

Université de Montréal

**Le dispositif institutionnel et la relation thérapeutique en salle
d'accouchement: entre le risque, le savoir hégémonique et les
rapports de pouvoir**

par

Marie-Josée Fréchette

Département d'anthropologie

Faculté des Arts et Sciences

Mémoire présenté à la Faculté des Arts et Sciences
en vue de l'obtention du grade de maîtrise scientifique
en anthropologie

avril 2015

© Marie-Josée Fréchette, 2015

Résumé

Ce mémoire vise à établir la complexité de la relation thérapeutique entre l'infirmière et le couple en salle d'accouchement. Sachant que la relation thérapeutique est essentielle à la réussite du processus de soins, sa conceptualisation demeure primordiale pour une meilleure compréhension de son impact et pour mener à bien les soins. Cette recherche ethnographique a voulu documenter les relations des infirmières avec des couples en salle d'accouchement dans un hôpital de l'île de Montréal. Ce mémoire aborde un thème central de l'anthropologie : les relations humaines. La question clef de ce mémoire questionne les facteurs qui entravent et qui favorisent la relation thérapeutique entre l'infirmière et le couple en salle d'accouchement. Cette recherche démontre des lacunes théoriques qui technicisent la relation thérapeutique et indique que la notion du risque, les normes institutionnelles, l'hégémonie du savoir obstétrical et le pouvoir médical sont des facteurs qui semblent avoir une grande influence dans la relation thérapeutique.

Mots-clés : anthropologie, relation thérapeutique, infirmière, normes, rapports de pouvoir, risque, savoir, accouchement.

Abstract

This thesis aims to establish the complexity of the therapeutic relationship between a nurse and a couple in the delivery room. Knowing that the therapeutic relationship is essential to the success of the care process, its conceptualization remains paramount for a better understanding of its impact and to provide the best care. This ethnographic approach sought to document the relationships of nurses with couples in the delivery of a hospital in Montreal. This thesis addresses a central theme in Anthropology: human relationships. The key question seeks to understand the factors that hinder and promote the therapeutic relationship between the nurse and the couple in the delivery room. This research demonstrates the theoretical shortcomings technicizing the therapeutic relationship and shows that the concept of risk, institutional norms, the hegemony of obstetrical knowledge and medical power are factors that seem to have a significant influence in the therapeutic relationship.

Key words: anthropology, therapeutic relationship, nursing, norms, power, risk, knowledge, delivery.

Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	ii
Table des matières.....	iii
Remerciements	iv
Introduction	1
Chapitre I : Recension des écrits	4
1.1. La pertinence de la relation thérapeutique.....	4
1.2. Qu'est-ce que la relation thérapeutique?	6
1.2.1. Une relation à trois	10
1.2.2. Le temps d'une relation en salle d'accouchement.....	11
1.2.3. La relation thérapeutique : un reflet de la société ou un abus des règles sociales?.....	13
1.3. Généalogie de l'hospitalisation de la périnatalité au Québec.....	16
1.4. La Normalité	20
1.4.1. Majoritaire/minoritaire.....	21
1.4.2. L'accouchement normal	22
1.4.2.1. Pays-Bas: Une normalité naturelle	22
1.4.2.2. Québec: l'instrumentalisation de la normalité	23
1.4.3. Le pouvoir des normes dans la relation thérapeutique.....	25
1.4.1. Majoritaire/minoritaire.....	21
1.5. Savoir/Pouvoir	28
1.5.1. Pouvoir sur les corps	30
1.6. L'omniprésence du risque	32
1.7. Techniques et technologies.....	34
Conclusion.....	37
Chapitre II : Cadre méthodologique	40
2.1. Anthropologie chez soi.....	40
2.2. Objectifs de recherche	42

