chose; j'ai décidé par contre d'aller avertir que le cœur d'un bébé éprouvait des difficultés (lorsque cela se produit, une fois), en l'absence des intervenant-e-s, car les parents ne s'en étaient pas aperçus et qu'évidemment le bien-être de la mère et de son bébé ont priorité sur la recherche.

Et lorsque la femme ou son conjoint me pose une question, pendant l'observation, je peux y répondre le plus brièvement et honnêtement possible – selon la question – sinon je leur suggère de demander à l'intervenant-e ou je dis que je vais me renseigner. L'auteure d'une étude ethnographique sur l'accouchement et le soutien, Mavis Kirkham, procéda ainsi lors de ses observations d'accouchements dans le cadre de sa thèse *Basic Supportive Care in Labour: Interaction with and around women in labour* (1987). Une étude ethnographique, je le rappelle, est l'étude d'un milieu de vie, faite auprès d'êtres humains. Tout ne peut (et heureusement) se dérouler comme en laboratoire.

taux moindre d'hémorragies en post-partum, mais la sécurité de cette intervention n'a pas encore été établie avec certitude (Enkin et coll., 2000)

La nature de l'événement – l'accouchement – me fait par ailleurs vivre différentes émotions. Je ressens de l'admiration pour ces femmes en travail, traversant courageusement les contractions douloureuses, trouvant en elles-mêmes les ressources nécessaires pour continuer, malgré parfois la longueur du travail, la fatigue ressentie, le découragement. Et j'en ressens pour des conjoints, très présents et aidant leur compagne. En compagnie du couple, je ressens aussi de la joie, lorsque le travail progresse, qu'une étape est franchie et parfois une grande émotion m'envahit lors de la naissance du bébé, un événement qui demeure impressionnant et qui m'émeut toujours autant. Je ressens aussi de l'admiration envers les infirmières qui offrent un accompagnement aux participantes, ou envers les accompagnantes. J'éprouve de la tristesse aussi, lorsqu'un accouchement par exemple s'achève par une césarienne, et que les parents sont déçus. Et il m'arrive de ressentir de la colère, lorsque, à mon avis, certaines interventions sont faites par routine ou semblent non justifiées par la situation. Je trouve difficile à l'occasion de ne pas réagir, mais j'y arrive, étant là comme chercheuse³⁶ avant tout.

Pour m'aider relativement à ce que je vis et y voir plus clair, je tiens pendant un certain temps un journal personnel³⁷, dans lequel j'écris tout de suite après être sortie de l'hôpital, dans ma voiture, ou que je dicte en retournant chez moi, dans une enregistreuse, suivant la suggestion de ma directrice de thèse. Je m'ouvre aussi de ce que je vis à ma directrice ou à mon conjoint, homme empathique et patient. Comme le souligne Reinharz, sociologue humaniste qui m'a influencée dans la conduite de mon étude, dans *On Becoming a Social Scientist*, « *researchers' feelings toward the people we study do arise and must be understood not only as an influence on the findings but as a human product of a project, an outcome in its own right* » (Reinharz, 1991, p. 312). L'auteure ajoute que l'auto-observation par la chercheuse de ses réactions est une source de données qui est souvent négligée et que dans le cas d'une étude en milieu hospitalier, il importe de reconnaître les émotions et sentiments qu'elle fait surgir, et non, comme elle le faisait, de les ignorer : « *In a continuous struggle I tried to squelch my feelings and to ignore distress, joy or fear- in other words to deny totally the hospital's effects* » (Reinharz, 1991, p. 212). Pour ma part, j'ai tenté de me servir de mes réactions à ce qui se passait comme une des sources d'éclairage relativement à l'angle d'analyse de ma thèse, dont il sera question plus loin.

³⁶ Voir plus loin la section Validité et fiabilité de l'étude

³⁷ Je l'ai fait surtout suite aux premières observations d'accouchements, quand leur fréquence et ce que j'avais à faire me prenaient moins de temps.

Les observations générales – automne/hiver 2000/2001

Outre les observations d'accouchements, je passe aussi plusieurs journées ou soirées au département, à faire de l'observation générale, au cours de seize visites à l'hôpital d'une durée d'au moins quelques heures chacune (voir à l'annexe II la liste des rapports d'observation³⁸ avec leur objet). Approximativement une soixantaine d'heures sont ainsi consacrées à de telles observations. Je consulte par exemple des documents auxquels on m'a généreusement donné accès, comme les cahiers de description de tâches, les cahiers de protocoles de soins, les cahiers de formation, les formulaires vierges. J'assiste à diverses activités, comme la remise du rapport entre deux quarts de travail, une réunion scientifique, quelques heures de formation à l'accompagnement. J'observe deux infirmières lors de leur quart de travail. Je converse ici et là avec le personnel, infirmières, médecins, infirmières-cadres, commis de bureau. Lors de ces derniers échanges, j'inscris parfois des notes *a posteriori*, afin que les personnes se sentent plus à l'aise. Lors de mes visites à l'hôpital, je note quel est l'achalandage de la clientèle (en regardant le tableau des présences). Je suis témoin de contextes très tranquilles et de contextes très occupés et aussi de l'entre-deux. Je fais enfin une visite à un CLSC, à une rencontre prénatale, dans le cadre du recrutement des participantes et l'infirmière de ce CLSC y contribue. Aussitôt que possible après l'observation (idéalement la même journée), je relis mes notes, les complète au besoin, afin de ne rien oublier.

Les entrevues – février à octobre 2001

Le but de l'entretien est de savoir ce que la personne pense et d'apprendre des choses qu'on ne peut observer directement, comme les sentiments, les idées, les intentions (Deslauriers, 1991, p. 34).

Finalement, quelques mois après la période d'observation, j'effectue des entrevues individuelles avec des groupes successifs d'acteur-e-s. Ce sont des entrevues en personne de type entrevues semi-structurées, autour d'un thème (voir à l'annexe V les guides d'entretien). L'objectif est principalement de recueillir le point de vue des intervenant-e-s sur leur travail et celui des participantes sur leur accouchement. Je vise d'une part à identifier la conception que l'on se fait de l'accouchement dans le milieu, les réactions des participantes et à accroître ma compréhension des facteurs reliés à la

³⁸ Quelques-uns de ces rapports d'observations générales n'ont pas été dactylographiés et par conséquent dénominalisés, contrairement à la plupart des rapports, par exemple les copies de commentaires de la clientèle provenant du cahier mis à leur disposition près du poste.

« gestion » des accouchements dans ce milieu hospitalier. Selon Seltiz et coll. (1977, p. 314) :

La liste de questions sert de cadre [...] la façon de poser les questions et le moment où on le fait est laissé à la discrétion de l'interviewer [...] (qui est) libre d'explorer raisons et motifs, de fouiller plus à fond dans des directions qu'on n'anticipait pas. Même si le sujet garde la liberté d'exprimer entièrement sa ligne de pensée, l'orientation de l'interview reste nettement entre les mains de l'interviewer.

Je commence par interviewer les infirmières. La majorité des entrevues avec celles-ci ont lieu en mars et avril 2001. J'ai d'abord pensé faire ces entrevues quelques jours après l'accouchement observé, afin de pouvoir, entre autres, en discuter avec elles. Mais les horaires de travail, le temps encore consacré au recrutement et l'observation des accouchements éliminent cette possibilité. Le délai entre la période d'observation et les entrevues s'explique aussi par l'importance de transcrire et d'analyser les observations générales et les observations d'accouchements avant de faire les entrevues, afin de poser les questions pertinentes. L'étude ethnographique est d'ailleurs un type d'étude où l'analyse commence avec la collecte de données et où un va-et-vient se fait régulièrement entre les deux. Il s'agit d'un processus plus circulaire que linéaire.

Je commence par recruter des infirmières pour les entrevues, en les appelant chez elles, avec l'autorisation de l'infirmière-chef, à partir de la liste du personnel qu'elle m'a fournie. J'affiche aussi une lettre générale à l'intention des infirmières, sur un mur du poste, les renseignant sur les modalités, les thèmes généraux qui seraient abordés, les assurant de la confidentialité, etc. (voir annexe II). Le recrutement s'avère cette fois très facile. Je les recrute parmi celles qui étaient présentes aux accouchements observés, car elles me connaissent. Ainsi je pourrai au besoin leur poser des questions sur ces accouchements. Deux³⁹ infirmières seulement sur dix-sept refusent d'être interviewées. Une autre infirmière accepte si je ne trouve personne d'autre, car elle poursuit des études universitaires et trouve son horaire bien chargé.⁴⁰ Toutes ces infirmières, sauf deux, ont un diplôme d'études collégiales (D.E.C), proportion inférieure à la proportion de bachelières

³⁹ L'une d'entre elles, à qui je pose une question sur un tout autre sujet (je ne la sollicitais pas pour une entrevue), réagit par un « non » véhément et bien senti, me disant qu'elle ne veut absolument pas être interviewée. Je rectifie aussitôt le malentendu. C'est la même infirmière qui, lors d'une de mes premières observations d'accouchements, me bloque apparemment la vue lors de la naissance du bébé en se plaçant directement devant moi. Mais par la suite, elle ne le refait pas.

⁴⁰ Finalement; je ne fais pas appel à cette infirmière, car après 14 entrevues, j'estime que la diversification des sujets et la saturation – critère guidant le nombre de personnes recrutées (Glaser et Strauss, 1970) – est atteinte.

dans le département⁴¹. Le hasard veut que lors des accouchements observés, les infirmières ont une formation de cégep. Elles sont âgées de 21 à 48 ans et leur ancienneté au département d'obstétrique varie. Toutes ont un emploi régulier et deux font partie de l'équipe volante, c'est-à-dire qu'elles travaillent aussi dans d'autres départements du CH. Quelques-unes seulement travaillent la nuit.

J'obtiens l'autorisation d'interviewer les infirmières en dehors de l'hôpital – pour des raisons de confidentialité – donc en dehors de leurs heures de travail, suivant la suggestion de l'infirmière-chef qui me souligne que cela leur plairait probablement d'aller prendre un café au restaurant. J'interviewe quelques-unes à leur domicile. Les entrevues avec les infirmières durent d'une heure à une heure trente, parfois un peu plus. Elles sont enregistrées (toutes les entrevues le sont) avec leur permission. Les infirmières semblent généralement contentes de parler, même si certaines paraissent plus gênées. Je les interviewe sur leur cheminement en soins infirmiers, sur ce qui les a conduites à ce CH, leur demandant aussi de me décrire leur travail, les facteurs facilitants, les contraintes. Parfois je pose une ou deux questions sur l'accouchement où elles étaient présentes, leur en rappelant le déroulement au besoin. Ces entrevues s'avèrent un corpus de données très riche. J'ai pu observer au préalable chaque infirmière lors d'un accouchement au moins, souvent durant deux, et parfois même durant trois ou quatre accouchements.

Plus tard, je n'ai pas la même réception de la part des médecins quand je tente d'obtenir des entrevues. Lorsque je relis mon journal de bord, je remarque que peu de médecins, lors de la présentation que j'ai faite du projet, avaient pris des formulaires de consentement à l'intention de leur clientèle. De plus, seulement la moitié des médecins étaient présents durant ma présentation. Donc tous n'eurent pas la même information relativement à mon étude. C'est donc plus difficile avec les médecins. Je fais deux rappels, généralement à leur bureau, pour chaque médecin, puis je cesse, pour ne pas paraître les harceler. Peut-être le contexte n'est-il pas favorable (j'ai appris que les omnipraticien-nes et les obstétricien-ne-s-ne-s-gynécologues viennent de vivre une période de tensions et que des omnipraticien-ne-s quittent la pratique), peut-être ce qu'ils connaissent de mes antécédents explique-t-il leur réaction. Selon Deslauriers toutefois,

Il ne sert à rien de s'accrocher à un informateur [...] s'il n'a pas de temps à accorder au chercheur, ou s'il est trop préoccupé par son travail ou par d'autres activités [...] il est préférable de ne pas insister, car la personne

⁴¹ Le renseignement sur la proportion de bachelières et de cégepiennes au département d'obstétrique m'a été fourni par un membre de la Direction des ressources humaines du CH.

qui se fait prier s'avère rarement un collaborateur efficace. (Deslauriers, 1991, p. 40)

Je ne réussis pas à parler personnellement à trois des neuf médecins. Je veux obtenir la participation du médecin-chef dans le recrutement des médecins, mais il décline. Avec son accord, je fais alors parvenir une lettre aux médecins pour expliquer en quoi consisterait l'entrevue (thèmes), le temps qu'elle pourrait prendre, mes coordonnées, etc.

Quatre médecins sur une possibilité de neuf médecins⁴² responsables de participantes à l'étude acceptent finalement d'être interviewés : des omnipratien-ne-s et des obstétricien-ne-s gynécologues. J'interviewe des médecins hommes et des médecins femmes. Ces médecins ont tous quelques années au moins d'expérience au département. Trois entrevues, à la suggestion des médecins eux-mêmes, ont lieu au département d'obstétrique et la quatrième au domicile du médecin. Les entrevues durent environ une heure, sauf la dernière, qui dure presque deux heures. Étant donné le nombre limité d'entrevues auprès des médecins, ce corpus n'a pu être utilisé autant que les entrevues avec les infirmières. Je l'ai analysé quand même, mais avec ce bémol. Sauf dans un cas, j'ai eu l'impression que les médecins se livrent moins facilement, lors de ces entrevues, que les infirmières. Une grille d'entrevue similaire à celle utilisée pour les infirmières, mais adaptée au travail des médecins, est utilisée (voir l'annexe V).

J'interviewe aussi, en juin 2001, les accompagnantes que des participantes à l'étude ont engagées pour être à leurs côtés et qui acceptent volontiers d'être interviewées. Ces entrevues ont lieu à leur domicile. Elles durent environ une heure et demie chacune. Je fais aussi, mais quelque temps plus tard, une entrevue de groupe avec des accompagnantes d'un organisme formant les accompagnantes, afin de recueillir leur perception des accouchements en milieu hospitalier en général. Mais comme celles-ci travaillent dans plusieurs CH – et non uniquement là où se déroule mon étude – je décide en cours d'analyse de limiter le recours à ces dernières données.

⁴² Un cinquième médecin avait accepté, et le rendez-vous fut pris, mais pour cause de mortalité subite dans ma famille, hors du Québec, je ne peux me rendre au rendez-vous et le message transmis au bureau du médecin ne se rend pas jusqu'à celui-ci. Je dois m'absenter pendant deux mois et je n'obtiens pas d'autre rendez-vous avec ce médecin. Deux explications pourraient éclairer le refus (ou l'absence d'acceptation pouvant se manifester par le silence) de médecins : le manque de temps – les médecins sont généralement très pris – et peut-être la perception qu'ils ont de moi, sachant que j'ai écrit un livre sur l'AVAC (au moins deux médecins l'avaient lu) ou plutôt que j'ai travaillé à la légalisation de la pratique des sages-femmes. Le premier chapitre de cette thèse traite de l'introduction de cette « nouvelle » venue en obstétrique et de l'opposition que cela a suscité dans la profession médicale.

Afin de répondre à mes questions de recherche, et parce que je considère que les acteurs centraux relativement à l'accouchement sont les femmes qui le vivent et leurs conjoints, j'interviewe aussi les femmes ayant accouché, et parfois leur conjoint lorsqu'il est à la maison. Ces entrevues se déroulent pour la plupart en mai 2001. Cependant, je réussis, dans certains cas, à aller saluer des participantes le lendemain ou le surlendemain de leur accouchement pour avoir leur réaction immédiate et leur rappeler qu'une entrevue aura lieu dans quelques mois. Ce délai entre les observations d'accouchements et l'entrevue avec les participantes s'explique de deux façons : d'une part il n'est pas recommandé d'interviewer des femmes sur leur accouchement tôt après l'événement (Piché, 1987). À l'hôpital, c'est malaisé, elles peuvent ne pas se sentir libres de leurs réponses et sont sous le choc de ce qu'elles viennent de vivre. Dans les semaines qui suivent, elles ont à s'ajuster à leur nouveau rôle, elles sont fatiguées et leur vie est plutôt désorganisée. Quelques mois après, par contre, la phase d'adaptation initiale est terminée, elles ont eu le temps d'intégrer dans une certaine mesure l'expérience de l'accouchement – en particulier lorsqu'il s'est bien passé – et de trouver comment vivre avec un bébé (Kitzinger, 1994). Je voulais aussi interviewer en premier lieu les infirmières et les médecins présente-s à leur accouchement.

Dans le cas des femmes, j'avais obtenu leur consentement écrit à l'entrevue lorsque je les avais recrutées pour l'étude. Sauf dans deux cas⁴³, ces entrevues se déroulent au domicile des participantes. Aucune participante ne refuse d'être interviewée, mais l'une est⁴⁴ absente lorsque je me présente chez elle; je la rappelle et parle le soir même à son conjoint. Elle doit me rappeler mais ne le fait pas. Il s'agit d'une femme très réservée et dont le bébé a été opéré d'urgence le lendemain de l'accouchement. Je décide par ailleurs de ne pas interviewer une participante qui ne m'a permis finalement de n'observer que la naissance de son bébé (un malentendu) durant 25 minutes. Il s'agissait de ma première observation d'accouchement, alors que tout n'était pas rodé.

⁴³ Une participante a oublié son rendez-vous, et comme je me présentai en vain ce jour-là chez elle, elle suggère de venir à mon domicile, ce que j'accepte. L'autre participante demande que l'on se rencontre au restaurant.

⁴⁴ La télévision est allumée, mais personne ne vient m'ouvrir la porte. Il m'est difficile de savoir s'il y a quelqu'un.

Donc onze entretiens (sur quatorze⁴⁵ possibles) de participantes ont lieu. Je les interviewe essentiellement sur leur accouchement, comment elles s'y sont préparées, comment elles l'ont vécu (grille d'entretien à l'annexe V), en plus de leur demander certains renseignements d'ordre socio-démographique. Le plus souvent le bébé est présent, rarement d'autres enfants, et parfois le conjoint est présent dans la maison ou (plus rarement) dans la pièce où a lieu l'entretien. Dans ces cas, je pose quelques questions au conjoint après la première entrevue. Il y a une entrevue où je n'ai pas senti la participante – une jeune femme mère de quelques jeunes enfants – toujours libre de s'exprimer comme elle l'aurait peut-être voulu, car son conjoint était présent, appuyé sur le cadre de porte, répondant parfois à sa place ou la contredisant fermement. J'aurais peut-être dû demander au conjoint d'attendre son tour, mais je ne me suis pas sentie autorisée à le faire, à leur domicile.

Avec les femmes, les entretiens durent rarement plus d'une heure. Au début, je suis déçue : je m'attends à des entretiens plus longs et à ce que l'entretien aille plus en profondeur. Dans un mémoire que j'écris alors, « *Je remets en question le style trop formel de l'entretien. Il me semble que « les vraies choses » sortiraient plus d'une entrevue plus « conversation », sans enregistreuse, comme certains auteurs (Oakley) suggèrent* ». *A posteriori*, je me suis aussi aperçue qu'il aurait été peut-être préférable, comme le suggère Oakley (1981), de faire deux entretiens au lieu d'une avec les participantes : l'une, avant l'accouchement, pour établir un premier contact, explorer leurs attentes relativement à l'accouchement, et l'autre, quelque temps après la naissance du bébé comme je l'ai fait. Ou encore de faire des entretiens plus longs. Cela aurait donné plus de chances à ces entretiens d'être « riches ». Selon Bélisle, (2001) « *Ce sont les interactions, la qualité de présentation et la confiance qui s'établit peu à peu, qui permettent d'entrer en relation avec les acteurs du terrain et d'obtenir des données riches* » (p. 64).

Je fais donc au total une trentaine d'entretiens individuelles, de type semi-structuré et une entrevue de groupe. J'ai l'expérience des entretiens individuelles, en ayant fait à quelques reprises dans le cadre respectivement : d'une recherche sur l'enseignement de l'acupuncture (pour le Collège de Rosemont), de mon étude de maîtrise en santé communautaire (Vadeboncoeur, 1995), ainsi que pour mon livre (J'y ai interviewé professionnel-les de la santé et femmes ou couples ayant accouché). J'ai aussi interviewé

⁴⁵ Je n'ai pas interviewé les deux femmes dont j'avais observé le travail en observant deux infirmières, ni la femme dont j'observai la naissance de jumeaux car je ne l'avais pas observée en travail; dans le premier cas, les couples n'ont pas voulu que j'assiste à la naissance de leur bébé.

une vingtaine de sages-femmes, au milieu des années 90, en vue de la publication d'un article.

Les entrevues de cette étude ont lieu à différents endroits, parfois plus bruyants que d'autres, mais le bruit n'a pas nui à la transcription, sauf exception et sauf pour une entrevue avec un professionnel, entrevue où le bruit du ventilateur couvrait quelques-unes de ses fins de phrase, car le professionnel baissait alors le ton.

Pendant les entrevues, je m'assure d'avoir couvert les thèmes figurant dans le guide d'entretien, mais l'ordre et évidemment le temps accordé par les interviewé-e-s à chaque thème varient. Je commence par leur présenter « les règles du jeu » de l'entretien (dont l'anonymat relatif à leurs propos), je poursuis par les questions d'entrevue à but plus descriptif et une fois le contexte établi, je passe à des questions portant sur les opinions, interprétations et sentiments reliés à leur travail ou à leur accouchement, selon le cas. Je termine en leur posant des questions qualifiées par Deslauriers (1991) d'« ennuyeuses » – mais nécessaires – questions sur leur âge, le nombre de leurs enfants, leur occupation, etc. Je m'inspire des écrits de la sociologue Ann Oakley, dans la conduite des entretiens, en particulier lors des rencontres avec les participantes. Oakley (1981) souligne que lorsqu'on interviewe des femmes sur leur expérience, il importe non seulement de poser des questions, mais de les respecter en répondant à leurs questions au lieu d'être évasives ou de les ignorer. Elle dit que le climat de l'entrevue est important et que de refuser de répondre aux questions peut nuire à l'entrevue même. Dans *Women Confined* (1980), elle précise que c'est quand on s'implique que l'on réussit le mieux les entrevues. Tout comme Deslauriers (1991) qui souligne à la page 35 que « *plus que les questions elles-mêmes, c'est le climat de l'entrevue qui décidera de la qualité des réponses* ».

Je réponds donc au besoin aux questions des personnes que j'interviewe, au meilleur de ma connaissance et parfois aussi en leur livrant des informations sur ma vie personnelle (ex : mes accouchements, mon travail ou l'étude) lorsqu'elles me le demandent.

D. L'analyse des données

Qualitative data tend to overload the researcher badly at almost every point : the sheer range of phenomena to be observed, the recorded volume of notes, the time required for write-up. Coding and analysis can be overwhelming, but the most serious and central difficulty is that methods of analysis are not well formulated. (Manaaen, 1983, p. 118).

Vu l'ampleur des données recueillies lors de cette étude et la complexité des analyses, je tiens un journal de bord non seulement sur la collecte des données, mais sur l'analyse de mes données. Je m'en servirai dans cette section pour décrire ma démarche d'analyse.

Au départ, j'avais prévu de faire l'étude de deux sites de caractères différents. Les deux sites hospitaliers envisagés comme 2^e site (1^{er} choix, 2^e choix), ont connu une conjoncture qui aurait pu aisément les amener à refuser⁴⁶ la poursuite de mon étude dans leurs établissements ou à tout le moins allonger les délais. J'ai tenté une approche auprès d'une maison de naissances, qui n'a pas abouti. J'ai donc décidé d'examiner les données recueillies sur le premier site et en ai conclu que je pouvais faire l'analyse de ce seul site, le traitant comme un « cas critique' (Yin, 1994). Des questions de faisabilité ont aussi joué, étant donné le temps que le travail sur le terrain avait demandé (environ un an, observations et entrevues), le délai entre ma demande de conduire une étude à cet endroit et le moment où j'ai reçu une réponse positive (cinq mois), et le fait qu'il me restait un an de bourse de doctorat et que je ne serais plus admissible ensuite à une telle bourse d'un organisme fédéral ou provincial de recherche.

Je vais donc décrire dans les pages qui suivent les trois phases de l'analyse effectuée, soit l'organisation et le traitement des données (pré-analyse) dont leur réduction, deux formes d'analyse effectuées, l'analyse verticale et horizontale, le traitement des résultats obtenus et l'interprétation.

a. L'organisation et le traitement des données

Même avec un seul site, la quantité de données est grande, comme c'est souvent le cas des études ethnographiques. J'envisage au début d'utiliser un logiciel de traitement de données qualitatives, comme N'Vivo et Atlas. Mais devant la nécessité d'en apprendre le fonctionnement et d'entrer autant de données, je décide, avisée en ce sens par mes directeurs⁴⁷ de thèse, de tenter de m'en passer et de commencer par une analyse de contenu manifeste (analyse thématique).

Lors d'une étude ethnographique, le ou la chercheur-e se retrouve devant une montagne de données, qu'il ou elle se demande comment traiter (Lareau, 1996). Ayant fait une quinzaine d'observations d'accouchements et une trentaine d'entrevues individuelles et

⁴⁶ Il est fréquent d'essayer des refus quand on veut faire des observations dans un milieu. Au Québec, France Laurendeau aurait essuyé deux refus avant de trouver un hôpital qui l'accepte comme observatrice (1978).

une entrevue de groupe, en plus des séances d'observation générale sur le terrain, je me retrouve après transcription avec environ 2 000 pages dactylographiées de rapports d'observation et d'entrevues. Je calcule qu'environ 30 heures ont été consacrées à chaque entrevue, de sa préparation à la révision de la transcription, en passant évidemment par sa réalisation. Bardin (1986) souligne qu'une quarantaine de pages, c'est la norme pour un entretien non directif un peu approfondi, ce qui a souvent été le cas pour mon étude. Comme première étape de l'analyse, il me faut organiser mes données et avant tout, définir le champ de mon corpus selon des critères d'exhaustivité, de représentativité, d'homogénéité et de pertinence (Bardin, 1986), après avoir passé en revue toutes les données recueillies.

Je commence par transcrire⁴⁸ intégralement les notes prises durant les périodes d'observation générale et durant les observations d'accouchements ainsi que les enregistrements des entrevues, regroupant dans un seul rapport d'observation chaque visite faite à l'hôpital. J'obtiens un total de 64 rapports d'observations et de transcriptions d'entrevues (voir la liste à l'annexe IV). Chaque transcription fait l'objet d'une vérification par moi-même entre les notes manuscrites et retranscrites ou entre la transcription et la cassette audio, afin de m'assurer que la transcription est fidèle à la source de données. Puis je lis la documentation obtenue sur le site, mes notes relatives aux lectures de documents, et fais le choix de ce qui me semble pertinent à analyser parmi ces documents.

Les données qui composent mon corpus ne sont pas toutes similaires : il y a les rapports d'observations générales faites sur le terrain et comprenant la consultation de documents, les rapports d'accouchements et les transcriptions d'entrevues, qui ne sont pas non plus toutes faites avec la même catégorie d'acteur-e-s : on y trouve les propos de professionnel-le-s de la santé (médecins et infirmières), d'accompagnantes engagées par les femmes et les couples, et des femmes ayant accouché (et parfois des conjoints de celles-ci).

La réduction des données

⁴⁷ Au printemps 2002, Monsieur Gilles Bibeau devint le co-directeur de ma thèse, Madame Denise Couture demeurant ma directrice de thèse jusqu'en décembre 2003, puis elle fut co-directrice.

⁴⁸ En fait, j'ai l'extraordinaire chance d'avoir une mère qui aime faire ce genre de travail et l'avait déjà fait et qui y a consacré de nombreux mois. Je lui en serai toujours reconnaissante. Son travail de transcription fut complété par l'étudiante en sciences humaines que j'engagerai pour faire certains travaux relativement à mes données.

Je ne peux évidemment pas faire l'analyse de mes données uniquement avec ces documents originaux. Il me faut, après avoir pris connaissance de mes données brutes plus d'une fois, sous forme notamment de « *lecture flottante* » où on « *laisse venir à soi des impressions, des orientations* » (Bardin, 1986, p. 125), trouver des façons de les rendre plus utilisables pour l'analyse. Et comme les matériaux sont de types différents, et que le type d'entretiens peut laisser des éléments dans l'ombre⁴⁹, je ne peux employer la même méthode pour traiter toutes ces données. J'extrais donc, selon l'approche d'interactionnisme symbolique décrite par Tesh (1990), de mes divers corpus de données ce qui est pertinent à l'objectif de mon étude et à mes questions de recherche. Voici donc comment je procède.

Je commence par tenter de trouver des « traceurs » qui me permettent de traverser l'ensemble de mes données. C'est ainsi que je suis la dimension « temps » dans un rapport d'observation d'accouchement et une entrevue par type d'acteur-e-s. Je refais cette opération ultérieurement, quand j'examine des questions comme l'information, la prise de décision, etc. mais cette fois sur l'ensemble de mes données.

b. Deux formes d'analyse : verticale et horizontale

Une analyse verticale : les résumés de chaque entrevue et observation d'accouchements

Je fais d'abord une analyse verticale. Dans une démarche de déchiffrement structurel centré sur chaque entretien, nécessaire selon Bardin pour « *faire surgir d'autres dimensions que l'on peut manquer par la catégorisation* » (1986, p. 96), je fais un résumé écrit de chaque entrevue avec les participantes (deux pages par entrevue), centré notamment sur les liens avec mes questions de recherche, ainsi que des résumés d'entrevues avec les intervenant-e-s. Les résumés « *réduisent la masse d'informations sans s'appuyer sur des principes précis d'intégration* » (Contandriopoulos et coll., 1990, p. 83).

Puis, pour les rapports d'observations d'accouchements, je fais d'une part un tableau résumant en deux pages chaque accouchement (voir grille à l'annexe VII), ainsi qu'un résumé écrit de chaque accouchement (une à deux pages), résumés qui figurent à l'annexe VIII. Ces données réduites me servent aussi pour l'analyse, mais j'ai aussi recours lors de celle-ci à l'extraction de notes d'observation transcrites, afin d'illustrer mes

⁴⁹ En effet, « *étant donné que ce matériel n'est pas, par définition, de la sorte où tous les sujets auront répondu à la même question, il est toujours possible que certains des documents ne contiennent pas des renseignements sur un des points à l'étude* » (Selltiz et coll., 1977, p. 466).

propos, car trop résumer ne rend pas justice aux données et ne permet pas de constater la richesse des données originales.

Une analyse horizontale : les catégories thématiques⁵⁰

L'élaboration d'un code de codage en fonction de plusieurs questions libres [...] découle en partie par l'indication des réponses mêmes aux questions de l'enquête; mais la formulation des catégories plus générales de réponses doit convenir aux exigences théoriques des concepts à mesurer. (Selltiz et coll., 1977, p. 438).

Puis je décide d'analyser les entretiens de différentes manières, suivant les recommandations de Bardin, pour « *balayer le niveau manifeste des entretiens* » (1986, p. 95). Je commence par faire un découpage thématique des entretiens, à partir des questions posées, tout en étant aussi attentive aux thèmes pouvant émerger de la lecture des entretiens. Je commence par quelques entretiens, puis passe à l'ensemble des entretiens, rajustant les catégories thématiques au besoin. Bardin souligne qu'on utilise généralement le thème pour des études d'opinions, d'attitudes, de valeurs, de croyances (1986, p. 137). Par catégorie d'informant-e-s (j'appelle ainsi les acteur-e-s), soit les médecins, les infirmières, les accompagnantes, les participantes à l'étude (les femmes ayant accouché), je découpe les rapports ou transcriptions en extraits significatifs de longueur variable (de quelques mots à plusieurs phrases des rapports d'entretiens), les classe suivant Tesh (1990) dans les catégories prédéfinies par les entretiens ou émergentes, sur de grands cartons dont la couleur reflète la catégorie supérieure. Par exemple le vert a trait au **profil** des personnes (socio-démographiques, leurs accouchements, leur formation, leur cheminement vers cet établissement et l'organisation de leur travail en dehors du travail à l'hôpital pour les médecins). Évidemment les cartons d'entretiens des participantes n'ont rien ayant trait à leur vie professionnelle. La couleur orange porte sur **le travail des intervenant-e-s auprès des parturientes**, tels leur rôle, les facteurs facilitant et contraignant leur travail, leurs relations avec les autres catégories d'intervenant-e-s – et, dans le cas des parturientes, leurs commentaires sur les intervenant-e-s et leur appréciation des soins. La couleur rouge a trait à **l'accouchement** proprement dit, les parturientes le racontant et s'exprimant sur leurs attentes, leur démarches de préparation à cet événement, les intervenant-e-s y traitant de leur conception de l'accouchement, des types d'accouchements, des protocoles, des interventions. Enfin, la couleur bleue a trait à **la clientèle**, les types de clientèles, les questions d'information, de décision, de pouvoir et contrôle, de respect, et des

⁵⁰ Voir la liste à l'annexe VI.

accouchements observés. Au besoin je prends des notes (mémos) pendant la catégorisation.

Ce long travail⁵¹ de catégorisation fait, puis vérifié dans une seconde étape, donne lieu à des dizaines de grands cartons (voir la liste des thèmes à l'Annexe VI) et s'avèrera extrêmement utile pour analyser les données (analyse thématique) et pour la rédaction des chapitres 3 à 7 de cette thèse. Étant donné le nombre variable d'entrevues selon les types de répondant-e-s, le « poids » et le contenu des catégories varient. Les entrevues avec les infirmières et les accompagnantes s'avèrent très riches, celles avec les médecins un peu moins (sauf une exception), car elles sont moins nombreuses et celles avec les femmes, un peu moins. Je catégorise aussi les propos des accompagnantes interviewées en groupe, mais de manière particulière puisque cette entrevue porte sur uniquement deux questions : 1) comment traite-t-on les femmes selon vous dans les centres hospitaliers ? et 2) qu'est-ce que le respect envers une femme qui donne naissance⁵² ?

À partir du découpage thématique sur les grands cartons, je fais des tableaux avec le nom des interviewé-e-s, les thèmes abordés, le nombre de fois où ces thèmes sont abordés et par qui, ce qui me permet de repérer d'un coup d'œil ce dont il avait été question.

Je fais aussi divers tableaux sur des questions traitées dans les chapitres 3 à 7, classant les données selon différents aspects traités dans l'analyse, par exemple les questions d'information et de décision, d'éléments émergents comme l'aspect « naturel » ou « médicalisé » de l'accouchement, la présence ou non de complications, etc.

Puis, à partir de la catégorisation thématique des données, j'entreprends d'écrire un texte d'une soixantaine de pages, synthétisant les propos de chaque type de répondant-e-s (infirmières : 36 pages; médecins, 10 pages; accompagnantes, 15 pages) relativement à chacune des catégories et sous-catégories de thèmes identifiés. Je fais de même pour les propos des participantes.

De plus, j'effectue l'analyse d'un certain nombre d'incidents ayant eu lieu pendant les accouchements, incidents où l'on constate de la tension et une réaction plus intense que d'habitude de la part d'un-e intervenant-e.

⁵¹ Étant donné l'ampleur de la tâche, j'ai engagé une étudiante en sciences humaines pour m'aider à poursuivre le classement des données en catégories, une fois la première catégorisation des données faites par moi pour un type de répondant-e-s. Elle accomplit sa tâche avec soin, et je vérifie par la suite le classement, regroupant au besoin des catégories (ex : de 24 avec les médecins j'en fais 12, etc.)

⁵² Cette dernière question a surgi de l'analyse préliminaire des rapports d'observation.

Enfin, en ce qui concerne les rapports d'observations générales, je procède à une relecture de ceux-ci, en prenant des notes pour enrichir les thèmes identifiés dans les entrevues ou encore l'analyse des rapports d'observations d'accouchements. Ceci fait, je me sens alors prête à utiliser le résultat de ces opérations d'organisation et de traitement des données pour poursuivre l'analyse et commencer la rédaction de cette thèse.

Toutes ces opérations me permettent notamment de me familiariser avec mes données (je les lis au moins trois fois), de faire émerger des thèmes importants et de pouvoir repérer facilement des données à utiliser pour la rédaction.

c. La dénominalisation des données

Une fois tout cela fait, je m'aperçois que j'aurais dû commencer le traitement des données à partir de textes dénominalisés, où les lignées auraient été numérotées. Comme je ne l'avais pas fait, je procède alors à la dénominalisation de tous les rapports d'observations générales, d'accouchements et d'entrevues; je réimprime tous ces documents et les regroupe dans une série de cartables. Cela me prend quelque temps par la suite pour « faire mentalement le transfert » entre les anciens et les nouveaux noms mais je finis par y arriver. Pour chaque citation (entrevues), il me faut retracer les numéros de lignes, en plus du numéro de rapport. Une des raisons pour lesquelles j'ai tardé à dénominaliser mes données est que j'ai une mémoire visuelle; j'associais les noms aux accouchements, et je me rappelais des visages des intervenant-e-s par leur nom; je craignais donc de brouiller « mes » cartes si je changeais les noms des personnes.

d. Le traitement des résultats obtenus et l'interprétation

La suite de l'analyse se fait concurremment à la rédaction des chapitres 3 à 7 de cette thèse. J'utilise à la fois une approche inductive et une approche déductive pour l'analyse. Étant donné la nature ethnographique de l'étude, je décide d'écrire en circonscrivant graduellement mon objet de recherche, commençant par consacrer le chapitre 3 au contexte général, soit la présentation générale du milieu observé : la philosophie, les lieux physiques et les acteur-e-s en présence. Puis je rédige le chapitre 4, portant sur l'accouchement : les stades du travail et la conception que l'on se fait du travail d'après ce qui est observé et aussi d'après les entrevues. Je termine en présentant le cadre plus général illustrant les deux conceptions de l'accouchement qui coexistent dans nos sociétés. Ensuite, je décris dans le chapitre 5 les comportements des intervenant-e-s lors des accouchements, d'après l'analyse des observations d'accouchements et des entrevues. J'estime logique de consacrer tout le chapitre suivant, le chapitre 6, au vécu des femmes et à leurs réactions relativement à ce qui s'est passé durant leur

accouchement. Finalement, dans le chapitre 7, je présente l'interprétation donnée suite à l'analyse des données, interprétation visant à examiner ce que recouvre le concept de l'humanisation de la naissance dans un établissement ayant pour objectifs le respect de la famille, de ses besoins, de son autonomie et le respect de la naissance comme événement naturel. Quatre aspects de l'humanisation émergent de cette analyse (présence ou absence).

L'analyse effectuée dans les chapitres précédents, soit « *la confrontation systématique avec le matériel, (et) le type d'inférences obtenues, (qui) peuvent servir de base à une autre analyse ordonnée autour de nouvelles dimensions théoriques* » (Bardin, 1986, p. 32), donne lieu à ce dernier chapitre 7. Je m'inspire dans ce chapitre de ce que Tesh (1990) suggère et qui provient de l'interactionnisme symbolique, soit l'importance de formuler provisoirement des propositions, ici sur le thème de l'humanisation de la naissance évoqué depuis les années 70 par les femmes, des groupes de femmes et par des intervenant-e-s. Cette façon de faire constituerait pour Contandriopoulos et coll., 1990, p. 83, « *l'élaboration d'une explication, mode d'analyse essentiellement itératif, où l'on construirait progressivement une explication optimale du phénomène à l'étude* ».

E. Validité et fiabilité de l'étude

a. La position épistémologique de la chercheuse : un obstacle ou un atout ?

Nous ne pouvons pas ignorer le conditionnement socio-culturel de la connaissance scientifique. Une théorie scientifique est aussi une idéologie de la société. (Edgar Morin, 1990, p. 305)

Au noyau de toute théorie scientifique, il y a des postulats métaphysiques ou idéologiques et, plus profondément encore, des paradigmes, qui la relie en cordon ombilical à la culture dont elle est issue et à l'histoire dans laquelle elle naît et prend consistance. (Edgar Morin, La méthode n° 4, p. 56)

Cet objet de recherche s'est construit en moi depuis une vingtaine d'années, soit à partir du moment où j'ai accouché de mes enfants, il y a respectivement 27 et 22 ans. Mon premier accouchement se termina, après un long et laborieux travail, par une césarienne rendue nécessaire. Celle-ci fut effectuée par un médecin rempli de compassion qui me traita tout ce temps comme un être humain, nous laissant, mon conjoint et moi, prendre toutes les décisions avec lui. Mon second accouchement, quatre ans plus tard, consista en une « nouveauté » pour l'époque, conquise auprès de la profession médicale alors très réticente à ce sujet : un accouchement vaginal après césarienne (AVAC). Cet

accouchement se termina par l'application d'un forceps et d'une épisiotomie sans raison médicale, effectués par un médecin pressé et de mauvaise humeur car j'avais une accompagnante à mes côtés. J'avais jugé la présence de celle-ci indispensable, car ayant précédemment accouché par césarienne, je n'avais aucune confiance dans mes capacités de mettre un bébé au monde la seconde fois.

Je ne suis donc pas neutre en ce qui concerne l'accouchement. Tout comme plusieurs chercheur-e-s dans le domaine des sciences humaines ayant fait des travaux sur l'accouchement (telles Davis-Floyd, Rothman, Martin, Oakley, De Koninck, Quéniart), j'ai en effet un parti pris en faveur des femmes et favorise une certaine conception de l'accouchement, l'approche psychosociale, qui sera décrite dans la dernière section du chapitre 4 de cette thèse. Je crois en effet que l'accouchement, l'acte de mettre au monde un enfant, est un événement appartenant d'abord à celle qui le vit. Je crois qu'il s'agit d'un processus physiologique normal, ayant d'autres dimensions que biomédicales : des dimensions psychologiques, culturelles, sociales et même spirituelles. Je pense que ma position me rend particulièrement sensible aux manifestations ou à l'absence de manifestations d'humanisation dans le domaine de l'obstétrique, objet du chapitre final de cette thèse.

Ceci constitue-t-il un obstacle ou un avantage relativement à cette thèse ? La réponse à cette question variera selon le paradigme épistémologique dans lequel on se situe. Guba et Lincoln en particulier, dans l'ouvrage dirigé par Denzin et Lincoln, (1994) *Handbook of Qualitative Research*, ont identifié l'influence de différents paradigmes sur divers aspects de la recherche. Dans le paradigme positiviste et post-positiviste qui domine encore la recherche scientifique, on croit généralement que les chercheurs-es doivent être objectif-ve-s et non impliqué-e-s face à leur objet de recherche. On croit que l'observateur-trice est à l'extérieur de ce qu'il (elle) étudie et que l'univers se situe en dehors de soi. Par contre, dans le paradigme constructiviste et la théorie critique où je me situe, notamment dans la perspective féministe, l'observateur-trice fait partie de ce qu'il (elle) étudie et de l'univers. Ses valeurs influencent les résultats obtenus. Par conséquent, la non-neutralité et l'implication du chercheur ou de la chercheuse sont non seulement acceptées, mais peuvent être reconnues comme des avantages, notamment par la connaissance intime que le ou la chercheur-e a de son objet de recherche : « *Poststructuralists and postmodernists have contributed to the understanding that [...] there are no objective observations, only (ones) socially situated in the worlds of the observer and the observed.* » (Denzin et Lincoln, 1994, p. 12).

Pour Selltiz et coll. (1977, p. 100), « *La révision par les chercheurs de leur propre expérience et l'examen de leurs réactions quand ils essaient de s'imaginer eux-mêmes dans la situation des sujets qu'ils étudient, peuvent s'avérer de bonnes sources d'intuitions* ». Par ailleurs, à l'instar de Lareau (1996), je crois que des éléments de la réalité/subjectivité du chercheur ou de la chercheuse interviennent dans le processus de recherche, quel que soit le devis utilisé, du choix du thème à la diffusion des résultats, en passant par l'entrée sur le terrain.

De plus, je m'identifie à ce qu'est un-e chercheur-e dans la perspective de la théorie critique selon Guba et Lincoln (1994), soit⁵³ un-e « *intellectuel-le conscient-e* », (*transformative intellectual*) axée sur l'action, « *advocate* » et militant-e. Dans la perspective constructiviste, le chercheur ou la chercheuse est un-e « *participant-e passionné-e* » (*passionate participant*), ce que je considère être. (Guba et Lincoln, 1994, dans Denzin & Lincoln).

Pour Reinharz (1991), un observateur non émotionnellement impliqué sera incapable de l'empathie permettant de voir les choses selon la perspective de ses sujets de recherche, manquant ainsi tout un aspect de la signification de ce qu'il observe (p. 211). Elle ajoute que mener une étude ethnographique (« *doing field work* », 1991, p. 212), est un processus où le ou la chercheur-e apprend à reconnaître, à faire confiance à et à utiliser sa propre compréhension de ce qui se passe.

J'ai donc, avant de commencer cette étude, bien que n'étant ni médecin, ni infirmière, ni sage-femme, ni accompagnante, une certaine connaissance des pratiques entourant l'accouchement, même si je n'ai pas pénétré dans un département d'obstétrique depuis la mise au monde de mes enfants. Mes expériences professionnelles et communautaires m'ont constamment gardé en contact avec les tenants de la conception psychosociale de l'accouchement, qu'il s'agisse d'intervenant-e-s, d'éducatrices prénatales, d'accompagnantes, ou encore de femmes ou de couples intéressé-e-s à mettre au monde leurs enfants autrement que dans le cadre du modèle biomédical qui domine encore les pratiques entourant l'accouchement en Amérique du Nord. Suivant ce que souligne Laperrière (1997), j'examinerai donc les effets de ma conception sur mon étude.

Mon implication sociale et émotive a d'abord influencé le choix de mon sujet de recherche, l'accouchement, thème qui me passionne depuis plus de 20 ans. Puis elle a influencé le

⁵³ La traduction est de moi. Quant au mot « *advocate* », il est difficile à traduire. Dans le domaine de la santé, ce pourrait être le « *porte-parole* » du patient.

choix de mes questions de recherche, puisque mon implication dans la question de l'AVAC (ouvrage et expérience personnelle) et dans la légalisation de la pratique des sages-femmes m'a constamment fait (me) poser des questions sur l'évolution des pratiques depuis les demandes des femmes et groupes de femmes, mouvement dont, ironiquement, je ne faisais pas partie en 1980, occupée comme je l'étais alors à attendre un enfant et à trouver un médecin qui me permettrait d'accoucher par voie naturelle après une césarienne. Plusieurs années plus tard mes activités professionnelles se sont tournées vers la périnatalité. Jusque-là ma position relative à l'obstétrique vue de l'extérieur a aussi influencé le choix de mon devis de recherche, un devis qui me permettrait de l'étudier « de l'intérieur », comme je l'écrivais dans mon journal au début de mon travail sur le terrain, le 16 octobre 2000 : *« Je trouve ça excitant de penser voir l'obstétrique de l'intérieur, de m'immerger dans un service d'obstétrique, de voir ce que font médecins et infirmières et quelle est leur réalité, car j'ai toujours vu plus ou moins uniquement celle des « usagères » !*

Mon point de vue a pu à la fois faciliter mon entrée sur le terrain (ce fut peut-être difficile de refuser cette entrée à quelqu'un de connu en périnatalité) et rendre certains éléments de la conduite de mon étude plus difficiles, peut-être le recrutement des médecins. Par ailleurs, il se peut que cela ait influencé favorablement les comportements et pratiques des intervenant-e-s durant les accouchements, ce qui n'aura pas nui aux conclusions de l'étude comme on le verra au chapitre 7. J'aurais en effet alors observé « le meilleur » de l'obstétrique dans ce centre hospitalier progressiste, ce qui était précisément mon objectif au départ, les intervenant-e-s connaissant mes antécédents et s'efforçant peut-être de présenter leurs « meilleurs » comportements lors des accouchements.

Mais se considérer subjectif-ve, « *advocate* » ou participante impliquée n'empêche pas le chercheur ou la chercheuse de respecter les règles de l'art dans la conduite d'une étude, qu'elle soit quantitative ou qualitative, ce dont je me suis souciée. Il est maintenant temps d'examiner les questions de validité et de fiabilité de mon étude.

b. Validité et fiabilité de l'étude

La recherche qualitative est, autant que la recherche quantitative, prise dans quelques beaux paradoxes : tendre vers une certaine objectivité tout en sachant qu'il est impossible de se dégager de toute subjectivité; décrire des phénomènes ou des processus essentiels, fondamentaux, tout en respectant l'individualité des acteurs et en prenant en compte leur contexte; être efficace et rapide dans la production d'un savoir attesté tout en sachant que les analyses imposent une longue fréquentation du terrain, une immersion profonde dans le matériel et qu'on ne pourra pas tout faire; conduire des recherches acceptables par les instances

académiques et par les organismes subventionneurs, mais préserver la zone de créativité méthodologique et théorique qui justifie l'engagement dans des démarches originales. (Jean-Marie Van der Maren, résumé d'une conférence, 1999).

On ne peut évaluer la validité et la fiabilité d'une étude qualitative de la même manière que l'on évalue celles d'une étude quantitative comme une étude expérimentale, une étude cas-témoin ou une étude de cohorte. La recherche qualitative a développé ses propres critères permettant d'en juger et ces critères portent parfois des noms différents de ceux qu'on utilise en quantitatif. J'aborderai donc dans cette section les critères dont Laperrière fait état dans deux textes (Laperrière, 1994, 1997).

La **crédibilité** d'une étude qualitative a trait à la justesse (*accuracy*) et au caractère authentique des résultats. Elle correspond à la validité interne d'un devis de recherche quantitatif. Dans une étude ethnographique, selon Lincoln et Guba (1985), la crédibilité serait assurée par un séjour prolongé du chercheur ou de la chercheuse sur le terrain (afin de pallier l'effet de l'histoire, de la maturation, de la « situation de test » (Laperrière, 1994). Elle sera aussi assurée par une observation continue, la triangulation des données, l'examen par les pairs des interprétations avancées et aussi par l'usage de cas négatifs, l'utilisation de la comparaison avec d'autres sites, (ce qu'ils appellent « un matériel de comparaison ») et la consultation des personnes impliquées dans l'étude. Mon étude satisfait au premier ensemble de critères : j'ai passé plus de dix mois sur le terrain, dont trois mois à faire de l'observation intensive et plusieurs mois à mener des entrevues. J'ai utilisé plusieurs techniques de collecte de données (triangulation des données) me permettant d'examiner les pratiques entourant l'accouchement sous plusieurs angles et aussi de confronter les données issues d'une technique avec les données issues d'une autre technique lorsque c'était pertinent et faisable. De plus, cette étude a évidemment fait l'objet d'un examen par mes directeurs de recherche et elle sera examinée dans le cadre de cette thèse de doctorat. Je n'ai pas, comme il était originalement prévu et pour des raisons déjà expliquées, eu recours à d'autres sites; il s'agit donc d'une étude de cas unique, qui pourrait être qualifiée de ce que Yin (1994) considère comme un « cas critique », ce qui s'est finalement avéré suffisant pour mon objectif et mes questions de recherche, ce site ayant été choisi à cause du caractère progressiste de ses pratiques obstétricales.

Comme j'ai décidé de ne pas consulter des acteur-e-s du site observé pour valider mes observations et conclusions, étant donné la nature délicate de ce processus et l'angle d'analyse de ma thèse, j'ai pallié cela en formant un comité de lecture composé de gens

du milieu de la périnatalité, afin qu'ils lisent cette thèse et m'indiquent si, selon eux, mes observations et conclusions font du sens. Il s'agit d'un médecin omnipraticien dont la pratique est essentiellement centrée sur l'obstétrique, d'une infirmière en obstétrique et en CLSC faisant aussi de l'accompagnement en privé, d'une sage-femme œuvrant dans une maison de naissance et accompagnant régulièrement des clientes dans un centre hospitalier lors des transferts ou des suivis conjoints, ainsi que de l'auteur d'une étude récente sur les besoins des femmes en périnatalité.

L'**objectivité** d'une étude vise la réduction des biais occasionnés par l'observation et les mesures prises. Cela correspond au caractère vérifiable des résultats d'une étude qualitative. Le chercheur ou la chercheuse doit, comme je l'ai fait dans la section précédente, expliciter son point de vue et de plus faire preuve de transparence quant au devis de recherche choisi.

La **fidélité** des données correspond à l'imputabilité procédurale (la fiabilité) (Laperrière, 1997); elle a trait à la capacité qu'aurait un-e autre chercheur-e d'arriver à des résultats similaires s'il refaisait la même démarche de recherche dans un contexte similaire. Pour ce faire – et c'est précisément ce que je fais dans ce chapitre-ci – le chercheur ou la chercheuse doit décrire de manière détaillée comment il ou elle a mené l'étude, dans quel contexte et dans toutes ses étapes : le cadre théorique (s'il y a lieu), le contexte, la stratégie d'échantillonnage et la diversité de l'échantillon, les techniques utilisées et pouvant être révisées par un-e autre chercheur-e, dont la transcription des données, les méthodes d'analyse en lien avec le cadre théorique et les questions de recherche, le codage et la catégorisation des données, le traitement de toutes les données et l'utilisation de données originales (citations, notes d'observations, etc.) pour étayer les interprétations faites. (Mays et Pope, 1995). Certains sont cependant d'avis que l'on ne peut répliquer une recherche qualitative, puisque l'on change et que l'on est transformé par la recherche.

La **transférabilité** d'une étude (*fittingness*) est l'équivalent de la généralisation pour la recherche quantitative, soit le degré d'applicabilité des résultats à d'autres sites : quelles sont les relations entre les résultats et le contexte d'origine, permettant de croire que ceux-ci sont pertinents dans des contextes similaires (Laperrière, 1997). L'approche inductive, que j'ai privilégiée, cherche, selon Pirès, « *dans un cas concret les caractéristiques qui lui sont essentielles et les généralise précisément pour ce qu'elles sont [...] elles doivent s'appliquer à d'autres cas similaires* » (1997, p. 150). En recherche qualitative, il revient au lecteur ou à la lectrice de juger si les résultats de l'étude sont transférables, relativement à ce qu'il ou elle connaît. Pour Pirès, en effet,

[...] l'étude de cas représente à maints égards d'autres cas, et le chercheur ou le lecteur peuvent généraliser en ce sens qu'ils peuvent retenir dans un esprit critique une série de clés susceptibles de les aider à comprendre ce qui se passe ailleurs (généralisation analytique). Mais ce n'est pas le cas au complet ni ses moindres détails qu'on généralise. (Pirès, 1997, p. 152).

Pirès ajoute que la description en profondeur du milieu, comme celle que j'ai faite dans cette thèse, « *laisse au lecteur le soin de faire ses propres comparaisons sur la base de la « bonne description » fournie* » (Pirès, 1997, p. 148).

Un dernier élément concernant l'évaluation d'une étude qualitative a trait aux compétences du chercheur ou de la chercheuse. Huberman et Miles (1991) sont d'avis qu'en recherche qualitative, la validité et la fiabilité de l'instrument reposent largement sur la compétence du chercheur. Il s'ensuit que pour eux, les caractéristiques importantes du chercheur ou de la chercheuse doivent être les suivantes (Huberman et Miles, 1991, p. 81) : 1) La chercheuse doit avoir « *une certaine familiarité avec le phénomène et le milieu étudiés* », ce qui est mon cas, comme je l'ai indiqué dans la section précédente; 2) elle doit avoir « *un intérêt affirmé pour la dimension conceptuelle* » (je laisse au lecteur ou à la lectrice le soin d'en juger); elle doit avoir « *une approche pluridisciplinaire, par opposition à une formation restreinte ou cantonnée à une seule discipline* » : je viens originellement du milieu de l'éducation et j'ai fait une maîtrise et deux ans de scolarité de doctorat en santé publique, préalables à ce doctorat en sciences humaines appliquées. De plus, cette thèse utilise une approche de sciences humaines dans un domaine clinique, ce qui, en soi, constitue de la multidisciplinarité. J'y ai interviewé non seulement des intervenant-e-s mais aussi des personnes au cœur de l'événement faisant l'objet de cette étude, les femmes qui donnent naissance. J'ai eu recours pour le choix de ce site à des données en santé publique notamment; la revue de littérature y est multidisciplinaire (anthropologie, sociologie, psychologie, droit, éthique). Enfin, l'interprétation de mes données porte sur différentes facettes de l'humanisation, qui relèvent de différents domaines; 4) la chercheuse doit avoir « *de solides qualités d'« investigatrice » comprenant de l'obstination, la capacité à faire parler les gens, à prévenir une « clôture » prématurée* ». J'ajouterais à ces caractéristiques – que je crois posséder – la capacité de faire des observations, des entrevues, d'analyser des documents, de demeurer fidèle à ses données, d'en rendre compte et de les analyser dans leur entièreté et avec rigueur. C'est ce que j'ai tenté de faire. Je ne prétends pas être une chercheuse accomplie, mais la conduite de cette étude m'a certainement fait faire un chemin important vers cet idéal.

CHAPITRE 3 – LE DÉPARTEMENT D’OBSTÉTRIQUE

Présentation du site et des acteurs⁵⁴

Ce portrait vise au cours des chapitres 3, 4, 5 et 6 à présenter d’une part le milieu dans lequel s’est déroulée mon étude et d’autre part les pratiques qui font l’objet de cette étude, soit celles qui entourent l’accouchement : comment cela se passe, dans quel contexte et quelles sont les perceptions des différents acteurs. Ce chapitre-ci sera consacré à la description du milieu : la philosophie, les lieux, les acteurs. Les trois autres chapitres seront respectivement consacrés au déroulement de l’accouchement et aux comportements des différents acteurs lors de cet événement.

Tel que déjà mentionné, au Québec, selon les statistiques du ministère de la Santé et des services sociaux depuis plusieurs années, les femmes accouchent environ 99 % du temps en centre hospitalier, aidées par des infirmières et des médecins. Dans 1,2 % des cas, en l’an 2000, on accouche en maison de naissance avec une sage-femme et, parfois, à la maison (ASPQ, 2004). Graduellement en effet, au cours de la première moitié du 20^e siècle, on a convaincu les femmes que l’hôpital était le meilleur endroit pour mettre au monde les bébés. Au moment de réaliser cette étude, 73 centres hospitaliers au Québec avaient un département d’obstétrique.

Le département d’obstétrique où cette étude est menée est situé dans un centre hospitalier de niveau II de soins, dans une région semi-rurale du Québec. Ce centre hospitalier dessert plusieurs municipalités – où on trouve notamment des CLSC offrant des cours prénataux – et la population y est majoritairement francophone. Comme on peut choisir au Québec le centre hospitalier où l’on aimerait accoucher, une partie de la clientèle vient de l’extérieur du territoire couvert par ce CH. Il demeure que le choix de l’hôpital et celui du médecin sont inextricablement liés, les médecins en obstétrique ayant obtenu individuellement des « privilèges obstétricaux » dans l’institution où ils ont choisi d’exercer.

Cet hôpital est – comme tous les centres où se pratique l’obstétrique – un centre hospitalier de soins de courte durée. Le niveau II de soins, défini par le Collège des médecins du Québec, signifie qu’y sont rattachés des spécialistes obstétriciens-gynécologues et des pédiatres et que les soins ne sont pas centrés sur les grossesses à

⁵⁴ Pour respecter la confidentialité du site, certaines données peuvent avoir été modifiées et d’autres sont peu précises.

risques (Ménard, 1999). Dans ce centre hospitalier, l'« usager⁵⁵ » est au cœur de la mission que s'est donnée cette institution. Le document présentant le CH révèle en effet qu'on y met de l'avant le respect de la personne, la sensibilité à la clientèle ainsi que l'information aux usagers et leur participation aux soins et traitements. Au moment de l'étude, plus de 100 médecins y travaillent, ainsi qu'environ 500 infirmières et infirmiers.

Le département d'obstétrique-gynécologie de ce centre hospitalier emploie, au moment de l'étude, une quinzaine de médecins, répartis à peu près également en obstétricien-ne-s-gynécologues et omnipraticien-ne-s, un pédiatre, quelques anesthésistes, une cinquantaine d'infirmières, des commis de bureau et des aides de service.

On met beaucoup l'accent dans ce CH sur la philosophie du département d'obstétrique, qui aurait orienté la rénovation des lieux et la réorganisation du travail et qui aurait contribué à y attirer une clientèle adhérant à cette philosophie. Elle sera donc présentée en premier. Suivront la présentation des lieux et celle des acteurs qui y travaillent.

A. La philosophie

« Moi, quand j'entre dans une chambre, c'est comme si j'entre dans une famille au complet [...]. Je vais vraiment jaser avec tous et chacun pour voir comment ils voient cela [...] j' inclus la parenté » (ei35 :273, 274, 282, 283, 289)⁵⁶

a. *Famille, besoins, respect, autonomie, accompagnement d'un événement naturel et soins personnalisés*

La philosophie du département, selon le document d'orientation des infirmières, est d'abord centrée sur la famille, la reconnaissance de ses besoins, de son autonomie, de sa capacité de décider et de choisir (avec l'information et le soutien à cet effet). On remarque que la famille est d'abord constituée de la mère et son nouveau-né, puis de leurs proches. De plus, on reconnaît le caractère naturel de l'accouchement et la nécessité de soutenir

⁵⁵ Le terme employé est celui qui figure dans le document présentant le CH.

⁵⁶ Les extraits des rapports d'observation ou des rapports d'entrevue seront identifiés ainsi : la première lettre pour la technique de recherche (o = observation, e = entrevue), la seconde pour identifier de quel acteur ou actrice il s'agit (entrevue) : m = médecin, i = infirmière, a = accompagnante, f = femme accouchant ou ayant accouché; le chiffre qui suit (ex : 35) identifie le numéro du rapport d'observation ou de la transcription d'entrevue, et les autres chiffres (ici 273, 274, etc.) le no des lignes de l'extrait. Cette citation provient donc de l'entrevue avec une infirmière, transcription no **35**, lignes **273**, etc.

Les rapports d'observations générales sont identifiés par les lettres og, et les rapports d'observations d'accouchements par les lettres oa. Ces consignes concernant l'identification des extraits figurent aussi à l'annexe IX.

ce processus naturel en respectant le rythme propre à chaque femme et en n'imposant pas de routines de soins :

La philosophie de soins [...] se veut particulièrement centrée sur la famille dans le but de leur permettre de vivre une expérience enrichissante et positive lors de la naissance d'un nouveau membre. Ce concept, où la mère et le nouveau-né sont soignés en tant qu'unité familiale, reconnaît les besoins physiques, psychosociaux, culturels et économiques de la famille. Son autonomie est aussi reconnue. La future mère et ses proches [...] sont capables de prendre des décisions et de faire des choix en autant qu'ils reçoivent le support et l'information nécessaire⁵⁷

La grossesse et la naissance étant considérées comme un événement naturel l'environnement dans lequel il se déroule ne doit pas imposer de routine de soins mais plutôt supporter le processus naturel de la naissance (8), tout en respectant le rythme propre à chaque personne (9). La future mère peut donc choisir les alternatives qui lui conviennent, tout en étant guidée et supportée [...] (og23, Document sur la philosophie)

Par ailleurs dans les objectifs qui accompagnent la définition de la philosophie, on retrouve aussi l'objectif de permettre aux femmes de donner naissance de façon sécuritaire, dans le cadre de soins notamment continus et personnalisés.

b. Les intervenants-e-s : des perceptions différentes de la philosophie ?

Une autre source documentaire, une vidéo portant sur l'accouchement dans ce CH, nous donne aussi des indications de ce qu'en est la philosophie : les personnes interviewées y mettent l'accent sur l'aspect familial et sur le respect de la clientèle – en particulier de ce qu'elle veut - ce qui, comme le souligne une infirmière, a préséance sur le caractère « *le plus naturel possible* » de l'accouchement, qui n'est pas au cœur de la philosophie, selon elle. On souligne qu'on y fait de l'accompagnement, qu'on chemine avec les femmes en travail, qu'on ne les prend pas en charge, et qu'il n'y a pas de normes ni de routines pré-établies. On y voit des infirmières accompagnant des femmes en travail, les massant, les soutenant physiquement. Un médecin interviewé dans ce vidéo indique qu'il « aide » les femmes à accoucher et qu'on vise dans son établissement « *humanisation, dé-médicalisation tout en offrant la sécurité* ».

Certains éléments de cette philosophie se retrouvent dans une autre source de données, les entrevues que j'ai faites avec les intervenant-e-s, qui cependant ne mettent pas toutes et tous l'accent sur les mêmes concepts. Par exemple, un groupe d'infirmières met

⁵⁷ Les soulignés sont de moi.

l'accent sur la famille, même élargie, tandis qu'un autre le met sur la femme qui accouche et le respect de ses choix; un 3^e groupe met l'accent sur l'accompagnement, lié au caractère naturel de l'accouchement.

c. Une philosophie moins influente qu'auparavant ?

Par ailleurs, plusieurs infirmières – ainsi qu'un médecin – m'ont abondamment parlé de leur déception suite à la transformation des pratiques depuis quelques années, soulignant que la philosophie n'est plus ce qu'elle était :

« la petite flamme vacille, elle s'éteint tranquillement » (ei36 :137)

« l'accompagnement prend le bord un peu pis la technique embarque » (ei34 :283)

« on passe moins de temps dans les chambres » (ei43 :122)

Selon des répondantes infirmières (Marianne, Kateri, Véronique), ce changement aurait commencé quelques années après l'ouverture du département, suite à un changement d'infirmière-chef; la nouvelle venue a recentré les soins, selon les infirmières, sur ce que voulaient les femmes comme accouchement et non plus sur le caractère « naturel » de cet événement. Le changement s'est accentué depuis quelques années suite à l'augmentation du taux de péridurales – lié à l'augmentation du nombre d'anesthésistes et à une demande croissante pour cette intervention – au changement de critères d'embauche des infirmières, au roulement accru du personnel, infirmières et médecins, et à l'attitude générale de la société face à la douleur et à la technologie.

Les infirmières ne sont pas les seules à définir la philosophie de diverses manières. Bien que moins nombreux à avoir été interviewés, trois des quatre médecins soulignent un désir de faire le moins d'interventions possible, deux soulignant le caractère « naturel » de l'accouchement. Un médecin est d'avis que le fait qu'on accorde moins d'importance à la philosophie est relié à la présence de nouveaux et jeunes médecins (et infirmières) et à l'augmentation du taux de péridurales.

Je décrirai dans le chapitre suivant, sur l'accouchement, comment cette philosophie s'incarne ou non dans les pratiques entourant l'accouchement.

B. Les lieux physiques

Lorsqu'on entre au département d'obstétrique, on ne perçoit pas nécessairement tout de suite la différence qu'il présente avec d'autres centres hospitaliers, ce que l'on découvre

en y circulant et en se faisant expliquer pourquoi les lieux ont été ainsi conçus. L'ambiance est agréable, et les lieux sont relativement récents. Un tableau rempli de photos de bébés et un autre de cartes de remerciement décorent l'entrée. Voici ce qu'en disaient des lieux et des pratiques à un groupe de parents l'infirmière animant la visite des lieux, un soir d'automne (og2) :

a. *La présentation des lieux aux femmes enceintes*

La visite commence par un exposé sur les lieux et les pratiques, suivi d'une visite des lieux :

Les lieux ici ont été conçus pour favoriser l'unité familiale. (Ce sont toutes) des chambres privées avec lit simple ou lit double, avec salle de bain, un peu comme une chambre d'hôtel, où on séjourne de l'arrivée en travail au départ du CH. On y reste 2 jours en cas d'accouchement vaginal et 4 jours pour une césarienne. On encourage beaucoup la cohabitation, pour apprendre à connaître votre bébé, surtout durant la journée et la soirée. Vous trouverez aussi une cuisinette attenante à la salle familiale.

Vous n'êtes pas obligée de porter la jaquette d'hôpital; il n'y a pas de rasage, de lavements, d'intraveineuse; vous pouvez boire et manger (légèrement est peut-être mieux) en travail. Plus vous êtes détendue, mieux ira le travail.

(Et, coupures financières obligent) apportez [...] dont des oreillers supplémentaires.

Venez à l'hôpital si vous perdez vos eaux, si vous avez des contractions aux 5 minutes qui durent 60 secondes pendant au moins deux heures et qui persistent après que vous ayez pris un bain, ou encore si vous saignez ».

Puis le groupe de futurs parents se rend voir une chambre. La chambre est de grandeur moyenne – c'est-à-dire avec suffisamment d'espace pour circuler autour du lit sans encombrer – avec une grande fenêtre, un lit simple (ou double) pouvant être surélevé, une chaise berçante, une lampe avec abat-jour, une salle de bain attenante (avec bain), une baignoire d'hôpital pour le bébé. Un comptoir avec évier est situé à l'entrée de la chambre. De l'équipement médical est rangé dans des armoires et on voit les « entrées » pour le gaz anesthésiant ou l'oxygène. On peut apporter dans la chambre une chaise de massage, un gros ballon (l'infirmière montre comment on s'assoit dessus). L'infirmière souligne qu'on va encourager les femmes en travail à marcher, car une étude a montré que cela raccourcit le travail. Elle indique quelles routines seront faites à leur arrivée (test sanguin, écoute du cœur du bébé sur le moniteur, examen vaginal, questionnaire, appel au médecin). Elle ajoute que le département est ouvert à des alternatives, donnant comme exemples l'acupuncture, l'homéopathie, la prière. Elle précise que la prise de médicaments contre la douleur est peu encouragée mais que les parturientes pourront en avoir si elles le désirent.

Le groupe de futurs parents va ensuite voir une salle avec bain tourbillon et l'infirmière en précise les conditions d'utilisation, le pourquoi et le comment (pas trop tôt durant le travail, pas de naissance dans l'eau, 20-25 minutes à la fois) et les avantages (détente). La visite se poursuit avec celle d'une chambre à trois lits (pour débordements), d'une salle d'accouchement (pour accouchements plus délicats, comme la naissance de jumeaux) et celle de la pouponnière – à travers la fenêtre à cause des microbes.

L'infirmière demande en terminant s'il y a des questions. Il n'y en a pas. (og2)

b. Les lieux observés : des espaces conviviaux et hospitaliers

Les lieux physiques ont été conçus en lien avec la philosophie du centre hospitalier. Ils sont situés non loin de lieux accessibles au public. Certaines fenêtres donnent sur un terrain adjacent où les parturientes peuvent aller se promener si elles le désirent, en début de travail. Elles peuvent aussi aller se promener à l'extérieur du département d'obstétrique. Lorsqu'on pénètre dans ce dernier, on voit le poste, soit un comptoir derrière lequel commis, infirmières et médecins s'affairent, une petite pouponnière dans laquelle dorment paisiblement quatre ou cinq bébés lors de ma première visite des lieux, deux corridors faisant le tour des chambres avec fenêtre d'un côté et des locaux divers sans fenêtre au centre (cuisinette pour le personnel, chambre pour les médecins, salles de bains tourbillons, salle d'accouchement, salle avec trois lits pour les débordements, et autres tels le local d'utilités propres et celui d'utilités souillées et un local de rangement du matériel). On trouve aussi sur le département un bureau pour la clinique GARE (grossesses à risques élevés) – aussi appelée clinique de périnatalité – et une salle d'examen.

Le poste est le cœur de l'activité des infirmières et des médecins. Ils y vont et viennent, selon ce qu'il y a à savoir, à faire ou à communiquer. Derrière le poste se trouvent deux tableaux : un qui renseigne sur l'occupation des chambres et l'autre sur la situation de chaque femme en travail (nom de la « patiente », du médecin, état de la dilatation du col, médicament administré, etc.). On y trouve aussi ce qui est nécessaire à l'administration : téléphones, divers cahiers, dossiers, ordinateurs, tiroirs et armoires pour les médicaments, chaises et comptoir où le personnel peut inscrire des notes dans les dossiers ou les lire. En plus du poste, formé du comptoir où travaillent la commis et l'assistante-infirmière-chef et d'une petite pièce attenante, on dispose d'une petite salle de conférence et d'un bureau pour l'infirmière-chef .

Devant le poste, on trouve des cahiers où la clientèle peut témoigner à la fin de son séjour hospitalier et des affiches et une boîte de collecte de fonds pour les rénovations prévues.

Il y a souvent aussi sur le comptoir un bouquet de fleurs, une plante ou autre cadeau laissé par une nouvelle famille retournée chez elle, en reconnaissance envers le personnel.

Lors de ma première visite, l'infirmière-chef (og1) souligne que chaque chambre de maternité est équipée d'une salle de bain complète, en plus des bains tourbillons auxquels la clientèle peut avoir accès. La particularité de ce département – et de quelques centres hospitaliers au Québec – c'est que tout le séjour de la femme qui vient y donner naissance se passe dans la chambre où elle est admise. Parfois, quelque temps après la naissance, on demande à une femme ou à un couple de changer de chambre, en cas d'achalandage important lorsqu'une femme a besoin d'accoucher ou encore après une césarienne. En effet, les femmes dont l'accouchement aboutit en césarienne sont dirigées ensuite dans une chambre avec lit d'hôpital (avec montants de chaque côté).

Il n'y a pas de salle d'opération dans le département même, mais il y en a évidemment une dans le centre hospitalier.

c. L'équipement observé : médical et « alternatif »⁵⁸

Il y a deux sortes d'équipement (en plus du matériel servant à l'administration) : l'équipement médical, que l'on retrouve dans tous les centres hospitaliers faisant de l'obstétrique, et l'équipement dit « alternatif », servant à soulager la douleur des contractions ou à favoriser le travail autrement qu'avec les médicaments.

On trouve quelques moniteurs de surveillance électronique du cœur fœtal, quelques tables chauffantes que l'on entre dans la chambre peu avant la naissance du bébé, l'équipement servant aux urgences et intégré dans les chambres (sortie d'oxygène, par exemple) ou sur chariot (équipement de réanimation). On trouve aussi une machine équipée d'une ventouse, pour aider les bébés à sortir si le besoin s'en fait sentir. Lorsque c'est très occupé, il arrive, m'ont dit des infirmières, que du matériel ne soit pas toujours disponible et qu'on doive attendre avant de pouvoir s'en servir (ex : moniteur de surveillance).

On trouve aussi une chaise de massage (dont on m'a dit qu'elle fut payée par un ou des médecins), de gros ballons de gymnastique sur lesquels les femmes en travail peuvent s'asseoir ou s'appuyer, une barre courbée pouvant être fixée au pied du lit et qui permet

⁵⁸ Ce qui suit n'est pas une liste exhaustive, mais ce que j'ai vu utiliser lors des observations d'accouchement.

aux parturientes de se tenir accroupies et de garder leur équilibre (elles 's'accrochent' à la barre). J'ai vu la chaise de massage être utilisée deux fois, lorsqu'il y avait une accompagnante avec la femme en travail. J'ai vu les ballons utilisés quelques fois, et la barre une fois. Et à plusieurs reprises, lorsqu'il y avait des femmes en travail, l'équipement alternatif était rangé dans son local et non utilisé. Le bain tourbillon semble plus employé : il l'a été passablement lors de mes observations et j'ai pu constater ici et là lors de mes visites au CH que d'autres femmes en travail s'en servaient.

C. Les acteurs

Si les lieux physiques constituent l'environnement où se déroulent les accouchements, ce sont les gens qui y travaillent qui animent le département d'obstétrique et lui donnent vie. Les infirmières y sont omniprésentes, les médecins moins présents physiquement et d'autres personnes – des cadres ou encore le personnel de bureau ou de soutien – contribuent également à assurer le fonctionnement du département. La quantité de personnel varie selon le quart de travail, le moment de la semaine et aussi, jusqu'à un certain point, selon l'achalandage. Lors de mes observations, j'ai ainsi vu un éventail de situations, allant d'un contexte très tranquille à un contexte très occupé, comme les extraits d'observation suivants l'illustrent :

Une soirée très tranquille (og7, p.1-2)

En route vers le département, je salue un groupe d'infirmières et l'assistante- infirmière-chef attablées à la cafétéria. C'est la pause-repas.

En arrivant au département, je regarde le tableau de l'occupation des chambres, puis celui des femmes en travail. C'est extrêmement calme aujourd'hui, si on en juge par les données des tableaux. Une seule femme est en travail, travail prématuré (34 semaines). Alors que le département compte une quinzaine de chambres, quatre femmes seulement occupent une chambre : trois qui ont accouché la veille et une femme enceinte de 13 semaines qui est sous observation (hypertension artérielle).

Deux infirmières sont au poste de garde. L'aide de service habituelle n'est pas là; elle est remplacée. L'infirmière-chef est absente. L'obstétricienne-gynécologue de garde jase de ses enfants avec des infirmières; elles sont assises derrière le comptoir du poste. Ce médecin me dit à quel point c'est tranquille ces temps-ci, au département (elle parle du peu d'accouchements). Elle souligne que plusieurs femmes veulent accoucher avant la fin de l'année pour pouvoir bénéficier de la nouvelle loi du congé parental. L'infirmière à la pouponnière n'est pas très occupée : un bébé dort profondément et une mère s'occupe de ses jumelles. L'assistante de soir vient indiquer à l'infirmière comment chercher des données à l'ordinateur.

L'infirmière-chef revient. J'en profite pour lui poser quelques questions sur le fonctionnement du département et ses activités.

Une journée très occupée (og18)

Cette semaine, selon l'infirmière-chef, fut une des plus occupées de l'année; une infirmière me confirmera qu'il y a eu 39 accouchements en huit jours. Même l'assistante-infirmière-chef a dû s'occuper d'une femme en travail. Quand j'arrive, il y a quatre femmes en travail et toutes les chambres sont occupées par des femmes ayant accouché ou par quelques femmes enceintes sous observation. Quand je dis à l'infirmière responsable de ma participante que c'est bien occupé, elle me répond « pas occupé, dément ! ». Une femme ayant accouché a été mise dans la salle de conférences, une autre occupe la moitié de la salle familiale et l'infirmière de la clinique GARE fait sa clinique dans l'autre moitié. Et pour la première fois depuis le début de mon travail sur le terrain, l'intercom (qui est installé dans chaque chambre) n'arrête pas d'appeler telle ou telle infirmière pendant le travail de ma participante. Je vois six bébés dans la pouponnière. Plusieurs femmes ou couples attendent dans le corridor pour la clinique GARE. En plus de l'obstétricien-gynécologue de garde, un autre médecin fait faire des échographies, des amnios, etc., m'informe-t-il.

a. L'encadrement du travail

Rôle de l'administration : le personnel cadre

Deux cadres dirigent le département d'obstétrique : un médecin et une infirmière.

Le chef du département d'obstétrique relève, comme tous les chefs de département, du directeur des services professionnels. En plus de celui-ci et du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, c'est le chef du département d'obstétrique, un obstétricien-gynécologue, qui a eu à décider s'il acceptait que je mène cette étude au département qu'il dirige. C'est la personne responsable de l'administration du département. En entrevue, les obstétricien-ne-s-gynécologues le voient comme un lien entre l'administration, le département, les médecins et l'infirmière-chef, un leader qui propose ou oriente et un exécutant qui s'occupe de ce qui aura été décidé en groupe par les médecins. Un omnipraticien le voit comme « *un bon père de famille* » qui doit « *gérer les tensions entre les enfants* » (em45 :181-182), donc un modérateur, qui a aussi le rôle de cimenter le groupe et de gérer ce qui s'y passe.

L'infirmière-chef⁵⁹ du département d'obstétrique

⁵⁹ L'infirmière-chef est appelée chef d'unité dans les documents administratifs.

C'est une infirmière qui est chef de service du département d'obstétrique. Elle relève de la directrice des soins infirmiers. Il est peu question, dans les entretiens menés auprès des infirmières, de l'infirmière-chef du département d'obstétrique, en place depuis peu, ce qui pourrait constituer un facteur explicatif. Des infirmières m'ont par contre parlé assez abondamment des premières infirmières-chefs, de leur influence sur le département et de l'époque regrettée où elles mettaient la main à la pâte, sortant de leur bureau pour donner un coup de main aux chambres lorsque le besoin s'en faisait sentir. J'ai aussi observé à quelques reprises l'infirmière-chef prendre son repas avec des collègues cadres, plutôt qu'avec le personnel du département – qu'elle connaît bien par ailleurs puisqu'elle y a travaillé notamment comme assistante-infirmière-chef de jour.

L'infirmière-chef définit son rôle ainsi (ei44) :

J'ai le côté administratif [...] essayer de rentrer dans mon budget [...] et en même temps supervision du fonctionnement de l'unité, tant au niveau du matériel (achat de matériel) que du personnel. Comme je fais les horaires de travail, je vois par exemple à équilibrer mes équipes de travail pour qu'il y ait toujours des infirmières d'expérience dans l'équipe. C'est difficile lors des périodes de vacances, surtout l'été. Je m'occupe de l'évaluation de mon personnel [...] et des besoins que celui-ci peut avoir, en termes d'aide pour un problème ou encore de soutien. Je gère aussi le dossier de la qualité des soins. Il y avait eu en '90 un processus d'évaluation de la qualité des soins, et présentement un autre est en cours [...] C'est à moi qu'il revient de m'occuper des plaintes de la clientèle ou encore d'événements comme des erreurs dans l'administration de médicaments ou autre accident. J'essaie aussi de temps en temps de participer à un accouchement (pour ne pas perdre la main). » (ei44 :24-40)

L'infirmière-chef travaille de concert avec ses trois assistantes, une de jour, une de soir et une de nuit. C'est elle qui voit à ce que tout se passe bien, au quotidien, et qui fait le lien entre les infirmières et le médecin-chef du département.

L'assistante-infirmière-chef (ou assistante-chef d'unité) est celle qui, selon un document décrivant les tâches du personnel, guide l'équipe, coordonne les activités, sert de personne ressource et de support. Elle voit à ce que le personnel soit suffisant à chaque quart de travail, calculant le niveau de soins requis pour planifier le nombre d'infirmières requis au quart de travail suivant. Elle voit à répartir les femmes en travail entre les infirmières et s'occupe de prendre et de transmettre le rapport de chaque infirmière à celle qui va lui succéder au quart de travail suivant. En général, elle demeure au poste pour répondre aux besoins des infirmières. Elle peut aussi servir de seconde infirmière lors de la naissance d'un bébé, au besoin. Elle est, selon l'infirmière-chef, son bras droit :

C'est elle qui me remplace, lorsque je suis absente. Mais d'une façon générale, elle est beaucoup avec l'équipe d'infirmières. Elle s'occupe du quotidien, en gardant en tête la vision globale du département. Elle est au courant de tout. Elle connaît la clientèle, s'implique dans les soins. Et lorsqu'il y a des choses particulières à traiter avec les médecins, elle s'en occupe (ei44 p. 4,5).

Les règles institutionnelles régissant le travail

Ce qui est écrit, on peut pas vraiment passer outre à cela; le reste, je peux dire qu'au niveau de tout ce qui concerne le travail de la patiente, nous autres on a pas mal un grand champ d'action (ei30 :333-335).

Un centre hospitalier est une institution et comme toute institution, on y trouve des règles de toutes sortes régissant les activités et les acteurs. Plusieurs infirmières m'en parlent en entrevue, et l'infirmière-chef⁶⁰ aborde aussi le sujet. Ni mes observations ni mes entrevues ne réussissent à me donner une image claire des responsabilités et de la latitude de chacun – des médecins, des infirmières – relativement à ces différents types de règles. Je ne réussis pas non plus à identifier avec précision tout ce qui est actes délégués, politiques, protocoles de soins, ou encore procédures interdisciplinaires ou procédures de soins, comme les appelait l'infirmière-chef, les intervenant-e-s utilisant parfois des appellations différentes pour évoquer les mêmes réalités.

Les actes délégués sont délégués par la profession médicale à la profession infirmière. Un exemple donné par une infirmière est « *la pose d'une sonde urinaire après un certain nombre d'heures après une péridurale si la femme n'a pas uriné* » (ei30 :147-151); une autre infirmière parle de l'administration du Syntocinon⁶¹ pendant le travail : une infirmière peut le doser sans demander la permission au médecin. Selon l'infirmière-chef, il pourrait y avoir plus d'actes délégués dans leur d'hôpital puisqu'il n'y a pas de résidents en médecine qui, ailleurs, posent des actes que les infirmières posent ici.

Certaines interventions font l'objet d'une politique : par exemple on ne peut pas déclencher – sauf indication médicale à l'effet contraire, telle une femme portant un bébé souffrant d'un retard de croissance – un travail avant 41 semaines de grossesse, on ne peut en déclencher plus de deux par jour, durant la semaine, et on ne peut programmer un déclenchement plus d'une semaine à l'avance. Une infirmière ajoute que depuis que cette

⁶⁰ J'ai fait en 2003, après la période d'observation sur le terrain, une entrevue complémentaire avec l'infirmière-chef car j'avais besoin de précisions sur les différentes règles régissant le travail des uns et des autres (médecins et infirmières).

⁶¹ Médicament qui fait contracter l'utérus, administré par soluté (ocytocine synthétique).

dernière règle a été instituée, « *on a beaucoup moins d'inductions* » (ei38 :867-868), tandis qu'une autre trouve que le nombre d'inductions augmente. Un médecin, Huguette, a souligné qu'elle apprécie cette politique claire sur les inductions puisque alors elle se sent autorisée à refuser les demandes de femmes fatiguées d'être enceintes. Curieusement, selon l'infirmière-chef, cette politique est non écrite et en ce qui concerne la date fixée – la 41^e semaine – ce sont les médecins qui ont le dernier mot. Elle ajoute qu'il se fait des déclenchements pour raison sociale – de commodité - et que c'est le médecin qui décide.

Par ailleurs, les omnipraticien-ne-s doivent obtenir l'autorisation d'un-e obstétricien-ne-gynécologue pour déclencher artificiellement le travail d'une de leurs « patientes ».

Une autre forme de règles administratives sont les protocoles de soins, des lignes directrices à suivre dans telle ou telle situation (intervention, médicament, etc.), qui peuvent être appliquées lorsqu'une femme est en travail (il en existe aussi pour les soins en prénatal et en postnatal). En principe, ils sont écrits et doivent avoir été approuvés par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'hôpital, mais en pratique, au moment de faire l'étude, plusieurs, datant de plus de 10 ans, ne portaient pas la signature du CMDP. Il revient à l'infirmière de la clinique de périnatalité de les élaborer, puis de consulter les médecins pour approbation, surtout le médecin rattaché à la clinique GARE. Ils sont ensuite présentés à la DSI et au CMDP.

Ces protocoles sont rassemblés dans deux cahiers que les infirmières ou les médecins peuvent consulter à volonté. Certains protocoles sont en plusieurs copies, de sorte que les nouvelles infirmières peuvent en prendre une avec elles au besoin. Un médecin spécialiste souligne que le personnel suit le plus fidèlement possible les protocoles, sans que cela soit rigide cependant. Il précise que certains éléments, comme les consignes sur l'administration de médicaments, doivent être « *clairement suivies* » (em46 :224). Il peut s'agir par exemple de l'administration du Cervidil⁶² pour déclencher un accouchement ou encore de l'administration d'un médicament à une femme en travail faisant de l'hypertension. Une infirmière par contre indiquera en entrevue que « *les protocoles, c'est fait pour les gens qui n'ont pas de jugement* », précisant qu'elle-même ne les suit pas toujours, mais que dans ce cas elle doit être prête à assumer la responsabilité, si un problème surgissait. Elle souligne aussi que « *quand même, les protocoles sont établis pour la sécurité [...] moi des fois je dis « oups !, je l'ai oublié' »* » (ei38 :395-400). Je perçois dans les entrevues qu'il y a dans la réalité deux niveaux de protocoles, ceux que l'on doit

⁶² Médicament (prostaglandines) qui fait « mûrir » le col.

absolument suivre (ex : les deux médicaments mentionnés précédemment) et ceux qui permettent plus de latitude (comme l'administration de Syntocinon).

Il existe aussi des prescriptions rédigées d'avance par les médecins, par exemple l'autorisation écrite d'administrer du Nubain, un narcotique analgésique, ou une péridurale. Cette façon de faire, m'a-t-on dit, est particulièrement utile la nuit, pour ne pas avoir, selon plusieurs infirmières, à « *déranger le médecin* », car « *il ne veut pas être réveillé la nuit pour l'épidurale* » (ei30 :158). L'infirmière-chef précise quand même qu'« *il aime toujours le savoir [...] habituellement, avant de partir une épidurale, même s'il y a une prescription, il faut que le médecin le sache pareil* » (ei44 :436).

D'autres règles existent, telles ces situations où une infirmière doit avertir le médecin. Ces notions, qui figurent dans les cahiers de formation⁶³, sont communiquées lors de l'orientation des nouvelles infirmières. La même chose par exemple pour le récent changement d'appellation des tracés de moniteurs fœtaux : pendant l'étude, on parlait de décélérations tardives, variables, précoces, etc. En 2003, on parle maintenant de « *tracé rassurant* » et « *tracé non rassurant* ». Il faut donc former les infirmières à cette nouvelle manière d'interpréter le tracé (rapent44-14).

b. Le personnel engagé par l'hôpital

Les médecins : peu visibles, mais influents

Ce centre hospitalier compte, au moment de l'étude, à peu près autant d'obstétricien-ne-s gynécologues que d'omnipraticien-ne-s. On sait que, contrairement aux infirmières et au reste du personnel œuvrant en centre hospitalier, les médecins sont rémunérés à l'acte et doivent demander l'autorisation de travailler à tel ou tel CH, soit ici obtenir des privilèges obstétricaux. La proportion entre les deux types de médecins dans ce département d'obstétrique sera modifiée après la réalisation de cette étude. Au Québec et en Amérique du Nord, contrairement à l'Europe, par exemple, les obstétricien-ne-s-gynécologues s'occupent autant (sinon plus) de femmes dont la grossesse est dite normale (présentant peu de risques, selon les critères obstétricaux ou néo-nataux) que de femmes dont la grossesse présente des risques élevés.

Comme les extraits d'entrevue qui suivent nous l'indiquent, les médecins partagent leur temps entre leur(s) bureau(x) (la plupart des médecins font de la clinique dans deux bureaux différents) et le département d'obstétrique, où ils s'occupent des accouchements

mais aussi du suivi de femmes enceintes sous observation et de celles qui ont accouché. Contrairement aux infirmières, ils ne sont pas toujours présents dans l'hôpital et peuvent même – ce rôle revient aux obstétricien-ne-s-gynécologues – faire leur garde à l'extérieur de ce dernier. Ils ont aussi des tâches connexes relatives à l'administration de leur bureau et à la participation à des réunions, comme celles du CMDP ou les réunions scientifiques de leur département. J'ai constaté qu'ils viennent au centre hospitalier surtout le matin faire la tournée des femmes ayant accouché (leurs « patientes » ou non).

Une obstétricienne-gynécologue (em46)

La gynécologie constitue à peu près 50 % de ma pratique. En termes de suivi, l'obstétrique constitue à peu près 50 % de ma pratique. Comme on a changé notre fonctionnement et qu'on n'accouche que lorsqu'on est de garde c'est certain qu'en termes d'activités je vais faire plus de gynéco que je vais faire d'accouchements. Des accouchements on va en faire une garde en semaine, et une fin de semaine sur cinq ou six, ça fait que c'est sûr que l'accouchement en tant que tel ne représente pas la grosse partie de mon activité.

Je fais à peu près entre trois et quatre périodes de bureau par semaine, et vois en moyenne une trentaine de patientes (moitié-moitié gynéco et obstétrique) et j'ai une journée de salle d'opération aux 15 jours, en temps normal; je fais aussi une journée de clinique de planning familial. Puis une demi-journée par 15 jours pour des interventions comme l'amniocentèse, les versions externes, le suivi de quelques patientes ayant des grossesses à risques.(Puis) une garde de 24 heures (par semaine et un weekend aux 4 à 6 semaines). Si c'est tranquille, (je ne suis pas à l'hôpital lorsque je suis de garde). [...] (À part cela), des réunions au département, des réunions ici aux deux semaines [...], chacun est responsable d'un thème. Cela ajoute à mon travail mais c'est pas si pire.

En obstétrique, il y a la portion du bureau où l'on rencontre les patientes : t'as toujours la première visite de grossesse qui est la grosse visite, où l'on voit les antécédents de la patiente, tout ça, l'examen, où l'on planifie le suivi disant un peu de quelle façon [...] si c'est un suivi standard on explique comment ça va se passer, si elle a des risques particuliers je l'oriente un peu en disant «on va faire telle ou telle chose», [...] on explique notre fonctionnement [...] (que) c'est pas une garantie que je vais me retrouver à son accouchement [...] L'autre portion c'est l'accouchement [...] Les gardes en obstétrique, ici généralement mettons qu'on a une induction à faire, je viens rencontrer la patiente dès 7 h 30, on fait une rupture de membranes (et puis cela dépend), il y a des patientes qui veulent (qu'on accélère les choses), d'autres préfèrent ça le plus mollo possible, je leur dis un peu la façon dont on procède [...] en cours de travail je vais être présent, venir rencontrer la patiente, de temps à autre. En général [...] je vais être dans l'hôpital à partir de la poussée, je viens voir, je viens évaluer la patiente [...] je passe pas longtemps dans la chambre.

⁶³ J'ai consulté deux cahiers de formation, les cahier I et II, ainsi que le document servant à l'orientation des nouvelles infirmières.

On constate donc à la lecture de cet extrait que les médecins – et en particulier les obstétricien-ne-s-gynécologues doivent faire des choses à différents endroits et des choses différentes à ces divers endroits et tout ceci à l'intérieur d'une semaine. De plus, les obstétricien-ne-s-gynécologues ont des responsabilités à la fois semblables et différentes de celles de leurs collègues omnipraticien-ne-s. Non seulement les spécialistes sont responsables des accouchements des parturientes de spécialistes et chargés d'intervenir lorsque leurs collègues omnipraticien-ne-s ont besoin de leurs compétences, mais ils ont aussi la responsabilité d'autoriser certaines interventions comme le déclenchement artificiel du travail, même lorsqu'il s'agit d'une cliente d'un-e omnipraticien-ne, ou d'effectuer certaines interventions telles un forceps ou une césarienne. C'est ainsi qu'est défini par l'un d'eux le rôle du spécialiste de garde : « *il est la personne en charge, celui qui chapeaute l'équipe, qui délègue, la personne-ressource pour les problèmes médicaux, bref celui qui contrôle le tout, de près ou de loin* » (em47 :185-189).

Le système de garde, instauré depuis quelque temps, fait que les obstétricien-ne-s-gynécologues assument une garde de 24h par semaine et d'un long weekend toutes les 4 à 6 semaines, n'aidant plus uniquement « leurs » « patientes » à accoucher. Cela facilite la gestion de leur présence au bureau mais a le désavantage de les empêcher de connaître d'avance la majorité des femmes qu'ils aident à accoucher. Des médecins ont souligné que la pratique médicale change et que les nouveaux (et jeunes) médecins tiennent à avoir une qualité de vie que ne s'étaient pas accordée leurs collègues plus âgés. Pendant leur garde, ils couvrent aussi les problèmes relevant de leur compétence pouvant se présenter à l'Urgence du centre hospitalier.

En ce qui concerne l'accouchement, pour les spécialistes, l'important est d'assurer la sécurité de l'événement relativement à la santé de la mère ou du bébé, notamment en réglant les problèmes qui se présentent. C'est ainsi que les omnipraticien-ne-s peuvent faire appel à eux en cas de problème lors de l'accouchement d'une de leurs « patientes ». Un des spécialistes se voit aussi dans un rôle de soutien, mais sans le définir. Ce sont les omnipraticien-ne-s qui parlent plus abondamment de leur rôle de soutien auprès des femmes qui accouchent.

La présence des omnipraticien-ne-s faisant de l'obstétrique varie selon les institutions et la proportion varie relativement à celle des spécialistes. Souvent, les omnipraticien-ne-s s'occupent de l'accouchement de leurs propres clientes, comme c'est le cas ici, ou alors ils travaillent en petite équipe. Voici comment une omnipraticienne décrit ce qu'elle fait :

Une omnipratricienne : (em45)

Je ne fais maintenant que des suivis de grossesses et des suivis de bébés, ce qui m'occupe à 100 % de mon temps. Je fais mes accouchements quand je suis ici donc jours, nuits, fins de semaine et jours fériés, Noël et le Jour de l'An, sauf les vacances. Donc je fais 95 % des accouchements de mes patientes. (Je fais deux jours et demi de bureau, dont une journée et demie obstétrique seulement). Je fais pas loin de 200 accouchements par année (à part l'obstétrique et la médecine générale) [...] Je fais aussi l'administration de ma pratique, c'est-à-dire la facturation à la RAMQ, la gestion de la clinique et des choses comme ça. Je travaille dans deux cliniques [...] On a un département d'obstétrique qui est très actif, comme ce matin on avait une réunion [...] des réunions scientifiques, on fait évidemment partie du CMDP de l'hôpital, donc il y a les rencontres aux trois mois.

Pour résumer, je me lève le vendredi matin avec le sourire, (et la même chose le jeudi); [...] c'est pas une tâche, c'est vraiment un plaisir [...]. Le côté technique est très simple. Bon, faire les bâtonnets urinaires, ces choses-là, peser la madame, écouter le cœur fœtal, c'est pas quelque chose qui prend la majorité des rencontres au bureau et ça fluctue beaucoup. Il y a des journées... comme si c'est son 3^e bébé, « bonjour-bonjour, ça va bien ? » Il y a d'autres fois, surtout des gens avec leur premier bébé, c'est beaucoup de dialogue, d'informations à donner, à compléter aussi parce que les gens vont chercher beaucoup d'informations, c'est vraiment les suivre dans leur grossesse.

[...] Je vois mon rôle, quand une femme est en travail, comme un rôle de soutien. 95 % du temps, techniquement, j'ai pas grand'chose à faire et c'est très bien comme ça. 5 % du temps il y a des bébés [...] je me dis « si j'avais pas été là, ç'aurait pu mal tourner. » Un rôle de continuité aussi. « On s'est vues au bureau, on se connaît, on a préparé ça ensemble, on continue ».»

Les omnipratricien-ne-s se voient donc plus dans un rôle de soutien auprès de la parturiente, se rapprochant de la conception qu'ont les infirmières de leur propre rôle. Ils apprécient la continuité dans leur travail. Ces omnipratricien-ne-s voient leur rôle comme celui d'un guide et l'une d'elles comme protectrice du « sacré de la naissance » (em48 :265) et des bébés, pour les préserver des agressions, selon ses mots. C'est important pour eux d'aider la femme à ne pas se sentir coupable relativement à son accouchement, sentiment partagé par bien des infirmières.

Soulignant que les omnipratricien-ne-s avec lesquels il travaille « sont très bons » (em47 :201) et disant entretenir de très bons rapports avec eux, un obstétricien-gynécologue précise cependant que « les décisions importantes m'appartiennent » (em47 :189-190). Plusieurs répondants ont d'ailleurs souligné la présence de tensions entre les deux groupes, le degré de tension variant selon par exemple la composition de

l'équipe et selon le médecin-chef. Un médecin omnipraticien a l'impression d'être « *surveillé* » par ses collègues spécialistes, traité comme un « *résident* » (em48 :368-369) et même envahi sur son territoire en ce qui concerne sa propre clientèle, par exemple parce que tel spécialiste prendrait la liberté de regarder les dossiers de ses « patientes ». Il dit se sentir souvent méprisé et critiqué systématiquement et avoue se cacher parfois avec la parturiente dans la toilette pour échapper à l'interventionnisme des obstétricienne-s-gynécologues (48 :975-979). Par contre, une omnipraticienne trouve que « *c'est excellent ici, ils sont toujours disponibles, ils respectent ce qu'on fait et la relation avec la patiente* » (em45 :248-249). Les avis divergent donc sur les relations entre les deux groupes; le petit nombre de médecins ayant accepté d'être interviewés ne permet pas d'approfondir la question.

Les spécialistes disent aussi aimer le contact avec la clientèle et travailler avec des femmes jeunes et en santé; l'un souligne l'intérêt que présentent les défis en obstétrique et la possibilité d'y exercer la médecine, soit de régler les problèmes pouvant se présenter. Mais ils trouvent difficile les longues heures, les nuits, et, dans un cas, le manque de personnel et la pression sur le plan médico-légal.

Les omnipraticiennes interviewées se disent passionnées par leur travail; comme dit l'une d'elles, « *les accouchements, c'est une passion* » (em48 :215-216) et que le fait d'aider à accoucher leurs propres « patientes » facilite les choses et est intéressant. Des facteurs facilitants sont la proximité de leur domicile et de leur bureau avec le centre hospitalier, ainsi que les aides auxquelles on peut se fier (secrétaire, gardienne). L'une trouve difficile les aspects du métier qui dérangent sa vie familiale et l'autre le manque d'obstétricienne-s en obstétrique, ce qui rend leur tâche très lourde⁶⁴. Et tous les médecins trouvent difficile le manque d'expérience d'un nombre croissant d'infirmières. Les infirmières moins expérimentées en sont bien conscientes, comme le précise cette infirmière qui souligne l'importance de gagner la confiance du médecin:

Au début, les médecins surtout, ils sont très, disons qu'ils ne nous font pas très très confiance; ils aiment que ce soit une régulière. Ils sont méfiants. Ils ne se comportent pas du tout de la même façon avec nous autres au début. Une fois que tu as acquis la confiance, ça va, mais il faut que tu fasses ta place. (ei30 :661-662)

Les observations générales et d'accouchements faites pendant trois mois à ce centre hospitalier permettent de constater que le rôle des médecins est moins visible que celui

⁶⁴ Il y aura des départs chez les omnipraticiens dans l'année qui suit ma recherche.

des infirmières, mais plus influent. Beaucoup moins présents physiquement aux accouchements – on ne les voit généralement que pendant la poussée ou même à la toute fin de celle-ci – on perçoit quand même leur influence en constatant, par exemple, la préoccupation des infirmières de satisfaire le médecin de leur « patiente », ne serait-ce que dans la manière de positionner la femme en travail ou le lit, différemment, selon le médecin. En général, tout ce qui a trait aux médicaments (prescriptions) ou à des interventions d'ordre médical revient au médecin. Les infirmières peuvent appliquer des techniques relevant des soins infirmiers ou des actes qui leur sont délégués. Et l'accompagnement leur revient, du moins tant que le médecin omnipraticien n'est pas dans la chambre.

Dans les quelques entrevues faites auprès des médecins, on constate que les spécialistes parlent moins des infirmières que leurs collègues omnipraticien-ne-s. Un spécialiste en parle ainsi : « *Je leur laisse beaucoup de place, en particulier pour le soulagement de la douleur [...] c'est important de ne pas « défaire' ce qui a été fait par l'infirmière* » (em46 : 70-75). Ceci est un reproche que font plusieurs infirmières à un médecin, de « défaire » l'accompagnement qu'elles font en proposant d'emblée une péridurale. Ce spécialiste ajoute : « *Je suis prêt durant le travail à m'effacer pour que l'infirmière soit l'intervenante ayant le meilleur contact direct avec la patiente* » (em47 : 173-174)s. Une omnipraticienne précise :

Les infirmières avec qui on a l'habitude, j'ai un (seul) mot à dire, souvent chuchoté pour ne pas déranger ce qui se passe (et) l'infirmière sait ce dont j'ai besoin, (elle) est attentive tout de suite. Elle connaît ma façon de travailler, je connais la sienne [...]. Il y a des infirmières extraordinaires, (une telle) par exemple, on peut être toutes les deux à un accouchement, assises sur un tabouret, on dit pas un mot, on travaille avec le couple, elle sait ce qu'il faut faire si ça va mal . (em48 : 803-809).

Les omnipraticien-ne-s voient leurs relations avec les infirmières différemment de leurs collègues spécialistes, mettant plus l'accent sur le partenariat, sur l'équipe qu'ils forment ensemble et sur le rôle indispensable que joue l'infirmière, en particulier celles qui sont expérimentées, car ils peuvent compter sur elles en cas de problèmes. Ils soulignent que leur pratique varie en fonction de l'expérience de l'infirmière, les plus expérimentées les guidant alors dans leurs décisions. Les omnipraticien-ne-s déplorent que les nouvelles infirmières soient « *parachutées un peu trop rapidement dans le système* » (em45 :238), en quoi ils partagent l'avis de plusieurs infirmières interviewées. L'aide des infirmières leur apparaît particulièrement précieuse la nuit, lorsqu'ils dorment, ou encore lors d'accouchements difficiles, ou même après, pour parler de ce qui s'est passé. Cependant,

tout ne semble pas se dérouler parfaitement : « *on connaît nos infirmières, celle qui te dérange pour rien, celle qui te dérange pas pour rien, celle qui panique pour rien, celle qui panique pas pour rien* » (em48 :782-783).

Certains médecins – en général des omnipraticien-ne-s - suivent des clientes ayant une accompagnante. Et les accompagnantes m'ont dit qu'elles recommandaient des médecins à leur clientèle. La collaboration est donc parfois bonne, parfois non. Un médecin habitué à travailler avec elles me souligne que « *surtout les premières années, on en a vu de toutes les couleurs avec les accompagnantes* » (em48 : 862). Ce médecin souligne que la priorité est la préservation de sa relation avec l'infirmière, puisqu'elle est appelée à travailler avec elle régulièrement.

Par ailleurs, au cours de mes observations, j'ai été témoin à au moins deux reprises, lors d'accouchements, d'incidents entre des omnipraticien-ne-s et des infirmières, où un médecin disputait l'infirmière pour l'avoir dérangée pour rien (voir la fin du chapitre suivant), les autres médecins parce qu'une autre infirmière avait mal évalué, selon eux, la dilatation du col de leur « patiente ». J'ai aussi observé un spécialiste s'impatienter parce que l'infirmière montait trop le lit à son goût. Dans un cas, l'infirmière a tenté de se justifier, mais dans les deux autres cas elles n'ont rien dit.

Les infirmières : les piliers des soins au pouvoir limité

Un document sur la distribution des soins de la Direction des soins infirmiers souligne que le système en vigueur au département d'obstétrique est un « *système de soins intégraux*⁶⁵ (qui assure) *des soins de qualité continus* ». On ajoute que l'infirmière qui admet une femme en travail sera assignée à cette famille pendant le travail et le reste de son séjour sur son quart de travail. On précise qu' « *elle prodiguera des soins à la mère et au bébé dans la chambre de la mère autant que possible avec la participation des autres membres de la famille.* »

Les infirmières constituent le pilier des soins dans un centre hospitalier. Dans un département d'obstétrique, c'est tout aussi vrai. Alors qu'on voit les médecins de manière occasionnelle, les infirmières sont en plus grand nombre et toujours présentes. Une cinquantaine d'infirmières de ce département sont régulières et une quinzaine sont dites «de l'équipe volante» c'est-à-dire pouvant aussi être appelées à travailler dans d'autres

départements. Selon plusieurs infirmières, le département manquerait d'infirmières (un problème généralisé au Québec), l'une ajoutant qu'« *il y aurait des postes vacants, mais ils (l'administration) ne veulent pas les donner* » (ei42 :304-305). Une minorité des infirmières ont un baccalauréat et la majorité un D.E.C. Elles sont toutes syndiquées. Elles ne portent pas d'uniforme, bien que la majorité soient habillées dans des uniformes de style et de couleurs diverses, parce que, m'ont-elles dit, ceux-ci se lavent facilement. À leur arrivée au département, elles reçoivent une formation d'une vingtaine de jours, appelée « orientation », couvrant les trois secteurs de compétences qu'elles doivent maîtriser : le post-partum, la pouponnière et l'obstétrique, ce dernier secteur étant le plus exigeant. Plusieurs infirmières – et des médecins – soulignent que la formation est plus brève qu'avant et que cela prend par conséquent plus de temps avant qu'une nouvelle infirmière ne maîtrise son travail – jusqu'à un an, selon certaines, et même trois ans, selon celle-ci :

Pour fonctionner très bien sur l'unité, ça prend un bon trois ans, même si tu « fonctionnes » après six mois (mais avec du stress). Tu peux pas tout montrer dans l'orientation, c'est beaucoup trop lourd. Ça fait que (les nouvelles infirmières) voient juste la normalité, les inductions, le travail à peu près normal, ou (les arrêts de progrès) [...] les complications [...] elles l'apprennent sur le tas. (ei43 : 305-306, 309, 318-321).

Les infirmières bénéficient aussi, en cours d'année, de formations complémentaires⁶⁶, par exemple sur l'allaitement, le deuil périnatal ou encore sur l'accompagnement des femmes en travail (cette dernière étant celle à laquelle j'ai pu assister). On semble trouver nécessaire d'offrir cette formation-ci pour que les pratiques redeviennent conformes à la philosophie du département, en recul selon plusieurs. Les infirmières peuvent aussi assister aux « *réunions scientifiques* » (c'est l'expression du milieu) qui ont lieu plusieurs fois par année et qui portent sur un thème développé par un médecin ayant fait une mise à jour de la recherche sur le sujet. L'infirmière-chef souligne aussi que l'apprentissage se fait des médecins aux infirmières, au fil du quotidien.

⁶⁵ Ces soins « intégraux » (on dit aussi « intégrés ») signifient le décloisonnement des tâches de l'infirmière, qui s'occupe de la femme en travail, puis de celle-ci lorsqu'elle a accouché, ainsi que de son bébé.

⁶⁶ Lorsque j'ai demandé à une infirmière si les médecins suivaient aussi des formations, sa réaction fut : « *Es-tu folle ?* ». Il semble que les nouveaux médecins ne soient pas vraiment « orientés » selon la philosophie du département. Les médecins bénéficient cependant, tous les 15 jours, d'une réunion « scientifique ».

Lors des entrevues avec les infirmières, je n'ai pas remarqué beaucoup de différences entre les propos des « nouvelles » infirmières et des infirmières plus anciennes, à part peut-être une certaine insécurité lors de l'entrevue. Voici ce qu'elles disent de leur travail :

Une infirmière ayant moins d'un an d'expérience : (ei30)

Mon travail est très diversifié, d'une journée à l'autre c'est jamais pareil, dépendant si on a une patiente en travail ou seulement du post-partum. Moi je travaille surtout le soir. Ça fait que quand on arrive le soir les patientes sont plutôt avancées dans leur travail. Ça fait que je m'introduis dans un moment souvent un petit peu plus difficile, parce que la patiente commence à être beaucoup plus souffrante [...] On propose des choses aux madames pour pouvoir les soulager un petit peu plus. C'est surtout ça mon travail. C'est de respecter ce que la patiente désire avant tout.

Il faut aussi tenir les médecins au courant et c'est eux qui nous donnent l'accord pour pouvoir faire un analgésique ou une épidurale [...] mais à part si ça va pas bien, on n'a pas une grosse relation avec les médecins. Si ça va pas bien [...] faut prévenir le médecin. C'est dans ce moment-là que lui intervient plus que nous autres, (même si) on a toujours des choses à faire, des protocoles, avant de les appeler. Il y a des choses qu'on peut partir nous-mêmes et d'autres non et d'autres il faut une prescription au départ [...] (et des fois le médecin) l'a fait d'avance, par exemple la nuit parce qu'il ne veut pas être réveillé pour l'épidurale.

Et quand c'est (moins) occupé, on prend plus de temps pour voir nos post-partums [...] pour leur donner un petit peu plus d'informations [...] (normalement) on passe les voir deux fois dans la journée ces patientes-là [...] On n'a jamais plus qu'une patiente en travail, à moins que ce soit vraiment une grosse grosse journée .

Une infirmière d'expérience : (ei32)

En arrivant, on prend notre rapport. Après ça, s'il n'y a rien qui nous oblige d'aller directement à nos chambres ou à nos bébés, on va consulter nos dossiers (pour voir ce qui aurait été fait ou pas encore fait par l'infirmière du quart de travail précédent). On va aller vérifier notre ordinateur, après ça, naturellement, si on n'a pas besoin de nous, on va aller vers la maman ou le bébé, selon ce qui est dû. Si le bébé est dû à boire, on va prendre ses signes vitaux, changer sa couche et l'amener à sa maman; puis la vérifier voir si au niveau physique tout est bien, si ça saigne pas, pis tout ça. Si c'est un allaitement, tu t'occupes de la maman, tu réponds à ses questions, tu l'aides [...] (Avec une accouchée), le premier 24 heures on survole un peu pour voir avec la maman comment la journée a été, on fait notre prélèvement sanguin la 2^e nuit. Si c'est une maman en travail, à la suite naturellement on va aller voir notre petite maman en travail si elle est en travail actif. Après ça, on va se diriger vers le post-partum, sinon on donne notre rapport pendant qu'on est à l'accouchement et que la patiente est plus souffrante et que je ne peux pas quitter la chambre.

Les tâches et les responsabilités des infirmières sont nombreuses. Contrairement aux médecins, leur travail se situe dans un seul lieu, le centre hospitalier, et ce qu'elles accomplissent, elles doivent le faire non pas à l'intérieur d'une semaine – comme les médecins – mais dans les huit heures que dure leur quart de travail. Voici ce que dit de leurs tâches un document administratif :

Responsabilités et tâches (de l'infirmière) : dispenser des soins infirmiers, conformément à la loi [...] elle identifie les besoins de santé, planifie, prodigue et contrôle les soins infirmiers et contribue aux méthodes diagnostiques pour les bénéficiaires dont elle a la tâche » (Manuel d'organisation et de fonctionnement, 2.2.1)

Les infirmières travaillent généralement en alternance (15 jours – 15 jours) sur deux quarts de travail, par exemple de Jour et de Soir, ou de Soir et de Nuit, ou encore de Nuit et de Jour. Une infirmière m'a dit que cette manière de procéder facilite la collaboration entre ces quarts de travail (plutôt que la confrontation). La composition des différents quarts de travail n'est pas la même. Il y a plus d'infirmières le jour, un peu moins le soir, et moins la nuit. De plus, il est plus difficile de recruter des infirmières d'expérience pour travailler la nuit. En effet les infirmières ayant plus d'expérience travaillent sur le quart de jour, les règles d'ancienneté leur permettant de choisir le quart qu'elles préfèrent. On pourrait se demander pourquoi puisque les femmes accouchent à toute heure du jour et de la nuit, la semaine comme le weekend, les journées ouvrables comme les congés. Mais en regard des accouchements déclenchés artificiellement le jour et en semaine, il semble logique qu'il y ait un peu plus d'infirmières le jour. Par exemple, si on trouvait neuf infirmières (dont l'assistante-infirmière-chef et l'infirmière affectée à la pouponnière) le jour, on en trouverait deux de moins le soir et trois de moins la nuit. De plus, la nuit, on trouve les infirmières les plus nouvelles, donc les moins expérimentées. Et il n'y a ni aide de service la nuit ni commis le soir, la nuit et le weekend, ce qui alourdit la tâche des infirmières.

Selon le Document sur le mode de distribution des soins de la DSI, le calcul du ratio bénéficiaires-infirmière du département d'obstétrique-gynécologie se fait à l'aide d'une grille tenant compte des variables suivantes : le type de bénéficiaire, sa condition de santé, les habiletés de l'équipe de soin, l'environnement, le type d'accouchement et le type d'anesthésie utilisé.

Le travail d'une infirmière est complexe. Selon le *Manuel d'organisation et de fonctionnement*, il comprend les tâches suivantes :

Recueillir les données pertinentes, auprès du bénéficiaire, des personnes significatives et autres intervenant-e-s, analyser et interpréter ces données, rédiger le plan de soin, faire participer le bénéficiaire à la planification des soins, référer (au besoin) le bénéficiaire aux intervenant-e-s, prodiguer les soins planifiés tout en respectant le degré d'autonomie (du bénéficiaire), assurer un environnement sûr, sain et confortable, informer le bénéficiaire du fonctionnement de l'unité et des procédures en vigueur, (avoir) une bonne communication et relation d'aide avec le bénéficiaire, lui communiquer les informations pertinentes en regard de ses auto-soins, donner l'enseignement requis, administrer les médicaments et traitements requis, inscrire au dossier les notes d'observation, assurer la continuité des soins, observer signes et symptômes physiopathologiques, transmettre les informations pertinentes aux différents intervenant-e-s, procéder à des examens et tests diagnostiques, réviser et mettre à jour les données recueillies [...] et participer à l'évaluation de la qualité des soins en respectant les procédures établies.

Le travail des infirmières du département d'obstétrique-gynécologie comprend les soins auprès de femmes ayant accouché et de leur bébé, de femmes enceintes sous observation et de femmes en travail et donnant naissance : « *Normalement le quota c'est trois post-partums et avec tu peux avoir une patiente en travail* » (ei31 : 607-608)

Au début, c'est difficile, tellement que tu rentres chez toi puis tu as le goût de pleurer. Mais on prend l'habitude [...] On a beaucoup de responsabilités, et des fois on a l'impression de ne pas avoir fait tout ce qu'on devrait avoir fait. Tu arrives à la maison et tu penses tellement là ! [...] (Mais) pour moi, c'est le paradis au département d'obstétrique, comparé aux autres départements. (ei30 : 716-718, 720-721, 724)

J'ai même vu, lors d'une visite au département d'obstétrique, des patientes (et patients) d'autres départements pour cause de débordement – ce que les infirmières sont loin d'apprécier, puisqu'elles doivent elles se débrouiller, sans aide extérieure, lorsque leur propre département déborde et surtout parce qu'elles ne sont pas familières avec les autres domaines de la médecine (elles doivent s'occuper de ces patients).

Les infirmières ont entre deux et six familles sous leur responsabilité, selon le quart de travail, l'affluence et l'état d'avancement du travail de la parturiente. Leur travail comprend aussi l'aspect administratif relié aux soins, principalement de prendre des notes, les consigner au dossier ou ailleurs et entrer les données à l'ordinateur. Ce sont les infirmières qui entrent non seulement leurs notes au dossier informatisé mais aussi celles des médecins.

Étant donné le côté imprévisible des accouchements – du moins ceux qui ne sont pas programmés, soit entre 75 et 80 % des accouchements – et étant donné que dans cette institution, les infirmières ont des compétences polyvalentes et non limitées à un seul secteur, elles doivent organiser leur travail de manière à répondre minimalement à ce qui

leur est demandé pour les femmes ayant accouché et leur bébé, puis pour les femmes enceintes sous observation, tout en se gardant disponibles pour la femme en travail qui leur est assignée (ou les femmes en travail en cas de débordement) et ce, particulièrement durant la phase active avancée de ce travail, quand les femmes ont le plus besoin d'elles.

J'ai pu observer deux infirmières lors de quarts de travail complets (jour, soir) et elles m'ont dit qu'elles essaient – d'autres infirmières me l'ont dit aussi – de faire en premier les tâches administratives et de soins reliées aux accouchées (car elles sont censées les voir deux fois par jour) avant d'être trop absorbées par les soins que demande leur « patiente » en travail. Chaque infirmière est censée avoir sous sa responsabilité au moins deux femmes ayant accouché et une femme en travail⁶⁷ – s'il y en a – mais lorsque c'est occupé ou très occupé, elles peuvent avoir plus de « patientes » à charge.

Une classification faite par les infirmières est fondée sur leurs préférences relativement à l'un des trois secteurs dans lesquels elles œuvrent : certaines me disent préférer l'accompagnement durant l'accouchement, d'autres l'enseignement aux accouchées. D'autres encore me disent que des infirmières sont meilleures avec les bébés ou plus aptes à gérer les complications graves pouvant affecter ces derniers. Une infirmière souligne que « *celles qui fonctionnent le mieux, ce sont celles qui sont sorties de l'école (d'infirmières) et ont commencé chez nous* » (ei43 : 461-462).

Les mots « *enseigner, écouter, aider, connaître les besoins et y répondre, prodiguer des soins* », sont employés par une infirmière. « *Répondre aux questions, donner des trucs, informer, rassurer* », sont les mots employés par une autre. « *Observer, vérifier auprès de la patiente* », est aussi important, souligne une autre. « *Soulager* » aussi. Et « *respecter ce que la femme en travail veut* » revient comme un leitmotiv dans les entrevues.

Le travail, dont une partie n'est pas routinière, demande donc une capacité d'adaptation et une souplesse de caractère sans lesquelles – me souligne une infirmière (ei38) – on ne « *dure* » pas longtemps dans ce département. Auprès des accouchées, leur travail, outre la surveillance de l'état de santé de la mère et du bébé, comprend un aspect « *enseignement* » (comment s'occuper d'un nouveau-né, par exemple), que certaines disent trouver très gratifiant mais qu'elles ne peuvent faire adéquatement si elles sont, pendant plusieurs heures de leur journée, auprès d'une femme en travail actif.

⁶⁷ Les tâches à accomplir auprès des parturientes seront décrites au chapitre suivant, qui porte sur l'accouchement.

Malgré la complexité de leur tâche, toutes les infirmières interviewées parlent avec intérêt – sinon passion – de leur métier. Plusieurs travaillent depuis de nombreuses années, par choix, dans cet hôpital. Elles aiment ce qu'elles font, elles aiment leur milieu de travail, l'ambiance qui y règne entre elles, elles aiment l'organisation des lieux et s'entraident, disant que cet amour de leur travail est un facteur qui facilite les choses :

C'est un privilège de voir (un accouchement). Tu as participé à quelque chose de tellement personnel dans ce couple-là. Tu as des patientes qui vont te rester dans la tête, dont tu te rappelles des années et des années plus tard [...]. Je les ai aidées du mieux que j'ai été capable et je pense que j'ai fait une bonne job. (ei38 : 800-802, 805-806).

C'est un cadeau chaque fois de voir arriver le bébé. J'en ai le frisson. Ça me passionne. (ei41 :254-255)

Une infirmière me raconte sa surprise quand elle s'est aperçue que l'on fêtait les anniversaires des infirmières, peu de temps après son arrivée. Elle n'en revenait tout simplement pas. Une autre dit apprécier « *l'ambiance entre nous autres [...] beaucoup familiale (car) avant il y a trois ou quatre ans (il n'y avait pas beaucoup de roulement de personnel)* » (ei41 : 229-232). Elle renchérit « *tout le monde est content de travailler ensemble, sourit [...] la majorité aiment ce qu'ils font* » (ei41 : 240-241).

Certaines mentionnent la latitude que leur laissent les médecins dans leur travail, cet hôpital n'ayant pas de résidents en médecine, ceci favoriserait cela : « *À (tel gros hôpital affilié à une université), on n'avait pas le droit de faire des examens vaginaux, parce que c'était les étudiants en médecine, les résidents et les internes qui les faisaient* » (ei 42 : 108-109). Elles peuvent par exemple décider de hausser la dose de Syntocinon et donner de l'oxygène à un bébé, lui faire un prélèvement sanguin (ei42 : 979). Ou encore l'une me dit que « *du jeu, il y en a; si le médecin n'a pas prescrit, on va aller le faire [...] entre nous autres, on va se parler, puis on prend des initiatives* » (ei32 : 286-289).

Un autre facteur est l'importance du temps, d'avoir le temps d'être avec les femmes en travail ou d'être avec les femmes ayant accouché. Il semble donc qu'un contexte peu achalandé permette de disposer de ce temps qu'elles trouvent précieux. Il s'ensuit qu'une contrainte importante, selon plusieurs, est le manque de temps, qui est évidemment relié soit à l'achalandage, quand « *ça arrive par autobus* », comme le souligne l'une d'elles en passant rapidement devant moi dans le corridor lors d'une journée très achalandée, soit au manque de personnel infirmier auquel cet hôpital et tout le Québec fait face ces dernières années. Plusieurs infirmières m'en ont parlé en entrevue. Une souligne, par

exemple, que l'administration n'a pas comblé les postes vacants et qu'il manque même de personnel le soir : « *On dirait que les supérieurs ne perçoivent pas les besoins et qu'ils ne les comblent pas, ces besoins-là* » (ei30 :682-683). Et certains facteurs paradoxalement conçus pour favoriser l'implication de la famille peuvent aussi participer au manque de temps : « *Il n'y a pas d'heures de visite. C'est certain que des fois, ça brime un peu notre travail, dans le temps qu'on pourrait donner à nos mamans (nouvelles accouchées)* » (ei41 : 575-576).

Par ailleurs le manque de personnel infirmier entraîne une modification des ratios infirmière-patientes, l'obligation de faire des heures supplémentaires pour celles qui ont le moins d'ancienneté ou encore un nombre élevé d'infirmières peu expérimentées. Durant l'été, on engageait, l'année de ma recherche, des étudiantes infirmières de 2^e ou 3^e année pour combler les départs en vacances du personnel régulier. Dans ce dernier cas, le principe de continuité auprès des « patientes » ne peut être respecté : comme on ne peut affecter ces étudiantes aux femmes en travail, ce sont les infirmières expérimentées qui s'occupent de celles-ci à la chaîne, sans pouvoir passer ensuite du temps avec elles et leur bébé en post-partum. Elles disent ne pas aimer cette absence de continuité. Une infirmière précise que cette absence de continuité pourrait entraîner plus de médicalisation : « *quand t'es pas capable de rester avec tes patientes, c'est là où il y a beaucoup de médicalisation* » (ei42 : 702-703) (voulant dire que les femmes demandent plus facilement des médicaments pour soulager la douleur); cela pourrait aussi entraîner plus de difficulté à déceler les problèmes (de type psycho-social par exemple) : « (si on les connaît), *les femmes peuvent plus s'ouvrir* (à nous) » 41-17. Certaines s'inquiètent de la sécurité lorsqu'il manque trop de personnel :

On commence à se faire dire ça, ici, des fois, à l'occasion, que c'est la réalité, on peut pas rien y faire. Là ce qu'ils nous disent, c'est de s'asseoir (d'arrêter de travailler) si on trouve que ça n'a plus d'allure, de refuser de commencer à travailler notre shift. On l'a fait une fois (ei42 : 274-276) [...] Effectivement ils ont fini par trouver quelqu'un un coup qu'elles se sont assises » (ei42 : 279-280) [...]. Les filles ont commencé à faire des lettres [...] pour dénoncer ces choses-là, quand ça arrive [...] à la Direction des soins infirmiers, à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec en même temps (ei42 : 286-287; 289-290).

Une autre contrainte souvent mentionnée est l'attitude des médecins. Il peut s'agir soit de la mauvaise humeur, soit du caractère bougon ou désagréable de certains, qui les critiquent devant la femme en travail ou le couple dans la chambre. L'une dit que certains médecins semblent très imbus de leur statut de médecin : « *Je suis le grand Dieu* » (ei38 :

284), une autre ajoutant cependant que les « *Monsieur le docteur* » (ei41 :346) se faisaient plus rares, car il y a plus de nouveaux – donc jeunes - médecins. Ou il peut s'agir de comportements comme l'attitude pro-péridurale absolue d'un médecin qui propose à tout moment une péridurale aux « patientes », sans tenir compte de leur capacité à gérer les douleurs des contractions, ni et surtout du travail d'accompagnement et de soutien fait par l'infirmière pour aider les femmes en travail à gérer la douleur. D'autres infirmières déplorent l'attitude contraire d'un médecin, qui selon elles est très anti-péridurale et refuse la péridurale à ses « patientes ».

Les infirmières travaillent avec des médecins, qu'ils soient omnipraticien-ne-s ou obstétricien-ne-s-gynécologues. Plusieurs disent disposer à cet hôpital d'un degré d'autonomie apprécié dans leur travail, favorisé par la confiance que les médecins leur font. Si les commentaires vont souvent dans le même sens, à l'effet qu'elles semblent se plaire dans ce milieu de travail et que leur travail avec les médecins est un travail d'équipe, de partenariat, de complémentarité, tout n'est pas parfait avec les médecins, comme nous venons de le voir. En ce qui concerne les parturientes, le rôle des infirmières est de tenir le médecin au courant de l'évolution du travail, de les avertir en cas de problème, et de faire des interventions en attendant qu'ils arrivent, lorsque la situation requiert leur présence. Le plus souvent, les contacts se font par téléphone, puisque les médecins sont peu sur place, sauf le spécialiste de garde s'il y a des femmes en travail avancé. Les infirmières doivent aussi assister le médecin pendant l'accouchement, qui est sous la responsabilité première de ce dernier. Il semble que certains aspects de leur travail avec les médecins stressent certaines infirmières, telle celle qui sent la pression de bien évaluer le moment prévu pour la naissance, afin que le médecin se présente au bon moment et « *soit heureux* », souligne-t-elle. C'est ainsi qu'une autre raconte s'être fait engueuler par le médecin qu'elle avait appelé pour faire une ventouse, parce que le bébé était né avant son arrivée (ei43).

Un autre aspect stressant est le fait qu'il revient à l'infirmière de déceler les complications, puisque ce sont elles qui assurent le suivi du travail. Par contre, les décisions concernant celles-ci reviennent essentiellement aux médecins : « *la décision finale appartient au médecin* » dit l'une d'elles, même si les infirmières ont des protocoles à suivre en attendant le médecin.

Si des infirmières déplorent le recours trop fréquent aux déclenchements artificiels du travail (« *une course de bébés* » (ei38 : 860) dit l'une d'elles), la stimulation trop fréquente du travail ou l'augmentation du taux de péridurales, elles semblent respecter le champ de

compétence des médecins, soulignant que si elles peuvent s'en passer lorsque tout va bien, les connaissances des médecins sont utiles lorsque des complications se manifestent. Et « *dans le fond, si j'avais voulu ce pouvoir-là du médecin, j'aurais fait mon cours de médecine* » (ei38 : 350). Certaines disent se sentir assez expérimentées pour pouvoir suggérer des choses au médecin ou même, mais plus rarement, proposer autre chose que ce qu'il ou elle propose; toutefois, même si certaines argumentent et s'expriment, une fois sorties de la chambre, plusieurs infirmières ne diront rien si elles ne sont pas d'accord avec ce que fait le médecin; les infirmières s'en parlent plutôt entre elles. Ou bien elles disent qu'elles ont déjà essayé d'aborder des sujets litigieux, sans que cela ne donne quelque chose : « *Il y a des bouts [...] que je me retiens parce que je vois que même si je voulais suggérer des choses que je pense qui seraient efficaces, ça sera pas tenu compte. Je trouve ça triste pour la patiente, sauf que ça reste que c'est son médecin. Je suis pas là pour sauver le monde non plus* » (ei38 : 304-307). Deux infirmières soulignent que les médecins peuvent leur apporter beaucoup de soutien mais uniquement quand cela ne contrecarre pas leurs projets. Le fait pour une infirmière de se sentir autorisée à discuter avec le médecin dépend aussi de qui elle a en face d'elle. Une infirmière précise qu'elle et ses collègues d'expérience ont été formées à « *vénérer le médecin* » (ei36 : 536).

Les infirmières s'entendent aussi pour déplorer l'imposition à des « patientes » d'interventions dont elles ne veulent pas, en particulier quand la motivation du médecin est personnelle et non médicale (désir de terminer sa journée, etc.) : « *Souvent les médecins, dans leur journée de garde, ils voudraient qu'elles accouchent toutes de bonne heure. Des fois, ils osent pas trop parler (rires). Des fois, on dit à la patiente « en veux-tu vraiment (du Synto)? Dis que tu n'en veux pas, ça va être correct* » (ei31 : 496-469). Elles déplorent aussi l'absence de réponse de la part du médecin aux demandes des « patientes ».

J'ai pu observer enfin certaines situations où des infirmières faisaient des interventions qu'en théorie ou qu'aux yeux de certains elles ne sont pas censées faire (c'est ce qu'elles m'ont dit en entrevue), par exemple, manipuler le col pour qu'il s'efface lorsqu'il reste « une bande de col » et que cela gêne la descente du bébé. Ou encore j'ai pu entendre certaines me raconter comment elles s'y prennent lorsqu'elles ne sont pas d'accord avec telle intervention imposée par le médecin, retardant par exemple l'administration de Syntocinon après une amniotomie. Elles prétextent que le moniteur de surveillance fœtale – utilisé après l'administration de Syntocinon – n'est pas disponible ou encore disent qu'elles ont « oublié » de l'administrer ou que le travail progresse. Ou encore : « *Des fois,*

j'amena mes patientes dans le bain quand je savais qu'il (l'anesthésiste) était pour être là » (ei34 : 461-462).

Quant aux relations des infirmières avec les accompagnantes⁶⁸, elles varient, même si ces dernières sont généralement bienvenues dans ce département d'obstétrique. Une infirmière souligne que « *ça demande beaucoup de temps, des fois il faut dealer beaucoup avec* » (ei43 : 247), ajoutant « *ça prend beaucoup de tact aussi pour pas se mettre l'accompagnante à dos; elle est souvent plus significative que son médecin pour la patiente* » (ei43 : 263-264). Une autre précise « *il y a certaines accompagnantes qui sont merveilleuses (et d'autres) qui se prennent pour le médecin, donc le pouvoir a été shifté du médecin à l'accompagnante [...] je suis pas sûre que c'est mieux, parce que ça revient pas à la patiente de choisir qu'est-ce qu'elle veut* » (ei38 : 353-354; 361-363). Enfin, l'une dit qu'elle apprend de l'accompagnante, par exemple comment pousser sur le banc de naissance apporté par celle-ci (ei37 : 259-260).

Autre personnel

À part les médecins obstétricien-ne-s-gynécologues, les omnipraticien-ne-s et les infirmières, on trouve d'autres disciplines médicales et du personnel de soutien dans le département d'obstétrique. On a aussi besoin d'anesthésistes, soit pour anesthésier les parturientes ayant une césarienne, soit pour administrer les péridurales lors d'accouchements vaginaux, interventions de plus en plus fréquentes au Québec et dans ce centre hospitalier. Comme souvent dans les CH québécois, le nombre d'anesthésistes varie dans ce CH selon les années, ce qui fait aussi varier, selon les intervenant-e-s, la disponibilité – donc le taux – de péridurales. Au moment où j'ai fait mon étude, il ne semblait pas y avoir de pénurie d'anesthésistes. Alors que les premières années, il y avait très peu de péridurales, aux dires des infirmières il y en a de plus en plus, ce qu'elles déplorent. Elles déplorent en particulier la « *vente* » des péridurales par les anesthésistes, certains venant rendre visite aux femmes en travail sans avoir été appelés, pour leur parler de la péridurale.

Un pédiatre est aussi rattaché au centre hospitalier pour s'occuper notamment des bébés demandant des soins particuliers ou encore examiner les bébés avant leur départ de l'hôpital. Mais des médecins omnipraticiens rattachés au département d'obstétrique font aussi des examens de bébés et comblent les absences du spécialiste.

⁶⁸ Voir page suivante qui sont les accompagnantes.

Par ailleurs, du personnel non médical complète l'équipe. C'est ainsi qu'une commis travaille à plein temps au département. Elle s'occupe du « *travail clérical et voit à assurer les communications avec les autres unités et les autres établissements aux ressources communautaires* » (Document de la DSI), répond au téléphone et effectue des tâches administratives. Elle n'est pas en service durant la fin de semaine ni le soir ni la nuit. Une autre personne la remplace au besoin. Selon l'infirmière-chef, elle joue un rôle essentiel :

Janie⁶⁹, c'est la porte d'entrée du département. Parce que c'est elle qui accueille la clientèle, le jour, c'est elle qui répond au téléphone. Si l'assistante-infirmière-chef est un pivot, elle l'est aussi, à un autre niveau. C'est elle qui est au courant du nombre de patientes [...]. (De plus), elle connaît tout l'hôpital et c'est elle qui va y chercher ce qu'on lui demande, par exemple des dossiers dont on a besoin. Elle transcrit aussi tous nos documents . (ei44 : 217-229)

Pour compléter le personnel, une aide de service est employée. Elle travaille le jour, le soir, mais pas la nuit ou le weekend. Selon le document de la DSI, elle voit à ce que tout le matériel nécessaire soit en place et accessible, ainsi qu'à la propreté des équipements et des lieux. Elle est censée apporter les plateaux des repas, nettoyer la chambre après un accouchement, entretenir l'équipement, préparer les plateaux (le matériel nécessaire aux accouchements, le matériel de réanimation), etc. Comme le dit l'infirmière-chef, « *son rôle est important parce qu'au niveau du matériel, elle connaît tout* » (ei44 :243-244). Cependant il m'est souvent arrivé de voir des infirmières, et même l'assistante-infirmière-chef, apporter les plateaux de repas dans les chambres. Les infirmières me disent qu'elles font souvent des tâches qu'elles ne sont pas censées faire, par exemple nettoyer la chambre après un accouchement. D'autres infirmières voient cependant cela comme une collaboration ou un échange de services.

Comme on le voit, le fonctionnement d'un département d'obstétrique exige la présence d'infirmières, de médecins, de personnel de soutien et de cadres pour gérer le tout. J'ai pu observer une belle ambiance de travail dans ce département. J'ai vu plusieurs exemples d'entraide et de collaboration et la chaleur humaine n'y est pas un vœu pieux. Les gens paraissent heureux de travailler à cet endroit.

⁶⁹ J'ai obtenu une très bonne collaboration de cette personne (nom changé) lors de mon étude.

c. *Les accompagnantes*⁷⁰

Qu'est-ce qu'une accompagnante ?

Les accompagnantes (aussi appelées « doulas », du grec *doula* signifiant soignante, selon Klaus, Kennel et Klaus 1993) sont des femmes engagées par les femmes enceintes et leur conjoint pour leur offrir un soutien, principalement pendant l'accouchement. Klaus et ses collègues, qui furent parmi les premiers chercheurs à avoir mené des études sur les effets du soutien pendant l'accouchement, définissent ainsi ce qu'est une doula : « *A woman experienced in childbirth who provides continuous physical, emotional, and informational support to the mother (and her partner) before, during and just after childbirth* » (Klaus, Kennel et Klaus, 1993, p. 4). Ce sont souvent des femmes ayant un ou plusieurs enfants, que leur(s) expérience(s) d'accouchement – positives ou négatives – ont incitées à aider d'autres femmes lorsqu'elles sont en travail : « *Tu as des accompagnantes qui ont accouché en maison de naissances ou à domicile et qui ont eu le goût de devenir accompagnantes* » (ea50 : 56-58). Ou encore :

Je suis devenue accompagnante à travers mes accouchements. Il y avait quelque chose à l'intérieur de moi qui disait « un événement aussi grand, il n'est pas valorisé comme il le devrait ». Je trouvais qu'on en faisait un petit peu une banalité puis moi [...] j'aurais voulu le crier partout, j'étais très fière de mettre au monde ces enfants-là [...]. (Par ailleurs) j'avais pas été respectée dans mes choix, j'avais surtout été mal informée, mal dirigée. Alors l'idée est née de pouvoir aider cette information-là (aux couples attendant un enfant). (ea50 : 15, 22-25, 32-33, 35-36).

Les accompagnantes les plus « anciennes » au Québec ont été formées par des sages-femmes, alors que celles-ci ne travaillaient pas encore dans les maisons de naissances. Ou bien elles ont été formées par des organismes communautaires comme Alternative-Naissance, à Montréal, le Collectif d'accompagnantes, à Québec, la Maison de la famille à Trois-Rivières et, depuis peu, par une école de formation plus avancée, le Collège d'études en maternité alternative. Selon celles qui les forment, elles ont une formation essentiellement axée sur l'accompagnement à l'accouchement, avec, chez les plus anciennes, un enseignement de gestes plus médicaux comme l'examen vaginal ou la prise de tension artérielle.

⁷⁰ Ce qui suit dans cette section provient d'entrevues avec les accompagnantes observées lors d'un accouchement. Il y eut trois accouchements sur quinze où les femmes et leur conjoint avaient engagé une accompagnante. Comme elles accompagnent les femmes dans l'hôpital qu'elles choisissent, certains des extraits suivants (propos cités) peuvent ne pas s'appliquer aux pratiques du CH dont il est question dans cette étude.

Les accompagnantes interviewées dans le cadre de cette étude ont aussi continué au fil des années à perfectionner leurs connaissances (ex: en massage, en phytothérapie, etc.). L'une d'elles a décidé de devenir accompagnante après avoir reçu une permission sortant de l'ordinaire, celle d'observer des centaines d'accouchements dans un centre hospitalier où elle animait les visites de groupe du département d'obstétrique:

Quand j'assistais à des accouchements, les beaux accouchements que je voyais, normals (sic), sans interventions, c'était souvent des femmes qui arrivaient très tard en travail ou celles qui arrivaient accompagnées. Des accompagnatrices, il n'y en avait pas beaucoup à l'époque. C'était surtout des sages-femmes qui l'étaient (ea50 : 74-78).

Et alors qu'elle demandait conseil à des infirmières en obstétrique de ce CH, afin de décider si elle allait devenir infirmière ou accompagnante, elle s'est fait répondre: « (Ne va pas en nursing) *tu seras pas heureuse là-dedans. Tu serais sous les ordres du médecin, dans ce que tu veux pas faire, dans le temps que tu peux pas nécessairement accorder à tes clientes* » (ea51 : 120, 122-123).

Les femmes et les couples attendant un enfant engagent des accompagnantes, selon ces dernières, soit parce qu'elles se disent insatisfaites du suivi médical sur le plan humain (rendez-vous trop brefs, où elles n'ont pas vraiment le temps de faire part de leurs préoccupations), soit parce qu'elles recherchent un accouchement naturel. Un sondage effectué en 2002 par l'une d'elles (ei50) auprès de sa clientèle révèle les principales raisons suivantes, par ordre décroissant d'importance: 1) désir de soutien, de présence continue pendant l'accouchement et d'appui, dont le besoin d'être aidée à apprivoiser la douleur des contractions, 2) désir d'être sécurisée, 3) besoin d'aide pour faire respecter ses besoins et attentes par le personnel médical, 4) besoin d'information, 5) besoin d'impliquer le conjoint (réponses des femmes) et 6) désir d'un accouchement naturel et d'éviter les interventions médicales inutiles. Une cliente était même prête à déboursier les centaines de dollars que coûte⁷¹ un suivi par accompagnante « *pour l'heure où je suis pas contrôlable et c'est pas ça que j'ai envie de vivre* » (ei51 : 381, 384).

Les services offerts par les accompagnantes vont de rencontres individuelles (trois ou quatre) au domicile de la cliente et d'une série de rencontres prénatales pendant la grossesse à un accompagnement pendant toute la durée du travail actif et les premiers moments du post-partum, suivis d'une ou deux rencontres postnatales et d'un soutien

⁷¹ Certains organismes communautaires, tel Alternative-Naissance à Montréal, offre des accompagnements gratuitement.

téléphonique durant l'année qui suit la naissance du bébé. Les accompagnantes sont donc les intervenantes qui offrent le plus de continuité aux femmes enceintes et en travail, continuité que l'on trouve peu dans le système médical, sauf si la femme en travail a « son » médecin auprès d'elle (ce qui arrive à ce site avec les omnipraticien-ne-s). Les accompagnantes interviewées, qui exercent depuis plus de trois ans, assistent à environ quatre à six accouchements par mois, le nombre variant selon la parité de la clientèle. Elles s'assurent d'avoir une remplaçante lorsqu'elles sont en vacances ou non disponibles pour cause de maladie, etc.

La préparation prénatale offerte est axée sur la préparation à l'accouchement, l'accueil du bébé, l'allaitement et les premiers temps de la nouvelle famille. On encourage les femmes à se faire confiance pour l'accouchement, on les aide et on aide le couple à se préparer à la douleur des contractions. Les accompagnantes renseignent les femmes et les couples sur ce qu'est le travail, les aident à identifier ce qu'elles veulent vivre comme accouchement, notamment en préparant un plan de naissance :

C'est important que le couple prenne du temps et réfléchisse à ce qu'ils veulent avoir comme type d'accouchement. Qu'ils s'assoient et en discutent ensemble [...] et habituellement c'est bien accueilli par les centres hospitaliers; la grosse majorité du temps, l'infirmière va prendre le temps de le lire. C'est la première chose qui sort de la valise ! (ea51 : 1080-1081, 1084-1087, 1089).

Cependant une autre accompagnante souligne que la réceptivité au plan de naissance dépend du médecin ou encore du centre hospitalier :

Si tu as X comme médecin, ton plan de naissance risque d'être respecté à 100 %. Mais si tu vas dans tel hôpital, ton plan de naissance ils vont le démolir en quinze minutes. Tu vas gagner des points (si tu insistes), mais tu (n'auras pas tout ce que tu désires). (ea50 : 596-598).

Les accompagnantes dans un département d'obstétrique

Si une accompagnante souligne que les relations sont très bonnes « *ça va super bien, ils ne me voient pas comme une menace* » (ea50 : 523), elle s'empresse d'ajouter, tout comme sa collègue, que cela ne se déroule pas aussi bien pour toutes les accompagnantes. Une infirmière interviewée dit « *ça m'inquiète, les accompagnantes* », ajoutant qu'elle se demande si on n'est pas en voie de leur enlever ce rôle auprès des femmes en travail (ei40 : 408-409) : « *Je ne veux pas que l'accompagnante prenne la place privilégiée que j'ai avec la patiente [...] je ne veux pas me faire tasser et être là juste pour exécuter* » (ei40 : 674-676). J'ai d'ailleurs pu observer certaines tensions – soit entre

l'infirmière et l'accompagnante, soit entre le médecin et l'accompagnante – lors d'accouchements de participantes. Comme l'accueil fait aux accompagnantes varie selon l'institution et même à l'intérieur de chaque institution, certaines accompagnantes préfèrent encourager leurs clientes à choisir tel ou tel médecin ou tel centre hospitalier, pour que leur accouchement réponde plus à leurs attentes. Et des médecins les trouvent utiles, comme celui-ci : « *La présence des accompagnantes, je pense que c'est un très gros atout pour les femmes [...] parce que les infirmières ne sont pas toujours autant disponibles qu'elles devraient l'être* » (ei48 : 852, 857-858).

Les accompagnantes sont conscientes des limites de leur rôle, centré sur l'accompagnement, soulignant qu'elles ne suggèrent rien à leur cliente en présence du médecin ou de l'infirmière, utilisant d'autres manières de continuer à jouer leur rôle d'accompagnante. Par exemple, l'une dit poser des questions au médecin ou à l'infirmière, lorsqu'une intervention est proposée (pour se renseigner), l'autre a établi une entente avec sa clientèle pour que celle-ci puisse interpréter grâce à certains signes si elle encourage ou décourage l'intervention proposée. L'une trouve important pour maintenir les bonnes relations avec les infirmières de leur donner par exemple un coup de main au besoin (ex: pour changer le lit après l'accouchement).

La question du pouvoir a surgi lors des entrevues avec les accompagnantes. Elles sont bien conscientes que l'hôpital est le « territoire » du personnel médical. Elles disent que le pouvoir est à la fois du côté de la clientèle et du côté du médecin:

Le pouvoir est du côté médical [...] quelque part nous autres les accompagnantes, on a souvent pas de pouvoir, à moins d'être dans un territoire connu, avec un médecin avec qui on a déjà travaillé [...] Moi à un moment donné, je lui ai envoyé une couple de commentaires (à tel médecin) mais j'essayais en même temps d'être fine parce que si t'es raide, ce que tu vas recevoir[...] tu peux pas faire ça devant la cliente. (ei50 : 1085, 1183-1184, 1185-1187)

La personne qui a le contrôle c'est la femme dans la mesure où on l'écoute aussi, là. Mais encore là [...] Par exemple la position d'accouchement, quand il y a des médecins qui disent: « Ben, faudrait peut-être que tu t'installes comme ceci parce que comme ça, moi je suis pas bien ». C'est ben de valeur mais dans le fond c'est elle (la femme) qui accouche et là, elle a à s'écouter, à rester comme ça et pas nécessairement à se tourner de bord pour le confort du médecin. Je pense que la femme a un gros contrôle, dans la mesure où tout va bien, dans le normal. (ei51 : 1230-1236).

Une bonne collaboration avec le médecin ou l'infirmière facilite le travail des accompagnantes :

Quand ma cliente est venue pour se mettre à quatre pattes pour accoucher de son 2^e bébé, la résidente qui était là a dit : « Oh, mon Dieu ! Je sais pas quoi faire pour un accouchement à quatre pattes ! ». Elle a ajouté : « Le médecin de la patiente veut-il ? ». J'ai dit oui et elle a dit : « J'espère qu'il va arriver ! ». Puis la tête commençait à se présenter, le médecin de la patiente est arrivé, il a montré à la résidente comment faire. Pis la résidente elle était aussi excitée que nous autres après: « Mon Dieu ! J'ai pu recevoir un bébé à quatre pattes ! » Et tout le monde au département (était excité). (ea51 : 585-590, 592-595)⁷².

Des installations offrant des alternatives aux médicaments pour soulager la douleur facilitent aussi le travail des accompagnantes, par exemple des bains tourbillons.

En ce qui concerne les contraintes, la méconnaissance par le personnel de l'hôpital de ce qu'est l'accompagnement est un facteur. Un personnel ayant des pratiques plus conservatrices aussi : « *Les infirmières qui sont là depuis plusieurs années et qui sont pas au courant des nouvelles tendances ou bien qui viennent d'autres départements* » (ea50 :1204-1206). Un autre facteur est le degré de médicalisation des pratiques dans les CH: c'est plus difficile dans un CH où, par exemple, les infirmières font ce qu'une accompagnante définit comme du « *harcèlement* » (ea50 :622) pour écouter le cœur du bébé sous monitoring fréquemment, au lieu par exemple de prendre un Doppler et de l'écouter sans obliger la femme à se coucher et à être attachée au moniteur. Ou encore l'attitude du médecin :

Dans les hôpitaux qui sont médicalisés, le médecin rentre (dans la chambre) et tu sens son pouvoir. C'est comme « tassez-vous ». Je me souviens d'un médecin qui voulait mettre un champ stérile et j'ai dit : « Ma cliente ne veut pas ça ». Il a répondu : « Moi, c'est comme ça que je fonctionne ». Donc l'attitude « Je suis le boss, c'est comme ça que je fonctionne et tes besoins je m'en fous » (ea50 : 631-635).

Ou encore la contradiction entre les avis donnés par les infirmières, par exemple, pendant la période postnatale ou pendant l'accouchement, constitue une autre contrainte pour leur travail. Enfin, les accompagnantes rejoignent les propos des médecins en soulignant une contrainte commune reliée au travail : les heures, les accouchements qui se déclenchent n'importe quand, les accouchements longs.

⁷² Il s'agit d'une situation survenue dans un autre CH, où l'accompagnante avait été avec sa cliente.

En résumé, le département d'obstétrique de ce centre hospitalier a des points communs avec les départements d'obstétrique en général, telle la composition de son personnel, les médecins qui y sont rattachés (obstétricien-ne-s-gynécologues et/ou omnipraticien-ne-s), les infirmières qui s'occupent de la clientèle, ou encore l'organisation hiérarchique qui y règne, avec médecin chef de département, infirmière-chef, assistantes-infirmière-chef, etc. Tout comme ailleurs, la majorité de la clientèle est composée de parturientes, mais on s'y occupe aussi de femmes dont la grossesse a besoin de surveillance, ou encore de bébés nés prématurément ailleurs et ayant besoin de certains soins dans un CH proche de la résidence des parents.

Ce département diffère aussi de plusieurs départements d'obstétrique, rejoignant ici les quelques institutions où des pratiques progressistes ont vu le jour en obstétrique depuis les années 90. À la base, on y trouve une philosophie écrite centrée sur la famille, sur le respect de ses besoins, sur la reconnaissance de son autonomie (capacités à prendre des décisions), ainsi que sur le caractère normal de l'accouchement; ce dernier élément accompagné d'un souci de ne pas multiplier les interventions au cours de cet événement. Pour mieux incarner cette philosophie axée sur la famille, les femmes donnent naissance à leur bébé et séjournent dans la même chambre jusqu'à leur départ de l'hôpital; de plus, elles peuvent avoir auprès d'elles un ou des proches. Par ailleurs, les tâches des infirmières auprès de la clientèle sont décloisonnées, c'est-à-dire que la même infirmière qui accompagne la femme en travail s'en occupe et s'occupe de son bébé après la naissance durant son quart de travail; le jour suivant, on essaie de lui redonner la même cliente afin de favoriser la continuité. Cette continuité est aussi favorisée par le fait que les médecins omnipraticiens s'occupent de leurs propres clientes pour l'accouchement, contrairement aux obstétricien-ne-s-gynécologues qui prennent des tours de garde et ne peuvent par conséquent aider nécessairement leurs clientes à accoucher.

Médecins et infirmières aiment travailler à cet endroit et l'ambiance de travail y semble positive. Cependant, des tensions existent entre les différents groupes de professionnels, soit entre les deux types de médecins ainsi qu'entre des médecins et des infirmières. Des tensions originent aussi de la présence d'accompagnantes engagées par certaines femmes.

Enfin, des contraintes de diverses natures affectent le travail des uns et des autres. Citons en particulier la pénurie de médecins de famille et d'infirmières en obstétrique à laquelle on assiste au Québec depuis plusieurs années et qui n'est pas sans affecter ce département d'obstétrique. Les infirmières, en particulier, qui occupent une place centrale

dans les soins à la clientèle, doivent souvent se multiplier pour accomplir leurs tâches, même si, les accouchements étant pour la plupart des événements qu'on ne peut prévoir, il survient aussi des périodes creuses qui leur laissent le loisir de s'occuper de leurs clientes à leur satisfaction. Mais que l'achalandage soit important ou non, au cœur de leur tâche se situent les soins aux femmes qui accouchent. Le chapitre suivant examinera en quoi consiste cet aspect de leur travail et surtout quelle est la conception du déroulement de l'accouchement dans ce département d'obstétrique.

CHAPITRE 4 – L'ACCOUCHEMENT

L'objet principal de mon étude est l'accouchement. Même si on retrouve dans un département d'obstétrique quelques activités connexes, comme l'observation de femmes enceintes aux prises avec une complication ou encore les soins donnés à des bébés qui sont envoyés d'ailleurs pour prendre du poids dans un hôpital plus près du domicile de leurs parents, ce lieu accueille essentiellement des femmes qui y viennent pour mettre leur bébé au monde après neuf mois de grossesse et qui y séjournent environ 48 heures après cet événement.

Dans ce chapitre, il sera d'abord question du déroulement de l'accouchement : le rôle des infirmières auprès des femmes en travail, les stades du travail et la conception de l'accouchement chez des intervenant-e-s, telle que révélée principalement par les observations d'accouchements et les entrevues. La dernière section de ce chapitre mettra en contexte cette conception de l'accouchement en décrivant les deux principales manières de concevoir cet événement relevées dans la littérature.

La diversité des accouchements observés

Les participantes à l'étude sont toutes sauf une (non participante qui avait un diabète gestationnel et dont seulement le travail a été observé) dans la catégorie dite à risques peu élevés, choix privilégié pour cette étude, l'objectif étant d'observer des accouchements « ordinaires » ne nécessitant pas d'interventions spéciales.

Les accouchements que j'ai observés, surtout le jour et le soir (j'en ai observé trois la nuit cependant) sont très diversifiés, comme le montrent les extraits que l'on pourra lire dans ces pages (et le tableau page suivante). Quelques accouchements ont été très rapides, d'autres très longs. Deux accouchements ont été déclenchés artificiellement, l'un pour diabète gestationnel (avec ballonnet), l'autre, pour retard du terme, à 40 semaines et 6 jours de grossesse, par amniotomie⁷³. Six parturientes ont eu une péridurale, six un analgésique narcotique (Nubain⁷⁴), généralement appelé « calmant »; un peu plus de la moitié des femmes ont eu une amniotomie pendant le travail et un peu plus de la moitié ont vu leur travail stimulé avec du Syntocinon. Deux participantes ont eu une ventouse. Deux autres ont eu une césarienne (sans compter une participante non observée qui a eu

⁷³ L'amniotomie est la rupture artificielle des membranes amniotiques, au moyen du doigt ou d'un crochet.

⁷⁴ Une femme a eu et le Nubain et la péridurale.

une césarienne élective), la première pour disproportion fœto-pelvienne et l'autre pour décélérations du cœur fœtal pendant le début du travail actif.

Si on examine les taux d'interventions obtenus lors des accouchements observés et qu'on les compare avec ceux de la période du travail d'observation sur le terrain (octobre à décembre 2000) ou encore avec la moyenne au Québec des taux de l'exercice en cours (1^{er} avril 2000 au 31 mars 2001), on peut faire les constatations suivantes⁷⁵ : les taux de césariennes, de péridurales et d'accouchements assistés (ventouse) sont assez similaires. Le taux d'épisiotomie est cependant beaucoup moins élevé dans mon étude : une sur treize accouchements vaginaux (et il s'agit de la non participante mère de jumeaux), comparé à un taux pour l'année plus élevé (un effet de ma présence comme observatrice ou le hasard ?).

Le hasard a donc fait que j'ai pu observer une variété d'accouchements couvrant de nombreuses possibilités, sauf des complications nécessitant l'application de forceps (on a d'ailleurs peu recours au forceps dans ce CH, comme les statistiques du département d'obstétrique l'indiquent) ou une césarienne d'urgence pour détresse fœtale aiguë ou pour un autre motif médical requérant une intervention rapide. Enfin, j'ai assisté à la césarienne de l'une de mes participantes. J'estime avoir observé la variété de situations nécessaires à mon étude, comme le tableau à la page suivante l'indique :

⁷⁵ Pour des raisons de confidentialité du site observé, les taux indiqués ne sont pas précisés.

TABLEAU V – DIVERSITÉ DES ACCOUCHEMENTS OBSERVÉS⁷⁶,
(données dénominalisées)

Parturiente, âge, parité et médecin omni/ob-gyn	Travail déclenché artificiellement	Amniotomie (rupture artificielle des membranes)	Syntocinon (stimulation du travail)	Nubain (soulagement de la douleur)	Péridurale (anesthésie)	Ventouse (aider le bébé à sortir)	Césarienne	Durée d'observation***
Chantal , 22, 1 ^{er} bébé (o-g)	non	oui	non	non	non	non	non	2 h
Johanne* , 23 (o-g)	non	pas d'info	oui (obs : pendant la poussée)	non	oui (gestion naissance jumeaux avec épisio)	non	non	30 min. obs. naiss. seulement
Jocelyne** , 24 (o-g)	non	oui (routine)	non	non	non	pas d'info	non	1 h
Dahlia , 27, 1 ^{er} bébé (omni)	non	oui (arrêt à 5 cm pend. 3 h)	non	non	oui (à sa demande)	non	non	7 h 40 min.
Jasmine** , 27 (omni)	oui	oui (à 3 cm tôt le matin)	oui (pend. trav. latent, début pm)	prob. oui (pas obs.)	non (contre-indication)	pas d'info	non	7 h
Béatrice , 27, 2 ^e bébé (o-g)	non	non	oui (pour décl. trav. et pendant la poussée)	oui	non	non	non	10 h
Manon , 28, 6 ^e bébé (o-g)	non	oui (routine)	oui (vers fin dilat. après périd.)	non	oui (à sa demande)	non	oui (dispr. foeto-pelv.)	8 h
Guylaine , 29, 1 ^{er} bébé (omni)	non	non	non	oui	non	non	non	4 h 30 min.
Mélanie , 30, 1 ^{er} bébé (omni)	non	oui	oui travail actif	oui	oui (sa demande)	non	non	3 h 15 min.
Noëlle , 31, 1 ^{er} bébé (omni – o-g)	non	non	non	non	oui (cés. élective)	non	cés. élective (prés.bb siège)	non obs.

⁷⁶ Le résumé des 13 accouchements retenus pour fins d'analyse se retrouve à l'annexe VIII. Chaque résumé a été construit à partir des notes des rapports d'observation. N'ont pas été résumés les accouchements de Sylvia (seule la naissance du bébé a pu être observée), Johanne (non-participante ayant accepté que j'observe la naissance de ses jumeaux), Jocelyne (non-participante observée pendant 1 heure en travail avancé lors de l'observation du travail d'une infirmière), et Noëlle (césarienne élective non observée).

Parturiente, âge, parité et médecin omni/ob-gyn	Travail déclenché artificiellement	Amniotomie (rupture artificielle des membranes)	Syntocinon (stimulation du travail)	Nubain (soulagement de la douleur)	Péridurale (anesthésie)	Ventouse (aider le bébé à sortir)	Césarienne	Durée d'observation***
Stéphanie , 32, 1 ^{er} bébé (omni)	non	non	non	non	non	oui (longue poussée, cœur bb)	non	4 h
Sylvia , 33, 3 ^e bébé (omni)	non	non	oui (à 2 cm en travail latent)	non	oui (à sa demande)	non	non	25 min. (obs. nais.)
Caroline , 34, 4 ^e bébé (o-g)	non	non	non	non	non	non	non	5 h 45 min.
Ingrid , 34, 1 ^{er} bébé (omni)	non	oui (arrêt de 2 h à 8 cm)	oui (autour de 7 en travail actif)	Oui (2x)	non	non	non	14 h
Sarah , 38, 2 ^e bébé, (omni)	non	oui (l'a demandée, voulait rapidité)	non	non	non	non	non	1 h
Louise , 38, 4 ^e bébé (o-g)	oui	oui (pour décl. travail)	oui (pend. travail latent)	non	non	non	oui (décél. cœur bébé)	9 h 30 min.
Simone , 40, 1 ^{er} bébé (omni)	non	non	oui (pend. poussée)	oui	non	oui (longue poussée)	non	13 h
Totaux : 17, - 16 en travail	2/16 (12 %)	9 RAM (56 %)	9 synto (56 %)	6 N 37 %	6 P 37 %	2 V 12 %	3 C 17 %	moyenne : 5 h 48 min.

** Le travail de deux de ces parturientes a été observé lorsque l'infirmière allait dans leur chambre, au cours de l'observation continue de deux infirmières – quart de jour et de soir. Et seule la mise au monde de jumeaux* a été observée, et non le travail précédent. Cela explique qu'il manque quelques données pour ces situations.*** Sauf exceptions (Johanne, Sylvia et Sarah), la durée d'observation donne une idée de la durée approximative du travail, puisqu'on me faisait venir lorsque la parturiente avait été admise en travail au département d'obstétrique.

Comme on le voit dans ce tableau, les accouchements ne se déroulent pas tous de la même manière. L'accouchement est un phénomène qui suit des phases successives d'une durée variable selon les femmes. Ce chapitre illustre principalement la conception de l'accouchement dans ce service d'obstétrique, telle que me l'ont révélée les observations d'accouchements et les entretiens avec des intervenant-e-s et les femmes, ainsi que la lecture de documents produits par le département d'obstétrique. C'est ainsi que je tenterai notamment de définir, d'abord à partir des observations d'accouchements, la norme relative au déroulement de l'accouchement et aux différents stades du travail, ainsi que les écarts relatifs à cette norme. Je décrirai ensuite ce qui est d'abord tenté pour réduire ou annuler l'écart puis ce qui est finalement fait si on ne réussit pas à réduire l'écart.

Pour mieux comprendre ce qui est important pour les intervenant-e-s relativement à l'accouchement, je leur ai notamment demandé comment ils définiraient les trois sortes d'accouchements suivants : un accouchement idéal, un accouchement normal et un accouchement qui « va mal ». Les infirmières et les médecins n'ont pas tout à fait la même définition de ces différents types d'accouchements. Accouchements idéaux⁷⁷ et normaux se superposent dans les propos des médecins, les deux étant associés à une bonne progression du travail, au peu d'interventions, à un bébé en santé, à l'absence de complications et à la satisfaction des parents. Les médecins mettent plus l'accent sur ce qui peut arriver au bébé, en termes d'accouchement qui va mal. Les infirmières, elles, donnent à l'accouchement idéal un critère de rapidité, mettant l'accent sur le caractère naturel de l'accouchement (dans le sens d'une absence d'interventions comme un déclenchement ou un accouchement aux instruments) et sur la satisfaction des parents. Peut-être apprécient-elles la rapidité d'un accouchement car cela leur laisse plus de temps pour accomplir leurs autres tâches. Pour l'accouchement normal, les infirmières omettent le critère de rapidité mais conservent l'absence de complications et la satisfaction des parents. L'accouchement qui va mal est celui où des complications se produisent, suscitant de l'inquiétude soit au sujet de la mère, soit au sujet du bébé.

⁷⁷ Des médecins définissent cependant les types d'accouchements selon des critères différents que les critères biomédicaux habituels. C'est ainsi qu'un médecin (Noémie) met l'accent sur le sentiment de valorisation chez la femme relativement à son accouchement comme élément important d'un accouchement idéal et une autre (Huguette) définit l'accouchement qui va mal comme celui d'où la femme et le couple ressortent très insatisfaits.

Les stades du travail

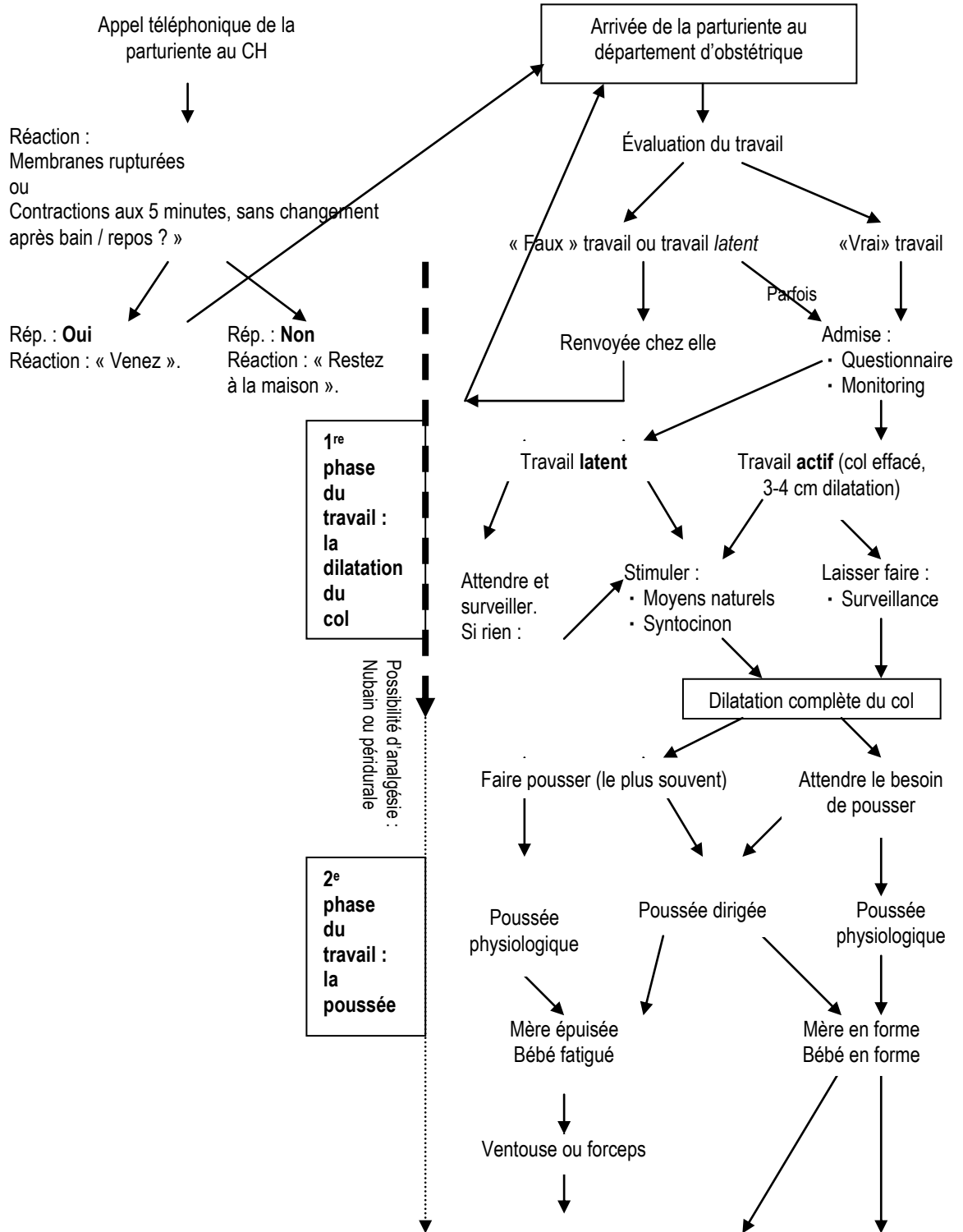
« Dans le cas d'une naissance normale, il faut une raison valable pour intervenir dans le processus naturel » (Les soins liés à un accouchement normal : guide pratique – Rapport d'un groupe de travail technique, Organisation mondiale de la santé, 1997, p. 5)

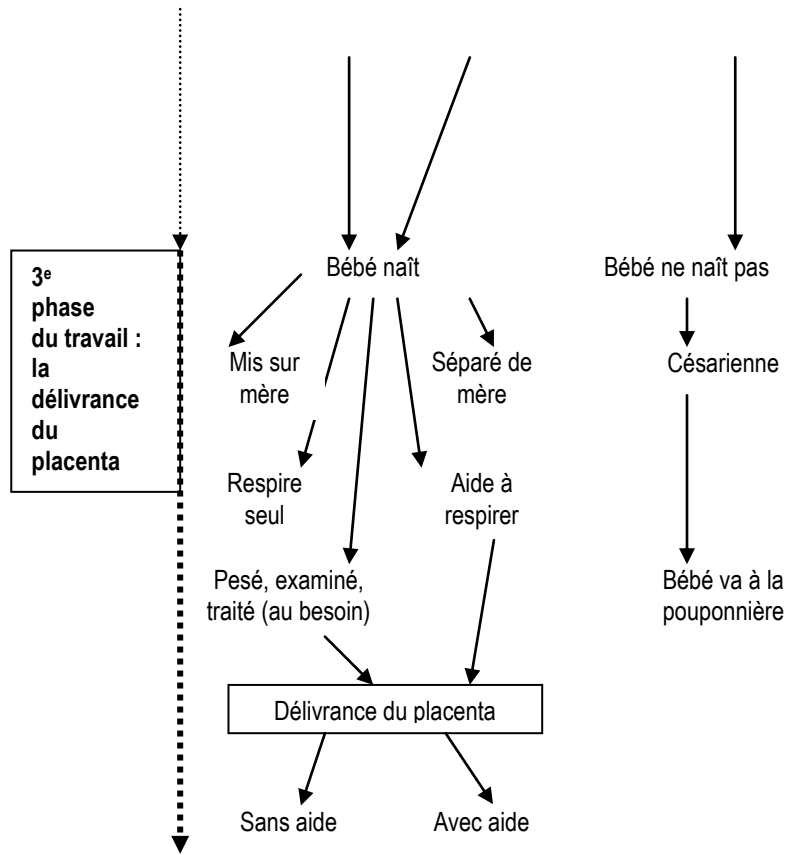
En obstétrique on parle généralement du déroulement du travail en termes de phases, ou stades successifs. Ce département ne fait pas exception. Voici quels sont les stades du travail, selon l'infirmière-chef : le premier, qui comprend le travail latent et le travail actif (à partir de 3-4 cm selon la définition de l'OMS), dont la phase de transition (entre 7 et 10 cm), concerne la dilatation du col, provoquée par la descente du bébé; le second, la poussée (entre l'atteinte de la dilatation complète du col et la naissance du bébé) et le troisième, la délivrance du placenta (de la naissance du bébé à la sortie du placenta). Lors de mes observations, j'ai pu observer des femmes au premier stade en travail latent (0 à 3 cm de dilatation du col), en travail actif (souvent identifié par la dilatation du col entre 4 et 7 cm), en phase de transition (7 à 10 cm), durant la poussée, la naissance du bébé et durant les minutes qui ont suivi. Si je n'ai pu voir toutes les femmes en travail latent (en partie parce qu'au moins la moitié sont arrivées à l'hôpital en travail actif), j'en ai observé quelques-unes. Par contre, j'ai pu voir toutes les parturientes sauf une, Sylvia, en travail actif et en transition et j'ai observé la naissance du bébé de toutes celles que j'avais recrutées pendant leur grossesse, sauf celle qui eut une césarienne élective, ce qui signifie césarienne planifiée sans travail préalable.

J'illustrerai donc les stades du travail et les différentes avenues possibles observées à ces différents stades par l'arbre qui suit :

FIGURE 3 – TRAVAIL ET SCÉNARIOS POSSIBLES

© H. Vadeboncœur, 2004





A. La norme

Le temps de l'accouchement est la rencontre de deux temps différents, celui de la femme à pouvoir lâcher ce bébé et celui de l'enfant à venir au monde. C'est un autre temps que celui de l'horloge, un temps mesuré par l'inconscient, par le corps et par les circonstances de la naissance, un temps nécessaire. Les soignants sont là pour répondre à des problèmes qui perturbent sa marche mais pas pour maîtriser le temps. (Szejer & Dauphin, 2001, p. 133).

Mes observations d'accouchements, ainsi que les entrevues avec les intervenant-e-s, de même que certains documents consultés, m'ont fait voir l'existence de normes concernant le déroulement de l'accouchement. La norme est ici entendue dans le sens sociologique du terme, soit ce qui est de l'ordre de l'impératif ou du prescriptif, les règles régissant la conduite des acteurs (Akoun et Ansart, 1999). Elles correspondraient ici à ce qu'on attend du déroulement d'un accouchement, se traduisant dans les manières d'agir des intervenant-e-s de ce département d'obstétrique.

Mes observations d'accouchements m'amènent à définir la norme générale entourant l'accouchement comme étant « que la femme enceinte en fin de grossesse entre en travail et mette au monde un bébé en santé sans qu'elle-même ne souffre trop de l'expérience ». Pour illustrer un accouchement correspondant à la norme, voici le résumé⁷⁸ de l'accouchement de Guylaine, dans ce centre hospitalier. Il s'agit d'un accouchement qui s'est déclenché spontanément, où le travail a progressé régulièrement, et où un « calmant » a été administré en cours de travail pour soulager la douleur des contractions. Cet accouchement s'est terminé après quelques heures par la naissance sans problème d'un bébé en santé :

Guylaine : une femme de 29 ans en forme, un accouchement en quelques heures d'un premier bébé

Durée de l'observation : 4 heures 30 minutes

Vers 9 heures du soir, je reçois un appel d'une infirmière, Patricia. Elle me dit que sa patiente Guylaine vient d'arriver; elle précise que ses membranes sont rompues, qu'elle n'a pas de contractions et que son col est dilaté à 1 cm et effacé à 40 %. L'infirmière ajoute qu'elle prévoit un accouchement vers le milieu de la nuit ou vers 6 heures le lendemain

⁷⁸ Les extraits des accouchements dans ce chapitre sont issus des résumés faits de ces mêmes accouchements (annexe VIII) et les citations proviennent des rapports d'observations des accouchements.

matin. (note : les infirmières font souvent ce genre de prédictions). Je me rends à l'hôpital et entre dans la chambre de Guylaine, qui est avec son conjoint et sa mère. Guylaine a un soluté (j'apprendrai qu'on lui administre des antibiotiques, car elle perdait du liquide amniotique depuis deux jours et sa température était légèrement élevée). L'infirmière l'examine : le col est dilaté de 4 cm. Elle suggère à Guylaine d'aller marcher, lui disant que ça raccourcit le travail et elle lui explique à quoi s'attendre, en particulier pour ce qui est des changements de position du bébé. Elle lui dit aussi ce qu'elle pourra faire pour favoriser l'accouchement : « Dès que ton col sera plus central, on pensera ballon, bain tourbillon. On a fait une étude : entre des mamans qui marchent et les autres, il y a 4 heures de moins (pour les premières). À un moment donné, tu vas le sentir brasser (le bébé) quand il va se placer. Col retroussé et douleur dans le dos veulent dire qu'il n'est pas tout à fait tourné du bon bord. Je pourrais aller vérifier la position de la tête avec les fontanelles mais tu ne m'aimeras pas ». (oa15a : 50-54). Patricia lui annonce qu'elle reviendra dans une demi-heure à trois-quarts d'heure : « Si jamais t'es plus capable, tu m'appelleras et on pourra faire quelque chose » (oa15a : 56-57). Guylaine respire, assise, pendant une contraction. L'infirmière la regarde et dit : « Tranquillement, c'est ça, t'es bonne » (oa15a : 60). Puis elle s'en va. Et la mère de Guylaine aussi. Le couple sort pour aller marcher, puis revient quelque temps après. L'infirmière pose des questions sur ce que Guylaine ressent comme sensations et répond aux questions qu'on lui pose, la guidant lorsqu'elle a une contraction. Elle encourage le couple à aller dans le bain tourbillon. Ils en reviennent un peu plus tard et l'infirmière propose à Guylaine de lui « donner un p'tit queq'chose⁷⁹. Ça va te détendre un peu » (oa15a : 165-166). Elle revient avec l'injection de Nubain puis Guylaine somnole entre les contractions pendant quelque temps. Le rythme cardiaque du bébé baisse d'une vingtaine de battements, mais demeure normal.

L'infirmière de nuit remplace l'infirmière de soir. Elle demande à Guylaine la permission de l'examiner : le col est presque complètement dilaté. L'assistante-infirmière-chef, venue vérifier la dilatation du col à la demande de l'infirmière, dit à celle-ci avant de sortir : « Tu peux commencer à la laisser pousser tranquillement » (oa15a : 320). L'infirmière la masse. Elle la fait changer de position à 2 ou 3 reprises pour qu'une petite bande de col s'élimine, ce qui arrive souvent vers la fin de la dilatation. Elle lui masse aussi le col, pour tenter de l'éliminer. Elle fait appeler le médecin. Une deuxième infirmière entre, à la demande de la première, pour vérifier la bande de col. Le médecin arrive, puis repart, en faisant une blague. Puis il revient, ayant changé de vêtements. Il s'installe, et commence à guider Guylaine dans la poussée. Guylaine s'exclame à un moment donné : « Ça m'a tout l'air que je fais pas comme il faut ! » (oa15a : 508). L'infirmière suggère au médecin : « On l'essaie-tu sur le côté ? Peut-être qu'elle pousserait mieux » (oa15a : 532). Il fait une blague mais sans lui répondre directement. L'infirmière demande à Guylaine si ça lui tente de se mettre sur le côté. Elle le fait. On commence à voir les cheveux du bébé. Elle pousse de nombreuses fois, puis la tête du bébé sort. Quelqu'un propose qu'elle y touche. Elle répond : « J'la sens, j'ai pas besoin d'y toucher ! »

« Ce « p'tit quelque chose » est un narcotique qui est couramment administré dans nos hôpitaux québécois. En 2001, une femme en travail est décédée 10 minutes après avoir reçu l'injection de ce médicament (*Le Devoir*, 2 mai 2003). L'enquête du coroner conclut à « une mort accidentelle ».

(oa15a : 640). *Elle pousse encore, et se plaint d'être trop couchée : « Je vois pas ! Je suis toute poignée ! »* (oa15a : 666). *Le bébé naît vers 2h15. Il est mis sur Guylaine et le médecin enjoint au papa de couper le cordon ombilical. Les parents s'exclament et le placenta sort pendant que l'infirmière pèse sur le ventre de Guylaine. Puis le médecin s'apprête à réparer une petite déchirure. L'accouchement est terminé.* (rapobs 15a)

En entrevue, Guylaine se dit contente de son accouchement et de ce qui s'est passé. Elle dit aimer en partie que l'on ait pris des décisions pour elle. Par ailleurs elle n'a pas aimé certaines choses qu'on lui a plus ou moins imposées, à tout le moins fortement suggérées, comme manger ou toucher la tête de son bébé encore en elle :

« C'est eux autres qui voulaient que je mange. Moi, j'avais pas faim. Les infirmières me disaient : « Tu vas avoir besoin d'énergie ». Ça a pas resté longtemps dans mon estomac, par contre ! (rires). » (ef55 : 431-432, 436-437).

« Y voulaient que j'y touche. Je lui ai touché une fois sa tête mais j'aimais pas ça. J'aimais vraiment pas ça. On dirait que j'avais peur peut-être de lui faire mal . » (ef55 : 473-475).

Le déroulement de cet accouchement correspond à ce qu'on considère un travail normal dans ce centre hospitalier, soit un travail qui se déclenche spontanément et qui progresse à la satisfaction des intervenant-e-s jusqu'à la naissance du bébé. Il n'est donc pas nécessaire d'intervenir, sauf peut-être pour le soulagement de la douleur des contractions. Les différentes phases d'un tel travail seront maintenant présentées.

a Le déclenchement du travail

Au départ, le travail dont l'aboutissement sera la naissance du bébé doit démarrer, car, évidemment, une femme ne peut rester éternellement enceinte, la grossesse étant censée arriver à terme, selon la définition de l'OMS, à un moment se situant entre 37 et 42 semaines (OMS, 1997). Selon mes observations sur le terrain, l'accouchement devrait avoir lieu idéalement autour de 40 semaines de grossesse mais sûrement avant 41 semaines. Dans le cas de Guylaine, comme on l'a vu, le travail se déclenche spontanément; de plus, elle est à terme, ayant accouché deux jours avant la date prévue au dossier.

b Le travail actif

Le processus de l'accouchement, qui débute avec une phase qualifiée de travail latent (ou de latence) mais sans que celle-ci ne soit nécessairement perceptible, atteint ensuite une

seconde phase, celle du travail actif. Parfois, cela se fait assez rapidement, comme l'illustre l'accouchement d'une autre participante, **Sarah** :

Sarah arrive à l'hôpital en travail avancé, par choix me dira-t-elle en entrevue, car elle voulait être sûre que son conjoint, son fils et ses parents puissent être présents. Elle a été en travail actif pendant quelques heures chez elle. Elle ne veut pas prendre de médicament, mais elle ne veut pas que son accouchement traîne non plus, donc elle demande qu'on rompe les membranes pendant le travail. Tout avance rapidement. Quand j'arrive dans la chambre, elle est semi-couchée, entourée de son conjoint, de sa mère, de deux infirmières et du médecin omnipraticien, assise au pied du lit. Sarah s'apprête maintenant à pousser. (rapobs13)

c. La poussée

Une fois la phase de travail actif commencé, il doit aboutir à la dilatation complète du col de l'utérus, ce qui permettra au bébé de descendre dans le canal vaginal et d'en être expulsé. Pour ce faire, selon les mots d'un obstétricien-gynécologue, il faut que « *le tout soit mené à bon port...* » (em47 : 62). On dirige généralement la poussée. C'est ce qui est arrivé, toujours dans le cas de **Sarah** :

Une infirmière est à côté d'elle, l'autre prend des notes au dossier. On « attend » les contractions de poussée. Sarah s'excuse de faire attendre. Une infirmière suggère qu'elle se mette sur le côté gauche (cette position est connue pour accélérer les choses). Atmosphère d'attente. Silence. Quelqu'un brise le silence : « Ça fait qu'on s'en va tous ! ». Sarah répond : « O.K., je vous lâcherai un ouak ! » (rires) (oa13 : 82, 84). L'infirmière lui masse la cheville, censément au point d'acupression qui se trouverait là. (Je constate à ce CH une ouverture aux approches alternatives de stimulation du travail). Deux secondes passent. Sarah : « en v'là une ! » (oa13 : 88). Le personnel la dirige : « On pousse fort, longtemps, longtemps, encore, jusque dans les fesses » (oa13 : 89). Sarah demande si elle devrait retourner sur le côté gauche. L'infirmière : « Ce serait une bien bonne idée » (oa13 : 95). C'est le branle-bas de combat pour l'aider à changer de position mais une contraction arrive; elle reste donc couchée sur le dos. « Super! pousse-le fort, fort, fort (du médecin ou de l'infirmière).(oa13 : 97). Le médecin : « Quand t'en as une, Sarah, tu lèves la jambe droite et tu viens la chercher ». (oa13 : 103). La poussée ne dure pas longtemps. En quelques contractions, le bébé naît. (rapobs13).

d. La naissance du bébé

À la fin de la poussée, le bébé est censé naître sans encombre. Il doit essentiellement respirer adéquatement et ses signes vitaux doivent être bons. Cette préoccupation pour la santé du bébé est constante tout au long du travail et de l'accouchement. De plus, à cet hôpital, on se préoccupe du contact entre la mère et le bébé dès que celui-ci naît.