2.3. Méthodologie et outils de recherche.....	43
2.3.1. Déroulement du terrain de recherche.....	44
2.3.1.1 Recrutement	44
2.3.1.2. Entretiens semi-dirigés avec les infirmières	45
2.3.1.3. Observation participante	45
2.3.1.4. Recrutement des couples	46
2.3.2. Aspects éthiques	47
2.3.3. Limites du terrain.....	47
2.4. Méthodes d'analyse	49
2.4.1. Réduction des données	49
2.5. Contexte démographique.....	49
2.6. Ethnographie de la salle d'accouchement	50
2.6.1. Les quarts de travail	51
2.6.2. Déroulement des journées	52
Chapitre III : L'omniprésence du risque	55
3.1. L'infirmière et le risque	55
3.1.1. Le risque structuré et les outils de travail.....	56
3.1.2. Discours de <i>B</i>	60
3.2. Techniques et technologies.....	62
3.3. Sécurité et confiance	66
Chapitre IV : Les normes comme guide de soins	73
4.1. Normal selon qui? : L'accouchement normal selon les infirmières	73
4.2. Une organisation bien implantée : les normes de l'hôpital.....	78
4.2.1. Normes temporelles : étapes du travail et de l'accouchement	83
Chapitre V : Le Savoir c'est le Pouvoir	89
5.1. Le pouvoir du Savoir	89
5.2. Le pouvoir autoritaire du médecin	93
5.2.1. Le médecin et la banale césarienne	94
5.2.2. Le médecin et l'épisiotomie de routine	96
5.2.3. Les médecins et le viol de l'intimité	98
5.3. Et la voix des infirmières?	102
5.3.1. L'agentivité et l'abus de pouvoir du médecin	103

Conclusion.....	106
Bibliographie	112
Annexe 1	vii
Annexe 2	viii
Annexe 3	x

Remerciements

D'abord, je tiens à remercier les infirmières qui ont participé au projet, car sans votre confiance, ce mémoire n'aurait pu naître et grandir. Je ne remercierai jamais assez ma directrice Sylvie Fortin pour son ÉNORME patience et compréhension autant envers mon travail que de mon parcours de vie qui a été très mouvementé ces dernières années. Plus personnellement, sans le soutien moral et les encouragements de mes amiEs, je serais probablement en petite boule dans le coin d'une pièce. Je tiens à mentionner un merci spécial à mon amie Véro, ma correctrice-surperbe-maman! Bien sûr, mes parents pour m'appuyer dans tous mes projets et tout simplement pour ce qu'ils sont. Une gratitude immense pour mon amoureux qui m'a accompagné dans les montagnes russes d'émotions. Finalement, je tiens à embrasser mon garçon pour être la source d'inspiration d'une vie!

Introduction

La complexité des relations chez l'humain alimente de nombreuses sciences comme l'anthropologie, la sociologie, la psychologie, les soins infirmiers, pour ne citer que celles-ci, qui s'avèrent à la recherche de sa conceptualisation théorique. Les facteurs multidimensionnels des relations humaines tels que l'organisation sociale, culturelle, politique et le facteur historique rendent complexe sa conceptualisation. Une complexité qui est transposable dans les relations humaines en milieu de soins. Le centre hospitalier comme fenêtre sur la société comporte également des relations humaines complexes. En effet, la rencontre soignant-soigné est teintée de valeurs et de normes constamment négociées (Fortin & Le Gall, 2011). Fortin et Le Gall (2011) définissent la clinique ou le milieu hospitalier comme l'« institution phare de la société » (p.19), indiquant ainsi l'implication symbolique des soins ancrés dans une dynamique beaucoup plus complexe que la simple relation thérapeutique analysée au premier degré.

Dans un souci d'acquérir plus de connaissances sur ma propre profession, j'ai voulu, en tant qu'infirmière en salle d'accouchement, étudier de façon plus pointue les facteurs qui influencent la relation thérapeutique entre les infirmières et les couples dans la salle d'accouchement. Nous savons tous que la naissance d'un enfant est un rituel intense autant en émotion qu'en douleur. La place médiatique de la naissance prend de l'expansion au Québec surtout depuis les années 1990, et ce suite au retour de nombreux débats entourant les sage-femmes. En effet, encore aujourd'hui, plusieurs articles louangeant les bienfaits d'un suivi physiologique des sage-femmes se retrouvent dans nos journaux quotidiens. Ils étaient ainsi une philosophie de l'accouchement plus humaniste et à l'écoute des désirs et des besoins, non seulement de la parturiente, mais également de son système familial (La Presse, 2014; Ordre des Sage-Femmes du Québec). Sensible aux nombreuses critiques visant l'approche interventionniste des centres hospitaliers sur les naissances, j'étais curieuse d'analyser la

complexité des relations de soins entre les infirmières et les couples en salle d'accouchement. Comment cette relation est-elle influencée? Afin d'aller au-delà des concepts techniques tels que l'empathie ou l'écoute active, souvent utilisés dans la conceptualisation des relations thérapeutiques, j'ai voulu comprendre la ou les sources de ces relations. Qu'est-ce qui influence, par exemple, l'empathie et l'écoute des infirmières envers les couples? Quels sont les facteurs clefs d'influence de la relation thérapeutique en salle d'accouchement?