Habituellement le bébé est mis sur le ventre de sa mère, comme ce fut le cas lors de la naissance du bébé de **Ingrid** :

Le bébé naît. Ingrid pleure. Son conjoint lui dit : « Chérie, c'est une belle petite fille » (oa26a : 1245). Le bébé pleure. Le conjoint répète : « Chérie, c'est une fille ! » (oa26a : 1247) Ingrid répète sans cesse : « Elle est belle ! » (oa26a : 1248-1249). Elle et son conjoint sont tout à leur bébé qui se trouve sur le ventre de celle-ci. L'infirmière les avertit qu'elle va aspirer les sécrétions de sa bouche, car elle en a. Elle le fait. Puis elle leur dit qu'elle prend la température du bébé et ajoute: « Après ça, on va écouter son petit cœur puis ensuite le peser et le mesurer » (oa26a : 1257-1258).

Pendant toutes les phases de l'accouchement, le personnel se préoccupe donc de la santé du bébé, de celle de la mère et aussi du soulagement de la douleur provoquée par les contractions. La satisfaction de celle-ci relativement à son accouchement semble importante : les infirmières et les médecins ainsi que les accompagnantes m'ont dit souhaiter en particulier que la mère garde un bon souvenir de son accouchement et que ses attentes aient été comblées. Finalement, Sarah s'est dite très contente de son accouchement, du personnel de l'hôpital et d'elle-même, car elle n'utilisa pas d'analgésie ou d'anesthésie pendant cet événement : « *Moi j'ai accouché vraiment à froid. Pas de médicaments, pas d'épidurale, rien [...]. Passer à travers ça, c'est vraiment valorisant [...] Le feeling d'aller jusqu'au bout, de tout ressentir puis tout ça* » (ef52 : 177-178, 184-186, 202-203).

D'autres participantes, au contraire, telles Mélanie, sont satisfaites car on a répondu à leur demande de péridurale pour soulager la douleur.

B. L'écart par rapport à la norme et le « remède »

La conformité aux normes constitue un aspect essentiel de celles-ci. Elle peut être obtenue (Akoun et Ansart, 1999) par trois voies différentes : soit parce que l'on évalue les conséquences positives et négatives de s'y conformer ou non, soit par intériorisation de la norme, soit parce que ces normes constituent l'expression d'un groupe auquel on s'identifie de manière importante. L'accouchement ne fait pas exception.

Les observations m'ont permis de constater non seulement l'existence de normes concernant l'accouchement et son déroulement, mais aussi que des écarts relativement à ces normes entraînent des actions pour les réduire, de manière à ce que l'accouchement redevienne conforme à la norme : l'objectif principal des intervenant-e-s dans ces situations me paraît être de tenter de réduire ou d'annuler l'écart par divers moyens, le

moyen ultime étant soit la césarienne (observée) ou la réanimation de la mère ou du bébé (non observée). Il m'a semblé que les tentatives de rendre le travail et l'accouchement conformes aux normes sont omniprésentes et constituent même avec la surveillance de l'état du bébé et de la mère un élément très important de la gestion de l'accouchement dans ce centre hospitalier.

Les écarts peuvent être constatés par les intervenant-e-s – infirmières ou médecins – mais l'évaluation de leur amplitude et les moyens à utiliser pour les réduire varient selon ces mêmes intervenant-e-s. Une préoccupation constante observée concerne « les bonnes contractions ». Pendant le travail actif – dilatation du col ou poussée – on a souvent recours au Syntocinon, un médicament qui stimule l'utérus, quand on juge que les contractions diminuent et s'écartent ainsi de la norme, comme on le constatera dans le tableau qui suit :

**TABLEAU VI – LA CONCEPTION DE L'ACCOUCHEMENT :
DE LA NORME À LA CORRECTION DE L'ÉCART**

L'objectif (la norme)	L'écart	L'action	Situation illustrée particulièrement lors de l'accouch. de :
Que le bébé se présente par la tête	Bébé qui se présente autrement, en particulier par le siège	La présentation par le siège nécessite une césarienne depuis la publication d'une étude.	Noëlle* * la césarienne faite sur rendez-vous n'a pas été observée.
Que le travail démarre	Le travail « retarde » (plus de 40 sem.) Les membranes sont rompues; il n'y a pas de contractions	Déclenchement artificiel du travail (plusieurs méthodes) Surveillance de l'état de la mère	Louise Jasmine
Que le travail actif s'enclenche et progresse régulièrement	Contractions pas régulières, ni assez fréquentes, fortes ou longues; pause pendant le travail	Moyens alternatifs et/ou amniotomie et/ou syntocinon	Béatrice Caroline
Que la dilatation du col soit complète (10 cm) avant la poussée	Contractions insuffisantes et problème avec la descente du bébé	Moyens alternatifs et/ou amniotomie et/ou syntocinon et/ou « faire passer la bande de col »	Ingrid
Que la poussée soit efficace et débute « au bon moment »	Contractions insuffisantes et problème avec la descente du bébé Envie de pousser avant la dilatation complète du col.	Moyens alternatifs tels changements de position Syntocinon	Stéphanie Simone Chantal
	Bébé qui tarde à sortir, qui se fatigue ou que la mère expulse difficilement	Syntocinon Ventouse ou forceps	Stéphanie Simone Manon

L'objectif (la norme)	L'écart	L'action	Situation illustrée particulièrement lors de l'accouch. de :
Que le bébé soit en santé pendant le travail et à sa naissance (objectif continu)	Décélérations du rythme cardiaque fœtal; risque d'anoxie	Changement de position de la mère; adm. d'oxygène à la mère; ventouse ou forceps Succion/stimul. du bébé	Louise Sophie
Que la mère soit en santé pendant et après l'accouchement (objectif continu)	Fatigue, épuisement Saignements trop abondants Autre complication médicale (diabète, hypertension...)	Nubain (repos) Syntocinon (déclenchement ou stimulation du travail) Surveillance (signes vitaux)	Simone
Qu'on gère la douleur des contractions à la satisfaction de la femme en travail (objectif continu pendant le travail)	Absence de réponse aux attentes de la cliente.	Lui donner ce qu'elle demande : moyens alternatifs ou médicaments	Mélanie Dahlia et la plupart des autres femmes

© Hélène Vadeboncoeur, 2004.

Voici des écarts observés et des exemples de moyens utilisés pour rendre l'accouchement conforme à la norme. D'autres extraits de résumés d'accouchements illustrent ces écarts à la norme.

a. Le « retard » de l'entrée en travail : le déclenchement artificiel

Lorsque le travail ne démarre pas de lui-même, lorsqu'on estime que le terme de la grossesse est dépassé ou encore lorsqu'une indication médicale l'exige – et parfois, selon quelques intervenant-e-s, lorsque la mère le demande ou que le médecin est pressé - on a recours à un ou à des moyen(s) mécanique(s) ou pharmacologique(s) pour que la femme enceinte entre en travail, tel qu' illustré par l'accouchement de **Jasmine** :

Jasmine a été admise la veille, pour la pause d'un ballonnet qui dilate le col (déclenchement artificiel du travail). Elle a un diagnostic de diabète gestationnel⁸⁰, et c'est généralement la pratique dans ce cas de provoquer le travail une fois la grossesse à terme (cela est même fait avant terme). Quand j'arrive dans la chambre, vers 8 h 30 le matin, le médecin, un obstétricien-gynécologue, explique à Jasmine qu'elle va rompre les membranes, pour que le travail commence et que si cela ne produit pas cet effet, qu'elle aura du Syntocinon (un médicament) pour le stimuler. Elle ajoute que son col est dilaté de 3 cm et effacé à 50 %. Une fois cela fait, on lui demande de rester couchée jusqu'à ce qu'elle soit examinée, pour vérifier si la tête est bien fixée au col et que le cordon ne fait pas de procidence⁸¹. L'infirmière complète l'information, soulignant qu' « on va

⁸⁰ Cette situation demande la surveillance du taux de glycémie de la parturiente durant le travail. Par ailleurs, il s'agit d'un accouchement normal, c'est pourquoi j'ai retenu cette observation.

⁸¹ La tête du bébé doit être bien « engagée » dans le bassin, pour ne pas que le cordon s'y glisse et soit comprimé par la tête qui descend. La procidence du cordon constitue une urgence obstétricale.

attendre une couple d'heures. D'habitude, on attend jusque vers 11 heures. Si on le met à 2 heures (le Synto), on peut, mais tu vas accoucher dans la nuit. Vers 5 h du matin, tu seras plus capable, tu auras pas dormi de la nuit. Si tout est ok, on peut attendre, c'est pas grave » (og18 : 96-100). Elle sort en disant qu'elle va repasser dans une demi-heure et qu'ensuite, si tout est ok, elle pourra se lever. Avant qu'elle ne sorte, Jasmine lui dit vouloir que tout se déroule le plus naturellement possible. (rapobs18)

Dans le cas de Jasmine, on a eu recours à plus d'un moyen pour déclencher son travail : ballonnet, rupture des membranes et Syntocinon. Parfois aussi on applique un gel de prostaglandines sur le col pour le faire « mûrir » (un col « non mûr » est long et dur; un col « mûr » est mou et raccourci), préalablement à une autre forme de déclenchement du travail. On peut aussi encourager la parturiente à marcher, à stimuler ses mamelons par exemple pour déclencher le travail, comme j'ai observé lors d'autres accouchements, tels celui de Ingrid dont il sera question plus loin.

Par ailleurs le travail peut ne pas se déclencher au terme de la grossesse (qui est défini comme étant de 40 semaines dans cet hôpital ainsi que dans plusieurs CH) ou encore, les membranes contenant le liquide amniotique peuvent se rompre, sans que le travail ne commence dans les délais figurant au protocole de soins, auquel cas on intervient pour qu'il démarre. C'est ce qui s'est passé pour **Béatrice** :

À l'heure du souper, je reçois un appel de l'infirmière d'une participante, qui m'informe que celle-ci est arrivée depuis peu, après avoir perdu ses eaux. Elle précise que le col n'est dilaté que de un cm, sans contractions. Quand j'arrive au département, l'infirmière me dit que Béatrice a de petites contractions aux dix minutes. L'obstétricien-gynécologue lui dit qu'on peut attendre au lendemain matin (parce que c'est le soir ?), mais qu'elle doit prendre des antibiotiques à partir de minuit, afin de prévenir une infection possible. (C'est la pratique lorsque les membranes rompent spontanément et que le travail se prolonge). Le col de Béatrice est dilaté de 2 cm et effacé à 50 %. Le couple s'installe pour dormir, donc je quitte la chambre. Je décide de passer la nuit à l'hôpital, leur demandant de me réveiller si les choses s'activent. Le lendemain matin, après 7h30, j'entre dans la chambre avec l'infirmière, qui demande à Béatrice si elle a bien dormi (c'est oui) et si elle a eu des contractions : « quelques-unes, mais rien de... » (oa24 : 171). L'infirmière lui parle d'emblée de Syntocinon, qui serait une demande du médecin. Elle explique comment on administre le Synto et comment on hausse le dosage progressivement. Elle installe Béatrice et attache la ceinture du moniteur sur le ventre de celle-ci. Deux heures après, alors que l'infirmière est sortie, Béatrice me dit qu'elle a hâte d'être débranchée du moniteur. Puis l'infirmière entre, la débranche et l'envoie marcher 20 minutes. Lorsque Béatrice revient à la chambre, l'infirmière monte la dose de Synto et la remet sous moniteur. Le couple regarde les chiffres sur le moniteur. L'infirmière dit à Béatrice qu'elle va tantôt aller marcher, puis manger, puis peut-être aller dans le bain tourbillon. Elle l'examine. Son col est à 3 cm et effacé à 80 %. Le travail progresse. L'infirmière sort puis

*revient. Elle dit au conjoint qu'elle vise des contractions aux 2-3 minutes.
(oa24)*

Le rationnel est ici les risques d'infection pour le bébé, reliés à la rupture du sac amniotique. Certains croient qu'il faut provoquer sans délai l'accouchement⁸² et c'est ce que j'ai observé sur ce site. Une omnipraticienne, Noémie, m'a par contre souligné qu'elle attend en fin de journée pour stimuler le travail, car c'est important que les femmes fassent leur phase de latence, qui leur permet d'apprivoiser ce qui se passe, et que des études précisent qu'on peut aller jusqu'à 24 heures sans provoquer le travail. On constate que la manière de gérer une rupture de membranes varie selon qu'elle est spontanée ou artificielle : on attend plus longtemps (quelques heures) dans le cas de Béatrice, lors d'une rupture spontanée des membranes.

On craint aussi les risques que présenterait pour certains médecins une grossesse se prolongeant au-delà de la 41^e semaine. Donc on déclenche l'accouchement autour de cette date. C'est ce qui s'est produit dans le cas de Louise. L'accouchement de Louise est provoqué avant 41 semaines de grossesse, une intervention décidée par son obstétricien-gynécologue, de garde ce weekend. Louise ne le désirait pas vraiment, me dira-t-elle pendant l'observation et en entrevue :

« J'aurais aimé mieux ne pas être provoquée [...]. Sur le coup, ça me tentait plus tellement d'y aller. Dans le fond, ce que je rêvais, c'était un accouchement [...] tu es à la maison et ça part. Tout se fait naturel. J'espérais quasiment accoucher chez nous, pour être sûre que personne me pique et que c'est vraiment naturel [...]. J'étais déjà une semaine en retard, m'a dit mon obstétricienne-gynécologue [...]. Après la date, c'est sûr que ça va pas s'améliorer pour le bébé [...], mes attentes sont pas l'important. L'important, c'est que lui soit correct ». (ef60 : 181, 184-188, 191, 194-195, 197)

Quand j'arrive, l'infirmière me présente aux parents et dit que Louise devrait avoir du Synto bienôt. Louise grimace en entendant ces mots et me dit que ce n'est pas ce qu'elle voulait, mais qu'elle a l'impression qu'elle n'a pas le choix. Louise est couchée, branchée à un soluté et au moniteur. L'infirmière remplaçante entre et dit qu'elle doit monter la dose de Synto puis le médecin arrive et propose de la réexaminer, pour voir si les deux feuillets des membranes sont rompus (Louise a eu plus tôt une rupture de membranes pour déclencher l'accouchement). Effectivement, une des deux membranes était encore là. Le médecin la rompt et la prévient que ses contractions vont être plus fortes (oa25)

⁸² Cette perspective est le « management actif du travail », approche développée en Irlande à Dublin.

L'accouchement de Louise fait voir un déclenchement artificiel du travail par la rupture des membranes alors que la grossesse est à 40 semaines et 6 jours (en fait c'est à partir de sept jours que l'on peut officiellement déclencher à cet hôpital, s'il n'y a pas d'indication médicale) .

On constate donc une différence dans les cas de Béatrice et de Louise : la première, qui est arrivée le soir après une rupture spontanée des membranes, a pu dormir durant la nuit qui a suivi. Louise, arrivée le matin et à qui on a rupturé artificiellement les membranes, a eu du Syntocinon très peu de temps près.

b. La non-entrée en travail actif ou la « lenteur » à y arriver : Syntocinon et moyens alternatifs

Parfois, la phase de travail de latence se prolonge et la phase de travail actif tarde à s'installer. Dans le milieu observé, on considère que le travail actif est le travail efficace. Une préoccupation centrale des infirmières (qui se manifeste aussi dans leurs propos) est l'obtention de contractions d'une fréquence, durée et intensité désirées, comme l'exprime cette infirmière, avec des nuances cependant :

Des bonnes contractions, c'est des contractions aux 2 ou 3 minutes, je dirais 50 à 60 secondes et qui sont fortes, en voulant dire que la patiente, faut qu'elle la respire, elle peut pas se permettre vraiment de parler. Il faut vraiment qu'elle se concentre. Puis, normalement, c'est à peu près dur comme le front, la sensation; c'est qu'on peut pas déprimer l'utérus. Ça, c'est des bonnes contractions. C'est sûr que la norme va te dire ça aussi. (Par ailleurs) il y a des patientes qui ont des contractions aux 5 minutes, puis la contraction est forte, puis elle travaille pareil. Sauf que le temps, le travail est plus long quand on les a aux 5 minutes. Ça arrive que la patiente pousse, là, elle a une contraction aux 5 minutes. C'est long, (mais) elles finissent par accoucher pareil. Puis il y en a qui vont avoir des petites contractions, 30-40 secondes quand même fortes et qui vont agir [...] (mais) la généralité qu'on voit, c'est aux 2-3 minutes et ça dure une minute à peu près. (ei31 : 750-765).

Par exemple, si la fréquence des contractions régulières à chaque 5 minutes signifie l'entrée en travail (c'est à ce moment-là que l'on dit aux femmes de se présenter à l'hôpital, si un bain et le repos couchée n'ont pas fait disparaître les contractions), il semble qu'on cherche à obtenir, lorsque le travail avance, des contractions aux 2-3 minutes, d'une durée d'au moins 45 à 60 secondes et d'une forte intensité, palpables au toucher, comme le «désire» l'infirmière dans l'accouchement de **Jasmine** :

Lorsqu'on revient dans la chambre, Jasmine dit avoir des contractions « plus fortes » (og18 : 130). L'infirmière lui dit que le chiffre sur le moniteur « ça veut rien dire, c'est pour surveiller le cœur du bébé. On regarde où

t'es rendue sur ta figure : bouffées de chaleur, rire un peu moins, veulent dire qu'elles sont meilleures et que c'est bon signe » (og18 : 131-132). L'infirmière lui fait un examen vaginal, soulignant que son col est « un peu retroussé » (og18 : 133). Elle l'autorise à se lever. Elle lui suggère de stimuler ses mamelons et de marcher 15-20 minutes. Elle ajoute : « On regardera ça après » (og18 : 139). Dehors, l'infirmière me dit qu'elle est à 4 cm, le col à 60 % effacé. Théoriquement, elle est donc en travail actif, celui-ci étant généralement défini comme débutant à partir d'une dilatation du col de 3-4 cm.

On retourne dans la chambre. L'infirmière entre sans frapper. Jasmine, douchée et debout, dit que ses contractions sont plus fortes. L'infirmière écoute le cœur du bébé. Le couple demande s'il peut aller marcher hors du département. La permission est accordée, l'infirmière suggère encore de marcher et de stimuler les mamelons et dit qu'elle reviendra une demi-heure plus tard. Un peu avant 11 heures, nouvelle visite dans la chambre, écoute du cœur fœtal, annonce d'un retour dans la chambre dans 25 minutes pour un examen vaginal.

La dilatation est maintenant de 5 cm. Jasmine est contente et demande si le Syntocinon sera nécessaire. L'infirmière répond qu'elle ne le sait pas, que cela dépendra de la force des contractions. Elle demande au couple de noter la fréquence des contractions et leur durée. Elle souligne que tout est beau et qu'« il ne manque rien qu'un beau bébé » (og18 : 263-264), avant d'annoncer qu'elle va aller dîner et que telle infirmière la remplacera. Elle dit à Jasmine qu'elle pourra manger et quant au Synto, « tant que ça évolue, on touche pas à ça; le col est maintenant central, le liquide est beau » (og18 : 266-267). Tout a donc l'air de bien se dérouler. Je remarque que l'infirmière ne se prononce pas sur la nécessité ou non d'administrer du Syntocinon.

Quand on retourne dans la chambre, on nous annonce que les contractions sont aux 5 minutes. L'infirmière dit à Jasmine qu'elle l'examinera dans une heure et que « ça va nous dire si tes contractions sont efficaces ou non ». (og18 : 273).

Jusqu'ici, tout va bien, même si l'infirmière ne se prononce pas sur la nécessité du Syntocinon, comme le lui demandait Jasmine. Mais, peu après, l'infirmière décide qu'il est nécessaire :

Puis, 15 minutes avant l'heure annoncée, l'infirmière retourne dans la chambre et fait un examen vaginal pendant une contraction. C'est douloureux et Jasmine n'a pas très envie d'en avoir un. L'infirmière dit que « le col est retroussé d'un bord » (og18 : 297) et qu'elle va essayer de faire quelque chose pour changer cela (manipulation du col) et en même temps vérifier la pression des contractions. Jasmine demande si elle peut marcher. L'infirmière l'en décourage et enclenche alors la démarche vers l'administration de Syntocinon : « À cette heure-ci c'est plus marcher; c'est-tu le médicament que t'aimes pas ou l'injection ? La dose est progressive, je l'augmente au besoin. Quand les contractions sont aux 3 minutes et d'une bonne durée, on garde cet ajustement. J'ai l'impression que tes contractions sont pas assez fortes; t'es pas encore en travail actif et tu

risques de demeurer comme cela bien longtemps » (og18 : 301-305). Jasmine réplique que les contractions étaient « super fortes » (og18 : 306) tantôt. L'infirmière lui suggère de changer de position. Elle lui refait un examen vaginal pendant une contraction en s'excusant : « Ton col est à l'extérieur à 5 et à l'intérieur à 4. Pas beaucoup de pression. T'es pas en travail encore. Tu risques d'accoucher demain. » Et sans attendre l'acquiescement de Jasmine, elle ajoute aussitôt : « Je vais aller chercher ce qu'il faut. Ça prend au moins une bonne demi-heure pour faire effet » (og18 : 309-312). Je n'entends pas les parents acquiescer. Jasmine paraît déçue. L'infirmière lui suggère de « penser positif ». « Ton bébé s'en vient, il faut le voir comme ça » (og18 : 313). L'infirmière revient dans la chambre, installe le Synto, le moniteur. Elle ajuste la dose aux 15 minutes. (og18).

Certaines infirmières (comme on l'a vu plus tôt) m'ont précisé en entrevue qu'on peut avoir un travail adéquat (qui fait progresser la dilatation du col) avec des contractions aux 5 minutes ou durant moins que 60 secondes, en particulier lorsque la parturiente n'en est pas à son premier accouchement. J'ai cependant observé à de nombreuses occasions, qu'il s'agisse ou non d'un premier accouchement, cette préoccupation – pour ne pas dire obsession – avec les caractéristiques des contractions. Pour évaluer les contractions, on se sert du moniteur (en particulier le tracé des contractions), du toucher (palpation du ventre ou examen vaginal pour vérifier la pression des contractions), de l'observation de la femme (physionomie, bruits, capacité de parler pendant une contraction, etc.) ou de questions posées à la femme ou à son conjoint sur la fréquence des contractions. Par ailleurs, selon l'infirmière-chef, « *la courbe de Friedman* (qui établit la norme d'évolution de la dilatation du col dans un temps donné) *doit faire partie de la culture de l'infirmière* » (ei44 : 837-839), exigence qui pourrait contribuer à cette préoccupation d'avoir de « *bonnes* » contractions.

Tout comme l'accouchement de Jasmine, mais à la différence que le travail y fut provoqué, notamment par une RAM, l'accouchement de Béatrice est un bon d'exemple d'un accouchement où l'on provoque puis stimule le travail d'une femme dont les membranes se sont rompues d'elles-mêmes mais dont le rythme de travail et les contractions ne correspondent pas à ce que les intervenant-e-s auraient souhaité. On remarque dans ce dernier cas que l'on n'a pas attendu que le travail s'enclenche de lui-même, procédant dès le matin, après que la parturiente ait eu une bonne nuit de sommeil, à la stimulation du travail.

Une autre participante, Caroline, se voit proposer une amniotomie par son médecin, car le travail semble selon lui stagner un peu. Cependant, exception⁸³ parmi les femmes en travail observées, **Caroline** refuse l'intervention médicale :

Lorsque j'arrive dans la chambre, le couple jase. Caroline prend très bien les contractions et, de son propre aveu, n'est pas souffrante. Elle se promène, s'étire un peu, bouge dans la chambre. L'obstétricien-gynécologue de garde (qui, par hasard, est son médecin) vient faire un tour quelques secondes, pour « voir comment ça va » (oa16 : 111), disant qu'il va revenir. Caroline stimule ses mamelons. Le médecin revient et Caroline lui dit que « c'est vraiment supportable » (oa16 : 126). L'infirmière souligne le coussin formé par le sac amniotique, et dit qu'« il manque un peu de punch dans les contractions » (oa16 : 142-143). Caroline masse le point d'acupression sur sa cheville. Les contractions commencent à s'intensifier. Pendant mon absence (toilettes), le médecin vient et lui dit, à propos de l'amniotomie : « Tant que ça évolue, c'est ok, mais si ça stagne, je vais te crever les eaux » (oa16 : 226-227). Caroline me dit préférer que le travail s'accélère de lui-même. Le médecin revient. Il propose de rompre les membranes tantôt. Caroline : « J'aurais mieux aimé non, là. Attendre encore. Je suis pas fatiguée » (oa16 : 313). Le médecin accepte et sort (oa16).

Dans le cas de Dahlia, une autre participante, la dilatation du col est demeurée la même pendant trois heures. Le médecin alors rompt les membranes pour tenter de faire progresser le travail, après que plusieurs approches naturelles aient été essayées (marche, changements de position, bain, etc.). Le raisonnement ici est que le bébé ou la mère peuvent éprouver de la fatigue liée à la durée du travail, ce qui peut se manifester par des irrégularités du rythme cardiaque du bébé ou par le manque d'efficacité des contractions, qui peut aboutir selon certains à un état d'épuisement nuisible pouvant empêcher la mère d'expulser son bébé. **Dahlia** était effectivement très fatiguée :

Dahlia est en travail latent chez elle durant deux jours, avec des contractions aux dix minutes, avant la journée de l'accouchement. Elle arrive fatiguée à l'hôpital, vers 9 heures le matin. Son col est maintenant effacé à 90 %. Le reste de la matinée, on s'emploie à stimuler le travail de manière naturelle, par la marche et la stimulation des mamelons. La dilatation progresse, lentement. Plus tard, Dahlia est découragée de la lenteur du travail et par son état de fatigue. On décide de rompre les membranes, et son médecin, un omnipraticien, vient le faire (oa21).

Comme on l'a vu à propos de plusieurs accouchements, une intervention fréquente est l'administration de Syntocinon qui semble être un moyen assez généralisé pour stimuler le travail (fréquence, durée ou intensité des contractions). Un peu plus de la moitié de mes

⁸³ Le fait qu'elle avait accouché lors de ses deux accouchements précédents avec une

participantes en ont reçu durant leur travail, soit avant, soit pendant la poussée, soit pendant les deux phases. Plus d'une aurait préféré s'en passer car souvent elles savent que les contractions seront plus fortes – c'est d'ailleurs ce qu'on invoque pour en justifier la pertinence – et cela risque d'être plus douloureux, de l'avis d'infirmières. Comme les médicaments comme le Nubain ou l'administration de la péridurale peuvent avoir pour effet de ralentir le travail, le recours au Syntocinon est alors fréquent dans ces situations. C'est ce que j'ai pu constater lors de l'accouchement de **Manon**, dans l'exemple qui suit :

Manon a décidé d'avoir une péridurale. À son dernier accouchement, elle n'avait pu en avoir, et l'expérience de mettre au monde un autre gros bébé (elle accouche de bébés de 9-10 livres) sans péridurale l'avait quelque peu traumatisée, me dira-t-elle pendant l'observation. Peu après 9 heures le soir, Martine demande à l'infirmière une péridurale, après une heure de contractions douloureuses. On lui en administre une vers 10 heures. La dilatation du col se poursuit, on évalue que la tête du bébé est bien placée. Le médecin ajoute même « quelques contractions et cela devrait aller rapidement » (oa12 : 367-368) et elle rompt ses membranes. Le col dilate vite. Entre 11 h 30 et minuit, cependant, le travail commence à ralentir et il semble que le bébé soit maintenant en postérieur⁸⁴. L'infirmière lui dit, le visage soucieux : « Elles sont moins fortes que tantôt tes contractions. Une petite shot de quelque chose ? [...] Elles sont plus espacées et surtout moins fortes [...] Là, il se passe plus grand chose. Je vais voir le médecin ». L'infirmière revient ensuite et lui administre du Synto, précisant « ça en prendra pas nécessairement beaucoup [...], ça sort par petites gouttes, des fois on en met à peine. » Après quelques minutes, on constate un retour des « bonnes » contractions, qui sont maintenant aux deux minutes (oa12 : 48489, 493-494, 495, 498, 510-502).

Si on stimule fréquemment le travail à l'aide de Syntocinon, comme dans l'accouchement précédent, on peut aussi avoir recours à des moyens alternatifs pour ce faire. C'est ce que l'on a suggéré à des participantes (telles Guylaine, Dahlia, Louise et Jasmine), leur proposant par exemple de marcher, ce qui est souvent recommandé à ce département. On demande aussi parfois aux femmes en travail de changer de position, notamment de se coucher sur le côté gauche, soit pour mieux positionner le bébé ou pour accélérer le travail. On offre aussi aux femmes la possibilité de s'immerger dans un bain tourbillon, ce que plusieurs participantes ont fait. J'ai pu voir aussi quelques cas de stimulation manuelle des mamelons – par exemple Ingrid, Jasmine, Caroline et deux cas de stimulation effectués ou suggérés par l'infirmière de points d'acupression sur la jambe (Sarah et Caroline). Quelques parturientes – presque uniquement celles qui avaient une accompagnante à leurs côtés – ont aussi utilisé un gros ballon de gymnastique ou encore

la chaise de massage. Certaines participantes ont eu recours à des médecines douces comme des granules homéopathiques ou des produits à base de plantes pour stimuler leur travail.

c. *Les écarts reliés à la poussée*

La poussée précoce : ne pas pousser

Un autre écart à la norme, c'est de pousser avant que la dilatation ne soit complète. On veut éviter que la femme en travail pousse prématurément, pour que le col n'enfle pas et que ceci prolonge le travail. Mais là encore, certains intervenant-e-s ne considèrent pas que c'est une règle absolue. Un des médecins interviewés ne croit pas à cette règle dans tous les cas :

Souvent, quand des femmes sentent pousser comme ça, tu peux, juste avec les doigts – c'est des choses qu'on n'apprend absolument pas, il faut pas en parler dans les hôpitaux universitaires car ils font jamais ça – travailler le col pour l'assouplir et souvent il va passer tout seul [...] avec ça, les femmes qui sentent pousser, je les empêche pas de pousser. (em48 : 1219-1223).

On n'empêche pas toujours les femmes de pousser précocement. Lors de l'accouchement d'Ingrid, l'infirmière la laissa pousser alors que le col était dilaté à 8 cm. Par contre, dans celui de **Chantal**, dont le travail progressait rapidement, la même infirmière utilisa tous les moyens pour qu'elle ne pousse pas à 8 cm :

Quand j'entre dans la chambre, Chantal est couchée, branchée au moniteur et elle fait des bruits de poussée. L'infirmière lui demande de respirer et de se mettre à quatre pattes, pour aider la bande de col qui subsiste à passer. Chantal demeure dans cette position durant deux contractions, puis l'infirmière lui demande de se remettre sur le dos. Elle l'examine – le col est dilaté de 8 cm – et lui dit qu'il ne manque pas grand'chose pour que la dilatation du col soit complète. Elle ajoute que la petite bande de col a tendance à enfler et qu'il ne faut pas pousser dessus. Chantal trouve très difficile de ne pas pousser car elle est aux prises avec une envie très forte et irrésistible de le faire. L'infirmière me dit que le médecin, obstétricien-gynécologue, a rompu les membranes à midi, peu avant que j'arrive. En entrevue, Chantal me dira qu'elle fut ensuite prise de cette irrésistible envie de pousser.

Puis l'infirmière part dîner et sa remplaçante entre dans la chambre. Quand elle voit que Chantal pousse pendant une contraction, elle prend les choses en main immédiatement : « Tu vas me regarder, tu vas faire ce que je vais dire. Tu vas respirer comme je vais respirer. On se pratique »

⁸⁴ Dans le document de formation I (og28), on peut lire à propos de cet effet de la péridurale : « La détente musculaire au périnée nuit à la rotation de la tête du bébé ».

(oa27 : 49-50). *Et elle lui montre à haleter. Puis elle lui propose de se coucher du côté gauche pendant deux contractions. Chantal respire pendant une contraction, puis pousse un peu à la suivante. L'infirmière lui dit « Ça me fait rien, mais si tu veux accoucher tantôt, respire bien »* (oa27 : 61). Les contractions suivantes, Chantal essaie très fort de respirer et de ne pas pousser, sans y arriver tout à fait. L'infirmière lui annonce qu'elle va mettre ses doigts entre le col et la tête du bébé, pour tenter de faire désenfler la bande : « Je te demande de ne pas pousser, de te concentrer et de respirer doucement » (oa27 :71). Chantal y arrive pour la contraction suivante. « Concentre-toi, je fais un petit massage mais concentre-toi sur ta respiration. C'est important quand je te dis de ne pas pousser. Le col pourrait déchirer » (oa27 : 81-82). Chantal lâche un « aoue ! ». L'infirmière : « Je sais que ça fait mal mais je suis en train de vérifier le tour... Pousse pas. À chaque fois que tu pousses, tu retardes les choses d'une heure » (oa27 : 88,96). Après une forte contraction, Chantal s'exclame : « Celle-là, j'étais pas capable ! (oa27 : 99) ». Ginette refait un toucher vaginal : « Respire ! Sans ça, à 3 heures on va être encore là ! » (oa27 : 104). Chantal essaie. L'infirmière poursuit : « Concentre-toi bien. Tu ne pousses pas. Ça peut être dangereux. Pousse pas » (oa27 : 106). Chantal réplique : « J'ai très de la misère » (oa27 : 112) (oa27) .

Comme on peut le constater, l'infirmière met beaucoup de pression pour que Chantal ne pousse pas avant la fin de la dilatation. Son attitude différente tient-elle au fait que Chantal est jeune (22 ans) et sans conjoint, alors qu'Ingrid, qu'elle avait autorisée à pousser au même stade de dilatation, est dans la trentaine et a son conjoint à ses côtés ?

La poussée « inefficace » : stimuler, aider le bébé à sortir

Par ailleurs, on continue durant la poussée d'être préoccupé par les contractions s'écartant de la norme. C'est pratique courante de « diriger » la poussée (« coacher » la parturiente en lui demandant de pousser pendant toute la contraction en bloquant sa respiration, rentrant le menton, courbant le dos, tenant ses jambes, etc.). Il s'agit d'une façon répandue en obstétrique de gérer la poussée, mais qui est remise en question par l'OMS car elle diminuerait l'apport d'oxygène au bébé (OMS, 1997). On se préoccupe aussi de la descente continue du bébé. Lorsqu'on trouve que la poussée est inefficace et parfois avant ou après avoir essayé différents autres moyens, on administre du Syntocinon à la parturiente – comme ce fut le cas de **Béatrice**.

Le médecin arrive et demande à Béatrice, dont le travail est stimulé par du Syntocinon, de se tourner, met ses doigts dans son vagin et commence à l'enjoindre de pousser. L'infirmière dit au médecin que ce n'est pas son premier bébé et qu'au premier, elle a poussé longtemps. Dans les minutes qui suivent, on essaie de positionner Béatrice sur le côté, sur le dos. On lui tient les jambes. On l'enjoint de se choquer, pour que son bébé sorte. On lui demande de relâcher ses jambes. Puis l'infirmière dit qu'il « faut trouver

une position [...] faut que (le bébé) vienne tellement bas que t'auras pu le choix de le pousser » (oa24 : 584-585). Le médecin, parlant de Béatrice, dit devant elle « si elle poussait bien, il descendrait » (oa24 : 591). On la tient alors qu'elle s'accroupit au pied du lit. On apporte la barre à cet effet, mais sans l'utiliser. Même si elle s'appuie sur son conjoint, Béatrice est en équilibre instable et penche dangereusement vers l'avant. Le médecin s'adresse à elle : « Si t'étais capable de pousser, en deux poussées ton bébé serait là » (oa24 : 623). On double la dose de Synto. On encourage Béatrice, on lui répète de « se choquer » (oa24 : 690). On l'aide à se mettre sur le côté, puis à revenir sur le dos. La poussée fait mal à Béatrice. L'infirmière hausse encore la dose de Synto (oa24)

Peut-être que si on avait attendu que Béatrice aie envie de pousser, la poussée aurait été différente ? Il est difficile de le savoir. Il se peut que certaines femmes aient besoin d'une période de récupération entre la dilatation complète du col utérin et la poussée.

Certaines infirmières ou médecins suggèrent des changements de position, pour aider la descente du bébé et la rotation nécessaire de sa tête. Durant l'accouchement de Béatrice, les intervenant-e-s et en particulier le médecin ne paraissent pas vraiment à l'aise de faire faire ces changements.

Si Béatrice a eu un Nubain qui a pu nuire au contrôle qu'elle avait de la poussée, on n'hésite pas par ailleurs à donner une péridurale aux femmes qui la demandent, sans leur dire, en général, que cela peut nuire à la rotation du bébé (Enkin et coll., 2000) et prolonger même le travail. L'OMS se questionne même sur la pertinence de qualifier un travail sous péridurale de « normal », lorsqu'elle est administrée à une femme dont la grossesse ou l'accouchement présente peu de risques : « [...] si l'analgésie épidurale est administrée à une femme enceinte à faible risque, on peut se demander si ce qui en résulte peut encore être appelé « travail normal » » (OMS, 1997, p. 18). Lorsqu'un effet résultant potentiellement de la péridurale survient – par exemple dans le cas de Manon – on attribue cela au corps de la parturiente : « Le bébé est complètement sur le côté, c'est pour ça que c'est un peu plus long. Faudrait qu'il tourne encore un peu plus. Chaque accouchement est un peu différent, et toi, c'est comme ça » (oa12 : 767-768).

Si la poussée se prolonge indûment et que l'état du bébé (décélérations inquiétantes du rythme cardiaque ou difficulté à descendre) ou de la mère (épuisement) l'exige, on a alors recours soit au forceps⁸⁵ ou à la ventouse pour aider le bébé à naître, comme ce fut le cas pour **Stéphanie** :

⁸⁵ Je n'ai pas vu d'application de forceps. Il est utilisé rarement dans cet établissement.

Pendant deux heures et demie, on encourage Stéphanie à pousser. Tous se mettent de la partie, le conjoint, l'infirmière, l'accompagnante, le médecin et parfois tous en même temps. Stéphanie trouve difficile de pousser et a peu confiance d'y arriver. On l'enjoint de « garder son air » (oa14 : 306) et de pousser le plus longtemps possible. Puis le médecin lui dit que son bébé manifeste des signes de fatigue. On donne de l'oxygène à Stéphanie. Le médecin dit qu'elle va peut-être avoir à utiliser la ventouse. L'omnipraticienne fait alors appeler l'obstétricien-gynécologue de garde. Le médecin dit que le cœur du bébé prend du temps à remonter. Elle stimule la tête du bébé car « des fois, ça le réveille » (oa14 : 479). Après avoir parlé au spécialiste de garde, elle dit au couple que ce dernier sera là dans une quinzaine de minutes. L'accompagnante et le médecin encouragent Stéphanie à pousser. On lui fait boire du Gatorade. Stéphanie a l'air fatiguée. À quelques reprises, elle dit qu'elle n'est plus capable. Le médecin explique pourquoi la ventouse serait utile : « Ça fait deux heures que tu pousses. Le bébé a l'air d'avoir une bonne tête. Mais il n'a pas vraiment fait beaucoup de chemin. Présentement il recommence à montrer des signes de fatigue. T'es fatiguée. T'es pas une superwoman. On va laisser quelques contractions et peut-être qu'on va y aller avec la ventouse » (oa14 : 607-611). Le consultant arrive, mais ne s'adresse pas d'abord à Stéphanie : « Ça fait deux heures et demie. Elle a peut-être besoin d'aide. C'est la patiente à Noémie ? Ils ont-tu dit qu'il était gros ? » (oa14 : 690). Quelqu'un répond : « À l'échographie, oui » (oa14 : 691). Le spécialiste essaie alors d'introduire la ventouse, sans succès la première fois. Puis il réussit. En une contraction, la tête du bébé sort. Stéphanie pousse une dernière fois. (oa14)

d. Entre le bébé qui va bien et celui qui va mal : les difficultés pouvant affecter le bébé

On pose une ventouse, comme lors de l'accouchement de Stéphanie, soit parce que la mère est épuisée et n'arrive pas à expulser son bébé, soit parce que celui-ci montre des signes de fatigue. On se préoccupe en effet de l'état du bébé pendant tout le travail et l'accouchement. On écoute régulièrement la fréquence des battements de son cœur, « aux demi-heures ou aux heures quand les membranes ne sont pas rupturées, aux demi-heures quand elles le sont; à l'approche de la poussée, on vise aux 15 minutes » (ei31 : 774-775, 778-779); on les enregistre sur moniteur. Au besoin, on prélève un peu de sang sur le cuir chevelu du bébé afin d'en analyser le pH (non observé cependant). À la naissance, on évalue son état au moyen du score Apgar et souvent on fait analyser le pH du cordon ombilical. Au besoin, on administre de l'oxygène à la mère⁸⁶, pour que le bébé soit mieux oxygéné, comme lors du travail de Dahlia, lorsque le cœur du bébé décéléra de manière inquiétante 15 minutes après l'administration de la péridurale :

Puis le couple retourne dans la salle du bain tourbillon. Ils en reviennent un peu plus tard; Dahlia est en chaise roulante. Elle manifeste alors des signes de panique, ce qui est fréquent dans la phase de transition où elle

⁸⁶ Les bénéfices de l'administration d'oxygène à la mère sont controversés (Enkin et coll., 2000).

se trouve maintenant. Elle a l'air complètement apeurée. L'infirmière écoute le cœur du bébé, fait un examen vaginal et lui dit que son col est dilaté de 7 cm. Dahlia demande qu'on lui administre une péridurale. L'anesthésiste, appelé, installe la péridurale. Dahlia est vite soulagée. Le médecin s'en va au bout de quelques minutes. Dahlia est couchée, son conjoint près d'elle. Une quinzaine de minutes après l'administration de la péridurale, les battements cardiaques du bébé descendent à 60 par minute (normalement ils se situent entre 120 et 160). On fait appeler le médecin par intercom. La tension dans la chambre est palpable. On administre de l'oxygène à Dahlia. L'infirmière stimule la tête du bébé, pour faire remonter la fréquence cardiaque. Le médecin revient et rassure les parents : « Les bébés réagissent un peu (!) à l'épidurale et après ça, tout va bien » (oa21 : 389). Le conjoint me dira en entrevue qu'il a eu si peur à ce moment-là qu'il s'est mordu le bras avec force. (oa21).

Sitôt qu'il est né, le bébé doit évidemment respirer. Si son cœur a réagi de manière inquiétante à la péridurale, le bébé de Dahlia n'a eu aucun problème à respirer à la naissance. Pour aider le bébé, on aspire les sécrétions de ses voies respiratoires pour ôter le mucus qui pourrait s'y trouver, plus ou moins selon son état. On a ainsi posé ce geste pour le bébé d'Ingrid car il est né accompagné de liquide méconial⁸⁷. Ou encore, si besoin est, on le stimule en le frottant ou en le massant pour l'encourager à respirer et améliorer son état, mesures qui furent employées pour le bébé d'une autre parturiente, Stéphanie, bébé qui avait manifesté des signes de fatigue pendant la poussée :

Le médecin dit à l'infirmière : « Aspire-le ! aspire-le ! » (oa14 : 709). Quelqu'un prévient Stéphanie qu'on va donner un peu d'oxygène au bébé. On le met sur la table chauffante. Le médecin explique ce qu'on lui fait. Le papa dit qu'on va le donner à Stéphanie. Celle-ci demande qu'on mette le bébé au sein. (oa14).

En dernier lieu, au besoin, on réanime le bébé (ce que je n'ai pas observé) ou on l'amène aux soins intensifs (pas observé non plus).

e. Les complications pouvant affecter la mère

Pendant le travail, on surveille aussi l'état de la mère. On prend ses signes vitaux, en début de travail (température et tension artérielle) et parfois aussi pendant le travail, au besoin. On évalue son état de fatigue, on observe les saignements qui peuvent se produire. Comme dans le cas de Stéphanie, on a recours à la ventouse, par exemple, si elle semble trop épuisée pour expulser son bébé alors qu'elle a déjà poussé longtemps. Ou on lui propose du Nubain pendant le travail, pour qu'elle puisse se reposer entre les

contractions, lorsque la phase de latence du travail a été longue. Ces deux interventions furent aussi effectuées pour l'accouchement de **Simone** :

Après un long travail de latence et la dernière nuit écourtée, l'accompagnante suggère que Simone prenne du Nubain, pour qu'elle puisse se reposer. L'infirmière, après avoir appelé le médecin, lui injecte du Nubain. Il est maintenant deux heures. Simone dort entre les contractions. Celles-ci s'espacent, aux 7 minutes, et le cœur du bébé descend de 10-20 battements [...]

Puis c'est la poussée, que l'on dirige. L'une après l'autre, l'infirmière et l'accompagnante guident Simone. Pendant quelques minutes, l'infirmière s'assoit pour lire le plan de naissance du couple. Le médecin arrive, évalue la situation et suggère le Syntocinon, disant : « J'ai peur que tu t'épuises⁸⁸ » (oa17 :731) Le médecin reste un certain temps dans la chambre, guidant la poussée, puis sort et revient, peu de temps après. Tous continuent à aider Simone, qui pousse vaillamment, faisant de temps en temps une farce selon la situation. Puis l'infirmière souligne que « cela se peut que Noémie doive t'aider en bas » (oa17 : 956), c'est-à-dire que le médecin applique une ventouse. Elle souligne que c'est difficile de sortir un bébé en postérieur, comme l'est celui de Simone. Finalement, on pose une ventouse. Le bébé naît après trois heures de poussée (oa17).

Si on a souvent recours au Syntocinon pour stimuler un travail, parfois après que les moyens « naturels » n'ont pas suffi, on peut aussi suggérer une péridurale. Selon certaines infirmières, cela peut non seulement soulager la douleur des contractions mais faire débloquer un travail qui stagne, lorsque la mère est trop tendue⁸⁹. Mais je n'ai pas observé de péridurale administrée pour pallier cette situation.

Et, lorsque les moyens pour pallier les écarts, comme la ventouse, échouent, il ne reste que la césarienne. C'est ce qui s'est produit dans deux des accouchements observés, celui de Louise et celui de Manon. Et certaines situations exigent qu'on réanime un bébé ou même, mais beaucoup plus rarement, la mère, en cas de nécessité. Les accouchements observés n'ont pas exigé de telles mesures de dernier recours.

⁸⁷ La présence de liquide méconial, c'est-à-dire que le liquide amniotique est coloré, peut indiquer un stress subi par le bébé; c'est une situation à surveiller, en particulier lors de la sortie du bébé et si le liquide est « épais » et très coloré.

⁸⁸ Les contractions de Simone ont commencé à 2 heures du matin, donc elle n'a pas beaucoup dormi la nuit précédente.

⁸⁹ La sage-femme Isabelle Brabant me soulignait qu'effectivement, lorsque le travail se prolonge et qu'on croit que la tête du bébé est un peu mal placée, l'administration d'une péridurale pourrait aider (Brabant, 2004)

f. *Une préoccupation en continu : la gestion de la douleur à la satisfaction de la parturiente*

Une préoccupation du personnel, qu'il soit médical ou infirmier, est la satisfaction de la femme en travail et du couple relativement à l'expérience de l'accouchement. Une gestion adéquate de la douleur semble constituer un élément important à considérer dans l'atteinte de cet objectif. La norme semble donc être que la femme doit être soulagée de la douleur des contractions, à sa satisfaction; si elle ne l'est pas, on a recours à divers moyens selon les intervenant-e-s et selon les désirs des participantes. Les femmes se situeraient, selon une échelle dont il sera question au chapitre suivant, sur un continuum relativement aux moyens pour soulager la douleur des contractions. À une extrémité de ce continuum se situe **Mélanie**, qui tient absolument à avoir une péridurale :

Quand j'arrive au département, l'infirmière me dit que la participante est dans le bain, après avoir eu du Nubain. (Mélanie me dira en entrevue qu'elle voulait une péridurale, mais a accepté d'abord du Nubain, ce qu'elle dit regretter). Le conjoint me dit que le médecin a crevé les eaux vers 17h30, ce qui a intensifié les contractions. Quand j'arrive dans la chambre, quelques minutes plus tard, Mélanie est en train de recevoir une péridurale. Elle est à 5 cm de dilatation, un soluté et un moniteur branchés sur elle. Mélanie demande combien de temps elle peut dormir : « Jusqu'à temps que tu pousses », lui répond l'infirmière, puis elle sort. D'une voix pâteuse, (un effet du Nubain, un narcotique), Mélanie dit que ce n'est pas mieux que c'était (elle sent encore les douleurs). En entrevue, M. me dira : « J'avais décidé de ne pas souffrir le martyr ». (ef58 : 438) (oa22)

En entrevue, une infirmière illustrera cette préoccupation parfois extrême de répondre aux demandes des femmes en ce qui concerne le soulagement de la douleur, en précisant qu'il lui arrive d'accepter d'administrer du Nubain même lorsque la naissance du bébé est proche⁹⁰; elle précise que dans ce cas, elle prépare les médicaments pour ranimer le bébé « au cas où », car cette proximité temporelle de l'administration du Nubain et de la naissance du bébé peut « déprimer » la respiration de ce dernier.

À l'autre extrémité du continuum se situent des femmes comme Caroline, qui tient à avoir un accouchement non médicamenté, ou encore Sarah, qui tient, comme on l'a vu au début de ce chapitre, à traverser sans médicament les douleurs de l'accouchement et exprime sa fierté à ce sujet en entrevue.

⁹⁰ Il est contre-indiqué d'administrer du Nubain, un narcotique, lorsque la naissance du bébé est proche, car cela peut avoir pour effet de « déprimer » le bébé sur le plan respiratoire.

Entre les deux extrémités, on pourrait situer des femmes comme Guylaine ou Ingrid, qui ont accepté de prendre un Nubain pour s'aider, ce qui semble plus acceptable pour les infirmières ou certains médecins à qui il arrive comme on l'a vu de « détourner » le désir d'une « patiente » pour une péridurale vers le Nubain. Ou encore Chantal, qui n'a eu ni Nubain ni péridurale, (elle dit y avoir pensé cependant pendant sa grossesse) mais peut-être parce que son travail a progressé très rapidement.

La quinzaine d'accouchements observés au cours de cette étude de cas illustre la conception que l'on se fait du déroulement de l'accouchement dans ce département d'obstétrique, les « normes » en vigueur, en quelque sorte. Même si la clientèle est diversifiée (âge, parité, avec médecin de famille ou spécialiste, et parfois accompagnante), de même que les accouchements observés (durée, spontanés ou non, travail stimulé ou non, amniotomie ou non, soulagement par des moyens divers de la douleur, accouchements vaginaux assistés ou non ou césarienne), les propos et les gestes posés par le personnel et les parturientes démontrent l'existence de normes, soit ce qui devrait se passer et comment cela devrait se passer lors des différentes phases de l'accouchement. Lorsqu'on juge qu'un travail s'écarte de cette norme – je précise que je dis bien « un travail » et non « une femme en travail », puisque l'attention est centrée sur le travail, en particulier sur les caractéristiques des contractions de l'utérus et sur sa performance – on a recours à divers moyens, alternatifs ou pharmacologiques ou encore à un mélange des deux, selon les intervenant-e-s, pour réduire l'écart et rendre le travail conforme à la norme.

Toutes les infirmières ainsi que les médecins disent avoir pour objectif la satisfaction des attentes et des désirs des femmes en travail, afin qu'elles gardent un bon souvenir de leur accouchement. Ceci fait partie de la philosophie du département d'obstétrique.

Après avoir décrit et analysé la conception de l'accouchement dans le département d'obstétrique étudié, je vais maintenant présenter les deux conceptions ou « approches » de l'accouchement qui ont été identifiées depuis une vingtaine d'années dans la littérature, en particulier par des chercheur-e-s en sciences humaines. Ceci permettra au lecteur ou à la lectrice de situer ce que je viens de présenter relativement à ces deux conceptions.

C. Les pratiques obstétricales : deux approches

*« All opponents have the same goal : a healthy mother and baby, and they honestly believe that their approaches are most likely to achieve this end »
Wagner, 1994, p. 39.*

Comme on l'a vu au premier chapitre de cette thèse, la remise en question des pratiques obstétricales est issue du mouvement de santé des femmes. Cependant, cette critique est aussi le fait de chercheuses en sciences humaines. Les études sociologiques et anthropologiques en particulier, études qualitatives pour la plupart, ont mis au jour les attitudes, les construits, les valeurs et les motivations sous-tendant les pratiques obstétricales en Amérique du Nord, mais aussi en Europe, particulièrement au Royaume-Uni. Des études ont ainsi souligné la présence de deux conceptions⁹¹ de l'accouchement, l'une omniprésente, biomédicale, et l'autre (en Occident du moins) à ses balbutiements il y a 30 ans, psychosociale. Ces deux conceptions sont incarnées à leur extrême dans les comportements de deux professions de la santé, celle de médecin et celle de sage-femme⁹².

a. *L'approche médicale de l'accouchement*

L'approche médicale de l'accouchement est issue de la conception médicale de la santé, qui prévaut depuis plus d'un siècle. Elle prend appui sur la conception cartésienne de la connaissance et de la science et tient de ce qu'une anthropologue américaine de la naissance, Robbie Davis-Floyd (1994) a appelé l'idéologie technocratique. Dès 1980, la

⁹¹ Selon Wagner (1994, p. 48 et 49), le bureau régional européen de l'OMS met sur pied au début des années 80 un Groupe d'étude périnatal afin de répondre au désir unanime des membres d'examiner les services de périnatalité et de suggérer des améliorations. Ce groupe de quinze membres provenant de dix pays et de dix spécialités différentes (économistes, épidémiologistes, administrateurs en santé, sages-femmes, infirmières, obstétricien-ne-s, pédiatres, psychologues, sociologues et statisticiens) mène des enquêtes durant cinq ans et effectue une revue de littérature. Le résultat est la reconnaissance de l'existence de deux approches différentes relativement à la naissance. Le groupe constate aussi une grande variété à l'échelle internationale des taux d'interventions, sans qu'il n'y ait une correspondance avec les issues de la grossesse et de l'accouchement. Autre constatation, le recours à la technologie se répand rapidement, sans qu'elle soit évaluée. Le groupe publie les résultats de ses travaux dans *Having A Baby in Europe*, en 1985.

⁹² Afin de mieux situer ces approches, je mentionne que selon Marsden Wagner, directeur de la Santé maternelle et infantile (OMS-Europe) (1994), les adhérents au modèle médical comprennent presque tous les obstétricien-ne-s-gynécologues et les obstétricien-ne-s, les autres spécialités médicales et le nursing. Par contre, la majorité des sages-femmes adhèreraient au modèle social de l'accouchement, avec certaines professions de la santé publique, les épidémiologistes, les chercheurs en sciences humaines et les groupes de femmes. L'anthropologue Davis-Floyd ajoute à cette liste (1990) les femmes (et les couples) accouchant à domicile, ceux qui éduquent leurs enfants à la maison, les féministes⁹², les militantes du mouvement de l'humanisation de l'accouchement, etc. Quant à moi, j'apporterais plus de nuances à ce classement, en soulignant qu'il existe par exemple des médecins et infirmières qui s'inspirent de l'approche psychosociale, et des sages-femmes qui ont une pratique se rapprochant plus de la conception biomédicale.

sociologue britannique Ann Oakley (1980) identifie les caractéristiques de ce qu'elle appelle le modèle médical de la reproduction. Dans ce modèle, les médecins sont les experts, car ce sont eux qui définissent les situations et les actions appropriées. De plus, la reproduction est un sujet médical et elle a essentiellement trait au fonctionnement mécanique du corps; celui-ci (en particulier le corps féminin) étant vu comme imparfait, il importe d'en identifier les imperfections et de remédier à toute déviation (aussi selon Wagner, 1994). De plus, la reproduction est isolée de son contexte social et puisque l'échec ultime en médecine est la mort (Wagner, 1994), les critères permettant d'évaluer les résultats d'un accouchement sont essentiellement quantitatifs, sous forme de taux de mortalité et de morbidité maternelle et foetale. Par ailleurs, les femmes sont réduites à leur fonction de reproductrice.

Certains croient (Wagner, 1994) que les femmes, ainsi que les professionnel-le-s de la santé n'ont aucune idée de ce qu'est un accouchement normal, tant un accouchement en CH est médicalisé. Et la plupart des études sur l'accouchement, incluant celles ayant défini les paramètres « normaux » de ce dernier, ont été menées auprès de femmes accouchant dans des cadres inspirés du modèle biomédical. Par ailleurs, si des enquêtes ont été effectuées sur le vécu des femmes ayant accouché, il existe peu d'études où l'on a observé des accouchements, du moins dans le monde occidental. L'auteure d'une des rares études d'observation à avoir été faite au Québec, en 1978, une étude ethnographique sur l'accouchement (1978) concluait quelques années plus tard dans *Accoucher autrement* que

Les changements (dans les pratiques entourant l'accouchement) restent superficiels : fondamentalement, les rapports entre les médecins et les femmes ne sont pas modifiés [...] l'appareil médical a récupéré les revendications des femmes en leur faisant croire que l'humanisation des soins était la réponse à leurs problèmes. La profession médicale n'a pas renoncé à son contrôle sur l'accouchement et les mesures d'humanisation n'ont pas dérangé ses habitudes pas plus que les routines hospitalières. (Laurendeau, 1987, p. 154-155).

Dans la perspective médicale, la période de la reproduction est considérée comme un problème médical. Cette période comporte un risque élevé de pathologie, de handicap, de mort. Dans ce cadre, on ne peut déterminer, dans environ la moitié des cas, quelles femmes seront victimes de complications. La seule manière de gérer la grossesse et l'accouchement c'est donc de considérer que ces événements sont pathologiques jusqu'à preuve du contraire, c'est-à-dire une fois le bébé né. On a ainsi mis au point, au cours du XX^e siècle, un système de surveillance médicalisée de ces événements, qui s'accroît au

fur et à mesure que le siècle avance. Ce modèle est essentiellement basé sur la présence de risque, de danger (Quéniart, 1988; Oakley, 1980). Dans cette perspective, le travail de l'accouchement doit être soumis à une surveillance étroite afin d'intervenir dès qu'un problème surgit, avant qu'il ne devienne hors de contrôle. La sécurité est alors essentiellement axée sur la préservation de la santé physique (Eakins, 1986). On y aborde la douleur des contractions sous un angle sensoriel : les solutions proposées pour les soulager sont essentiellement d'ordre médical (Waldenström, 1996a). De plus, pendant leur grossesse, les femmes sont soumises à de plus en plus de tests, même si l'on n'a pas toujours de traitement lorsqu'un problème est diagnostiqué.

Chaque professionnel-le qui adhère à ce modèle a pu constater que les méthodes employées sauvent des vies et il (ou elle) croit en cette approche. Dans cette perspective, la santé de la mère et du bébé ne peuvent être garanties que par ce système de surveillance et les critères de sécurité sont essentiellement d'ordre biomédical. La technologie occupe une place primordiale au cours de l'accouchement, au point d'évacuer souvent la personne quand, comme le raconte une femme interviewée par Anne Quéniart, « *tous les regards se sont tournés vers l'écran du moniteur* », et personne ne s'occupe d'elle (1988, p. 206). Et, ce qui complique les choses, sur le plan médico-légal, c'est que l'obstétrique est une spécialité où l'on est responsable de deux « patients » simultanément.

On constate qu'au cours du XX^e siècle, la médecine a pris graduellement le contrôle de la période entourant la grossesse et l'accouchement, comme une étude québécoise par Renaud, Doré, Bernard et Kremp l'a indiqué (1987). Renaud et ses collègues ont analysé les dix-sept éditions de *Williams Obstetrics* jusqu'au milieu des années 80 et ont défini trois périodes distinctes du développement de l'hégémonie obstétricale sur la grossesse. La première période, du début au milieu du siècle, consiste en une tentative pour le regard médical de s'affirmer, période où les médecins doivent encore négocier avec les femmes l'utilisation de leurs services. La période suivante, 1950 à 1971, est celle où le regard médical devient légitime; il s'institutionnalise à travers une spécialité, l'obstétrique, et un lieu de travail, l'hôpital. La grossesse est alors médicalisée. La prise en charge médicale des femmes s'accroît : la femme enceinte doit consulter, suivre les conseils du médecin et accoucher en centre hospitalier. Mais la mortalité périnatale demeure élevée. La troisième période, de 1971 à 1985, est la période où l'hégémonie médicale triomphe. Désormais, seul le médecin définit ce qui doit se produire pour que le bébé soit en santé et que l'accouchement se déroule bien. C'est au cours de cette période que le fœtus acquiert le statut de nouveau « patient » du médecin.

b. L'approche psychosociale de l'accouchement

À l'antipode de l'approche biomédicale de l'accouchement, on trouve l'approche psychosociale (aussi appelé modèle sage-femme ou perspective holiste), développée à la fois en réaction à la médicalisation de l'obstétrique et suite à des études ethnographiques sur l'accouchement dans différentes cultures. Cette approche prend en compte, en plus des facteurs d'ordre biomédical, les facteurs psychologiques, émotionnels, sociaux, et parfois aussi spirituels de cet événement que constitue la naissance d'un enfant dans une société et pour sa famille (Wagner, 1994). Aussi appelé « approche centrée sur la famille », elle accorde une attention particulière à la femme enceinte et qui accouche – en particulier à son autonomie et à la possibilité qu'elle puisse faire des choix (Levitt & Hanvey, 1995). Les dimensions psychologiques touchent aux implications de cet événement pour l'identité de la femme, son épanouissement, sa maturation vers la maternité et sa relation avec le bébé (Waldenström, 1996a). Et la dimension culturelle, éthique et religieuse influencent le sens que l'on donne à la naissance. La dimension psychosociale a trait à sa relation avec les autres, son partenaire, sa famille, sa communauté. La dimension sociale touche l'adaptation à son nouveau rôle et les répercussions sur ses autres rôles (professionnel, etc.). Dans la perspective psychosociale, le corps et l'esprit – et l'âme pour certains – sont indissociables.

Alors que l'accent dans la perspective médicale est mis sur la possibilité de pathologie, la normalité est au cœur du modèle social de l'accouchement (Levitt & Hanvey, 1995). Cet événement est considéré comme un processus physiologique normal, où l'on évite – sauf nécessité – d'intervenir et, si on le fait, où l'on préfère se limiter dans la mesure du possible aux interventions non « envahissantes » simples, économiques, pouvant être utilisées à domicile ou en clinique et qui sont socialement acceptables pour les femmes et leur famille. Dans cette perspective, la technologie est considérée d'un œil critique, car elle n'a pas fait l'objet d'évaluations suffisantes et l'on se soucie d'informer les femmes des risques qu'elle présente afin qu'elles puissent faire des choix en toute connaissance de cause (Wagner, 1994). On y voit aussi l'accouchement comme un acte profondément social, extrêmement exigeant pour celle qui le vit, où le soutien devient primordial, en particulier dans sa dimension affective (Markus, 1997). La relation entre la femme en travail et l'intervenant-e y est donc importante.

Par ailleurs, des métaphores utilisées par des anthropologues (Martin, 1992; Corea, 1985; Davis-Floyd, 1992), illustrent le caractère social et culturel de l'accouchement et les valeurs socio-culturelles qui le sous-tendent. C'est ainsi que Martin souligne que dans

l'approche biomédicale les femmes se sentent traitées en accouchant comme si elles étaient sur une chaîne de montage, dans une usine. Elle souligne que, lors de l'accouchement, le médecin est le producteur du bébé, l'expert qui guide la mère dans la « production » de l'enfant. Il est assimilé à un contremaître qui veille à ce que la mère n'endommage pas le produit (le bébé). La femme qui accouche est donc la « travailleuse », « l'utérus » « la machine » qui produit le bébé, comme le souligne cette femme dans une étude sur la satisfaction :

I had so many people in the room at the time of the birth. I was forced to stay on my back for hours with monitors all around and inside my body. I was given repeated vaginal examinations [...] which is agony when carrying two babies. I never got to hold my babies after the birth, so I just felt I was a machine. (Brown and Lumley, 1994, p. 10).

Le travail est vu comme mécanique, selon le modèle de la physique, une force rencontrant une résistance. L'objectif consiste à contrôler les mouvements de la travailleuse afin d'accélérer la production, car la conception biomédicale de l'accouchement met l'accent sur la rapidité : le bébé doit naître rapidement pour échapper aux dangers qui le menacent.

Quant à Robbie Davis-Floyd (1992), elle souligne l'aspect « rite de passage » de l'accouchement médicalisé en Amérique du Nord, rite qui servirait à inculquer aux nouvelles mères les valeurs dominantes de notre société. Dans *Birth As an American Rite of Passage*, Davis-Floyd (1992) tente de répondre à plusieurs dilemmes qu'entraînerait pour la société la mise au monde d'un enfant, par exemple : comment faire pour que le phénomène naturel de la naissance paraisse confirmer le modèle technologique ? Comment amener les femmes, dans une culture qui se dit égalitaire, à accepter un système de croyances qui les dénigre ? Comment éliminer la sexualité de l'accouchement ? Si on prend par exemple le dilemme de la sexualité de l'accouchement, Davis-Floyd souligne que l'obstétrique masque cet aspect avec beaucoup d'efficacité en recourant, par exemple, à un médicament pour stimuler le travail (plutôt qu'en suggérant aux femmes de se stimuler les mamelons), en les empêchant de pousser accroupie ou à « quatre pattes », en promouvant la péridurale pour que les femmes demeurent silencieuses, ne crient pas, ne gémissent pas; en faisant une épisiotomie plutôt qu'un massage du périnée à l'huile, etc. Sa thèse montre pourquoi nos institutions médicales tiennent tant à certaines pratiques. Selon elle, l'« impératif technocratique » (*technocratic imperative*) (Davis-Floyd, 1994, p. 7) nous pousse à nous libérer des limites de la Terre grâce au développement de la technologie spatiale, des limites de nos corps grâce à

l'informatique et à la robotique, des limites de la mort par la congélation cryogénique, des limites de la reproduction naturelle grâce aux nouvelles technologies de la reproduction (NTR) et des limites de l'accouchement grâce aux outils de l'obstétrique.

D'autres interprétations des pratiques obstétricales existent. Par exemple, l'anthropologue Sheila Kitzinger fait aussi référence à la sexualité pour expliquer comment l'accouchement, dans le modèle biomédical, tient de la manière masculine de faire les choses, axée sur la discontinuité. Prenons l'exemple de la deuxième phase de l'accouchement, la poussée. Si l'obstétrique s'est assouplie, en ce qui concerne la première phase de l'accouchement (le travail jusqu'à la dilatation complète du col), la poussée est encore traitée comme un moment où la femme doit presque se battre contre son propre corps pour que son bébé naisse. Elle doit d'abord attendre l'autorisation du médecin pour pousser, peu importe les messages que son corps lui envoie, telle une envie frénétique de pousser. Le personnel, à l'image des meneuses de claques (*cheerleaders*), l'entoure et la dirige, souligne Kitzinger : « *Push ! Push ! Don't waste your contraction... take a deep breath, hold it ! Now come on, you can do better than that ! Don't let your breath go ! Take another one ! Breathe in, block... Push ! 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15 !* » (Kitzinger, 1983, p. 217). Considérant que l'accouchement est un acte sexuel, Kitzinger avance que cette manière de faire pousser correspond à l'orgasme masculin, alors que la façon alternative de pousser prônée par les sages-femmes⁹³ adhérant à l'approche psychosociale ressemblerait plus à l'orgasme féminin, une série de vagues qui vont et qui viennent et qui ne demandent pas cet effort surhumain qu'on imposerait aux femmes dans l'approche médicale.

Ces deux approches, biomédicale et psychosociale, sont souvent vues comme opposées, car pour plusieurs elles relèveraient de paradigmes différents et irréconciliables. En général, en Occident, et particulièrement en Amérique du Nord, où la pratique des sages-femmes avait pratiquement disparu au cours du XX^e siècle jusqu'à récemment, les femmes accouchent selon le modèle biomédical.

On pourrait conclure ce chapitre en disant que si la conception de l'accouchement du milieu observé s'inscrit en bonne partie dans une approche biomédicale de l'accouchement, des efforts ont été faits afin d'intégrer des éléments de l'approche

⁹³ La sage-femme Isabelle Brabant me soulignait d'ailleurs qu'elle adhère plus à l'approche psychosexuelle définie par l'anthropologue Sheila Kitzinger qu'à l'approche psychosociale dont il est question dans ce chapitre. Dans l'approche psychosexuelle, qui a des similarités avec le point de vue de l'obstétricien Michel Odent qui étudie depuis plusieurs années l'accouchement à domicile

psychosociale de la naissance. On tient compte par exemple de l'aspect familial de la naissance – dont le contact mère-bébé et père-bébé – on manifeste une ouverture à des approches de soulagement de la douleur non médicamenteuses. Afin d'approfondir notre connaissance de l'accouchement, il est nécessaire de se pencher sur les comportements des intervenant-e-s lors de l'accouchement. C'est ce qui fera l'objet du chapitre suivant.

en Angleterre, on considère l'accouchement comme un événement devant bénéficier du même environnement et de la même intimité, à la limite, que l'acte sexuel.

CHAPITRE 5 – LES COMPORTEMENTS DES INTERVENANT-E-S

« Il y a la philosophie, puis il y a la réalité ». (Une infirmière)

Après avoir décrit le milieu observé ainsi que la conception de l'accouchement dans ce milieu dans les chapitres 3 et 4, ce chapitre examine les comportements des intervenant-e-s lorsque les femmes accouchent. En effet, puisque l'accouchement se déroule dans un milieu hospitalier où travaillent essentiellement des médecins et des infirmières, cette étude sur les pratiques obstétricales ne peut éviter d'examiner comment se comportent ceux-ci, en particulier les infirmières, celles-ci étant les intervenantes les plus présentes lorsque les femmes sont en travail. Et comme certaines femmes engagent des accompagnantes pour être à leur côté, il sera aussi question de leurs comportements. Les comportements observés pendant les accouchements ou traités en entrevue comprennent des paroles ainsi que des gestes. Il sera particulièrement question de la manière dont les décisions se prennent pendant le travail et de l'information donnée ou non en rapport avec les décisions à prendre.

Le rôle central de l'infirmière auprès de la femme en travail

C'est surtout ça mon travail. C'est de respecter ce que la patiente désire avant tout. Je m'arrange le plus possible pour (le faire) (ei30 : 82-84).

De tout le personnel hospitalier, les infirmières sont les employées qui passent le plus de temps auprès des femmes en travail. Elles ont donc un rôle important et exigeant auprès d'elles. Si elles ont – comme le chapitre précédent l'a mentionné – des tâches à accomplir auprès des femmes ayant accouché ou des femmes enceintes sous observation (non en travail), il demeure, comme plusieurs infirmières me le soulignent en entrevue, que « *la priorité c'est la femme en travail* » et qu'il faut lui offrir un soutien particulièrement quand elle est souffrante, soutien que les infirmières définissent comme de l'accompagnement ou des moyens pour soulager la douleur. Un objectif omniprésent dans leurs propos, c'est d'aider chaque femme à vivre ce qu'elle veut vivre lors de son accouchement. Et ce, pour que la femme – et son conjoint – soit heureuse de son accouchement et en particulier ne se sente pas coupable relativement aux choix effectués. Pour atteindre cet objectif, l'infirmière commence par vérifier, lors des premiers contacts, ce que la femme veut pour son accouchement. Les propos des infirmières interviewées montrent que l'expression « ce que la femme veut » a principalement trait aux façons de soulager la douleur des contractions et en particulier à son désir ou refus de la péridurale. Les observations

effectuées montrent que l'objectif de satisfaire les désirs des femmes concerne moins les autres interventions ou les routines possibles durant l'accouchement.

La priorité : la femme en travail actif

Si, comme le dit une infirmière, « *il faut toujours penser à toutes nos patientes* » (ei31 : 576-577), la priorité est censée être accordée aux femmes en travail actif. J'ai observé que lorsque la parturiente est en travail avancé, généralement (à partir de la phase de transition, vers 7cm et absolument pendant la poussée), son infirmière peut arriver à se libérer de ses autres tâches pour lui assurer une plus grande disponibilité. Durant quelques accouchements, en particulier la nuit, j'ai observé un réel accompagnement des femmes et en général pendant la poussée. J'ai aussi pu observer que les infirmières s'entraident régulièrement et que, à partir du moment où elles doivent accompagner une femme en travail avancé, elles délèguent les tâches qu'elles devaient faire auprès d'autres « patientes » à leurs collègues, comme elles me l'ont d'ailleurs dit en entrevue. Il demeure qu'elles sont quand même, ce faisant, préoccupées de leurs autres « patientes ».

D'après les entrevues avec les infirmières, leur rôle auprès de la femme en travail a plusieurs composantes : surveillance, accompagnement, information, avec comme objectif la satisfaction de la cliente, soit de s'assurer qu'elle vit un accouchement correspondant à ses attentes. Les infirmières doivent savoir sur le plan clinique différencier le vrai du faux travail, être en mesure d'évaluer la contraction utérine, la progression du travail, la présentation du bébé, etc. Les infirmières doivent aussi tenir le médecin – l'omnipraticienne ou le spécialiste de garde si cette parturiente a comme médecin un obstétricien-gynécologue – au courant de l'évolution du travail et de l'état de la parturiente et l'avertir en cas de problème.

Certaines infirmières préfèrent aller voir la parturiente qu'on leur a assignée au début de leur quart de travail pour prendre contact avec elle et voir ce qu'elle désire pour son accouchement. D'autres préfèrent compléter leurs tâches auprès des femmes ayant accouché, pour ensuite être plus libres de consacrer du temps à leur parturiente. Lorsqu'elles admettent une femme en travail, elles doivent remplir un questionnaire auprès d'elle. Ce questionnaire sert à connaître les caractéristiques de la grossesse de la « patiente » et à établir ses besoins pour son accouchement, notamment en fonction de ses désirs touchant le soulagement de la douleur. J'ai vu une femme en travail venant d'être admise répondre à ces questions à la demande d'une infirmière que je n'avais pas

jusqu' alors observée lors d'un accouchement. Les questions défilaient rapidement. Est-ce parce que l'infirmière se sentait intimidée par ma présence ?

Si le questionnaire permet de connaître le point de vue de la parturiente relativement à son désir de soulagement de la douleur, toutes les infirmières ne partagent pas le même point de vue – tout comme les femmes qui sont leurs « patientes » – touchant l'un des moyens de soulagement, la péridurale. Il semble que les infirmières plus « accompagnantes », comme certaines définissent une catégorie⁹⁴ d'infirmières, la voient d'un moins bon œil. Mais elles affirment respecter le choix des femmes :

Moi, je sentais qu'elle aurait été capable d'avoir son accouchement probablement sans rien, mais je lui ai dit : « Je suis pas ici pour te dire de pas la prendre ». Un moment donné, elle m'a dit « t'es pas pour l'épidurale, hein ? ». Je lui ai répondu : « Non, mes deux derniers enfants, j'en ai eu une et j'étais bien contente [...] Je ne veux pas que tu aies accouché et que tu aies du regret et que tu te dises « je voulais avoir l'épidurale ». Pour moi, la seule chose est de te la donner au bon moment » (ei32 : 580-583, 593-595).

Cette hésitation devant la péridurale se manifeste notamment, comme chez des médecins, par un « détournement » du désir d'une péridurale de femmes en travail vers le Nubain. Des infirmières disent aussi qu'un médecin « refuse »⁹⁵ la péridurale à des « patientes », ce qu'elles ne trouvent pas acceptable, comme le souligne l'une d'elles :

La seule affaire avec laquelle je ne suis pas d'accord – ça arrive des fois – c'est quand un médecin veut pas qu'elle ait une épidurale et que la patiente en pleure et qu'elle dit « Je peux pas croire que je peux pas » [...] Je me dis « on respecte pas du tout la patiente ». (ei35 : 444-446, 448).

Je n'ai pas observé un tel refus, mais plus d'une participante a été « » détournée » de la péridurale vers un Nubain. Cela a parfois fait leur affaire (Ingrid), mais parfois, elles n'ont pas apprécié (Mélanie). L'objectif de respecter les désirs des « patientes » se retrouve dans la formation offerte aux infirmières, à propos de l'accompagnement. J'ai ainsi pu assister à cette formation, où on présentait une échelle de l'attitude des femmes devant la douleur, échelle qui pouvait servir selon les formatrices à orienter les comportements subséquents des infirmières. Par exemple, à une extrémité de l'échelle on trouve les femmes qui ne veulent rien sentir de la douleur des contractions et qui veulent à tout prix

⁹⁴ Voir un peu plus loin comment les infirmières se définissent entre elles.

une péridurale et ce, même tôt en travail (telles Mélanie et Manon). À l'autre extrémité, se situent les femmes qui veulent vivre un accouchement naturel, sans analgésie ou anesthésie et qui y tiennent (telles Caroline et Sarah). Au milieu seraient celles qui y tiennent plus ou moins ou qui ne se sont pas fait d'opinion (telles Ingrid et Chantal). Il semble que les infirmières ajustent ce qu'elles disent ou font selon la position où elles évaluent leur « patiente » sur cette échelle :

C'est certain qu'on n'intervient pas de la même façon. Si elle arrive en disant qu'elle veut absolument pas d'épidurale, quand elle va me la demander, je vais essayer de voir avec elle si on peut pas faire autre chose [...] aller vers d'autres alternatives [...] Rendue à 7-8 (cm), je vais essayer de l'encourager en lui disant que ça achève. Par contre, celle qui arrive en disant qu'elle veut absolument la péridurale, je vais pas essayer de négocier avec elle si elle est rendue à 7 cm. Je vais pas faire en sorte qu'elle m'en veuille parce que j'ai refusé (ei41 : 193-201).

Certaines infirmières me diront ainsi que, contrairement aux premières années, elles sont plus sélectives dans leur investissement en accompagnement avec les femmes en travail, préférant suggérer et montrer des moyens alternatifs de soulagement de la douleur aux femmes qui n'ont pas décidé d'avoir à tout prix une péridurale ou à tout le moins qui manifestent dès le départ, selon elles, une ouverture d'esprit :

Maintenant mon énergie, je l'investis dans les patientes qui sont ouvertes, puis qui ont décidé de se prendre en main, puis qui ont réfléchi. Ou encore avec une patiente qui, si elle n'a pas pensé à ça, sent qu'on peut l'aider et que pour elle, « la douleur c'est positif », c'est que le col dilate (ei34 : 731-734).

Une autre infirmière, plus jeune, reconnaît l'aspect « commodité » de la péridurale : « *Elle a une épidurale, je vais avoir le temps de faire mon ouvrage; ça nous amène à dire « oui » là-dessus* » (ei31 : 601-602) .

La plupart des infirmières me disent qu'elles s'ajustent à ce que les femmes et couples désirent, mais « *dans la mesure du possible* », car il y a certaines choses qu'elles doivent faire (par exemple écouter le cœur du bébé à intervalles réguliers, administrer du Syntocinon après une amniotomie selon ce que prescrit le médecin). L'une souligne qu'elle ne peut pas toujours respecter ce que la « patiente » veut si, sur le plan médical, elle doit faire autre chose : « *Je comprends* (qu'on ne respecte pas ce que la patiente

⁹⁵ J'ai cependant observé un accouchement sous péridurale avec ce médecin (Sylvie, participante non retenue pour l'analyse). J'ai aussi observé deux accouchements (Ingrid, Guylaine), où les femmes se sont dites très heureuses d'avoir été « détournées » vers le Nubain.

veut) *si c'est pour la santé de la patiente ou la santé du bébé, ça je comprends ça* » (ei32 : 490-491).

D'autres obstacles à ce respect du désir des « patientes » sont les contraintes évoquées par les infirmières, qu'il s'agisse du contexte général de manque de personnel infirmier ou encore du contexte d'achalandage de tel ou tel quart de travail. La surcharge de travail peut modifier les pratiques, en particulier l'été où l'on manque d'infirmières expérimentées. Celles qui sont expérimentées sont alors affectées aux accouchements « à la chaîne » comme dans cet exemple :

À cause de la réalité de cet été où on avait à « rusher », la patiente accouche, et à moins qu'elle tienne absolument à avoir le bébé sur elle, on le prend, on lui fait ses affaires et tout le kit parce qu'on sait qu'on a une autre accouchée dans pas longtemps. C'est pas pour se débarrasser, pour aller s'asseoir au poste et jaser, sauf qu'on est dans un beat où il faut rouler tout le temps, il faut prévoir. (ei38 : 742-746).

Ce qu'elles disent préférer, c'est un contexte leur permettant d'être des « guides » auprès des femmes en travail et auprès des couples. La composante « guide » serait reliée à l'accompagnement; mais toutes les infirmières ne seraient pas, selon certaines d'entre elles, également accompagnantes : plusieurs infirmières emploient le mot « accompagnantes » et « techniciennes » pour identifier deux types d'infirmières dans le département, le premier groupe étant majoritaire selon l'une d'elles :

Tu prends une telle, qui travaille (à ce quart de travail). Elle est pas technicienne, elle veut aider les gens. Elle est pas gênée de tenir ses patientes, de les froter, puis de s'impliquer [...] Pis quand tu parles de la philosophie et tout ça, elle trippe, elle capote ben raide [...] Il y en a d'autres que, entre 9 heures et demie et 10 heures, il faut aller fumer. Que sa patiente crie comme une folle, elle va s'arranger pour qu'elle arrête de crier quelques minutes, ben elle va aller fumer pareil Elle a pas la même conviction et le même dévouement envers ses patientes. Elle, c'est plus une technicienne. Elle va regarder l'heure et elle va dire « C'est le temps d'aller monter mon Synto, c'est l'heure d'aller faire un [...] » c'est plus le protocole à heure fixe, c'est l'heure, pis l'heure tout le temps. (ei38 : 822-831, 835-837).

Une autre classification faite par les infirmières entre elles est fondée sur leurs préférences relativement à l'un des trois secteurs dans lesquels elles œuvrent : certaines me disent préférer l'accompagnement durant l'accouchement, d'autres l'enseignement aux accouchées et d'autres les soins aux bébés. Des infirmières me disent aussi que certaines d'entre elles sont meilleures avec les bébés ou plus capables de s'occuper des bébés victimes de complications. D'ailleurs, les premières années, leur formation initiale lors de

l'embauche concernait l'un ou l'autre de ces secteurs (obstétrique, post-partum, pouponnière).

Les comportements des intervenant-e-s pendant les accouchements peuvent se manifester de plusieurs façons : dans ce qu'ils disent ou dans ce qu'ils font (ou omettent de faire). On en a vu des exemples lorsqu'il a été question de récits d'accouchements au chapitre précédent.

A. Les paroles

Dans cette section-ci, j'examinerai principalement les paroles des intervenant-e-s et comment sont prises les décisions entourant les routines et les interventions, en portant une attention particulière à l'information. Tout en présentant les données concernant les médecins, je m'attarderai en particulier aux infirmières, puisque ce sont elles qui passent le plus de temps auprès des femmes en travail; ce sont elles que j'ai eu le plus d'occasions d'observer et qui ont presque toutes accepté, à deux exceptions près, d'être interviewées.

a. Les paroles des médecins

En entrevue, les médecins m'ont souligné qu'il n'est pas facile de faire ce métier, d'être régulièrement réveillés pendant la nuit (on les tient au courant de l'évolution du travail de leur « patiente »), de faire de longues heures de garde, etc. Pendant la poussée, la période où ils sont plus présents, leurs paroles montrent qu'ils guident la femme, l'encouragent, la félicitent lorsqu'elle pousse bien. Ils sont souvent prévenants. Ils informent le couple de ce qui se passe et annoncent généralement ce qu'ils s'appêtent à faire et parfois demandent la permission d'effectuer un geste.

La gentillesse

Les médecins sont généralement gentils, mais leur brève présence auprès des femmes en travail ne laisse pas beaucoup de temps pour le « maternage ». On les voit et on les entend plus dans leur fonction de « directeur » de la poussée et de la naissance du bébé, les soins étant davantage le propre des infirmières.

La mauvaise humeur

J'ai vu à quelques reprises certains médecins manifester de la mauvaise humeur envers des infirmières et plusieurs infirmières ont parlé en entrevue de l'attitude de certains médecins :

Le lendemain, je croise (l'infirmière) Mathilde et lui demande comment va la participante. Elle me dit qu'elle ne le sait pas, ayant été avec une femme en travail. Elle me dit qu'elle a été déçue lors de cet accouchement. Je lui demande pourquoi. Elle me répond : « Les relations [...] avec le médecin ». Elle ajoute que devant tout le monde, il a dit que la parturiente était rendue à 7 cm de dilatation et non à 9 (comme elle-même avait évalué) et a persisté à l'affirmer, alors qu'elle-même venait de l'examiner. Elle me dit que cela lui a fait quelque chose. Elle a les larmes aux yeux. (oa21 : 527-534, 537).

Une autre parturiente a d'ailleurs observé, lors de son travail, que le médecin « s'est obstiné avec une infirmière à un moment donné [...] à savoir combien j'étais dilatée pis tu voyais que c'était comme une chicane, le médecin faisait ses gros yeux » (ef62 : 124-128). Une infirmière commente aussi la réaction d'impatience marquée qu'elle eut d'un médecin lors d'un accouchement observé, celui d'Ingrid, qui est décrit juste avant la conclusion de ce chapitre :

Son attitude, j'appelle ça un manque de savoir-vivre [...] c'est un petit peu un manque de respect la manière qu'il va nous parler [...]. Aujourd'hui j'ai eu à lui téléphoner deux fois et les deux fois il m'a parlé bête. Des fois dans ce temps-là je lui dis : « J'aimerais ça être bête comme toi ». Il m'a déjà dit à un accouchement : « parle-moi pas « sec » de même » parce que je lui avais parlé « sec ». Je lui ai dit : « Regarde, si toi tu arrêtes de me parler « sec » moi je vais arrêter; j'aimerais ça qu'il y ait de l'harmonie dans cet accouchement parce que c'est pas le nôtre, c'est l'accouchement de la patiente ». Et j'ai dû dire cela devant le couple et le papa par après m'avait dit : « Pourquoi il est fâché après toi ? ». J'ai dit « Il est comme ça mais pas juste avec moi ». (ei35 : 581-583, 586-587, 592-597)

De plus, une infirmière indique que les médecins peuvent manifester leur mauvaise humeur non seulement envers les infirmières, mais parfois envers la clientèle :

On peut se faire recevoir drôlement des fois par les docteurs. (Même les « patientes ») [...]. Si lui veut faire une rupture des membranes et que elle veut pas, ça fait pas son affaire (au médecin) et il va avoir des commentaires qui sont pas gentils [...]. Je trouve ça pas correct. Ils ont pas à nous faire sentir pires que d'autres. (ei42 : 895-896, 898-899, 902).

Les propos alarmants ou décourageants

Certains propos peuvent être alarmants ou encore dévalorisants pour la femme qui est en train de pousser : « Le docteur (spécialiste) va peut-être arriver en courant, mais tout va bien » (une omnipraticienne) (oa14 : 524-525); « Si elle poussait bien, le bébé descendrait (paroles dites devant la femme) » ou encore, directement à elle « Si t'étais capable de bien pousser, en deux poussées ton bébé serait là » (oa24 : 243, 270).

De plus, les commentaires de plusieurs femmes sur tel ou tel aspect de leur accouchement semblent un reflet parfois direct de commentaires émis par le médecin – et aussi par l’infirmière – par exemple lorsque les femmes me disent en entrevue avoir mal poussé, n’avoir pas été assez détendue, etc. Ce genre de commentaires entendus lors de l’accouchement semble avoir un effet sur les femmes : en entrevue j’ai eu des propos de femmes qui me rappelaient ce que le médecin (ou l’infirmière) avait dit pendant qu’elles poussaient, comme si elles avaient intégré cette opinion de leurs capacités à pousser. Cela semble avoir été le cas pour les participantes suivantes :

L’infirmière (à Guylaine) : « Tu dois pousser tout le temps de la contraction. Si tu arrêtes, il recule. Ok ? Je vais juste aller voir si tu pousses bien. Pousse » (Elle fait un toucher vaginal et Guylaine fait « oh ! »). « Il avance très bien ».[...]

Le médecin, arrivé, la dirige : « Pousse, pousse, continue. Encore, pousse sur mes doigts »

L’infirmière : « Pousse vraiment comme pour aller faire caca »

Guylaine : « Ça m’a tout l’air que je le fais pas comme il faut » (oa15a : 444-447, et 508)

En entrevue, Guylaine dira : « *Pis surtout que moi j’ai eu de la misère à pousser au début, je poussais, mais ça a l’air que je poussais pas comme il faut* » (ef55 l.159-160).

Ou encore Manon, pendant son travail :

L’infirmière : « Ça n’a pas changé. Tu es à 4 cm. Ton col est encore épais » (oa12 : 142)

Manon (à mon intention) : « Ça va être ennuyant. C’est long mon affaire ». (oa12 : 167)

[...] La stagiaire médecin⁹⁶, qui entre, regarde le moniteur et s’assoit sur le lit : « Toujours à 4 cm ? C’est plate, hein ? » (oa12 : 177)

Puis, s’adressant au conjoint qui lit un livre : « Ça fait 3 fois que vous le lisez ? » (oa12 : 177)

Manon dit qu’elle se sent un peu mal de prendre autant de temps. Et en entrevue elle dira :

Je me suis sentie sous pression d'accoucher. C'est comme s'il fallait que mon travail [...] fallait que je sois là pour quelque chose. J'avais l'impression de faire perdre le temps aux filles, aux infirmières. Ça a l'air niais, mais, je pensais que je prenais la place de quelqu'un d'autre, vu que ça faisait longtemps que j'étais là et qu'il se passait pas grand'chose. (ef62 : 166-171).

Ou encore on pourrait créer une certaine culpabilité ou même de l'anxiété, par une remarque, telle : « *T'as pas passé la 3^e échographie ?* », dite par le médecin à Manon. (Elle peut comprendre : « Si tu l'avais fait, on saurait quelle grosseur ton bébé a et on pourrait mieux évaluer la situation ») (oa12 : 465). Manon finira par accoucher par césarienne d'un bébé de plus de 10 livres.

Les ordres

Les paroles d'un médecin sont souvent des ordres, étant donné la place qu'ils occupent dans la hiérarchie hospitalière et la responsabilité qui leur est dévolue. Je fus très surprise d'entendre un obstétricien-gynécologue, appelé par téléphone pendant un accouchement, dire d'une voix très forte et sans aucune équivoque : « *Qu'elle ne pousse sous AUCUN prétexte avant que j'arrive !* » (oa25 : 705-706). Or, comme on l'a vu pour Chantal au chapitre précédent, il peut être extrêmement difficile pour une femme de se retenir de pousser lorsque l'urgence de pousser se fait sentir. Ce n'est pas un acte sur lequel une parturiente a nécessairement de contrôle. Cette injonction du médecin met aussi, dans ce cas, une pression importante sur l'infirmière qui reçoit ces paroles à l'autre bout du fil.

b. Les paroles des infirmières

Lorsqu'il est question des infirmières, il faut se rappeler que le comportement des infirmières varie selon les exigences des médecins. Que ceux-ci soient ou non sur les lieux, on sent beaucoup, dans les entrevues avec les infirmières, leur autorité et la préoccupation des infirmières d'être dans leurs bonnes grâces ou de faire les bonnes choses, comme ces infirmières l'expriment :

Ce n'est pas toujours facile, avec les médecins, parce que, des fois, on n'est pas toujours très bien reçues [...]. Moi, ça m'atteint beaucoup dans ce temps-là. J'essaie toujours de penser comment je vais (leur parler), pour ne pas me le faire reprocher, ou me faire critiquer. Des fois j'aurais le goût d'être naturelle (et de leur dire ce que je pense). Mais tu te retiens,

⁹⁶ Exceptionnellement, il y avait une stagiaire, finissante en médecine, pendant que j'effectuais mon étude.

t'essaies d'être douce parce que tu veux pas te faire envoyer promener. (ei32 : 254-255,260-264).

(Je n'aime pas quand on doit) partir le Synto trop tôt au lieu de laisser évoluer parce que (le médecin) veut que ça finisse. Il y a des fois où on pourrait attendre. On s'en parle entre nous autres. Des fois tu essaies de suggérer au médecin, mais tu peux pas aller à l'encontre de ce qu'ils te disent. (ei40 : 547-552).

Ça, je trouve ça difficile. Il faut vraiment que tu sois capable de juger quand est-ce que le bébé va sortir, parce qu'il faut pas que (le médecin) soit longtemps dans la chambre. Si tu l'appelles trop tôt, il est en maudit, et s'il arrive en retard, il est en maudit aussi. Il faudrait que tu saches tout d'avance. Surtout la nuit. Je les comprends ! Mais des fois, tu le sais pas. Un moment donné j'ai appelé le médecin pour qu'elle vienne faire une ventouse parce que le bébé était pas beau et qu'il y avait beaucoup de sang au niveau vaginal. (La patiente) a poussé un coup – même si le bébé était haut – alors j'ai lâché le téléphone, et le bébé, je l'ai accouché. J'étais toute seule. Le médecin est arrivé en beau « joual vert ». Il dit : « Tu m'as appelé pour faire une ventouse, comment ça se fait que tu l'as accouchée ? ». « Qu'est-ce que tu veux que je te dise ? (je lui ai répondu) Elle a poussé un coup et il est sorti, là ! » (ei43 : 867-883).

Il faut dire que la formation des infirmières peut influencer sur cette attitude, comme le souligne l'une d'elles, parmi les plus anciennes infirmières : « On est formées – en tout cas moi quand j'ai fait mon cours d'infirmière – à vénérer le médecin. Tu sortais tout (l'équipement) pour ton médecin ». (ei36 : 535-536).

La gentillesse

Comme les médecins, les infirmières dans ce centre hospitalier sont généralement gentilles, ou même très gentilles avec les parturientes, ce qui se traduit par un ton généralement chaleureux, et par leurs propos manifestant du « *caring* » et un souci parfois de ne pas imposer. Voici un exemple d'une infirmière particulièrement attentive :

Tu voudrais pas que je t'amène des couvertures chaudes ? des bas ? [...]. Lâche pas, ma chouette, très bien. Très, très bien [...] Aimerais-tu avoir de la glace ? [...]. Quand tu auras le goût de t'étendre pour que je t'examine, je pourrai le faire [...] Tu fais bien cela [...]. Je vais descendre un peu le lit pour que tu y montes [...]. (Au conjoint:) Veux-tu avoir de la crème pour la masser ? Autrement, demain sa peau va brûler [...] Attention, ça va être froid. (oa26a : 131,133,144,156,179,186,225,232).

Mis à part quelques infirmières, peu nombreuses, qui semblaient plus réservées ou même fermées, j'ai observé peu d'infirmières qui ne manifestaient pas de gentillesse envers les femmes en travail. Pendant le travail et surtout lorsqu'elles sont présentes de façon plus

continue dans la chambre – ce qui n’arrive pas avant que la femme soit en travail actif avancé, même si certaines femmes observées semblaient avoir besoin d’elles avant cette étape – elles sont encourageantes, prévenantes, s’occupent du bien-être des femmes et parfois de celui de leur conjoint. D’ailleurs, les commentaires écrits de la clientèle sont élogieux en ce qui concerne les infirmières, ainsi qu’en général les commentaires des participantes à cette étude :

Un petit mot pour remercier tout le personnel impliqué dans la naissance et les premiers jours de la vie de notre bébé. Merci à l’équipe qui a pratiqué la césarienne ainsi qu’aux infirmières (en particulier M., N. et A.) qui nous ont aidés, rassurés, conseillés et si bien pris soin de notre petit amour et de sa maman. Le départ. ainsi que son personnel sont vraiment à la hauteur de la réputation qui en est faite. Merci mille fois . (La participante) Noëlle et sa famille⁹⁷, cahier de commentaires de la clientèle.

Par ailleurs, j’ai peu vu d’infirmières demander aux femmes comment elles se sentaient. Je ne pense pas à la gestion de la douleur, mais à ce qui pouvait les préoccuper, à leurs peurs ou à autre chose qui dépassait l’aspect clinique et technique de la situation et qui pouvait peut-être influencer le déroulement de l’accouchement.

La surveillance de l’accouchement et l’évaluation

Une tâche importante de l’infirmière est la surveillance de ce qui se passe pendant l’accouchement et en particulier son déroulement. À la lumière de mes observations, il semble que ce soit ce qui prime, si on excepte le désir des infirmières de combler les attentes et les désirs de la clientèle. Quand on relit les propos de certaines infirmières notés lors des observations, ils se rattachent beaucoup à cet aspect de leur tâche. C’est ainsi que Madeleine et d’autres entrent régulièrement dans la chambre en disant « *Pis ?* », c’est-à-dire « est-ce que cela progresse ? ». Cette infirmière, que j’appellerai « la vérificatrice », fait des visites régulières mais très brèves, dans la chambre de Béatrice, lui annonçant ce qu’elle va faire, l’enjoignant de faire ceci ou cela, comme : « *Je vais t’envoyer marcher. Tu reviendras dans vingt minutes. On verra s’il faut ajuster la dose (de Synto). Dans vingt minutes on te remettra sur le moniteur.* » (og24 :228-229).

Les médecins peuvent aussi avoir une préoccupation constante de la progression du travail, comme lors de l’accouchement de Manon, où le médecin et la stagiaire entrent et

⁹⁷ Ce mot fut écrit un jour de décembre 2000 dans le cahier relié mis à la disposition de la clientèle près du poste. C’est le seul mot écrit par une participante que j’ai retrouvé dans ce cahier. Et c’est la seule participante dont je n’ai pas vu l’accouchement, car elle a eu une césarienne sur rendez-vous.

sortent fréquemment, revenant voir où Manon en est : « *Manon me regarde, boit une gorgée d'eau. Le médecin est parti. La stagiaire « coche » (la poussée), puis elle sort* » (oa12 :755-756).

Une autre infirmière, Patricia, lors du travail de Jasmine, manifeste la même attitude soucieuse face à l'évolution du travail. Si elle donne aussi de l'information à la parturiente sur le progrès du travail, l'essentiel de ses propos est relié à l'évolution de la situation et à ce qu'il faut faire ou ne pas faire pour que cela évolue ou continue d'évoluer dans le sens. Beaucoup de questions des infirmières aux femmes en travail ou à leur conjoint sont donc « techniques' et portent sur les contractions :

11 h 45 « *Sont aux deux minutes ? ...*

Après 13 h 25 (à son retour du lunch) « Sont à combien de minutes ? [...] Ça a juste fait des contractions plus fortes? [...] » (oa24 : 294, 335, 341)

On surveille aussi beaucoup la progression de la dilatation du col et la descente du bébé.

En plus d'exercer une surveillance sur ce qui se passe, dans plusieurs accouchements on semble effectuer une constante évaluation (« jugement ») de ce qui se passe, de sorte qu'on peut rarement dire aux femmes en travail que ça va vraiment bien, comme dans l'exemple suivant : « *Avec l'examen de tantôt, ça va nous dire si tes contractions sont efficaces ou non* » (og18 : 272-273).

Ou encore ce commentaire décourageant d'une infirmière, lorsqu'on le replace dans le contexte d'une femme en travail latent depuis deux jours, qui avait des contractions aux quinze minutes sans possibilité de dormir, et en travail actif depuis plusieurs heures : « *Je calcule que t'as de bonnes contractions efficaces depuis une heure* » (oa26a : 994).

Cette évaluation se manifeste d'ailleurs dans le langage généralement employé en obstétrique, où l'on parle d'utérus « paresseux », de « col incompetent⁹⁸ », etc. Ce genre de propos a souvent un ton d'évaluation. C'est ainsi que j'ai vu une infirmière dire à une femme en travail, qui a pourtant atteint 5 cm de dilatation du col (on juge le travail « actif » à 3-4 cm de dilatation du col) « *t'es pas encore en travail actif et tu risques de demeurer comme cela bien longtemps [...] t'es pas en travail encore. Tu risques d'accoucher demain* » (og 18 : 304-305, 310-311). Or paradoxalement, un document de formation du milieu recommande aux infirmières « *de ne jamais mettre de côté les perceptions de la gestante* » (og23). Dans ce même document on peut aussi lire qu' « *un vrai travail existe*

quand les contractions produisent la dilatation progressive du col, son effacement et la descente du fœtus » (og23), ainsi que lorsque les contractions sont régulières et augmentent en fréquence, en intensité et en durée. Cette même infirmière dit à une autre femme en travail, qui lui demande combien de temps on pousse, pour un premier bébé : « *On pousse de 1 à 2 heures, pendant les contractions. Ça dépend de la volonté de la maman, de la conviction* » (oa15a : 111). Or, la poussée est un processus involontaire, qui peut être « aidé » par les efforts de la mère, mais qui ne dépend pas uniquement de cela (Enkin et coll., 2000).

Et ce commentaire, fait à Stéphanie : « *Cela fait une heure* (que tu es sur le banc de naissance). *Il faut que tu penses au bébé* » (oa14 : 621), laissant entendre peut-être que Stéphanie pense uniquement à elle en demeurant sur le banc de naissance.

Ou encore, si le propos n'est pas culpabilisant, il est ambigu, laissant planer un doute : « *Elles* (les contractions) *ont l'air plus régulières, mais...* » (oa24 : 246).

Cette fréquente évaluation semble affecter des femmes; c'est ainsi que certaines « plaignent » leur cause, soulignant à plusieurs reprises qu'elles ont des contractions de la fréquence souhaitée par l'infirmière, qui sont « fortes » ou « plus fortes qu'avant », ce à quoi l'infirmière observée n'accorde pas beaucoup d'attention, comme dans l'exemple suivant :

Lorsqu'on revient dans la chambre, Jasmine dit avoir des contractions « plus fortes ». L'infirmière lui répond que le chiffre, sur le moniteur, « ça veut rien dire, c'est pour surveiller le cœur du bébé ». (og18 : 130-131).

Jasmine, douchée et debout, dit que ses contractions sont plus fortes. L'infirmière écoute le cœur du bébé. (og18 : 177-179)

Autre visite dans la chambre. Jasmine est dans la salle de bain. Le conjoint dit que les contractions sont plus fortes (og18 : 256)

Quand on retourne dans la chambre, le couple nous annonce que les contractions sont aux 5 minutes , ce à quoi l'infirmière répond : « Avec l'examen, tantôt, ça va nous dire si tes contractions sont efficaces ou non. » (og18 : 272-273)

La communication d'un scénario

L'attitude des infirmières que je viens de décrire pourrait aussi être reliée à ce que j'appelle « la communication d'un scénario ». Dans plusieurs accouchements, j'ai observé que l'on dit ici et là certaines phrases aux femmes et aux couples comme si on met en

⁹⁸ Je n'ai pas cependant entendu ces termes pendant mon étude.

place les éléments du scénario – souvent négatif – que l'on croit anticiper. D'ailleurs j'ai vu en plusieurs occasions des infirmières faire des prévisions de l'heure à laquelle telle ou telle parturiente accoucherait, comme pour l'accouchement de Guylaine. S'il arrive qu'elles aient vu juste, il arrive aussi qu'elles se trompent, et l'effet d'une prévision axée sur la longueur du travail restant peut être le découragement. Souvent, les commentaires des infirmières ne vont pas dans le sens d'un encouragement, manifestation d'une confiance dans les capacités des femmes à mettre au monde leur bébé. C'est comme si elles « plaçaient » les éléments d'une situation qu'elles anticipent, soulignant les possibles conséquences négatives. Par exemple, lors de l'accouchement de Jasmine, Patricia lui a dit, en début de travail (provoqué) :

On va attendre une couple d'heures. D'habitude, on attend jusque vers 11 heures. Si on le met à 2 heures (pm), on peut mais tu vas accoucher dans la nuit. Vers 5 heures du matin, tu seras plus capable, tu n'auras pas dormi de la nuit. (og18 : 96-9.7)

Peut-être cela manifeste-t-il un souci pour le bien-être de la femme en travail (qu'elle ne s'épuise pas), mais cela ne laisse pas beaucoup de place à une évolution plus positive du travail. Une participante, Guylaine, me fait part de sa réaction à ce genre de propos en entrevue :

Quand je suis rentrée à l'hôpital ils m'ont dit, « ben, ton travail est presque pas commencé, va peut-être falloir te donner du Pitocin (ocytocine) ». Pis en premier, leur prédiction, c'était que j'aïlle le bébé vers 6 ou 7 heures le lendemain matin. Pis je me disais tout le temps, aussi, « ah ma mère a accouché super rapidement, pis supposément qu'on retient de nos mères ! ». J'arrêtais pas de me dire ça, j'avais toujours espoir que ça l'aïlle rapidement. (Effectivement son travail ne dura que quelques heures, et elle déjoua les prédictions décourageantes de l'infirmière) (ef55 : 393 à 396; 401 à 405).

La voix de l'autorité

Les infirmières et les médecins possèdent un savoir que souvent les femmes n'ont pas. Elles y font référence et ce qu'elles disent fait autorité. J'ai ainsi pu observer au moins trois conjoints qui ne remettent pas en cause ce que l'infirmière vient de dire ou qui le renforcent, contrecarrant ce qu'exprime leur conjointe : dans l'accouchement d'Ingrid, le conjoint s'exclame, à propos d'un médicament qu'on veut administrer à sa compagne qui s'inquiète des effets secondaires : « *Y a rien de dangereux icitte* » (oa26a : 772), et dans celui de Louise, qui dit « *j'ai peur* », ce à quoi son conjoint répond : « *Relaxe ! On est à*

l'hôpital ! » (oa25 : 545-546). Ou encore le conjoint de Béatrice, qui proteste faiblement contre la hausse du Synto : « *T'es pas pour rester là toute la journée!* » (oa24 : 413)

J'ai aussi observé que même si des femmes ne veulent pas certaines interventions – elles en parlent lorsque l'infirmière ou le médecin est sorti ou alors cela se voit sur leur visage – elles s'y soumettent à peu près toujours, disant plus tard en entrevue que le personnel doit savoir ce qu'il fait ou encore que « *ça fait partie de la game* ». Le savoir des femmes, leurs réactions paraissent compter peu pour le personnel dans cette situation. J'ai observé que non seulement on n'y accorde pas vraiment d'attention, mais qu'il arrive qu'on l'interprète, comme lors de cette transmission de rapport au changement d'infirmière : « *Col légèrement postérieur, est encore à – 3 (station); ne voulait pas de Synto – je pense qu'elle a peur de l'effet, de l'injection – des peurs non fondées* » (og18 : 171-172).

À une participante déjà mère d'un enfant – donc qui sait probablement reconnaître un début de travail, ayant déjà accouché – et me le rapporte en entrevue : « *Ils me disaient « t'es peut-être pas vraiment prête » (à accoucher) parce que j'étais due pour accoucher le 17 et on était le 2* » (ef52 : 95-96).

c. *Les paroles des accompagnantes*

Les accompagnantes, je le rappelle, ont été engagées par la femme enceinte ou le couple qui attend un enfant pour leur fournir un soutien à l'hôpital pendant le travail. Leur rôle diffère de celui d'une infirmière, en ce sens qu'elles ne sont pas responsables de la surveillance du travail ou de l'état de santé de la mère et du bébé. Les deux accompagnantes que j'ai observées ont deux personnalités différentes : l'une est plus « verbale » et l'autre moins. L'une interagit peu avec le personnel et l'autre plus. Rappelons qu'elles ont rencontré leur cliente à quelques reprises pendant la grossesse, donc elles la connaissent.

La majorité des interventions de la première accompagnante (relevées dans le rapport d'observation 14) vont dans le sens de guider la femme en travail :

« *Fais comme t'as toujours fait. Doucement... comme ça* » (oa14 : 88)

« *Laisse-toi aller, Stéphanie, c'est ça* » (oa14 : 134)

« *On prend tout son air et on pousse... plus longtemps que ça*⁹⁹ » (oa14 : 204-215) « *Viens chercher tes jambes* » (oa14 : 275)

⁹⁹ Cela m'a surpris de voir l'accompagnante donner les mêmes directives pour la poussée que les intervenant-e-s, car souvent les accompagnantes favorisent la poussée physiologique et non la

Et la plupart de ses autres interventions verbales sont des encouragements :

« *C'est super !* » (oa14 : 191)

« *C'est ça, parfait !* » (oa14 : 227)

« *Ben oui, tu le fais déjà* » (oa14 : 295) (à Stéphanie qui disait : « *je serai jamais capable de pousser* »)

« *Tu vas l'avoir ce bébé-là. Il reste presque plus rien. Tu vas y arriver* ». (oa14 : 317)

Par ailleurs, l'accompagnante informe sa cliente à quelques reprises de ce qui est en train de se passer ou encore elle s'informe auprès d'elle :

« *Probablement pas encore parce que ça pourrait faire un œdème du col* » (oa14 : 80)

« *C'est juste qu'il y a des poussées plus longues que d'autres* » (oa14 : 520)

« *Le petit cœur va bien.* » (oa14 : 530)

« *T'as envie de pousser ?* » (oa14 : 212)

Et à l'intention d'intervenant-e-s :

« *Le papa voudrait l'accueillir* » (rappel à l'intention du papa... et du médecin) (oa14 : 708)

« *As-tu un sac magique ?* » (oa14 : 106)

La seconde accompagnante (rapport d'observation 17) partage ses interventions verbales entre guider et s'informer auprès de sa cliente de ce qu'elle veut faire, de l'évolution de son travail ou encore de ce qu'elle ressent :

Guider :

poussée dirigée, comme c'était écrit dans le plan de naissance d'une des participantes. En même temps les accompagnantes m'ont dit qu'il est difficile pour elles de dire différemment, en présence des intervenant-e-s. La poussée physiologique est le contraire de la poussée dirigée. Pour la poussée dirigée, on enjoint généralement aux femmes de pousser dès que la dilatation de leur col est complète, et on les dirige à le faire selon la méthode traditionnelle de pousser en leur enjoignant de forcer au maximum tant que la contraction dure, se reprenant pour pousser 3-4 fois pendant celle-ci, retenant et bloquant la respiration, écrasant le menton sur sa poitrine. Pour la poussée physiologique on laisse la femme pousser lorsqu'elle en ressent le besoin, on ne la « dirige » pas de la manière précédente, on l'encourage à expirer pendant la poussée et essentiellement on l'encourage à laisser son corps pousser, sans forcer. Cette dernière manière de faire correspondrait plus à ce que font les sages-femmes en Amérique du Nord. Elle serait moins épuisante pour la femme et favoriserait plus l'apport d'oxygène au bébé pendant les contractions. (Enkin et coll. 2000).

« *Souffle ta douleur quand tu trouves que ça fait mal* » (oa17 : 103)

« *Reste molle, molle* » (oa17 : 130)

S'informer :

« *Contraction toutes les deux minutes ?* » (oa17 : 67)

« *T'aimerais ça une débarbouillette d'eau fraîche ?* » (oa17 : 133)

« *Ça te tente-tu d'aller sur le ballon ?* » (oa17 : 175)

« *Comment tu te sens là-dedans ?* » (à la perspective d'avoir une ventouse) (oa17 : 967)

Et l'accompagnante s'informe de temps en temps de quelque chose auprès du personnel et reconnaît les qualités de l'infirmière :

« *C'est quoi ? De l'eau ? Du jus ?* » (oa17 : 84) (à l'infirmière)

« *Tu sens une bonne pression ?* » (oa17 : 496) (à l'infirmière)

« *C'est la meilleure ! ... Elle fait toujours de bonnes affaires, apporte toujours de bonnes nouvelles* » (parlant de l'infirmière) (oa17 : 488)

Enfin, elle encourage et rassure sa cliente :

« *C'est correct* » (oa17 : 92, 145)

« *Continue comme tu fais là. Tu te débrouilles très bien* » (oa16 : 161, 162)

« *Il manque pas grand'chose* » (oa17 : 1011)

« *T'es bonne ! Super bonne !* » (oa17 : 1000)

En ce qui concerne les paroles des intervenant-e-s ou des accompagnantes, qu'ils travaillent à l'hôpital ou qu'elles soient engagées par la femme ou le couple, on pourrait conclure que les différents types d'interventions orales sont les mêmes : on guide, on encourage, on rassure, on informe, à des degrés divers cependant selon l'intervenant-e. Et on manifeste généralement gentillesse et prévenance envers la femme en travail. Toutefois il existe parallèlement du côté du personnel médical une préoccupation constante relative à l'efficacité du processus de travail; à la fois les paroles et les gestes des uns et des autres indiquent du côté du personnel médical un manque de confiance dans le processus de l'accouchement ou même dans les capacités des femmes à mettre leur bébé au monde. Ils peuvent donc aussi être décourageants.

d. *Des divergences de vues entre les intervenant-e-s*

Par ailleurs, certains incidents entre médecins et infirmières révèlent un certain manque d'harmonie dans les relations inter-professionnelles, comme lorsqu'ils ne s'entendent pas sur la mesure de dilatation du col et que le médecin « chicane » l'infirmière à ce propos. On constate aussi la présence de tensions entre les infirmières et les accompagnantes, dont les tâches se chevauchent, tensions qui peuvent se manifester verbalement. J'ai pu voir par exemple des accompagnantes prendre le rôle de guide dans la poussée, lors de l'accouchement de Stéphanie, et ce, en présence du médecin et de l'infirmière, alors que normalement c'est l'infirmière qui le fait ou le médecin s'il est présent : « *T'as le goût de pousser; on prend tout son air et on pousse [...] Faut pousser longtemps [...] plus longtemps que ça [...] pousse, pousse, pousse, garde ton air, recommence, prends tout ton air* » (oa14 : 204, 209, 215, 237).

Certains propos des accompagnantes lors des accouchements portent sur la surveillance de l'accouchement ou encore sur l'évolution du travail et semblent relever davantage de l'infirmière. Il peut aussi exister des tensions entre l'accompagnante et un médecin – comme les propos relevés lors de l'accouchement 14 l'indiquent :

L'accompagnante : « Veux-tu aller sur le côté gauche ? » (oa14 : 430)

Le médecin : « Pas complètement... » (oa14 : 431)

Le médecin demande à l'infirmière de contacter le spécialiste. Elle l'appelle, puis dit à Stéphanie qu'elle va l'installer pour la ventouse. L'accompagnante dit alors à Stéphanie : « Tu veux essayer de pousser accroupie ? » (oa14 : 444-447)

On constate ici les divergences de vue entre le médecin et l'accompagnante qui se contredisent. Pendant les entrevues, des infirmières m'ont aussi entretenue de difficultés qu'elles éprouvent avec les accompagnantes; l'une d'elles, cependant, comme on l'a vu au chapitre précédent, soulignait qu'elle apprenait de nouvelles manières de faire lorsque sa cliente était ainsi accompagnée.

Les paroles constituent donc un élément important de la « gestion » d'un accouchement. Elles peuvent avoir un impact, puisqu'elles émanent d'un-e professionnel-le de la santé ou d'une personne qui en connaît plus que la femme en travail. Un des buts de la parole est aussi la transmission de l'information, que j'examinerai plus en détail dans la section qui suit, section portant essentiellement sur la manière dont se prennent les décisions.

B. Les gestes : comment les décisions sont prises pendant un accouchement

On a déjà vu que la philosophie de ce département d'obstétrique précise que « *la future mère et ses proches [...] sont capables de prendre des décisions et de faire des choix en autant qu'ils reçoivent le support et l'information nécessaire* ». L'information est donc un ingrédient important dans le choix « éclairé ». Lors d'un accouchement, de l'information est échangée entre les acteurs en présence; l'information n'est pas donnée à sens unique.

- a. *L'information¹⁰⁰ : Les femmes et les couples sont-ils informés de manière à pouvoir prendre des décisions éclairées ?*

Les infirmières renseignent-elles les femmes ?

L'infirmière joue le rôle principal dans la transmission de l'information durant un accouchement, puisqu'elle suit la femme en travail depuis son admission jusqu'aux heures qui suivent la naissance du bébé, avec les limites imposées par les quarts de travail et les pauses. Pendant le travail, l'infirmière exerce son rôle de surveillance en suivant l'évolution du travail et en surveillant l'état de la mère et du bébé par divers moyens, tels la prise des signes vitaux, l'écoute du cœur fœtal, les examens vaginaux pour évaluer l'état et/ou la dilatation du col, la pression des contractions et la descente du bébé dans le canal vaginal. En général l'infirmière annonce ce qu'elle va faire, mais il arrive qu'elle pose un geste sans dire mot ou encore, plutôt rarement, qu'elle demande la permission à la parturiente avant de le faire. Elle informe celle-ci du résultat des gestes posés, en particulier de la dilatation du col utérin. Elle l'informe aussi de divers scénarios possibles, étant donné telle ou telle situation.

Certaines infirmières informent de l'existence des moyens alternatifs de soulagement de la douleur disponibles. Ou encore, par exemple, donnent du *feed-back* aux parturientes sur la façon de « gérer » la douleur des contractions. L'infirmière peut aussi mentionner (ceci varie selon l'infirmière) ses propres allées et venues, principalement en disant à la femme ou au couple quand elle sera de retour dans la chambre, puisqu'elle s'absente

¹⁰⁰ Limites de cette analyse : Je ne sais pas quelle information est transmise en cabinet de médecin, mais d'après les entrevues, les omnipraticien-ne-s informeraient plus leur cliente que les obstétricien-ne-s gynécologues et prendraient plus de temps avec elle. Même chose pour ce qui se passe avec l'accompagnante. J'ignore aussi ce qui se dit aux femmes lors de l'admission, mais il m'est arrivé d'être dans la chambre peu de temps après l'admission de la parturiente; j'ai alors vu un questionnaire administré en toute vitesse à la femme qui venait d'arriver. Des participantes m'ont dit quelle information elles avaient reçu pendant qu'elles étaient en travail ou en entrevue, et les infirmières et médecins interviewés ont dit quelle information elles ou ils donnaient à leur clientèle, en regard de certaines interventions.

fréquemment entre les gestes de surveillance. Souvent, elle prévient qu'elle sera remplacée, soit pour la pause-repas, soit parce que son quart de travail se termine bientôt. L'infirmière a aussi pour rôle d'informer le médecin de l'évolution du travail ou des complications qui surviennent.

En ce qui concerne les médicaments pouvant être administrés pendant le travail, qu'il s'agisse de Syntocinon pour le stimuler ou d'analgésiques, incluant la péridurale (agent anesthésiant), le degré d'information fourni varie beaucoup selon les infirmières et en particulier en ce qui concerne les effets secondaires ou les risques de ces médicaments. Certaines précisent que ce n'est plus le temps, lorsque la femme est en travail, de l'informer. Selon elles, la parturiente n'est plus vraiment en état de recevoir et d'intégrer cette information, mais c'est peut-être discutable, surtout tant qu'elles ne sont pas en travail actif avancé. Les infirmières disent que les femmes devraient être informées dans les rencontres prénatales¹⁰¹ ou dans le bureau du médecin, ce qui ne se fait pas vraiment, selon elles. Toutefois, ce ne sont pas toutes les femmes qui s'inscrivent à des rencontres prénatales. Selon une infirmière, le tiers seulement des femmes y participeraient.

Peut-être parce qu'on estime que ça aurait dû être fait avant, on tait le plus souvent les effets négatifs possibles des médicaments ou encore on donne une information partielle. Cette infirmière par exemple est consciente d'un effet de la péridurale, mais elle n'en parle pas nécessairement : « *Un des effets de la péridurale sur les bébés (c'est qu'ils) ont plus de difficulté lors de l'allaitement* » (ei38 : 747-757).

Les infirmières en obstétrique pourraient combler cette lacune quant à l'information, mais elles ne semblent pas prêtes à le faire; en effet, les femmes ne se présentent pas tout le temps en travail avancé, certaines viennent faire un séjour au département pendant leur grossesse et d'autres voient leur travail déclenché, un processus lent, toutes conditions qui permettraient une information adéquate et exhaustive, dans ces cas-là du moins.

Selon les entrevues, ce que les infirmières expliquent aux femmes, c'est la technique, par exemple de la péridurale, le moment où on peut la donner et l'effet clinique du médicament. Elles mentionnent parfois des risques banals et peu fréquents, comme les maux de tête, mais plus rarement les effets sur le travail ou la poussée, ou encore les effets sur la respiration du bébé dans le cas du Nubain. Elles disent aussi qu'il faut qu'elles

¹⁰¹Tous les intervenant-e-s s'entendent sur le fait que l'accouchement n'est pas le moment idéal pour recevoir de l'information. Les obstétricien-ne-s-gynécologues disent aussi que les femmes devraient être informées pendant les rencontres prénatales. Les omnipraticien-ne-s ainsi que les accompagnantes sont aussi d'avis que l'information doit se faire pendant la grossesse

disposent de temps pour informer ou encore qu'elles aient été présentes depuis le début, ou encore que la femme veuille être informée, ce qui ne serait pas toujours le cas. D'autres mentionnent le niveau d'éducation nécessaire pour comprendre les risques. Selon une infirmière, (ei39 : 374), « *la plupart des femmes seraient assez bien informées* » car elles auraient suivi des cours prénataux, tandis qu'une autre souligne qu'ils ont plus de clientèle qui n'est pas ou qui est peu informée, particulièrement suite à un accroissement de la clientèle provenant de milieux défavorisés. Ou encore que l'information pourrait leur faire peur, comme le souligne cette infirmière : « *Des fois j'ai le goût de leur dire « si tu verrais comment tu te fais picosser dans le dos, no way qu'ils me feraient ça ». Mais là, tu peux pas aller dire ça* » (à propos de l'administration de la péridurale, ei42 : 794-796).

Or j'ai observé plusieurs situations où l'information n'a pas été fournie et pas nécessairement parce que l'intervenant-e est par exemple débordé-e, comme on a pu le voir lors de l'accouchement de Manon qui progressait lentement et où l'infirmière avait tout son temps. Mais cette autre infirmière souligne qu'elles ont le temps d'informer les parturientes, en particulier les femmes attendant leur premier bébé : « *Dans ce cas cela prend à peu près 13 à 15 heures pour qu'elle soit complète [...]. Je trouve que ça nous laisse beaucoup plus de temps pour lui apprendre plein de choses à la patiente, pour la guider et lui fournir plus d'informations sur ce qu'elle va vivre* » (ei32 : 181-183). En entrevue, les infirmières elles-mêmes soulignent qu'elles n'informent pas nécessairement les femmes, retiennent des informations ou encore n'en fournissent que lorsqu'on la leur demande :

Bien, moi, si elles me demandent c'est quoi, je vais leur dire c'est quoi le Nubain, ce que ça fait; c'est sûr que ça n'enlève pas complètement la douleur, que ça leur permet de relaxer entre les contractions, de dormir un peu. Puis la contraction elle-même est plus facile à tolérer. C'est moins invasif que l'épidurale et si elles désirent (l'avoir, l'épidurale), que c'est une injection dans le dos, qu'elles sont confinées au lit; que des fois elles ont de la misère à uriner et que des fois ça se peut qu'elles aient à pousser plus longtemps. Pour la poussée plus longtemps, je le dis pas tout le temps. Ça dépend. Si c'est une madame que je pense qui a vraiment besoin de l'épidurale, je lui raconterai pas ça. De toute manière, ça sert à rien que je lui dise [...] elle, ce qu'elle veut c'est de plus sentir la douleur. (ei42 : 982-992)

On a déjà vu que les infirmières ne veulent pas « *culpabiliser* » les femmes en les informant, ce qui pourrait aussi expliquer leurs omissions en ce sens.

Par ailleurs, certains propos des intervenant-e-s laissent entendre que les femmes ne sont pas toujours capables de décider. La manière dont on conçoit l'accouchement,

développée dans le chapitre précédent, et surtout les paroles et gestes posés laissent planer des doutes sur la confiance manifestée dans le département d'obstétrique envers les capacités des femmes à décider. Il reste que si elles avaient l'information, les parturientes seraient peut-être plus en mesure de décider, par exemple Manon à qui on administre une péridurale sans lui fournir d'éléments pouvant influencer sur sa décision. L'infirmière sait que c'était un gros bébé et que souvent les gros bébés rendent la poussée plus longue, accroissant le recours au forceps ou à la ventouse. Elle ajoute que le bébé « *normalement pendant le travail fait une rotation* » (ei39 : 980-981) et reconnaît que la péridurale pourrait nuire à la rotation¹⁰² de la tête du bébé, car la mère est moins mobile. Selon une autre infirmière : « *Si elle a un gros bébé et qu'il faut qu'elle pousse longtemps et elle a une épidurale, on perd l'effet de la gravité pour la faire pousser; elle est clouée au lit, elle bouge pas [...] on peut plus la faire pousser sur la toilette ou à quatre pattes [...] (pour l'aider) à mobiliser son bébé* » (ei 43 : 637-640). Et selon cette autre : « *C'est difficile de leur dire « je veux que tu saches qu'avec l'épidurale, il y a ça, ça. Tu choisis de prendre une épidurale, il va avoir de la misère à faire sa rotation interne parce que le fait que tu bouges plus, ça va peut-être finir en césarienne et c'est ta faute* » ». (ei34 : 655-659). C'est malheureusement ce qui s'est produit pour l'accouchement de Manon : un gros bébé, une péridurale, une rotation interne incomplète, une poussée de près de 3 heures, une tentative de ventouse et une césarienne. Elle était déçue de la césarienne, mais contente d'avoir eu la péridurale.

Mes entrevues avec les infirmières ont confirmé qu'il existe un problème à propos de l'information donnée aux femmes. C'est le sujet qui a semblé mettre les répondantes mal à l'aise¹⁰³, même celles qui se livraient le plus, comme Kateri. Elles hésitent avant de répondre, ne répondent pas toujours à la question, bref, ne se livrent pas facilement là-dessus. Plusieurs disent que ce sont les médecins qui devraient informer les femmes, par exemple des effets possibles des interventions. Elles reconnaissent qu'elles-mêmes ne donnent pas toutes les informations. Et en particulier sur la péridurale, que paradoxalement elles n'aiment pas beaucoup. Kateri reproche aux médecins et en

¹⁰² La sage-femme Isabelle Brabant (2004) me dit qu'un autre facteur relié à la péridurale et nuisant à la rotation de la tête du bébé est le relâchement des tissus que cette intervention provoque. Selon elle, cela prend un certain tonus des tissus pour « guider » la tête du bébé. C'est d'ailleurs pour cette même raison que parfois une péridurale peut aider lors d'un accouchement où le bébé semble mal placé et qui ne progresse pas. Ceci m'a aussi été dit par une infirmière

¹⁰³ Marlène Cadorette, dans sa thèse de doctorat en cours sur le consentement éclairé et l'accouchement, fait la même constatation en ce qui concerne l'information sur les risques des interventions, « *cet élément de divulgation ne venait pas facilement dans les récits. Il fallait l'aborder par des questions spécifiques* » (Cadorette, 2004).

particulier aux anesthésistes d'avoir « banalisé » la péridurale auprès des femmes. Elle souligne l'importance pour les femmes de prendre des décisions éclairées tout en reconnaissant qu'elles-mêmes ne les renseignent pas nécessairement, avançant une explication à ce sujet :

Les patientes, elles ont toujours des décisions qu'elles peuvent prendre, mais il faut que ce soit des décisions vraiment bien éclairées (34 I.1052-1053). (Et plus tôt) je sens que quand on donne l'information (sur les effets possibles de la péridurale) et qu'elles ont pris cette décision-là, c'est comme si on les culpabilisait. (ei34 : 647-649).

Et enfin, en présence du médecin, par exemple lors de la poussée, j'ai pu observer que l'infirmière parle moins ou se tait.

Les médecins renseignent-ils les femmes ?

Le médecin donne de l'information quand il est présent, c'est-à-dire pendant une partie de la poussée ou toute la poussée, beaucoup plus rarement lorsqu'il ou elle vient faire un tour dans la chambre pendant le travail. Le médecin, à des degrés divers selon l'intervenant-e, informe sur la progression de la descente du bébé, explique comment pousser : « *Vas-y, la tête sort [...] Ça peut être ta dernière (contraction) [...] Quand tu pousses, une bonne partie de la tête sort; c'est sûr que ça chauffe [...] On pousse plus* (il dégage les épaules du bébé) » (oa13 : 147, 154, 164, 171). Le médecin informe aussi parfois l'infirmière de ce qu'il veut (position de la parturiente, installation de celle-ci pour la poussée, etc.). Il peut annoncer ce qu'il va faire mais ceci n'est pas systématique. Certains médecins fournissent plus d'explications à la parturiente. Et parfois des médecins parlent « de » la femme qui accouche sans s'adresser à celle-ci : « *Qu'est-ce qu'elle n'aime pas dans la position ?* (l'accouchement de Guylaine). Par ailleurs, les omnipraticien-ne-s connaissent le plus souvent la parturiente et ont pu la renseigner durant les rendez-vous au bureau.

En ce qui concerne l'anesthésiste, l'information fournie sur la péridurale, pour laquelle on fait signer un formulaire de consentement à la parturiente, est très succincte, en particulier en ce qui a trait aux effets secondaires ou aux risques. Voici un exemple d'information incomplète, où l'anesthésiste mentionne très brièvement un effet secondaire fréquent et un très rare mais omet de parler d'un effet fréquent, la baisse du rythme cardiaque du bébé, baisse à laquelle on assistera effectivement quinze minutes plus tard et qui inquiétera tous les gens présents dans la chambre, moi comprise. Il s'agissait comme le dit une infirmière d'une « *décélération profonde, quand le rythme du cœur part de 140 à 60. T'as l'impression qu'il va s'arrêter. C'est très stressant* » (ei34 : 1044-1045).

L'anesthésiste arrive. Il demande rapidement à Dahlia quel âge elle a, si elle a des médicaments à la maison, si sa grossesse s'est bien passée et si elle fait des bleus facilement lorsqu'elle se blesse. Il lui dit ce qu'il va faire et que dans un cas sur cent, elle pourrait avoir « mal à la tête ». Il ajoute, au sujet de la possibilité de paralysie, « faut pas s'inquiéter, c'est très rare. Si ça marche pas bien la première fois, j'enlève et je recommence ». (oa21 : 312-320).

Si l'anesthésiste a donné des renseignements incomplets sur les effets secondaires¹⁰⁴ possibles de l'anesthésie, ni l'infirmière, pendant le travail, ni le médecin ou l'accompagnante n'en ont informé Dahlia et son conjoint, complètement, pendant la grossesse, selon Dahlia. Celle-ci dira en entrevue que si elle avait été informée de cet effet possible de la péridurale avant son accouchement, la décélération importante du cœur fœtal, « *J'aurais demandé les statistiques [...] Ce que je savais (à propos de la péridurale) c'est juste les problèmes de dos, parce que moi, j'avais moi-même déjà des problèmes de dos* » (ef59 : 371, 381-382). Peut-être l'anesthésiste juge-t-il que c'est le médecin de la parturiente qui doit l'informer de la possibilité que la cœur du bébé décélère ? Seul un médecin m'a dit qu'elle en parlait, mais pas dans tous les cas : « *Je vais peut-être leur parler des bradycardies chez le bébé* » (em45 : 313-314) et une infirmière, parlant d'un « *médecin qui refuse l'épidurale à ses patientes* » : « *Là tu viens enragée parce qu'il va leur dire des faussetés sur l'épidurale [...] genre « ça fait décélérer le bébé, ça fait que t'es aussi ben de pas en avoir* » (ei43 : 582, 585). Pourtant, une autre infirmière souligne qu'effectivement, c'est un effet fréquent de la péridurale : « *Ça s'en vient quasiment routinier que quand on a une épidurale, il va y avoir une décélération après. Ça peut durer plusieurs minutes* » (ei42 : 965-966).

Une infirmière souligne que certains effets secondaires sont « niés » par des médecins : « *Il y a des choses qui se produisent de façon régulière et qui sont comme annulées [...] il y a des bébés qui rentrent en détresse 15 minutes après (la péridurale) ou même plus rapidement que ça. Mais ça, c'est pas dit* ». (ei34 : 610-612). Elle souligne que les médecins ont banalisé l'anesthésie : « *Souvent, les patientes, elles comprendront même pas que c'est une anesthésie; (elles nous demandent) « c'est-tu toi qui fait ça l'épidurale ? C'est-tu mon gynéco ?* » (ei34 : 617-618). Elle précise que l'anesthésiste n'informe pas la femme qu'elle devra être immobile, que la poussée risque d'être plus longue, disant

¹⁰⁴ Marlène Cadorette (2004) souligne que « *le problème avec (l'information sur) la péridurale [...] (c'est) le fait que les soignants n'abordent pas le sujet tant que la femme ne le demande pas [...] Si les anesthésistes expliquent la procédure, ils ne donnent pas toujours l'information concernant les risques* ». Elle ajoute que les infirmières aussi donnent l'information quand on la leur demande, citant une infirmière interviewée : « *Moi, je n'en parle pas autrement* ».

qu'« *elles sont très étonnées, une fois que l'épidurale est faite, qu'elles peuvent plus se lever, plus manger* » (ei34 : 626-628).

Mes observations des accouchements, ainsi que les entrevues, me montrent donc que l'information est souvent incomplète – ou absente – relativement aux risques des gestes médicaux posés. C'est aussi la conclusion de Marlène Cadorette, dans sa thèse sur le consentement éclairé et l'accouchement, où elle a interviewé des femmes ayant accouché et des intervenant-e-s. Elle constate que si les soignants parlent du diagnostic et des soins à donner, ils parlent peu des risques. Elle a « *l'impression que (c'est ainsi) parce que, selon eux, l'intervention est nécessaire de toute façon* » (Cadorette, 2004). Dans mon étude, les femmes qui semblent les plus informées sont celles qui ont une accompagnante : le travail d'information est fait durant les rendez-vous pendant la grossesse et durant les cours prénataux. L'accompagnante connaît la parturiente et l'aide pendant le travail en lui rappelant l'existence de tel ou tel moyen alternatif de soulagement de la douleur – et parfois du Nubain aussi – lui expliquant ce qui se passe ou encore comment pousser. Tout comme pour les infirmières, le style des accompagnantes varie, donc le degré d'information fourni. Mais elles semblent renseigner davantage leur clientèle sur les effets négatifs des médicaments pendant leur grossesse, en tout cas elles le mentionnent.

Et la clientèle ?

Les éléments présentés jusqu'à maintenant nous montrent comment les femmes sont traitées dans le département d'obstétrique observé, en paroles, et comment elles sont informées, en particulier relativement aux interventions, par les intervenant-e-s qui les côtoient. Mais qu'en est-il de la clientèle ? Quel rôle informatif joue-t-elle ? Si les femmes (et les couples) reçoivent l'information qu'on veut bien leur fournir, elles (et ils) jouent aussi un rôle dans la transmission de l'information, comme on le voit dans ces exemples, des paroles de Caroline :

Oh, il y en a une qui s'en vient, de loin, loin. Je la sens la douleur, elle est supportable (oa16 : 76).

Il y en a une qui s'en vient : celle-là était très courte (oa16 : 84)

Les contractions sont devenues un peu plus intenses (oa16 : 159)

C'est plus dans le bas, je le sens plus là (elle indique le bas de son ventre) (oa16 : 163).

Les femmes en travail renseignent l'infirmière ou le médecin sur les contractions pendant le travail, sur la douleur éprouvée, plus ou moins selon elles. Elles expriment aussi les difficultés qu'elles vivent, leur manque de confiance, leurs craintes de ne pas arriver à accoucher, comme Stéphanie :

Oh, mon Dieu ! Qu'est-ce qui arrive si on est pas capable ? (oa14 : 310)

Je suis pas capable (oa14 : 324)

On le voit pas encore (le bébé) (oa14 : 346)

Certaines femmes parlent de l'inconfort de leur position ou encore expriment leur désir de ne pas voir leur travail stimulé ou la dose de Syntocinon augmentée – sans parfois susciter de réaction des intervenant-e-s, comme ce fut le cas pour Stéphanie qui exprima cinq fois et sur une courte période l'inconfort de sa position.

Les femmes répondent aussi régulièrement aux infirmières qui s'informent de la fréquence de leurs contractions, ou encore de leur durée ou d'un autre signe renseignant sur l'évolution du travail.

Et les proches des parturientes ? Qu'en est-il du conjoint, de la mère, de l'amie ?

Je n'ai pas observé ces personnes dans un rôle vraiment actif de transmission de l'information. De temps en temps, elles posent une question à l'infirmière ou au médecin, mais dans l'ensemble elles jouent un rôle passif, à part peut-être de l'information sur la fréquence et durée des contractions.

En résumé, les divers intervenant-e-s renseignent les femmes pendant le travail, mais inégalement ou de manière non exhaustive. Les femmes renseignent les intervenant-e-s sur l'évolution du travail, ce qui les guide notamment dans les décisions à prendre.

La question de l'information donnée aux femmes en travail pourrait être approfondie; elle constitue un exemple du flou qui règne dans ce domaine, des pratiques divergentes et des raisons pour lesquelles des femmes ne sont pas informées ou le sont de manière incomplète, puisque les différent-e-s intervenant-e-s se tiennent les un-e-s les autres responsables d'informer les femmes, en particulier pendant la grossesse. Un malaise semble aussi exister sur la pertinence d'informer les femmes en travail sur le niveau d'information à leur communiquer. Enfin, l'information fournie ne permet pas aux femmes et aux couples de prendre des décisions éclairées, même s'ils se sont renseignés sur

l'accouchement, à des degrés divers, au moyen des rencontres prénatales, de lectures et par d'autres moyens comme l'Internet, source de renseignements de qualité très variable.

b. *La prise de décisions : les intervenants décident-ils à la place des femmes ?*

« La reproduction constitue le lieu par excellence d'observation du pouvoir dans ses manifestations les plus privées, les moins bien connues » (Lazure, 1999, p. 50).

Les décisions portent sur les gestes pouvant être faits ou non lors d'un accouchement. Ce que j'appelle les gestes consiste, par exemple, en des gestes de soutien aux femmes (le « prendre soin ») et en routines et interventions effectuées. Il y a les gestes observés et les gestes dont les intervenant-e-s parlent en entrevue. Les propos des entrevues indiquent que les styles de pratique penchent soit du côté technique (interventions), soit du côté accompagnement, selon la division spécialistes-omnipraticien-ne-s, et selon les infirmières, plus « techniciennes » ou plus « accompagnantes ». Je rappelle que l'on assisterait, selon des infirmières ainsi que selon un médecin, à ce qu'une infirmière qualifie de « baisse de la philosophie », les infirmières disant arriver moins souvent à faire de l'accompagnement des femmes en travail et devant plus se limiter à un rôle de « techniciennes » comme dit une autre, rôle qui semble les éloigner de la philosophie.

Je désire dans cette section approfondir la question de la prise de décision en examinant comment les décisions sont prises relativement aux routines et interventions.

Le département d'obstétrique : ce qui fait l'objet de décisions

Un aspect important de la manière dont les femmes sont traitées quand elles accouchent concerne leur autonomie et leur capacité de faire des choix. Outre les gestes d'accompagnement (mesures de soutien physique, tels massages, application de compresses chaudes, toucher de la main, etc.), deux sortes de gestes peuvent être posés pendant un accouchement, soit ce que l'on appelle les « routines », qui a trait à ce que l'on estime devoir faire pour chaque femme en travail, soit les « interventions » que l'on décide de faire et qui peuvent varier selon la situation.

On dit aux femmes enceintes lorsqu'elles visitent l'hôpital, comme je l'ai observé, qu'« il n'y a pas de routines ici ». Ce qu'on veut dire, c'est que les gestes à poser pendant un accouchement dans le cadre observé ne sont pas faits au même moment pour toutes. Autrement dit, l'infirmière organise ce qu'elle fait à sa manière. Voici ce qu'en dit l'infirmière-chef :

Quand la cliente arrive, on fait ses prélèvements sanguins, puis le reste – même la collecte de données – c’est pas une routine. C’est important qu’elle soit faite, elle est toujours faite, mais la façon dont c’est fait, c’est pas une routine. On fait donc toujours (ces deux choses) et aussi l’écoute du cœur fœtal, l’examen vaginal, la prise de signes vitaux . (ei44 : 555-556, 570-572).

Il est vrai que certaines routines retrouvées encore dans bien des départements d’obstétrique au Québec – en tout cas dans plusieurs hôpitaux ayant fait l’objet de ma pré-enquête avant le choix de l’établissement – sont absentes ou peu présentes dans ce CH, par exemple la perfusion par intraveineuse, le monitoring continu, la séparation mère-bébé à la naissance. Mais il existe dans ce département d’obstétrique des routines et des normes. Plusieurs furent observées pendant les accouchements. Il peut s’agir par exemple de l’écoute régulière du cœur du bébé. Si on encourage les femmes à marcher durant leur travail, on les fait revenir régulièrement dans la chambre, parfois même aux vingt minutes, pour exercer une surveillance (Jasmine, Béatrice). Il peut aussi s’agir du recours au Syntocinon pour stimuler le travail une heure ou deux après une amniotomie (Louise).

Par ailleurs des interventions sont réalisées, ici et là, selon l’évaluation que l’on fait du travail ou de l’état de la mère et du bébé, comme on a pu le voir au chapitre précédent. Si la philosophie du département favorise l’autonomie et le choix des femmes, qui prend effectivement les décisions ?

La prise de décisions

Je pense, pour l’avoir vécu moi-même, que l’obstétricien-gynécologue arrive (dans la chambre) et dit : « Ok, je vais rompre les membranes », donc comme ça arrive comme décision, la femme ne se pose pas la question « est-ce que je devrais ou est-ce que je ne devrais pas ? » Elle n’a pas le choix de voir si elle veut ou pas. Une omnipratricienne (em48 : 661-674).

Ce qui entoure les décisions prises constitue un élément important de ma question de recherche portant sur la façon dont les femmes sont traitées lorsqu’elles sont en travail. Le désir des femmes d’avoir plus d’autonomie en donnant naissance constituait en effet un élément important des revendications exprimées en 1980 lors des colloques *Accoucher ou se faire accoucher* (ASPQ, 1981). Je regarderai donc sur quoi portent les décisions relativement aux gestes posés ou à poser, qui les prend et si les femmes ou les couples participent à ces prises de décision. Je regarderai aussi si celui ou celle qui prend la

décision a besoin de l'approbation de quelqu'un d'autre. Enfin, je verrai qui, parmi les intervenant-e-s, pose le geste décidé.

Pendant le travail l'infirmière a le rôle le plus actif auprès de la parturiente, ce qui ne veut pas dire que c'est elle qui prend toutes les décisions. Même absent, certaines décisions reviennent au médecin, que l'infirmière tient au courant. L'infirmière suit les politiques en ce qui concerne les routines, la surveillance (écoute du cœur fœtal, examens vaginaux, etc.), la stimulation du travail. Elle doit généralement faire approuver (ou prescrire) par le médecin tout médicament administré (Syntocinon, Nubain) par elle ou par l'anesthésiste (péridurale). L'infirmière semble avoir plus de latitude et d'autonomie en ce qui concerne les moyens alternatifs de soulagement de la douleur ou de stimulation du travail. L'infirmière – dans les limites des manières de faire enseignées au département, des protocoles à suivre, des règles écrites ou non écrites ou encore selon son propre jugement – décide des moments où elle effectue les gestes de surveillance technique. C'est elle qui décide aussi si la parturiente a besoin d'une intervention, qu'il s'agisse d'un moyen de soulagement de la douleur ou d'un moyen de stimuler le travail. C'est elle aussi qui décide si la parturiente peut faire aussi ceci ou cela (se lever, marcher, manger, etc.) pendant son travail, comme on l'a vu au chapitre précédent pour l'accouchement de Guylaine, de Béatrice, de Jasmine.

Il arrive que des infirmières passent outre le refus d'une femme, explicite (par exemple le refus de Simone, à une occasion, de l'écoute du cœur fœtal, parce que la manière de faire de l'infirmière lui faisait mal) ou exprimé mais pas sous forme de refus explicite (le Syntocinon pour Jasmine ou Louise). Les infirmières décident aussi quelles informations elles donnent ou non à leur parturiente.

Parfois une infirmière peut décider de poser un geste qui habituellement ne lui reviendrait pas, comme de rompre les membranes (avec le doigt) ou manipuler le col pour faire passer une bande de col qui gêne la descente du bébé. Par exemple, lorsque Chantal demande à l'infirmière : « *Peux-tu me masser le col ?* » (comme l'infirmière l'avait déjà fait), l'infirmière s'empresse de dire au médecin qui vient d'arriver dans la chambre et a entendu la question de Chantal : « *Je retenais le bébé pour pas qu'il pousse* » (oa27 : 119-120). J'ai pu observer ce genre de comportement lors de certains accouchements et particulièrement la nuit. Parfois aussi la possibilité de faire ou non tel ou tel geste change selon le quart de travail. C'est ainsi que l'infirmière peut la nuit autoriser une femme à pousser.

Bref, dans une chambre de naissance, l'infirmière a le contrôle immédiat sur la parturiente, en l'absence du médecin, mais le médecin occupe la position hiérarchique la plus élevée, dans le trio parturiente-infirmière-médecin. Et le spécialiste a préséance sur l'omnipraticien-ne, pour la gestion de complications ou encore pour « autoriser » un déclenchement artificiel de travail. Selon cette infirmière, « *il ne faut pas que ça (la grossesse) dépasse 42 semaines [...], il faut qu'il cédule son induction avant. Il y a des patientes qui tiennent absolument à (accoucher spontanément) jusqu'à la dernière minute. Mais souvent c'est pas respecté parce que le médecin, lorsqu'il est de garde, il aime bien pouvoir accoucher ses patientes.* » (ei30 : 463-466).

C'est le médecin qui décide, de près ou de loin, si on administre du Syntocinon à telle femme en travail, en plus de décider du déclenchement artificiel du travail. C'est lui qui décide si l'infirmière va mettre un moniteur de surveillance fœtale interne. Et pendant la poussée, c'est le médecin qui prend les décisions : faire les examens vaginaux, quand et comment pousser, comment la parturiente est placée, dans quelle position elle peut pousser ou donner naissance et qui évalue si la parturiente pousse bien ou non. Il prend aussi les décisions « *importantes* » (mot d'une infirmière et d'un médecin à propos des décisions des médecins) comme la pose d'une ventouse ou le recours à la césarienne. C'est le médecin qui les exécute.

Selon le médecin, certaines décisions pendant la poussée peuvent être partagées avec l'infirmière, par exemple la direction de la poussée, ou encore exécutées par cette dernière (examen vaginal, hausse du Synto, etc.). Quelques rares infirmières se sont permises une suggestion au médecin pendant la poussée, par exemple un changement de position, mais peu d'interventions de ce genre ont été observées. Parfois le médecin accepte, ou reprend la suggestion, parfois elle est ignorée, comme lors de l'accouchement de Stéphanie vers la fin de la poussée :

L'infirmière : « Je peux-tu donner une suggestion, une autre possibilité ? »
(oa14a : 615)

*Le médecin ne répond rien et poursuit, s'adressant à Stéphanie :
« Accoucher va faire super mal, la tête (du bébé), pas la ventouse »*
(oa14a : 617).

Les médecins et les infirmières travaillent dans les hôpitaux et prennent des décisions à des degrés divers lors des accouchements. Qu'en est-il d'une autre intervenante, engagée par la femme ou le couple pour l'accouchement ?

Les accompagnantes n'ont pas de pouvoir décisionnel dans un centre hospitalier. Comme les entrevues l'indiquent, elles en sont bien conscientes. Il leur arrive de suggérer des alternatives, mais elles le font le plus souvent en l'absence du personnel, sauf celles qui travaillent régulièrement avec tel médecin ou telle infirmière. Parfois, elles essaient de soutenir une demande de leur cliente, par exemple retarder la pose d'une ventouse, comme lors de l'accouchement de Stéphanie :

Le médecin : « Ton bébé commence à donner des signes de fatigue. Je suis pas sûre qu'on peut attendre des heures et des heures. Je vais t'examiner à la prochaine contraction. Je vais peut-être avoir à utiliser la ventouse. Pour l'instant, il (le bébé) récupère ». (oa14a : 422-424)

Stéphanie : « Et si je changeais de position ? Je peux-tu essayer une dernière fois ? » (oa14 : 426-427)

Coaching du médecin et de l'accompagnante, pendant la prochaine contraction.

L'accompagnante : « Veux-tu aller sur le côté gauche ? » (oa14 : 430)

Le médecin : « Pas complètement ». (oa14 : 431)

L'accompagnante : « On va faire comme ça, et on va essayer de changer de position après ». (oa14 : 435)

Les accompagnantes aident la femme à prendre des décisions relativement à ce qui lui est proposé. Parfois, elles décident certaines choses, comme le recours à des moyens alternatifs de stimulation du travail. J'ai aussi vu une accompagnante ordonner à toutes les personnes présentes dans la chambre, soit l'infirmière et la chercheuse¹⁰⁵, de sortir car le couple avait besoin de se retrouver seul.

On pourrait maintenant schématiser ce qui fait l'objet de décisions relativement à l'accouchement, à partir du moment où la femme est enceinte, jusqu'à la naissance de son bébé. Il a été question au chapitre précédent des stades du travail ainsi que de la norme (ce que l'on vise) et de l'écart qui peut se manifester relativement à cette norme, d'où découlent des décisions et les gestes dictés par ces décisions. Le tableau suivant illustre les résultats observés lors des accouchements (à l'exception du choix du médecin ou du CH et de la décision de s'y rendre, en travail), en rapport avec qui prend les décisions, selon les stades successifs du travail et ce, dès la grossesse :

¹⁰⁵ Je me suis donc retrouvée dans le corridor avec l'infirmière, et l'accompagnante est apparue deux minutes plus tard.

**TABLEAU VII – LA PRISE DE DÉCISION RELATIVEMENT À
L'ACCOUCHEMENT : CE QUI A ÉTÉ OBSERVÉ**

Quoi (objet de la décision)	Qui décide	Avec l'aval de qui	Geste posé par qui	Les femmes/ couples participant- ils à la décision ?	Sont-elles/ils informé-e-s ?
choisir md/CH/ accompagnante	femme/couple	–	femme/couple	oui	oui mais pas sur taux d'interv., routines, etc.
se rendre au CH (début du travail)	femme/couple/ dépt. d'obs. (inf.)	parfois dépt d'obst. (inf.) ou accompa- gnante	femme/couple	oui	oui
1er stade du travail : la dilatation du col					
déclenchement du travail	médecin : omni ob-gyn	md ob-gyn	médecin	oui mais consent. pas nécess. éclairé	info pas nécess. complète
si admise	infirmière	md ?	infirmière	oui	sans objet
<u>routine</u> à l'arrivée : questionnaire prise de sang monitoring exam. vag.	infirmière qui admet	politique? (à tout le moins procédure)	infirmière	gestes plus ou moins imposés (i.-e on ne demande pas la permission, on fait ou on annonce qu'on va faire)	oui
<u>surveillance du travail</u> : écoute cœur bb ex. vaginaux	infirmière responsable ou sa remplaçante	politique? (sur fréquence, durée monit. et fréq. ex.)	infirmière	gestes plus ou moins imposés	info pas toujours complète
stimul. par moyens alternatifs marcher stim. mamelons pt acupression	infirmière, accompagn.	Infirmière, accomp.	infirmière, accompagnante, femme/ couple	oui – certains gestes plus ou moins imposés (marcher, manger)	oui
stimul. par rupture artif. des membranes (RAM)	infirmière, médecin	médecin (toujours ?) et protocoles	médecin et parfois infirm.	geste parfois fait de routine (+ ou – imposé)	Info absente ou incomplète sur effets possibles
stimul. par syntocinon	infirmière, médecin	médecin et protocoles	infirmière (acte délégué ?)	geste plus ou moins imposé	incomplète sur effets possibles
soulagement de la douleur					
bain tourbillon	femme/couple infirmière, accompagnante	infirmière	infirmière (prépare le bain)	oui, mais parfois restrictions	incomplète
Massages	infirmière, accompagnante,	infirmière	infirmière, accompagnante, conjoint	oui	oui
médicaments:					

Quoi (objet de la décision)	Qui décide	Avec l'aval de qui	Geste posé par qui	Les femmes/ couples participent- ils à la décision ?	Sont-elles/ils informé-e-s ?
Nubain	infirmière, médecin, femme/couple	médecin	infirmière (donne injection)	oui mais consent. pas nécess. éclairé	info souvent incomplète sur effets second. possibles
Péridurale	infirmière, médecin, femme/couple	médecin	md anesthésiste et inhalothérapeute	oui mais consent. pas nécess. éclairé, parfois « détournement »	info général. incomplète sur effets sec. possibles
Deuxième stade du travail : la poussée					
<u>quand</u> pousser	infirmière, médecin	md (ou inf. selon situation)	la femme pousse	non	info absente ou incomplète sur options
<u>comment</u> pousser (p. dirigée ou physiol.)	infirmière, médecin, accompagnante	médecin si présent	la femme pousse	non	info absente ou incomplète sur options
<u>position</u> pendant poussée	infirmière, médecin, accompagnante, parfois la femme	médecin si présent ou inf.	la femme pousse	oui, jusqu'à un certain point	info donnée inégalement
<u>position</u> lorsque naissance imminente	médecin	–	la femme pousse	parfois	généralement non sur options
interv: ventouse, forceps	médecin	–	médecin (ob-gyn pour forceps)	oui	info pas nécess. exhaustive
interv : césarienne	médecin	–	médecin (ob- gyn)	oui	info pas nécess. exhaustive
la naissance du bébé et le 3^e stade du travail, la délivrance du placenta :					
<u>accueil</u> du bébé (qui le prend, où il est mis, succion...)	femme/couple et médecin	médecin	médecin	oui	info pas nécess. exhaustive
<u>examen</u> du bébé	médecin	procédure hospit.	médecin	non	pas nécessairement
<u>routines</u> au bébé (yeux, vit. K)	infirmière	procédures hospit.	infirmière	gestes plus ou moins imposés	info pas nécess.compl.
clampage du <u>cordon</u>	médecin et parfois f./couple	médecin	médecin	oui, surtout si accompagnée	info pas nécess. complète
manière dont est gérée sortie <u>placenta</u> (tirer ou non sur cordon, masser ou non ventre femme, etc.)	médecin	–	médecin	gestes plus ou moins imposés	info pas nécess. complète

© Hélène Vadeboncoeur, 2004.

Ce tableau nous indique le rôle de chacun dans les décisions entourant le travail et la naissance du bébé, d'après les observations d'accouchements ainsi que les entrevues

avec les intervenant-e-s. La plupart des gestes sont effectués par les infirmières, sauf ceux cités précédemment, l'accueil du bébé lorsqu'il naît et l'évaluation de son état de santé. Plusieurs gestes de ces infirmières sont motivés par ce que leur a dit le médecin. Et comme je n'assistais généralement pas aux échanges entre l'infirmière et le médecin, ceux-ci ayant lieu le plus souvent par téléphone ou encore au poste, il m'est difficile de dire dans quelle mesure les décisions des infirmières leur appartiennent ou proviennent plutôt du médecin.

Quelle place tout cela laisse-t-il à la femme en travail ? Autrement dit, les femmes et les couples participent-ils à la prise de décision ?

On stipule dans la philosophie du département d'obstétrique que « *la future mère et ses proches [...] sont capables de prendre des décisions et de faire des choix* ». La mission de l'hôpital traite aussi de la participation des « *usagers* » aux décisions. On reconnaît donc en principe l'autonomie de la clientèle, le document sur la philosophie employant aussi l'expression « *autonomie de la famille* ». Cette manière de mettre l'accent sur la « *famille* » plutôt que sur la parturiente pourrait laisser planer un doute sur l'autonomie des femmes dans les décisions, « *noyant* » la femme dans le tout que forme la famille ?

On constate que pendant le travail, le degré de participation de la femme ou du couple aux décisions varie. Il varie selon le geste, selon l'intervenant-e – infirmière ou médecin – et selon la présence ou non d'une accompagnante. Pour des médecins et des infirmières, l'urgence d'une situation peut faire qu'on passe outre à l'implication des parents dans les décisions. Pour un médecin par contre, même lors d'une urgence, il faut respecter les parents et leur expliquer; elle dit que ceux-ci acceptent alors ce qui doit être fait :

Souvent, quand on explique pourquoi et qu'on respecte le désir de non-intervention des gens, ils sont prêts à ce qu'on intervienne quand c'est une question de vie ou de mort [...] ils acceptent l'intervention parce que nous on a accepté de les respecter dans leur non-interventionnisme . (em48 : 1177-1180).

Toutefois, ce qui a été observé lors de cette étude ne relève pas d'urgences. Certains gestes sont plus ou moins imposés (plus que moins), comme s'ils allaient de soi. Il peut s'agir de routines entourant le travail et sa surveillance, ou encore de la stimulation de ce dernier, ou bien d'interventions où, si l'on sollicite l'accord de la femme, on ne lui fournit pas tous les éléments lui permettant de prendre une décision éclairée. On peut voir que le geste est plus ou moins imposé quand on ne demande pas explicitement l'accord de la femme, comme lorsqu'on annonce ce que l'on s'apprête à faire ou encore lorsqu'on ne dit

mot et qu'on agit. Ainsi, à l'accouchement de Simone, l'infirmière et le médecin s'échangent un regard, à la suite de quoi l'infirmière augmente la dose de Syntocinon sans mot dire.

Y a-t-il négociation ?

Le degré de négociation possible lors du déroulement de l'accouchement varie aussi selon le geste. En voici des exemples, extraits des observations d'accouchements.

Plusieurs gestes semblent non négociables, par exemple le déclenchement artificiel du travail passé 41 semaines de grossesse (Louise, accouchant avec un obstétricien-gynécologue), la suite des gestes posés en cas de déclenchement (Jasmine, Louise), les routines à l'admission (prise de sang, questionnaire, examen vaginal), les routines de surveillance de l'état du bébé (l'écoute du cœur fœtal varie durant les accouchements observés), la stimulation du travail si l'infirmière en évalue la pertinence ou si le médecin l'a décidée (plus de la moitié des accouchements), la position pour mettre le bébé au monde (tous les cas observés). Ce qui apparaît négociable, selon le médecin, (et favorisé par la présence d'une accompagnante), est la rupture artificielle des membranes (Caroline, oui; Chantal, non), le moment de pousser et le type de poussée (dirigée ou physiologique), la position de la poussée (Stéphanie, Guylaine, Béatrice) et comment on accueille le bébé (Simone). Si la femme est très déterminée et appuyée par son conjoint, elle peut parfois influencer la décision.

Parmi les décisions que peuvent prendre les femmes enceintes et leur conjoint, on trouve le choix du médecin et le choix de l'hôpital où accoucher, décisions interreliées puisque chaque médecin a des privilèges obstétricaux dans un établissement donné. Femme ou couple décident aussi ou se font dire, selon la situation, quand se rendre à l'hôpital pour l'accouchement. À cet hôpital, les femmes peuvent aussi décider qui, parmi leurs proches, elles veulent avoir à leur côté pendant l'accouchement. Elles peuvent décider de porter ou non une jaquette d'hôpital (toutes les femmes observés sauf une la portaient cependant), de boire, de manger (si elles n'ont pas de péridurale), de marcher, ou bien de prendre un bain (avec parfois des restrictions, telle la durée du bain, imposées par des infirmières ou des médecins).

Qui prend les décisions

Pendant le travail cependant, la femme ou le couple perd beaucoup son autonomie. Les décisions sont le plus souvent prises soit par l'infirmière, soit par le médecin. Il est vrai que

la femme en travail signe, à son arrivée, une feuille de consentement général¹⁰⁶ aux soins, qui ne constitue cependant pas un consentement éclairé à tout ce qui pourrait suivre. Au mieux – mais rarement – le personnel demande la permission. Au pire, le personnel agit sans mot dire, et parfois passe outre à un refus explicite :

L'infirmière entre. Elle prépare le capteur du moniteur et cherche le cœur du bébé, sans avoir rien dit.

Simone : « Touchez-moi pas ! »

L'infirmière passe outre et écoute le cœur du bébé (geste routinier et non motivé par un problème).

Elle demande ensuite à Simone : « On va regarder ton col après ça ? », ce à quoi Simone, probablement suite à ce qui vient de se passer, ne répond pas. L'infirmière revient à la charge, plus affirmative : « On regarde ton col, Simone. ». Simone est craintive. Elle traverse une autre contraction, puis dit à l'infirmière « Vous pouvez y aller ».

(Et l'infirmière, une jeune femme dans la vingtaine, tutoie Simone, qui a presque le double de son âge, et cette dernière la vouvoie). (oa17 : 282-298).

Si des infirmières passent outre à certains refus exprimés par des parturientes, des médecins le font aussi, comme dans cette situation racontée par une infirmière :

(Je trouve difficile à accepter qu'on) impose quelque chose à quelqu'un, à la patiente, qu'elle ne veut pas vraiment [...] La semaine passée on a eu une patiente qui faisait de l'hypertension. (Elle) voulait un accouchement le plus naturel possible, pas d'interventions. Il y a deux médecins qui la voient et lui disent « ben là il faudrait te provoquer, on voit pas l'utilité d'attendre plus longtemps ». Comme son hypertension est récente, ils lui font des prélèvements sanguins et disent que c'est correct. Et quand elle est au repos, sa pression est correcte. Mais ils lui imposent (le déclenchement) pareil. La patiente était déçue, elle pleurait. Ils ont réussi en disant « ben là si on attend plus longtemps on va mettre ta vie en danger, pis celle du bébé ». Tu sais, ces petites menaces, là [...] (Puis les médecins ont voulu la mettre dans une chambre avec un lit simple) et là j'ai dit « Eille là, elle en a assez de se faire imposer une induction, je la mets dans une chambre avec un lit double » [...] (Son accouchement a super bien été). Le médecin, quand elle a accouché, a dit « Bon, finalement, j'ai l'air un peu fou, sa pression a toujours été belle ». Elle a été induite parce que, quelque part, ils avaient peur » (ei31 : 698-707, 712-713, 720-722, 727-728)

¹⁰⁶ Dans sa thèse en cours, Marlène Cadorette souligne que « le fait de signer une formule de consentement générale ne permet pas de retenir l'information nécessaire pour faire un choix » (Cadorette, 2004).

On voit ici que l'infirmière a pris une décision mais relative à un aspect non médical, le choix du lit.

Entre la permission demandée et le geste posé sans consentement, on annonce ce qu'on s'apprête à faire « je vais » (c'est ce que j'ai observé le plus fréquemment) ou encore on donne la permission – moins fréquent – par un « tu peux ». Les propos des accompagnantes qui sont allées dans d'autres centres hospitaliers me laissent croire que dans ce département d'obstétrique, on ferait même plus attention que dans bien d'autres CH, car la philosophie et la mission du CH sont centrées sur l'utilisateur.

Voici des exemples¹⁰⁷ de ces différentes catégories de paroles reliées à ce qu'on fait, de la moins contrôlante à la plus contrôlante :

Veux-tu ? (catégorie la moins fréquente)

Inf : Veux-tu qu'on enlève ta jaquette ? (Stéphanie)

Autre inf : Veux-tu une débarbouillette d'eau froide ? (Stéphanie)

Inf : Veux-tu te remettre sur le côté ? (Guylaine)

Inf : Veux-tu que je t'examine ? (Guylaine)

Inf : Veux-tu aller te recoucher ? (Guylaine)

Tu peux (permission accordée ou forte suggestion)

Md. : Tu peux venir chercher ta jambe (Stéphanie)

Inf : Tu peux pousser un peu (Guylaine)

Inf. : Tu peux prendre tes jambes (Guylaine)

Je vais ou « on va »' (annonce ce qu'il-elle va faire, catégorie la plus courante)

Inf : Je vais prendre ta pression (Stéphanie)

Autre inf. : Je vais t'examiner (Stéphanie)

Autre inf. : On va voir si tu peux pousser (Stéphanie)

Inf : Je vais juste écouter le cœur (Guylaine)

Inf : On va aller dans le bain tourbillon (Guylaine)

Inf : On va te donner un p'tit queq'chose (Guylaine)

Inf : On va te coucher sur le côté (Guylaine)

Inf : Je vais l'augmenter d'un coup (le Synto) (Béatrice)

Inf : Un moment donné, on va agir plus. ... C'est juste à « ploguer » une autre affaire (dans le soluté) pour augmenter les contractions. Faut en profiter pendant que t'es soulagée. (oa22 : 99. 103-104).

Md : On va voir si on peut y aller (pousser) pour vrai (Stéphanie)

Md : On va te donner un peu d'oxygène (Stéphanie)

¹⁰⁷ Je ne donnerai pas les sources de ces brefs extraits, sauf exception. Ils ont souvent été cités ailleurs dans cette thèse.

Md : On va laisser quelques contractions et peut-être qu'on va y aller avec la ventouse (Stéphanie)

Impératif (fais ou ne fais pas) ou « il faut »

Md : Prends ton air

Md : Sur le dos ! (Guylaine)

Inf. : Retourne marcher encore (Guylaine)

Inf : Stimule tes mamelons (Jasmine)

Inf : (Je vais t'envoyer marcher) Tu reviendras dans 20 minutes (Béatrice)

Inf : Tu te tourneras sur ton dos (Béatrice)

Les observations d'accouchement révèlent que la principale décision de la parturiente, pendant son travail, a trait au moyen de soulager ses douleurs, mais à l'intérieur de certaines limites. Certaines infirmières semblent moins favorables aux moyens alternatifs de soulagement de la douleur, d'autres à la péridurale. Parfois le désir d'une femme pour la péridurale est « dévié » vers ce que l'infirmière – et parfois le médecin – considère plus acceptable, soit l'injection d'un analgésique, le Nubain.

Il appert que les parturientes ne peuvent pas vraiment refuser les routines effectuées à ce département ou encore modifier le cours des procédures, par exemple le recours quasi-automatique au Syntocinon après un délai variable suivant la rupture des membranes ou encore la décision de déclencher artificiellement le travail. Il appert aussi que ce qu'elles expriment n'est pas toujours écouté, par exemple le désir d'un changement de position. Ou encore on les « convainc » de manger durant le travail ou de toucher la tête de leur bébé, même si cela ne leur tente pas. On constate que même les femmes sont conscientes que les décisions leur appartiennent peu puisqu'elles demandent fréquemment la permission au personnel de faire ceci ou cela (marcher, aller dans le bain, sur le ballon, etc.). Très peu – j'en ai observé une seule – refusent l'intervention médicale qui leur est proposée.

Par ailleurs, les proches des parturientes ne leur sont pas d'un grand secours, en ce qui concerne les décisions. Que les couples aient ou non décidé des choses ensemble avant le travail, ils semblent par la suite se fier au personnel en ce qui concerne toutes les décisions, sauf exception, comme le conjoint de Caroline et les personnes avec une accompagnante.

La participation des femmes ou des couples aux décisions est donc dans certains cas nulle, dans d'autres réelle, mais n'apparaît pas avoir lieu dans un contexte de consentement éclairé.

La poussée : Le moment du travail où les femmes ont le moins d'autonomie

Mes observations me font constater que la poussée et ce qui entoure la naissance du bébé est le stade du travail où les femmes ont le moins d'autonomie, parfois aucune. Elles ne peuvent pas nécessairement choisir quand pousser, comment pousser ou dans quelle position pousser, en particulier lorsque la naissance du bébé approche. Paradoxalement, c'est le stade du travail où elles ont le rôle le plus actif, puisqu'elles sont censées, en théorie, sauf intervention, mettre leur bébé au monde elles-mêmes, ce qui nécessite un travail assez considérable de leur part. Mes observations vont dans le sens d'une prise de contrôle de la phase de la poussée par les intervenant-e-s, en particulier par le médecin, qui la prend en charge, comme le souligne une infirmière : « *Le rôle du médecin c'est vraiment l'accouchement. Nous c'est d'assister le médecin pendant l'accouchement...* » (ei37 : 194-197). Ceci est confirmé par l'expérience des accompagnantes (entrevue de groupe) qui soulignent :

C'est dans la poussée qu'ils prennent le contrôle. Aussitôt qu'elle est à 10 (cm), on enlève le pied de lit, semi assis c'est, t'as même pas le temps de parler « Ben, mais moi je voulais accoucher à quatre pattes, j'avais pensé... » C'est comme la prise de pouvoir : la rafale arrive dans la chambre, les équipements arrivent, le personnel supplémentaire. T'as peut-être même pas eu envie de pousser que c'est « on pousse ! ». Pis il y a une seule façon de le faire. C'est très contrôlant. Parce que pendant le travail, sont très ouverts : « Oui, madame, vous pouvez faire tout ce que vous voulez, on est très moderne ». Mais à la poussée, talam ! (ea49, p.9).

Béatrice, par exemple, connaît une poussée dirigée : on la fait pousser dès que le col de son utérus est complètement dilaté, qu'elle ait ou non alors envie de pousser :

Inf. : On va t'examiner. Si t'es complète, on va t'accoucher... T'es complète

Elle sonne l'intercom : Peux-tu signaler le docteur Éloïse ? Elle est complète.

Elle dit à Béatrice « Je fais juste rentrer mes affaires, je m'en vais pas », puis elle entre le banc du médecin, la lampe sur roulettes, la table chauffante. « Après ça, je vais t'installer, Béatrice ».

Le médecin arrive, changée. Elle met un gros piqué sous Béatrice et approche la table d'instruments. Elle est assise sur le bout du lit. L'infirmière demande au conjoint de tenir les jambes de Béatrice pendant qu'elle enlève le pied du lit et le médecin lui demande de sortir les appuie-pieds. L'infirmière allume la lumière.

Le médecin : « Pousse vers mes doigts » (oa24 : 466, 469 à 472, 477, 479, 487 à 490).

Après avoir observé quelques accouchements où effectivement, sauf exception, les femmes observées avaient très peu d'autonomie lors de la poussée, j'ai obtenu, afin de poursuivre le recrutement des participantes, d'assister à un cours prénatal axé sur la préparation de l'accouchement, dans un CLSC proche de ce centre hospitalier. L'infirmière y disait notamment aux femmes et aux couples attendant un bébé qu'à cet hôpital, les femmes en travail pouvaient prendre la position de leur choix pendant la poussée et donner naissance à leur bébé dans la position où elles le désiraient. Et lorsque l'infirmière me demanda mes réactions au contenu du cours, une fois celui-ci terminé, je lui dis qu'en ce qui concerne la poussée, je n'avais pas observé de positions autres que semi-couchées ou sur le côté en particulier lorsque la naissance du bébé est imminente. L'imminence de la naissance du bébé pendant la poussée est d'ailleurs le moment pendant l'accouchement où j'ai senti le plus de tension dans la chambre, à part deux moments pendant le travail où le cœur du bébé a décéléré de manière inquiétante. Est-ce à cause de la crainte des intervenant-e-s pour la santé du bébé qu'un plus grand contrôle est exercé à ce stade de l'accouchement ?

Comment réagit-on aux demandes des femmes ?

On peut soit acquiescer (accord souvent conditionnel) soit négocier (ex : le Nubain plutôt que la péridurale, comme ce fut le cas pour Mélanie et Ingrid, par exemple) :

Au début, je voulais l'épidurale. Ça faisait pas longtemps que j'étais entrée et j'avais appelé le médecin. Elle m'avait dit « écoute, ton travail est bien et tu es quand même assez avancée, alors je vais te dire, c'est ton choix, mais si je te la donne, ça peut rallonger ton accouchement [...]. Le fait qu'elle m'a fait penser à ça, j'ai accepté de pas avoir d'épidurale et là j'en suis bien fière (ef57 :168-171; 197).

Un médecin explique ce « détournement » dans le cadre de la continuité qu'en tant qu'omnipraticien, il offre à la femme. Il donne l'exemple d'un travail qui va vite. La « patiente » est rendue à 7-8 centimètres (dilatation du col), il s'agit d'un deuxième bébé. Il préfère donc qu'il n'y ait pas de péridurale : « *Quand tu connais la femme, tu peux arriver en disant « Écoute là, t'es capable ! ».* Il y a un lien de confiance d'établi. Comme elle sait que je lui fais confiance, elle me fait confiance et décide de pousser (sans péridurale). » (em48 : 732-734)

Le personnel peut aussi refuser une demande, comme ce fut le cas pour Jasmine, qui ne voulait pas de Synto, désirant plutôt marcher. Dans l'exemple de Jasmine la raison évoquée par l'infirmière pour faire accepter le Synto est officiellement la lenteur du travail.

Il est cependant possible que ce soit plutôt l'obéissance au protocole et au désir du médecin traitant. En entrevue, les intervenant-e-s se défendent de ne pas accéder aux demandes des femmes – sauf les demandes jugées irréalistes ou dangereuses des femmes qualifiées de « *granolas* », comme les propos de Kateri l'ont déjà montré. Il a été plusieurs fois question dans les entrevues de ces « patientes » souvent qualifiées de « *granos* », souvent accompagnées et qui refusent des interventions :

Si elle était plus éduquée, elle comprendrait aussi les risques. (ei40 : 332)

On a des patientes qui arrivent et déjà, elles sont quasiment prêtes à t'arracher les cheveux de sur la tête [...], les plus granos, c'est celles qui vont finir avec (ce qu'elles ne voulaient pas) [...]; on dirait qu'elles sont vraiment anti-infirmières. Elles viennent accoucher à l'hôpital, mais elles veulent rien savoir de nous autres (ei42 : 615-625).

Il y en a qui vont prendre des décisions mais qui n'ont pas les connaissances qui vont avec ça, et qui prennent des risques des fois. (ei34 : 989-991)

Les patientes, elles ont des décisions qu'elles peuvent prendre, mais il faut que ce soit des décisions éclairées [...], tu te dis « ça n'a pas de bon sens, elle est pas consciente cette femme-là parce qu'elle veut vivre (un accouchement naturel) ». (ei34 : 1052-1056)

Des infirmières ne semblent pas réaliser qu'elles imposent aussi des choses aux femmes en travail, en tout cas peu en ont parlé en entrevue. Une infirmière, Kateri, à qui je demandais pourquoi les femmes en travail acceptent des interventions qu'elles ne veulent pas vraiment, répond en parlant des femmes refusant des interventions que, selon elle, elles ne devraient pas refuser, esquivant la question de l'imposition d'interventions. Les infirmières soulignent que les médecins imposent des choses aux femmes, ou qu'elles-mêmes y sont obligées car elles doivent obéir aux médecins, « *qui ont le dernier mot* ».

Des messages contradictoires sont transmis aux femmes; c'est ainsi que dans la visite des lieux, une infirmière leur dit : « *Sachez ce que vous voulez, dites-le* » (ei31 : 548). Certaines clientes savent ce qu'elles veulent et l'expriment mais cela ne fait pas toujours l'affaire des intervenant-e-s. Et dans ces cas-là, au risque de les « *harceler* », avoue une infirmière, on n'hésite pas cette fois à leur expliquer longuement les risques qu'elles, mais surtout que leur bébé, encourraient.

Un respect limité et conditionnel de ce que les femmes veulent

Les observations d'accouchements menées à ce centre hospitalier réputé pour l'humanisation de ses pratiques, accouchements d'une grande diversité mais tous le fait, à

une exception près, de femmes dont la grossesse présentait peu de risques, permettent de constater que les femmes sont généralement bien traitées dans ce département d'obstétrique, avec humanité en ce qui concerne l'attitude des intervenant-e-s. Ceci ne signifie pas cependant que les femmes disposent d'une grande autonomie dans la manière dont est géré le déroulement de leur accouchement.

En effet, les infirmières et les médecins, à des degrés divers, annoncent ce qu'ils vont faire, expliquent et... décident. La femme, le couple, leurs proches, ont moins ou peu de voix au chapitre, sauf en ce qui concerne le soulagement de la douleur (et encore, pas toujours). Ce qui prévaut, ce sont les règles institutionnelles, les manières de faire propres à ce département, mais que l'on retrouve aussi dans la plupart des départements d'obstétrique. Dans ce système, l'autorité suprême est le médecin. L'infirmière est l'autorité chargée d'appliquer ou de faire respecter les désirs ou les ordres du médecin et les protocoles du CH. Elle contrôle la surveillance, le temps et l'information à la parturiente, quand le médecin est absent. Le médecin contrôle lorsqu'il est présent la période de la poussée et tous ses aspects, en partageant parfois certains avec l'infirmière. La femme et le couple ont dans les faits très peu d'autorité. Ils acceptent en règle générale les décisions des médecins et infirmières, notamment parce que, comme le disait une participante, ils ont « *l'impression de ne pas avoir le choix* » ou encore car « *ils (le personnel) savent ce qu'ils font* ». Et ce, dans un contexte de « *caring* » où la gentillesse et les petites attentions sont de mise.

Mes observations faites pendant les accouchements quant à la prise de décision contrastent avec l'accent mis sur le choix des femmes et leur autonomie par la philosophie : la philosophie et les propos des intervenant-e-s mettent l'accent sur le respect de ce que la femme et le couple veulent. Mais ce respect, lorsqu'on regarde comment se prennent les décisions, devient relatif. Ce respect semble en effet beaucoup :

- Modulé par les médecins, en particulier les obstétricien-ne-s-gynécologues, qui y mettent des limites selon les situations (d'ordre médical); ils disent « oui » au choix éclairé¹⁰⁸ mais parfois le choix ne revient pas, dans les faits, aux femmes, même si cela n'est pas dit ainsi.

¹⁰⁸ Cependant, en entrevue, les médecins divergent quant à leur définition de ce que constitue un choix éclairé.

- Modulé par les infirmières : c'est surtout en rapport avec le « médecin-qui-décide », et un peu en rapport avec les contraintes de leur travail tel un grand achalandage ou les protocoles à respecter.
- Modulé par la présence d'une accompagnante : celle-ci essaie de faire respecter certains souhaits de la femme, et parfois, ce qui fait partie de ses propres croyances relativement à l'accouchement.
- Modulé par ce sur quoi porte la décision : lorsqu'il ne s'agit pas d'un moyen de soulagement de la douleur, mais plutôt, par exemple, du refus d'une intervention par une « patiente », les femmes sont souvent jugées par les infirmières, qui avancent qu'elles ignorent les risques d'un refus ou préfèrent leur choix d'accouchement à la santé de leur bébé
- Et modulé par la capacité ou non des femmes à s'affirmer, comme on le verra dans la section suivante.

De plus, ce que l'on dit aux femmes de faire, qu'il s'agisse de moyens alternatifs pouvant faire progresser le travail, de médicaments proposés, etc. a beaucoup pour leitmotiv de faire avancer les choses, soit une raison d'efficacité : par exemple le changement de position, pour l'efficacité¹⁰⁹ et pas nécessairement pour répondre à un besoin exprimé par la femme ni pour qu'elle se sente mieux.

On pourrait se demander, suite à ces constatations, comment les participantes à cette étude, soit les femmes ayant mis au monde un enfant et dont le travail et l'accouchement ont été observés, ont vécu cette expérience, et comment on pourrait interpréter leurs réactions. C'est ce qui fera l'objet du prochain chapitre.

¹⁰⁹ Cette préoccupation de l'efficacité du travail semble partagée par la sage-femme Isabelle Brabant, qui me souligne que ce n'est pas toujours indiqué de rechercher une position confortable quand on accouche, même si ce peut être une réaction naturelle de la part de la femme qui a mal, si on veut que le travail et l'ouverture au passage du bébé se fassent. (Brabant, 2004).

CHAPITRE 6 – LES RÉACTIONS DES FEMMES

Dans le chapitre précédent, j'ai décrit et analysé le comportement des intervenant-e-s lors de l'accouchement. Ce chapitre-ci est centré sur les femmes, au cœur de cet événement. J'y examine comment elles vivent leur accouchement, puis j'explore des pistes d'interprétation des réactions que j'ai observées ou dont elles m'ont fait part.

A. Le vécu des femmes¹¹⁰ ayant accouché

L'accouchement est un phénomène physique mais en même temps un événement psychosomatique qui transforme les femmes en mères à un moment unique où tout est prêt : l'enfant peut affronter les contraintes extérieures, le corps de la mère est prêt (maturité de l'utérus, du bassin, des ligaments), l'organisme maternel est prêt à lâcher le bébé et à le reconnaître comme autre. Le moment de l'accouchement doit être respecté, de même que le temps (ou la durée) de son déroulement. La femme enceinte peut donc choisir de ne pas être déclenchée et de ne pas avoir de perfusion. (Bérard, 2000a, p. 9)

La plupart des femmes, même si elles habitent la région, disent avoir vraiment choisi cet hôpital ou encore le médecin qui y est rattaché, suite à des recommandations de proches ou de connaissances : elles se disent attirées par l'environnement ou par l'approche. Certaines, qui ont précédemment accouché ailleurs, ont choisi cet hôpital pour vivre une expérience correspondant plus à leurs besoins, telle Louise qui a détesté lors de ses accouchements ailleurs être séparée de son bébé ou être obligée de rester couchée pendant le travail. Quelques-unes – en particulier celles qui ont engagé une accompagnante – sont même allées « magasiner » soit le médecin, soit l'hôpital, avant d'arrêter leur choix. Et les femmes et couples engageant une accompagnante le font pour se protéger d'interventions qu'elles ne désirent pas, comme le soulignent Caroline et son conjoint Patrice, l'accompagnante agissant comme un « tampon » ou comme un intermédiaire avec le personnel.

La plupart des participantes arrivent en travail à l'hôpital après avoir suivi les consignes leur permettant de reconnaître la présence du travail, consignes données soit lors de cours prénataux ou lors de la visite du département d'obstétrique, soit par l'infirmière leur répondant lorsqu'elles téléphonent au département pour vérifier si elles sont en travail, ou encore par l'accompagnante.

¹¹⁰ Note : les résultats rapportés dans cette section proviennent principalement des entrevues avec les femmes; de plus, pour éclairer le propos, des extraits d'observations d'accouchements y figurent aussi.

a. *L'expérience d'accoucher*

Les extraits d'observations ou d'entrevues présentés dans les deux chapitres précédents auront permis au lecteur ou à la lectrice de « visualiser » jusqu'à un certain point ce qui se passe durant un accouchement. J'aimerais dans cette section décrire d'une part comment sont les participantes en travail et donnant naissance, afin que l'on saisisse mieux ce qui se passe pour une femme qui fait le travail important de mettre un enfant au monde, et d'autre part explorer quelles étaient leurs attentes et leurs réactions à cet événement.