Pour répondre à cette question, j'ai tenté, dans un premier chapitre, d'expliquer la pertinence de l'étude de la relation thérapeutique. Pourquoi tenter de décortiquer la relation thérapeutique? Est-elle si importante pour ce monde médical? Est-elle pertinente pour la réussite du traitement, voire ici d'un accouchement?

Le premier chapitre rassemble les aspects ressortant de la littérature à travers les angles de la psychologie, des soins infirmiers et de l'anthropologie sur la relation thérapeutique. Je présenterai l'état des connaissances sur les facteurs construisant la relation de soins et les limites de certaines théories individualisantes. Les concepts plus instrumentaux tels que le temps et la relation à plus de deux individus mettront en contexte quelques facteurs secondaires influençant la relation thérapeutique. Ensuite, une brève généalogie de l'hospitalisation des naissances contribuera à mettre en lumière des concepts plus macrosociaux de la relation thérapeutique en salle d'accouchement. Les concepts de Michel Foucault, Pierre Bourdieu, Ulrich Beck et Robie Davis-Floyd, pour ne citer que ceux-ci, guideront l'analyse de la relation thérapeutique à travers les concepts au cœur de ce mémoire, que sont les normes et ses pouvoirs sociaux, le pouvoir/savoir, la société du risque et la technologie.

Le deuxième chapitre dévoile le cadre méthodologique à travers lequel ce mémoire s'est construit. Ayant été moi-même infirmière en salle d'accouchement de l'hôpital étudié, la première partie de ce chapitre fait état d'un aspect majeur à considérer, soit les biais méthodologiques susceptibles de survenir lors de la réalisation d'une étude dans son milieu de travail. Les conséquences de mon expérience de terrain en tant qu'anthropologue chez soi expliqueront les objectifs de recherche visés. Ensuite, les techniques et outils

méthodologiques, les aspects éthiques et les limites du terrain seront dévoilés. Finalement, le contexte démographique et une ethnographie de la salle d'accouchement amorceront l'analyse de notre question.

Le troisième chapitre entame le cœur de ce mémoire par l'étude du concept du risque à travers l'histoire de l'hospitalisation des naissances au Québec et le travail quotidien des infirmières en salle d'accouchement aujourd'hui. La notion du risque sera également étudiée à travers les outils de travail des infirmières en salle d'accouchement. Le concept du risque nous permettra d'aborder d'autres concepts que sont la technocratie et de la sécurité. Une triade qui a été soulevée dans les comportements et les discours des infirmières en salle d'accouchement et qui est primordiale à la compréhension de la relation thérapeutique en salle d'accouchement.

Le quatrième chapitre se penche sur la place des normes au sein de l'institution hospitalière. Nous verrons les conséquences possibles de ces normes sur le déroulement de la relation thérapeutique entre l'infirmière et le couple dans la salle d'accouchement. Le sixième chapitre élabore sur des notions clés de ce mémoire que sont le pouvoir et le savoir. J'élaborerai sur les effets du pouvoir hégémonique de l'obstétricien-gynécologue dans la relation thérapeutique entre l'infirmière et le couple. Les concepts d'*authoritative knowledge* (Brigitte Jordan, 1997) et de l'agentivité (Bourdieu, 1980; Bandura, 2003; Giddens, 2005(c1987); Ricoeur, 2004) seront discutés à la lumière de mon terrain à l'hôpital observé.

Finalement, je tiens à mentionner que la construction de ce mémoire se voulait et se veut encore une analyse me permettant de mieux comprendre la source de mes interactions et de mes comportements comme infirmière en salle d'accouchement. Cependant, c'est la chercheuse qui prend place dans ce texte, un texte qui peut probablement choquer par ses critiques et sa communication directe, mais qui se veut, avant tout, un outil de réflexion pour toutes les infirmières en centre hospitalier, et ce toutes disciplines confondues.