Mettre un bébé au monde est un travail difficile, comprenant des moments très douloureux. Plus le travail avance, plus les contractions se rapprochent et croissent en intensité. Parfois même, le travail latent (avant 3 – 4 cm de dilatation) est douloureux et peut se prolonger pendant 48 heures, comme certaines participantes l'ont vécu. Bref, l'accouchement met à contribution toutes les ressources physiques et psychologiques de la femme en travail; il peut se comparer sur le plan physique à un marathon sportif. Lorsqu'il s'agit d'une première grossesse, la femme enceinte est face à l'inconnu. Elle est aussi face à une transition importante, celle de devenir mère. L'inconnu joue aussi lorsqu'elle a déjà accouché, puisque les accouchements ne se ressemblent pas nécessairement d'une fois à l'autre.

Pour illustrer ces propos et ceux qui suivent, voici des extraits de l'observation de l'accouchement de Simone, au début du travail actif :

10 h 30. Simone et son conjoint sortent du bain tourbillon, avec leur accompagnante. Simone s'arrête contre le mur pour respirer, en faisant de petits bruits pendant une contraction. Lorsqu'elle m'aperçoit dans la chambre, elle dit « Je suis pas là » (voulant dire « occupée »), et paraît très détendue

Simone est couchée. L'infirmière écoute le cœur du bébé. Le conjoint va fermer la porte. Simone pleure : « Je sais pas pourquoi je pleure, y a pas de raison je travaille fort ! ». L'accompagnante lui essuie la figure. Autre contraction. Respiration et bruits (« ah ! »), doucement. L'infirmière prend sa température, puis fait un examen vaginal : « Ouch ! », s'écrie Simone. L'infirmière : « Je te fais mal, excuse-moi ! ». Autre contraction. Son conjoint va lui tenir la main. « J'ai soif », dit Simone. L'infirmière s'approche avec de l'eau. Elle change le piqué, disant à Simone « Il est très bas ton bébé ».

Simone est maintenant assise sur le ballon : « Ça fait du bien, le ballon. Il est super ». L'infirmière : « Le bébé est appuyé sur ton col, c'est pour cela que tu le sens dans ton vagin ». Contraction. Simone : « Je peux plus bouger ». L'accompagnante : « C'est correct ».

Autre contraction : « C'est dur, là ! ». L'accompagnante : « "Ca va travailler, Simone ». Simone : « Là, c'est vraiment dur! ». Simone : « Ça

fait plus mal quand je suis placée sur la chaise. L'accompagnante : « Où ça fait mal ? ». Simone : « Je le sais plus ». Elle préfère retourner sur le ballon. L'accompagnante : « Comme tu veux, c'est important de bouger ». Simone : « Y en a une qui s'en vient ! ». Simone respire, l'accompagnante lui masse le bas du dos. Simone : « Celle-là était mieux mais je te dis ». À son conjoint : « J'aime ça quand tu fais ça ». Il se met à genoux et masse. Simone annonce une autre contraction. Elle respire. L'accompagnante et le conjoint la massent. À la fin, Simone fait « Ah ! » et respire encore : « J'ai besoin que vous soyez là. Chéri, mon amour ». Elle dit quelque chose, rit et lui donne un bec » (oa17 : 63 - 120).

Plusieurs participantes donnent des signes pendant l'entrevue d'avoir passé une partie de leur travail dans un état de « non-présence » à ce qui se passe autour d'elles, concentrées à gérer la douleur des contractions ou mises dans cet état second caractéristique du travail avancé et que des infirmières, des accompagnantes et certaines femmes appellent « être dans sa (ma) bulle¹¹¹ ». Certaines, telle Sarah, ne se rappellent pas m'avoir vue ou le moment de mon arrivée, d'autres décrivent l'état de concentration intense où elles étaient, telle Chantal, occupée à ne pas pousser malgré une envie irrésistible de le faire, ou encore Simone, qui s'examinant sur les photos prises lors de la naissance du bébé, souligne « je vois comme toute la bulle (dans laquelle j'étais) », ajoutant qu'elle n'était pas très consciente de ce qui se passait dans la chambre ou disant qu'elle ne se souvenait pas de sa chute de pression quelques minutes après la naissance de son bébé. Une autre, comme Stéphanie, souligne que ses inhibitions habituelles avaient disparu (pudeur), ainsi que sa « rationalité », ajoutant aussi « ma capacité de me battre, je l'avais plus » (ef61 351-352).

La douleur peut contribuer à l'état de vulnérabilité dans lequel se retrouvent les femmes en travail. Cet état second dans lequel se trouvent souvent les femmes en travail actif pourrait avoir un lien avec une sensibilité accrue. C'est le conjoint d'une participante, Patrice, déjà père de trois enfants, qui souligne que sa conjointe était plus fragile et plus vulnérable en travail :

La femme est souvent dans un état de fragilité; il faut surtout pas l'insécuriser. Pis je me suis rendu compte à quel point Caroline pouvait être sensible à ça (proposition du médecin de faire une amniotomie); l'accompagnante me manquait¹¹² dans le sens que Caroline était plus perméable à la pression. (ef54 : 521-522).

¹¹¹ Cette expression se retrouve dans le document de formation II, où l'on souligne l'importance de « ne pas bouleverser sa bulle (de la femme en travail) » (og26b).

¹¹² Ce couple a eu une accompagnante lors de ses accouchements précédents.

De son côté, Simone dit que « *l'ouverture physique amène une ouverture, j'dirais, psychique* » (ef56 : 617). Manon souligne la peur de mourir qui l'a envahie pendant son accouchement précédent et Louise, la peur pour son bébé dont le rythme cardiaque diminue.

Par ailleurs, l'infirmière Kateri souligne que :

[...] mais te faire dire à 5 cm, qu'on va peut-être être obligé de stimuler les contractions parce qu'elles ne sont pas assez fortes et que toi t'as de la misère à les endurer (si on te parle d'épidurale) [...]; tu es tellement vulnérable, là, que tu serais prête à n'importe quoi. Ils t'offriraient une césarienne, ce serait la même affaire, l'intervention n'a plus rien à voir [...] c'est d'être soulagée dans l'immédiat (qui importe) (ei34 : 453-457).

Finalement, au terme de leur accouchement, les sentiments éprouvés par plusieurs participantes lors de la naissance de leur bébé sont souvent forts, ai-je souvent observé ou m'ont-elles raconté, quoique les réactions des femmes lors de ce moment varient selon leur tempérament, l'effort qu'elles viennent de fournir, la durée de leur travail et l'effet de l'administration de médicaments anti-douleur. Un moment fort, rapporté par exemple par Chantal, Ingrid, et Simone – toutes des « nouvelles » mamans - est survenu lorsque le bébé a été mis sur elles sitôt après sa naissance et que leurs regards se sont croisés. Caroline et Simone soulignent aussi que ce que l'on ressent est difficile à décrire; elles disent cependant qu'on se sent dans les jours qui suivent l'accouchement comme la « *lionne* » qui protège son petit. Par ailleurs, certaines ressentent la « *chance* » d'être « *tombées* » (ce sont leurs mots) sur un médecin ou une infirmière qui leur convenaient et l'une a eu le sentiment d'être surveillée (Caroline); d'autres ont apprécié certaines formes d'aide, le Syntocinon (Ingrid) ou la ventouse (Simone et Stéphanie).

La plupart des femmes observées en travail dans le cadre de cette étude s'expriment beaucoup. Elles verbalisent à propos des contractions, les annonçant, les qualifiant parfois (« *pas forte* », « *forte* », « *longue* », « *si rapprochée* » (de la précédente), « *dure* »). Cet accent mis sur les contractions pourrait s'expliquer en partie par la préoccupation verbalisée par les infirmières des caractéristiques des contractions. Les femmes expriment la difficulté d'être en travail, les douleurs qu'elles traversent (« *c'est dur* », « *ça fait mal* »). Quelques-unes se laissent aller à faire des bruits, pendant les contractions, et 'rugissent' parfois durant la poussée, exigeante sur le plan de l'effort. Cette réaction pourrait provenir du contexte des poussées dirigées où on leur enjoint aussi, fréquemment, de « *se fâcher* » pour arriver à sortir leur bébé. Il est fréquent que celles qui n'ont pas eu de péridurale lâchent un ou deux cris, aussi, pendant la sortie du bébé, car l'étirement du périnée leur

fait dire que « *ça chauffe !* ». Plusieurs femmes en travail expriment aussi leurs besoins : boire, être rafraîchies, se faire masser là où cela fait mal. Quelques-unes manifestent un besoin important du soutien de leur conjoint, qu'elles appellent auprès d'elles pour leur tenir la main, être près d'elles, exercer une pression de leur main ici et là; ou encore elles les avertissent lorsqu'une contraction s'en vient.

Plusieurs femmes demandent des permissions, comme celles d'ôter leur jaquette, de marcher, de changer de position, d'aller aux toilettes et même de pousser. Certaines 'plaignent' en faveur de la qualité de leurs contractions, souhaitant éviter la RAM ou le Synto. Plusieurs se dénigrent à propos de ce qu'elles n'arrivent pas – selon elles – à réussir (quand le travail est lent ou la poussée, longue). Même si plusieurs diront pendant le travail « *je ne suis pas capable* », j'ai vu une seule femme presque paniquer, dans la phase de transition, réclamant avec force une péridurale.

Toutes les autres participantes demeurent concentrées, à respirer pendant les contractions, à bouger lorsqu'elles le peuvent et que cela leur fait du bien. Parfois, elles s'inquiètent pour leur bébé, soit parce que son rythme cardiaque montre des signes de fatigue, soit des « *dangers* » comme dit l'une d'elles, d'un médicament qu'on veut lui donner pour stimuler les contractions. Et si certaines s'étonnent de l'effort requis et de la longueur de cette phase du travail qu'est la poussée, elles se montrent vaillantes durant celle-ci, poussant pendant chaque contraction, faisant ce qu'on leur dit et faisant à l'occasion une blague entre les contractions, même si l'effort et la concentration requis font qu'elles semblent parler moins durant cette phase de l'accouchement. Lorsque la poussée se prolonge beaucoup et qu'elles ont de la difficulté à sortir leur bébé, elles finissent par demander de l'aide.

Par ailleurs, les entrevues avec les infirmières m'ont fait voir que celles-ci, lorsqu'elles accouchent, réagissent comme n'importe quelle femme qui accouche. C'est ainsi que cette infirmière mentionne sa vulnérabilité aux propos du médecin¹¹³, qui la fit se rompre elle-même les membranes pour être sûre que son bébé ne serait pas trop gros :

Tout le long de ma grossesse, à partir de 20 semaines (il me disait) « il va être ben gros, oh ! il va être ben gros » (parlant de son bébé). Pour le deuxième bébé, je lui ai dit d'arrêter de me dire ça. J'en avais passé un, je vais en passer un deuxième sans problème. Pis il arrétait pas. Il commençait à me faire peur . (ei38 : 680-685).

¹¹³ Les propos tenus ici peuvent être en lien avec un accouchement vécu dans un autre CH.

Cette infirmière a été traumatisée par le forceps du détroit moyen qu'on a utilisé lors de la naissance de son premier bébé : « *Je me disais, y a pas un autre salaud qui me mettra un forceps là-dedans* » (ei38 : 715-716). Et cette autre infirmière dit « *être tombée sur des espèces d'infirmières déplaisantes* » (ei36 : 826-827) qui ne voulaient pas l'aider à se tenir debout dans les heures suivant la naissance de son bébé.

b. *Leurs réactions face à l'accouchement et aux comportements des intervenant-e-s*

Contentes sans beaucoup d'attentes ?

Toutes les femmes interviewées sauf celles qui ont eu une césarienne se disent contentes de leur accouchement, la plus critique d'entre elles se disant « *pas déçue* » (Caroline). Plusieurs, telles Sarah ou Ingrid, sont fières d'elles-mêmes relativement à cette expérience et, pour plusieurs, cette fierté est reliée au fait de n'avoir pas pris de péridurale ou d'analgésique. Les attentes qu'elles avaient avant l'accouchement sont très variées – plusieurs parlent du « *bébé en santé* », « *normal* », « *correct* » ou « *avec tous ses morceaux* » ; certaines font état de leur désir d'avoir ici un accouchement naturel, pas trop médicalisé, défini par « *avoir la paix* » ; deux autres désirent un AVAC ou encore un accouchement pas trop long, dans la position désirée, ou encore ne rien sentir (Mélanie, Manon). Les femmes interviewées n'élaborent pas beaucoup sur leurs attentes, me faisant me demander ce qui est très important pour elles ou même si elles n'osent plus avoir d'attentes, se conforment à l'idée que c'est ainsi que l'on accouche. Mais quelques-unes expriment leur satisfaction relativement au contexte « familial » qui prévaut dans cette institution, notamment l'existence d'une chambre pour tout le séjour :

La chambre, même le lit, le lit double. L'accouchement, tu le fais tout là, ton conjoint peut rester avec toi après. T'es dans un hôpital mais tu te sens pas dans un hôpital. Tu te sens vraiment comme si t'étais chez vous, en plus chaud un peu, parce qu'il fait tellement chaud dans les hôpitaux ! []. J'en revenais pas de la grandeur de la chambre! (ef55 : 284 à 288).

Ce site, tant par la disposition des lieux, chambres où tout se déroule de l'admission de la femme en travail à sa sortie de l'institution, que par l'organisation du travail dont il est question au premier chapitre, favorise en effet l'aspect familial. Par ailleurs, le fait que la même infirmière puisse s'occuper de la nouvelle maman et de son bébé et qu'on favorise ainsi la continuité le lendemain, constitue un élément positif pour les familles. Ce n'est pas comme dans plusieurs hôpitaux du Québec, où l'on confie la nouvelle accouchée aux infirmières de la section post-partum, les lieux physiques étant souvent distincts. Mais il est peu question de la continuité du personnel dans les entrevues.

Par ailleurs, lors des entrevues, certaines participantes expriment le désir de mieux comprendre ce qui s'est passé lors de leur accouchement et se demandent si quelque chose n'aurait pas pu être fait pendant le travail pour modifier ces événements, en particulier les deux participantes qui ont eu une césarienne, Manon et Louise :

J'essayais de voir comment les choses auraient pu se passer autrement, là. J'en suis venue à me dire « Peut-être que des couples comme moi – j'ai des antécédents de gros bébés qui passent pas – peut-être de faire avant [...] une échographie pour voir comment ça se passe, tu sais ? (ef62 : 329-334)

Je pense que j'aurais voulu passer un genre d'échographie quand je suis arrivée [...] pour voir comment était le bébé [...] s'ils avaient pu voir que le cordon était enroulé, ça m'aurait évité d'avoir des heures de travail et tout ça [...] (ef60 : 154-156; 158-159)

Ce qu'elles voulaient

Même si une infirmière est d'avis que « *la plupart des patientes ne savent pas ce qu'elles veulent* » (ei31 : 558), plusieurs femmes savent ce qu'elles voulaient – ou ne voulaient pas – pour cet accouchement ou du moins relativement à un aspect de celui-ci. Par exemple avoir une péridurale pour Mélanie et Manon, celle-ci disant « *À lui (son cinquième enfant), je m'étais plus préparée c'est vrai, parce que je savais ce que j'avais pas aimé et je savais ce que je voulais [...]* » (ef62 :60-61) ou au contraire se passer d'analgésie (Stéphanie, Caroline) ou avoir leur bébé avec elle dès sa naissance (Louise, Mélanie). Ou encore un accouchement naturel, non provoqué, non stimulé (Jasmine, Louise). Lorsqu'il ne s'agit pas de leur premier accouchement, ce que des femmes veulent peut être issu d'une expérience négative précédente, comme Manon qui a déjà donné naissance à un bébé de près de dix livres sans péridurale, ce qui semble l'avoir traumatisée, ou encore Dahlia, qui veut plus que tout éviter la césarienne, que sa mère a subie lorsqu'elle avait 4 ans et qu'elle n'a jamais oubliée.

Accepter ce qu'elles ne désirent pas

Stéphanie souligne qu'elle n'était plus combative pendant le travail. Ceci pourrait contribuer à expliquer que quelques parturientes acceptent des interventions qu'elles ne désirent pas. Lors des observations, elles me le disent une fois l'infirmière partie ou le lui disent faiblement ou bien leur visage parle pour elles (grimace, air déçu, de Jasmine ou de Louise, par exemple, à propos du recours au Synto.). Les femmes et les couples semblent beaucoup se fier à l'autorité du médecin ou de l'infirmière et n'insistent pas. J'ai cependant

vu deux femmes refuser une intervention : l'une, Mélanie, a refusé des moyens alternatifs de soulagement de la douleur :

À un moment donné, je lui ai dit (à l'infirmière) que quelque chose ne faisait pas mon affaire. Elle voulait me faire utiliser le ballon, le bain tourbillon, la marche et j'étais pu capable. C'est moi qui le savais, là. Ça fait que là je lui ai dit que j'en voulais plus. (ef58 : 107-110)

Une autre participante, Caroline, a refusé l'amniotomie que le médecin lui proposait, comme on l'a vu au chapitre 4. En entrevue, Caroline, seule femme parmi les participantes à avoir été accompagnée par une sage-femme (accompagnante) lors de ses accouchements précédents, dira : « *C'était clair que si tout se passait bien, moi, il était pas question, t'sé je l'ai quand même senti à l'accouchement qu'il voulait accélérer le processus. Pis moi il en était pas question* » (ef54 : 70-72).

Les autres participantes expliquent ainsi le fait de n'avoir pas exprimé leurs souhaits ou refus :

Guylaine : « Ils savent ce qu'ils font, pis s'ils ont décidé que je l'aïlle pas, c'était mieux comme ça » (ef55 : 148-149) ou « c'est un médecin, il sait ce qu'il faut faire »,

Louise : (à propos du déclenchement et de la stimulation de son travail, qu'elle ne désirait pas) « Je me disais : ils savent ce qu'ils font (ef60 : 218-219). De toute façon, rendue à ce temps-là j'avais hâte qu'il sorte (ef60 : 51) ».

Et parfois, parce que la situation l'exige, on accepte quelque chose que l'on n'aurait pas nécessairement désiré, comme la ventouse pour Stéphanie qui reconnaît que « *là, on prenait le contrôle, mais là je comprenais, j'acceptais le rationnel de ça* » (ef61 : 580).

L'acquiescement des couples à ce que leur disent les intervenant-e-s se manifeste aussi par les remarques suivantes d'un conjoint, se sentant vaguement coupable de n'avoir pas fait dans le premier cas ce qu'on leur avait dit, et dans le second cas soulignant qu'ils avaient obéi aux consignes, même s'ils n'aimaient pas cela : « *On n'a pas ben ben pratiqué les respirations* » (oa25 : 555) et « *On l'a massé en masse le périnée¹¹⁴. On n'aimait pas ça, ni l'un, ni l'autre.* » (oa25 : 667).

Cette difficulté pour les femmes de refuser quelque chose, pendant un accouchement, les infirmières qui accouchent peuvent l'éprouver, comme le mentionne cette infirmière en

¹¹⁴ Certains sont d'avis que masser le périnée pendant la grossesse prépare les tissus à mieux s'étirer lors de la poussée. Les avis sont partagés sur la question. (Enkin et coll. 2000)

entrevue. Elle avait accepté que l'on provoque son travail lors de son accouchement mais pas qu'on rompe ses membranes, et elle a pourtant fini par céder aux volontés du médecin :

(J'ai dit à mon médecin) : « Je vais me faire provoquer, mettre le Synto, mais je veux pas que tu rompes les membranes. Je les garde. Si je suis pas due pour accoucher, c'est que mon bébé veut pas venir au monde cette journée-là. En fin de compte, (pendant une absence de mon conjoint), le docteur est arrivé et il a dit « Qu'est-ce qu'on fait ? Si tu veux accoucher, il faut rompre tes membranes ». J'étais tellement indécise, j'étais perdue, et en plus j'avais des contractions et je savais que c'était pas assez pour faire l'accouchement. Un moment donné, j'ai senti ce que les patientes peuvent sentir. Vraiment, c'est pas ça que tu veux et en fin de compte tu te fais faire le contraire. J'aurais voulu en parler à mon conjoint et il était pas là. Et en plus le docteur me disait « si c'est moi qui t'accouche, ben il faut rompre parce qu'à telle heure, je serai parti ». En fin de compte j'ai fait rompre mes membranes mais (intérieurement) je me disais (ton déçu) « câline ! c'est pas ça que j'avais dit au départ, c'est pas ça que je voulais » [...] Alors aujourd'hui, quand ça arrive (dans mon travail), ça vient me chercher et je me dis « câline ! il faut respecter ce que la patiente veut! » (ei32 : 470-483, 489-490).

S'excuser ou « minimiser »

J'ai remarqué aussi que beaucoup de femmes non seulement s'excusent régulièrement en travail si cela prend du temps, si elles poussent alors qu'elles ne sont pas censées le faire ou ne poussent pas assez « 'bien » mais aussi lorsqu'elles émettent en entrevue un commentaire négatif à l'endroit d'un-e intervenant-e : elles ajoutent aussitôt quelque chose pour excuser un comportement ou encore semblent rationaliser l'incident en « minimisant » sa portée. Par exemple, Stéphanie (à propos du manque d'écoute du personnel aura au sujet de ses affirmations répétées de n'être pas dans une position confortable) « *je ne leur en veux pas, tout le monde est habitué à suivre (ses) patterns* » et « *j'étais mal de toute façon* » (ef61 : 364-340); Manon (à propos d'un incident vécu en post-partum) « *c'est pas grave* » (ef62 : 113); Simone, qui souligne deux oublis de la part du personnel (le souper après son accouchement et une crème anesthésiante), les explique par l'achalandage très élevé au département cette journée-là; et Mélanie ajoute, à propos de la conversation inappropriée de l'anesthésiste et de l'inhalothérapeute sur leur weekend pendant la pose de sa péridurale, qu'elle dit ne pas avoir appréciée : « *Dans le fond, c'est moi qui ai accroché là-dessus* » (ef58 : 162).

Bref, les observations des femmes en travail indiquent une variété de réactions face à leur expérience d'accouchement. Si cela semble tout un travail d'accoucher, travail qui les met dans un état de conscience particulier, elles sont généralement contentes de leur

expérience, tout en n'ayant pas toujours apprécié tel comportement de tel ou tel intervenant-e., même si elles sont promptes à l'excuser. Certaines reconnaissent qu'elles ne désiraient pas vraiment certaines interventions, mais qu'elles les ont acceptées au nom du savoir médical; celles-ci semblent avoir eu de la difficulté à s'affirmer.

c. *Comment elles se sentent traitées par les intervenant-e-s*¹¹⁵

Dans cette section j'examinerai comment les femmes (et quelques conjoints) se sentaient traitées lorsqu'elles étaient en travail, par les infirmières, par les médecins et dans certains cas par leur accompagnante.

Par les infirmières :

Pour la mère, la personne la plus significative, c'est l'infirmière qui est à l'accouchement, qui l'a amenée à accoucher dans ce concept-là; elle peut toujours la revoir (dans les limites des congés) et quand elle a la chance de l'avoir en post-partum, (la personne la plus significative), c'est elle; elle va lui laisser un cadeau à elle, un mot (sur une carte ou dans le cahier mis à la disposition de la clientèle) (une infirmière, ei43 : 512-515).

Entendu : enchantées

La plupart des femmes se disent enchantées des infirmières. Les mots « *gentilles* » ou « *fines* » reviennent souvent. Les superlatifs ne sont pas rares : « *merveilleuses* », « *géniales* », « *extraordinaires* ». On les trouve aussi « *humaines* », « *réconfortantes* », « *discrètes* », « *maternelles* ». On apprécie qui leur attitude, qui leurs paroles, qui leurs gestes. On a aimé être guidées, soutenues (Caroline) et parfois aussi, dirigées (Guylaine, Stéphanie) ou non dirigées (Dahlia). Elles ont « *aidé à relaxer, à ne pas paniquer, à avoir confiance* », dit Guylaine qui a particulièrement apprécié les massages faits par l'infirmière « *à genoux, avec moi, dans le lit* ». On apprécie le « *toucher (vaginal) magique* » de l'infirmière (Simone), soit le fait qu'elle ne faisait pas mal en le faisant. On apprécie que l'infirmière ait répondu à nos demandes (Mélanie, Manon). On apprécie qu'elles soient « *là tout le temps* », souligne Manon qui, selon mes observations, vit un des accouchements où l'infirmière s'absente le plus souvent . On est reconnaissante d'avoir bénéficié de Nubain (Simone, Ingrid) ou de péridurale (Manon, Mélanie).

¹¹⁵ J'ai fait des observations d'accouchements lors de cette étude. Il se peut, comme le souligne une participante, Ingrid, que l' attitude des intervenant-e-s n'ait pas été tout à fait la même qu'à l'accoutumée à cause de ma présence comme observatrice. Soulignons aussi que les entrevues avec les participantes ont été faites d'abord auprès des femmes; quelques questions ont été posées aux conjoints sur place lors des entrevues.

Quant aux conjoints, leurs propos sont généralement positifs envers le personnel; ils se sentent pris en considération par ces derniers, ce qui confirmerait que l'accent mis sur la famille dans la philosophie est une réalité. Patrice fait exception cependant : il craignait de se faire écarté lors de l'accouchement et n'a pas senti qu'il avait sa place comme père, la nuit, car il a – peu – dormi sur un matelas de gymnastique, sans oreiller. Enfin, les conjoints qui ont engagé une accompagnante ont particulièrement apprécié sa présence.

Observé : accompagnées inégalement

Certaines femmes et certains couples ont senti le besoin d'avoir une accompagnante avec eux durant le travail. Or la philosophie, le vidéo, les propos des infirmières notamment, mettent beaucoup l'accent sur l'accompagnement des femmes pendant leur travail et la naissance de leur bébé. Il y a même une formation (dont il a déjà été question) qui est donnée aux infirmières qui le désirent sur l'accompagnement, et que j'ai pu observer. L'accompagnement semble aussi important, car des infirmières m'ont parlé des « infirmières-accompagnantes » qu'on distingue des « infirmières-techniciennes ». L'accompagnement comprend : toucher pour rassurer, aider à traverser une contraction, masser, soutenir physiquement la femme avec son corps, offrir des mesures de confort, comme on le voit dans les vidéos sur l'accouchement. Le document sur la formation à l'accompagnement qui se donne périodiquement dans ce CH comprend en effet une section sur le support physique et émotionnel à chaque phase du travail et sur l'information, ainsi qu'une section sur les techniques de soutien disponibles (respiration, position de confort, marche, équipement alternatif, compresses, atmosphère, visualisation, relaxation, massage, acupression).

Je constate cependant que, dans plusieurs accouchements, l'accompagnement tel que cette formation le présente est faible. Ceci ne s'explique pas nécessairement par l'achalandage (occupation des lieux, nombre de femmes en travail). Voici une réflexion préliminaire écrite suite à mon travail sur le terrain, datée du 30 janvier 2001, la période d'observation s'étant terminée quelques jours auparavant :

J'ai observé peu d'accompagnement réel durant le travail, à l'exception de la poussée ou encore la nuit. J'ai vu peu d'infirmières, lors de mes observations générales ou lorsque je me trouvais dans le corridor, se promener avec une femme en travail dans le corridor et l'aider à respirer, lui frotter le dos, sauf deux ou trois fois. C'est un milieu de travail où les personnes ont l'air proches les uns des autres, ce qui se manifeste par le fait qu'elles jasant souvent entre elles au poste, manifestent de l'affection les unes envers les autres, et parfois s'entraident, mais au détriment de l'accompagnement des femmes en travail ?

Si j'ai observé quelques accouchements où l'infirmière est très présente lors du travail actif ou avancé, comme ceux de Caroline, Chantal, Ingrid, j'en ai observés plusieurs autres où ce n'était pas le cas (Béatrice, Jasmine, Mélanie, Manon), où l'infirmière offrait peu de soutien, physique, et si elle venait régulièrement faire un tour, n'était en aucun cas présente de manière continue ou encore touchait peu la femme en travail¹¹⁶ :

L'infirmière Véronique dit en entrevue que sa stratégie lorsqu'une femme demande une péridurale est de lui proposer d'essayer d'abord l'accompagnement qu'elle lui offre pendant une demi-heure, puis après de recevoir une péridurale, si elle y tient toujours. Voici un extrait de l'entrevue avec l'infirmière responsable, qui me rapporte ce qu'elle a alors dit à Manon : « Es-tu prête à me donner une petite demi-heure ? Je vais rester avec toi, on va respirer, on va se retrouver dans le bain » (ei39 : 452-453).

Véronique fait effectivement attendre Manon pendant une demi-heure avant d'accepter qu'elle ait une péridurale. Elle laisse Manon seule et revient au bout d'une demi-heure. Toutefois, je n'ai pas observé l'échange entre elles, avant son départ, étant absente alors. Peut-être respectait-elle ainsi la volonté de Manon d'être laissée seule. Je n'ai pas par ailleurs observé d'accompagnement au cours de ce travail, avant la poussée.

J'ai observé que les infirmières demeurent dans la chambre lorsque le travail devient très intense, mais rarement avant,¹¹⁷ même si elles m'ont beaucoup parlé de l'importance de l'accompagnement, des moyens alternatifs de soulagement de la douleur, de leur réticence face aux médicaments soulageant la douleur, en conformité avec la philosophie de soins. C'est ainsi que Patricia affirme en entrevue accorder beaucoup d'importance à l'accompagnement – ce qu'on la voit faire avec Simone, Guylaine et Caroline, mais paradoxalement très peu avec Jasmine, ce que je n'ai pas réussi à expliquer. Peut-être se sent-elle obligée, avec Jasmine, qui a un diabète de grossesse, de suivre les protocoles ? Mais en entrevue elle déclare que « *les protocoles sont faits pour les gens sans jugement* ». Peut-être est-ce une question d'atomes crochus entre elle et Jasmine ? Par ailleurs Jasmine est un peu corpulente, et l'infirmière m'a indiqué que cela rend la sortie du bébé plus difficile. Le poids de sa cliente la dérangeait peut-être ou l'inquiétait ?

J'ai aussi observé une utilisation inégale de moyens alternatifs de soulagement de la douleur, et un grand recours à l'analgésie et à la stimulation médicamentée du travail.

¹¹⁶ Je précise ici que ce ne sont pas toutes les femmes en travail qui aiment se faire toucher.

¹¹⁷ Je constate ici une différence avec la pratique des sages-femmes : ce que j'ai entendu de la part des sages-femmes, c'est l'accent mis sur l'importance d'être présente pendant le travail actif, au début, afin d'aider la femme à apprivoiser les contractions et la douleur, ce qui permet à celle-ci de mieux faire face aux contractions intenses du travail actif en phase avancée.

J'ai été témoin par ailleurs dans certains cas de peu de soutien psychologique : au lieu de rassurer, certains propos peuvent avoir pour effet d'inquiéter, par exemple; et le fait de laisser la femme seule peut être vécu difficilement. Certaines femmes semblent s'en inquiéter et pourraient recourir à la péridurale suite au départ d'une infirmière. Kateri, qui remplace une autre infirmière pendant le dîner, raconte ce qui suit à propos d'un autre accouchement que les accouchements observés dans cette étude :

Pendant l'heure du dîner, j'ai donné le Nubain et je suis restée avec eux autres. Mais la patiente s'est accrochée à moi. Son mari la faisait respirer et moi, je lui massais le dos, et mettais des compresses d'eau chaude. Elle était d'un calme. Ça allait super bien. Et puis quand l'autre fille est revenue me remplacer, la patiente a dit « Oh, Kateri, tu t'en vas pas ? ». J'ai dit « Ben là, ton infirmière, elle va s'occuper de toi. Et je pense que ça a pas pris 20 minutes que l'infirmière est venue me dire « Ah là, elle est vraiment pu capable; elle est comme en panique ». Puis ils lui ont fait une péridurale. (ei34 : 569-578).

Cette variation dans l'accompagnement se reflète dans les propos de plusieurs infirmières et d'un médecin, qui déplorent que l'accompagnement, au cœur de la philosophie, n'est plus ce qu'il était, comme ce médecin l'avance, indirectement :

Q. : Ce CH a une philosophie, comment la présenterais-tu ?

Dr : J'aurais envie de dire, on « avait » beaucoup une philosophie. On avait un chef de département qui, sans l'avouer ouvertement, avait beaucoup d'ouverture à ce qui était alternatif, aux sages-femmes et tout ça Il respectait beaucoup le choix des femmes. Maintenant on a une jeune équipe de gynécologues, beaucoup plus médicalisés, et c'est « by-the-book ». Le taux de péridurales augmente. (em48 : 509-521).

Et cette infirmière :

Dans le fond, la place qu'on peut prendre, c'est celle qu'on avait, avant : d'accompagner, d'être vraiment là pour la patiente. T'as (une « patiente » avec) du Synto, t'as deux autres patientes où il faut que tu fasses de l'enseignement. Ça joue sur ta présence à la patiente, sur jusqu'où tu peux te rendre avec elle. (ei40 : 220-227).

Et comme le souligne cette autre infirmière :

Il y a des patientes que tu sens très bien que quand tu restes avec eux autres, ça les sécurise. Tu vas les aider à respirer, tu vas leur masser le bas du dos pendant les contractions, puis elles se sentent en sécurité et sont capables de passer au travers. Mais si tu peux pas leur donner du temps, que tu peux pas rester avec eux autres, elles vont vouloir une épidurale parce que elles se sentent paniquées toutes seules » (ei39 : 455-459).

Comment expliquer que c'est exactement ce qui s'est passé avec cette infirmière (ei39) lors de l'accouchement de Manon ? Alors qu'elle avait du temps, elle n'a pas fait d'accompagnement auprès de cette dernière, qui a demandé une péridurale. Parce que l'infirmière, comme certaines me l'ont dit, sont sélectives dans l'investissement de leur énergie (= accompagner) auprès des parturientes ?

Entendu : ce qu'elles n'ont pas apprécié

La future mère doit se sentir libre de faire vérifier l'évolution de son travail sans se sentir jugée, sans que sa crédibilité ne soit remise en question face à ce qu'elle ressent. (document de formation I, og 26b).

Si les femmes aiment dans l'ensemble comment elles sont traitées par les infirmières, plusieurs relèvent la présence d'un incident relié à une infirmière qu'elles n'ont pas du tout apprécié. Il s'agit parfois d'incidents vécus en post-partum, mais aussi pendant le travail. Manon (5^e enfant) par exemple n'a vraiment pas aimé que l'infirmière « retarde » sa péridurale d'une demi-heure, parce qu'elle ne la jugeait pas assez souffrante :

J'ai trouvé ça un peu [...] insultant, là; c'est comme si elle te croit pas, c'est comme si j'y conte des salades [...] bien j'étais pas rendue au bout du rouleau comme on dit et j'aurais pu « tougher » encore (alors une demi-heure plus tard je suis allée la voir et elle a dit) : « Ah, ça paraît dans ton visage que c'est vrai ». C'était comme : « là, maman veut ! » : c'est quoi cette affaire-là ? Elle m'a tâté (le ventre) et puis : « ok, c'est les bonnes (contractions) ». Ben t'sé, c'était bon tantôt là ! » (ef62 : 418-428).

Par ailleurs Manon a eu l'impression que son travail ne se déroulait pas assez vite au goût du personnel.

Louise, marraine d'allaitement pendant des années et ayant allaité ses trois premiers enfants avec succès, dit avoir vécu quelque chose qu'elle a trouvé très désagréable en post-partum, et qui l'a marquée :

La seule chose que j'ai pas aimée, c'est que le petit, un moment donné, avait des maux de ventre. Une infirmière est venue et elle disait que c'était parce qu'il avait faim. Et là elle me pesait le sein pour que le colostrum sorte. Et moi, ça me faisait très mal. Je l'ai trouvée ben bête, pas fine. Et elle brassait (mon bébé), je trouve qu'elle le brassait raide. Même mon conjoint, un moment donné, a failli se fâcher. Mais comme elle est infirmière on se dit qu'en quelque part, elle sait ce qu'elle fait. Mais en même temps je me disais : « de quel droit, là ? » Moi, personnellement, je le sais qu'il avait mal au ventre. Quand elle est revenue le lendemain matin, j'ai pas voulu qu'elle y touche. C'est comme si elle me faisait me sentir (incompétente). C'est comme si j'étais pas capable de l'allaiter. J'avais allaité les autres avant ! Je savais que j'avais pas de problème de lait. C'est

comme si elle disait : « Moi je connais ça, toi tu connais rien, pis laisse-moi m'en occuper ». C'était comme si je perdais possession de mon propre corps... Et le blues je l'ai eu, c'était pas à cause du bébé, pas à cause de l'accouchement. J'avais des doutes et je me disais : « Tout à coup je suis trop vieille pour avoir du lait » [...]. Par rapport à l'allaitement, je me suis sentie rabaissée. (Faudrait) que les infirmières aient un côté psychologique très développé (car) tu dois être encouragée pour avoir confiance dans tes capacités ». (ef60 : 300-301, 311-313, 388-395).

Par ailleurs Stéphanie – qui a une accompagnante et est très détendue entre et pendant les contractions (la « bulle » de femmes en travail actif avancé) dit en entrevue « *ne pas avoir beaucoup vu* » les infirmières, sauf « *quand elles venaient me faire mal avec leur foutu Doppler ou des choses comme ça* » (ef61 : 227-228). Rappelons qu'il y avait des tensions entre l'accompagnante et l'infirmière lors de cet accouchement.

Quant à Caroline et à son conjoint, ils ont détesté ce qu'ils qualifient l'attitude infantilissante ou harcelante (des « *ma tante fatigantes* » (ef54 : 409) selon les mots du conjoint) d'infirmières ou du médecin, soit en prénatal à propos de tests à passer, ou en postnatal en ce qui concerne la contraception :

Ils m'ont bien dit à l'hôpital – ils ont dit à mon conjoint¹¹⁸ « hein, la vasectomie, vous allez faire quelque chose parce qu'il faut s'arrêter, là ! » Les infirmières rentraient dans notre chambre, pis c'était comme si on était deux p'tits jeunes tsé, inconscients qui se faisaient des p'tits [...] ils nous regardaient aller pis ils avaient donc peur qu'on en fasse un autre ! Non mais c'était vraiment ça ! » (ef54 : 283-284, 286-287, 292-294).

Caroline, qui a « *trouvé insupportable l'attitude en général que les infirmières avaient, comme une mère (autoritaire) qui rentre voir sa fille pis...* » (ef54 : 193-195), parle d'une infirmière désagréable mais qui a totalement changé d'attitude quand elle s'est aperçue qui elle avait devant elle (Caroline est une personnalité connue au Québec). « *Tu te dis non mais franchement, c'est quoi, ça veut dire qu'elle est bête de même avec tout le monde ! C'était hallucinant* » (ef54 : 198-200). Elle et son conjoint ne se sont pas sentis considérés comme des adultes; Caroline souligne qu'elle ne s'est pas sentie « *totalement comprise dans les limites que je mettais* » : « *Oui, je suis une patiente mais je suis une personne qui est en santé, qui est responsable et qui a des choix. Je ne suis pas sûre que ça a été compris* ». (ef54 : 251-253)

Chantal parle de l'amniotomie qu'on a faite sans demander son avis et qui a entraîné une envie irrépressible de pousser : « *Ça donne pas de répit du tout* » (ef53 : 153).

¹¹⁸ Ce couple est dans la trentaine, est scolarisé et a deux aînés enfants.

Certaines femmes n'ont pas apprécié non plus la possibilité de faire quelque chose qui n'est pas « autorisé » dans d'autres hôpitaux, soit des pratiques novatrices, parce qu'elles devenaient en quelque sorte imposées. Par exemple, la possibilité de s'alimenter durant le travail semble devenir une norme lorsqu'on l'impose presque. J'ai vu une fois quelqu'un enjoindre à une femme de manger alors qu'elle n'avait pas faim (Guylaine), ce qui a produit un résultat peu apprécié par l'infirmière, des vomissements peu de temps après, que cette dernière a dû évidemment nettoyer : *C'est eux autres qui voulaient que je mange. Moi, j'avais pas faim. Les infirmières me disaient : « Tu vas avoir besoin d'énergie, fait que mange quelque chose ! ». Ça a pas resté longtemps dans mon estomac ! (ef55 : 431-437).*

Et Guylaine n'a pas aimé une autre « injonction » qu'on lui a faite, de toucher à la tête de son bébé encore en elle, car elle avait peur de lui faire mal.

Par les médecins

Quant aux médecins, si les femmes en parlent moins, elles ont généralement des commentaires positifs à faire. On parle de gentillesse, d'attention, d'attitude humaine, de disponibilité, de la simplicité de contact, de respect de ce qu'on veut, ou encore de compétence, de professionnalisme. On apprécie ici l'explication donnée, là le massage du périnée. Caroline et son conjoint – les plus critiques des participants – ont trouvé leur médecin « correct » et « respectueux jusqu'à un certain degré » de ce qu'ils voulaient. Mais tout comme de la part d'infirmières, certains comportements ont heurté :

Mélanie, qui tenait à ce qu'on lui dise la vérité, n'a pas apprécié ce qu'elle qualifie de « mensonge » par un médecin venu sous un autre prétexte vérifier la position de son bébé : *« J'ai pas aimé ça de pas savoir que, dans le fond, la gynécologue elle venait pas pour crever mes eaux mais pour savoir si mon bébé était bien placé » (ef58 : 95-96).* Elle n'a pas non plus aimé que l'anesthésiste et l'inhalothérapeute « jasant de leur weekend » (ef58 : 161) pendant qu'ils lui administraient une péridurale et qu'elle avait mal; *« J'étais bien choquée de ça; il me semble que c'est pas bien bien délicat, non ? » (ef58 : 162-163).*

Manon n'a pas aimé la fréquence élevée des examens vaginaux par différentes personnes¹¹⁹: *« Je me disais, ils peuvent pas comme alterner au lieu de le faire, à chaque*

¹¹⁹ On souligne dans le document de formation II que « l'intimité de la future mère peut être perturbée par trop d'examen vaginaux » (og 28). Et on précise les lignes directrices concernant ces examens dans le document de formation I (og 26b), soulignant l'importance « d'éviter les examens fréquents et inutiles ».

fois, les deux ?... mais je me disais « ça fait partie de la game », sinon j'aurais refusé » (ef62 : 202-203, 207). On lui en faisait parfois à quelques minutes d'intervalle seulement, et s'y succédaient l'infirmière, le médecin, la stagiaire. Le médecin : « *La prochaine contraction, je vais te faire un examen.* » (Le précédent : dix minutes avant). *Manon grimace.* (oa12 : 372-374). *Et quelques minutes plus tard : « Puis l'infirmière demande à la stagiaire (remarque : mais pas à Manon) si elle veut l'examiner. Elle dit à Manon : « Tu vas te tourner sur le côté »* (oa12 : 408-410).

Stéphanie aurait aimé que le médecin la prévienne juste avant de mettre la ventouse dans son vagin, car ce fut douloureux : « *Qu'est-ce que c'est que ça* » ?, eut-elle comme réaction. « *Tu vois rien et là, t'es comme dépossédée de la situation* » (ef61 : 586-587).

Ingrid trouve que l'attitude du médecin envers l'infirmière (engueulade décrite quelques pages plus loin) était de la « brusquer » et que cela n'avait pas sa place pendant un accouchement : « *Peut-être que c'est ça, « brusquer »?* (ef57 : 469). *Elle a dû se sentir mal, la pauvre* (ef57 : 451) [.] *tu mets toute l'équipe mal à l'aise* (ef57 : 521); *ça peut juste nuire à tout le fonctionnement* » (ef57 : 541).

Caroline n'apprécie pas la pression reliée à la proposition du médecin de faire une amniotomie, même si le médecin n'a pas insisté. Son conjoint est plus véhément :

C'est quoi le rush là ? Pourquoi mettre une pression comme celle-là ? C'est un événement particulier (l'accouchement). J'suis sûr que dans les maisons de naissance, ça doit être différent. Je pense que c'est le côté hospitalier là [...] l'institution de l'hôpital, pis la hiérarchie, pis les p'tites bobonnes du médecin que sont les infirmières puis lui il est le maître absolu; quand il rentre là « prépare les choses pour le docteur. » (ef54 : 533-540).

Par les accompagnantes

D'autre part, les femmes et les couples qui ont engagé une accompagnante pour être à leurs côtés pendant l'accouchement manifestent beaucoup d'appréciation pour ces accompagnantes, qui demeurent souvent les seules personnes qu'ils ont connues avant l'accouchement :

Stéphanie souligne qu'« *elle va pousser pour toi, te donner le dernier soupçon d'énergie quand tu es en train de lâcher [...]* elle aide ton conjoint, fait l'interface entre les médecins pis toi » (ef61 : 540-542).

Le conjoint de Dahlia a beaucoup apprécié l'accompagnante, en particulier pour toute l'information, les ressources fournies et la préparation antérieures à l'accouchement; il a aimé avoir « *quelqu'un à qui parler* » (ef59 : 213) et le fait que pendant l'accouchement elle ait été l'intermédiaire avec le personnel. Dahlia dit avoir apprécié d'avoir et l'accompagnante et l'infirmière, qui représentaient pour elle les deux pôles en termes de conception de l'accouchement, ce qui lui permettait de se situer, elle, relativement à ce qu'elle voulait. Elle n'a par contre pas aimé un moment de tension entre l'infirmière et l'accompagnante et dit avoir voulu alors « *juste fermer la porte pour ne plus entendre personne* » (ef59 : 322).

Simone a peur avant l'accouchement que la présence d'une accompagnante diminue l'implication de son conjoint mais elle considère que le contraire s'est produit; elle exprime beaucoup de reconnaissance envers son accompagnante. Elle avait conscience d'être plus dépendante (que d'habitude) lorsqu'elle était en travail et « *dans un moment émotif comme ça* », souligne-t-elle, elle appréciait particulièrement le soutien offert par son conjoint et par l'accompagnante (ef56 : 220).

Les seules notes négatives à propos d'une accompagnante viennent d'un moment de tension entre l'infirmière et l'accompagnante que Dahlia n'a pas apprécié ainsi que l'impression d'agacement que j'ai perçu d'une femme en travail, provoqué par le claquement des talons de l'accompagnante dans la chambre.

d. L'impact de comportements, un exemple

Par ailleurs, certains propos indiquent que ces femmes en travail ne se sont pas toujours aperçues de ce qui se passait autour d'elles, en particulier lorsqu'elles étaient en travail avancé, comme Ingrid qui n'a pas entendu la réaction fâchée du médecin envers l'infirmière (voir cet exemple quelques lignes plus loin). Certaines se sont même peu ou pas aperçues de ma présence, m'ont-elles dit en entrevue ou lorsque je les ai saluées après la naissance du bébé, quoique je les aie toutes saluées au cours des premières minutes de ma présence dans la chambre. Et même lorsqu'elles n'ont pas eu conscience de certains événements, cela ne veut pas dire que ce qui s'est passé ne les a pas affectées, indirectement. Ce fut peut-être le cas lorsque l'attitude d'une infirmière, l'infirmière d'Ingrid, a changé après qu'elle se soit faite engueuler par le médecin pour l'avoir appelé trop tôt, ce qui modifia de manière remarquable le climat dans la chambre. L'attitude du conjoint, jusqu'alors très patient, changea, ce qui modifia la relation entre Ingrid et son conjoint, comme on le voit dans l'extrait suivant et la suite de la description :

Douze minutes plus tard, le médecin entre dans la chambre. Il n'est pas content et le fait savoir à l'infirmière sur un ton et en termes non équivoques.

Dr – Tu m'as fait venir pour des petites décélérations ? (ton fâché)

Inf. – Le message était de te faire appeler. Dr – Ah, dis-moi qu'elle est complète et qu'elle pousse ! » (ton exaspéré)

Inf. – ... moi, j'ai un 8 cm.

Dr – C'est quoi le Synto?

Inf. – Il était à 12 parce que l'utérus relâchait pas bien.

Dr – Un p'tit bain tourbillon, peut-être ?

Le médecin ressort. (oa26a : 859-866)

L'attitude de l'infirmière change, immédiatement. Elle s'adresse à Ingrid et lui fait cette remarque surprenante : « *Tu te concentres pour passer de 8 à complète. Quand le médecin va revenir ici, c'est parce qu'on voit les cheveux. Je vais aller arranger le bain* » (oa26a : 867-868). L'attitude du conjoint change aussi. Alors qu'il avait été d'une patience et d'un soutien infinis depuis une douzaine d'heures, il donne pour la première fois l'impression d'être impatient. Il ouvre le robinet pour inciter Ingrid à uriner. Une fois l'infirmière revenue, il lui demande si de marcher ne serait pas préférable au bain. Elle ne répond pas, disant à Ingrid : « *Je veux que tu sois complète au sortir du bain tourbillon. Mon shift finit à 3h30. Je veux pas mettre de pression* » (oa26a : 878-879). Le couple sort de la chambre. Je les suis dans le corridor et j'entends gémir Ingrid et le conjoint lui répéter fortement, d'un ton quasi-fâché : « *Envoye en bas bébé, envoye en bas !* » (oa26a : 881-882). Quelques minutes plus tard, pendant que le couple est dans le bain tourbillon, l'assistante-infirmière-chef entend une femme crier (on peut l'entendre dans tout le corridor) et demande à la ronde : « *Qui est dans le bain tourbillon ?* » (oa26a : 1264-1265). L'infirmière va vérifier ce qui se passe. Au bout d'une demi-heure, le couple sort de la salle de bain et le conjoint me dit en passant : « *Elle me criait quasiment après* » (oa26a : 891), alors que je l'avais plutôt entendu lui, lui s'impatienter en route vers la salle de bain. Dans les minutes qui suivront, il manifestera encore des signes d'impatience, lançant à la ronde à un moment donné : « *Je l'ai frottée en C.... depuis 9 heures hier soir que je la frotte !* ». (oa26a : 906)

Chose étrange, en entrevue, Ingrid s'attribuera l'impatience et dira qu'elle a « crié après » son conjoint, « *pauvre lui* », ce qui ne lui arrive jamais. Elle l'a peut-être fait une fois dans le bain tourbillon, mais c'est plutôt lui que j'ai entendu s'impatienter dans le corridor.

Les observations menées dans le cadre de cette étude indiquent que la satisfaction des femmes relativement à leur accouchement provient principalement de deux sources : 1) le caractère familial de l'événement que permet le milieu, par exemple la possibilité pour le conjoint d'être avec elles et le bébé la nuit, possibilité favorisée par le séjour en chambre unique et la présence d'un lit double (ou simple avec matelas séparé) qu'on y trouve; 2) les qualités humaines et professionnelles des médecins, des infirmières et des accompagnantes, qu'elles apprécient, ce qui souligne l'importance de la relation avec ces intervenant-e-s pour les femmes.

Si ces femmes (et ces couples) expriment en entrevue leur satisfaction concernant l'accouchement et le personnel de l'hôpital, ils critiquent aussi certains comportements manifestés lors de l'accouchement et parfois lors de leur séjour hospitalier pendant la période post-partum. Ces insatisfactions traduisent pour les femmes 1) un manque de respect envers elles comme êtres humains dans ce qu'elles vivent (recevoir une péridurale et entendre ceux qui l'administrent jaser de tout et de rien; être jugée pas assez souffrante pour recevoir une péridurale quand on la demande); 2) une violation de leur intégrité physique (douleur infligée lors d'examens vaginaux fréquents ou de l'utilisation du Doppler) ou psychologique (pression pour manger ou toucher le bébé, violation de parties intimes (examens vaginaux fréquents), dénigrement touchant la capacité à allaiter, ou jugement sur la capacité d'un couple à planifier les naissances) et 3) à un moindre degré cependant, un manque de respect du processus naturel de l'accouchement. Comment pourrait-on maintenant expliquer comportements et perceptions des femmes ?

B. Réflexions sur les réactions des femmes pendant et après leur accouchement

*« We have to understand how the young generation has changed »
(Somerville, 2003)*

Une des surprises de cette étude fut pour moi la réaction de la plupart des femmes à la fois lors de leur accouchement, relativement à la « gestion » de celui-ci, réaction que j'ai interprétée comme une absence relative de réactions, et dans l'entrevue que j'ai faite avec chacune d'elles quelques mois après l'événement¹²⁰. J'ai constaté un état de satisfaction et une acceptation presque totale de ce qui était arrivé durant leur accouchement, à l'exception de certains incidents qu'elles ont peu appréciés et dont il a été question

¹²⁰ Il se peut cependant que mon expérience professionnelle et des milieux où l'on s'occupe de l'humanisation de la naissance ait teinté ma perception des réactions des femmes. Je suis en effet habituée à côtoyer des femmes critiques envers les pratiques obstétricales.

précédemment. Cette constatation va dans le même sens que la constatation de l'auteure d'une thèse en cours sur le consentement éclairé durant l'accouchement, Marlène Cadorette, qui a interviewé au Québec des femmes sur leur accouchement en 1999 et 2000. Elle concorde aussi avec le résultat de sondages sur la satisfaction des femmes après l'accouchement. Dans *Accoucher autrement*, Denise Piché précise que les femmes se disent très satisfaites de leur accouchement lors de tels sondages

[...] par l'importance qu'elles attachent à l'événement et à son succès ainsi que par la force qu'exerce le cadre de comportement, pour qu'elles jouent le mieux possible leur rôle de bonnes patientes et pour qu'elles adoptent les valeurs dominantes du système. (Piché, 1987, p. 323).

La normalisation de l'accouchement par l'humanisation des pratiques qui a eu lieu à des degrés divers au Québec depuis une vingtaine d'années, pourrait avoir joué un rôle dans cette relative absence de réactions, un peu comme si l'environnement de l'accouchement et les attitudes des intervenant-e-s s'étant améliorés, on se contente de ce que l'on a¹²¹, ignorant ce qui aurait pu être possible. Dans notre société, peu de femmes connaissent en effet d'autres manières de mettre un enfant au monde que ce qui est véhiculé par les médias notamment et que ce qui a lieu en centre hospitalier.

La satisfaction relative aux soins reçus dans le système de santé est une question complexe. Van Teijlingen et ses collègues (2003) sont d'avis qu'il peut exister un « biais de gratitude » (« *gratitude bias* ») (p. 76) chez les utilisateurs de services de santé. Les résultats de leur étude écossaise sur la satisfaction vont dans le même sens que plusieurs études sur le sujet, soit un taux élevé de satisfaction (80 %). Ils concluent qu'on ne doit pas se fier à ce genre de résultats pour modifier les services puisque les usagers tendent à valoriser le statu quo plutôt que des innovations dont ils n'ont pas fait l'expérience : « *Due to the lack of choice, expectations can be low and women may report higher satisfaction because of this* » (p. 76). Ils rappellent ce que Porter et McIntyre concluaient en 1984 : « *What is, must be best* ». Un des facteurs relevés dans leur étude est le fait que plus le nombre d'intervenant-e-s est bas, plus grande est la satisfaction. Ce facteur peut contribuer à la satisfaction des participantes de mon étude, puisque le site choisi n'est pas un gros centre hospitalier et que l'on n'y trouve pas de résidents en médecine. Le nombre d'intervenant-e-s y est donc restreint.

¹²¹ Il demeure cependant que ce qui se passe dans ce centre hospitalier est supérieur, en termes d'humanisation, à ce qui se passe dans bien des centres hospitaliers québécois, selon les résultats de ma pré-enquête et si on regarde les taux d'interventions obstétricales des CH québécois.

Louis Rocheleau, dans son étude sur les attentes et les besoins des femmes en périnatalité, souligne que

[...] bien peu parmi (les études) soulèvent la question du caractère multidimensionnel de l'expérience de la grossesse et de l'accouchement. Il est en effet possible, pour les femmes, d'être satisfaites sur certains aspects de l'expérience et simultanément d'être insatisfaites sur d'autres (Rocheleau, 2001, p. 46).

Rocheleau cite Waldenström et ses collègues, auteurs d'une étude sur la satisfaction des femmes ayant accouché (qui apparaît dans les références de cette thèse). Ces chercheurs concluent que « *The study showed that negative and positive feelings can coexist, thus confirming the multidimensional character of the birth experience* » (Waldenström et coll. 1996b, p. 153).

J'aimerais d'abord examiner dans ce qui suit comment on pourrait « expliquer » – si tant est qu'une étude qualitative puisse « expliquer » – ces attitudes des participantes dont j'ai observé l'accouchement. Seront explorés principalement deux niveaux de facteurs : le cadre dans lequel ces femmes mettent au monde leurs enfants et son influence sur leurs comportements, ainsi que ce qu'on pourrait qualifier de « caractéristiques générales » et non individuelles des femmes. On comprendra que ces deux niveaux s'influencent mutuellement. Ces réflexions sont offertes comme pouvant aider à la compréhension et non comme des facteurs proprement explicatifs, étant donné la nature de cette étude.

Avant d'explorer ces questions, demandons-nous si le contrôle des femmes sur leur vie s'étend à l'accouchement.

La naissance d'un enfant ne se situe pas dans un vacuum, à la fois pour la femme, le couple, la famille élargie et la communauté. De nos jours, les femmes de nos sociétés sont de plus en plus en mesure d'exercer un contrôle réel sur leur vie. Elles sont de plus en plus présentes sur le marché du travail, elles décident si elles veulent ou non des enfants, elles utilisent des moyens contraceptifs afin d'avoir des enfants seulement si et quand elles le désirent. Le fameux « nous aurons des enfants si et quand nous le voulons », motto féministe de naguère, est toujours d'actualité et reconnu dans notre société. Ce contrôle qu'elles exercent sur leur vie, elles veulent l'étendre aussi à la naissance de leur enfant. Certaines par exemple (mais pas les participantes observées, au contraire) demandent que l'on déclenche leur accouchement. Mais des options leur échappent : au Québec, les femmes n'ont pratiquement pas le choix du lieu de naissance, si on excepte les quelque centaines de femmes qui peuvent accoucher en maison de

naissance chaque année. Les femmes accouchent donc en centre hospitalier. Y ont-elles un pouvoir décisionnel sur la manière dont elles accouchent ?

Lors de l'accouchement, on a vu que la liberté qui leur est accordée lorsqu'elles sont en travail concerne essentiellement le ou les moyens auxquels elles veulent avoir recours pour soulager la douleur des contractions. Si elles veulent avoir recours à des approches dites alternatives, elles peuvent le faire, dans les limites de ce qui est disponible, ce qui serait déjà plus que dans bien des centres hospitaliers québécois selon les résultats de la pré-enquête que j'ai faite avant cette étude ethnographique. Si elles désirent des moyens pharmacologiques, elles peuvent aussi les obtenir, dans les limites de ce que favorisent les infirmières et leur médecin ou le médecin de garde. Par contre, les femmes semblent avoir peu de contrôle sur les routines et les interventions susceptibles d'affecter le déroulement de leur accouchement. Elles ne semblent pas trop s'en offusquer. Et celles qui auraient préféré autre chose sont déçues mais elles ne manifestent pas sur le moment leur refus de manière répétée et sans équivoque, sauf dans un cas, celui de Caroline.

D'un côté les femmes exercent en général un plus grand contrôle sur leur vie, mais de l'autre, lors de l'accouchement, elles continuent d'être contrôlées et ce, depuis que l'accouchement s'est médicalisé, soit pratiquement depuis qu'il a été transféré en centre hospitalier. On pourrait se demander pourquoi elles semblent accepter un tel contrôle. Plusieurs facteurs pourraient être en cause.

a. Le rôle de l'environnement

Deux facteurs provenant de l'environnement pourraient jouer un rôle : le cadre dans lequel l'accouchement se déroule et l'attitude des intervenant-e-s.

Le cadre hospitalier : une influence qui rend la femme « patiente » ?

Il y a d'abord l'influence de ce que Piché a appelé « la force de coercition du cadre de comportement » (1987, p.318), cadre qu'elle définit – inspirée de Barker (1968) – comme « *l'ensemble permanent ou récurrent des rôles et des règles qui prévalent dans un endroit à un moment et qui expliquent que les gens, selon le rôle qu'elles jouent, sont enclins à agir de façon similaire [...] la force du cadre de comportement est telle qu'il y est difficile de lui échapper* » (Piché, 1987, p. 318). Les femmes accouchent donc en centre hospitalier. Souvent, c'est leur première expérience d'hospitalisation. Elles sont peu familières avec le lieu, les acteurs, les coutumes. Elles adoptent donc – même si elles ne sont pas malades – le rôle de malade (*the sick role*), d'abord défini par Parsons. Ce rôle, selon Lacourse, « *se définit fondamentalement par la soumission à l'obligation de soins*

[...] en contrepartie cette personne est déresponsabilisée face à sa maladie et requiert de la compassion » (Lacourse, 1998, p. 24). Une étude comparative sur les soins en clinique et à domicile (soins généraux) a décrit une des influences du cadre sur les comportements à la clinique :

That the physician is dressed, standing, and moving about at will while the patient is usually undressed, prone, and relatively motionless creates an immediate social distance between the two (that) may be heightened by the introduction of various medical technologies. (Sankar, 1988, p. 165).

Dans mon étude, j'ai constaté par exemple que les participantes demandent, pendant qu'elles sont en travail, des permissions que dans un autre contexte (chez elles par exemple), il ne leur viendrait pas à l'esprit de demander : elles demandent si elles peuvent se lever, se tourner, aller marcher, etc. Et elles acceptent ce qu'on leur propose, ou ce qui leur est fait, comme si signer à leur admission un formulaire de consentement général aux soins rendait caduque la possibilité de décider quoi que ce soit, relativement à la plupart des pratiques entourant l'accouchement. En entrevue, un obstétricien-gynécologue parle de l'« entente tacite » qui existerait entre ses « patientes » et lui, pour qu'ils puissent « mener le tout à bon port » (em47 : 259). Ses propos sous-entendent-ils une acceptation tacite ?

L'étude de Rocheleau sur les attentes et les besoins des femmes en périnatalité souligne que « l'intégration du rôle de malade par les femmes est un phénomène encore dominant » (Rocheleau, 2001, p. 112).

Par ailleurs, comme Marlène Cadorette dans sa thèse sur le consentement éclairé l'indique, certains croient qu'il existe une ambiguïté autour du statut de la femme enceinte¹²² dans notre société : est-elle dans une certaine mesure plus limitée, ou même, pas nécessairement en mesure de décider ? Cadorette (2004) précise que si le contexte de l'accouchement ne favorise pas nécessairement la demande d'information par la femme enceinte, l'information doit quand même lui être fournie. Sa recherche montrerait¹²³ que le manque d'autonomie de la femme qui accouche pourrait être cautionné jusqu'à un certain point par la jurisprudence, qui varie à ce propos. Les césariennes faites par ordre du tribunal pourraient être une manifestation de ces croyances. Et selon Eakins, le fait de se retrouver à l'hôpital n'arrange rien : « *becoming a patient involves a change in social*

¹²² Le statut du patient en général demeure aussi ambigu, comme lorsqu'un patient refuse une transfusion sanguine, à cause de ses croyances religieuses.

¹²³ La thèse de Marlène Cadorette est en cours. La source de cette affirmation est une communication personnelle de l'auteure, à l'automne 2003.

and moral status » (Eakins, 1986, p. 10). Dans ce milieu où la répartition du pouvoir est inégale, et la structure, hiérarchique, la parturiente se retrouve au bas de l'échelle, sous les ordres de l'infirmière, elle-même sous les ordres du médecin. Elle manifeste donc un comportement d'obéissance à l'autorité, que celle-ci soit de l'infirmière ou du médecin. J'ai pu constater ce comportement d'obéissance aussi chez des accompagnantes, qui n'ont que très peu de pouvoir en centre hospitalier, ainsi que chez les infirmières relativement au médecin.

Dans ce cadre, on s'attend à ce que les femmes soient passives : «*Evidence suggests that women are still expected to be passive in the labour theatre [...] historically the medical definition of care demanded that patients be compliant and obedient* » (Churchill, 1995, p. 32). Cette docilité, accompagnée de la peur de déplaire, et qui s'étend aux infirmières dans ce système hiérarchique, est d'ailleurs, historiquement, une caractéristique du sexe féminin, à tout le moins de l'éducation qu'on leur donne, et que l'on retrouve pendant qu'elles accouchent : «*Women under medical authority do not do, do not even dare to think about doing, or ask for permission to do, and anyhow usually would not be allowed to do, what would come naturally in childbirth* » (Reid, 1997, p. 15).

Les auteures d'une étude ethnographique sur la pratique des sages-femmes au Royaume-Uni, Hunt & Symonds (1995, p.16), soulignent que «*people "obey doctors" orders" or "take professional advice" simply because of this acceptance of authority based upon expertise, experience and superior knowlege* ». Elles précisent que ce n'est pas le professionnel comme individu qui se dit investi de cette autorité mais la personne comme représentant l'autorité professionnelle.

Un milieu hospitalier trop confortable et des intervenant-e-s trop gentil-le-s¹²⁴ ?

Il me semble que la réponse à certaines demandes relatives à l'accouchement, soit les changements ayant eu lieu dans ce département d'obstétrique, rend peut-être plus difficile l'expression d'insatisfactions de la part de la clientèle. Plusieurs femmes ou couples sont impressionnés par les lieux, les belles chambres, les bains tourbillons. On peut le lire dans les notes écrites par la clientèle dans le cahier mis à sa disposition. Et comme le personnel de ce département d'obstétrique est généralement gentil, qu'il s'agisse des infirmières ou des médecins, il m'apparaît plus difficile que l'on puisse s'opposer à quoi

¹²⁴ Je rappelle ici que le besoin d'être aimé constitue un besoin primaire fondamental chez l'être humain, selon Maslow, et que l'étude exploratoire de Rocheleau (2001), au Québec, souligne que les besoins affectifs viennent au premier plan des besoins exprimés par les participantes interviewées.

que ce soit dans cette ambiance et dans ce cadre. Comme me le dit une femme dans la cinquantaine qui a accouché dans les années 70 et 80, « *ça a tellement changé; à mon premier accouchement, j'étais attachée et c'était 'tais-toi et accouche* »; à mon second, *c'était mieux, et à mon 3^e, encore mieux, les gens étaient fins* » (Loranger, 2003).

Par ailleurs, dans son étude sur les relations entre les femmes et les sages-femmes, Nadine Edwards souligne la difficulté pour les femmes de s'opposer. Elle rappelle que les femmes, pour exercer leurs droits, doivent confronter les intervenant-e-s, ce que bien des femmes veulent éviter, désirant maintenir une relation harmonieuse avec leur sage-femme et ce, même dans le cadre d'un accouchement à leur domicile. (Edwards, 2000).

b. Les facteurs reliés aux femmes

Quels sont les facteurs reliés aux femmes qui seraient susceptibles d'influencer leur attitude et leurs réactions ?

Des femmes n'en sachant pas assez, à l'ère de l'information ?

Un élément relié à la capacité de s'affirmer et à l'exercice de ses droits est l'information. Bien qu'elles aient souvent recours à différentes sources d'information (livres, médias, cours prénataux), les femmes en travail ne possèdent pas toutes les connaissances qui leur permettraient d'interagir de manière plus égalitaire avec les intervenant-e-s, dont elles ne contestent pas l'autorité, disant par exemple « *ils savent ce qu'ils font* ». Et comme l'information qui leur est donnée en travail est souvent partielle ou 'orientée' de façon à ce qu'elles acceptent ce qui leur est suggéré, ce n'est pas en travail qu'elles auront ce qu'il faut pour décider, dans ce contexte :

À l'hôpital, la parturiente n'a plus le choix de refuser ou d'accepter tel traitement; si en principe, elle le peut, en pratique, son manque d'information et l'état de crise dans lequel elle se trouve la rendent dépendante du personnel médical et ne lui permettent pas d'exercer son jugement (Laurendeau, 1978, p. 83).

Cadorette souligne aussi que « *un certain nombre de femmes auraient voulu plus d'information mais ne l'ont pas demandé car elles croyaient que les soignants étaient trop pressés ou bien parce qu'elles étaient trop fatiguées pour le faire* » (Cadorette, 2004).

Des femmes en travail, pas le moment idéal pour s'affirmer ?

En effet, être en travail actif, et particulièrement en travail actif avancé, n'est pas précisément le moment où une femme peut revendiquer quelque chose – non qu'elle ne

soit pas en mesure d'exercer son jugement, comme Laurendeau l'avance, mais parce que ce qu'elle vit et traverse demande la mobilisation de toutes ses énergies physiques, psychiques et mentales. Comme le dit Stéphanie, une participante, « *ma capacité de me battre, je l'avais plus* » (ef61 : 351-352). Certaines femmes réussissent exceptionnellement cependant à réagir¹²⁵.

Des femmes stressées qui bénissent la prise en charge par l'hôpital ?

On pourrait se demander, au-delà de l'influence du contexte hospitalier et du fait de l'intensité du travail, pourquoi les femmes acceptent ainsi d'être prises en charge. Une infirmière lors de mon étude se demande ce qui se passe : « *Tu te poses des questions. Tu te dis : mon Dieu, les femmes c'est-tu toutes ça qu'elles veulent ? Je me dis, on est peut-être rendues là Est-ce un retour de prise en charge ?* » (ei34 : 480-482). L'une des participantes de l'étude, Guylaine, dit avoir aimé en partie qu'on la prenne en charge, et ne pas avoir aimé par ailleurs que certaines choses lui soient plus ou moins imposées. Peut-être une partie de l'explication réside-t-elle au niveau macro, soit au niveau sociétal ? Selon un des médecins interviewés, Noémie, les jeunes femmes, les jeunes mères, vivent énormément de stress dans notre société. Elles se retrouvent, mal préparées et sans soutien, seules avec un bébé et de jeunes enfants. Elles cumulent travail rémunéré et tâches domestiques et elles courent de l'un aux autres. Une enquête récente a d'ailleurs montré qu' « *au cours des années 90, le niveau de stress de la population canadienne n'a cessé d'augmenter, surtout celui des femmes. En 1998, 51,2 % des Canadiennes âgées de 25 à 54 ans et salariées à temps plein souffraient de stress chronique (45,9 % en 1992)* » (Borde¹²⁶, 2003, p. 15).

Peut-être, à l'instar de leurs grands-mères qui pourraient avoir choisi l'hôpital comme lieu d'accouchement afin de se reposer de leur nombreuse progéniture et des tâches qui les attendaient à la maison, les générations de femmes qui donnent naissance, en ce début du millénaire, aspirent-elles à ne plus avoir à décider (« gérer ») quoi que ce soit – outre la péridurale – même lors de leur accouchement ? Peut-être, même avant de devenir mères, pour certaines, leur est-il nécessaire de mettre, pour quelques heures ou quelques jours,

¹²⁵ C'est ainsi qu'une femme en travail, accompagnée, décida de changer d'hôpital en plein travail parce qu'elle n'aimait pas l'attitude du médecin de garde à son égard (ea51 p. 25-26). On l'accueillit dans le nouveau CH - le site que j'ai observé - comme « l'évadée de l'hôpital X » et elle y eut un accouchement qui correspondait à ses volontés.

¹²⁶ Borde fait état de l'étude de Lynn Lethbridge, de l'University Dalhousie, à Halifax, étude publiée en mai 2003. Comme cette étude m'intéresse, j'ai communiqué avec l'auteure, pour avoir la publication, mais je n'ai pas obtenu de réponse.

le contrôle de côté et se laisser « mater », comme on sait le faire dans ce centre hospitalier ?

Des femmes manquant de confiance dans leurs capacités à donner naissance ?

Ou serait-ce, comme certains croient, que les femmes manquent de confiance en elles pendant l'accouchement, et surtout, dans leurs capacités à mettre au monde leur enfant, et qu'elles sont donc facilement influencées par ce que leur disent les intervenant-e-s ? Une des constatations des sages-femmes québécoises, à qui l'on reprochait, pendant l'expérimentation dans les projets-pilotes, de prendre beaucoup de temps avec leurs clientes en maisons de naissances lors des consultations prénatales, est qu'une bonne partie de ce temps est consacré à rebâtir la confiance des femmes en leurs capacités d'accoucher, confiance grandement érodée dans notre société et depuis que la médecine a pris le contrôle de cet événement (Brabant, l., comm. pers. 2000). Une autre sage-femme, auteure d'un mémoire récent sur la pratique des sages-femmes, Kerstin Martin (2002), met en lumière non seulement l'importance de « prendre le temps », mais le rôle de la conversation dans la prise de pouvoir de la femme enceinte relativement à sa situation. Selon elle, un manque de confiance fait que les femmes n'exercent pas leur pouvoir. Elle remarque dans son étude de terrain que la stratégie des sages-femmes pendant les consultations prénatales est principalement de

[...] pay attention to hints of growing self-confidence and encourage any expression of knowledge, strength or ability on the part of the client herself [...] (the) clients' own knowledge of their bodies, the wisdom of their feelings [...] the memories, perceptions and instincts which could be their own base for confidence. (Martin, 2002, p. 103).

Et d'autres sages-femmes – d'Europe cette fois, où dans plusieurs pays la pratique des sages-femmes est plus médicalisée¹²⁷ que la pratique des sages-femmes québécoises - reconnaissent leur responsabilité dans le manque de confiance des femmes :

Très souvent les femmes nous font peur. Nous n'avons aucune confiance en elles, ni dans leur savoir intime [] Pour la plupart (des intervenant-e-s) il existe un grand danger à reconnaître la réalité de ce savoir : on l'empêche de faire surface, et lorsqu'il apparaît, on fait tout pour l'enfoncer. (Dauphin, 2003, p. XXII).

Serait-ce en partie pour cela que les femmes ont de la difficulté à se faire entendre ? Ou que Caroline, la seule femme de mon étude qui refuse une intervention médicale, a développé une confiance en elle-même et en l'accouchement, car elle avait été

accompagnée (à l'hôpital) par une sage-femme québécoise lors de ses précédents accouchements ?

Lors des entrevues avec les infirmières, l'une dit que « *la plupart des patientes ne savent pas ce qu'elles veulent* » (ei31 : 558). D'autres insistent sur les différences entre les femmes qui, lors des premières années de la nouvelle philosophie, insistent sur ce qu'elles veulent (en fait leurs demandes étaient alors centrées sur l'accouchement naturel) et les générations actuelles. L'une dit que les femmes plus vieilles sont plus insécures et plus douillettes, l'autre, au contraire, que les plus jeunes le sont : « *Sont pas habituées à avoir mal, hein ? Maman, papa, la société ont fait en sorte que les jeunes ont pas connu ça la difficulté, la douleur* » (ei36 : 109-110). Un médecin souligne le changement de mentalité relativement à la péridurale, encouragé par l'accroissement du nombre d'anesthésistes et les valeurs personnelles de certains médecins : « *Paye-toi donc la traite (d'une péridurale)* » (em48 : 522) semble être ce qui est dit aux femmes à la fois par leur entourage et parfois par le médecin. Le docteur Lisane Papin me soulignait en 2004 que l'entourage influe de manière importante sur le choix des femmes.

Des femmes aux prises avec la peur ?

Au-delà de l'influence de leur entourage et du personnel médical, il me semble que l'un des facteurs majeurs susceptibles d'être à l'origine du comportement docile des femmes est la peur. Même elle ne croit pas que les femmes enceintes perdent leurs capacités habituelles, cette intervenante constate une certaine fragilité chez elles :

La femme enceinte a un psychisme plus fragile, et durant le dernier trimestre, elle est soumise à des angoisses parfois importantes. Entre les phobies de l'accouchement, avec des idées de mort, de douleurs insurmontables et celles de l'anormalité de l'enfant, il n'est pas étonnant que la femme demande un déclenchement (pour que ce soit fini) et (ou) une analgésie péridurale qui peut la rassurer, puisqu'elle aura l'impression d'être maître de son corps. (Bérard, 2000b, p. 14).

Une infirmière me dit que des femmes ont une peur extrême de l'accouchement. Ces peurs pourraient être entretenues par ce que des participantes me disent avoir regardé, durant leur grossesse, pour se préparer à l'accouchement : les émissions de la chaîne américaine TLC, telles *Labor and Delivery*, *The Maternity Ward* ou *Baby Stories*. Pendant mon étude, j'ai donc regardé plusieurs de ces émissions, et j'ai constaté qu'elles présentaient non seulement une image très médicalisée de l'accouchement (à ce titre le site que j'ai observé aurait des leçons à donner aux centres hospitaliers américains), mais

¹²⁷ Voir l'étude de Akrich et Pasveer.

qu'elles montrent beaucoup d'histoires d'horreur, d'accouchements avec complications, ce qui ne doit pas contribuer à rassurer toute femme enceinte, en particulier lorsqu'elle n'a jamais accouché.

Par ailleurs une enquête menée en France en 1997 révèle que la moitié des femmes ont peur d'accoucher, 22 % de mourir et 35 % de perdre leur enfant (Bronner¹²⁸, 1997). Ce sont d'ailleurs ces peurs qui ont fait accepter à la participante Louise le déclenchement artificiel du travail (de routine), qu'elle ne souhaite pas, soit la peur d'un risque qu'elle croit exister pour son bébé : « *C'était peut-être pas bon pour le petit que j'attende plus longtemps* » (ef60 : 322-323). L'hôpital est pour les femmes (ou leur conjoint, comme on l'a vu à travers certaines remarques de conjoints), un lieu qui offre la sécurité, depuis qu'on les a enjoins d'y aller mettre au monde leurs enfants :

All the factors which historically brought women to hospital are still present. It is still believed to be a « safer » place¹²⁹, the provision of pain relief is expected, medical control of the birth is unquestioned and the authoritative presence of (the professional) automatically assumed. (Hunt & Symonds, 1995, p. 17).

L'étude de Rocheleau (2001) révèle aussi la présence de la peur parmi les états affectifs des femmes : la peur de l'inconnu, la peur quant à leur capacité d'assumer le rôle de parent, la peur quant à la santé du bébé. Certaines peurs persistent même après l'accouchement. Un état de sensibilité accrue et le sentiment de ne pas être comprise émergent aussi des propos des participantes de mon étude.

Rocheleau dégage trois facteurs entrant en jeu dans ce qu'il appelle « *l'induction de la peur* » :

Il y a en premier lieu, le renseignement lui-même qui est généralement livré [...] sans nuance ou sans ordre de grandeur. Ce premier facteur est aussi renforcé par le fait qu'il est aussi livré de façon spontanée par le médecin laissant ici l'impression qu'il s'agit d'un renseignement majeur puisque, parmi l'ensemble des sujets qu'il était possible de traiter, c'est celui-là que l'expert a précisément choisi. Enfin, l'insécurité vécue par les femmes face à l'inconnu fait en sorte que celles-ci sont à l'affût de tout renseignement qui pourrait leur révéler la présence d'un danger et ce, même si pour le médecin le renseignement peut sembler anodin. (Rocheleau, 2001, p. 80).

C'est ainsi que des propos rapportés dans cette étude aux chapitres 3 et 4 peuvent provoquer la peur chez les femmes; par exemple un médecin qui souligne alors que

¹²⁸ Bronner parle de l'enquête du magazine français *Top Santé* de mai 1997.

¹²⁹ Le sondage d'octobre 2003 commandé par la CMQ le souligne (83 % des Québécois le croient).

Mélanie est en train de pousser qu'il « *ventile tous les bébés, ces temps-ci* », ou l'infirmière qui souligne à Jasmine que si on attend, son accouchement risque d'être long.

Les peurs ressenties par les femmes ont souvent été semées pendant leur grossesse. Non seulement elles n'échappent pas à la classification axée sur le risque (où on ne retrouve pas de catégorie « sans risques »), mais elles doivent se soumettre à des tests de plus en plus nombreux pour dépister ceci ou cela, on leur enjoint de faire ceci ou de ne pas faire cela, allant presque par exemple jusqu'à leur interdire la moindre goutte d'alcool pour éviter le syndrome d'alcoolisme fœtal¹³⁰. Bref il s'agit d'un discours axé sur le risque mis en évidence dans les années 80 par la sociologue québécoise Anne Quéniart et de plus en plus présent vingt ans après. Et comme Maria De Koninck, auteure d'une thèse sur la césarienne (1988), le dit lors d'un colloque sur la périnatalité¹³¹ : tel qu'enseigné par le milieu médical, « *les femmes en arrivent à se percevoir comme le danger de la reproduction; leur corps est perçu comme menaçant pour l'enfant* »; elles acceptent donc les interventions pour le « sauver ».

Cette réaction fréquente des femmes, soit croire qu'elles-mêmes ou leurs bébés ont été « sauvés » de complications se produisant pendant leur accouchement¹³², n'est pas surprenante, dans le système de soins obstétricaux, et ceci, pour les raisons suivantes: d'une part de nombreuses interventions ou médicaments utilisés en obstétrique comportent des risques de complications pour la santé de la femme et du fœtus. D'autre part les femmes ne possèdent pas de connaissances suffisantes sur ces risques d'effets secondaires ou iatrogènes. C'est un domaine où l'information est inadéquate, comme on l'a vu au chapitre précédent et comme l'étude de Cadorette tendrait à le montrer. L'information ne leur est pas souvent fournie pendant leur travail et encore moins après une complication. Il n'est pas surprenant, dans ce contexte, qu'elles ignorent que la 'complication' dont la ventouse, par exemple, ou la césarienne, l'ont « sauvée » peut provenir de l'amniotomie de routine, ou du déclenchement artificiel du travail, ou bien du Syntocinon administré de manière libérale, ou encore du narcotique (Nubain) administré

¹³⁰ Je l'ai constaté à la lecture du récent dépliant du MSSS sur l'alcool et la grossesse. Je suis consciente de l'existence de ce syndrome, mais trouve exagérée l'interdiction de toute goutte d'alcool pendant la grossesse.

¹³¹ Il s'agit d'un colloque qui a eu lieu au Québec dans les années 90. J'avais noté ses paroles, mais j'ai égaré les coordonnées du colloque.

¹³² Je reconnais le fait qu'effectivement, il arrive que l'on sauve des femmes et des bébés de complications 'naturelles' de l'accouchement, grâce à l'évolution de l'obstétrique.

de manière tout aussi libérale, sans compter la péridurale. Donc ces complications peuvent être d'origine iatrogène¹³³.

Je prends pour exemples les césariennes de Manon et de Louise. À première vue, ces deux césariennes peuvent avoir été effectuées à cause de complications fréquentes de l'accouchement : Manon pour disproportion fœto-pelvienne (elle a eu un gros bébé) et Louise pour décélérations précoces du rythme cardiaque de son bébé, décélérations reliées selon les intervenant-e-s, à la compression du cordon ombilical (son bébé est né avec le cordon enroulé autour des jambes). Il s'agirait donc de situations imprévisibles et pouvant se produire dans tout accouchement. Mais si on tient compte de ce que les études ont révélé des effets de la péridurale dans le cas de Manon et les effets de l'amniotomie et de l'administration du Syntocinon dans le cas de Louise, la perspective change. Les études dont il est question dans le livre de Enkin et collègues (2000) soulignent que l'amniotomie (Louise) peut, notamment, entraîner des décélérations précoces du rythme cardiaque du bébé. Enkin et coll. expliquent cette possibilité ainsi : « *The view that amniotomy predisposes to (this) is largely based on potential cord compression due to diminished amniotic fluid volume* » (p. 387). De plus, l'amniotomie peut augmenter le risque d'une césarienne. Par conséquent les décélérations du rythme cardiaque du bébé de Louise pourraient être reliées à l'amniotomie et sa césarienne être iatrogène. Et en ce qui concerne Manon, la péridurale peut ralentir le travail et nuire à la rotation de la tête du bébé. Si ceci s'est produit, peut-être que sa césarienne aurait pu être évitée en l'absence d'administration d'une péridurale. Ni Manon, ni Louise n'ont eu toute l'information qui leur aurait permis de prendre une décision éclairée relativement à ces interventions ni avant, ni pendant l'accouchement. Louise demeure persuadée que son bébé a été « sauvé » :

Et de toutes façons, quand j'y pense, il avait le cordon alentour du corps. Je suis contente d'avoir été provoquée ce jour-là. Parce que si ça avait été deux ou trois jours (de plus), peut-être que le cordon aurait fini par se détacher [...] et j'aurais eu plus de problèmes. (ef60 : 357-361)

Quand ils ont commencé à parler de césarienne (et qu') il y avait une chance qu'il ait le cordon enroulé, je n'avais aucun regret d'avoir une césarienne : faites-moi une césarienne et ça presse ! (ef60 : 373-376)

Et Manon demeure persuadée que c'est parce que son bébé était gros (environ 10 livres) qu'elle a eu une césarienne, tout comme pour le premier (où elle avait eu aussi une

¹³³ L'ouvrage du docteur Murray Enkin et ses collègues, *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth* (2000), fait le point sur les risques de complications entraînés par les interventions en obstétrique.

péridurale) : « *le premier il avait 9 livres et plus alors il passait pas. Le travail avait cessé, ça fait que j'ai eu une césarienne* » (ef62 : 29-33). Elle avait pourtant eu deux autres, enfants, de gros bébés aussi, par voie vaginale.

Ces peurs éprouvées par les femmes pendant leur accouchement ne peuvent pas non plus être dissociées du contexte général de notre société, où le sentiment d'insécurité croît, où on s'efforce d'éliminer tous les risques, de quelque nature qu'ils soient : « *La naissance est-elle trop médicalisée? Ou est-elle simplement et logiquement l'objet de mesures drastiques qui s'imposent dès lors que la sécurité devient un enjeu prépondérant dans notre société ?* », s'interroge le docteur Munos (Munos, 1997, p. 60).

De Koninck (1988) par ailleurs constate dans sa thèse sur la césarienne à quel point les femmes ont intégré le discours médical sur la grossesse et l'accouchement, donc l'importance du risque de l'accouchement et par conséquent, elles acceptent ce qui se passe durant celui-ci sans esprit critique. Et selon Roché, le fait que tous les membres de la société partagent les mêmes croyances relativement aux sources d'insécurité (même s'ils n'ont pas tous peur) fait la force de la problématique sécuritaire, qui ordonne le monde environnant (Roché, 1993).

Ces réflexions sur les perceptions des femmes m'amènent à résumer ainsi les facteurs qui pourraient les influencer. Ils sont de trois ordres. Au niveau macro, soit celui de la société dans laquelle elles vivent, les réactions des femmes pourraient s'expliquer d'une part par les caractéristiques de la vie en Occident, soit un rythme de travail qui n'arrête pas de s'accélérer et un stress grandissant qui pourraient conduire les femmes à être tentées de se faire prendre en charge pendant les quelques heures de l'accouchement et les quelques jours de leur séjour à l'hôpital; de plus, la culture dans laquelle baigne notre société relativement à l'accouchement est celle d'une société où la médecine « sauve » des vies et où la technologie règle tous les problèmes. C'est aussi une société où l'obsession de la sécurité règne, en particulier pour tout ce qui touche la santé. La grossesse et l'accouchement n'échappent pas à ce phénomène, d'autant plus que les couples n'ont de nos jours qu'un ou deux enfants, exceptionnellement plus; c'est dans cette société que vit aussi l'entourage¹³⁴ des femmes enceintes, entourage influencé par les valeurs dominantes et la conception qui règne de l'accouchement.

¹³⁴ Le docteur Lisanne Papin me souligne l'influence de l'entourage sur les femmes enceintes et qui donnent naissance (communication personnelle, 2004). Des femmes ont consulté par exemple leurs amies ou des membres de leur famille pour avoir le nom d'un médecin, ou d'un hôpital et elles sont influencées par leur entourage relativement à la péridurale.

Au niveau meso, on trouve le cadre dans lequel les femmes donnent naissance, soit le cadre hospitalier : habituellement, le cadre hospitalier amène la personne qui s'y présente pour des soins à adopter le rôle de malade qui se fait prendre en charge. La structure hiérarchique qui y règne contribue à cette situation. Le personnel, qu'il s'agisse de médecins ou d'infirmières, ne donne pas une information complète à la clientèle et une certaine confusion règne dans la question de savoir qui doit donner l'information, dans quelle mesure et quand (chapitre 5); mais pour les femmes et leurs conjoints, tel personnel doit 'savoir ce qu'il fait', ce qui amène ces femmes et leurs conjoints à accepter ce qu'on fait ou qu'on propose relativement à leur accouchement. En même temps que le caractère de l'hôpital contribue à une certaine passivité des femmes, les améliorations apportées pourraient avoir l'effet pervers de diminuer les velléités d'opposition : on apprécie le confort et la beauté de l'environnement physique, ainsi que la gentillesse des intervenant-e-s.

Enfin, au niveau micro, soit en ce qui concerne les femmes, on trouve un manque de confiance de celles-ci dans leurs capacités à accoucher et de l'hésitation à s'affirmer lorsqu'elles sont en travail. Ne sachant pas toujours ce qu'elles veulent lors de cette expérience qui se présente à elles souvent pour la première fois, les femmes ne disposent pas non plus de toute l'information dont elles auraient besoin pour faire des choix éclairés. En travail, qu'elles soient ou non renseignées, elles sont influençables, étant donné l'intensité de ce qu'elles vivent et la douleur qui l'accompagne. Elles sont aussi dans une situation de dépendance envers le personnel médical, et plus le travail avance, moins elles seraient en état de revendiquer quoi que ce soit, à cause des caractéristiques du travail et aussi à cause de la crainte qu'elles éprouvent pour leur santé et surtout celle du bébé.

Les questions relatives au vécu des femmes pendant l'accouchement et à leurs perceptions par la suite sont des questions complexes, dans le milieu où j'ai mené cette étude comme ailleurs. Si la réponse des femmes qui y accouchent semble assez positive, que peut-on finalement dire de l'humanisation de la naissance dans ce milieu ? C'est ce qui fait l'objet du prochain chapitre.

CHAPITRE 7 – LES PRATIQUES OBSTÉTRICALES DANS UN MILIEU PROGRESSISTE : UNE MÉDICALISATION HUMANISÉE¹³⁵ ?

Cette étude ethnographique illustre comment l'humanisation de la naissance, revendiquée par les femmes et les groupes de femmes à partir de la fin des années 70 au Québec, prend forme et s'incarne. Elle contribue à montrer ce à quoi l'on peut atteindre en termes d'humanisation, dans un milieu considéré au Québec par les organismes militant pour l'humanisation de la naissance comme l'un des « meilleurs » au Québec, milieu où une réorganisation importante du département d'obstétrique a eu lieu dans le but précis de répondre à ces revendications et notamment d'offrir un environnement différent et axé sur les besoins de la clientèle

Le programme établi à cet endroit s'appuie sur une philosophie, dont je cite pour rappel les éléments principaux :

La philosophie de soins [...] se veut particulièrement centrée sur la famille dans le but de leur permettre de vivre une expérience enrichissante et positive lors de la naissance d'un nouveau membre. Ce concept, où la mère et le nouveau-né sont soignés en tant qu'unité familiale, reconnaît les besoins physiques, psychosociaux, culturels et économiques de la famille . Son autonomie est aussi reconnue. La future mère et ses proches [...] sont capables de prendre des décisions et de faire des choix en autant qu'ils reçoivent le support et l'information nécessaires.

La grossesse et la naissance étant considérées comme un événement naturel, l'environnement dans lequel elles se déroulent ne doit pas imposer de routine de soins mais plutôt supporter le processus naturel de la naissance, tout en respectant le rythme propre à chaque personne . La future mère peut donc choisir les alternatives qui lui conviennent, tout en étant guidée et supportée [...] (og23, Extraits du document sur la philosophie).

Ce chapitre a pour objectif de voir quel sens peut prendre l'humanisation de la naissance dans un tel contexte, en fonction des capacités et des ressources du milieu et de ses acteurs et relativement à des lignes directrices émanant d'organismes s'étant prononcés sur l'humanisation de l'accouchement, tant à l'échelle internationale qu'au Québec.

¹³⁵ Cette expression aurait été utilisée alors que j'effectuais cette étude, dans une conférence sur l'humanisation de l'accouchement donnée par une militante québécoise de longue date, Hélène Valentini, lors des journées annuelles de périnatalité de l'ASPQ, en 2000 à Montréal. Je trouve qu'elle décrit bien ce que j'exposerai dans ce chapitre.