1.1. La pertinence de la relation thérapeutique

Afin de répondre à la question de recherche et de cerner ce qui influence la relation thérapeutique entre l'infirmière et le couple en salle d'accouchement, il est essentiel de mieux comprendre les concepts impliqués. En effet, la recension des écrits sur la relation thérapeutique se fera à l'aide des concepts tels que l'influence de la temporalité, le poids des normes, le pouvoir du savoir, l'omniprésence du risque et l'utilisation du plateau technique. Tout d'abord, un survol de la littérature traitant sur la relation thérapeutique et quelques limites théoriques s'imposent.

En effet, la relation thérapeutique est primordiale, selon plusieurs, à la réussite d'un traitement. C'est du moins ce que disent presque unanimement les auteur(e)s qui ont travaillé sur ce sujet. L'importance accordée à la relation thérapeutique n'est pas récente. L'objectif d'en arriver à une relation thérapeutique efficace au traitement remonterait à Freud (1913-1966) pionnier dans la recherche de ce sujet (Baillargeon, Pinsof & Leduc, 2005; Despland, de Roten, Martinez, Plancherel et Solai, 2000). L'établissement d'un lien de confiance dès le début et tout au long de la rencontre soignant/soigné serait essentiel à la réussite du traitement du soigné. Selon Bordin (1994), l'alliance ou la relation thérapeutique permet une optimisation de l'efficacité du traitement suggéré au soigné, elle va de pair avec l'intervention. De plus, une étude sur la perception de la relation thérapeutique au Canada et en Écosse (Forchuk & Reynolds, 2001) démontre que, d'après les soignés interviewés, la relation thérapeutique serait la fondation de leurs soins. Ainsi, les techniques et les connaissances scientifiques passeraient en second lieu, ils ne seraient pas des facteurs de premier plan au processus de guérison ou de soins. Ce même constat ressort des recherches de Schmouth (2006), toujours dans le domaine de la santé mentale, où les soignés accorderaient plus d'importance à l'humanité du soignant dans sa chaleur, son écoute et sa confiance qu'aux pratiques techniques telles que les examens

ou la médication. Des exemples plus centrés au niveau de la psychologie ont aussi été mis de l'avant, chef de file sur la théorisation et la conceptualisation de la relation thérapeutique. Toutefois, il est également possible de retrouver de la littérature plus axée sur les soins infirmiers et médicaux. C'est le cas de Loubna Belaïd (2008) qui, lors de son terrain sur les relations entre les sages-femmes et les parturientes au Burkina Faso, révèle comment l'accueil, la communication verbale et le non verbal bénéficient d'une attention particulière dans les soins reçus par les parturientes. De plus, elle constate que le comportement des professionnels de la santé faisait partie des premiers critères descriptifs des services de santé de la part des parturientes. Marie-Josée Lewis (2008), lors de son mémoire sur l'expérience de la maternité avec les femmes de deux générations à Ouagadougou, arrive au même résultat qui corrobore la satisfaction des parturientes avec le degré de gentillesse, d'écoute et d'empathie des sages-femmes. Toujours dans le domaine des soins et de la périnatalité, l'étude de Ford & Ayers (2009) sur les effets du support du personnel de soin envers les parturientes indique un résultat semblable. Leurs recherches mènent à un résultat indiquant que plus le niveau de support du personnel de soin est élevé et de qualité plus les effets négatifs de l'anxiété et de trauma aux suites de l'accouchement diminuent. De plus, même lors d'un accouchement avec des complications, si le support est approprié le niveau de stress de la parturiente diminue considérablement comparé à une parturiente vivant un événement semblable, mais avec un support minime.

Bref, il est possible de constater que la relation créée entre soigné et soignant entravera ou influencera de façon positive le traitement et la collaboration aux soins (Fortin & Le Gall, 2011). La relation thérapeutique est de plus en plus étudiée depuis les dernières décennies (Despland, de Roten, Martinez, Plancherel et Solai, 2000; Formarier, 2007). Elle est, selon Despland et coll. (2000) qui œuvrent dans les différents champs de la psychologie, le meilleur moyen de prédire les effets de nombreux traitements thérapeutiques. En effet, la relation thérapeutique en santé permet « d'aller à la rencontre d'une personne pour l'accompagner dans le déploiement de sa santé » (Hesbeen, 2002 : 30). La qualité de la relation aura donc un impact important sur le déploiement des soins et de la santé des gens.