L'humanisation de la naissance : un tour d'horizon

On parle depuis une vingtaine d'années au Québec de l'humanisation de la naissance (aussi appelée humanisation de l'accouchement). Des revendications, dont il a déjà été question au premier chapitre, ont été formulées dans le cadre de plusieurs forums, des organismes ont émis des lignes directrices en ce sens et la Politique de périnatalité propose des objectifs, orientations et voies d'action qui permettent, si elle est appliquée, de la favoriser. Ce dont on s'aperçoit, relativement au concept d'humanisation, c'est qu'il est polyvalent, polysémique et utilisé par différents groupes d'acteurs. Au Québec, selon les groupes, « humanisation de la naissance¹³⁶ » veut dire « accouchement naturel », ou bien « accouchement centré sur les besoins de la famille », ou encore « réponse aux besoins des femmes » ou encore « respect de ses droits ». Lorsqu'on le définit par le respect du caractère naturel de l'accouchement, on le met alors en opposition à la médicalisation de l'accouchement. Et lorsqu'on le définit comme un événement centré sur la famille, il arrive qu'on oublie en quelque sorte la personne au cœur de l'accouchement, la femme enceinte. Et vice-versa.

L'accent mis depuis longtemps par les milieux militants sur les droits des femmes dans le domaine de la reproduction n'a été qu'assez récemment appliqué à l'échelle internationale, par des organismes officiels, à ce domaine et, plus précisément, à l'accouchement, comme on le verra dans ce chapitre. Par ailleurs, les milieux obstétricaux se sont aussi appropriés le terme d'humanisation, parlant par exemple d'humanisation des soins, en incorporant différentes facettes dans leur mission ou leur philosophie, tel qu'observé dans le département d'obstétrique qui a fait l'objet de la présente étude.

Il existe donc entre les différents groupes d'acteurs et même au sein de ceux-ci une ambiguïté quant à ce que recouvre l'expression « humanisation de la naissance », ambiguïté qui subsiste. Je l'ai constaté, par exemple, au sein du Comité national d'orientation et de mobilisation en périnatalité de l'Association pour la santé publique du Québec, association qui joue un rôle important dans le mouvement d'humanisation de la naissance depuis la fin des années 70. Le comité national, formé d'acteurs de tous les milieux, notamment de professionnel-le-s de la santé œuvrant au sein du réseau de la santé, d'intervenant-e-s du milieu communautaire et comprenant aussi des chercheuses,

¹³⁶ Les expressions « humanisation de la naissance » et « humanisation de l'accouchement » sont toutes deux employées par les différents groupes d'acteur-e-s et dans cette thèse de façon plus ou moins interchangeable. Toutefois, pour moi, humanisation de l'accouchement fait davantage

s'est souvent interrogé, en 2000 et 2001, sur la signification de cette expression, désormais galvaudée et qu'ont récupérée, selon certains de ses membres, plusieurs établissements hospitaliers offrant des services d'obstétrique. Par ailleurs, un groupe d'accompagnantes, interviewées dans le cadre de cette thèse¹³⁷, définit l'humanisation de la naissance non seulement comme le respect du caractère naturel de l'accouchement et particulièrement du rythme de chaque femme en travail, mais aussi comme le respect des femmes et de leurs droits humains.

Selon elles, ce respect est malmené dans plusieurs hôpitaux, particulièrement dans les CH universitaires ou affiliés à une université, où l'on trouve des résidents. Elles sont d'avis qu'une des conditions préalables au respect, et qui fait défaut dans les centres hospitaliers, c'est d'avoir confiance dans les femmes et dans leurs capacités à accoucher. Elles croient aussi qu'un dialogue doit être présent dès le début du contact.

Il apparaît pertinent, devant la confusion qui semble régner relativement à ce que serait l'humanisation de l'accouchement ou de la naissance, d'aller examiner d'abord les différents sens que peut recouvrir cette expression. Je ferai ce tour d'horizon dans un premier temps sans indiquer pour chaque élément précisément qui dans la littérature en a traité.

Des organismes¹³⁸ ont émis des lignes directrices et des recommandations quant à l'humanisation¹³⁹ de la naissance. J'aimerais ici résumer ce qu'elles sont en soulignant les principaux éléments, afin de vérifier l'ensemble des sens que peut prendre ce concept.

Qui est concerné et relativement à quoi ?

Ces organismes mettent l'accent sur les personnes qui sont les premières concernées par la naissance, sur la notion plus générale de famille, au cœur de l'événement, sur les femmes, qui donnent naissance. Relativement à celles-ci, il est question de la prise de

référence à ce que vit la femme en travail et humanisation de la naissance renvoie au sens plus large de l'événement.

¹³⁷ Je n'ai généralement pas utilisé, sauf quelques exceptions, les résultats de cette entrevue de groupe, car ces accompagnantes œuvraient dans de nombreux CH et non seulement dans celui qui a fait l'objet de la présente étude.

¹³⁸ Il s'agit : de l'OMS (1985, 1997), de la SOGC (1995), de Santé Canada (Canada, 2000), du gouvernement du Royaume Uni (UK Government, 1993), et au Québec du MSSS (Québec, 1993), de l'ASPQ (2002), du Regroupement Les sages-femmes du Québec, du Regroupement Naissance-Renaissance.

décisions : à un pôle on parle de leur « participation » aux soins qui les concernent et au pôle opposé à leur rôle central et décisif de « haute main sur l'ensemble de cette expérience » (l'accouchement), selon l'expression du Regroupement Les sages-femmes du Québec.

Il est question dans ces recommandations de la nature de l'événement, soit de l'accouchement comme d'un événement normal, naturel, physiologique, donc de la nécessité de démedicaliser cet événement et les pratiques qui l'entourent. Il y est aussi question, plus récemment lors de la conférence internationale¹⁴⁰ sur l'humanisation de la naissance qui eut lieu au Brésil au moment où je faisais mon étude (2000), de l'accouchement comme expérience d'auto-réalisation et d'auto-transformation¹⁴¹ et pour la femme et pour l'intervenant-e (Page, 2001a et b, Misago et coll., 2001, Santos et Siebert, 2001).

Conditions nécessaires à l'humanisation

Quand il est question d'humanisation, on traite aussi du niveau où devrait se placer la naissance d'un enfant, soit avoir lieu dans la communauté, avec l'aide d'un-e intervenant-e ou d'une équipe de soins de première ligne, soutenues par la disponibilité de ressources plus spécialisées au besoin seulement. On y souligne quel type d'intervenant-e devrait accompagner les femmes et les couples lors de la naissance d'un enfant : on privilégie la sage-femme dans ce rôle; par ailleurs, la relation à privilégier entre l'intervenant-e et la femme devrait être égalitaire et fondée sur le respect mutuel, et la relation à privilégier entre les intervenant-e-s médecins et non médecins devrait être égalitaire.

Ces lignes directrices sur l'humanisation privilégient une approche globale, holiste, qui tient compte du vécu des femmes et des familles sur les plans social, émotionnel, culturel, spirituel, psychologique et physique. Dans ce cadre, il y est aussi question du genre de soins que l'on devrait prodiguer. Ces soins devraient être fondés sur le respect des besoins, tels l'intimité, la dignité, sur le respect des valeurs et des croyances des femmes et des couples ainsi que sur le respect de l'accouchement comme processus

¹³⁹ L'expression « humanisation de la naissance » (ou de l'accouchement) n'est pas toujours employée par ces organismes. Souvent, en particulier dans les milieux anglophones, on parle de « soins centrés sur la famille » (*family-centered maternity care*).

¹⁴⁰ Les actes de cette conférence ont paru dans *l'International Journal of Gynecologists and Obstetricians*, 2001, vol. 75, Suppl. 1.

¹⁴¹ Cet élément intéressant m'apparaît cependant plus comme étant une conséquence de l'humanisation de la naissance qu'une de ses caractéristiques. Il a été relativement peu évoqué jusqu'à présent par des chercheur-e-s.

physiologique. Ils devraient aussi être fondés sur le respect des droits des premières concernées, tels que précisés dans les conventions internationales sur les droits de la personne et les droits des femmes, en particulier le droit au respect de leur autonomie et au respect de leur intégrité physique et psychologique durant l'événement.

Lorsque ces organismes parlent d'humanisation de la naissance, certains soulignent les conditions suivantes : la confiance dans la compétence des femmes, le soutien adéquat et le *caring* et un contexte favorisant l'*empowerment*, par exemple des soins accompagnés d'une information telle qu'elle permet de faire des choix éclairés. Ces choix peuvent porter sur la personne qui assistera les femmes en travail, le lieu de naissance de leur enfant et la manière dont elles veulent que l'accouchement se déroule. On parle aussi de continuité et de pratiques fondées sur des données probantes et respectueuses des taux recommandés par des organisations internationales et nationales et ayant comme objectif de garder la technologie au minimum, avec un recours au besoin à des approches alternatives qualifiées de moins intrusives.

L'importance de l'humanisation

Il est question, par ailleurs, dans ces lignes directrices, de ce qui rend pertinente l'humanisation de la naissance, soit l'impact qu'a cet événement sur la mère, le bébé, le père, leur famille (l'attachement parents-enfant), la communauté, la société, les générations futures. On considère aussi l'importance de l'expérience vécue, de la satisfaction, du meilleur départ des familles et des individus, de la prévention de problèmes.

Il est aussi question de sécurité, et pour paraphraser une chercheure sage-femme lors du colloque international sur l'humanisation de la naissance qui a eu lieu au Brésil en l'an 2000, de l'idée que l'humanisation, loin d'être un luxe, constitue en fait un facteur de sécurité pour cet événement.

Ce tour d'horizon permet de constater, dès le départ, que le concept d'humanisation, en ce qui concerne la naissance d'un bébé, est multi-dimensionnel. Certaines dimensions sont plus connues, comme l'accent mis sur la famille, ou encore la démedicalisation de l'événement, d'autres ont été moins explorées – en tout cas par des organisations autres que les organismes militants – comme le respect des droits de la personne lors de

l'accouchement ou encore les aspects sécurité et « auto-transformation » de l'humanisation.

Dans ce chapitre, j'explorerai principalement et successivement les trois premiers aspects de l'humanisation mentionnés, soit l'accent mis sur la famille, la démedicalisation de l'événement et le respect des droits de la personne. J'aborderai chaque section en commençant par exposer les points de vue d'organismes sur la dimension évoquée et je poursuivrai en illustrant comment chacune de ces dimensions s'est ou non manifestée dans le département d'obstétrique ayant fait l'objet de cette étude. Avant de traiter de ces trois aspects, je soulignerai qu'effectivement, l'accouchement s'est « humanisé » au Québec depuis une trentaine d'années, si l'on prend le mot humaniser dans le sens général de « rendre humain ».

L'accouchement dans ce CH : une expérience plus humaine, plus civilisée

En premier lieu, accoucher dans ce centre hospitalier semble une expérience où l'être humain reprend sa place et où l'on donne à l'accouchement¹⁴² « *un caractère plus humain, plus civilisé* » et « *plus supportable à l'homme* », selon la définition du dictionnaire. Le point de départ des revendications des groupes de femmes à ce sujet est que ce qui entourait la naissance d'un enfant manquait d'humanité et pouvait être vécu difficilement par les femmes en travail. On a donc cherché à redonner à cet événement un visage humain. C'est ainsi que la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada souligne que les soins devraient être « *implemented with flexibility and attention given to the individual needs of child bearing couples* » (SOGC, 1995, p 37).

Le centre hospitalier où s'est déroulée cette étude de cas est un CH de taille moyenne, accueillant entre 500 et 3 000¹⁴³ parturientes chaque année. Sa taille est donc relativement « humaine », si on compare ce nombre d'accouchements aux quelque 3 000 à plus de 4 000 accouchements ayant lieu dans les grands centres hospitaliers. Un second élément d'humanisation est l'attitude du personnel : de l'accueil de la femme en travail aux moments qui suivent la naissance de son bébé, l'attitude du personnel est généralement courtoise, que ce soit lors d'un contact par téléphone ou en personne. On fait preuve de

¹⁴² Je trouve intéressante cette définition du Larousse en regard de ce dont il sera question dans cette section : *Humaniser : donner un caractère plus humain, plus civilisé à; rendre plus supportable à l'homme*. Petit Larousse illustré, 2004, p. 523

¹⁴³ Pour préserver la confidentialité du site, je ne peux être plus précise quant au nombre d'accouchements annuels. Il en sera de même pour d'autres données, tels les taux d'interventions, qui manqueront de précision.

gentillesse, on est prévenant envers les femmes et leur conjoint, on encourage, on est attentionné et on s'efforce de guider la femme en travail. Par ailleurs, les lieux favorisent la continuité de l'expérience, puisque tout se passe dans la même chambre, le travail, la naissance du bébé et le séjour. De plus, dans les limites des quarts de travail et des pauses, la même infirmière s'occupe de la femme en travail, puis continue après la naissance, s'occupant aussi du bébé; ou alors on tente de confier la cliente à la même infirmière lorsque celle-ci revient travailler le lendemain.

Les médecins de famille offrent aussi une continuité à leur clientèle : dans cet hôpital, ils aident en effet généralement leur propre clientèle à accoucher, même si cela rend, selon eux, leur vie personnelle et familiale plus difficile. Et le système de garde des obstétricienne-s-gynécologues, s'il ne favorise pas la continuité, favorise la disponibilité de ces spécialistes à la clientèle en travail (il s'agit de celle de toute l'équipe) lorsqu'ils sont de garde et à l'hôpital, puisqu'ils ne font pas alors de bureau. De plus ce milieu est ouvert à la présence d'accompagnantes.

Un autre élément de l'humanisation est relié à la mobilité de la femme en travail. Contrairement à ce qui se passait il y a une vingtaine d'années, la femme en travail dans ce CH, sauf si elle est sous péridurale, n'est pas retenue à son lit. On l'encourage à marcher si elle le désire, on lui offre de prendre un bain tourbillon, on lui offre à manger pour qu'elle conserve son énergie physique.

Une attention particulière est aussi portée à l'atmosphère qui entoure le moment de la naissance du bébé : on se soucie de baisser les lumières et le ton de la voix, on remet généralement le bébé à sa mère sitôt qu'il naît, le manipulant doucement et étant généralement soucieux de respecter les désirs des parents quant au déroulement des choses. Et lorsque certaines femmes et leurs conjoints désirent célébrer la naissance de leur bébé en respectant leurs coutumes, on s'efforce de les accommoder. On manifeste le désir que la femme en travail soit heureuse de son accouchement, dont on a « humanisé » certains aspects ainsi que l'environnement.

La plupart des accouchements que j'ai observés ont ce caractère « humain ». L'accouchement de Dahlia constitue un bon exemple : Dahlia a une accompagnante à ses côtés, le médecin présent à l'accouchement est le même que celui qui l'a suivie pendant sa grossesse. Pendant son travail, Dahlia essaie différents moyens pour gérer la douleur des contractions, dont la marche, le bain tourbillon, et finalement, quand elle en manifeste fermement le désir, on lui administre une péridurale. Les intervenant-e-s sont attentionné-

e-s; les lumières sont tamisées et le personnel respectueux du moment de la naissance; enfin, le conjoint de Dahlia, comme il le désire et comme l'accompagnante le rappelle au médecin, prend lui-même le bébé une fois la tête sortie, pour le mettre sur le ventre de Dahlia. Celle-ci et son conjoint, en entrevue, se disent très heureux de l'accouchement.

A. La naissance d'un enfant, une expérience rendue à la famille

L'accouchement dans ce site est redevenu une expérience qui concerne la famille. Pour le ministère de la Santé fédéral, qui a introduit dans ses publications le concept de perspective familiale dans la seconde moitié des années 80, « *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale* » (constituent) [...] « *un processus complexe, multidimensionnel et dynamique permettant de fournir des soins de toute sécurité, compétents et personnalisés, qui tiennent compte des besoins physiques affectifs et psychosociaux de la femme et de sa famille* » (Canada, 2000, p. 1.8). Selon le chercheur Raymond DeVries (1984), qui a effectué une enquête sur les centres alternatifs de naissances américains (*alternative birth centers*) dans les années 80, la préoccupation de fournir des soins centrés sur la famille fait suite non seulement à la critique de la médicalisation de l'obstétrique et à un retour aux accouchements à domicile, mais aussi aux résultats d'études menées dans les années 70 sur la séparation mère-enfant après la naissance et son lien avec le processus d'attachement entre les deux (le *bonding*). Pour lui, les efforts d'humanisation ont visé essentiellement à renforcer le *bonding*.

Cet accent mis sur la famille constitue l'un des aspects les plus importants des revendications axées sur l'humanisation de la naissance et des lignes directrices élaborées à partir du milieu des années 80 par divers organismes, tant à l'échelle internationale que canadienne et québécoise. C'est ainsi que par exemple la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada souligne la nécessité que les « *Hospital policies should favour a family-centered approach because this concept is central to meeting the needs of everyone concerned with the childbearing experience* » (SOGC, 1995, p. 38).

Au Canada, une enquête a été menée à l'échelle canadienne à trois reprises par l'Institut canadien de la santé sur les pratiques obstétricales¹⁴⁴. Cette enquête avait pour objectif d'examiner dans quelle mesure elles comprenaient des soins axés sur la famille, selon les lignes directrices émises par Santé Canada, soit

¹⁴⁴ Et, pour le bénéfice de ma thèse, notamment, j'aurais beaucoup aimé qu'elle ait été refaite, depuis 1993, mais ce ne fut pas le cas. Il a déjà été question de ces enquêtes au premier chapitre de cette thèse.

La prestation de soins de qualité, qui tiennent compte de la sécurité et des besoins physiques et psychosociaux de la mère, du père, de l'enfant et de la famille [...] dans un environnement où la naissance d'un enfant est perçue comme la pierre angulaire de la famille et de son épanouissement ainsi que de la société. (Levitt & Harvey, 1995, p.16).

Cette enquête – un questionnaire extrêmement détaillé sur les différents aspects des services entourant l'accouchement, envoyé à tous les hôpitaux canadiens ayant un département d'obstétrique – a montré que les pratiques obstétricales, si elles ont progressé dans le sens d'une approche familiale entre 1980 et 1993, sont loin de s'y conformer partout. On a vu au chapitre I qu'en ce qui concerne les taux d'interventions obstétricales au Québec, les variations importantes continuent d'être la règle.

Par ailleurs, la Politique de périnatalité adoptée au Québec par le ministère de la Santé et des services sociaux en 1993 compte parmi ses objectifs de :

[...] centrer le système des services de santé et des services sociaux en périnatalité sur les besoins de soutien continu des femmes enceintes, des mères, des pères et des bébés, en fonction de leurs potentialités, de leurs attentes et de leurs particularités. (Québec, 1993, p. 46).

Mon étude montre que ce département d'obstétrique a mis en place plusieurs mesures pour humaniser l'accouchement et rendre à celui-ci le sens qu'il avait perdu à partir du moment où il s'était retrouvé en centre hospitalier depuis le milieu du XX^e siècle. On a en particulier recentré l'événement sur la famille. Plusieurs mesures ont été par exemple adoptées sur le site observé afin de favoriser le *bonding* et le caractère familial de l'accouchement. On se soucie de favoriser « un bon départ » pour la vie familiale, notamment en mettant l'accent sur le contact mère-bébé et père-bébé sitôt après la naissance, en se préoccupant par la suite de ne pas séparer indûment le bébé de ses parents. Le père est le bienvenu, en tout temps, y compris la nuit. Il peut dormir près de sa conjointe, sur un matelas posé au sol. On favorise la cohabitation, sans que celle-ci ne soit obligatoire cependant, car on dit vouloir respecter les besoins des femmes à ce sujet.

Les autres membres de la famille sont aussi bienvenus : les grands-parents, la famille proche, les enfants. Je n'ai cependant pas observé la présence d'enfants pendant le travail, sauf celle d'un enfant de 10 ans environ qui attendait dans le corridor avec son grand-père que sa mère, Sarah, ait accouché. Dans la chambre de celle-ci, on constate la présence de la mère de Sarah et de son conjoint – c'est le second enfant de Sarah mais le premier de son conjoint. Et le médecin présent à l'accouchement – un médecin de famille – est aussi celui que Sarah a consulté pendant sa grossesse.

Dans d'autres accouchements, j'ai aussi vu des mères aider leur fille en travail, ainsi qu'une amie (pour Chantal). Dans ce département d'obstétrique, la femme en travail peut en effet avoir, si elle le désire, plus d'une personne à ses côtés pendant qu'elle est en travail. Parfois, m'ont raconté des infirmières, tout un groupe de proches est à ses côtés. Et les heures de visite ont été modifiées, de sorte que la famille est bienvenue en tout temps, même si certaines infirmières soulignent que cela complique un peu leur tâche d'enseignement aux nouvelles mères.

Si la famille paraît avoir repris sa place lorsqu'un enfant naît, on semble par contre avoir eu des difficultés, comme on le verra dans les sections suivantes, à traduire d'autres aspects de l'humanisation de la naissance évoqués précédemment dans les lignes directrices d'organismes.

B. L'accouchement, une expérience encore médicalisée¹⁴⁵

Au Québec, la réaction à ce qu'était devenu l'accouchement dans les années 70 a donné principalement lieu aux demandes suivantes des femmes et d'intervenant-e-s, exprimées lors des colloques *Accoucher ou se faire accoucher* : un élargissement des lieux pour mettre les enfants au monde, la reconnaissance d'une intervenante exerçant déjà à domicile et dont la pratique est centrée sur la normalité de l'accouchement, la sage-femme, l'abandon de pratiques routinières dans les hôpitaux, la diminution du recours aux interventions obstétricales, un plus grand respect du rythme naturel de l'accouchement et de l'autonomie des femmes, ainsi qu'une plus grande disponibilité des intervenant-e-s.

Plusieurs organismes, tant à l'échelle internationale que québécoise, ont beaucoup insisté sur l'importance de démedicaliser l'accouchement. Par exemple, l'Organisation mondiale

¹⁴⁵ Étant donné la nature qualitative de cette étude et comme il n'existe pas au Canada ou au Québec d'enquête récente sur les pratiques entourant l'accouchement, je mettrai ces résultats sur la médicalisation en perspective en renvoyant à une enquête nationale effectuée aux États-Unis pendant la période où s'est déroulée mon étude, *Listening to Mothers : Report of the First National Survey of Women's Childbearing Experiences*, enquête faite en 2002 sous les auspices de The Maternity Center Association (2002). Il existe certaines différences entre les pratiques, par exemple une médicalisation peut-être un peu plus grande aux États-Unis. Les pratiques obstétricales canadiennes sont néanmoins très influencées par ce qui se passe aux États-Unis, d'où partent souvent – comme dans d'autres domaines, les tendances. J'estime valable de les utiliser comme toile de fond. Cette enquête constitue selon les auteurs la première enquête nationale sur les expériences d'accouchements des femmes américaines. On y documente la fréquence de plusieurs aspects des pratiques jamais documentés auparavant aux États-Unis, par exemple manger, boire, marcher, les moyens alternatifs de soulagement de la douleur, la position prise durant la naissance du bébé, etc. L'enquête consiste en un questionnaire envoyé à 1 447 femmes ayant accouché dans les deux années précédant l'enquête, et 136 entrevues en profondeur auprès d'autant de femmes, en mai et juin 2002.

de la santé affirme que « *Dans le cas d'une naissance normale, il faut une raison valable pour intervenir dans le processus naturel* » (OMS, 1997, p. 5). L'OMS est d'avis que les soins pour la grossesse normale et la naissance devraient être démedicalisés. Déjà en 1985, elle organise une conférence-consensus multidisciplinaire sur la pertinence de la technologie durant l'accouchement, recommandant par exemple un taux de césariennes maximal de 10 à 15 % selon le niveau de soins de l'établissement. Il est intéressant de noter que lors de cette conférence, il a été suggéré aux conférenciers non seulement de préparer une conférence scientifique, mais de consacrer aussi quelques minutes à partager avec l'auditoire une histoire personnelle liée à l'accouchement et aux quelques semaines qui suivaient (Wagner, 1994, p. 60).

Par ailleurs dans une banque de données médicales reconnue dans la communauté scientifique, la *Cochrane Library*, les chercheurs effectuent régulièrement des revues sur les différentes pratiques entourant l'accouchement, les classant en pratiques démontrées bénéfiques, pratiques démontrées nocives ou inefficaces, ou pratiques pas encore suffisamment étudiées et fréquemment utilisées à tort. On y examine les études traitant de pratiques médicales et de pratiques « alternatives » utilisées lors de l'accouchement.¹⁴⁶ La SOGC souligne aussi la nécessité de « *reduce the rates of medical intervention (and therefore the risk and the cost) by promoting only those interventions which have been clearly shown to improve outcome* » (SOGC, 1995, p. 38). Au Québec en 1993, la Politique de périnatalité du Québec (1993) manifeste aussi une préoccupation de démedicalisation, avec l'objectif, par exemple, de « *diminuer les taux d'interventions obstétricales dans l'ensemble du Québec et dans chacune de ses régions* », précisant les taux à atteindre pour les césariennes (12-15 %) et l'épisiotomie (20 %) (p. 47).

On recommande donc de démedicaliser les pratiques entourant la naissance, soit de : diminuer certains taux d'interventions, abandonner des routines, fonder les pratiques sur les résultats de la recherche, introduire des technologies plus simples et moins invasives, permettre aux accompagnantes d'aider les femmes en travail, etc. Cette volonté de démedicalisation est fondée sur la croyance que l'accouchement est un événement physiologique naturel et normal, postulat que l'on retrouve dans la philosophie de l'établissement observé.

a. *Ce qu'est la médicalisation*

¹⁴⁶ On peut retrouver la liste des pratiques évaluées dans l'ouvrage de Enkin et coll. (2000).

Une critique importante de l'obstétrique, que le mouvement d'humanisation de la naissance (groupes de femmes) et les études effectuées en sciences humaines ont formulée, vise le fait d'avoir « médicalisé » cet événement qui, jusqu'au XX^e siècle, se déroule à domicile, dans la communauté et principalement à l'intérieur du cercle féminin. Selon le dictionnaire, la médicalisation est l'« *action de confier quelque chose aux soins des médecins, tout en développant les moyens nécessaires* » (Larousse, 2004). Marie-Thérèse Lacourse présente une autre définition, qui précise mieux ce que serait la médicalisation : « *processus par lequel les phénomènes sociaux sont définis et pris en charge par la médecine* » (Lacourse, 1998, p. 118). Par exemple, une autre étape normale de la vie des femmes, la ménopause, a été médicalisée depuis une quarantaine d'années et définie essentiellement, selon une perspective biologique, comme une période où les femmes manquent d'hormones, ce qui entraînerait des problèmes de santé auxquels on devrait remédier en leur administrant des hormones synthétiques pour suppléer à ce déficit (O'Grady et Bourrier-Lacroix, 2003; Lock, 1993).

France Laurendeau (1987), auteure d'un mémoire sur la médicalisation de l'accouchement (avec observation sur le terrain), donne la définition suivante de la médicalisation :

La médicalisation de l'accouchement (est) définie [...] comme la prise de contrôle par l'appareil médical sur la définition et le déroulement du processus de la naissance, (médicalisation) résultant [...] de l'élargissement du pouvoir médical sur la vie sociale. (Laurendeau, 1987, p. 147-148).

Pour Peter Conrad (1992), qui étudie la question de la médicalisation au début des années 80, la médicalisation peut être définie relativement aux trois niveaux suivants : conceptuel, institutionnel et inter-relationnel. À ces niveaux correspondent respectivement les questions suivantes : 1) Est-ce qu'un phénomène social a été défini comme relevant du domaine médical? 2) Y a-t-il des organismes médicaux qui prennent en charge la question ? 3) La personne qui identifie le problème (le phénomène) se dit-elle qu'elle doit consulter un médecin ? Il souligne que la médicalisation est complète lorsque ces trois conditions sont rencontrées.

Pour Abby Lippman (2003), on assiste dans le domaine de la reproduction, non seulement à une médicalisation accrue, mais à ce qu'elle appelle la « *néo-médicalisation de la santé reproductive* », qu'elle définit comme « *voir de façon générale ces phénomènes naturels comme les causes des problèmes de santé à venir* » (Lippmann, 2003, p. 45), phénomène où les entreprises pharmaceutiques joueraient un rôle. Pour Lippmann, « *certains phénomènes naturels sont maintenant identifiés comme étant les causes de diverses*

maladies devant être évitées à tout prix ». La néo-médicalisation se manifeste notamment par la prise de médicaments auxquels on trouve une nouvelle fonction, une fois leur brevet échu pour une première fonction. (Lippman, 2003, p. 45).

Un exemple donné par Lippmann est la multiplication des tests de dépistage. Lippmann souligne que la néomédicalisation entraîne la définition de « *seuils de normalité arbitraires* » permettant de déterminer à partir de quel moment une situation devient problématique. J'estime que dans mon étude, l'insistance des intervenant-e-s sur la présence de contractions aux 2 ou 3 minutes et l'usage libéral du Syntocinon en l'absence de telles contractions pourrait constituer jusqu'à un certain point un exemple de néomédicalisation : alors que les femmes ont des patterns variables de contractions et que parfois leur corps prend une pause sans que ce soit problématique, ce qui s'écarte de la norme est vu comme pathologique et donne lieu à l'administration de Syntocinon. Donc un phénomène naturel, la variabilité des accouchements, devient défini comme requérant une intervention dans une telle perspective.

La réflexion d'une infirmière lors d'une entrevue me fait croire qu'il pourrait y avoir néo-médicalisation pour l'accouchement. Cette infirmière s'étonne de la hausse qu'elle qualifie de constante du taux de déclenchements artificiels des accouchements, soulignant qu'on semble trouver de manière croissante des diagnostics conduisant à déclencher ainsi le travail des femmes. Or ces médicaments utilisés pour le déclenchement n'ont pas toujours été évalués adéquatement, certains¹⁴⁷ n'ayant notamment pas été conçus pour être utilisés pendant la grossesse. Or les infirmières de ce département d'obstétrique sont bien conscientes que le déclenchement entraîne souvent des problèmes, comme plus de risques que l'accouchement finisse en césarienne.

Mon étude suggère que, dans les faits, les pratiques entourant l'accouchement demeurent médicalisées. Si on pense aux trois niveaux de médicalisation évoqués par Conrad (1992), l'accouchement rencontre ces conditions. En effet, d'abord l'accouchement a été

¹⁴⁷ Voici un exemple : un médicament utilisé en obstétrique, dans d'autres hôpitaux toutefois, est le misoprostol, aussi appelé Cytotec. On l'utilise depuis plusieurs années dans certains hôpitaux pour déclencher les accouchements. Or ce médicament a d'abord été utilisé pour un autre usage et n'était pas destiné à être administré pour déclencher le travail; on a commencé à en détourner l'usage premier sans évaluer les risques et il n'était pas approuvé à cet effet par la *Food and Drug Administration*, aux États-Unis. L'administration de ce médicament aurait entraîné des effets négatifs selon des études : accroissement de méconium dans le liquide amniotique, anomalies du rythme cardiaque fœtal, augmentation du nombre de bébés réanimés et séjournant à l'unité de soins intensifs néonataux. Des cas de rupture utérine ont aussi été associés au Cytotec (voir May-Gaskin, 2001, pour la liste de ces études). On a consacré en 2002 des reportages à cette question aux réseaux anglais et français de Radio-Canada.

redéfini comme relevant du domaine médical (Renaud et coll., 1987), il a été pris en charge par le système de santé hospitalier et peu de femmes songent à ne pas consulter un médecin (ou une sage-femme) lorsqu'elles sont enceintes; il est devenu impératif dans notre société de consulter un médecin dans cet état et de faire appel à ses services pour l'accouchement; de plus, 99 % des naissances ont lieu en centre hospitalier sous la responsabilité d'un médecin assisté d'infirmières; enfin, les femmes en travail appellent à l'hôpital pour savoir si elles sont en travail, s'y rendant souvent à la hâte, comme certaines participantes de mon étude me l'ont dit,¹⁴⁸ lorsqu'elles ont l'impression que leur travail commence.

b. La démedicalisation, qu'en est-il dans ce milieu ?

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

L'établissement où a eu lieu mon étude de cas a fait des efforts de démedicalisation depuis plusieurs années. Ce sont d'ailleurs ses pratiques progressistes se manifestant notamment par des taux d'interventions obstétricales parmi les plus bas au Québec qui ont constitué le critère central de choix de ce site. Par exemple, les femmes en travail peuvent se promener, utiliser de l'équipement dit alternatif pour faire avancer leur travail ou soulager la douleur des contractions, tel le bain tourbillon (alors qu'aux états-Unis, l'enquête montre que seulement 6 % des femmes s'immergent dans un tel bain durant leur travail).

On constate aussi dans l'établissement observé une ouverture à des approches alternatives (aussi appelées au Québec « médecines douces »). Parmi la liste des pratiques (Enkin et coll. 2000) dont on n'a pas de preuves à l'heure actuelle qu'elles soient

¹⁴⁸ Et lorsqu'une femme accouche avant d'arriver à l'hôpital, de manière non prévue, on peut remarquer dans les manchettes des journaux, ou dans les entrevues avec le « sauveur » de la femme en travail – souvent un technicien d'Urgences-Santé, ou encore un chauffeur de taxi, qu'il semble tout à fait hors du commun que l'on puisse donner naissance en l'absence d'un médecin. Par ailleurs, la règle veut que l'on amène sans faute suite à un tel accouchement, la femme et son bébé à l'hôpital, pour que le bébé soit examiné et ce, même si ce n'est pas le premier enfant de

bénéfiques, ou encore qu'on ait évaluées comme étant inefficaces ou nocives, figurent effectivement des pratiques dont on a abandonné l'usage dans ce département d'obstétrique. C'est ainsi qu'on ne procède pas au rasage du pubis, qu'on n'administre pas systématiquement de lavement¹⁴⁹, qu'on ne pose pas d'emblée de perfusion et qu'on laisse les femmes s'alimenter pendant le travail. Toutefois, dès qu'une péridurale est administrée – dans près de 40 % des cas dans cet établissement en 2000-2001 – plusieurs de ces routines « abandonnées » reviennent en force, telles le jeûne pendant le travail ou la pose d'un soluté, et d'autres s'ajoutent, comme la pose d'une sonde urinaire. L'immobilité, dans ce cas, redevient la norme et la femme en travail ne peut plus aller marcher ou prendre un bain tourbillon. Et péridurale ou pas, la poussée dirigée, qualifiée par Enkin et ses collègues (2000) comme une pratique n'ayant pas fait ses preuves, est souvent la règle.

Malgré des changements allant dans le sens d'une démedicalisation, la médicalisation persiste. En effet, si l'on se préoccupe, dans les discours au département d'obstétrique observé, du caractère naturel, normal, physiologique, de l'accouchement, j'ai vu peu d'accouchements entièrement naturels – un seul en fait – c'est-à-dire des accouchements spontanés, progressant sans intervention médicale. Ceci signifie sans rupture des membranes, sans stimulation des contractions par le biais du Syntocinon, sans routine telle la pose d'une intraveineuse, sans écoute du cœur fœtal par le biais du moniteur électronique – on l'écoute alors, ce que j'ai observé souvent, au Doppler, ce qui permet aux femmes d'éviter d'être branchées à une machine et leur permet de garder la position dans laquelle elles se trouvent lorsque l'infirmière écoute le cœur du bébé. Cela signifie aussi aucune assistance pendant la poussée avec un forceps ou une ventouse. Le seul accouchement observé pouvant être ainsi défini comme entièrement naturel est celui de Caroline (voir annexe VIII) : celle-ci aurait pu avoir une intervention, mais elle refuse la rupture des membranes que lui propose le médecin. Elle accouche cependant dans la position demandée par ce dernier, couchée sur le côté.

Les interventions

Dans les autres accouchements observés lors de cette étude, il y eut au moins une intervention médicale, le plus souvent deux, parfois plus. Parfois l'intervention était

cette femme. Je ne veux pas suggérer que mère et bébé ne soient pas examinés, mais où est l'urgence, lorsque « la mère et l'enfant se portent bien » ?

¹⁴⁹ Je croyais ces pratiques choses du passé. Étonnamment, rasage et lavement (non par choix de la parturiente) se font encore dans certains hôpitaux, ou encore certains médecins l'exigent, selon une omnipraticienne, le docteur Lianne Papin, travaillant en obstétrique.

demandée par la femme en travail – une RAM dans le cas de Sarah, une péridurale par Dahlia- parfois elle était proposée par une infirmière, tel le Nubain proposé à Guylaine et à Béatrice, parfois elle était faite de routine par le médecin – la RAM dans le cas de Chantal – ou proposée par ce dernier, tel le Nubain pour Ingrid. Ce résultat – à peu près pas d'accouchements sans aucune intervention médicale – va dans le sens des résultats de l'enquête américaine récente dont il est question ailleurs dans ce chapitre. On y trouve une infime proportion (1 %) d'accouchements entièrement naturels, se déroulant le plus souvent à domicile (The Maternity Center Association, 2002). Je n'ai pas observé par ailleurs d'épisiotomies, alors qu'une certaine proportion¹⁵⁰ de femmes, selon les statistiques du MSSS, en ont eu une en 2000-2001 dans ce centre hospitalier. Le taux d'épisiotomies n'a pas atteint l'objectif formulé en 1993 par la Politique de périnatalité, ce en quoi ce CH ne diffère pas de la plupart des centres hospitaliers québécois.

Sur le site observé, la médicalisation se manifeste aussi par une hausse du taux de péridurales. Le taux des autres interventions semble assez stable, d'après les statistiques du MSSS et se maintient sous la moyenne québécoise. Mais des infirmières interviewées ont l'impression qu'il y a plus, notamment, de déclenchements¹⁵¹ artificiels du travail :

En deux ans, j'ai vu un changement [...] des périodes où il y en a plus [...] par exemple depuis deux semaines on a eu beaucoup de césariennes¹⁵², des inductions, ça n'allait pas bien, les mamans saignaient après, des arrêts de progression qui finissaient en césarienne [...] c'est beaucoup du médical. (ei40 : 64-68)

Plusieurs infirmières ont d'ailleurs traité en entrevue, ainsi qu'un médecin, de cette transformation des pratiques depuis plusieurs années dans le sens d'une médicalisation accrue. On déplore la « baisse » de la philosophie, la hausse du taux de péridurales et la médicalisation que cela entraîne, on mentionne la présence d'infirmières plus

¹⁵⁰ Je tais le chiffre exact pour raisons de confidentialité.

¹⁵¹ Il n'y a malheureusement pas de données fiables sur les déclenchements artificiels au Québec. Ils seraient codés, mais inégalement selon les établissements, donc on ne pourrait s'y fier selon le MSSS (Montreuil, S., communication personnelle, 1995). Il s'agit d'une lacune importante de données, puisque le déclenchement se fait souvent au moyen de puissants médicaments, susceptibles de présenter des risques pour la santé. Les taux de stimulation du travail ne sont pas non plus colligés. Mais le département d'obstétrique observé collige les données sur le déclenchement et les moyens utilisés lors de cette intervention, données que je ne dévoile pas pour des raisons de confidentialité. J'ai eu accès au taux de déclenchements pour 1999-2000.

¹⁵² Lors d'une visite au département d'obstétrique dans le cadre de cette étude, pendant ma période d'observation sur le terrain, je fus étonnée de voir que presque toutes les nouvelles accouchées avaient eu une césarienne. Au moins huit femmes les jours précédents avaient ainsi été opérées .

« *techniciennes* » qu'avant, qui n'auraient pas, selon d'autres, la « *passion* » des naissances. Plusieurs infirmières paraissent déçues par cette situation et soulignent leur joie quand elles réussissent à accompagner une femme en travail « *comme avant* », c'est-à-dire comme il y a plusieurs années.

En Europe, plusieurs chercheurs constatent un accroissement similaire de la médicalisation. J'ai eu l'occasion de les entendre lors de ma participation à des colloques sur l'accouchement au Royaume-Uni et en France entre les années 1999 et 2003. J'ai constaté que des taux d'interventions, comme celui de la césarienne, avaient presque rejoint les taux québécois, alors que lorsque mon livre sur l'AVAC fut publié, en 1989 (Vadeboncoeur, 1989), les taux européens étaient presque la moitié des taux nord-américains. Il s'agit donc d'un phénomène généralisé, à l'échelle de l'Occident. Par exemple, en Hollande, où plus du tiers des femmes accouchent à la maison avec une sage-femme dans les années 80, selon Raymond DeVries (1996), 31,5 % des accouchements ont lieu à la maison au milieu des années 90. Il s'agit d'une diminution persistante qui inquiète les sages-femmes et les autorités gouvernementales hollandaises. Selon DeVries, dans ce pays où l'accouchement est peu médicalisé¹⁵³, traditionnellement reconnu pour l'autonomie de ses sages-femmes et où les femmes qui accouchent avec une sage-femme ne déboursent rien, les médecins omnipraticiens font des pressions pour que les femmes aient à payer lorsqu'elles accouchent avec une sage-femme; de plus, en guise de protestation les médecins obstétriciens-gynécologues n'ont pas entériné la liste de critères obstétricaux¹⁵⁴ car les sages-femmes conservent le pouvoir de décider si elles doivent référer à un médecin.

Par ailleurs, en Amérique du Nord, les taux de certaines interventions, comme la césarienne, ont connu depuis le milieu des années 90, une hausse constante. Uniquement entre l'année 2000 et l'année 2001, le taux de césariennes aux États-Unis est passé de

¹⁵³ Pour plus de détails sur l'accouchement en Hollande, voir l'étude des sociologues Akrich et Pasveer (1996), qui comparent les pratiques en France et en Hollande.

Une anecdote à propos de la Hollande : Ma belle-mère, d'origine hollandaise, mais qui avait émigré au Canada après la Deuxième Guerre mondiale, me raconta un jour qu'elle décida d'aller accoucher dans son pays d'origine pour son 3^e enfant, car elle n'avait pas aimé la manière dont ses deux premiers accouchements s'étaient déroulés au Canada. Lorsque son travail commença, elle appela le médecin et lui demanda, énervée, si elle devait prendre un taxi. Il lui répondit : « Pourquoi ? Sautez sur votre vélo et venez ! »

¹⁵⁴ Cette liste établit quelles sont les situations survenant durant la grossesse ou l'accouchement où la sage-femme doit consulter un médecin à propos de l'état de santé de sa cliente ou la transférer sous les soins du médecin.

22,0 % à 24,4 %, une hausse de 7 %¹⁵⁵. Par ailleurs des options permettant non seulement une démedicalisation de l'accouchement mais aussi une réappropriation par les femmes de leur corps et de l'accouchement, comme l'accouchement vaginal après césarienne (AVAC), qui avait connu suite à deux conférences-consensus nord-américaines une recrudescence dans les années 80 et une partie des années 90, sont à la baisse depuis (voir les tableaux au chapitre I). Comme le dit un médecin que j'ai interviewé, « *tu peux pas combattre le courant; tu travailles dans une institution, tu suis ce qu'il y a là* » (em48 : 526-527).

Un événement biomédical

Un autre aspect de la médicalisation de l'accouchement est l'angle essentiellement biomédical sous lequel on le considère. Dans plusieurs accouchements que j'ai observés, l'accent est mis sur l'aspect biologique et mécanique du phénomène, et des facteurs d'un autre ordre sont ignorés, alors que certains chercheurs, dans le domaine plus général de la santé, Evans (1996) par exemple, ou Renaud et Bouchard (1994) sont d'avis que les causes physiques et biologiques de la maladie œuvrent de concert avec un ensemble d'autres causes, incluant des facteurs sociaux et environnementaux. Si on applique ce point de vue à l'accouchement, on peut avancer qu'on effectue par exemple certaines interventions sans nécessairement tenir compte de leur impact éventuel sur la femme ou sur le couple.

C'est ainsi qu'on n'a pas tenu compte du contexte social dans lequel se retrouvait une participante lorsqu'on a acquiescé à sa demande d'une péridurale. En effet, on a administré une péridurale à Manon, mère de plusieurs enfants en bas âge dont certains nés par césarienne, enceinte d'un gros bébé, sans avoir eu avec elle une discussion sur la possibilité que cette péridurale qu'elle souhaitait ralentisse le travail, nuise à la rotation de la tête du bébé comme des études indiquent¹⁵⁶ qu'elle peut faire (et selon l'avis d'intervenant-e-s interviewé-e-s) et augmente le risque d'une autre césarienne. Or la césarienne rend les relevailles plus difficiles, en particulier lorsque l'on doit s'occuper sans tarder de toute une marmaille à son retour à la maison. Manon a eu finalement une césarienne, car la tête du bébé n'a pas effectué sa rotation. On n'a pas tenu compte ici du

¹⁵⁵ Anonyme, News, A cesarean delivery was performed in nearly 1 in 4, *Birth*, vol. 30, no 1, mars 2003, p. 66.

¹⁵⁶ Tribalat, 1986. L'orientation de la tête fœtale au moment de l'accouchement dans les accouchements déclenchés sous anesthésie péridurale. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*. Vol. 15 : 937-939. L'étude souligne comme conséquence près de deux fois plus de présentation postérieure du bébé.

contexte plus large de l'accouchement lui-même, soit de l'adaptation de Manon à son rôle de mère d'un nouveau-né et des répercussions qu'une césarienne pouvait avoir sur son rôle de mère de jeunes enfants.

Un autre exemple de manque de considération du contexte, cette fois de l'expérience qu'est en train de vivre une participante, Mélanie, se produit quand l'anesthésiste et l'inhalothérapeute se mettent à converser entre eux de choses et d'autres pendant qu'elle est souffrante et qu'ils lui administrent une péridurale. Mélanie ne trouve pas cela « *bien délicat* » (ef58 : 163), selon ses propres mots. Pour ces intervenant-e-s, administrer une péridurale est une tâche médicale routinière. Pour Mélanie, ce bavardage constitue un manque de respect envers elle et ce qu'elle vit, un accouchement.

Une gestion « by-the-book »

Si on oublie parfois le contexte plus large de l'accouchement lui-même, on s'attarde beaucoup au fonctionnement mécanique d'un corps considéré comme essentiellement imparfait (le corps féminin), et on est soucieux d'en identifier les imperfections et de remédier à toute déviation s'y produisant. Une telle conception de l'accouchement dicte la manière dont on le gère. C'est ainsi que l'accouchement de Béatrice, cliente d'un obstétricien-gynécologue, est géré de manière mécanique, à tout le moins d'une manière que l'on pourrait qualifier de « by-the-book »¹⁵⁷ : alors qu'elle est arrivée au département d'obstétrique en soirée après avoir perdu ses eaux, on la fait dormir (le personnel expérimenté étant moins nombreux la nuit et les médecins dormant) durant la nuit et dès le réveil, sans laisser le temps aux contractions de démarrer d'elles-mêmes, on lui administre immédiatement du Syntocinon (protocole), la branchant au moniteur durant deux heures. Puis l'infirmière revient et envoie Béatrice marcher vingt minutes. Puis, lorsqu'elle revient, l'infirmière hausse la dose de Synto et remet Béatrice sous moniteur. Un peu plus tard, l'infirmière l'envoie marcher, puis prendre un bain. Elle lui donne un Nubain pour pouvoir hausser la dose de Synto. Lorsque Béatrice proteste, son conjoint renchérit sur la décision de l'infirmière. Les contractions de Béatrice sont alors aux deux minutes et moins, ce qui ne lui laisse pas vraiment de répit. Lorsque la dilatation est complète – le Syntocinon est toujours administré – on annonce « *on va t'accoucher* » (oa24 : 466) et on commence immédiatement à diriger la poussée, sans que Béatrice n'ait ressenti une envie de pousser ou sans laisser à son organisme le temps de se reposer, ce

¹⁵⁷ Cette expression avait été utilisée par l'infirmière-chef, lors de l'enquête préalable au choix du site en 1999. Elle soulignait que rien dans ce département d'obstétrique n'était fait « *by-the-book* ». Elle a aussi été utilisée par des infirmières et des médecins, lors d'entrevues.

qui ne présenterait pas de risques pour le bébé. On essaie différentes positions et on souligne que Béatrice ne pousse pas bien. On hausse à nouveau le Synto. Finalement, le bébé naît (voir à l'annexe VIII le résumé de cet accouchement). Une autre participante, Jasmine, vit le même genre d'accouchement, géré différemment de ce qu'elle souhaitait.

Cette conduite mécanique de l'accouchement donne lieu à une métaphore issue d'études anthropologiques sur cet événement, comme celle d'Emily Martin (1992) dans *The Woman in the Body*, soit la production industrielle des biens ou chaîne de montage. En effet, comme on l'a vu au chapitre 4, l'accouchement est fractionné en phases distinctes que l'on cherche à contrôler. Selon cette image, fréquemment employée par les femmes interviewées dans les études, par exemple celle menée à Baltimore par Emily Martin auprès de femmes provenant de diverses communautés (Martin, 1992), le lieu de production est le département d'obstétrique, le médecin est le contremaître veillant à ce que la mère n'endommage pas le produit (le bébé) et l'utérus de la mère la machine que l'on ajuste pour accélérer la production. On désire faire naître le bébé rapidement car, dans le modèle médical, l'accouchement constitue un phénomène dangereux et le bébé n'est en sécurité que lorsqu'il est sorti du corps de sa mère. Et, comme des femmes interviewées dans l'enquête américaine (Maternity Center Association, 2002) le soulignent, on se désintéresse alors d'elles. Hunt & Symonds (1995), dans leur étude ethnographique de la pratique des sages-femmes en Angleterre dans les années 90, constatent que cette image est toujours valide. Si des femmes de mon étude ne se sentent pas traitées comme des machines, il demeure que l'impression qui se dégage parfois de la gestion de certains accouchements observés est la même.

L'utilisation du Syntocinon constitue une manière fréquente d'« ajuster la machine ». Dans mon étude, un peu plus de la moitié des femmes en ont reçu pendant leur travail. Cette proportion correspond aux résultats de l'enquête américaine de 2002, où 53 % des femmes ont vu leur travail stimulé par de l'ocytocine. On a pu constater que les accouchements de Béatrice et de Jasmine, par exemple, ont été gérés de cette manière. De plus, dans cette perspective, le travail est vu comme une force rencontrant une résistance, ce qui se manifeste en particulier dans la phase de l'accouchement la plus contrôlée par le personnel médical, la poussée. Peu de négociations sont possibles, lors de cette phase. Elle commence quand le personnel en décide, la poussée est dirigée de manière forcée, ce qui ne donne pas beaucoup de répit à la parturiente, peut l'épuiser si la poussée dure et peut diminuer l'oxygène transmis au bébé par le placenta (Enkin et coll., 2000). Enfin, la femme sur le point de donner naissance n'a pas le choix de la position, lorsque le bébé est sur le point de naître.

Conséquence: le manque de respect du processus de l'accouchement et du rythme de la parturiente

Les règles régissant l'accouchement dans le milieu observé ne tiennent pas toujours compte de la nature de cet événement, imprévisible quant à son début ou sa durée. On est loin dans un tel système de respecter, comme le voudrait la philosophie en vigueur dans cet établissement, le processus naturel de la naissance, et le rythme propre à chaque femme en travail. C'est ainsi qu'un groupe d'accompagnantes, interviewées dans le cadre de cette thèse¹⁵⁸, définissait l'humanisation de la naissance non seulement comme le respect du caractère naturel de l'accouchement et particulièrement du rythme de chaque femme en travail, mais aussi comme le respect des femmes et de leurs droits en tant que personnes. Voici ce que des accompagnantes disent du respect durant l'accouchement :

La laisser accoucher en paix [...] Moi, j'ai connu l'accouchement à la maison (2^e bébé), et j'ai connu l'accouchement à l'hôpital [...]. J'ai pas été respectée à l'hôpital pour plein de choses [...]. J'avais réussi quand même à avoir des choses mais avec beaucoup de confrontations. Fait que le deuxième est né à la maison pis [...] on m'a juste fiché la paix. (ea49 p. 28-29).

Le respect du choix des femmes [...] (c'est) qu'on me consulte, qu'on m'explique [...], le respect, c'est dans la relation que t'as avec la personne (ea49 p. 33).

T'sais quand ils disent, « on fait pas beaucoup de monitoring, (juste) 20 minutes à l'heure » [...] t'es tout le temps dérangée, t'arrives pas à t'installer dans les contractions, y viennent 20 minutes à l'heure pis c'est un p'tit 5 minutes le temps qu'ils le placent, pis un p'tit 5 minutes le temps qu'ils (l'enlèvent)[...] c'est irrespectueux du travail [...] on respecte la femme tant que ça rentre dans ce que nous (les intervenant-e-s) on pense qu'il faut que la femme fasse pour bien accoucher, mais du moment que tu veux déranger ça [...] t'es plus respectée, du tout. Là, y sont pu fines avec toi : « c'est dangereux, pis ton bébé... » (ea49, p. 32).

Lors de cette entrevue de groupe, une accompagnante a décrit ainsi l'opposé, soit un accouchement où elle s'est sentie respectée :

Moi, je peux dire, le respect de l'hôpital, mon premier accouchement, c'était à l'hôpital Grace, de Vancouver. J'ai vraiment eu l'impression que j'étais écoutée. J'ai rentré, mon médecin était pas là. Son partner a fait un examen et il a dit « ah, 6 cm, parfait ! On va plus t'examiner jusqu'au moment où t'as envie de pousser ». Et le monitoring, c'était avec un Doppler [...] J'étais sur la toilette en train de pousser. L'infirmière [...] est

¹⁵⁸ Je rappelle que ces accompagnantes œuvraient dans de nombreux CH et non seulement dans celui qui a fait l'objet de cette étude.

venue très tranquillement, très discrète. Elle chuchotait (s'adressant à mon conjoint) : « Est-ce qu'elle a besoin de quelque chose ». C'était tout très calme, les lumières baissées. (ei49, p. 29).

Dans le milieu observé, si j'ai vu des accouchements où des intervenant-e-s manifestaient cette forme de respect envers la femme en travail et ce qu'elle vivait, ce ne fut pas le cas pour tous les accouchements.

c. Réflexions sur les facteurs de médicalisation

On pourrait se demander, suite à cette analyse concernant la médicalisation, comment il se fait que dans un département d'obstétrique où des efforts certains ont été faits afin de transformer les pratiques, on assiste à des accouchements certes humanisés, dans le sens d'un événement « rendu humain » et « familial », mais qui demeurent le plus souvent médicalisés.

Un ensemble de facteurs pourraient contribuer à ce que des aspects importants de l'humanisation de l'accouchement tels que définis par certains groupes ou organismes, comme la démedicalisation, réclamée dès la fin des années 70 par les femmes et groupes de femmes et recommandée par moults organismes, ne figurent pas dans les pratiques obstétricales entourant l'accouchement. Il va sans dire que je ne prétends pas faire le tour de l'ensemble de ces facteurs, mais en évoquer suffisamment pour éclairer la question de la médicalisation de l'accouchement en centre hospitalier.

Les facteurs pouvant contribuer à cette situation sont en effet multiples et complexes. Ils sont à la fois culturels (conception biomédicale de l'accouchement dans une société ayant placé la science et la profession médicale sur un piédestal, conception axée sur le risque, obsession de la sécurité liée à l'évocation fréquente de risques de tout acabit qui imprègne notre culture et la société), sociaux (place croissante de la technologie et foi en son efficacité, importance croissante de la commodité dans une société où les gens – en particulier les femmes – sont de plus en plus stressés et en quête de temps, attitude devant la douleur,) et institutionnels (structure hiérarchique, monopole médical relié à l'accouchement, élaboration de règles administratives variées qui dirigent les comportements des uns et des autres). Voyons ce qu'il en est, suite à mes observations.

Dans cette étude de cas, j'ai eu l'occasion d'observer l'accouchement d'une quinzaine de femmes. Ces femmes étaient jeunes ou moins jeunes, devenaient mères pour la première fois ou l'étaient déjà. La diversité de ces accouchements fut assez grande, tant en termes de durée, que de déroulement ou d'interventions. À l'exception d'une seule femme ayant

un diabète de grossesse, ces femmes avaient une grossesse qualifiée de normale (« grossesse à risques peu élevés ») et on ne prévoyait pas de problème particulier à l'accouchement. Il s'agissait donc d'une clientèle « ordinaire », ayant des accouchements « ordinaires », si tant est qu'un accouchement puisse être qualifié ainsi.

Le cadre hospitalier

Tout comme le cadre hospitalier a une influence sur l'attitude et les réactions des femmes en travail, comme on l'a vu au chapitre précédent, il exerce une influence sur les intervenant-e-s. Fondamentalement, bien qu'on ait modifié les chambres où l'accouchement a lieu, qu'on ait acquis de l'équipement dit « alternatif » et qu'on ait décloisonné les tâches des infirmières, le cadre a peu changé. Les accouchements se déroulent toujours dans un cadre hospitalier, environnement conçu pour soigner les gens malades et y faire diagnostics et traitements. On y trouve le même personnel¹⁵⁹: des spécialistes formés à régler les complications et qui s'occupent paradoxalement des grossesses et des accouchements normaux, des médecins de famille, des infirmières. La même structure hiérarchique y règne, comme les résultats de cette étude le montrent : des omnipraticien-ne-s se plaignent de la surveillance et du contrôle exercés sur eux par les obstétricien-ne-s-gynécologues, les infirmières soulignent le pouvoir des médecins et le contrôle qu'ils exercent sur leur travail et sur les femmes en travail et des femmes précisent n'avoir pas apprécié certaines manifestations de contrôle exercés sur elles par les infirmières ou par les médecins.

On trouve à chaque palier inférieur de la structure, malgré les commentaires des gens qui s'y trouvent, une attitude d'obéissance à l'autorité, qui peut se comprendre dans un milieu où le personnel – médecins, infirmières – est appelé à se côtoyer et à travailler ensemble régulièrement. Comme le dit un médecin, c'est l'infirmière qui a préséance sur l'accompagnante en ce qui le concerne, car c'est de l'infirmière qu'il doit obtenir tous les jours une collaboration dans le cadre de son travail. De leur côté, les infirmières arrivent mal, malgré leurs tiraillements internes (ou à cause de ceux-ci ?), à prendre leur place,

¹⁵⁹ D'après mes observations, la formation ne m'apparaît pas avoir fondamentalement changé non plus. Un autre signe de cette lacune dans la formation habituelle des infirmières en obstétrique est que ce site offre aux infirmières une formation à l'accompagnement, pour tenter de redonner vie à la philosophie du département. Les infirmières qui viennent de l'extérieur n'ont pas reçu, dans leur formation générale, cette formation à l'accompagnement durant le travail. Par ailleurs, les médecins ne recevraient pas, selon une infirmière, de formation semblable. Francine Saillant souligne d'ailleurs (citée par Lazure, 1999) en 1996 que « *la formation disciplinaire des professionnels de la santé... est avant tout influencée par le courant positiviste et certaines valeurs sont ainsi investies telles la rationalité scientifique, l'expertise technique et le contrôle* ».

comme en témoigne leur silence, observé ou mentionné en entrevue, relativement à des comportements ou des interventions avec lesquels elles ne sont pas d'accord. L'étude de Carpentier-Roy sur les infirmières va dans ce sens : « *Les infirmières oscillent constamment entre la dénonciation violente d'un rapport d'autorité qu'elles vivent avec les médecins qui les confinent, disent-elles, à un rôle d'exécutante, et le silence, qui seul parfois peut assurer un climat de bonne entente* » (Carpentier-Roy, 1991, p. 127.)

Or, en ce qui concerne les intervenant-e-s et l'humanisation de l'accouchement, selon par exemple l'OMS, il devrait y avoir des sages-femmes dans un établissement pour s'occuper des grossesses et accouchements normaux, à tout le moins des intervenant-e-s de première ligne, tels les médecins de famille¹⁶⁰. Et selon les conclusions de la conférence internationale sur l'humanisation de l'accouchement qui eut lieu au Brésil en l'an 2000, ce sont aussi des intervenant-e-s de première ligne qui devraient jouer ce rôle, dans des structures non hiérarchisées (Page, 2001b).

Plusieurs éléments du contexte dans lequel l'accouchement se déroule semblent favoriser la médicalisation. D'abord, le personnel qui y travaille, essentiellement des médecins et des infirmières. Si l'on examine des études sur la pratique des sages-femmes, un peu partout dans le monde, on constate (et ceci inclut l'évaluation des projets-pilotes, au Québec, voir Blais, 1998; Fraser et coll., 2000) qu'il y a moins d'interventions lors d'accouchements sous la responsabilité des sages-femmes et que la satisfaction des femmes relativement aux soins prodigués y est importante. De plus, plusieurs organismes dont l'OMS (1997) sont d'avis que la sage-femme constitue l'intervenante à privilégier pour les accouchements qui ne présenteraient pas de risques, puisqu'elle se spécialise dans les suivis de femmes dont la grossesse et l'accouchement sont qualifiés de « normaux ». Or, près de cinq ans après l'adoption par le gouvernement québécois d'une loi reconnaissant la pratique des sages-femmes, notamment en centre hospitalier, il n'y a aucune sage-femme qui exerce dans le site observé. Des infirmières m'ont d'ailleurs fait part de leur inquiétude face à l'arrivée éventuelle de sages-femmes dans leur établissement, soulignant la nécessité d'une réflexion sur leurs pratiques d'accompagnement (rapport d'observation générale # 11). L'absence de sages-femmes dans les hôpitaux est d'ailleurs générale au Québec, puisqu'au début de février 2004, il n'y a toujours pas de sage-femme y exerçant légalement, alors qu'en Ontario et en Colombie-

¹⁶⁰ Il y a comme on l'a vu des médecins de famille dans ce département d'obstétrique, ce qui n'est pas toujours le cas en milieu urbain. Plusieurs ont cependant quitté ce CH, depuis la réalisation de mon étude.

britannique, c'est chose faite depuis plusieurs années (Bourgeault, Benoît et Davis-Floyd, 2004).

Par ailleurs, on peut présumer que les obstétricien-ne-s-gynécologues comptent dans cet établissement, parmi leur clientèle, une proportion importante de femmes dont la grossesse ou l'accouchement ne présente pas de risques, tout comme partout ailleurs au Canada¹⁶¹. C'est différent en Europe, par exemple en France où ces spécialistes s'occupent uniquement des grossesses ou accouchements dits à risques (Wagner, 1994, p. 121) et les sages-femmes des grossesses eutociques¹⁶². Aux Etats-Unis, si les obstétricien-ne-s-gynécologues supervisent 80 % des accouchements, les sages-femmes occupent une place croissante auprès des femmes enceintes et qui accouchent (10 % selon le sondage américain mené en 2002). Or des études indiquent que le type d'intervenant-e-s a une influence sur le recours aux interventions. Une étude rétrospective portant sur 2 365 femmes torontoises (la moitié était suivie par un médecin de famille et la moitié par un-e obstétricien-ne--gynécologue) femmes dont la grossesse ne présentait pas de risques, révèle plus d'interventions chez les clientes des spécialistes (RAM, déclenchements, stimulation du travail, forceps au détroit inférieur, ventouse, épisiotomie et péridurale), mais aucune différence significative dans le taux de complications (Reid et coll., 1989). Une autre étude rétrospective portant sur 1754 Américaines suivies par des médecins de famille et sur 2 804 Américaines suivies par des obstétricien-ne-s-gynécologues (catégorie : risques peu élevés), montre que les clientes suivies par les spécialistes ont un plus haut taux de travail prématuré, de péridurale, d'épisiotomies et de césariennes, mais un taux équivalent de travail provoqué ou stimulé (Hueston et Rudy, 1995). Dans mon étude, j'ai pu observer par exemple des RAM de routine effectuées plus par des obstétricien-ne-s gynécologues que par des omnipraticien-ne-s.

Mon étude de cas permet aussi la constatation suivante, relativement à un autre facteur possiblement relié à la médicalisation, soit la hiérarchie des intervenant-e-s. L'autorité du médecin est évoquée par Ann Oakley (1980) dans sa définition de la conception médicale de l'accouchement. Lors des accouchements, le médecin demeure l'autorité suprême, l'expert. C'est lui qui a la responsabilité finale de l'accouchement, c'est lui qui, de loin ou de près, dirige la personne qui l'aide, l'infirmière. C'est à lui que, selon les mots même d'un médecin, « *les décisions importantes (m)'appartiennent* (em47 :189-190) (et) (...) il

¹⁶¹ J'ai appris cependant en terminant cette thèse, par l'infirmière-chef d'un autre département d'obstétrique, que dans l'hôpital où elle travaille (un CH de niveau II, les obstétricien-ne-s-gynécologues ne s'occupent que des complications.

¹⁶² Eutocique : se dit d'un accouchement normal. (Le Petit Larousse illustré, 2004).

est « *celui qui contrôle le tout, de près ou de loin* » (em47 : 189). Ces propos font écho aux résultats de l'étude de Renaud et coll. menée dans les années 80 et qui conclut que dans les années 70, l'hégémonie médicale a triomphé en obstétrique et que, désormais, seul le médecin définit ce qui doit se faire pour la santé du bébé et le bon déroulement de l'accouchement (Renaud et coll., 1987). Et l'infirmière est formée selon la même conception de l'accouchement.

Parmi les facteurs qui ont trait aux infirmières, si l'on examine les propos des intervenant-e-s lors des entrevues, par exemple les contraintes de travail évoquées par les infirmières, il semblerait qu'un facteur favorisant la médicalisation soit le manque de personnel infirmier qui est apparu au cours des années 90. Il est possible qu'il y ait moins d'infirmières disponibles qu'il n'y en avait dans les années 70 et les années 80 et que des infirmières puissent, lorsqu'elles sont débordées, être moins disponibles pour accompagner les femmes en travail actif. J'ai cependant remarqué qu'elles arrivent – et certaines le disent – à être disponibles lorsque les femmes sont en travail très avancé. Elles délèguent alors le reste de leurs tâches à des collègues. J'ai aussi remarqué que dans un contexte peu achalandé, des infirmières étaient peu présentes auprès de leur « patiente » en travail. Il se peut que dans les situations d'achalandage extrême, les infirmières soient en effet moins disponibles auprès de leur clientèle. Et des médecins – en particulier les omnipraticien-ne-s qui délaissent de plus en plus l'obstétrique – sont aussi débordés.

Le manque de personnel ne constituerait cependant pas un facteur très important, selon moi, relativement à la médicalisation des pratiques en obstétrique puisque les infirmières semblent arriver, si elles le choisissent, à accompagner leur clientèle. Il demeure que durant certaines périodes de l'année, notamment l'été où le manque d'infirmières expérimentées se fait sentir depuis plusieurs années, il est possible qu'une conséquence soit une médicalisation accrue de l'accouchement. Il demeure cependant, comme le soulignent Dallaire et collègues dans l'édition révisée de l'ouvrage *Le système de santé au Québec* (2003), que les conditions de travail des infirmières ne s'améliorent pas. Par ailleurs, ces auteurs sont cependant d'avis que la pénurie d'infirmières dans le système de santé québécois affecte la qualité des soins (Dallaire et coll., 2003).

La conception de l'accouchement

Un facteur qui semble orienter beaucoup les pratiques est la conception de l'accouchement qui prévaut dans ce milieu, telle que révélée par les observations et les entrevues au chapitre 4 de cette thèse.

Disons d'abord, avant d'aborder la question de la conception de l'accouchement, que tout comme ailleurs dans le système de santé, ce qui se passe durant le travail entre la femme et l'intervenant-e revêt un caractère « privé », dans le sens que chaque intervenant-e, dans les limites des règles fixées par l'établissement, mène sa barque comme il l'entend : chacun, infirmière ou médecin, a son style de pratique, suit son propre agenda; de plus, il apparaît délicat de faire un commentaire à un collègue sur sa façon de pratiquer, que ce soit entre collègues de même niveau, mais plus spécialement d'un-e professionnel-le d'un échelon « inférieur » à un-e professionnel-le d'un échelon « supérieur » de la hiérarchie. J'ai pu observer par exemple la tentative de quelques infirmières de faire une suggestion à un médecin, pendant la poussée, tentative qui pouvait être entendue mais qui pouvait tout aussi bien ne pas être considérée. Mes entrevues montrent que plusieurs infirmières, qui déplorent certaines attitudes ou interventions de la part de médecins, ne semblent pas leur en avoir fait part, ou encore si elles l'ont fait, ne semblent pas avoir obtenu de résultats. Comme le souligne Eakins, le médecin suit son propre agenda, ignorant souvent ce qui est demandé par la femme en travail :

The style of agenda setting [...] with routines being unilaterally imposed with little or no discussion or opposition [...] probably has more to do with the professional-lay person dynamic than with the fact that doctors are typically men¹⁶³ [...] (Eakins, 1986, p. 126-127).

Par ailleurs, cette médicalisation de l'accouchement rend aussi compte du fait que l'on a aboli, de plus en plus, les frontières entre le normal et l'anormal lors de l'accouchement. Par conséquent il faut exercer la même surveillance sur toutes les femmes qui accouchent :

Birth was no longer simply « normal » or « abnormal » nor was the birth process « efficient » or « inefficient » and subject to improvement through the intervention of a skilled practitioner. Now birth was something to be watched, not through the eyes of a person like a midwife whose job it was to attend birth, read its revelatory messages, and call for help when something went wrong, but through eyes trained to be sensitive to the signs of impending pathology. (Arney, 1982, p. 54).

¹⁶³ Les médecins ne sont plus tous de sexe masculin aujourd'hui : les femmes sont de plus en plus nombreuses en médecine. Ces femmes médecins ont été formées à une obstétrique biomédicale originellement établie par des médecins hommes.

Pour Arney (1982), la frontière entre la naissance normale et anormale devint ainsi matière à dispute. Arney poursuit en soulignant qu'au lieu de tenter d'identifier et de contenir une situation de pathologie potentielle, l'obstétrique a fait porter ses efforts sur le développement de systèmes de surveillance de tous les accouchements. Cette dispute à propos de la frontière entre la naissance normale et anormale se poursuit de nos jours entre la profession médicale et la profession des sages-femmes. Par exemple, pendant les années 80 et 90 où femmes et sages-femmes, au Québec et dans le reste du Canada, réclament la reconnaissance légale de cette profession, des associations médicales s'y opposent, et en particulier au Québec.

Lors d'un accouchement, comme je l'ai indiqué au chapitre 4 de cette thèse, on exerce une double surveillance : sur le travail et sur l'état de santé de la mère et du bébé. C'est ainsi que le protocole de stimulation du travail et les entrevues révèlent l'adhésion à une norme où les contractions doivent survenir à telle fréquence, être de telle durée et avoir telle intensité et ce, même si on reconnaît dans le milieu que les femmes peuvent aussi accoucher avec des contractions différentes, par exemple aux 5 minutes, et que c'est alors « plus long ». Dans ce site, on s'inspire aussi toujours de la courbe de Friedman pour évaluer la progression du travail, alors que cette courbe est définie à partir de l'observation d'accouchements en milieu hospitalier, où l'on définit le début du travail actif à partir de l'admission de la femme en travail dans l'établissement (ce qui a pu fausser ce que l'on considère comme la durée « normale » d'un travail ou comme des contractions « normales »). Or, il existe d'autres courbes décrivant la durée du travail. Par exemple, deux études menées dans la seconde moitié des années 90 – la première étude étant répétée dans plusieurs centres – sur des milliers de femmes en travail indiquent que la durée du travail actif s'avère être le double de ce que prescrit la courbe de Friedmann, établie dans les années 50 et 60. (Albers, 1996; Albers, 1999).

Ensuite, le système médical gère l'accouchement essentiellement par la surveillance étroite du travail, de la mère, et surtout de l'état du bébé. L'accent mis sur la sécurité porte essentiellement sur la santé physique des deux protagonistes. Et dans ce système, seule la technologie peut assurer cette sécurité. En effet, si l'accouchement y est considéré comme un événement familial, la manière dont on le « gère » par ailleurs demeure essentiellement biomédicale, notamment si l'on examine les règles en vigueur dans le département d'obstétrique. En effet, là comme ailleurs, les règles institutionnelles, selon Lane (1995), auteure d'une étude de cas sur l'accouchement, sont conçues pour rationaliser le processus de l'accouchement en fonction des intérêts administratifs et médicaux, afin de se prémunir contre toute adversité, et afin de protéger le personnel – et

en particulier les médecins – contre les poursuites possibles pour négligence ou mauvaise pratique. Les règles institutionnelles auxquelles on adhère dans cet établissement – par exemple le protocole en cas de déclenchement artificiel du travail – découlent toujours d'un modèle biomédical de l'accouchement vu comme un événement risqué et qui ne peut être qualifié de normal qu'a posteriori.

Mettre l'accent sur la technologie et la relier à la sécurité est une façon de concevoir l'accouchement qualifiée de technocratique par l'anthropologue de la naissance Robbie Davis-Floyd. Ces façons de faire sont susceptibles d'avoir un impact sur la femme en travail et qui donne naissance. Davis-Floyd, dans son étude publiée dans *Birth as an American Rite of Passage* (1992), montre comment les pratiques obstétricales contribuent à inculquer aux femmes les valeurs de notre société. Le fait de pallier les soi-disant déficiences du corps féminin lors de l'accouchement pourrait avoir pour effet de transmettre aux femmes le message que leur corps est inadéquat et qu'elles sont incapables de mettre leur bébé au monde sans que la technologie n'intervienne. Un autre message susceptible d'être transmis, que je relève suite à mon étude de cas, est la supériorité des médicaments sur le corps féminin pour faire naître un bébé, puisqu'on estime nécessaire de recourir aussi souvent au Syntocinon pour faire naître les bébés au XXI^e siècle.

En effet, dans ce système, l'évaluation du travail est omniprésente, ce qui n'est pas sans avoir un impact. Comme le souligne la sociologue Barbara Rothman (1996), se faire dire qu'on est en « faux travail » ou qu'on n'est pas en travail, ou tout autre commentaire qui, selon les mots d'une sage-femme québécoise, « *dé-courage* », peut avoir un effet démoralisant sur les femmes :

C'est le dé-courage que l'on propose aux femmes, lorsqu'elles accouchent, plutôt que de les soutenir et de leur inspirer le courage dont elles sont capables et dont elles auront grandement besoin pour les mois ou, plus justement, pour les années suivant la naissance. (Brabant, 2003, p. 51)

Ce fut le cas de Jasmine à 5 cm de dilatation du col utérin, de Béatrice à qui on répète qu'elle pousse mal, ou encore de Guylaine à qui l'infirmière prédisait un accouchement relativement long. Comment peuvent-elles faire confiance aux messages que leur transmet leur corps ?

Un soutien limité ?

L'importance du soutien pendant l'accouchement et ses multiples effets bénéfiques ont été démontrés par de nombreuses études scientifiques. Les études ayant porté sur le soutien – dont plusieurs ont fait l'objet de revues par la *Cochrane Library* – montrent ainsi que la présence continue d'une accompagnante, ou d'une personne (autre que le conjoint) offrant du soutien, réduit la durée du travail, réduit la consommation de médicaments contre la douleur, réduit le taux d'accouchements avec instruments et réduit le nombre de bébés ayant un Apgar inférieur à 7, à cinq minutes après la naissance, ainsi que le nombre de césariennes. Par ailleurs, la satisfaction ressentie par les femmes relativement à leur accouchement est accrue. Les effets bénéfiques observés se retrouvent dans plusieurs études, peu importe le milieu où les femmes accouchent, les routines hospitalières, les politiques sur la présence des proches et le statut de « risque obstétrical » des femmes. On observe les mêmes effets si les qualifications des accompagnantes (aussi appelées *doulas*) varient. D'autres études révèlent que le soutien d'une personne pendant le travail et l'accouchement entraîne moins de dépressions post-partum (Gjerdingen et coll. 1991, Wolman et coll. 1993).

Les auteurs de *A Guide for Effective Care in Pregnancy and Childbirth* (Enkin et coll., 2000) définissent le soutien comme d'une part, l'assurance que la femme en travail ne sera à aucun moment laissée seule, et d'autre part que la seule présence ne suffit pas; il doit y avoir des gestes se rapportant au confort physique et de soutien émotif. Le soutien peut comprendre un contact physique (ex : masser le dos, tenir la main), des mesures de soulagement de la douleur (compresses, aider la parturiente à respirer et à se détendre); le soutien émotif peut inclure le maintien d'un contact visuel, l'information, l'encouragement, les félicitations. Il comprend un échange verbal et constitue une présence amicale.

La chercheuse responsable de la revue régulièrement mise à jour sur le soutien dans la *Cochrane Library*, Ellen Hodnett, souligne que si l'on considère les bénéfices évidents et l'absence de risques associés à un soutien pendant l'accouchement, tout devrait être mis en œuvre pour s'assurer que toutes les femmes reçoivent ce soutien pendant leur accouchement, pas seulement de leurs proches, mais de personnes spécialement formées pour les accompagner (infirmières, sages-femmes ou femmes sans qualifications médicales).

Or le soutien aux femmes en travail ne constitue qu'une des multiples tâches des infirmières, responsables par ailleurs de femmes ayant accouché ou encore de femmes enceintes non en travail mais sous observation.

En effet, des études récentes ont examiné la proportion des tâches infirmières consacrées au soutien dans des hôpitaux canadiens. Les résultats indiquent que, dans les faits, peu de temps est consacré au soutien des femmes en travail par le personnel infirmier. En effet deux études quantitatives ont été effectuées au cours des années 90, l'une dans un grand hôpital tertiaire montréalais et l'autre dans un grand hôpital torontois. L'étude montréalaise de Gagnon et Waghorn (1996) compte 3 367 observations du travail des infirmières à toute heure du jour ou de la nuit, la semaine comme le weekend. Une grille d'observation définit les différentes facettes des tâches infirmières, incluant le soutien. On y trouve des rubriques sur les activités de soutien. Le soutien comprend des mesures pour augmenter le confort physique, émotif (rassurer, encourager, féliciter, être avec la parturiente, lui tenir compagnie, rire, faire des farces, converser avec elle); il comprend un aspect informatif (donner des instructions ou diriger, suggérer des techniques de relaxation, expliquer, fournir de l'information sur le progrès du travail ou les gestes posés, interpréter ce que dit le médecin, guider le partenaire), et un rôle d'« *advocacy* » (écouter ce que demandent les femmes, les soutenir dans leurs décisions, négocier ce qu'elles veulent avec les autres intervenant-e-s et avec les proches de la parturiente). Outre le soutien, les autres catégories d'activités notées par Gagnon et Waghorn sont les soins cliniques, directs et indirects administrés dans la chambre, les soins aux femmes en postpartum et les autres tâches à l'extérieur de la chambre et en dehors du département d'obstétrique.

Les résultats de cette étude et d'une étude antérieure réalisée par McNiven, Hodnett et O'Brien-Pallas (étude menée de façon similaire) montrent que les infirmières consacrent respectivement 6,1 % (Gagnon et Waghorn, 1996) et 9,9 % (McNiven et coll., 1992) de leur temps total de travail au soutien des femmes en travail. Une étude canadienne plus récente, menée au Québec, (Gale, Forthergill-Bourbonnais et Chamberlain., 2001) conclut que les infirmières consacrent 12,4 % de leur temps au soutien. On y constate une différence entre la perception des infirmières et le résultat de l'étude quant au soutien fourni.

Si les infirmières du département d'obstétrique observé ont à cœur d'aider les femmes en travail avancé et en souffrance, elles ne peuvent le faire que dans les limites de leurs autres tâches. Leur présence dépend aussi de l'achalandage, de la quantité de personnel présent et du niveau d'expérience du personnel. Si certains accouchements observés comprennent pendant le travail un soutien de la part d'infirmières, le soutien tel que défini précédemment n'est pas présent à tous les accouchements que j'ai observés. J'ai vu pendant mon étude des vidéos sur les accouchements en contexte humanisé : le rôle actif

de soutien de l'infirmière y est très visible. Ce n'est pas ce que j'ai observé dans tous les accouchements. J'ai remarqué plus de soutien durant la nuit, et plus de soutien de la part de certaines infirmières¹⁶⁴. Des infirmières disent d'ailleurs s'ennuyer du temps où elles faisaient plus d'accompagnement.

Des infirmières ont fait le lien entre le fait qu'elles ne peuvent pas toujours être présentes auprès de la femme en travail et l'augmentation de la médicalisation. Selon l'une d'elles, lorsque les femmes ne bénéficient pas assez de la présence de l'infirmière, les complications sont plus fréquentes : « *Quand t'es pas capable de rester avec tes patientes quand ça devient intense, c'est là où il y a beaucoup, beaucoup de médicalisation* » (ei42 : 702-703). Une autre, Patricia, me raconte qu'elle a observé que les bébés que l'on ne met pas sur le ventre de leur mère sitôt après leur naissance, notamment parce que le personnel est très occupé, ont plus de difficulté à téter ensuite; les infirmières doivent donc passer plus de temps à les aider à allaiter. Elle décide donc un jour de communiquer cette observation à des collègues et elles s'efforcent dès lors de prendre le temps de laisser mère et bébé en contact, avant de s'occuper des tâches à faire auprès du bébé. Elles remarquent une amélioration dans leurs capacités à allaiter.

Un aspect du soutien que j'ai vu très peu actualisé au cours de mes observations est le rôle d'*advocacy* (défense du « patient ») de la part d'infirmières, ce qui m'a laissé l'impression qu'elles doivent suivre ce que dicte le médecin, parfois aux dépens de la parturiente. Toutefois, certaines infirmières, et parfois des médecins, essaient de contrer la médicalisation. J'ai observé en effet que certaines infirmières essaient de « détourner » des tentatives de médicalisation issues des protocoles ou des volontés de certains médecins. Un médecin de famille m'a aussi souligné la même réaction, soit qu'elle se cache parfois du regard inquisiteur des obstétricien-ne-s-gynécologues en fermant la porte de la chambre ou en allant dans la toilette avec la femme en travail.

Dans le milieu observé, si j'ai vu des accouchements où l'on manifeste cette forme de respect envers la femme en travail, ce ne fut pas le cas de tous les accouchements, ce qui traduit une certaine contradiction entre la philosophie et la pratique. Celle-ci pourrait s'expliquer comme étant la manifestation d'une conception biomédicale de l'accouchement illustrée au chapitre 4 de cette thèse et ce, malgré un discours qui traduit une conception plus psychosociale de l'accouchement. Comme dans les autres hôpitaux,

¹⁶⁴ Ce résultat confirmerait la présence de deux « types » d'infirmières dans ce département, des infirmières qualifiées dans le milieu soit de « techniciennes » soit d'« accompagnantes ». Il m'est aussi arrivé de constater des variations dans le soutien de la part d'une même infirmière.

les soins (par exemple ce que l'on fait après une RSM ou une RAM) sont standardisés et conformes aux normes qui prévalent dans le modèle biomédical de l'accouchement : « *the whole hospital is concerned with smooth functioning. Like all bureaucracies, the most important thing is that the system should not have its procedures disrupted* » (Reinharz, 1991, p. 219). Comme Piché le souligne déjà en 1987, « *l'hôpital répond aux besoins des opérations, non à ceux des usagers* » (Piché, 1987, p. 322). Cette évaluation peut s'appliquer au milieu observé qui pourtant adhère à une autre philosophie de soins.

Les règles en obstétrique sont calquées sur les règles qui régissent les soins dans tout centre hospitalier et dans tous les départements qui le constituent. Par exemple, malgré un désir de continuité, les quarts de travail de huit heures sont la norme et l'infirmière dont le quart de travail se termine doit quitter. Elle est alors remplacée par une nouvelle figure, inconnue de la femme en travail. Les infirmières soulignent que ces changements perturbent les femmes et accroissent la médicalisation. Et les règles de soins, par exemple les protocoles de soins, ne sont pas toutes fondées sur des données probantes, comme la RAM de routine, la poussée dirigée, etc; ainsi, lorsque cette étude a eu lieu, on n'avait pas procédé à une évaluation de la qualité des soins depuis 10 ans et certains protocoles n'ont pas été entérinés officiellement par le CMDP de l'établissement, situation qui aurait été corrigée depuis.

L'influence de la peur

Cette préoccupation de surveillance et du travail et de l'état de santé de la mère et du bébé est liée à la conception biomédicale de l'accouchement, fondée sur le caractère potentiellement pathologique de cet événement, qu'on ne pourrait dire sécuritaire qu'une fois qu'il est terminé. Cette conception donne naissance à la peur, peur qu'éprouvent et les femmes et les intervenant-e-s lors d'un accouchement. Ce facteur pourrait jouer un rôle dans la persistance de la médicalisation. Selon Dauphin,

La mise au monde est la première étape de notre vie, et cette étape entraîne automatiquement une autre, celle de notre mort. Cette évidence est rarement énoncée, mais elle existe dans chacun d'entre nous et génère une peur, celle de mourir pour les femmes, celle de voir mourir pour les soignants (Dauphin, 2003, p. XXI).

Cette sage-femme ajoute cependant que les événements les plus préoccupants pour les soignants lors de l'accouchement, soit des situations d'urgence, par exemple l'hémorragie de la délivrance, la dystocie des épaules, la procidence du cordon, la souffrance fœtale aiguë, peuvent paradoxalement tous être généralement prévenus. Elle précise qu'on peut

prévenir l'hémorragie en évitant de déclencher ou de stimuler l'accouchement ou encore en évitant un travail prolongé sous péridurale et ocytociques, qu'on peut prévenir la dystocie des épaules¹⁶⁵ en permettant à la femme de demeurer mobile et en faisant une échographie pour vérifier. On peut prévenir la procidence du cordon en évitant de faire une RAM si le bébé est très haut. On peut prévenir la souffrance fœtale aiguë au moyen des mesures suivantes : en autorisant les femmes à manger, en ne les obligeant pas à demeurer couchées sur le dos, en évitant l'administration de Synto et en ne faisant pas de RAM systématique. Dauphin implique donc que des interventions seraient iatrogènes et donneraient précisément lieu aux complications importantes que l'on craint beaucoup.

Ces peurs qui affectent « soignant-e-s » et « soignées » sont fondées sur la promotion du risque. La conception biomédicale de l'accouchement met en effet beaucoup l'accent sur le risque et en particulier sur le risque pour le bébé, qui est devenu même *in utero* un « patient » à part entière, puisque depuis quelques années, on opère des fœtus et ce, très tôt dans la gestation. Si la gestion que l'on fait du déroulement de l'accouchement manifeste ces craintes, paradoxalement pendant les entretiens avec les intervenant-e-s il n'en a pas été beaucoup question. Une seule infirmière a évoqué la possibilité de mort du bébé, ainsi qu'un seul médecin. Selon mes observations, la préoccupation de la santé du bébé oriente fortement la pratique, mais de manière sélective, comme on le verra un peu plus loin. Et une infirmière précise aussi qu'on ne peut plus respecter la femme en travail quand une complication se produit et fait craindre pour la santé du bébé. Par ailleurs, il se pourrait que le recours si fréquent à la technologie en obstétrique serve à calmer les angoisses des soignants (Bérard, 2000a). 151-86.

Une source additionnelle de peur, reliée au risque de complications, est la peur des poursuites, si quelque chose se produisait. Comme une infirmière le dit, « *la paperasse (à remplir), (c'est) bien plus pour te protéger* » (ei32 : p.20). Un obstétricien-gynécologue évoque ce facteur en entrevue. Comme le soulignent Szejer et Dauphin, (2001) « *Toute dérogation au protocole visant [...] à respecter le rythme de la mère et du bébé, pourrait être retenue contre les professionnels, en cas de procédure judiciaire* » (p. 130). La sage-femme Francine Dauphin soutient que « *le risque médico-légal [...] pollue largement la relation avec les patients* » (Dauphin, 2003, p. XXII).

Ce qui est paradoxal, cependant, c'est que l'on a, d'après les résultats de mes observations dans ce département d'obstétrique, une préoccupation sélective du risque.

¹⁶⁵ L'omnipraticienne faisant partie de mon comité de lecture, le docteur Lisanne Papin, est

J'ai été très surprise, alors que je rédigeais un article sur la péridurale, en 1996, lorsqu'une anesthésiste que j'interviewais et qui avait choisi d'accoucher en maison de naissance, donc sans péridurale¹⁶⁶ – m'a avoué ne pas se préoccuper des risques de cette intervention lorsqu'elle administre elle-même des péridurales puisque « *on est formées pour réagir aux problèmes qui peuvent alors survenir* » (Bolduc, comm. pers. 1996). Le résultat de mes observations dans cette étude-ci montre une attitude paradoxale envers le risque : d'une part, si l'on a une préoccupation face au risque de l'accouchement pour la mère et surtout pour le bébé et que certains intervenant-e-s fustigent les femmes qui refusent des interventions en les qualifiant en entrevue d'inconscientes ou d'ignorantes, d'un autre côté on n'éprouve aucune hésitation à recourir à des mesures, même de façon routinière, susceptibles de présenter aussi des risques, selon la recherche scientifique. Croire que l'accouchement est un événement risqué et dangereux et qu'il faut donc la présence de professionnel-le-s capables de régler les problèmes ne manquant pas de survenir entraîne peut-être cette attitude paradoxale face aux risques.

On administre sans hésitation le Syntocinon pour stimuler l'accouchement (plus de la moitié des accouchements observés), des prostaglandines pour le déclenchement ou encore l'on fait une amniotomie. On administre aussi de puissants médicaments analgésiques ou anesthésiques dans lesquels on retrouve des narcotiques (plus de la moitié des accouchements que j'ai observés) en réponse à la demande des femmes ou parfois en l'absence de demande de leur part.

Or ces médicaments affectent non seulement le travail mais aussi le rythme cardiaque du bébé ou encore sa respiration (Enkin et coll. 2000). Et on se préoccupe assez peu, finalement, sauf chez certains intervenant-e-s, de la cascade d'interventions qui suit souvent l'application d'une routine (ex : la RAM, suivie du Nubain, suivi du Synto, suivi de la ventouse car le cœur du bébé manifeste des réactions aux interventions). Il semble que les intervenant-e-s diminuent ou taisent le risque des interventions qu'ils ou elles proposent et que le risque dangereux pour eux soit relié à un désir de la clientèle de gérer le déroulement de son accouchement. Et que lorsque le désir de contrôle provient des intervenant-e-s, le risque semble s'évanouir ou à tout le moins il n'est pas évoqué. Cette attitude, Bérard la qualifie de « dissonance cognitive », soit une attitude fréquente consistant à éliminer, rejeter ou réduire l'importance d'informations contredisant trop les systèmes de croyances de la personne (Bérard, 2000a).

cependant en disaccord avec l'affirmation sur la prévention possible de la dystocie des épaules.

¹⁶⁶ La péridurale n'est pas disponible en maison de naissances.

Une société qui a changé

Si l'on vit dans une société de plus en plus préoccupée par le risque, ce qui s'étend à d'autres domaines que l'obstétrique, la société n'est plus la même qu'il y a 30 ans, où cette préoccupation était bien moins présente. De nouvelles générations de femmes mettent au monde leurs bébés, femmes nées à partir des années 60, différentes des générations précédentes, pour ce qui est de l'intériorisation du discours médical concernant l'accouchement, déjà remarqué au Québec dans les années 80 par la sociologue Maria De Koninck. Les nouvelles générations diffèrent aussi peut-être quant à l'attitude générale concernant la gestion de la douleur, comme l'indiquent des infirmières interviewées. Celles-ci soulignent aussi que les nouvelles générations d'infirmières seraient différentes, leurs attitudes participant aussi des valeurs et croyances de la société présente. Ces générations seraient moins tolérantes à la douleur, baignant dans une société où l'on recommande la prise immédiate d'un analgésique à l'apparition du plus petit mal de tête et où ne valorise pas l'effort. Les jeunes générations seraient plus mal à l'aise devant la souffrance des femmes en travail. De plus, les nouvelles infirmières ont moins d'expérience, sont moins assurées devant les médecins (elles soulignent qu'elles ne diront rien tant qu'elles ne compteront pas plusieurs années d'expérience); elles n'ont pas non plus participé à la réorientation de la philosophie du département d'obstétrique et auraient tendance, selon certaines de leurs collègues, à être plus « techniciennes »¹⁶⁷. Selon d'autres infirmières, toutefois, ceci ne constitue pas un absolu, des infirmières ayant plus d'ancienneté pouvant elles aussi s'avérer plus techniciennes qu'accompagnantes.