La relation thérapeutique serait donc la clef qui ouvrira ou fermera la porte de la réussite des soins et du traitement. Dans le cas présent, la relation thérapeutique entre l'infirmière et le couple influencera la qualité et l'expérience de l'accouchement de la parturiente et de son conjoint. Par contre, qu'est-ce que la relation thérapeutique? Comment entrer dans cette relation? Comment se construit-elle? Les exemples précédents ont illustré comment la relation thérapeutique est caractérisée, soit par la communication verbale et non verbale, l'empathie, l'écoute, bref des termes techniques souvent utilisés dans cet objet de recherche. Dans la recension des écrits sur la relation thérapeutique, il est fréquent de rencontrer ce genre de description quelque peu technicisée de la relation qui limite la compréhension plus globale de cette relation. Sans nécessairement tomber dans le déterminisme structurel de la relation thérapeutique, il semble pertinent de la saisir dans son ensemble, c'est-à-dire non seulement dans son interaction entre deux personnes, mais également dans sa source historique et sociale.

1.2. Qu'est-ce que la relation thérapeutique?

Les recherches sur la relation thérapeutique sont nombreuses. Bon nombre ont été réalisées par des soignants désirant capturer la relation thérapeutique dans des concepts relationnels tels que la relation d'aide, l'empathie, la résilience, etc. (Formarier, 2007). La complexité de cet aspect central à la réussite d'un traitement de soins démontre ici l'importance de sa conceptualisation. Cependant, l'étude de la relation thérapeutique sous des angles psychologiques demeure inépuisable, car les acteurs impliqués sont uniques et différents dans chaque cas, chaque rencontre, chaque relation est donc singulière, ce qui impose une limite à sa conceptualisation (Formarier, 2007). La relation thérapeutique, qui peut également être définie par l'alliance thérapeutique, la relation de soins ou tout simplement par un lien de confiance, est très complexe à saisir (si elle est saisissable), car elle est dynamique et interactionnelle (Mamodhousen, 2004; Bordin, 1994; Cognet, 2004; Arpin, 1992). Elle est un processus interactif qui évolue tout au long de la rencontre entre les acteurs impliqués (Baillargeon, Pinsof & Leduc, 2005; Mamodhousen, 2004). Delage & Junod (2005), deux

professeurs en psychiatrie, donnent une définition de la relation thérapeutique qui va au-delà des concepts statiques et limités aux techniques de communication telles que l'écoute active, l'empathie, le reflet :

« Nous entendons, par relation thérapeutique, une relation établie dans un lieu approprié (hôpital, institution soignante, cabinet privé) entre un sujet souffrant et un professionnel qualifié disposant d'un savoir et d'une pratique spécifique l'autorisant à se positionner dans la relation comme dispensateur de soins » (Delage & Junod, 2005: 26).

Il s'agit d'une définition pertinente de la relation thérapeutique dans la mesure où elle s'attarde à la contextualisation de la relation thérapeutique qui est primordiale pour une analyse adéquate. En effet, le lieu, le nombre et la nature des acteurs impliqués, les raisons de la consultation influenceront différemment la relation thérapeutique. Beaucoup d'écrits conceptualisent la relation thérapeutique entre deux individus, le soignant et le soigné, une limite importante à son analyse dans l'optique où cette relation créée entre deux personnes n'est à l'abri des influences environnantes telles l'institution dans laquelle elle se crée. L'approche systémique donne déjà une base intéressante dans l'analyse de la relation thérapeutique (Bordin, 1994), car elle « considère les relations comme des éléments dynamiques qui font sans cesse évoluer les situations, en interdépendances avec l'environnement » (Formarier, 2007 :33). Il faut donc éviter d'étudier la relation thérapeutique qu'à travers des termes comme l'empathie, l'écoute active, la communication non verbale, etc. sans tenir compte de l'influence de l'environnement dans lequel la relation est créée, est guidée.