Un autre facteur de médicalisation potentiellement relié à la société dans laquelle nous évoluons est le facteur « commodité », qui peut ici se manifester dans un recours plus rapide aux interventions non motivées par une raison médicale. Ce reproche est fait aux médecins, mais il appert selon des intervenant-e-s médecins que des femmes réclament non seulement la péridurale, mais le déclenchement de leur accouchement parce qu'elles veulent pouvoir contrôler le moment de retour au travail ou l'aide qu'elles recevront après

¹⁶⁷ L'étude de Gagnon et Waghorn (1996), dont il a déjà été question dans ce chapitre, souligne par contre que les infirmières de moins de sept ans d'expérience passent un petit peu plus de temps à offrir du soutien aux parturientes que les infirmières ayant plus de sept ans d'expérience. La différence entre cette étude et la mienne pourrait s'expliquer, d'une part, par le fait que les infirmières engagées lors de la réorientation du département étaient recrutées en fonction de leur désir de participer à ce projet, et que les règles relativement à l'embauche avaient été alors assouplies; et d'autre part parce que les règles habituelles d'embauche ont été appliquées de nouveau depuis, favorisant l'engagement d'infirmières plus récemment formées pour qui la philosophie du département n'a peut-être pas l'importance qu'elle a pour leurs collègues ayant de l'ancienneté.

l'accouchement. Des infirmières reconnaissent aussi que la péridurale peut leur « *enlever de l'ouvrage* », ce qui est pratique quand elles sont débordées. Cette tendance à privilégier la commodité dans notre société se manifeste à l'extrême à propos de l'accouchement par une demande de césarienne sans raison médicale, sujet qui a fait couler beaucoup d'encre ces dernières années dans les médias (St-Jacques, 2003; Walker, 2001) ainsi que dans des publications scientifiques (Van Wagner, 2003; Wagner, 2000; Hillan, EM, 2000; Amu et coll., 1998).

Si cette médicalisation persiste toujours, c'est aussi qu'elle est demandée par certaines femmes. La société de consommation dans laquelle nous vivons met en effet l'accent sur la possibilité de faire des choix. Le domaine de l'accouchement n'échappe pas à cette tendance.

Si le choix est toujours une valeur importante dans notre société, et qu'on admette que des femmes puissent choisir des interventions diverses pour leur accouchement, l'absence de choix éclairé pose un problème. Et si l'on estime, comme la plupart des intervenant-e-s interviewé-e-s dans le cadre de cette étude, que l'information permettant le choix éclairé doit se faire pendant la grossesse – ce qui ne semble pas avoir nécessairement lieu comme je l'ai constaté – il faudrait peut-être revoir non seulement l'ensemble des questions reliées à l'information, suite à cette étude, mais les conditions permettant l'exercice par les femmes de leurs droits pendant l'accouchement.

C. L'accouchement : un respect des droits limité

On pourrait se demander, lorsque l'on constate la tendance à médicaliser l'accouchement dans le site observé, site par ailleurs réputé pour ses pratiques humanisantes, quels sont les droits des femmes dans un tel contexte, droits conférés notamment, dans le cadre de notre système de santé, par la Loi sur la santé et les services sociaux ,

a. Les droits de la personne et l'accouchement

Les droits de la personne sont enchâssés dans des lois, dont la Loi sur la santé et les services sociaux. La nécessité d'appliquer les droits de la personne au domaine de la santé est maintenant reconnue. Voyons maintenant ce qu'il en est.

Au Québec, en ce qui concerne les droits des usagers, la loi 120 comporte (notamment) les articles suivants :

Art. 8. Tout usager des services de santé et des services sociaux a le droit d'être informé sur son état de santé et de bien-être, de manière à

connaître, dans la mesure du possible, les différentes options qui s'offrent à lui ainsi que les risques et les conséquences généralement associés à chacune de ces options avant de consentir à des soins le concernant.

Art. 9. Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitement ou de toute autre intervention...

Art. 10. Tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être [...] (Québec, 1992).

Dans le domaine de la reproduction, un autre sens donné à l'humanisation de la naissance, mais beaucoup plus récemment, a trait au respect des droits de la femme mettant au monde un bébé, dérivés des droits des femmes et des droits de la personne. Plusieurs organismes reconnaissent aux femmes le droit de prendre des décisions relatives à leur accouchement. Certains disent reconnaître ce droit « aux couples » ou encore « aux familles », ce qui autorise à s'interroger sur la question de savoir à qui appartient d'abord ce droit. Celui-ci s'étend de l'implication ou de la « participation » aux décisions à la reconnaissance du « *droit des femmes et des couples à choisir la personne qui les assistera, le lieu où elles mettront leur enfant au monde et la manière dont se déroulera l'événement* » (Regroupement Naissance-Renaissance, 2003).

À l'échelle internationale, ce sont les conférences du Caire et de Beijing, portant respectivement sur la population et le développement, et sur les femmes, qui ont en 1994 et 1995 mis l'accent sur les droits des femmes sur le plan de la reproduction. Le Programme adopté par 184 pays membres des Nations-Unies au Caire reconnaît l'importance des droits de la personne dans la protection et la promotion de la santé reproductive. On y définit cette dernière comme étant « *a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity, in all matters relating to the reproductive system and to its functions and processes.* » (ONU, 1994, paragraphe 72, Document A/Conf. 171/13). À Beijing, la Déclaration adoptée reconduit la définition adoptée au Caire et ajoute que « *the human rights of women include their right to have control over and decide freely and responsibly on matters related to their sexuality, including sexual and reproductive health free of coercion, discrimination and violence* » (ONU, 1995, paragraphe 96, Document A/Conf. 177/20). La Plateforme de Beijing souligne que les droits portant sur la reproduction émanent de certains droits de la personne déjà reconnus à l'échelle internationale et nationale.

Selon Harrison (1997), le respect de l'autonomie est l'un des trois principes moraux centraux décrits en déontologie. Le droit à l'autonomie est reconnu et il est relié à la notion

de choix éclairé (UK Government, 1993) : dans *Changing Childbirth* on peut lire que les professionnel-le-s ont la responsabilité de donner aux femmes et à leur partenaire des conseils fondés sur leurs connaissances et leur expérience et qu'ils n'ont pas le droit d'imposer leur façon de voir les choses, même si ils ou elles croient que le choix de la femme peut accroître les risques pour sa santé et celle de son bébé. Par ailleurs, certains organismes, comme l'Association pour la santé publique du Québec, reconnaissent aussi le droit à « *la préservation de l'intégrité physique et psychologique des personnes* », (ASPQ, 2002), droit de l'inviolabilité de la personne reconnu dans le domaine de la santé.

Les droits de la personne, d'abord reconnus par les Nations-Unies en 1948, le furent aussi, en ce qui concerne la santé, après la Deuxième Guerre mondiale. En effet le Code de Nuremberg et la Déclaration de Helsinki¹⁶⁸ ont souligné, rapportent Stephenson et Wagner (1993, p.179), que la mission des médecins est la sauvegarde de la santé et de l'intégrité des personnes et que ces « *patients have an absolute right to be informed about any potential adverse consequences that might occur as a result of treatment, and coercion... is expressly forbidden* ». Ce droit à l'information constitue le principe sous-jacent au choix éclairé, généralement défini comme « consentement éclairé¹⁶⁹ », soit, selon Harrison, citant Farden et Beauchamp (1986) « *an uncœrced willingness to undergo a procedure which the client has adequate information about, including the risks and consequences of the action and the alternative options available* » (Harrison, 1997, p. 738).

Plus récemment, Bérard (2000b) indique que le Parlement européen a voté une résolution sur une charte des droits de la parturiente. Cette charte préconise

La participation, avec le partenaire, à des cours de préparation à l'accouchement, l'information avant l'accouchement sur des risques et des symptômes existants ainsi que des précautions et des médicaments à prendre, le libre choix de l'établissement, des modalités (position) de l'accouchement [...], l'accouchement naturel sans que l'accouchement soit accéléré ou retardé et le recours à la césarienne qu'en cas d'absolue

¹⁶⁸ Trials of War Criminals before the Nuremberg Military Tribunals under Control of Law no. 10 vol. 2, Washington, D.C. : US Government Printing Office, 1949, p. 181-182; World Medical Association Declaration of Helsinki : Recommendations Guiding Medical Doctors in Biomedical Research Involving Human Subjects, 1964. Revised 1975.

¹⁶⁹ On parle en effet dans notre système de santé, en rapport avec l'information aux patients, de « consentement éclairé ». Certains sont d'avis qu'il faudrait plutôt utiliser « choix (ou décision) éclairé-e ». L'auteure d'un mémoire sur les césariennes (Maier, 1992, p. 59) faites par ordre d'un tribunal dit que « *Some feminist health activists advocate replacing the notion of informed consent with « informed decision-making » [...] (that) suggests an active, rather than passive, role for the patient which may enhance the real possibility of « informed refusal* ».

nécessité; la présence, si la parturiente le souhaite, d'une personne choisie parmi le couple, les parents ou les amis, avant, pendant et après l'accouchement, le droit pour la parturiente de décider conjointement avec le médecin, après avoir reçu une information détaillée à ce sujet, des thérapies et des traitements (Bérard, 2000b, p. 20).

Enfin, du côté des médecins, en 1999, le Conseil exécutif de la Fédération internationale des gynécologues et obstétriciens met sur pied un groupe de travail sur les droits sexuels et reproducteurs des femmes, afin d'étudier les questions de respect, application et promotion de ces droits (Cook et Dickens, 1999). De plus, aux États-Unis, l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 1987) souligne que l'autonomie de la femme enceinte doit être respectée, même si tous les efforts devraient être faits pour protéger le fœtus. Et au Canada, dans la déclaration no 67, la SOGC (1997) rappelle que le code d'éthique de l'Association médicale canadienne stipule que le médecin doit respecter le droit d'un patient ayant toutes ses facultés à accepter ou à rejeter tout soin ou tout traitement recommandé.

Au Québec, l'Association pour la santé publique du Québec juge important de mettre à jour au moment où j'effectue cette étude son dépliant sur les droits des femmes pendant leur grossesse et leur accouchement (ASPQ, 2002). On y souligne notamment, à l'instar de la loi québécoise (Loi 120), que la femmes a le droit « *d'être informée des limites et des effets indésirables des médicaments et interventions suggérées* », « *d'accepter ou refuser toutes les interventions* » (dépliant ASPQ). Il appert que les femmes ne sont pas nécessairement conscientes de leurs droits, lorsqu'elles accouchent. Ainsi, une infirmière de CLSC souligne à quel point, lorsqu'elle remet ce dépliant à sa clientèle pendant les cours prénataux, les femmes sont surprises d'apprendre qu'elles ont des droits lorsqu'elles accouchent (Thibodeau, 2003). De son côté, l'enquête américaine publiée en 2002 montre qu'une femme sur trois a une compréhension limitée de ses droits (droit à une information exhaustive, droit d'accepter ou de refuser une intervention) ou en ignore totalement l'existence. Une femme sur trois précise d'ailleurs qu'elle aurait aimé être mieux informée à ce sujet (Maternity Center Association, 2002).

Et au Québec toujours, l'avocat en droit de la santé M^e Jean-Pierre Ménard, qui s'est spécialisé depuis une vingtaine d'années dans la défense des patients dans les établissements de santé, défraie la manchette au moment où je termine la rédaction de cette thèse à propos de patient-e-s du centre de soins prolongés St-Charles-Borromée qu'il défend. Dans une entrevue accordée à la journaliste Isabelle Paré (2003), du journal

Le Devoir, Me Ménard dit qu'il travaille à la rédaction d'un guide complet des droits des malades.

Le respect de l'intégrité physique et psychologique des femmes est au cœur des droits de la personne, en particulier dans le domaine dans lequel s'inscrit cette thèse, la reproduction. Lorsqu'on pose un geste malgré le refus d'une femme, on viole son intégrité physique; lorsqu'on tente de manipuler une femme pour qu'elle fasse ce que l'on veut, on viole son intégrité psychologique. Une forme extrême de coercition pendant un accouchement est la césarienne par ordre du tribunal. Plusieurs cas de césariennes forcées ont en effet eu lieu pendant les années 80 et 90 aux États-Unis et au Royaume-Uni et dans ce cas l'on aurait alors mis en cause la capacité d'une femme en travail de prendre des décisions sensées (Anonyme, 1996). Une étude a révélé aux États-Unis que dans 81 % de ces césariennes forcées, les femmes sont des personnes de couleur ou d'origine hispanique et qu'aucune n'a accouché dans un établissement de santé privé (Kolder et coll. 1987).

Les résultats de mes observations au département d'obstétrique ayant fait l'objet de cette étude indiquent que l'accouchement serait un événement où certains droits de la personne sont peu respectés, tels les droits des femmes que l'on évoque à l'échelle internationale depuis les années 90 et qui sont inscrits au Québec dans la Loi sur la santé et les services sociaux. Le manque de respect de ces droits se produit plus précisément relativement à la conduite de l'accouchement. Je rappelle que des résultats de mon étude de cas, dont il a été question dans le chapitre précédent, portent sur l'information absente ou partielle transmise aux femmes durant leur accouchement, ainsi que sur le contrôle des décisions concernant la gestion de cet événement par le personnel médical.

Or, mes observations montrent que des femmes arrivent mal à exercer les droits relatifs à leur autonomie et à la préservation de leur intégrité physique et psychologique, droits que le système de santé leur reconnaît pourtant, droits inscrits non seulement dans la philosophie du département mais aussi dans la mission de l'établissement.

On pourrait oublier que, lorsqu'une femme diffère d'opinion sur ce qu'il faudrait faire pendant son accouchement, il peut s'agir tout simplement d'une différence de point de vue, comme le souligne Goldbeck-Wood (1997) :

L'accouchement est un moment où on devrait respecter le choix des femmes et quand on ne le fait pas, il s'agit typiquement d'une différence de point de vue entre la femme enceinte et le professionnel de la santé (sur ce

qui est mieux pour le bébé), *différence que l'on ne respecte pas*. (Goldbeck-Wood¹⁷⁰, 1997, p. 1143).

Un autre auteur abonde dans ce sens : « *Typically, where mothers refuse treatment urged on them by their doctors, the dispute is not whether to put the baby's interests first but whether the baby's best interests are as the doctor claims* » (Friend, 1995). Cette différence de point de vue entre le personnel et sa clientèle, sur la pertinence des gestes, existe aussi entre les tenants des deux approches de l'accouchement concernant la sécurité. Comme on le voit dans les publications, la technologie est le rempart de sécurité des tenants de l'approche biomédicale. Au contraire, pour les adeptes de l'approche psychosociale, la technologie peut avoir des effets iatrogènes. La sécurité peut être envisagée dans ce cadre plutôt comme une conséquence de l'humanisation de la naissance, un des éléments de la sécurité étant que les femmes disposent d'une information leur permettant de faire des choix éclairés (Page, 2001b).

b. Le droit d'être informée pour être en mesure de décider

Bien avant que l'on reconnaisse officiellement aux femmes des droits dans le domaine de la reproduction, l'approche psychosociale de l'accouchement reconnaissait les capacités des femmes à mettre au monde leur enfant et aussi leur droit de décider où et comment cela se passe, et d'avoir pour ce faire une information adéquate. On a vu aux chapitres 5 et 6 que les femmes qui donnent naissance dans le centre hospitalier ayant fait l'objet de cette étude ne sont pas renseignées de manière exhaustive. Mon étude m'a menée à classer l'information fournie en trois catégories : 1) l'information factuelle (on dit ce qu'on s'apprête à faire, on explique pourquoi), que j'appellerais aussi « la parole respectueuse »; 2) le feedback que l'on donne à la femme en travail sur le déroulement de l'accouchement, où l'on met des mots sur ce qu'elle est en train de vivre et où prend graduellement forme le scénario de cet accouchement; j'appellerais ce type d'information, une information « normalisante » où l'on évalue ce qui se passe, type d'information pouvant être utilisée pour persuader et parfois, même, imposer, à tout le moins pour infléchir le cours des événements; 3) le troisième type d'information a trait à ce que l'on dit pour renseigner la parturiente sur la situation et l'aider à faire des choix éclairés.

L'information factuelle est courante, dans ce centre hospitalier. Il est rare que l'on pose un geste sans en informer la femme en travail au préalable, ne serait-ce que lorsqu'on s'apprête à le poser. J'ai souvent vu des infirmières expliquer ce qui se passe. On a aussi

¹⁷⁰ J'avais traduit cette citation sur une fiche et je ne retrouve plus le document original. C'est

recours à l'information « normalisante » qui peut être partielle ou orientée, par exemple lorsque l'on met l'accent sur une information pas nécessairement juste, quand on veut que la parturiente accepte telle ou telle intervention, par exemple lorsque l'on dit à Jasmine, dilatée de 5 cm et dont le travail progresse, « *tu n'es pas en travail encore* » (og18 : 310), car le protocole ou le médecin exigent l'administration de Syntocinon à tel moment après une RAM, ou lorsqu'on dit à Chantal, aux prises avec une envie irrésistible de pousser lorsque son col est dilaté de 8 cm, « *chaque fois que tu pousses, tu retardes ton accouchement d'une heure* » (oa27 : 96). On diminue aussi l'importance de l'intervention posée, par exemple lorsque l'infirmière dit en administrant le Synto « *on en met très peu* » ou seulement « *une petite dose* », alors que la parturiente n'a aucun moyen de savoir ce que cela veut dire réellement. C'est ce que j'appelle de « l'information normalisante ».

Par contre, l'information fournie ou non relativement aux effets possibles des interventions (et en particulier des médicaments administrés) ne permettrait pas aux femmes de faire des choix éclairés. Elle varie selon les intervenant-e-s et ceux-ci s'attribuent les uns les autres la responsabilité d'informer les femmes ou encore soulignent qu'elles devraient l'être lors des cours prénataux.

Un malaise, confirmé par l'étude de Cadorette (2004), semble exister sur la pertinence d'informer les femmes pendant le travail, par exemple sur les risques des options qu'elles choisissent pour soulager la douleur, comme le Nubain ou la péridurale¹⁷¹. C'est ainsi que l'on ne parle pas beaucoup des effets secondaires possibles de cette dernière, dont certains ont pu être constatés lors de l'observation de l'accouchement de Manon (ralentissement du travail, rotation de la tête du bébé qui ne se fait pas), ou encore de celui de Dahlia (décélération importante du cœur fœtal quinze minutes après l'administration de la péridurale). On peut aussi taire les effets des interventions planifiées, tels ceux du Syntocinon, dont l'usage est répandu pour stimuler le travail, ou même l'effet de la rupture artificielle des membranes, qui tous deux rendent les contractions plus fortes, plus fréquentes, donc plus douloureuses et qui peuvent aussi notamment affecter le rythme cardiaque du bébé. Ce fut le cas lors de l'accouchement de Louise, lorsque le rythme cardiaque du bébé a diminué à plusieurs reprises de façon marquée : on s'est alors empressé d'arrêter l'administration de Synto et on a souligné que le bébé ne semblait pas avoir aimé ni la RAM ni le Synto. L'information est ici donnée, mais après l'administration du médicament et non avant.

pourquoi elle est en français.

Des infirmières disent vouloir éviter de culpabiliser les femmes en leur donnant certaines informations sur les risques de ce qu'elles demandent, au cas où ce risque se matérialiserait par la suite. Cette banalisation ou ce déni des risques a été relevé par Marie-Claire Carpentier-Roy, à propos des infirmières (1995). Cette attitude des infirmières a aussi été observée dans une étude sur les bienfaits de l'allaitement :

[...] les répondants ainsi que les personnels semblent même réticents à informer les mères sur les bienfaits (physiques et psychologiques) de l'allaitement. Cette retenue volontaire ou cette convention implicite évite de culpabiliser les mères sur leur choix d'alimentation . (Valois 1998, p. 92).

Ces façons qu'ont les intervenant-e-s de gérer l'information pendant un accouchement ne permettent pas aux femmes d'agir librement, puisqu'elles ne sont pas conscientes que fréquemment l'information est soit retenue, partielle, biaisée ou erronée. Les femmes se retrouvent donc manipulées dans ces situations et ne disposent pas d'outils leur permettant de faire des choix éclairés. L'étude de Woolet et coll. (1983) souligne que les femmes interviewées se disaient non informées, et sujettes à ce qu'elles qualifiaient de changements arbitraires dans la gestion de leur accouchement. Elle révèle aussi que les femmes considéraient qu'il n'y avait pas de risques aux interventions si les intervenant-e-s ne les mentionnaient pas.

Par ailleurs, les femmes, pendant leur grossesse, manquent d'information sur l'établissement où elles ont l'intention d'accoucher et sur le médecin qu'elles ont choisi, par exemple sur les taux d'interventions obstétricales de l'un et de l'autre. Les seules femmes informées au moins en partie parmi mes participantes sont les femmes ayant une accompagnante, qui les encouragent à s'informer auprès des établissements et à aller en visiter plus d'un. Il n'est pas dans les habitudes de notre société de donner ce genre d'informations, même si certaines sont accessibles, par exemple les taux d'interventions des établissements sur le site web du MSSS (Statistiques – Accouchements et naissances). Ailleurs, dans l'État de New York, au début des années 90, une loi fut votée à l'effet que chaque femme enceinte recevrait un dépliant sur les taux d'interventions obstétricales des centres hospitaliers (*The Maternity Information Act*). Aux États-Unis, une douzaine d'États affichent le profil de chaque médecin : expérience, champ d'activité, droits hospitaliers, mesures disciplinaires ou autres jugements le concernant. Le Massachusetts¹⁷² est un modèle du genre. En Angleterre, depuis *Changing Childbirth*,

¹⁷¹ L'enquête américaine révèle qu'entre 26 et 41 % des femmes interviewées ne connaissent pas les effets secondaires associés à la péridurale. (The Maternity Center Association, 2002)

¹⁷² Voir le site web www.massmedboard.org/

chaque femme enceinte est censée recevoir de l'information sur les différents lieux de naissance possibles.

Au Québec, les taux d'interventions obstétricales sont disponibles depuis 1990, mais il serait étonnant que la population soit au courant. En 1995, le MSSS crée la banque InfoCentre, dont un volet porte sur la périnatalité et il rend accessibles au milieu de la périnatalité les données statistiques; quelques années plus tard, celles-ci se retrouvent sur le site web du ministère.

Comment, dans ce contexte, une femme enceinte « ordinaire » peut-elle faire des choix éclairés, c'est-à-dire disposer de l'information nécessaire pour peser le pour et le contre et décider ? Comment peut-elle faire preuve d'autonomie ? Même si dans notre société, les femmes enceintes ont accès à plusieurs sources d'information tout au long de la grossesse (famille, amis, collègues, livres, magazines, médias, Internet, cours prénataux, etc.), ont-elles une information leur permettant de prendre des décisions éclairées relativement à l'accouchement ? J'en doute, lorsque je consulte la plupart des ouvrages destinés au grand public. La plupart en effet abordent peu¹⁷³ la question des risques des interventions. L'ouvrage de Larousse (2002) explique en détail comment on administre une péridurale, mentionne quelques contre-indications, et précise (se voulant rassurant) que

La péridurale peut entraîner quelques désagréments bénins et passagers, tels qu'une difficulté à uriner et une chute de la pression artérielle, que l'on prévient en mettant la patiente sous perfusion. Cette chute de tension provoque souvent, dans les dix minutes qui suivent la pose de la péridurale, une anomalie passagère et sans conséquence du rythme cardiaque du fœtus. (Larousse, 2002, p. 259).

Ailleurs, on y écrit qu'il est impossible que la péridurale entraîne une paralysie – alors que c'est possible, même si c'est très rare, selon un anesthésiste entendu dans mon étude. On constate cette distorsion de l'information par ailleurs dans un vidéo que l'Hôpital Ste-Justine prêtait il y a quelques années¹⁷⁴ aux femmes enceintes sur les méthodes de soulagement de la douleur. S'il informe de certaines alternatives, le vidéo met surtout l'accent sur la péridurale, minimisant ses effets négatifs potentiels en les présentant non comme des résultats d'études mais comme l'« opinion » de médecins. Ceci pourrait

¹⁷³ Il existe au moins une exception, soit le livre de la sage-femme Isabelle Brabant, *Une naissance heureuse*, réédité par les Éditions Saint-Martin en 2001. On y trouve tout un chapitre présentant les interventions médicales, leurs avantages, leurs risques.

¹⁷⁴ J'ignore si c'est toujours le cas actuellement.

laisser croire que s'il ne s'agit que d'une « opinion », les renseignements fournis sont relatifs. On comprend pourquoi les effets négatifs potentiels de la péridurale sont présentés ainsi lorsque l'on découvre que la source principale de financement de cette vidéo est une entreprise pharmaceutique qui met en marché un des principaux médicaments utilisés pour la péridurale et que la vidéo est endossée par un tiers ayant intérêt à ce que la péridurale soit choisie de plus en plus par les femmes, l'Association canadienne des anesthésistes.

Ces manques relatifs à l'information fournie sont constatés dans d'autres études. Déjà, en 1988, Maria De Koninck constatait que les femmes manquaient d'information relativement aux risques de la césarienne. En Écosse, dans sa thèse sur la césarienne, Edith Hillan (1990) indiquait que 36 % des femmes ayant eu une césarienne ne savent pas du tout ou pas très bien pourquoi l'opération a été faite. Et dans une étude italienne (Romito et Zalateo, 1992), 60 % des femmes ayant eu une épisiotomie ou une déchirure ne sont pas informées du nombre de points faits. Doyal (1995), dans *What Makes Women Sick*, souligne que dans une étude effectuée à Londres par Farrant (1995), un quart des médecins répondent qu'ils font de manière routinière le test d'alfa-fœto-protéines sur leurs patientes, sans les en informer et que 24 % des femmes, interrogées immédiatement après l'amniocentèse, ignoraient que ce test comporte un risque significatif de fausse-couche. Kitzinger (1994) souligne à propos de l'épisiotomie que plusieurs femmes ne se rendent pas compte que l'épisiotomie est effectuée (pendant qu'elles accouchent), donc qu'elles ne donnent certainement pas un consentement éclairé à cette intervention.

On pourrait comprendre ces comportements relativement à l'information de plusieurs manières : comme un geste de compassion, pour que les parturientes ou leur conjoint ne s'inquiètent pas, ou encore parce qu'on croit la parturiente peu en état de recevoir l'information, ou qu'on estime manquer de temps. Ce pourrait être, aussi, tout simplement, un moyen pour l'intervenant-e d'obtenir le consentement de la femme en travail relativement à ce qu'il ou elle veut.

c. *Le droit de décider*

On pourrait se demander aussi si les femmes en travail peuvent prendre des décisions, quant à la « gestion » de leur accouchement, outre le choix du ou des moyen(s) de soulager la douleur à l'intérieur de certaines limites que l'on a observées dans cette étude. Les résultats exposés aux chapitres précédents indiquent qu'en ce qui concerne les routines effectuées dans ce département ou les interventions médicales, ce ne sont pas vraiment les parturientes qui décident mais le personnel médical. Par ailleurs les femmes

en travail en sont conscientes, puisqu'elles demandent fréquemment la permission de faire ceci ou cela (se lever, aller marcher) ou encore expriment peu de demandes. De plus, lorsqu'elles font une demande, cette demande peut être ignorée par le personnel. On a vu aussi que la poussée est la phase de l'accouchement où le contrôle médical est le plus présent.

L'argument évoqué devant les femmes et les couples pour leur faire accepter telle ou telle intervention est la sécurité. Il semble que pour le Collège des médecins du Québec, les femmes doivent choisir entre la sécurité durant l'accouchement et le respect de leurs choix, comme on le voit dans un sondage que cet organisme a commandé, en octobre 2003 (CMQ, 2003b). Il y est demandé à la population de choisir ce qui est le plus important quant au lieu d'accouchement : la sécurité ou le respect des choix individuels des femmes. On peut se demander si pour le CMQ, choisir la sécurité veut dire renoncer au respect des droits individuels ?.

L'auteure d'une étude française sur le libre choix parle en ces termes des limites imposées à l'autonomie des femmes en travail, comme celle-ci :

Si le projet de naissance (des « patientes ») comprend une analgésie péridurale [...] il sera pris en compte [...] par contre, il paraît plus difficile d'obtenir une reconnaissance de soi, de sa volonté propre en ce qui concerne la manière dont on veut vivre son accouchement. (Bérard, 2000a, p. 5)

On manifesterait donc dans l'établissement observé un respect limité et conditionnel des droits des femmes en travail, et ce respect existerait principalement si tout se passe comme le modèle médical le prescrit. L'imposition d'interventions constitue en droit une contrainte sur le corps des femmes, qu'il s'agisse d'une simple écoute du cœur fœtal ou d'un toucher vaginal que la femme a refusé (la participante Simone a refusé la première), ou de l'administration d'un médicament sans le consentement explicite de la femme, qui modifie la force et le rythme des contractions (Jasmine, Louise), En effet sur le plan strictement juridique, tout acte fait sur le corps d'une personne sans son consentement (un « patient » ou une « patiente » dans le domaine de la santé) constitue une agression, même s'il y a urgence. Selon Reid (1997) le terme « agression » n'est pas très utilisé, dans le domaine de la santé et les « agresseurs » sont rarement poursuivis.

De son côté, Harrison (1997) souligne que d'annoncer simplement ce que l'on va faire pendant un accouchement, en particulier quand il s'agit de techniques non fondées sur des résultats d'études, n'a rien à voir avec l'obtention d'un consentement éclairé. Elle

ajoute que faire par exemple une RAM constitue un acte intrusif et qu'en l'absence de consentement éclairé, cela pourrait être considéré comme une agression. L'obtention d'un consentement éclairé impliquerait une discussion des avantages et des inconvénients de la technique proposée, les avantages pour la RAM étant une légère réduction de la durée du travail, la possibilité de voir la couleur du liquide amniotique et la pose d'un électrode, au besoin, sur le cuir chevelu du fœtus; les désavantages de cette intervention sont l'utilisation probable d'analgésie car les contractions sont plus fortes, le risque accru d'infections et d'anomalies du rythme cardiaque fœtal. Harrison se demande cependant si un réel consentement éclairé peut exister dans un contexte institutionnel, où les clients doivent être traités selon certaines règles, politiques et pratiques standard définies par les professionnel-le-s.

Selon l'article 273.1 du Code criminel, il n'y a pas de consentement si le plaignant manifeste, par ses paroles ou par son comportement, l'absence d'accord à une activité. C'est ce que j'ai observé à quelques reprises, sans qu'il n'y ait toutefois de refus verbal explicite. C'est aussi ce que m'a raconté l'infirmière Kateri au sujet du déclenchement du travail d'une « patiente », qu'elle ne voulait pas; elle le manifestait en pleurant.

L'auteure d'un mémoire sur les césariennes forcées, un exemple extrême d'imposition d'une intervention obstétricale, Maier (1992), souligne que « *What most analyses fail to describe is the actual violence of the incidents : that against their will such pregnant women are being anesthetized and operated upon* » (p. 83). Elle ajoute, citant Annas (1987) que dans les cinq premiers cas de recours au tribunal, les femmes eurent le temps d'accoucher avant la césarienne ordonnée et leur bébé se portait bien. Les associations médicales se sont prononcées contre les interventions forcées de ce genre (SOGC, 1997), mais selon Kolder et coll. (1987), interrogés individuellement, les médecins ne sont pas nécessairement contre : 46 % des médecins impliqués sont d'avis que l'on devrait détenir les femmes dans les établissements lorsqu'elles refusent l'avis médical et les forcer à subir l'intervention. Selon Beech (1996), l'enthousiasme pour les césariennes forcées diminua après qu'une femme mourant de leucémie et enceinte de 26 semaines subit une césarienne pour sauver le bébé, sur ordre du tribunal, mais sans avoir été entendue par le juge; le bébé mourut deux heures après l'intervention et sa mère deux jours après. La Cour d'appel renversa, *a posteriori*, la décision du premier tribunal (Anonyme, 1990). Et une femme, victime de césarienne forcée, entama des poursuites et gagna sa cause.

Si certains CH en Amérique du Nord et au Royaume Uni ont estimé nécessaire de recourir aux tribunaux pour forcer des femmes à subir une césarienne, c'est qu'elles ne voulaient

pas y consentir, donc qu'elles savaient ce qu'elles voulaient et avaient manifesté leur refus de cette intervention. Dans le site observé, une infirmière entendue lors de mon étude pendant le déroulement d'une visite des lieux par un groupe de futurs parents les prévient de l'importance de savoir ce qu'ils veulent et de le dire aux intervenant-e-s pendant leur accouchement. Les observations de certains accouchements m'amènent à penser que le dire n'est pas suffisant (Jasmine), et que refuser clairement une intervention d'ordre médical n'est pas chose aisée dans un département d'obstétrique. Comme le souligne Friend (1995, p. 204) pour les tests en prénatal – et qu'on peut aussi appliquer à l'accouchement – «*The automaticity and medical pressures for such tests can make it very difficult for the individual patient to have a choice as to whether the test is done or not*». La sage-femme québécoise Kerstin Martin avance par ailleurs dans son mémoire sur l'*empowerment* et la pratique sage-femme que la voix de l'expert réduit habituellement au silence celle du client (Martin, 2002).

Ce déni de choix que connaissent parfois les femmes durant l'accouchement peut avoir des effets négatifs importants chez certaines femmes :

A common element in the experiences of women who find it very difficult to come to terms with the way they were treated during childbirth is that they were denied choice. They could not share in the decision making about what was done to them. They often felt emotionally blackmailed by being told that they must submit to procedures for the baby's sake, and that if the baby died or was mentally handicapped it would be their fault [...]. Many of these women look back on the birth as a violation, like sexual abuse. They say that they were raped (Kitzinger, 1994, p. 145).

Comme le dit une infirmière qui a personnellement subi une intervention qu'elle ne voulait pas lors d'un de ses accouchements, et que je cite à nouveau :

J'ai senti ce que les patientes peuvent sentir. Vraiment. C'est pas ça que tu veux et en fin de compte tu te le fais faire [...]; encore aujourd'hui, quand ça arrive (à une « patiente »), ça vient me chercher en dedans de moi et je me dis : «Câline, il faut respecter ce que la patiente veut ! (ei32 : 489-490).

Dans le département d'obstétrique observé, on aurait réussi à rendre l'accouchement plus humain et à lui redonner son caractère familial, grâce à une continuité de lieu de l'admission à la sortie de l'établissement et grâce à l'ouverture à la présence de membres de la famille et d'accompagnantes selon le désir des femmes et couples attendant un enfant pendant l'accouchement et pendant le reste du séjour. De plus, ce qui a

parallèlement aidé, c'est qu'on a procédé au décloisonnement des tâches infirmières, à l'abandon de certaines routines et que l'on conserve une certaine préoccupation relativement à la hausse des interventions obstétricales.

Mais la médicalisation persiste, ainsi que son corollaire, une difficulté à respecter le droit des femmes à être adéquatement renseignées relativement aux interventions proposées ou exigées et à décider quant à celles-ci, soit leur droit à l'autonomie. Par ailleurs, leur droit à la préservation de leur intégrité physique et psychologique n'est pas toujours respecté. Cette intégrité peut être malmenée par le recours à des routines et à des interventions que les règles institutionnelles ou la conception de l'accouchement à laquelle on adhère font paraître indispensables. La possibilité de faire des choix, sur laquelle les milieux hospitaliers insistent, pourrait n'être qu'un leurre : c'est aussi la conclusion préliminaire d'une étude en cours au Québec, présentée au colloque annuel de l'Association canadienne des sages-femmes le 2 octobre 2003, par Myriam Hivon (2003).

Il semble, suite à cette analyse que, à l'instar de ce que soutient la sociologue Maria De Koninck à propos de la césarienne, soit que l'humanisation des soins en obstétrique a servi à normaliser cette opération, pour l'accouchement l'humanisation aurait servi à normaliser les pratiques. La relative satisfaction des participantes de mon étude relativement à leur accouchement, dont il a été question au chapitre 6, pourrait s'expliquer aussi – du moins en partie – parce que les pratiques obstétricales sont effectuées dans un contexte plus humain. C'est ainsi que la militante Pat Thomas souligne en 1997 que les politiques des années 90 centrées sur l'humanisation de la naissance et la réponse aux besoins des femmes, comme *Changing Childbirth* (UK Government, 1993) auraient, d'après elle, paradoxalement « tué » le mouvement d'humanisation de la naissance, puisqu'aux yeux d'intervenant-e-s et peut-être des femmes et des couples, ces politiques au contenu important et satisfaisant pour les femmes garantiraient en quelque sorte que désormais, les pratiques sont humanisées (Thomas, 1997). On pourrait peut-être en dire autant de la Politique de périnatalité au Québec, ou encore de la création des maisons de naissances et la légalisation de la pratique sage-femme.

L'analyse présentée dans ce chapitre, qui porte en bonne partie sur la persistance de la médicalisation de l'accouchement, confirme ce que l'anthropologue Brigitte Jordan, auteure d'études comparatives sur l'accouchement, souligne dans *Birth in Four Cultures* (1993). Elle précise qu'aux États-Unis, dans les années 90, la médicalisation de la

naissance, comme en témoignent les taux¹⁷⁵ très élevés de péridurales, de stimulation du travail, d'épisiotomies, s'est accentuée, malgré les changements comme l'accent mis sur la famille, les chambres de naissances, l'accompagnement, etc. C'est aussi ce que confirme l'enquête américaine récente, dont les auteurs concluent :

There is a critical need to address the appropriateness of widespread use of many different labor and birth interventions within the large and primarily healthy population of childbearing women and newborn, as well as the appropriateness of numerous restrictive practices imposed on women and families at this time (The Maternity Center Association, 2002, p. 10) .

Si l'on revoit l'ensemble des lignes directrices sur l'humanisation de la naissance dont il est question au début de ce chapitre, on se rend compte que certaines conditions manquent pour réaliser pleinement l'humanisation décrite. C'est ce dont il sera question dans la conclusion de cette thèse.

¹⁷⁵ Le périodique scientifique *Birth* publie régulièrement ces taux dans sa chronique « News ».

CONCLUSION : QUE POURRAIT ÊTRE L'AVENIR DE L'HUMANISATION DE LA NAISSANCE ?

Cette recherche est une étude de cas, menée dans un département d'obstétrique choisi pour ses pratiques progressistes. Elle ne prétend pas offrir une image représentative des pratiques de tous les départements d'obstétrique du Québec, en particulier des départements d'hôpitaux de soins de niveau III ou encore d'hôpitaux universitaires ou affiliés à des universités. Il s'agit d'une étude qualitative. Les critères de validité des études qualitatives sont différents de ceux que l'on applique aux études quantitatives. Un des critères des premières est que le potentiel de généralisation doit être évalué par le lecteur ou la lectrice, à la lumière de ses connaissances et de son expérience d'un milieu similaire c'est-à-dire qu'il ou elle doit juger si ce qui a été observé dans cette étude, ses résultats et leur analyse, a du sens relativement aux phénomènes sociaux semblables qu'il ou elle connaîtrait déjà. Ainsi, les intervenant-e-s qui travaillent dans le milieu de l'obstétrique ou de la périnatalité et les accompagnantes qui y viennent parfois reconnaîtront certainement des conceptions et comportements vécus ou observés par eux et elles et pourront par ailleurs examiner les différences constatées. À une époque où il se fait au Québec de moins en moins d'enfants, j'espère que cette étude sera utile à tous les acteur-e-s intéressé-e-s pour réfléchir à ce qui se passe autour de la naissance.

Mon étude montre qu'entre les années 70 et le début du troisième millénaire, l'accouchement a été humanisé (« rendu plus humain ») et est devenu plus familial, et que les femmes ont plus de choix que naguère. Le fait que l'on respecte le désir des femmes relativement au(x) moyen(s) qu'elles choisissent de soulager la douleur des contractions va dans le sens de l'humain. Il en est peut-être ainsi notamment parce que la possibilité que les femmes puissent choisir comment elles veulent être soulagées de la douleur n'entre pas en conflit avec l'approche biomédicale de l'accouchement constatée. En effet, l'humanisation telle qu'observée dans cet hôpital ne remet pas fondamentalement celle-ci en question. Elle ne menace pas non plus la sécurité, telle que les intervenant-e-s la conçoivent, la hiérarchie existante ou encore l'organisation des soins.

Les femmes ont-elles vraiment des choix quand elles mettent au monde leur enfant ? Et qu'en est-il dans des établissements plus gros, à vocation universitaire ? On pourrait se demander, suite aux conclusions de cette étude, menée dans un centre hospitalier de taille relativement humaine et considéré comme un milieu progressiste, ce qu'il en est dans ces CH où circulent dans les chambres des parturientes en plus des médecins et des infirmières, des résidents, et où naissent des milliers d'enfants chaque année. La

pratique, selon les accompagnantes et certaines infirmières et médecins interviewés, y serait souvent beaucoup plus médicalisée et moins respectueuse des droits des femmes. Souvent, ces CH ont des taux d'interventions beaucoup plus élevés, ce qui peut s'expliquer par une proportion plus élevée de clientèle dite à risques. Mais cet argument résiste mal à la constatation que les taux d'interventions varient beaucoup entre les établissements, quel que soit leur statut ou leur niveau de soins. Par exemple, ce ne sont pas tous les CH universitaires qui ont des taux d'interventions élevés. On n'a qu'à constater les taux peu élevés du CHU de Sherbrooke. Il serait intéressant de mener une étude sur l'humanisation des pratiques obstétricales dans ce type d'établissements.

Cette étude effectuée dans un établissement particulièrement soucieux d'humanisation suggère que la situation de l'accouchement s'est modifiée partiellement et non essentiellement, en ce qui concerne l'humanisation de la naissance, car « *the (obstetrical) system is capable of change under pressure but not of radical critical self-assessment [...] the standardization of practices within the system does not expose practitioners to other than system-specific routines* » (Jordan, 1993, p. 145).

Or, selon ce qu'écrit déjà Piché, en 1987, transformer certains éléments sans transformer fondamentalement les attitudes et les mentalités ne suffit pas :

Modifier l'hôpital est un objectif louable mais qui implique souvent des erreurs de perspective sur l'environnement et ses effets. On accentue l'accessoire et l'ornemental au mépris de la complexité du cadre de comportement, de l'expérience temporelle de la personne et du caractère symbolique de l'environnement. Même si on modifie quelques chambres, l'hôpital reste étranger à la population, régleménté pour une importante clientèle, utilisé, dans le cas de la naissance, pour un court moment d'un long processus et imaginé comme le lieu de la maladie. (Piché, 1987, p. 326)

En regard de ces constatations plutôt pessimistes, et suite à mes observations sur le terrain, je me suis demandée, en terminant cette thèse, si, d'une part, les femmes québécoises veulent encore des changements en obstétrique, et si, d'autre part, de tels changements sont possibles en milieu hospitalier. En ce qui a trait à la seconde question, certains croient que non, tel Marsden Wagner qui est d'avis que les femmes ne devraient pas accoucher dans les hôpitaux. Je n'irai pas jusque-là, car il y aura toujours des femmes, dans notre société, pour qui l'hôpital représente le lieu dans lequel elles se sentent le plus en sécurité pour accoucher, mais j'avoue que je fus tentée de répondre « non » aux deux questions. Je ne le ferai pas, d'abord parce qu'il n'y a aucune étude d'envergure qui ait sondé ce que les Québécoises d'aujourd'hui veulent, relativement à

leurs accouchements; et ensuite parce que je crois que des changements sont encore possibles, puisqu'il y en a eu depuis les années 70 au Québec et qu'il y a des expériences concluantes dans des pays comme le Brésil où l'accouchement est très médicalisé , comme on le verra plus loin.

J'estime, suite à cette étude, qu'une humanisation pleine et entière des pratiques entourant la naissance exige un virage important des croyances et des mentalités du monde de l'obstétrique, pour ne rien dire des structures en place, virage qui n'a pas été fait au Québec.

Que faudrait-il pour bonifier les expériences québécoises d'humanisation de la naissance ? Un colloque international s'est déroulé en même temps que je menais cette étude, en l'an 2000, portant précisément sur ce sujet. Il pourrait contribuer à alimenter la réflexion sur cette question. J'y puise des conclusions intéressantes d'études sur l'humanisation au Brésil. D'abord, dans les actes de ce colloque, Santos et Siebert (2001) concluent suite à une étude sur l'humanisation de la naissance dans un hôpital universitaire brésilien que non seulement l'expérience s'est avérée un défi constant mais aussi « *a constant struggle for the full adoption and maintenance of the humanistic paradigm of care by all the professionals and students, which depends upon a continual process of education and commitment to the care provided* » (Santos et Siebert, 2001¹⁷⁶). Au Québec, l'humanisation des pratiques entourant l'accouchement fut effectivement une bataille constante depuis près de 30 ans. Et j'imagine que des infirmières et certains médecins œuvrant au département d'obstétrique ayant fait l'objet de mon étude et préoccupés par la médicalisation des pratiques seraient d'accord avec toute la phrase de Santos et Siebert. Par ailleurs, les autres conditions que mentionnent ces chercheurs ne furent pas remplies à ce département d'obstétrique. Même s'il y a « orientation » des nouvelles infirmières aux pratiques et à la philosophie, le processus d'éducation n'est pas continu et ne touche pas non plus les médecins. L'engagement envers des pratiques humanisées était probablement le fait du personnel engagé suite à la réorganisation du département, mais ce ne semble plus être le cas depuis plusieurs années, selon des intervenant-e-s.

Pour Lesley Page, sage-femme et chercheuse canadienne, conférencière paraphrasant Carvalho et coll. (1996), « *the humanization of birth (is) a concept of birthing based essentially in a profound respect to the woman's dignity and liberty, as the conductor of*

¹⁷⁶ Cet article ayant été téléchargé sur Internet, ne comportait pas de pagination. Cette citation provient de la section 6 de l'article, *Final considerations*.

her own birth process, belonging to her to choose where, how and with whom to give birth » (Page, 2001b¹⁷⁷). Page ajoute qu'on a eu tendance, dans le passé, à considérer l'humanisation comme une question secondaire, un luxe plutôt qu'une nécessité, et qu'on ne l'a pas reliée à la sécurité de l'accouchement. Pour elle, l'humanisation comprend l'efficacité (sécurité) des soins et ce que l'on considérait comme secondaire constitue en fait le fondement solide d'une société humaine, attentionnée, civilisée et productive, puisque la période entourant la naissance est cruciale dans la vie et dans la constitution d'une famille. Page souligne qu'une absence de soutien « sensible » ou « negative care », a des effets négatifs importants, qui peuvent aboutir à l'extrême à un syndrome de stress post-traumatique. Page attire aussi l'attention sur le *caring*, sur le travail d'équipe, sur la personnalisation et la continuité des soins et sur l'atteinte des objectifs suivants : augmenter la confiance des femmes dans leurs capacités à donner naissance, diminuer leur peur de la douleur, les informer adéquatement et leur donner la possibilité de discuter avec les intervenant-e-s. Affirmant que l'ingérence médicale dans le processus de la naissance est non seulement inutile mais un gaspillage de ressources, elle la qualifie de négligence et parfois aussi d'agression envers les femmes. Enfin, elle souligne un aspect dont il a été peu question jusqu'ici à propos d'humanisation et que l'étude d'évaluation sur l'humanisation des pratiques au Brésil dont il fut question dans ce colloque a révélé, soit l'aspect de la transformation des acteur-e-s de l'approche « humanisante » de la naissance.

Cet aspect constitue l'une des conclusions de l'étude brésilienne, où des sages-femmes japonaises ont formé les intervenant-e-s brésiliens : « *At the end of the project, it was realized that « humanization » was a concept not definable in details, but a continuous dynamic process of transformation of each person at each stage* » (Misago et coll. 2001¹⁷⁸). Non seulement vivre un accouchement « humanisé » peut transformer la femme¹⁷⁹ qui donne naissance, mais aussi les intervenant-e-s à ses côtés. Il est possible, comme le souligne Leap dans Kirkham (2000) que le sentiment de grande fierté (« *their sense of triumph* », Kirkham, 2000, p. 8) éprouvé par des femmes puisse avoir un impact

¹⁷⁷ Cet article ayant été téléchargé par Internet, ne comportait pas de pagination. On trouve cette citation dans l'introduction de l'article, dans la section *The humanization of birth*.

¹⁷⁸ Cet article ayant été téléchargé par Internet, ne comportait pas de pagination. On trouve cette citation dans la section *Discussion* de l'article.

¹⁷⁹ J'ai pu prendre conscience de l'impact d'accouchements « humanisés » sur des femmes que j'avais interviewées pour mon livre sur l'AVAC. Plusieurs me soulignaient à quel point accoucher vaginalement et sans péridurale (après une césarienne) avait eu des conséquences insoupçonnées sur leur estime d'elles-mêmes et sur leur sentiment de pouvoir traverser bien des obstacles susceptibles de se présenter à elles à l'avenir.

important et à long terme sur leur vie. J'ai l'impression, d'après leurs commentaires, que ce fut le cas pour quelques participantes de mon étude.

L'étude brésilienne de Misago et collègues (2001), dont certains résultats furent présentés lors de la conférence internationale sur l'humanisation de la naissance en l'an 2000, est susceptible de fournir des pistes sur la façon dont on pourrait s'y prendre, au Québec, et ce, en fonction de deux objectifs : 1) afin que tous les centres hospitaliers deviennent au moins aussi « humanisés » et « familiaux » que le département d'obstétrique ayant fait l'objet de cette étude; ce serait une première étape nécessaire, que faciliterait l'application de la Politique de périnatalité (je rappelle que cette politique prône une conception de l'accouchement comme un « processus physiologique naturel »); 2) afin que les pratiques entourant la mise au monde d'un enfant deviennent vraiment démedicalisées – si c'est ce que les femmes désirent, en toute connaissance de cause - et respectueuses des droits reproducteurs des femmes.

Par ailleurs, pour que l'humanisation prenne tout son sens relativement à l'accouchement dans ce département d'obstétrique, il faudrait aussi qu'il s'y s'opère un changement fondamental de culture. Si ce changement de culture est extrêmement difficile à réaliser à l'échelle d'une société, il me semble possible en obstétrique, même si culture sociétale et pratiques obstétricales s'influencent mutuellement. On pourrait par exemple, dans un premier temps, entamer au département observé et au sein de tout le personnel – médecins comme infirmières – un processus de réflexion à partir de la philosophie déjà mise en valeur, afin d'examiner comment elle pourrait être plus complètement incarnée dans les pratiques, et en particulier en ce qui a trait à leur démedicalisation et au respect des droits reproducteurs des femmes. Il me semble que plusieurs infirmières de ce département et des médecins, par exemple, pourraient contribuer beaucoup à une telle démarche, les entrevues m'ayant révélé des réflexions intéressantes. Un des constats de mon étude, par ailleurs, et qui pourrait s'appliquer aux départements d'obstétrique en général, c'est que les infirmières pourraient jouer un plus grand rôle auprès des femmes en travail : et si elles prenaient leur place, défendant les femmes lorsque besoin est ?

On pourrait non seulement impliquer les médecins et les infirmières québécoises ayant les pratiques les plus progressistes dans la formation de leurs collègues mais aussi avoir recours, dans la suite des choses et suivant l'exemple du Brésil, aux sages-femmes pour la formation des intervenant-e-s à l'accouchement physiologique. Le Québec a déjà une soixantaine de sages-femmes reconnues légalement et il s'en forme chaque année de

nouvelles. Ceci demanderait évidemment du doigté et une préparation soignée, étant donné que les sages-femmes ne travaillent pas encore dans les centres hospitaliers.

Les interventions québécoises visant à actualiser de manière plus complète l'humanisation de l'accouchement pourraient s'orienter dans d'autres directions touchant le cadre de travail. En effet, Misago et coll. définissent les soins « humanisés » comme des soins comblants et « habilitants » (*empowering*¹⁸⁰) pour la femme qui accouche ainsi que pour les intervenant-e-s, des soins centrés sur la participation active des femmes à tous les aspects des soins les concernant. Il s'agit de soins : fournis par des médecins et des non-médecins travaillant ensemble sur une base égalitaire, fondés sur des preuves scientifiques, donnés dans le cadre d'une organisation de travail décentralisée entre les fournisseurs de soins et dans des institutions considérant comme prioritaires les soins de première ligne dans la communauté et économiquement réalisables.

On pourrait aussi, comme le recommande le rapport du gouvernement britannique *Changing Childbirth* impliquer les femmes et les couples attendant un enfant dans la planification des politiques et protocoles à mettre en œuvre dans les établissements. Ceux-ci devraient être révisés en fonction des lignes directrices d'organismes ayant statué sur l'humanisation de l'accouchement, en fonction des données probantes et en fonction des besoins des femmes et des couples québécois, qui auraient été établis dans le cadre d'une étude subséquente à celle-ci, établissant un portrait de la naissance dont il sera question un peu plus loin.

Une autre stratégie pourrait être de rendre publique et disponible à toute femme enceinte l'information vulgarisée sur les statistiques relatives aux interventions obstétricales, sur les routines de chaque centre hospitalier en obstétrique, et sur d'autres aspects tels l'organisation des lieux, l'organisation du travail, etc. Cela commence à se faire dans certains pays, dont certains États américains à propos des médecins. Enfin, une dernière stratégie pourrait être une plus grande ouverture aux accompagnantes dans les centres hospitaliers, et plus de communication de part et d'autre entre intervenant-e-s et accompagnantes.

Dans la préparation d'un tel processus de changement, deux études pourraient être effectuées : d'une part la réalisation d'une étude établissant le portrait des pratiques entourant la naissance au Québec en fonction de paramètres reliés à l'humanisation (ce

¹⁸⁰ Le terme anglais « *empowerment* » se traduit difficilement en français. *Empowering* pourrait se traduire comme « aider la personne à prendre son pouvoir, à reprendre les rênes dans des domaines de sa vie ».

qui n'a jamais été fait), étude comprenant un volet sur les besoins et les attentes des femmes relativement à leur accouchement; d'autre part ce que l'anthropologue Brigitte Jordan, auteure d'études comparatives sur la naissance (1993, p. 145) préconise : s'engager dans une démarche d'ouverture aux autres cultures, susceptible d'aider à démedicaliser la naissance en Amérique du Nord : « *We need to go outside the American obstetrics both to unmedicalized birthing systems within American culture and to the indigenous birthing systems of the Third and Fourth worlds, for generating alternatives to its rigidity and standardization* ». Il serait intéressant de faire une telle étude comparant les pratiques québécoises avec les pratiques d'autres pays.

En plus de ces démarches, des changements s'étant produits ces dernières années au Québec – la création de maisons de naissances et la légalisation de la pratique des sages-femmes – devraient en quelque sorte contribuer à l'humanisation de la naissance, car les sages-femmes offrent une pratique différente à propos de laquelle des études ont indiqué de bons résultats, tant sur le plan humanisation que sur le plan de la satisfaction des femmes et des couples.

Il existe enfin, sans que l'on ait besoin de voyager, plus près de nous, aux États-Unis cette fois, une initiative sur laquelle les établissements québécois pourraient prendre exemple, afin d'accroître l'humanisation de la naissance. En effet, un organisme, la *Coalition for the Improvement of Maternity Services*, a établi dans la seconde moitié des années 90, un processus d'accréditation d'établissements « amis des femmes », à l'instar des « Hôpitaux amis des bébés », initiative du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et de l'OMS ayant vu le jour en Italie en 1990 et appliquée pour la première fois au Brésil en 1992. Un hôpital communautaire en Oregoo a été reconnu comme « ami des femmes ».

L'initiative « Établissements amis des femmes », ratifiée en 1996 par 25 organismes internationaux, comprend notamment les conditions favorisant l'allaitement et la relation mère-bébé. Pour être désigné « ami des femmes » un établissement (centre hospitalier, maison de naissance ou service d'accouchement à domicile) doit appliquer les principes d'humanisation établis dans cette initiative. Ces principes sont la normalité de l'accouchement, l'*empowerment* des femmes, leur autonomie, l'importance pour les intervenant-e-s de ne pas nuire, et la responsabilité (qui y est définie) de chacun des acteurs impliqués. Une série de critères axés sur le choix, le soutien, l'information, l'adaptation culturelle des soins, l'établissement de politiques et protocoles fondés sur des

données probantes, sont établis. Ils comprennent aussi l'atteinte de taux d'interventions peu élevés et répondant aux recommandations d'organismes internationaux, la formation du personnel aux moyens alternatifs de soulagement de la douleur, la cohabitation mère-bébé, et le respect des critères d'établissements « amis des bébés ». (CIMS, 1996). Alors que l'initiative « Établissements amis des bébés » commence à être connue au Québec (au moins un hôpital à ma connaissance est devenu « ami des bébés » et d'autres établissements auraient posé leur candidature depuis), peut-être serait-il temps, dans une perspective de pleine humanisation de la naissance, de se familiariser à l'aube de ce troisième millénaire avec l'Initiative Établissements « amis des femmes »?

RÉFÉRENCES

- ACOG, 1987. *Patient choice : maternal-foetal conflicts*. ACOG Committee on Ethics. Committee Opinion no 55. Washington, DC.
- Akoun, A. et P. Ansart (dir.). 1999. *Dictionnaire de sociologie*. Coll. «Le Robert». Paris : Seuil, 587 p.
- Akrich, M. et B. Pasveer. 1996. *Comment la naissance vient aux femmes – Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas*. Le Plessis-Robinson : Synthélabo. 194 p.
- Albers, L., M. Schiff et JG. Gorwoda. 1996. «The length of active labor in normal pregnancies». *Obstetrics & Gynecology*, vol. 87, no 3, p. 355-359.
- Albers, L. 1999. «The duration of labor in healthy women». *Journal of Perinatology*, vol. 19, no 2, p. 114-119.
- Amu, O., S. Rajendran et I. Bolaji. 1998. «Should doctors perform an elective caesarean section on request ? Maternal choice alone should not determine method of delivery». *British Medical Journal*, vol. 317, no 7, p. 463-465.
- Anonyme, 1990. «A « major victory » was declared by Lynn Paltrow», *Birth*, vol. 17, no 3:164
- Anonyme. 1996. «Against her judgment». *Nursing Times*, vol. 92, no 41, p. 16-17.
- Anonyme. 2003. «Réaction fatale au Nubain», *Le Devoir*, 2 mai, p. E3.
- Arney, W. 1982. *Power and the Professions of Obstetrics*. Chicago: University of Chicago Press.
- ASPQ. 1980. *Accoucher ou se faire accoucher - dossier d'information*. Québec.
- ASPQ. 1981. *Rapport-synthèse des colloques régionaux sur l'humanisation des soins en périnatalité. Accoucher ou se faire accoucher*.
- ASPQ. 2000. *La périnatalité québécoise depuis vingt ans. Document d'accompagnement branché sur le JAP 2000*, Montréal (Qué.): Association pour la santé publique du Québec.
- ASPQ. 2001. La périnatalité va bon train à l'ASPQ. *Bulletin de santé publique*. vol. 23, no 1, p. 14
- ASPQ. 2002. Plan d'action - Comité national d'orientation et de mobilisation en périnatalité. Montréal: Association pour la santé publique du Québec.
- ASPQ 2004. Portrait de la pratique des sage-femmes : 1993-2003.
- Bardin, L. 1986. *L'analyse de contenu*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Beech, B. 1996. «Court ordered caesareans - a hidden abuse». *AIMS Journal*, vol. 8, no 3, p. 1-4.

- Bélisle, R. 2001. «Pratiques ethnographiques dans des sociétés lettrées: l'entrée sur le terrain et la recherche impliquée en milieux communautaires». *Recherches qualitatives*, vol. 22, p. 55-71.
- Bérard, J. 2000a. «Le droit du patient hospitalisé à être acteur dans sa prise en charge: le libre choix est-il possible ?». *Les Dossiers de l'obstétrique*, no 281, p. 5-16.
- Bérard, J. 2000b. «Le libre-choix est-il possible ?». *Les Dossiers de l'obstétrique*, no 282, p. 6-20.
- Blais, R. 1998. «De l'expérimentation à la légalisation: la pratique des sages-femmes au Québec». *Interface – la revue de la recherche*, vol. 19, no 3 :26-35.
- Boivin, J. 1994. «L'impact du syndicalisme et de la négociation collective». In *Le système de santé au Québec; organisations, acteurs et enjeux*, sous la dir. de V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin et G. Bélanger, p. 273-298. Sainte-Foy: Les Presses de l'Université Laval.
- Bolduc, R. 1996. Communication personnelle.
- Borde, V. 2003. «Antennes. En bref.» *La Gazette des femmes*, sept.-oct. 2003, p.15.
- Bourgeault, I., C. Benoît et R. Davis-Floyd. (dir.). 2004. *Re-conceiving Midwifery*. Montréal: McGill Queens University Press. (à paraître)
- Brabant, I. 2000. Communication personnelle.
- Brabant, I. 2001. *Une naissance heureuse*. Montréal : Éditions Saint-Martin, 440 p.
- Brabant, I. 2003. « La peur de l'accouchement » . In *L'éthique du choix et l'éthos du risque : une perspective sage-femme: 3e assemblée générale et congrès* (Montréal, 1-3 octobre 2003). Montréal: L'Association Canadienne des Sages-Femmes.
- Brabant, I. 2004. Communication personnelle
- Bramadat, I. J. 1990. *Relationships among maternal expectations for childbirth, maternal perception of the birth experience, and maternal satisfaction with childbirth in women undergoing induction, augmentation and spontaneous labor*. Austin: University of Texas, 330 p.
- Brando, J. 2003. «Black-Market Births». *Hour* (Montréal), semaine du 2 au 8 octobre, p. 8.
- Bronner, C. 1997. «Médicalisation de l'accouchement ? Ce n'est pas une nouveauté... mais n'est-ce pas devenu pire ?». *Les Dossiers de l'obstétrique*, no 255, p. 8.
- Brown, S. et J. Lumley. 1994. «Satisfaction with care in labor and birth: a survey of 790 Australian women.». *Birth*, vol. 21, no 1, p. 4-13.
- Brownmiller. S. 1976. *Le viol*. Paris : Stock.
- CCVFF. 1993. *Un nouvel horizon : éliminer la violence, atteindre l'égalité*. Ottawa : Comité canadien sur la violence faite aux femmes, 422 p.
- Cadorette, M. 2004. *Thèse en cours sur le consentement éclairé et l'accouchement*, Faculté de droit, Université Laval.

- Canada, Santé Canada. 2000. Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale - *Lignes directrices nationales*. Ottawa: Ministère de la Santé.
- Carpentier-Roy, M.-C. 1995. *Corps et âmes – Psychopathologie du travail infirmier*. Éd. Liber.
- Choinière, R. et P. Tousignant, 2003. « L'état de santé de la population québécoise, les principaux facteurs de risque et les services de santé ». In *Le système de santé au Québec; organisations, acteurs et enjeux*, sous la dir. de V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin et G. Bélanger, p. 35-64. Sainte-Foy: Les Presses de l'Université Laval.
- Churchill, H. 1995. «The conflict between lay and professional views of labour». *Nursing Times*, vol. 91, no 42, p. 32-33.
- CIMS. 1996. *The Mother-Friendly Childbirth Initiative*. Washington: Coalition for the Improvement of Maternity Services.
- CMQ. 2003a. *L'intégration des sages-femmes en milieu hospitalier: pour de meilleurs services aux femmes du Québec*. CMQ, p. 1.
- CMQ. 2003b. *L'opinion des Québécois sur le choix du lieu d'accouchement et l'exercice de la profession de sage-femme*. Léger-Marketing.
- Cohen, L. 1991. «Looming manpower shortage has Canada's obstetricians worried». *Canadian Medical Association Journal*, vol. 144, no 4, p. 478-482.
- Conrad, P. 1992. Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 1992, 18, p. 209-32
- Contandriopoulos, A.-P., F. Champagne, L. Potvin et coll. 1990. (dir.) *Savoir préparer une recherche- la définir, la structurer, la financer*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal, 197 p.
- Cook, R.J. et M. Dickens. 1999. «The FIGO study group on women's sexual and reproductive rights». *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 67, p. 55-61.
- Corea, G. 1985. *The Mother Machine - Reproductive Technologies from Artificial Insemination to Artificial Wombs*. Cambridge, Philadelphia, San Francisco: Harper & Row Publishers, 374 p.
- Corin, E., G. Bibeau, J.-C. Martin et R. Laplante. 1990. *Comprendre pour soigner autrement*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 258 p.
- Couture, D. 1989. «Médecins et femmes la partie n'est pas gagnée». *Relations*, avril, p. 78-84.
- CPMQ. 1985. *Évaluation de la satisfaction de la parturiente relativement à son expérience vécue dans le système de santé québécois: résultats d'un sondage*. Montréal (Qué.): Centre de sondage de l'Université de Montréal.

- Dallaire, C., M. O'Neil et C. Lessard. 1994. « Les enjeux majeurs pour la profession infirmière ». In *Le système de santé au Québec; organisations, acteurs et enjeux*, sous la dir. de V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin et G. Bélanger, p. 245-272. Sainte-Foy: Les Presses de l'Université Laval.
- Dallaire, C., M. O'Neill, C. Lessard et S. Normand, 2003, « La profession infirmière au Québec : des défis majeurs qui persistent ». In *Le système de santé au Québec; organisations, acteurs et enjeux*, sous la dir. de V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin et G. Bélanger, p. 297-335. Sainte-Foy: Les Presses de l'Université Laval.
- Dauphin, F. 2003. «Les mythes de l'accouchement». *Les Dossiers de l'obstétrique*, no 317, p. XXI-XXII.
- Davis-Floyd, R. 1992. *Birth as an American rite of passage*. Berkeley: University of California Press, 382 p.
- Davis-Floyd, R. 1994. «Culture and birth : the technocratic imperative». *International Journal of Childbirth Education*, vol. 9, no 2, p. 6-7.
- De Koninck, M. 1988. *Femmes, enfantement et changement social: le cas de la césarienne*. Thèse de doctorat, Québec, Université Laval.
- Demers, L. 1994. «La profession médicale». In *Le système de santé au Québec; organisations, acteurs et enjeux*, sous la dir. de V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin et G. Bélanger, p. 213-244. Sainte-Foy: Les Presses de l'Université Laval.
- Demott, K.R. et coll. 1990. «The GreenBay cesarean-story». *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 162(6).
- Denzin, N. et Y. Lincoln. 1994. *Handbook of Qualitative Research*. Sage. Departement of Health.
- Deslauriers, J.-P. 1991. *Recherche qualitative - guide pratique*. Montréal: McGraw Hill, 142 p.
- DeVries, R. 1984. «"Humanizing" childbirth: the discovery and implementation of bonding theory». *International Journal of Health Services*, vol. 14, no 1, p. 89-104.
- DeVries, R. G. 1996. «The social and cultural context of birth: lessons for health care reform from Dutch maternity care». *Journal of Perinatal Education*, vol. 5, no 2, p. 25-30.
- Doyal, L. 1995. *What Makes Women Sick : Gender and the Political Economy of Health*. Rutgers University Press, 280 p.
- Dussault, G. et C.-A. Dubois, 2003 « Les personnels de la santé : bénéficiaires ou victimes des changements dans le système de soins ». In *Le système de santé au Québec; organisations, acteurs et enjeux*, sous la dir. de V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin et G. Bélanger, p. 229-260. Sainte-Foy: Les Presses de l'Université Laval.
- Eakins, P. 1986. *The American Way of Birth*. Philadelphia: Temple University Press, 350 p.

- Edwards, N. 2000. «Women planning home births: Their own views on their relationships with midwives». In *The Midwife/Mother Relationship*, sous la dir. de Mavis Kirkham. MacMillan, p. 55-91.
- Enkin, M., M.J.N.C. Keirse, J. Neilson et coll. (dir.). 2000. *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford: Oxford University Press.
- Ettinger, C. 1996. «With scars in my uterus and heart». *Midwifery Today*, printemps, no 37, p. 12-13.
- Evans, R.G., M.L. Barer et T.R. Marmor (dir.). 1996. *Être ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Forest, P.-G., S.A. Bryson et J. Lorion. 1994. «La participation des citoyens à l'administration des services de santé». In *Le système de santé au Québec; organisations, acteurs et enjeux*, sous la dir. de V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin et G.Bélanger, p. 143-162. Sainte-Foy: Les Presses de l'Université Laval.
- Forest, P.-G., J. Abelson, F.-P. Gauvin et coll. 2003. « Participation et public dans le système de Santé du Québec ». In *Le système de santé au Québec; organisations, acteurs et enjeux*, sous la dir. de V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin et G.Bélanger, p. 175-200. Sainte-Foy: Les Presses de l'Université Laval.
- Fortin, A. 2003 « Les organismes et groupes communautaires ». In *Le système de santé au Québec; organisations, acteurs et enjeux*, sous la dir. de V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin et G.Bélanger, p. 201-228. Sainte-Foy: Les Presses de l'Université Laval.
- Fraser, W., E. Maunsell, E. Hodnett et coll. 1997. «Randomized controlled trial of a prenatal vaginal birth after cesarean section education and support program». Childbirth Alternatives Post-Cesarean Study Group. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 176, no 2, p. 419-425.
- Fraser, W., M. Hatem-Asmar, I. Krauss et coll. 2000. «Comparison of midwifery care to medical care in hospitals in the Quebec pilot projects study: clinical indicators». *Canadian Journal of Public Health*, vol. 91, no 1:1-5; 1-11.
- Freidson, E. 1970. *Professional Dominance*. New York: Atherton Press, 242 p.
- Friend, J. 1995. «Respect for women's choice». *Maternal and Child Health*, vol. 20, no 6, p. 202-206.
- Gagnon, A. et K. Waghorn. 1996. «Supportive Care by Maternity Nurses: A Work Sampling Study in an Intrapartum Unit». *Birth*, vol. 23, no 1, p. 1-6.
- Gale, J., F. Forthergill-Bourbonnais et M. Chamberlain, 2001. «Measuring nursing support during childbirth». *American Journal of Maternal Child Nursing*, vol. 26, no 5, p. 261-271.
- Gjerdingen, D.K. et coll. 1991. «The effects of social support on women's health during pregnancy, labor and delivery and the postpartum period». *Family Medicine*. Vol. 23, no 5, p. 370-375.

- Glaser, B. et A. Strauss 1970. *The Discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine.
- Goldbeck-Wood, S. 1996a. «Post-traumatic stress disorder may follow childbirth». *British Medical Journal*, vol. 313, no 7060, p. 774.
- Goldbeck-Wood, S. 1996b. «Delivery distress». *Guardian*, p. 11.
- Goldbeck-Wood, S. 1997. «Women's autonomy in childbirth - We may advise and persuade, but never coërcer». *British Medical Journal*, vol. 314, no 7088, p.1143-1144.
- Goyert, G.L. et coll. 1989. «The physician factor in cesarean birth rates». *NEJM*, 24 août 1989.
- Green, J. M., V. A. Coupland et Kitzinger, J.V. 1998. *Great Expectations - A Prospective Study of Women's Expectations and Experiences of Childbirth*. 2nd ed. Cheshire (England): Books for Midwives Press, 384 p.
- Guba E.G. et Y.S. Lincoln. (dir.) 1994. «Competing paradigms... ». In *Handbook of Qualitative Research*, sous la dir. de N.K. Denzin et Y.S. Lincoln. Thousand Oaks: Sage.
- Haire, D. 1972. *The Cultural Warping of Childbirth*. Deuxième éd. Minneapolis: International Childbirth Education Association, 32 p.
- Halldorsdottir, S. et S.I. Karlsdottir. 1996a. «Empowerment or discouragement: women's experience of caring and uncaring encounters during childbirth». *Health Care for Women International*, vol. 17, no 4, p. 361-379.
- Halldorsdottir, S. et S.I. Karlsdottir. 1996b. «Journeying through labour and delivery: perceptions of women who have given birth». *Midwifery*, vol. 12, p. 48-61.
- Hanley, F.M. 1999. *The Adolescent Childbirth Experience*. Mémoire de maîtrise, Montréal, Université de Montréal, 147 p.
- Hanmer, J. et M. Maynard. 1987. *Women, Violence and Social Control*. Atlantic Islands (NJ): Humanities Press International, Inc, 213 p.
- Harrison, E. 1997, «Ethics and informed consent in labour», *British Journal of Midwifery*, vol. 5 no 12, p. 738-741.
- Hillan, E.M. 2000. «Caesarean section : the trendy delivery choice ?». *British Journal of Midwifery*, vol. 8.
- Hivon, M., V. Jimenez, A. Lippman et M. Klein. 2003. «Childbirth Options in Quebec and BritishColumbia : do women really have a choice ?» In *L'éthique du choix et l'éthos du risque : une perspective sage-femme: 3e assemblée générale et congrès* (Montréal, 1-3 octobre 2003). Montreal: L'Association Canadienne des Sages-Femmes, p. 29.
- Huberman, M.B. et A.M. Miles. 1991. *Analyse des données qualitatives - Recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles: De Bœck, 480 p.
- Hueston, WJ et M. Rudy, 1995, «Differences in labor and delivery experience in family physician and obstetrician supervised teaching services». *Family Medicine*, vol. 27 no 3, p. 182-187.

- Hunt, S. et A. Symonds. 1995. *The Social Meaning of Midwifery*. Basingstoke: MacMillan, 171 p.
- Jordan, B. et R. Davis-Floyd. 1993. *Birth in four cultures : a crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Prospect Heights, Ill.: Waveland Press, 235 p.
- Kirkham, M. 1987. *Basic Supportive Care in Labour: Interaction with and around women in labour*. Phd thesis, Manchester, University of Manchester, 246 p.
- Kirkham, M. 2000. (dir.) *The Midwife-Mother Relationship*. London: MacMillan Press Ltd.
- Kitzinger, S. 1983. *Women's Experience of Sex*. New York: B.P. Putnam's Sons, 320 p.
- Kitzinger, S. 1994. *The Year After Childbirth: Surviving and Enjoying the First Year of Motherhood*. Oxford: Oxford University Press.
- Klaus, M.H., J.H. Kennell et P.H. Klaus, 1993, *Mothering the Mother – How a Doula Can Help You Have a Shorter, Easier, and Healthier Birth*. New York: Addison Wesley, 168 p.
- Kolder, V., J. Gallagher, M. Parsons et coll. 1987. «Court-ordered obstetrical interventions». *New England Journal of Medicine*, vol. 316, no 89, p. 1192-1196.
- Lacourse, M.-T. 1998. *Sociologie de la santé*. Montréal: Chenelière/McGraw-Hill, 254 p.
- Laforce, H. 1987. «Les grandes étapes de l'élimination des sages-femmes au Québec du 17^e au 20^e siècle». In *Accoucher autrement – Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*, sous la dir. de F. Saillant et M. O'Neill, p. 163-180. Montréal : Éditions St-Martin.
- Lane, K. 1995. «The medical model of the body as a site of risk: a case study of childbirth». In *Medicine, Health and Risk - Sociological approaches*, sous la dir. de J. Gabe. Oxford: Blackwell Publishers Ltd, p. 53-72.
- Laperrière, A. 1994. *Les critères de scientificité des méthodologies qualitatives: colloque québécois de recherche sociale*, Rimouski: ACFAS.
- Laperrière, A. 1997. «Les critères de scientificité des méthodes qualitatives». In *La recherche qualitative - Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, sous la dir. de J. Poupart, J. Deslauriers, L.-H. Groulx et coll., p. 365-389. Montréal: Ed. Gaetan Morin.
- Lareau, A. 1996. *Journeys Through Ethnography: Realistic Accounts of Fieldwork*. Boulder, CO: Westview Press.
- Larousse. 2002. *Vous et votre grossesse*. Paris: Larousse.
- Larousse. 2004. *Petit Larousse illustré*. Paris : Larousse, 1817 p.
- Laurendeau, F. 1978. *Accoucher à l'hôpital*. Mémoire de maîtrise. Montréal: Université de Montréal, 156 p.

- Laurendeau, F. 1987. «La médicalisation de l'accouchement». *Accoucher autrement – Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*, sous la dir. de F. Saillant et M. O'Neill, p. 125-162. Montréal: Éditions Saint-Martin.
- Laverdière, F. 2003. Communication à l'ASPQ.
- Lazure, G. 1999. *Le soin générique et le soin professionnel à la période prénatale, l'expérience de femmes de la région du sud de la Tunisie*. Thèse de doctorat, Montréal, Université de Montréal, 290 p.
- Leap, N. 2000. « The less we do, the more we give ». In *The Midwife-Mother Relationship*, sous la dir. de Mavis Kirkham, p. 1-18. London: MacMillan Press.
- Le Devoir, 1985. «Le M.A.S. reconnaîtra les sages-femmes». 20 avril.
- Lehoux, P. et R. Battista. 2003. « Évaluation des technologies de la santé au Québec : bilan et défis. » In *Le système de santé au Québec; organisations, acteurs et enjeux*, sous la dir. de V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin et G.Bélanger, p. 435-464. Sainte-Foy: Les Presses de l'Université Laval.
- Lemieux, V. 1994. «Les politiques publiques et les alliances d'acteurs». In *Le système de santé au Québec; organisations, acteurs et enjeux*, sous la dir. de V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin et G.Bélanger, p. 107-128. Sainte-Foy: Les Presses de l'Université Laval.
- Lemieux, V., P. Bergeron, C. Bégin et coll. (dir.) 1994. *Le système de santé au Québec; organisations, acteurs et enjeux*. Québec: Les Presses de l'Université Laval, 370 p.
- Lemieux, V., P. Bergeron, C. Bégin, G. Bélanger, 2003. « Le système de santé depuis 1994 ». In *Le système de santé au Québec; organisations, acteurs et enjeux*, sous la dir. de V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin et G.Bélanger, p. 465-468. Sainte-Foy: Les Presses de l'Université Laval.
- Lemieux, V., P. Bergeron, C. Bégin, G. Bélanger, (dir.) 2003 (nouvelle édition). *Le système de santé au Québec; organisations, acteurs et enjeux*. Québec: Les Presses de l'Université Laval, 507 p.
- Levitt, C. et L. Hanvey. 1995. *Enquête sur les pratiques et les soins de routine dans les hôpitaux canadiens dotés d'un service d'obstétrique*. Ottawa : Institut canadien de la santé infantile, 244 p.
- Lincoln, Y. et E. Guba. 1985. *Naturalistic Inquiry*. Beverley Hills: Sage.
- Lichtmann, R.. 1988. «Medical Models and Midwifery: The cultural experience of birth». In *Childbirth in America: Anthropological Perspectives*. South Hadley. Bergin & Garvey.
- Lippman, A. 2003. «La néo-médicalisation de la santé reproductive». In *Santé de la reproduction et maternité : autonomie des femmes ou illusion du choix ?* (Montréal, 25 et 26 avril 2003). Montréal : Fédération du Québec pour le planning des naissances, p. 45-48.
- Lock, M. 1993. *Encounters with Aging : Mythologies of Menopause in Japan and North America*. Berkeley: University of California Press. 439 p.

- Loranger, J. 2003. Communication personnelle.
- Maier, K. E. 1992. *Forced Cesarean Section as Reproductive Control and Violence : a Feminist Social Work Perspective on the "Baby R" case*. Mémoire de maîtrise, Vancouver, Simon Fraser University.
- Manaaen, V. 1983. *Qualitative Methodology*. Beverley Hills: Sage, 272 p.
- Markus, M. 1997. «Women have the innate knowledge and wisdom to birth.» *Australian College of Midwives Incorporated Journal*, vol. 10, no 1, p. 5-14.
- Martin, E. 1992. *The Woman in the Body : A Cultural Analysis of Reproduction*. Beacon Press, 276 p.
- Martin, K. 2002. *The Midwife as Teacher: Dialogue with and Confidence in the Woman*. Mémoire de maîtrise, Montréal, Université McGill, 123 p.
- Masson, M. et Y. Landry. 1998. Québec, Régie de l'assurance-maladie du Québec. 1998. *Les accouchements au Québec – Analyse descriptive - année 1997*, 35 p.
- Maternity Center Association. 2002. *Listening to mothers: Report of the First National Survey of Women's Childbearing Experiences*. Maternity Center Association.
- May-Gaskin, I. 2001. Induced and seduced – The dangers of Cytotec. *Mothering* no 107, juillet-août 2001, p. 55.
- Mays, N. et P. C. 1995. «Qualitative research: rigour and qualitative research». *British Medical Journal*, no 311, p. 109-112.
- McMaster University, 1985. *National Consensus Conference on Aspects of Cesarean Birth*. Niagara, Ontario.
- McNiven, P., E. Hodnett, L.L. O'Brien-Pallas, 1992. «Supporting Women in Labor: A Work Sampling Study of the Activities of Labor and Delivery Nurses». *Birth*, vol. 19, no 1, p. 3-8.
- Menage, J. 1993. «Post-traumatic stress disorder in women who have undergone obstetric and/or gynaecological procedures: A consecutive series of 30 cases of PTSD». *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, vol. 11, no 4, p. 221-228.
- Menage, J. 1996. «Post-traumatic stress disorder following obstetric/gynaecological procedures». *British Journal of Midwifery*, vol. 4, no 10, p. 532-533.
- Ménard, C.. 1999. *Données sur niveaux de soins et hôpitaux*. Communication personnelle.
- Miles, M. et A. Huberman. 1994. *Qualitative Data Analysis*. Thousand Oaks: Sage.
- Misago, C., C. Kendall, P. Freitas et coll. 2001. «From ' culture of dehumanization of childbirth' to 'childbirth as a transformative experience' : changes in five municipalities in north-east Brazil». *International Journal of Gynecology & Obstetric*, vol. 75, no supplement 1, p. 67-72.
- Montreuil, S. agente de recherche, responsable de la périnatalité, MSSS. Communication personnelle, 1995.
- Morin, E. 1990. *Science avec conscience*. Paris : Fayard.

- Morin, E. *La Méthode # 4*. Paris : Seuil.
- MSSS, 1989, *La pratique des sages-femmes*, La périnatalité au Québec , Avis no 1, Québec.
- Munos, J.-M. 1997. «Surmédicalisation de la naissance ou sous-développement de la prophylaxie ?». *Les Dossiers de l'obstétrique*, no 255, p. 60-63.
- Oakley, A. 1980. *Women Confined - Towards a Sociology of Childbirth*. Billing & Sons Ltd, 334 p.
- Oakley, A. 1981. «Interviewing women: a contradiction in terms». In *Doing Feminist Research*, sous la dir. de H. Roberts, p. 30-61. London: Routledge & Kegan Paul.
- Odent, M. 1990. *Votre bébé est le plus beau des mammifères*. Paris : Albin Michel. 153 p.
- O'Grady, K. et B. Bourrier-Lacroix. 2003. «Reprise de la ménopause: nouveau regard sur l'hormonothérapie et la médicalisation du corps féminin». *Le réseau canadien pour la santé des femmes*, vol. 5/6, no 4/1, p. 3-4.
- OMS, 1985. «Appropriate Technology for Birth». *The Lancet*, 24 août, p. 436-437.
- OMS. 1997. *Les soins liés à un accouchement normal: guide pratique - Rapport d'un groupe de travail technique*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- ONU. 1994. *Report of the International Conference on Population and Development*. New York: International Conference on Population and Development, United Nations.
- ONU. 1995. *Report of the Fourth World Conference on Women*. New York: Fourth World Conference on Women, United Nations.
- Page, L. 2001a. «The humanization of birth». *International Journal of Gynecology & Obstetric*, vol. 75, no supplement 1, p. 55-58.
- Page, L. 2001b. «Human resources for maternity care: the present system in Brazil, Japan, North America, Western Europe and New Zealand». *International Journal of Gynecology & Obstetric*, vol. 75, no supplement 1, p. 81-88.
- Papin, L. 2004. *Communication personnelle*.
- Paré, Isabelle. 2003. «Jean-Pierre Ménard, défenseur des « sans-voix » du système de santé». *Le Devoir* (Montréal), 17 décembre, p. A1 et A8.
- Paré, V. 1998. «*Les sages-femmes en France - Analyse sociologique d'une profession médicale à compétence limitée*». Mémoire de maîtrise, Montréal, Université de Montréal, 271 p.
- Peterson, G. 1996. «Childbirth, the ordinary miracle: effects of devaluation of childbirth on women's self-esteem and family relationships». *Pre- and Perinatal Psychology Journal*, vol. 11, no 2, p. 101-109.
- Piché, D. 1987. «Le lieu de l'accouchement: passé, présent, avenir». In *Accoucher autrement – Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*, sous la dir. de F. Saillant et M. O'Neill, p. 317-342. Montréal : Éditions St-Martin.

- Pirès, A.P. 1997. « Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique ». In *La recherche qualitative – Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, sous la dir. de J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, et coll. p. 113-172. Montréal : Gaëtan Morin éd.
- Poitras, L., M. Gauthier et R. Gauthier, 1998. *Vers la poursuite de l'excellence en périnatalogie Au Québec – Document de réflexion sur l'organisation des soins*. Hôpital Sainte-Justine, Montréal, 49 p.
- Poulin, D., R. Landry et R.N. Battista. 1994. «Les technologies médicales et la production des soins de santé: le cas des équipements médicaux». In *Le système de santé au Québec; organisations, acteurs et enjeux*, sous la dir. de V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin et G. Bélanger, p. 343-370. Sainte-Foy: Les Presses de l'Université Laval.
- Poupart, J. 1997. « L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques ». In *La recherche qualitative – Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, sous la dir. de J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, et coll. p. 173-210. Montréal : Gaëtan Morin éd.
- Poupart, J., J.-P. Deslauriers, L.H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A.P. Pires. (dir.) 1997. *La recherche qualitative - Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal: Gaëtan Morin éditeur, 405 p.
- Québec. 1970. « Gouvernement du Québec, *Loi sur l'assurance-maladie*, L.R.Q. 1970, c.a-79 ».
- Québec. 1971. «Gouvernement du Québec, L.Q. 1971, c.48».
- Québec, 1973. *La politique de périnatalité*. Québec.
- Québec. 1986. «Gouvernement du Québec, L.Q. 1986, c.74».
- Québec, MSSS. 1990. *Une réforme axée sur le citoyen*. Ministère de la Santé et des Services Sociaux, p. 39.
- Québec, Gouvernement du Québec. 1992a. *Projet de loi 120*. Coll. « Lois et Règlements Judico», vol. L.Q. 1991, c.42. Québec: Wilson & Lafleur Ltée, 458 p.
- Québec, MSSS. 1992b. *La politique de la santé et du bien-être*.
- Québec. 1999. *Loi sur les sages-femmes (Loi 28)*. Québec.
- Québec, MSSS. 1993. *Politique de périnatalité*. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Québec, MSSS. 2000-2001. *Statistiques - Accouchements et naissances*, Québec : Ministère de la santé et des services sociaux.
- Quéniart, A. 1988. *Le corps paradoxal - Regards de femmes sur la maternité*. Montréal : Éditions Saint-Martin, 249 p.
- RNR, 2001. « L'humanisation de la naissance au Québec depuis 10 ans : le modèle médical persiste ». *Sans préjudice... pour la santé des femmes*. Automne 2001. Spécial no 25, p. 5-7.
- Regroupement Les Sages-Femmes du Québec. 2003.

- Regroupement Naissance –Renaissance. 2003. <http://www.cam.org/~rnr/>. Montréal.
- Reid, A.J. et coll. 1989. «Differences in intrapartum obstetric care provided to women at low risk by family physicians and obstetricians». *Canadian Medical Association Journal*, vol. 140, 15 mars 1989, p. 625-633.
- Reid, M. 1997. The disappearance of birth: language versus reality in modern childbirth». *Birth Gazette*, vol. 13, no 2, p. 15-21.
- Reinharz, S. 1991. *On Becoming A Social Scientist*. London: Transaction Publishers.
- Renaud, M., S. Doré, R. Bernard et coll. 1987. «Regard médical et grossesse en Amérique du Nord: l'évolution de l'obstétrique prénatale au 20e siècle». In *Accoucher autrement – Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*, sous la dir. de F. Saillant et M. O'Neill, p. 181-212. Montréal : Éditions Saint-Martin.
- Renaud, M. et L. Bouchard, 1994. «Expliquer l'inexpliqué : l'environnement social comme facteur-clé de la santé». *Interface*. Mars-avril. P. 15-25.
- Riessman, C. 1983. «Women and medicalization. A new perspective». *Social Policy* 14(1):3-18.
- Riska, E. et K. Wegar. 1993. *Gender, Work and Medicine*. NewBury Park: Sage, 196 p.
- Roberts, H. (dir.). 1981. *Doing Feminist Research*. London: Routledge & Kegan Paul, 207 p.
- Rocheleau, L. 1999. *Les besoins des femmes et des couples de la région en périnatalité – Résultats d'une étude menée auprès de mères des CLSC Les blés d'or et Nicolet-Yamaska*. Nicolet, 38 p.
- Rocheleau, L. 2001. *Étude exploratoire des attentes et des besoins des femmes en périnatalité*. Mémoire de maîtrise, Montréal, Université du Québec à Montréal, 181 p.
- Rocheleau, L. 2004. Communication personnelle.
- Roché, S. 1993. *Le sentiment d'insécurité*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Rodrigue, J. 1997. Les omnipraticiens appuient les revendications des obstétriciens-gynécologues . Communiqué de presse. 4 déc. 1997. FMOQ.
- Romito, P. 1996. «Mothers' depression after the birth of a child». *Early Development and Parenting* . Soumis pour publication.
- Romito P. et C. Zalateo. 1992. «Social history of a research project: a study on early postpartum discharge». *Soc. Sci. Med.*, Vol. 34, no 3:227-235.
- Rothman, B. 1991. *In Labor : Women and Power in the Birthplace*. W.W. Norton & Company.
- Rothman, B. 1996. «Women, providers, and control». *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, vol. 25, no 3, p. 253-256.

- Saillant, F. et M. O'Neil. (dir.) 1987. *Accoucher autrement - Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*. Montréal : Éditions Saint-Martin, 447 p.
- Sankar, A. 1988. «Patients, physicians and context: medical care in the home». In *Biomedecine Examined*, sous la dir. de M. Lock et D. Gordon. Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Santos, O.M.B. et E.R.C. Siebert. 2001. «The humanization of birth experience at the University of Santa Catarina maternity hospital». *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 75, no supplement 1, p.73-79.
- Savard, S. 1987. «Accoucher à l'hôpital: où en sommes-nous aujourd'hui ? » In *Accoucher autrement – Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*, sous la dir. de F. Saillant et M. O'Neill, p. 280-293. Montréal : Éditions St-Martin.
- Séguin, L., R. Therrien et coll. 1992. «Determinants of satisfaction with medical prenatal care in Quebec women». *Canadian Journal of Public Health*, vol. 83, no 1, p. 66-70.
- Selltiz, C., L. S. Wrightsman et W.S. Cook, 1977. *Les méthodes de recherche en sciences sociales*. Montréal : Les Éditions HRW, 606 p.
- Shaw, N. H. 1974. *Forced Labor: Maternity Care in the United States*. New York: Pergamon Press.
- Simkin, P. 1991. «Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. part 1». *Birth*, vol. 18, no 4, p. 203-210.
- Simkin, P. 1992. «Just another day in a woman's life ? Part II : Nature and consistency of women's long-term memories of their first birth experience». *Birth*, vol. 19, p. 64-81.
- SOGC. 1995. *Healthy Beginnings: Guidelines for Care During Pregnancy and Childbirth*. Ottawa: Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.
- SOGC. 1997. «Policy Statement». *Journal SOGC*, oct. 97, p. 1201-1203.
- SOGC. 2002. *La nouvelle présidente de la SOGC dénonce la baisse du nombre de spécialistes au Canada* . Communiqué de presse. [www.sogc.medical/org](http://www.sogc.medical.org).
- Somerville, M. 2003. « Ethical Issues on Elective Cesarean Birth ». In *L'éthique du choix et l'éthos du risque : une perspective sage-femme*: 3e assemblée générale et congrès (Montréal, 1-3 octobre 2003). Montréal: L'Association Canadienne des Sages-Femmes, p. 24.
- Spradley, J. 1980. *Participant Observation*. New York: Holt, Reinhart & Wilson.
- St-Jacques, S. 2003. «Pousser, moi?». *La Presse* (Montréal), 16 novembre, section Actuel/Santé, p. 1-3.
- Stake, R. E. 1994. «Case Studies». In *Handbook of Qualitative Research*, sous la dir. de N. K. Denzin et Y. S. Lincoln, p. 236-247. Thousand Oaks: Sage Publications.

- Stephenson, P. et M. Wagner. 1993. «Reproductive rights and the medical care system: a plea for rational health». *Journal of Public Health Policy*, vol. 14, no 2, p. 174-182.
- Sullivan, D. et R. Beeman 1982. «Satisfaction with maternity care: a matter of communication and choice». *Medical Care*, vol. 20, no 3, p. 321-330.
- Szejer, M. et F. Caumel-Dauphin. 2001. *Les femmes et les bébés d'abord*. Paris : Albin Michel, 196 p.
- TCIPM. 1997-1998. *Routines hospitalières 97-98*. Montréal : Table de concertation des infirmières en périnatalité de Montréal.
- Thibodeau, B. 2003. Communication présentée lors d'une réunion de l'ASPQ.
- Tesch, R. 1990. *Qualitative Analysis: Analysis Types and Software Tools*. London: Falmer.
- Thomas, P. 1997. «Normal birth - a movement standing still». *AIMS Journal*, vol. 9, no 2, p. 2-4.
- Tribalat, 1986. «L'orientation de la tête fœtale au moment de l'accouchement dans les accouchements déclenchés sous anesthésie péridurale». *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*. Vol. 15 :937-939.
- Turenne, M. et D. Chrétien. 2003. «Il pleut des emplois!». *L'Actualité*, 1er avril 2003, p. 23-30.
- Turgeon, J., H. Anctil et J. Gauthier. «L'évolution du Ministère et du réseau : continuité ou rupture? » In *Le système de santé au Québec; organisations, acteurs et enjeux*, sous la dir. de V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin et G. Bélanger, p. 93-118. Sainte-Foy: Les Presses de l'Université Laval.
- UK Government, U. 1993. *Changing Childbirth*. London: House of Commons Select Committee on Health.
- US Department of Health and Human Services, 1981. *Cesarean Childbirth*. National Institutes of Health Publication no 82.
- Vadeboncœur, H. 1989. *Une autre césarienne ? Non merci*. Montréal: Éditions Québec-Amérique, 332 p.
- Vadeboncœur, H. 1995. *Pourquoi le gouvernement québécois a-t-il décidé d'expérimenter la pratique sage-femme tandis que l'Ontario légalisait la profession ?* Travail dirigé de maîtrise, Montréal, Université de Montréal.
- Vadeboncœur, H., B. Maheux et R. Blais. 1996. «Pourquoi le Québec a-t-il décidé d'expérimenter la pratique des sages-femmes tandis que l'Ontario légalisait la profession ?». *Ruptures - revue transdisciplinaire en santé*, vol. 3, no 2, p. 224-242.
- Vadeboncœur, H. Maheux, B. Blais, R. 1996/1997. «Why did Quebec decide to experiment with the practice of midwifery ». *Health and Canadian Society*, vol. 4, no 2:447-480.
- Vadeboncœur, H. 2000a. «Has intrapartum care changed in Quebec's hospitals since women asked for significant change at the beginning of the 80s ? » In 8th

International Conference of Maternity Care Researchers, Department of Nursing and Midwifery, University of Glasgow, Scotland, 6-8 septembre 2000.

- Vadeboncœur, H. 2000b. «Quebec and the legalization of midwifery», *MIDIRS – Midwifery Digest*, vol. 10, no 1 :24-28.
- Vadeboncœur, H. 2003. L'accouchement: a-t-on répondu aux demandes des femmes ? In *Santé de la reproduction et maternité : autonomie des femmes ou illusion du choix ?* (Montréal, 25 et 26 avril 2003). Montréal : Fédération du Québec pour le planning des naissances, p. 13-18.
- Vadeboncœur, H. 2004. «Delaying Legislation: The Quebec Experiment». In *Reconceiving Midwifery*, sous la dir. de I. Bourgeault, C. Benoît et R. Davis-.Floyd. Montréal: McGill Queens University Press, p. 91-110.
- Valois, P. 1998. *Attitudes des professionnels de la santé à l'égard des pratiques hospitalières de l'allaitement au sein*. Mémoire de maîtrise, Montréal, Université de Montréal, 130 p.
- Van der Maren, J. 1999. *Présentation de la problématique: rigueur, efficacité et créativité en recherche qualitative: paradoxes ou illusions ?*. Décisions méthodologiques et rigueur en recherche qualitative. Ottawa : Association pour la recherche qualitative.
- Van Teijlingen, E.R., V. Hundley, A.-M. Rennie et coll. 2003. «Maternity satisfaction studies and their limitation: «What is, must still be best». *Birth*, vol. 30, no 2, p. 75-82
- Van Wagner, V. 2003. «Les césariennes de convenance contre l'accouchement vaginal : défi des sages-femmes». In *L'éthique du choix et l'éthos du risque : une perspective sage-femme: 3e assemblée générale et congrès* (Montréal, 1-3 octobre 2003). Montréal: L'Association Canadienne des Sages-Femmes, p.23-0 – 23-10.
- Wagner, M. 1994. *Pursuing the Birth Machine - The Search for Appropriate Perinatal Technology*. Camperdown (Australia) : ACE Graphics.
- Wagner, M. 2000. «Choosing caesarean section». *The Lancet*, vol. 356, no 9242, p. 1677-1680.
- Waldenstrom, U. 1996a. «Modern maternity care: does safety have to take the meaning out of birth ?». *Midwifery*, vol. 12, p. 165-173.
- Waldenstrom, U., I.-M. Borg, B. Olsson et coll. 1996b. «The Childbirth Experience: A Study of 295 New Mothers». *Birth*, vol. 23, no 3, p. 144-160.
- Walker, K. 2001. « Le dilemme de la césarienne électorale », *La Presse* (Montréal), avril.
- Wolman, W.L. et coll. 1993. Postpartum depression and companionship in the clinical birth environment : a randomized, controlled study. *Am. J. Obstet. Gynecol.* Vol. 168, p. 1388-1393.
- Woollet, Al, L. Lynn et coll. 1983. «The reactions of East London women to medical intervention in childbirth», *Journal of Reproduction and infant psychology*, vol. 1, no 2, p. 37-46.
- Yin, R. K. 1994. *Case Study Research - Design and Methods*. 2e éd. Thousand Oaks: Sage Publishers, 170 p.

ANNEXE I

Enquête auprès de 16 départements d'obstétrique de 5 régions CH de niveau II de soins Critères utilisés pour le choix des sites et résultats des 9 CH retenus - 1999

Nombre d'accouchements annuels (source : MSSS, Statistiques – Accouchements et naissances)

Statut du CH (source : infirmière-chef, 1999)

Proportion de médecins : omnipraticien-ne-s vs obstétricien-ne-s gynécologues
(source : infirmière-chef, 1999)

Taux d'interventions obstétricales (source : MSSS, Statistiques – Accouchements et naissances, 1997-1998)

Césarienne
AVAC
Épisiotomie
Forceps-ventouse

Routines hospitalières pendant le travail (source : infirmière-chef, 1999)

Pose d'un soluté
Monitoring continu vs intermittent
Jeûne pendant le travail vs alimentation
Position accouchée pour donner naissance

Lieux physiques (source : infirmière-chef, 1999)

Rénovation des lieux
Présence et nombre de chambres de maternité (chambres 'uniques')
Présence et nombre de chambres de naissance
Présence et nombre de salles d'accouchement
Présence de salle de 'triage'

Classement des CH en vue du choix du site

Nombre de naissances supérieur à 3000/an	Nombre de naissances inf. à 3000/an
Lieux non rénovés	Lieux rénovés
Routines plus traditionnelles	Routines plus progressistes
Égalité obs-gyn et omnis ou nombre supérieur d'ob-gyn	Nombre supérieur d'omnis vs ob-gyn
CH universitaire	CH non universitaire
Taux d'interventions supérieur à la moyenne du Québec	Taux d'interventions inférieur à la moyenne du Québec

**RÉSULTATS DE LA PRÉ-ENQUÊTE POUR CHOIX DES SITES : 9 CH sur 16 retenus
(proximité géographique), provenant de 4 régions administratives de soins**

Objet : choix d'un site aux pratiques plus progressistes et un site aux pratiques plus traditionnelles

Caractéristiques communes aux CH :

Niveau de soins : II

Statut : CH non universitaires

Nombre d'accouchements annuels : inférieurs à 3000 par année

Caractéristiques à investiguer :

Taux d'interventions : supérieurs(traditionnaliste) ou inférieurs (progressiste)
à la moyenne provinciale

<u>Intervention</u>	<u>Nombre de CH</u>	<u>Position relativement au taux moyen provincial</u>
Césarienne	4/9	ont un taux supérieur à la moyenne provinciale
AVAC	3/9	ont un taux inférieur à la moyenne provinciale
Épisiotomie	3/9	ont un taux supérieur à la moyenne provinciale
Forceps-ventouse	1/9	a un taux supérieur à la moyenne provinciale

Réponses	Routines hospitalières traditionnelles	Résultat
4 oui 1 pas de réponse 4 non	Pose d'un soluté	4 CH sur 9 oui
7 non 2 pas de réponse	Monitoring électronique continu	7 CH sur 9 intermittent ?
6 oui 3 non	Jeûne	6 CH sur 9 oui
1 5 oui 1 le plus fréq. 1 assez fréq. 1 peu fréq.	Position couchée pour accoucher Position semi-couchée Position semi-couchée Position semi-couchée Position semi-couchée	Semi-couchée domine

- Lorsqu'on administre une péridurale, elle s'accompagne généralement de routines hospitalières comme la pose d'un soluté, le monitoring électronique continu, le jeûne et une position traditionnelle d'accouchement.

Lieux physiques : de traditionnels (1) à progressistes (2)

<u>Nb de CH/</u>	<u>Présence de :</u>
3/9	Salles de travail (1)
tous	Salles d'accouchement (1) (deux CH ont plus de salles d'accouch. que de chambres de naissance)
7/9	Chambres de naissance (2) (travail et accouchement dans la même chambre)
3/9	Chambres de maternité (2) (de l'admission à la sortie dans la même chambre)

ANNEXE II

Documents remis par le département d'obstétrique ou par la chercheure
au personnel relativement à cette étude

ANNEXE III

Formulaire de consentement éclairé

CONSENTEMENT DE PARTICIPATION À UNE ÉTUDE SUR L'ACCOUCHEMENT À l'intention des femmes enceintes :

Une étude est actuellement en cours au service d'obstétrique de cet hôpital. Elle porte sur l'accouchement au Québec en l'an 2000. Elle est réalisée par Hélène Vadeboncœur, étudiante au doctorat de l'Université de Montréal. Le but de cette étude est de connaître les pratiques d'accouchement et de comprendre l'influence du contexte sur le déroulement de l'accouchement. Les personnes éligibles pour participer à l'étude sont les femmes ayant entre 18 et 45 ans, dont le travail est commencé et dont l'accouchement n'exige pas une surveillance particulière (par exemple un bébé qui se présente par le siège ou des jumeaux).

Votre participation consiste à accepter que la chercheuse observe discrètement le déroulement de votre travail et accouchement, et possiblement qu'elle vous interviewe quelques mois après la naissance de votre bébé. Cette étude pourrait contribuer à mieux connaître les attentes et les besoins des femmes qui accouchent et de leur famille. Aucun risque ou inconfort n'est entraîné par cette étude, puisque la chercheuse ne fait qu'observer durant le travail et l'accouchement et peut-être vous interviewer par la suite, quelques mois après l'accouchement, au lieu choisi par vous-même.

Votre participation à l'étude est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous en retirer sans préjudice en tout temps, sans devoir justifier votre décision, mais en avisant la chercheuse. En tout temps, la santé et la sécurité de votre bébé ont priorité sur l'étude. Les informations recueillies sont confidentielles. Ni votre nom ni aucun renseignement personnel ne sont conservés. Votre nom est remplacé par un code. Les entrevues sont aussi numérotées et seule la chercheuse prend connaissance des renseignements personnels que vous avez donnés. Les données de l'étude sont conservées pendant un maximum de cinq ans.

Si vous avez des questions au sujet de cette étude, vous pouvez communiquer avec :

Hélène Vadeboncœur
par téléphone :

ou

Denise Couture, Ph.D
Professeure agrégée et directrice de recherche
Département de sociologie
Université de Montréal
téléphone :

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je, (nom en lettres moulées) ----- déclare avoir pris connaissance du contenu de cette page, et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude sur l'accouchement.

Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette étude, c'est-à-dire à permettre à la chercheuse d'observer mon travail et mon accouchement et possiblement de m'interviewer par la suite. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice.

Signature -----

Date -----

ANNEXE IV

LISTE DE MES RAPPORTS D'OBSERVATION D'ACCOUCHEMENTS Site 1, octobre 2000 à octobre 2001

Liste des rapports d'observations générales pas nécessairement dénominalisés

No	Objet	Date	Durée obs (h)
1	rencontre avec l'infirmière-chef	5 octobre 2000	2
2	observation d'une visite de groupe par futurs parents et recrutement	11 octobre 2000	2
3	rencontre avec infirmière-chef et médecin-chef	13 octobre 2000	1,5
4	présentation du projet aux médecins et infirmières	16 octobre 2000	3,5
5	observation d'une visite de groupe par futurs parents et recrutement	18 octobre 2000	6
6	appel téléphonique à l'infirmière-chef	19 octobre 2000	1
7	rencontres diverses et recrutement téléphonique	20 octobre 2000	6
8	rencontres diverses et recrutement téléphonique	23 octobre 2000	6
9	rencontre infirmière CLSC (recrutement)	24 octobre 2000	2
11	observation de formation à l'accompagnement	31 octobre 2000	6,5
15b	observation d'une réunion prsonnel md/inf	6 novembre 2000	2
20	observation d'une rencontre prénatale CLSC	21 novembre 2000	2
23	consultation de documents et recrutement téléph.	5 décembre 2000	4
26b	consultation de documents	8 décembre 2000	7
28	consultation de documents	25 janvier 2001	7
33	observation sur le site (rencontre avec DRH et inf.-chef) automne 2001		4

Total 62,5 h

Dans les observations générales est comprise **la consultation sur place de documents et la consultation de documents qui me furent donnés** (ex: le cahier d'organisation du travail, le cahier d'horaire de travail, le cahier de protocoles de soins, le cahier de formation à l'accompagnement, le cahier de formation des nouvelles infirmières, le cahier d'inscription des participantes aux visites de groupes, les feuilles du dossier du département pour le recrutement, des statistiques obstétricales de ce CH, etc.).

No	Objet de l'observation et parturiente	Date: oct., nov. et déc. 2000	Durée obs. (h)
	(pas de date pour protéger la confidentialité des participantes et des intervenant-e-s)		
10	observation d'accouchement de Sylvia		25 min.
12	observation d'accouchement de Manon		8 heures
13	observatioan d'accouchement de Sarah		1 heure
14	observation d'accouchement de Stéphanie		4 heures
15a	observation d'accouchement de Guylaine		4 heures 30 min.
16	observation d'accouchement de Caroline		6 heures
17	observation d'accouchement de Simone		13 heures
18	observation du travail de Jasmine *		7 heures
19	observation du travail de Jocelyne *		1 heure
21	observation d'accouchement de Dahlia		7 heures 40 min.
22	observation d'accouchement de Mélanie		3 heures 30 min.
24	observation d'accouchement de Béatrice		10 heures
25	observation d'accouchement de Louise (et obs. de naiss. de jumeaux de Johanne) et observation d'une visite de groupe de futurs parents (recrutement)		9 heures 30 min.
26	observation d'accouchement de Ingrid		14 heures
27	observation d'accouchement de Chantal		2 heures
	* Observations faites pendant l'observation du quart de travail d'une infirmière		-----
		total	91 heures

TRANSCRIPTIONS D'ENTREVUES dénominalisées:**Transcriptions d'entrevues avec les infirmières: Février à avril 2001**

- 30 rapport d'entrevue avec inf. Paule
- 31 rapport d'entrevue avec inf. Marianne
- 32 rapport d'entrevue avec inf. Nicole
- 34 rapport d'entrevue avec inf. Kateri
- 35 rapport d'entrevue avec inf. Henriette

- 36 rapport d'entrevue avec inf. Diane
- 37 rapport d'entrevue avec inf. Brigitte
- 38 rapport d'entrevue avec inf. Patricia
- 39 rapport d'entrevue avec inf. Véronique
- 40 rapport d'entrevue avec inf. Mathilde
- 41 rapport d'entrevue avec inf. Danielle
- 42 rapport d'entrevue avec inf. Madeleine
- 43 rapport d'entrevue avec inf. Vanessa
- 44 rapport d'entrevue avec l'inf. Valérie

Transcriptions d'entrevue avec des médecins**Juin 2001**

- 45 rapport d'entrevue avec md Huguette
- 46 rapport d'entrevue avec md Charles
- 47 rapport d'entrevue avec md Frédéric
- 48 rapport d'entrevue avec md Noémie

Transcriptions d'entrevue avec des accompagnantes**Octobre 2001**

- 49 rapport d'entrevue de groupe
- 50 rapport d'entrevue avec Rachel
- 51 rapport d'entrevue avec Isabelle

Transcriptions d'entrevue avec les participantes (femmes)

- 52 rapport d'entrevue avec Sarah 2 juin 2001
- 53 rapport d'entrevue avec Chantal 16 juin 2001
- 54 rapport d'entrevue avec Caroline 15 mai 2001
- 55 rapport d'entrevue avec Guylaine 15 mai 2001
- 56 rapport d'entrevue avec Simone 28 mai 2001
- 57 rapport d'entrevue avec Ingrid 31 mai 2001
- 58 rapport d'entrevue avec Mélanie 16 mai 2001
- 59 rapport d'entrevue avec Dahlia 30 mai 2001
- 60 rapport d'entrevue avec Louise 18 mai 2001
- 61 rapport d'entrevue avec Stéphanie 21 mai 2001
- 62 rapport d'entrevue avec Manon 30 mai 2001

ANNEXE V

Guides d'entretiens

Schéma d'entrevue avec les intervenant-e-s

1) Établissement des **règles du jeu de l'entrevue**

- . type d'entrevue et explications
- . enregistrement de l'entrevue avec la permission de l' interviewé-e et raisons
- . assurance de confidentialité : le nom de l' interviewé-e ne sera pas dévoilé
- . respect du désir de l' interviewé-e de répondre ou non à une ou des questions
- . présentation du schéma de l'entretien

2) Premier thème : **le cheminement de l'interviewé-e–**

Qu'est-ce qui vous a amené(e) à exercer cette profession (et) dans cet établissement ? ?

- . formation, pourquoi l'obstétrique ?
- . pourquoi ici ?
- . retour sur l'évolution du cheminement si pertinent

3) Second thème : **la pratique actuelle de l'interviewé-e**

Décrivez-moi votre pratique actuelle en obstétrique

- . me décrire une journée (ou semaine, s'il y a lieu) habituelle de travail
- . (infirmières :) comment se fait l'affectation aux tâches
- . l'achalandage : occupé, moins occupé, comment sont les deux situations pour votre travail
- . décrire la philosophie du département et où vous vous situez relativement à cette philosophie
- . place des accouchements dans votre travail-pratique
- . ce que sont pour vous : un accouchement idéal, un acc. normal et un acc. qui va mal
- . les différents types de « patientes » et votre travail
- . votre rôle, pendant un accouchement (travail et naissance)
- . ce qui facilite votre travail, et ses contraintes
- . le partage des rôles avec les autres intervenant-e-s (md, inf)
- . latitude dans votre rôle
- . ce que vous trouvez difficile à accepter, comme comportements/interventions du point de vue de la femme en travail, s'il y a lieu
- . évolution dans les pratiques obstétricales – impact sur votre pratique
- . questions sur l'accouchement observé et où vous interveniez, au besoin

4) **Le profil de l'interviewé-e**

- . statut (infirmière)
- . âge
- . état civil
- . enfant(s) ou non

Remerciements et demande de ne pas dévoiler questions avant la fin de la période d'entrevues, si possible

Schéma d'entrevue avec les femmes

Propos sociaux

Établir les règles du jeu de l'entrevue

Les faire parler d'elles, leur demander si c'est leur premier enfant ou non, etc.

Questions :

Comment votre grossesse a-t-elle été ? Comment avez-vous choisi votre médecin, ou l'hôpital ?

Que saviez-vous de l'accouchement avant d'être enceinte, et comment l'aviez-vous appris ?
Cela s'est-il modifié durant votre grossesse ?

Vous êtes-vous préparée pour l'accouchement ? Comment ?

Puis en arriver progressivement à l'accouchement et leur demander de me raconter comment cela s'est passé, à partir du moment où elles ont pensé être en travail jusqu'à après la naissance du bébé

Questions :

Si vous aviez à raconter votre accouchement, par exemple à une femme qui n'a jamais accouché, que lui diriez-vous ?

Qu'avez-vous aimé lors de votre accouchement ? Moins aimé (ou détesté) ? Pensez-vous souvent à votre accouchement depuis ? Comment ?

Comment avez-vous trouvé l'infirmière (ou les infirmières) ? Le médecin ? (L'accompagnante ?)

Si c'était à refaire, auriez-vous aimé que quelque chose se passe autrement ? Si oui, quoi ?

Comment votre conjoint a-t-il vécu l'accouchement ? (S'il y a lieu)

Puis leur demander s'il y a lieu comment elles ont trouvé telle ou telle chose ou incident dont j'ai été témoin durant leur accouchement : ce qu'elles en ont pensé, comment elles ont réagi; intérieurement, ce que cela leur a fait

Pour terminer, des questions socio-démographiques : âge, occupation, nombre d'enfants, statut marital

Si le conjoint est dans la maison, lui demander si je peux lui poser quelques questions une fois l'entretien avec sa conjointe terminé. De préférence, être seule avec la femme au moment de l'entrevue (à l'exception du bébé).

ANNEXE VI

LISTE DES CATÉGORIES THÉMATIQUES DES ENTREVUES

Entrevues avec les infirmières, les médecins, les accompagnantes

Le profil de l'interviewé-e

- Formation
- Cheminement professionnel
 - Expérience antérieure
 - Choix de ce département d'obstétrique
 - Philosophie de ce département d'obstétrique
 - Évolution de la pratique
- Renseignements socio-démographiques

Le travail auprès des parturientes

- Description du travail
- Contexte occupé vs contexte pas occupé
- Facteurs facilitants et facteurs contraignants
- Rôle relativement aux autres types d'intervenant-e-s
- Relations avec les autres intervenant-e-s

L'accouchement

- Les composantes du travail
- Les types d'accouchement
- La conception de la naissance
- Protocoles et interventions
- Les pratiques que l'on trouve difficilement acceptables
- Leur(s) propre(s) accouchement(s)
- (Accompagnantes : pouvoir, contrôle et respect)

La clientèle

- Types de clientèle et les attentes vis-à-vis celle-ci
- Clientèle et information
- Clientèle et choix
- Les clientes observées

Entrevues avec les femmes ayant accouché

Le profil (nombre d'enfants, renseignements socio-démographiques)

L'accouchement

- Attentes, préparation
- Comment les accouchées ont vécu leur accouchement et son impact
- Le vécu des proches
- Ce que les accouchées ont aimé ou non – les incidents – le respect ou son contraire

Les intervenant-e-s

- Le médecin
- L'infirmière ou les infirmières
- L'accompagnante, s'il y a lieu

ANNEXE VII

Grille de résumé des accouchements

Accouchement de -----
Rapport d'observation no -----

Attentes pour l'accouch./peurs/contexte	Médecin Infirmière(s) Accompagnante	Information : Qui, quoi, quand	Décision : Qui, quoi, quand	Contrôle : Qui, quoi, quand	Remarques

ANNEXE VIII

Résumés des accouchements retenus pour l'analyse

Les accouchements ont été classés par ordre alphabétique (prénom de la participante) :

Béatrice, p. 1
Caroline, p. 2
Chantal, p. 3
Dahlia, p. 4
Guylaine, p. 5
Ingrid, p. 7
Jasmine, p. 8
Louise, p. 10
Manon, p. 11
Mélanie, p. 12
Sarah, p. 13
Simone, p. 14
Stéphanie, p. 15

Béatrice, un accouchement déclenché après une rupture spontanée des membranes.

Contexte : tranquille car seulement une autre femme est en travail, et plusieurs chambres sont vides.

Durée de l'observation : dix heures

À l'heure du souper, je reçois un appel de l'infirmière d'une participante, qui m'informe que celle-ci est arrivée depuis peu, après avoir perdu ses eaux. Elle précise que le col n'est dilaté que de 1 cm, sans contractions. Quand j'arrive au département, l'infirmière me dit que Béatrice a de petites contractions aux dix minutes. Lorsque je la vois, Béatrice me dit ne rien vouloir de particulier pour cet accouchement-ci, son deuxième, et elle ajoute que le premier a pris 14 heures, sans péridurale (elle l'a demandée trop tard, souligne-t-elle). L'obstétricien-gynécologue lui dit qu'on peut attendre au lendemain matin, mais qu'elle doit prendre des antibiotiques à partir de minuit (afin de prévenir une infection possible, c'est la pratique lorsque les membranes se rompent spontanément et que le travail se prolonge). Le col de Béatrice est dilaté de 2 cm et effacé à 50 %. Le couple s'installe pour dormir, donc je quitte la chambre. À l'heure du changement de quart de travail (23h30), tout est tranquille. Je décide de passer la nuit à l'hôpital, leur demandant de me réveiller si les choses s'activent.

Le lendemain matin, après 7h30, j'entre dans la chambre avec l'infirmière, qui demande à Béatrice si elle a bien dormi (oui) et si elle a eu des contractions (« quelques-unes, mais rien de... »). L'infirmière lui parle d'emblée de syntocinon, qui serait une demande du médecin. Elle explique comment on administre le synton et comment on augmente la dose progressivement. Elle l'installe et attache la ceinture du moniteur sur le ventre de Béatrice. Deux heures après, alors que l'infirmière est sortie, Béatrice me dit qu'elle a hâte d'être débranchée du moniteur. Puis l'infirmière entre, la débranche et l'envoie marcher vingt minutes. Lorsque Béatrice revient à la chambre, l'infirmière monte la dose de synton, et remet la parturiente sous moniteur. Le couple regarde les chiffres sur le moniteur. L'infirmière dit à Béatrice qu'elle va tantôt aller marcher, puis manger, puis peut-être aller dans le bain tourbillon. Elle l'examine : son col est à 3 cm et effacé à 80 %. Le travail progresse, lentement. L'infirmière, sortie, revient. Elle dit au conjoint qu'elle vise des contractions aux 2-3 minutes.

Au début de l'après-midi, Béatrice commence à manifester des signes d'inconfort à cause des contractions. Puis l'infirmière revient de son dîner et entre dans la chambre en demandant à quelle fréquence sont les contractions. Elle annonce les différentes choses qu'elle s'apprête à faire. Elle

demande à Béatrice si le bain l'a détendue : « pas vraiment », répond celle-ci. Puis, comme la dilatation du col progresse et que le bébé est descendu, l'infirmière annonce qu'elle va baisser la dose de syntocinon. Elle lui propose du Nubain, pour dormir et être « plus en contrôle ». Elle lui en donne, puis lui dit qu'elle va remonter le syntocinon « pour en profiter pendant que le Nubain agit bien ». Béatrice proteste un peu, mais le conjoint renchérit : « t'es pas pour rester là toute la journée ! » Béatrice dit qu'elle ne voit pas de différence, avec le Nubain, dans la sensation de douleur. L'infirmière lui répond qu'elle ne s'en aperçoit pas mais qu'elle les tolère mieux qu'avant. Au bout de quelques minutes, les contractions sont un peu plus fréquentes. L'infirmière dit au conjoint : « c'est sûr que ça fait moins mal sans (synto) mais ça fait pas son œuvre ». Les contractions sont maintenant aux deux minutes. Je sors quelques minutes et lorsque je reviens, les contractions sont encore plus fréquentes. Béatrice a de la difficulté à se détendre. L'infirmière revient et annonce le changement de quart de travail et qu'elle viendra les voir demain, « voir les résultats ». Vers 16 heures, la nouvelle infirmière entre, regarde Béatrice quelques secondes puis va lire les notes au dossier. Elle demande si elle peut l'examiner, le fait, et lui annonce que la dilatation est complète : « on va t'accoucher ». Elle demande le médecin, par intercom, puis va chercher l'équipement nécessaire pour la naissance du bébé : « Après ça, je vais t'installer, Béatrice ».

Le médecin arrive et demande à Béatrice – dont le travail est stimulé par du syntocinon - de se tourner, met ses doigts dans son vagin et commence à l'enjoindre de pousser. L'infirmière dit au médecin que ce n'est pas son premier bébé et qu'au premier, elle a poussé longtemps. Dans les minutes qui suivent, on essaie de positionner sur le côté, sur le dos. On lui tient les jambes. On l'enjoint de se choquer, pour que son bébé sorte. On lui demande de relâcher ses jambes. Puis l'infirmière dit qu'il « faut trouver une position... faut que (le bébé) vienne tellement bas que t'auras pu le choix de le pousser ». Le médecin, parlant de Béatrice, dit devant elle « si elle poussait bien, il descendrait ». On la tient alors qu'elle s'accroupit au pied du lit. On apporte la barre à cet effet, mais sans l'utiliser. Même si elle s'appuie sur son conjoint, Béatrice est en équilibre instable et penche dangereusement vers l'avant. Le médecin s'adresse à elle : « Si t'étais capable de pousser, en deux poussées ton bébé serait là ». On double la dose de synto. On encourage Béatrice, on lui répète de se choquer. On l'aide à se mettre sur le côté, puis à revenir sur le dos. La poussée fait mal à Béatrice. L'infirmière hausse encore la dose de synto. Finalement, après près de 2 heures de poussée, le bébé naît et est mis sur le ventre de sa mère, puis succionné. Béatrice a un peu déchiré. Le papa coupe le cordon ombilical. Le placenta sort. On parle d'appeler la parenté (rapobs24).

Caroline : un accouchement idéal d'un 3^e enfant

Contexte : très occupé; en effet, environ deux heures avant Caroline, une autre femme donna naissance à un bébé dans la chambre à côté; une 3^e femme était aussi en travail et presque toutes les chambres étaient occupées.

Durée de l'observation : 5h45

C'est le 3^e enfant de Caroline, qui est dans la trentaine. Lors des accouchements précédents, elle avait engagé une accompagnante mais, cette fois, avait décidé de tenter l'aventure seule avec son conjoint. Ils arrivent à l'hôpital au milieu de l'après-midi, avec des contractions aux 5 minutes. Lorsque j'arrive dans la chambre, le couple jase. Caroline prend très bien les contractions et n'est pas souffrante. Elle se promène, s'étire un peu, bouge dans la chambre. L'obstétricien-gynécologue de garde – son médecin (le hasard) – vient faire un tour quelques secondes, pour 'voir comment ça allait', disant qu'il va revenir. Caroline stimule ses mamelons. Le médecin revient et Caroline lui dit que « c'est vraiment supportable ».

Puis l'infirmière revient, et propose à Caroline de l'examiner. Elle souligne le coussin formé par le sac amniotique, et qu'« il manque un peu de punch dans les contractions », puis annonce sa pause-souper, demandant si Caroline a eu à souper. Caroline masse le point d'acupression sur sa cheville. Les contractions commencent à s'intensifier. Pendant mon absence (toilettes), le médecin vient et

lui dit, à propos de l'amniotomie : « tant que ça évolue, c'est ok, mais si ça stagne, je vais te crever les eaux »(p.9). Caroline me dit préférer que le travail s'accélère de lui-même. Elle exprime à l'infirmière le désir d'accoucher à quatre pattes, comme la dernière fois. L'infirmière ne s'engage à rien : « On verra comme ça vient » (p.10). Le médecin revient, constate l'évolution et demande quelle était sa date prévue d'accouchement (!). Il propose de rupturer les membranes tantôt. Caroline : « J'aurais mieux aimé non, là. Attendre encore. Je suis pas fatiguée ». Le médecin accepte et sort.

Le conjoint apporte de quoi grignoter à Caroline, installée maintenant sur le ballon. Il est un peu irrité par la proposition du médecin. Il flatte Caroline et va chercher de la glace. Les contractions sont plus fortes. Caroline commence à trembler. Le médecin revient, la regarde faire, et l'encourage. Il lui flatte l'épaule et s'en va. Caroline dit à l'infirmière qu'elle commence à avoir envie de pousser. Celle-ci l'encourage à faire « des petites poussées », puis fait appeler le médecin « de venir voir ». Caroline est à quatre pattes sur le lit. Le médecin arrive, la voit et lui et l'infirmière échangent un regard (comme s'il avait de la difficulté à envisager un examen vaginal dans cette position). L'infirmière lui demande de se coucher sur le côté. Caroline commence à pousser, et après quelques poussées seulement, le bébé naît. Le médecin suggère au conjoint de le prendre quand la tête est sortie. Il le fait et le met sur le ventre de Caroline. Elle remercie à plusieurs reprises, ajoutant « c'est quelque chose ! » (de mettre un bébé au monde). Le bébé pleure, l'infirmière le recouvre. Le médecin laisse le temps au cordon d'arrêter de battre, puis dirige le conjoint pour le couper. Celui-ci n'en revient pas de la naissance, il rit. Caroline s'exclame : « Elle est belle, hein ? » Puis le placenta sort. C'est terminé. Un nouvel enfant est arrivé dans cette famille. Après être sortie de la chambre, je vois le médecin au poste; il écrit. Je m'exclame sur cet accouchement, rapide, la poussée impressionnante, le contrôle qu'elle avait pendant celle-ci. Il me dit « Si toutes les femmes accouchaient ainsi... » (rapobs16).

Chantal : quand « ça pousse » et qu'on ne veut pas que l'on pousse

Contexte : très tranquille car Chantal est la seule femme en travail, et près de la moitié des chambres sont vides. Chantal est la seule participante sans conjoint.

Durée de l'observation : 2 heures

Chantal a 22 ans. C'est son premier enfant. Elle arrive à l'hôpital accompagnée de sa mère et d'une amie. Elle est alors en travail actif, entre 4 et 6 cm selon les infirmières. Le travail progresse très vite. Quand j'entre dans la chambre, une heure après, elle est couchée, branchée au moniteur, et fait des bruits de poussée. L'infirmière lui demande de respirer et de se mettre à quatre pattes, pour aider la bande de col qui subsiste à passer. Chantal demeure dans cette position durant deux contractions, puis l'infirmière lui demande de se remettre sur le dos. Elle l'examine – le col est dilaté de 8 cm - et lui dit qu'il ne manque pas grand-chose pour que la dilatation du col soit complète. Elle ajoute que la petite bande de col a tendance à enfler et qu'il ne faut pas pousser dessus. Chantal trouve très difficile de ne pas pousser car elle est aux prises avec une envie très forte et irrésistible de le faire. L'infirmière me dit que le médecin, obstétricien-gynécologue, a rupturé les membranes à midi, peu avant que j'arrive. En entrevue, Chantal me dira qu'elle fut ensuite prise de cette irrésistible envie de pousser. Puis l'infirmière part dîner et sa remplaçante entre dans la chambre. Quand elle voit que Chantal pousse pendant une contraction, elle prend les choses en charge immédiatement : « Tu vas me regarder, tu vas faire ce que je vais dire. Tu vas respirer comme je vais respirer. On se pratique », lui montrant à haleter. Puis elle lui propose de se coucher du côté gauche pendant deux contractions. Chantal respire pendant une contraction, puis pousse un peu à la suivante. L'infirmière lui dit « Ça me fait rien, mais si tu veux accoucher tantôt, respire bien ». Les contractions suivantes, Chantal essaie très fort de respirer et de ne pas pousser, sans y arriver tout à fait. L'infirmière lui annonce qu'elle va mettre ses doigts entre le col et la tête du bébé, pour tenter de faire désenfler la bande : « Je te demande de ne pas pousser, de te concentrer et de respirer doucement ». Chantal y arrive pour la contraction suivante. « Concentre-toi, je fais un petit massage mais concentre-toi sur ta respiration. C'est important quand je te dis de ne pas

pousser. Le col pourrait déchirer ». Chantal lâche un 'aoue !'. L'infirmière : « Je sais que ça fait mal mais je suis en train de vérifier le tour... Pousse pas. À chaque fois que tu pousses, tu retardes les choses d'une heure ». Après une forte contraction, Chantal s'exclame: « Celle-là, j'étais pas capable ! ». Ginette refait un toucher vaginal : « Respire ! Sans ça, à trois heures on va être encore là ! ». Chantal essaie. L'infirmière poursuit : « Concentre-toi bien. Tu ne pousses pas. Ça peut être dangereux. Pousse pas ». Chantal réplique : « J'ai très de la misère ».

Le médecin entre dans la chambre. Elle examine Chantal : « Il te reste encore une petite bande de col. Pour un premier bébé, je peux pas l'enlever. Ce sera pas très long car le bébé est très bas. » Chantal : « Peux-tu masser le col ? ». L'infirmière, comme si elle voulait éviter que le médecin sache qu'elle avait massé le col, explique au médecin : « Je retenais le bébé pour pas qu'il pousse ». Le médecin fait encore un examen vaginal et l'infirmière dit à Chantal: « Respire doucement, tu vas être étourdie. C'est bien ». Chantal ne peut s'empêcher de pousser, à la prochaine contraction et crie : « Aidez-moi ! ». Le médecin : « Ça va très bien ». Puis elle lui demande de pousser une fois, puis de ne plus pousser. L'infirmière, l'amie, le médecin, encouragent Chantal. Chantal demande si elle peut pousser, et le médecin lui répond qu'il préférerait qu'elle ne pousse pas encore. Mais Chantal pousse : « Je m'excuse ». Le médecin : « Excuse-toi pas. T'as pas le choix ma chouette ». Le médecin lui demande de se mettre sur le côté gauche, pour une ou deux contractions, sans pousser, ajoutant que le bébé est en postérieur. Chantal dit soudain qu'elle se sent faible. Le rythme cardiaque du bébé ralentit, et le médecin lui stimule la tête pour faire remonter la fréquence cardiaque. On prépare le lit pour la naissance du bébé, positionnant Chantal pour qu'elle soit proche du pied du lit. On l'encourage maintenant à pousser, lui enjoignant à quelques reprises de se fâcher pendant qu'elle pousse (note : c'est pratique courante de dire cela aux femmes en train de pousser; une infirmière m'a dit que cela aide les femmes à y mettre l'énergie nécessaire; mais ici je ne vois pas pourquoi on le fait; la poussée va tout seul depuis longtemps !). En dix minutes, le bébé naît. On le met sur le ventre de Chantal. (rapobs27).

Dahlia : un épuisant travail latent

Contexte très tranquille : une autre femme est en travail, et la moitié des chambres sont vides.

Durée de l'observation : 7 heures 40

Dahlia est une étudiante de 27 ans à la maîtrise. C'est son premier bébé, et elle et son conjoint ont engagé une accompagnante, pour les soutenir pendant le travail et la naissance du bébé. Ils ont fait un plan de naissance, où ils précisent leurs préférences pour le travail et la naissance. Dahlia a été en travail latent chez elle durant deux jours, avec des contractions aux dix minutes, avant la journée de l'accouchement. Elle arrive fatiguée à l'hôpital, vers 9 heures le matin. Son col est maintenant effacé à 90 %. Le reste de la matinée, on s'emploie à stimuler le travail de manière naturelle, par la marche et la stimulation des mamelons. La dilatation progresse, lentement. Quand j'arrive peu après l'heure du midi (on a cru bon de m'avertir seulement lorsqu'on l'a jugée en début de travail actif), le conjoint lui masse le dos et lui applique des compresses chaudes, alors qu'elle est assise sur le banc de naissance, apporté par l'accompagnante (on n'en trouve pas dans ce département d'obstétrique), au pied du lit. Puis l'infirmière, accompagnée d'une stagiaire, entrera à quelques reprises écouter le cœur du bébé ou faire un examen vaginal, afin d'évaluer la progression de la dilatation du col. Dahlia et son conjoint vont dans la salle du bain tourbillon, puis reviennent. L'infirmière revient annoncer la fin de son quart de travail. L'infirmière qui la remplace rencontre le couple, et leur présente la façon dont elle aime procéder. Dahlia est découragée de la lenteur du travail et de son état de fatigue. On décide de rompre les membranes, et son médecin, un omnipraticien, vient le faire

Puis le couple retourne dans la salle du bain tourbillon. Ils en reviennent un peu plus tard, Dahlia est en chaise roulante. Elle manifeste alors des signes de panique (c'est fréquent dans la phase de transition où elle se trouve maintenant). Elle a l'air complètement apeurée. L'infirmière écoute le cœur du bébé, fait un examen vaginal et lui dit que son col est dilaté de 7 cm. Dahlia demande

qu'on lui administre une péridurale. Son conjoint et l'accompagnante lui demandent si elle veut être réexaminée. Elle dit deux fois, et d'une voix forte : « Laissez-moi tranquille, je veux pas (d'examen) ». L'accompagnante me dira en entrevue que Dahlia leur avait demandé de faire cela, pour bien s'assurer de sa réelle volonté d'avoir une péridurale. L'anesthésiste, appelé, demande à l'accompagnante de sortir et installe la péridurale. Dahlia est vite soulagée. Le médecin s'en va, au bout de quelques minutes. Dahlia est couchée, son conjoint près d'elle. Une quinzaine de minutes après l'administration de la péridurale, les battements cardiaques du bébé descendent à 60 par minute (normalement ils se situent entre 120 et 160). On fait appeler le médecin, par intercom. La tension est palpable dans la chambre. On administre de l'oxygène à Dahlia. L'infirmière stimule la tête du bébé, pour faire remonter la fréquence cardiaque. Le médecin revient et rassure les parents : « Les bébés réagissent un peu (!) à l'épidurale et après ça, tout va bien ». Les parents me diront en entrevue – le conjoint en particulier – qu'il a eu si peur à ce moment-là qu'il s'est mordu le bras avec force.

Le médecin et l'infirmière réexaminent Dahlia, et ont un différent à ce sujet, dont me fera part l'infirmière, les larmes aux yeux, quelques minutes plus tard dans le corridor. Au bout de quelques minutes, le col de l'utérus de Dahlia est dilaté complètement, et on encourage Dahlia à pousser. Au bout d'une demi-heure à trois-quarts d'heure, elle met au monde son bébé, fièrement. L'accompagnante rappelle au conjoint d'aller chercher lui-même son bébé, une fois que ses épaules sont dégagées. Il le prend et le met sur le ventre de Dahlia. Le bébé tousse et pleure un peu. Le médecin demande à l'infirmière de prendre le pH du cordon ombilical et, d'un ton un peu impatient, demande à la mère de Dahlia et à l'autre personne l'accompagnant - qui viennent d'entrer - de se mettre dans le fond de la chambre. Le médecin coupe le cordon, tire un peu dessus pour faire venir le placenta, puis masse le ventre de Dahlia et l'encourage à pousser une dernière fois. Une fois le placenta sorti, elle le montre aux parents et en explique les différentes composantes. Puis elle demande à l'infirmière du syntocinon, pour aider l'utérus à contracter. Dahlia demande à son conjoint si le bébé est une fille : « On n'a pas vérifié ». L'accompagnante demande au médecin si Dahlia a déchiré. Non. Le médecin demande à Dahlia si elle veut allaiter son bébé tout de suite. Puis elle suggère de donner l'injection de vitamine K au bébé en même temps que Dahlia l'allaiter pour réduire la douleur. L'accompagnante donne le bébé au papa, et le médecin salue et sort de la chambre. Je salue et remercie les parents, et fais de même. L'accompagnante reste dans la chambre quelques minutes de plus, ainsi que l'infirmière (rapobs21).

Guylaine : une femme de 29 ans en forme, un accouchement en quelques heures d'un premier bébé

Contexte : Il y a pas mal d'achalandage, lors de cet accouchement car presque toutes les chambres sont occupées, et sept femmes ont accouché dans les deux jours précédents.

Durée de l'observation : 4h30

Vers 21 heures, je reçois un appel d'une infirmière, Patricia. Elle me dit que sa « patiente » Guylaine vient d'arriver; elle précise que ses membranes sont rompues et qu'elle n'a pas de contractions. Son col est dilaté à 1 cm et effacé à 40 %. L'infirmière ajoute qu'elle prévoit un accouchement vers le milieu de la nuit ou vers 6 heures le lendemain matin. (note : les infirmières font souvent ce genre de prédictions). Je me rends à l'hôpital et entre dans la chambre de Guylaine, qui est avec son conjoint, et avec sa mère. Guylaine a un soluté (j'apprendrai qu'il s'agit d'antibiotiques, car elle perdait du liquide amniotique depuis deux jours et sa température était légèrement élevée). L'infirmière l'examine : le col est dilaté de 4 cm. Elle suggère à Guylaine d'aller marcher, lui disant que ça raccourcit le travail et elle lui explique à quoi s'attendre, en particulier pour ce qui est des changements de position du bébé, ainsi que ce qu'elle pourra faire pour favoriser l'accouchement : « dès que ton col sera plus central, on pensera ballon, bain tourbillon. On a fait une étude : entre des mamans qui marchent et les autres, il y a 4 heures de moins (pour les premières). À un moment donné, tu vas le sentir brasser (le bébé) quand il va se

placer. Col retroussé et douleur dans le dos veut dire qu'il n'est pas tout à fait tourné du bon bord. Je pourrais aller vérifier la position de la tête avec les fontanelles mais tu ne m'aimeras pas ». (p.2). Patriciae lui annonce qu'elle reviendra dans une demi-heure à $\frac{3}{4}$ d'heure : « Si jamais t'es plus capable, tu m'appelleras et on pourra faire quelque chose ». Guylaine respire, assise, pendant une contraction. L'infirmière la regarde et dit : « Tranquillement, c'est ça, t'es bonne ». Puis elle s'en va. Et la mère de Guylaine aussi.

Le couple sort pour aller marcher, puis revient quelque temps après. L'infirmière pose des questions sur ce que Guylaine ressent comme sensations et répond aux questions qu'on lui pose, la guidant lorsqu'elle a une contraction. Elle encourage le couple à aller dans le bain tourbillon. Ils en reviennent un peu plus tard, et l'infirmière propose de lui « donner un p'tit queq'chose¹⁸¹. Ça va te détendre un peu ». Elle revient avec l'injection de Nubain puis Guylaine somnole entre les contractions pendant quelque temps. Le rythme cardiaque du bébé baisse d'une vingtaine de battements, mais demeure normal. (J'ai observé que cette baisse peut se produire après l'administration de Nubain).

L'infirmière de nuit remplace l'infirmière de soir. Elle demande la permission à Guylaine de l'examiner : le col est presque complètement dilaté. Elle l'autorise à pousser « tranquillement ». Elle la masse. Elle la fait changer de position à 2, 3 reprises, pour qu'une petite bande de col s'élimine, ce qui arrive souvent vers la fin de la dilatation du col. Elle lui masse aussi le col, pour tenter de l'éliminer. Elle fait appeler le médecin. Une 2^e infirmière entre, à la demande de la première, pour vérifier la bande de col. Le médecin arrive, puis repart, en faisant une blague. Puis il revient, ayant changé de vêtements. Il s'installe, et commence à guider Guylaine dans la poussée. Guylaine s'exclame à un moment donné : « Ça m'a tout l'air que je fais pas comme il faut ». L'infirmière suggère au médecin « On l'essaie-tu sur le côté ? Peut-être qu'elle pousserai mieux ». Il fait une blague, mais sans lui répondre directement. L'infirmière demande à Guylaine si ça lui tente de se mettre sur le côté. Elle le fait. On commence à voir les cheveux du bébé. Elle pousse de nombreuses fois, puis la tête du bébé sort. Quelqu'un propose qu'elle y touche. Elle répond : « J'la sens, j'ai pas besoin d'y toucher ! ». Elle pousse encore, et se plaint d'être trop couchée : « Je vois pas ! Je suis toute poignée ! ». Le bébé naît, vers 2h15. Il est mis sur Guylaine et le médecin enjoint au papa de couper le cordon ombilical. Les parents s'exclament, le placenta sort, pendant que l'infirmière pèse sur le ventre de Guylaine. Puis le médecin s'apprête à réparer une petite déchirure. L'accouchement est terminé. (rapobs 15a)

Ingrid : un accouchement long, sans problèmes

Contexte : assez occupé car 3 autres femmes sont en travail en même temps qu'Ingrid la veille de son accouchement, mais six chambres sont vides.

Durée de l'observation : 14 heures

Ingrid a 34 ans. Elle est accompagnée de son conjoint. C'est leur premier enfant. Son travail – le travail latent - démarre dans la nuit de dimanche, et le couple se rend à l'hôpital le mardi vers 10 heures le soir. Le col d'Ingrid est alors dilaté de 4 cm $\frac{1}{2}$ environ, et ses membranes sont intactes. Ses contractions sont douloureuses. Elle demande une péridurale et son médecin, un omnipraticien, la convainc de prendre un Nubain, pratique dont j'ai eu connaissance à d'autres occasions. Quand j'entre dans la chambre, Ingrid est assise sur le ballon de gymnastique, appuyée au pied du lit, et respire, pendant que son conjoint, derrière elle, la masse et la flatte. À chaque contraction, Ingrid appelle son conjoint, Jojo, qui vient la masser. Entre les contractions, elle somnole, fatiguée par deux jours de travail latent. Chaque demi-heure, l'infirmière écoute le cœur du bébé, et fait un examen vaginal. À 1h30, on parle de la possibilité de rompre les membranes. Appelé par téléphone, le médecin suggère un bain, ce qui parfois fait rompre naturellement les membranes. Deux heures

¹⁸¹ Ce 'p'tit quelque chose' est un relaxant musculaire puissant qui est couramment administré dans nos hôpitaux québécois. En 2001, une femme en travail dans un hôpital québécois est décédée dix minutes après avoir reçu l'injection de ce médicament (Le Devoir...)

plus tard, l'infirmière tente l'amniotomie, sans succès. Le médecin vient donc la faire, 15 minutes plus tard. Le liquide est teinté de méconium, un signe de stress possible, et le médecin souligne qu'il va falloir succionner le bébé à sa naissance. De 8 cm qu'elle était avant l'amniotomie, la dilatation du col a diminué à 6. Peu avant le changement de quart de travail, l'infirmière dit à Ingrid : « Je calcule que t'as de bonnes contractions efficaces depuis une heure. C'est de celles-là qu'on a besoin pour faire le restant du chemin ». Elle lui suggère de prendre différentes positions, et de marcher. Elle l'encourage à aller uriner. Ingrid dit qu'elle trouve difficile de supporter les contractions. On l'encourage. L'infirmière, avant de s'en aller, arrive avec l'infirmière du quart de jour et du Nubain : « On a un p'tit calmant pour elle et le médecin voudrait partir le synto en même temps pour être sûr qu'on va lui donner des contractions ». Puis l'infirmière de jour dit à Ingrid : « J'ai remarqué que tu as tendance à tendre tes jambes. Ça retient un peu le petit bébé ». En Entrevue, Ingrid soulignera qu'elle avait beaucoup de difficultés à se détendre (ce ne fut pas ma perception lors de l'observation). Puis elle parle de mettre du synto : « On n'a pas de régularité là-dedans et ça l'épuise. On va régler ça. » Ingrid s'inquiète : « Y a pas de danger à ça ? (au synto). Son conjoint répond : « Y a rien icitte qu'y donnent qui a du danger ». L'infirmière suggère à Ingrid de dire à son bébé que « la sortie, c'est par en bas. Essaie de visualiser que ce bébé-là, il descend ». Le conjoint remarque que la fréquence cardiaque diminue un peu : « C'est normal ? ». L'infirmière : « Oui, il se fait serrer la tête. Il va se replacer ». (ce pourrait être une conséquence du Nubain et/ou du synto mais elle ne le dit pas). Elle l'examine à nouveau : « t'es rendue à 8 » et la laisse pousser. Le cœur du bébé est dans les 100-110. L'infirmière demande par intercom qu'on en avertisse le médecin. Puis elle va diminuer la dose de synto. Elle dit au couple qu'elle a fait appeler le médecin « pour qu'il sache qu'il ya eu des décélérations ».. (rapobs26a)

Douze minutes plus tard, le médecin entre dans la chambre. Pas content :

Dr. – Tu m'as fait venir pour des petites décélérations ? (ton fâché)

Inf. – Le message était de te faire appeler

Dr. – Ah, dis-moi qu'elle est complète et qu'elle pousse ! » (ton exaspéré)

Inf. – ... moi, j'ai un 8 cm.

Dr. – C'est quoi le synto ?

Inf. – Il était à 12 parce que l'utérus relâchait pas bien.

Dr. – Un p'tit bain tourbillon, peut-être ?

Le médecin ressort. L'attitude de l'infirmière change, immédiatement. Elle s'adresse à Ingrid : « Tu te concentres pour passer de 8 à complète. Quand le médecin va revenir ici, c'est parce qu'on voit les cheveux. Je vais aller arranger le bain ».

L'attitude du conjoint change aussi. Alors qu'il avait été d'une patience et d'un soutien infinis, il donne pour la première fois l'impression d'être 'tanné' et un peu impatient. Il ouvre le robinet pour inciter Ingrid à uriner. Une fois l'infirmière revenue, il lui demande si de marcher ne serait pas préférable au bain. Elle ne répond pas, disant à Ingrid : « Je veux que tu sois complète au sortir du bain tourbillon. Mon shift finit à 3h30. Je veux pas mettre de pression ». Le couple sort de la chambre. Je le suis dans le corridor et j'entends gémir Ingrid et le conjoint lui répéter fortement, d'un ton quasi-fâché : « Envoye en bas bébé, envoye en bas ! ». Quelques minutes plus tard, pendant que le couple est dans le bain tourbillon, l'assistante-infirmière-chef entend une femme crier (on peut l'entendre dans tout le corridor) et demande à la ronde : qui est dans le bain tourbillon ? L'infirmière ira vérifier ce qui se passe. Au bout d'une demi-heure, le couple sort de la salle de bain, et le conjoint me dit en passant « elle me criait quasiment après », alors que je l'avais plutôt entendu ,lui, lui 'crier après'. Dans les minutes qui suivront, il manifestera encore des signes d'impatience, disant à un moment donné : « Je l'ai frottée en C.... depuis 9 heures hier soir que je la frotte ! ». Ingrid commencera à pousser environ une heure après, avant d'être complète, avec 'une petite bande de col' qui persiste et que l'infirmière essaiera de faire passer. La poussée aussi du synto. Le bébé – une fille – finit par naître et est placée sur le ventre d'Ingrid, et succionnée. Ingrid sanglote, bouleversée. Son conjoint lui dit « Chérie, c'est une belle petite fille ». Le bébé pleure. Le conjoint répète : « Chérie, c'est une fille ! Ingrid répète sans cesse « Elle est belle ! ». Elle et son

conjoint sont tout à leur bébé qui se trouve sur le ventre de celle-ci. L'infirmière les avertit qu'elle va succionner sa bouche, car elle a des sécrétions. Elle le fait. Puis elle leur dit qu'elle prend la température du bébé et « après ça, on va écouter son petit cœur, puis ensuite le peser et le mesurer » (rapobs26a).

Jasmine : un accouchement provoqué et stimulé, chez une femme désirant un accouchement naturel

Contexte : tranquille, car la moitié des chambres sont occupées.

Durée de l'observation : 7 heures, pendant le quart de travail de jour et lorsque l'infirmière était présente

Jasmine a été admise la veille, pour la pose d'un ballonnet qui dilate le col (déclenchement artificiel du travail). Elle a un diagnostic de diabète gestationnel¹⁸², et c'est généralement la pratique dans ce cas de provoquer le travail une fois la grossesse à terme (cela se fait même avant terme). Quand j'arrive dans la chambre, vers 8h30 le matin, le médecin – obstétricien-gynécologue - explique à Jasmine qu'elle va lui rompre les membranes, pour que le travail commence et que si cela ne produit pas cet effet, qu'elle aura du syntocinon (un médicament) pour le stimuler. Elle ajoute que son col est dilaté de 3 cm et effacé à 50 %. Une fois cela fait, on lui demande de rester couchée jusqu'à ce qu'elle soit examinée (pour vérifier si la tête est bien fixée au col et que le cordon ne fait pas de procidence). L'infirmière complète l'information, soulignant qu'« on va attendre une couple d'heures. D'habitude, on attend jusque vers 11 heures. Si on le met à 14 heures, on peut, mais tu vas accoucher dans la nuit. Vers 5h du matin, tu seras plus capable, tu auras pas dormi de la nuit. Si tout est ok, on peut attendre, c'est pas grave ». Elle sort en disant qu'elle va repasser dans une demi-heure et qu'ensuite, si tout est ok, elle pourra se lever. Avant qu'elle ne sorte, Jasmine lui dit vouloir que tout se déroule le plus naturellement possible.

Lorsqu'on revient dans la chambre, Jasmine dit avoir des contractions « plus fortes ». L'infirmière lui dit que le chiffre sur le moniteur « ça veut rien dire, c'est pour surveiller le cœur du bébé. On regarde où t'es rendue sur ta figure : bouffées de chaleur, rit un peu moins, veulent dire qu'elles sont meilleures et que c'est bon signe ». L'infirmière l'examine, soulignant que son « col est un peu retroussé » et l'autorisant à se lever. Elle lui suggère de stimuler ses mamelons et de marcher 15-20 minutes, « on regardera ça après ». Dehors, l'infirmière me dit qu'elle est à 4 cm, le col à 60 % effacé. Théoriquement, elle est donc en travail actif, celui-ci étant généralement défini comme une dilatation du col de 3-4 cm.

On retourne dans la chambre. L'infirmière entre sans frapper.. Jasmine, douchée et debout, dit que ses contractions sont plus fortes. L'infirmière écoute le cœur du bébé. Comme elle a de la difficulté à le trouver – cette femme est un peu corpulente, selon les propos que l'infirmière m'a tenus dans le corridor – elle lui demande de s'étendre et lui dit qu'on aura peut-être à lui mettre un moniteur interne, pour cette raison. Les parents demandent s'ils peuvent sortir du département. La permission est accordée, l'infirmière suggère encore de marcher et stimuler les mamelons, et dit qu'elle reviendra une demi-heure plus tard. Un peu avant 11 heures, nouvelle visite dans la chambre, écoute du cœur fœtal, annonce d'un retour dans la chambre dans 25 minutes pour un examen vaginal.

Autre visite dans la chambre. Jasmine est dans la salle de bain. Le conjoint dit que les contractions sont plus fortes. L'infirmière l'examine, quand elle sort, pendant une contraction. Jasmine pousse un gémissement, car l'examen est douloureux, et l'infirmière s'excuse. La dilatation est maintenant de 5 cm. Jasmine est contente et demande si le syntocinon sera nécessaire. L'infirmière répond qu'elle ne le sait pas, que cela dépendra de la force des contractions. Elle réécoute le cœur du bébé, puis prend la tension artérielle et la température de Jasmine. Elle demande au couple de noter la

¹⁸² Cette situation demande durant le travail que la surveillance du taux de glycémie de la parturiente. Par ailleurs, il s'agit d'un accouchement normal, c'est pourquoi j'ai retenu cette observation.

fréquence des contractions et leur durée. Elle souligne que tout est beau et qu' « il ne manque rien qu'un beau bébé », avant d'annoncer qu'elle va aller dîner et que telle infirmière la remplacera. Elle dit à Jasmine qu'elle pourra manger et quant au synton, « tant que ça évolue, on touche pas à ça; le col est maintenant central, le liquide est beau ». Tout a donc l'air de bien se dérouler. Je remarque cependant que l'infirmière ne se prononce pas sur la nécessité ou non d'administrer du syntocinon.

Quand on retourne dans la chambre, on nous annonce que les contractions sont aux 5 minutes. L'infirmière lui dit qu'elle l'examinera dans une heure et que « ça va nous dire si tes contractions sont efficaces ou non ». À moi elle dira que le bébé est encore assez haut et n'appuie pas beaucoup sur le col et que ce qui se produit souvent dans ces cas-là, c'est que cela « jamme à 6-7 cm et ça prend alors une p'tite *shot* de pitocin pour faire débloquer les choses ». Quand elle retourne (sans moi) dans la chambre pour donner un livre *Mieux vivre avec son enfant* au couple, elle me dit que Jasmine semble figée et qu'elle lui a donné quelques conseils pour faire bouger son bassin.

Puis, 15 minutes avant l'heure annoncée, l'infirmière retourne dans la chambre et fait un examen vaginal pendant une contraction. C'est douloureux et Jasmine n'avait pas très envie d'en avoir un alors. L'infirmière dit que « le col est retroussé d'un bord » et qu'elle va essayer de faire quelque chose pour changer cela (manipulation du col) et en même temps vérifier la pression des contractions. Jasmine demande si elle peut marcher. L'infirmière l'en décourage et enclenche alors la démarche vers l'administration de syntocinon : « À cette heure-ci c'est plus marcher; c'est-tu le médicament que t'aimes pas ou l'injection ? La dose est progressive, je l'augmente au besoin. Quand les contractions sont aux 3 minutes et d'une bonne durée, on garde cet ajustement. J'ai l'impression que tes contractions sont pas assez fortes; t'es pas encore en travail actif (note : ceci n'est techniquement pas exact, le travail étant actif à partir de 3-4 cm de dilatation) et tu risques de demeurer comme cela bien longtemps ». Jasmine réplique que les contractions étaient « superfortes » tantôt. L'infirmière lui suggère de changer de position. Elle lui refait un examen vaginal pendant une contraction en s'excusant : « ton col est à l'extérieur à 5 et à l'intérieur à 4. Pas beaucoup de pression. T'es pas en travail encore. Tu risques d'accoucher demain. Je vais aller chercher ce qu'il faut. Ça prend au moins une bonne demi-heure pour faire effet ». Je n'entends pas les parents acquiescer. Jasmine paraît déçue. L'infirmière lui suggère de 'penser positif' « ton bébé s'en vient, il faut le voir comme ça ».

L'infirmière revient dans la chambre, installe le synton, le moniteur. Elle ajuste la dose aux 15 minutes. Elle lui reparle du moniteur interne car le cœur fœtal est difficile à capter. Puis elle sort – l'heure de quitter approche, 15h30 – et fait son rapport à l'assistante-infirmière-chef : « col légèrement postérieur – est encore à -3, ne voulait pas de synton – je pense qu'elle a peur de l'effet, de l'injection, des peurs non fondées. Ses membranes ont été rupturées à 8h45, un beau liquide; je lui ai parlé de la possibilité d'un moniteur interne; elle a des contractions aux 5 minutes qui durent 40-45 secondes; elle n'est pas en travail ». L'infirmière me dit avant de s'en aller que sa journée a été 'tranquille', 'ordinaire'. (rapobs18).

Louise : un accouchement provoqué qui aboutit en césarienne

Contexte très occupé car quatre femmes sont en travail, et presque toutes les chambres sont occupées, dont huit avec des femmes ayant eu une césarienne.

Durée de l'observation : 9 heures 30

C'est le quatrième accouchement de Louise, une mère à plein temps dans la deuxième moitié de la trentaine et marraine d'allaitement. Elle a déjà eu un accouchement vaginal, et deux césariennes. Son accouchement est provoqué avant 41 semaines de grossesse, une intervention décidée par son obstétricien-gynécologue, de garde ce weekend, mais que Louise ne désirait pas vraiment, me dira-t-elle pendant l'observation et en entrevue :

« J'aurais aimé mieux ne pas être provoquée. Sur le coup, ça me tentait plus tellement d'y aller. Dans le fond, ce que je rêvais, c'était un accouchement... tu

es à la maison et ça part. Tout se fait naturel. J'espérais quasiment accoucher chez nous, pour être sûre que personne me pique et que c'est vraiment naturel. J'étais déjà une semaine en retard, m'a dit mon obstétricienne-gynécologue. Après la date, c'est sûr que ça va pas s'améliorer pour le bébé... mes attentes sont pas l'important. L'important, c'est que lui soit correct ». (rapent60-8,9)

Quand j'arrive, l'infirmière me présente aux parents et dit que Louise devrait avoir du synto bienôt. Louise grimace en entendant ces mots et me dit que ce n'est pas cela qu'elle voulait, mais qu'elle a l'impression qu'elle n'a pas le choix. Elle a choisi l'hôpital pour son approche, et particulièrement pour éviter d'être séparée de son bébé, comme ce fut le cas pour ses autres accouchements. Elle l'a aussi choisie parce que dans sa région, aucun spécialiste n'était disponible avant plusieurs mois. Louise est donc couchée, branchée à un soluté et au moniteur. L'infirmière remplaçante entre et dit qu'elle doit monter la dose de synto, puis le médecin arrive et propose de la réexaminer, pour voir si les deux feuillettes des membranes sont rompues (Louise a eu une rupture de membranes pour déclencher l'accouchement). Effectivement, une des deux membranes était encore là. Le médecin la rompt et la prévient que ses contractions vont être plus fortes. Quelques minutes plus tard, alors que je suis seule avec le couple, je vois sur le moniteur le rythme cardiaque du bébé qui baisse à 70 par minute. Je me lève et prétexte d'aller manger pour aller avertir de la situation*. Quand je reviens dans la chambre, peu après, le médecin est là, l'infirmière aussi, Louise est étendue sur le côté droit, et tous regardent le moniteur. On a fermé le synto. Finalement, elle aura une césarienne plusieurs heures après, dans la soirée, alors que son col est dilaté de 5 cm, car le cœur du bébé décélérera à plusieurs reprises. J'assisterai à la césarienne, faite sous péridurale. (rapobs25)

** Normalement un chercheur faisant le type d'observation que je faisais n'intervient pas relativement à ce qui se passe lorsqu'il observe; mais j'ai jugé que la baisse marquée du rythme cardiaque du bébé pouvait présenter un risque pour ce dernier, et comme il n'y avait ni infirmière ni médecin dans la chambre et que les parents ne réalisaient pas ce qui se passait, j'ai cru bon d'aller avertir de la situation. Un des effets secondaires possibles de l'amniotomie et du syntocinon est une décélération du rythme cardiaque du bébé, ce que confirmeront les deux infirmières (« la rupture des membranes déclenche un relâchement d'ocytocine », p.5 et « le bébé n'avait pas aimé ça nos p'tites hormones » p.14) ainsi que le médecin de Louise dans la chambre :(le bébé) aime mieux ça aux 5 minutes (c'est-à-dire sans synto) » (p.6).*

Manon : les effets possibles de la péridurale, une 3^e césarienne

Manon est une jeune femme de 28 ans, déjà mère de 5 enfants. C'est la 3^e fois qu'elle accouche à cet hôpital, un choix délibéré après deux premières expériences difficiles ailleurs, deux césariennes. Fait rare, il y aura pendant son accouchement une stagiaire, finissante de médecine. Manon est arrivée la veille, son col était un peu dilaté mais il n'y avait pas de contractions. Comme le contexte était tranquille et qu'elle le désirait, on l'a gardée pour la nuit et elle est entrée en travail actif vers la fin de l'après-midi. Contrairement à Béatrice, elle n'avait pas perdu ses eaux, alors on a laissé le travail s'enclencher et progresser de lui-même. Manon a décidé d'avoir une péridurale. À son dernier accouchement, elle n'avait pu en avoir, et l'expérience de mettre au monde un autre gros bébé (elle accouche de bébés de 9-10 livres) sans péridurale l'avait quelque peu traumatisée, me dira-t-elle pendant l'observation. Pendant cette partie du travail, le conjoint lit un livre.

Peu après 9 heures le soir, Martine demande à l'infirmière une péridurale, après une heure de contractions douloureuses. On lui en administre une vers 10 heures, et après, la conversation entre les intervenant-e-s et le couple porte sur des sujets divers. La dilatation du col se poursuit, on évalue que la tête du bébé est bien placée, (le médecin ajoute même « Quelques contractions et cela devrait aller rapidement » (rapobs12-14) et elle rompt ses membranes. Le col dilate vite. Entre 11h30 et minuit, le travail commence cependant à ralentir et il semble que le bébé soit maintenant en postérieur. L'infirmière lui dit le visage soucieux : « Elles sont moins fortes que tantôt tes contractions. Une petite *shot* de quelque chose ? Elles sont plus espacées et surtout moins fortes .

Là, il se passe plus grand'chose. Je vais voir le médecin » (p.18) . L'infirmière revient ensuite et lui administre du synto, précisant «ça en prendra pas nécessairement beaucoup... ça sort par petites gouttes, des fois on en met à peine » (p.19). Manon lui dit, parlant de la contraction : « Oui, mais elle dure », ce à quoi l'infirmière réplique : « Oui, mais avant, ton ventre devenait dur, dur » (p.19). Après quelques minutes, on constate un retour des 'bonnes' contractions, qui sont maintenant aux deux minutes.

Peu de temps après, c'est le début officiel de la poussée. On installe Manon près du bord du lit, avec des oreillers dans le dos. Et on commence à la diriger dans la poussée. Avant celle-ci, qui durera un peu plus de 2 heures, il y a beaucoup de va-et-vient dans la chambre. Le médecin, la stagiaire, l'infirmière, sortent et rentrent à de nombreuses reprises. Cela continue pendant la poussée. On fait beaucoup d'exams vaginaux, à tour de rôle et parfois, à 10 minutes l'un de l'autre. Finalement, le bébé ne descend plus et l'obstétricienne-gynécologue fait une tentative de ventouse. Cela échoue. Martine demande si elle aura une césarienne. Le médecin s'informe si elle serait « prête à continuer un petit peu » (p.31). Martine pousse pendant quelques contractions et semble découragée. Rien ne bouge. Le médecin finit par lui dire « T'as bien essayé; bravo pour ton effort, c'est bien » (p.33) puis on prépare Martine pour la césarienne. Celle-ci recommence à sentir la douleur des contractions (mais est toujours sous péridurale). On lui fait boire un médicament pour combattre les nausées (une routine avant une césarienne), et je la vois partir sur une civière, l'air défait, dans le corridor. Elle vomit à répétition pendant qu'on l'emmène. (rapobs12).

Mélanie : « Je ne voulais pas souffrir le martyr »

Contexte assez occupé : trois autres femmes sont en travail, et la moitié des chambres sont occupées.

Durée de l'observation : 3 heures

Mélanie est une professionnelle de la santé, âgée de 30 ans. C'est son premier bébé. Elle a suivi les cours prénataux de son CLSC. Ses contractions ont commencé à 5 heures du matin, et le couple est arrivé au milieu de l'après-midi. Mélanie est accompagnée de sa mère et de son conjoint. Quand j'arrive au département, l'infirmière me dit que la participante est dans le bain, après avoir eu un Nubain. (Mélanie me dira en entrevue qu'elle voulait une péridurale, mais a accepté d'abord un Nubain, ce qu'elle dit regretter). Le conjoint me dit que le médecin a crevé les eaux vers 17h30, ce qui a intensifié les contractions.

Quand j'arrive dans la chambre, quelques minutes plus tard, Mélanie est en train de recevoir une péridurale. Elle est à 5 cm de dilatation, branchée à un soluté et au moniteur. Elle dit que la situation est maintenant 'plate pour vous autres', ce à quoi son conjoint répond que 'Non, c'est encore plus le fun'. L'infirmière éteint le néon (à la tête du lit). Mélanie demande combien de temps elle peut dormir : 'Jusqu'à temps que tu pousses', lui répond l'infirmière, puis elle sort. D'une voix pâteuse, Mélanie dit que ce n'est pas mieux que c'était (elle sent encore les douleurs). C'est tranquille. Mélanie dit qu'elle a froid. Elle tremble. Son conjoint la recouvre. L'infirmière, revenue, dit que si ses contractions ne sont pas assez fréquentes, on lui donnera quelque chose (synto) car « faut en profiter pendant que t'es soulagée ». Elle lui fait un examen vaginal. La dilatation n'a pas progressé. L'infirmière augmente la dose de la péridurale, et puis de synto. Mélanie lui demande (l'infirmière s'apprête à partir) quand elle va revenir : 'Dans à peu près 10 minutes'. S'il y a quelque chose, vous m'appellez'.

Le conjoint – parti chercher les bagages – revient. La mère de Mélanie sort. L'infirmière revient, puis le médecin entre. L'infirmière lui explique ce qui se passe. Il examine Mélanie : 8 cm de dilatation. Mélanie tente de convaincre sa mère que ses contractions sont plus douloureuses. Le conjoint se plaint de ne pouvoir rien faire. L'infirmière lui répond qu'il ne faut que l'encourager, puis elle ressort. Je prends une pause de quelques minutes et lorsque je reviens, le conjoint et la mère grignotent et jasant. Mélanie est toujours couchée, sous des couvertures. La mère regarde le

moniteur. L'infirmière, revenue, l'examine et lui dit qu'elle va essayer de faire disparaître la petite bande de col qui reste d'un côté. Mélanie commence à sentir la poussée, mais veut dormir : 'Je peux-tu dormir une petite demi-heure ? J'en ai, ça pousse. Sors-moi donc ça de là, je suis fatiguée. On dirait que je suis en état d'ébriété. Vous m'enlèverez pas mon bébé, hein ?' Mélanie s'inquiète de savoir où est le médecin. 'Au poste, fais-toi-z-en pas, il se sauvera pas', lui répond l'infirmière. Le médecin entre, changé. Il s'assoit sur le lit, s'appêtant à faire un examen. « Sur le dos », commande-t-il. Puis, se reprenant : « Tourne-toi, une petite seconde que je regarde ça ». Puis il lui dit qu'elle peut pousser. Pendant la poussée, il fait une drôle de remarque à haute voix, soit qu'il 'ventile tous les bébés, ces temps-ci'.

Médecin et infirmière aident Mélanie à sentir comment pousser. Elle dit « ,Ca m'a pas aidée ben ben de me faire geler », ce que nient les intervenant-e-s. Au bout de quelques minutes, elle s'impatiente, car le bébé n'est pas encore là. Elle demande au médecin de 'sortir ses doigts de là'. Une autre infirmière arrive, peu après. On enjoint à Mélanie de se fâcher pour que le bébé sorte. Le bébé naît, avec 2 tours de cordon que le médecin défait. Il met le bébé sur le ventre de sa mère, et clampé le cordon aussitôt. La mère de l'accouchée pleure. Les parents s'extasient. Le médecin prend un échantillon du sang du cordon. Puis il tire sur le placenta par le cordon. Il constate qu'elle a déchiré un peu. La mère félicite sa fille : « Tu as bien fait ça ! ». (rapobs22).

Trois heures se seront écoulées entre l'administration de la péridurale (à 5 cm de dilatation) et la naissance du bébé. Mélanie aura été en travail de latence 12 heures, et en travail actif 3-4 heures. En entrevue, M. me dira « J'avais décidé de ne pas souffrir le martyr ». Elle voulait la péridurale, mais l'infirmière lui a proposé 'en attendant', le Nubain. Elle souligne en entrevue qu'elle aurait peut-être dû « tenir son bout » et insister pour la péridurale (rapent 58).

En entrevue, son infirmière illustrera cette préoccupation parfois extrême de répondre aux demandes des femmes en ce qui concerne le soulagement de la douleur en précisant qu'il lui arrive d'accepter d'administrer du Nubain même lorsque la naissance du bébé est proche (une contre-indication car cela a pour effet de 'déprimer' la respiration du bébé à la naissance); elle précise que dans ce cas, elle prépare les médicaments en conséquence 'au cas où' (rapent 42).

Sarah : un accouchement rapide, une femme qui sait ce qu'elle veut

Contexte assez occupé : une autre femme est en travail, et presque toutes les chambres sont occupées.

Durée de l'observation (et de la poussée et naissance du bébé) : 50 minutes.

Sarah travaille dans un bureau; elle est âgée de près de 40 ans. C'est son 2^e enfant. Elle est accompagnée de son conjoint. Son médecin est un médecin de famille. Sarah arrive à l'hôpital en travail avancé, par choix me dira-t-elle en entrevue, car elle voulait être sûre que son conjoint, son fils et ses parents puissent être présents. Elle a été en travail actif pendant quelques heures chez elle. Elle ne veut pas prendre de médicament, mais ne veut pas que l'accouchement traîne non plus, donc elle demande qu'on rompe les membranes pendant le travail. Tout avance rapidement. Comme elle n'a pas de médicament, Sarah n'a ni soluté, ni moniteur. Quand j'arrive dans la chambre, elle est semi-couchée, entourée de son conjoint, de sa mère, de deux infirmières et du médecin omnipraticien, assise au pied du lit. Sarah s'appête à pousser.

Une infirmière est à côté d'elle, l'autre prend des notes au dossier. (Il y a toujours une 2^e infirmière présente lorsque la naissance est imminente, à moins que l'achalandage ne soit très élevé au département). On 'attend' les contractions de poussée. La participante s'excuse de faire attendre. Une infirmière suggère qu'elle se mette sur le côté gauche (cette position est connue pour accélérer les choses). « Atmosphère d'attente. Silence. Quelqu'un brise le silence : 'Ça fait qu'on s'en va tous !'. Sarah répond : 'ok, je vous lâcherai un ouak !' (rires). L'infirmière lui masse la cheville, censément au point d'acupression qui se trouverait là (on constate à ce CH une ouverture aux

approches alternatives de stimulation du travail). Deux secondes passent. Sarah : 'En v'là une !'. Le personnel la dirige « On pousse fort, longtemps, longtemps, encore, jusque dans les fesses ». Le médecin montre le point d'acupression et dit 'Les madames qui sont induites, elles se promènent dans le corridor; elles sont toutes rouges à cet endroit'. Sarah demande si elle devrait retourner sur le côté gauche (c'est censé accélérer les contractions). L'infirmière 'Ce serait une bien bonne idée'. C'est le branle-bas de combat pour l'aider à changer de position mais une contraction arrive; elle reste donc couchée : ... « Super ! pousse-le fort, fort, fort (du médecin ou de l'infirmière)... Le médecin : 'Quand t'en as une, Sarah, tu lèves la jambe droite et tu viens la chercher'. .. La poussée ne dure pas longtemps. En quelques contractions, le bébé naît.

Sarah crie un peu lors de la sortie du bébé. Celui-ci est déposé sur son ventre. La mère de l'accouchée sort de la chambre pour aller chercher son mari et leur petit-fils restés à côté de la porte dans le corridor et qui étaient, me dira Sarah, un peu inquiets des cris entendus. On dirige le papa qui coupe le cordon, on essuie le bébé et on lui met un chapeau. Le papa essaie de téléphoner, en s'essuyant les yeux. Sarah dit 'J'ai hâte de voir comment il pèse, ce bébé-là'. L'infirmière : 'Veux-tu que je le pèse tout de suite ?'. Puis l'infirmière en profite pour le mesurer, et le mettre sur le plateau de la table chauffante. Le médecin vient l'y examiner. Pendant ce temps, la stagiaire (médecin) s'apprête à recoudre une déchirure d'un centimètre. Elle dit que ça va piquer un peu. Quelqu'un (Sarah ?) réplique que ce n'est rien, à côté de l'accouchement. Le médecin annonce qu'elle s'en va. Sans le dire, l'infirmière met des gouttes dans les yeux du bébé puis dit qu'elle va lui donner son injection de vitamine K. Enfin, l'infirmière s'apprête à donner le bébé au papa, une fois que la stagiaire est venue le voir. Je salue les parents et quitte la chambre (rapobs13).

Simone : un travail long, un conjoint bien présent, une femme épuisée, et une ventouse pour aider

Simone a 40 ans. Elle et son conjoint ont engagé une accompagnante, pour la naissance de ce bébé. Ils sont venus de loin pour accoucher à cet hôpital. Les membranes de Simone se sont rompues tôt le matin, et ils sont aussitôt partis pour l'hôpital, anxieux d'arriver à temps malgré l'heure de pointe. Lorsqu'ils arrivent, le personnel est très occupé - cette semaine s'avérera une des plus occupées de l'année, selon une infirmière. Simone commence par prendre un bain tourbillon, puis, lorsqu'elle et son conjoint se dirigent vers leur chambre, je les suis et les salue. Simone, très détendue, me dit « Je suis pas là », voulant dire qu'elle est très absorbée par le travail. Puis elle pleure, elle est découragée. L'infirmière lui fait un examen vaginal, ce qui lui fait mal, et elle s'excuse. Tous s'occupent de Simone. On lui offre à boire, on améliore son confort, on lui fait des massages, des compresses d'eau fraîche. L'infirmière s'absente régulièrement. Vers 11h30, elle revient avec le dossier, et annonce qu'elle veut écouter le cœur du bébé avant de s'absenter pour le dîner. Une fois cela fait, Simone retourne dans le bain tourbillon.

De retour dans la chambre, Simone prend les contractions debout près du lit. Puis elle se couche. L'infirmière revient de son dîner, prend le capteur du moniteur et s'apprête à écouter le cœur du bébé. Simone réagit : « Touchez-moi pas ! » (p.10), probablement parce que celle-ci lui avait déjà fait mal en l'examinant, comme elle me le dira en entrevue. L'infirmière ne l'écoute pas et procède. L'infirmière lui demande ensuite si elle veut que l'on regarde son col. Simone ne répond pas. Elle parle à son bébé, l'implorant de s'en venir. L'infirmière lui dit : « On regarde ton col, Simone ». Celle-ci semble craintive et dit qu'une contraction s'en vient. L'infirmière attend, puis Simone lui dit de faire l'examen. La dilatation n'a pas changé depuis le dernier examen : 5 cm et demi. Elle dit : « Je ne sais pas si je vais être capable » (p.11). Les contractions se succèdent rapidement, et le conjoint de Simone et l'accompagnante l'aident. Isabelle, l'accompagnante, l'encourage : « L'infirmière me disait que le bébé était encore descendu. Faut pas juste voir la dilatation du col » (p.12). Simone continue de prendre ses contractions, à genoux sur un coussin près du lit. Entre les contractions, elle mange. L'accompagnante me dit qu'elle va recevoir du Nubain (une suggestion de l'accompagnante, me dira Simone en entrevue). L'infirmière, après avoir appelé le médecin, lui

injecte du Nubain. Il est maintenant deux heures. Simone dort entre les contractions. Celles-ci s'espacent, aux 7 minutes, et le cœur du bébé descend de 10-20 battements.

Vers 4 heures, une nouvelle infirmière entre. Elle s'approche, puis écrit au dossier, et regarde le tracé. Elle ferme le moniteur : « C'est assez, hein ? Je vais t'examiner pour voir où t'en es. Et ça fait longtemps que t'as fait pipi. Ça peut ralentir les contractions et faire monter le bébé » (p.17). Elle s'étonne de la quantité de sang que perd Simone : « Oh, la-la, c'était comme ça avant ? (Suzanne a le teint clair et les cheveux pâles; souvent ces femmes saignent plus). Elle lui dit qu'elle est rendue à 7-8 cm, mais que son bébé demeure haut. Elle lui suggère d'aller à la toilette puis de se promener, en stimulant ses mamelons pour accélérer les contractions. L'accompagnante parle du toucher délicat de cette infirmière : « Des doigts de fée... c'est extraordinaire ». (p.17). Simone se sent plus reposée, elle est contente. Elle sent une pression sur le rectum. L'infirmière la réexamine et constate que le bébé a descendu. Elle prédit qu'il devrait naître vers 19 heures. Elle suggère à Simone de se balancer d'avant en arrière, pour que « ça travaille plus » (p.19). On continue à l'aider pendant les contractions. Puis c'est la poussée, que l'on dirige. L'une après l'autre, l'infirmière et l'accompagnante la guident. Pendant quelques minutes, l'infirmière s'assoit pour lire le plan de naissance du couple.

Le médecin arrive, évalue la situation, et suggère le syntocinon, disant « J'ai peur que tu t'épuises » (les contractions de Simone ont commencé à 2 heures du matin, donc elle n'a pas beaucoup dormi la nuit précédente). Le médecin reste un certain temps dans la chambre, guidant la poussée, puis sort et revient, peu de temps après. Tous continuent à aider Simone, qui pousse vaillamment, faisant de temps en temps une farce selon la situation. Puis l'infirmière souligne que « cela se peut que Noémie doive t'aider en bas » (p.37), c'est-à-dire que le médecin applique une ventouse. Elle souligne que c'est difficile de sortir un bébé en postérieur, comme l'est celui de Simone. Finalement, on pose une ventouse. Le bébé naît après 3 heures de poussée (rapobs17).

Stéphanie : une poussée difficile, qui se termine par une ventouse

Contexte : assez occupé; presque toutes les chambres sont occupées, et à la fin de l'accouchement, deux autres femmes sont en travail.

Durée de l'observation : 4 heures

Stéphanie a 32 ans. Elle est étudiante, de 3^e cycle universitaire. C'est son premier bébé. Elle et son conjoint ont engagé une accompagnante pour les aider pendant l'accouchement. Le travail progresse rapidement : à son arrivée à l'hôpital, à 7 heures, elle est à 3 cm, et une heure et demie après, elle est presque 'complète'. Je la vois d'abord dans le bain tourbillon, avec son conjoint et l'accompagnante. Puis ils retournent dans la chambre. Elle est assez souffrante. Peu de temps après, elle a envie de pousser. L'infirmière s'aperçoit, lors d'un examen vaginal, qu'il reste une petite bande de col. Une deuxième infirmière, qui vient arriver, dit à la première ce qu'elle peut faire : « ce que tu peux faire des fois – pas toujours – c'est de tenir la bande du col ». Elle ajoute qu'un changement de position « juste une contraction ou deux, ça peut aider ». (rapobs14-5,6). Le médecin arrive, essoufflé. C'est une omnipratricienne. Elle salue Stéphanie et se met devant elle, commençant à l'encourager. Elle met un gant et lui dit « on va voir si on peut y aller pour vrai, là », se mettant à genoux sur le lit et lui demandant de se tourner; elle s'excuse car ses doigts sont froids (elle arrive de dehors). Elle lui dit qu'elle est complète, et que la moitié de la tête du bébé a déjà franchi le col. La première infirmière, voyant la seconde s'en aller, lui demande si elle peut la sonner au besoin. Elle a moins d'expérience que la seconde.

Pendant deux heures et demie, on encourage Stéphanie à pousser. Tous se mettent de la partie, le conjoint, l'infirmière, l'accompagnante, le médecin. Stéphanie trouve difficile de pousser, et a peu confiance qu'elle y arrive. On l'enjoint de « garder son air » et de pousser le plus longtemps possible. On lui fait des suggestions. Le médecin l'examine de temps en temps : « À ta prochaine poussée, je vais t'examiner pour voir que la tête du bébé descend bien, pour voir si tu pousses bien. T'as l'air de bien pousser » (rapent14-9). Stéphanie est soit couchée, soit sur le côté. Un moment

donné, elle répète pendant quelques minutes – à au moins 5 reprises - qu'elle n'est pas bien couchée, qu'elle a mal au ventre. Personne ne réagit. Stéphanie revient à la charge : « Vous êtes sûrs que c'est une bonne position ? » - « Oui, c'est correct », répond l'accompagnante. Finalement le médecin lui dit « Il n'y a pas de position confortable, à la fin. Ça va faire mal, ça va tirer tes os, tes muscles, ça va chauffer. Rendue là, t'es plus confortable. Comme ça, physiquement, ton bassin est ouvert » (rapent14-11). On continue de la diriger dans la poussée. Puis le médecin lui dit que son bébé manifeste des signes de fatigue. On donne de l'oxygène à Stéphanie. Le médecin dit qu'elle va peut-être avoir à utiliser la ventouse. L'accompagnante demande à sa cliente si ça lui tenterait de pousser accroupie. L'omnipraticienne fait appeler l'obstétricien-gynécologue de garde. On aide Stéphanie à se mettre sur le banc d'accouchement, apporté par l'accompagnante. Le médecin dit que le cœur du bébé prend du temps à remonter. Elle stimule la tête du bébé car « des fois, ça le réveille » (p.19). Après avoir parlé au spécialiste de garde, elle dit au couple que ce dernier sera là dans une quinzaine de minutes. L'accompagnante et le médecin encouragent Stéphanie à pousser. On lui fait boire du Gatorade. Stéphanie a l'air fatiguée. À quelques reprises, elle dit qu'elle n'est plus capable. Le médecin explique pourquoi la ventouse serait utile : « Ça fait 2 heures que tu pousses. Le bébé a l'air d'avoir une bonne tête. Mais il n'a pas vraiment fait beaucoup de chemin. Présentement il recommence à montrer des signes de fatigue. T'es fatiguée. T'es pas une superwoman. On va laisser quelques contractions et peut-être qu'on va y aller avec la ventouse » (p.24). La seconde infirmière, revenue, demande : « Je peux-tu donner une suggestion ? Une autre possibilité ? » (p.24). Le médecin ne répond pas. Puis, après quelques contractions, elle dit qu'elle va faire appeler le consultant. Le cœur du bébé a des décélérations. Le consultant arrive, mais ne s'adresse d'abord pas à Stéphanie : « Ça fait 2h et demie. Elle a peut-être besoin d'aide. C'est la patiente à Noémie ? Ils ont-tu dit qu'il était gros ? » (p.27). Quelqu'un répond : « À l'échographie, oui ». Puis il essaie, sans prévenir Stéphanie avant, d'introduire la ventouse, sans succès la première fois. Puis il réussit, et parle à Stéphanie, en réponse à sa question. En une contraction, la tête du bébé sort. Stéphanie pousse une dernière fois, l'infirmière succionne le bébé, qui est sur le ventre de sa mère. L'accompagnante rappelle que « le papa voulait accueillir le bébé » (p.28). (rapobs14).

ANNEXE IX

L'IDENTIFICATION D' EXTRAITS DE DONNÉES

Les extraits des rapports d'observation ou des transcriptions d'entrevue seront identifiés ainsi dans cette thèse :

. la première lettre pour la technique de collecte de données :

o = observation e = entrevue

. la seconde lettre (observation) pour indiquer s'il s'agit d'une observation d'accouchement ou une observation générale : a ou g

. la seconde lettre pour identifier de quel acteur il s'agit (entrevue) :

m = médecin i = infirmière
a = accompagnante f = femme en travail ou ayant accouché

. le chiffre qui suit identifie le numéro du rapport (ex : 35)

. les autres chiffres le numéro des lignes de l'extrait (ex : 751 à 754)

Exemples :

oa17 : 350 à 360 = observation d'accouchement no 17, lignes 350 à 360 du rapport

ei35 : 273 = entrevue avec une infirmière, entrevue no 35, ligne 273 de la transcription