Le concept de relation thérapeutique en soins infirmiers est aujourd'hui fortement influencé par l'école de pensée de « *caring* » de Watson (1979), un concept fréquemment enseigné dans les institutions d'enseignement en soins infirmiers dont l'objectif est de satisfaire les besoins du soigné. Le « *caring* » qui signifie « être en relation » (Benner, 2003 dans Potter & Perry, 2010) conceptualise la personne comme une entité corps-âme-esprit

(Potter & Perry, 2010). Cette approche qui se définit comme étant humaine et relationnelle aborde la relation thérapeutique par des thèmes tels que l'attention, la compréhension, la compassion et l'engagement (Potter & Perry, 2010) dans le but de maintenir la dignité humaine du soigné. Cette théorie de la relation de soins est centrée sur la perception des infirmières sur les besoins de la personne soignée. Elle a pour objectif la compréhension du contexte et des sentiments de la personne dans sa maladie. Cette théorie semble sensible aux facteurs environnants du soigné afin d'éviter l'instrumentalisation de la relation thérapeutique. Toutefois, elle porte également des limites importantes qui consistent en la prise de conscience de la position du soignant, son contexte, son cadre institutionnel, ses normes, son savoir, etc. pouvant influencer la construction de la relation. Plusieurs auteur(e)s insistent sur la recherche d'un éventail de techniques pour l'obtention d'une relation de confiance idéale. Bien sûr, la relation de confiance est essentielle au processus de guérison ou de soins (Vasseur & Cabie, 2005; Rossi, 2011; Soum-Pouyalet et coll., 2005; McAll et coll., 1997). La communication entre les personnes impliquées dans la relation thérapeutique est essentielle à ce processus interactif. La communication verbale ou non verbale permet le dialogue entre les partis à la recherche de la reconnaissance et de la confirmation des besoins ou des soins (Cosnier, 1993; Dugravier-Guérin, 2010; Moussa, 2003). Autant chez la parturiente que le conjoint ou l'infirmière et le médecin, la communication permet la cocréation de la relation thérapeutique (Delage & Junod, 2005; Gajo et coll., 2001; Gauthier, 2006; Vasseur & Cabie, 2005).

« La collaboration du patient à titre de partenaire est essentielle, c'est pourquoi ces souhaits et attentes doivent être identifiés dès le départ et la prise en compte de l'identification des objectifs et des tâches à réaliser. Il s'agit d'éviter les ruptures soudaines et imprévues du lien, qui résultent d'un malentendu et nécessitent de clarifier les termes de l'entente » (Kozart, 2002 dans Gauthier, 2006 : 134).

En effet, « la parole est un acte et l'acte est parole » (Dugravier-Guérin, 2010 :8). Autant la communication verbale dans l'usage d'un lexique accessible, par exemple du ton de voix, que la communication non verbale par l'écoute, le toucher, le regard, par l'expression du corps et du visage (Jaffré et de Sardan, 2003) sont porteurs de soins et aident à créer une relation thérapeutique. La communication entre les parties impliquées dans la relation

thérapeutique est essentielle au maintien, à la sauvegarde ou parfois à la destruction de la relation thérapeutique. Toutefois, comme mentionné ci-haut, la communication et les techniques spécifiques souvent étudiées en relation d'aide en soins infirmiers tels que l'empathie, le reflet, l'écoute active, etc. risquent de banaliser l'essence même de la relation si elles ne sont pas manipulées et ajustées au contexte de la relation. En effet, le contexte où se crée la relation influencera cette dernière. La relation thérapeutique ne peut être à l'abri des pratiques et des protocoles de soins qui l'encadrent (Formarier, 2007).

L'interactionnisme symbolique semblerait être une approche sociale pertinente pour questionner la mise en action de la relation thérapeutique. En effet, l'interactionnisme se centre « entre autres, sur les interactions sociales, la construction des identités et des trajectoires, les savoirs des acteurs et leurs routines, tout en les étudiant dans divers contextes comme ceux des institutions ou encore, des mondes du travail [...] » (Poupart, 2011 : 3). L'interactionnisme symbolique permet ainsi de « rendre compte » des expériences personnelles des acteurs impliqués (voir ici de l'infirmière et des couples en salle d'accouchement) tout en tenant compte « des conditions susceptibles d'influencer les expériences et les trajectoires de chacun » (Poupart, 2011 : 5). Bref, cette approche englobe à la fois des éléments microsociaux tel que l'importance du sens accordé aux interactions entre l'infirmière et le couple et macrosociaux comme l'influence du contexte institutionnel sur ces interactions. La complexité de l'interactionnisme symbolique tient compte de la subjectivité des acteurs et des influences sociales plus objectives, ce qui rend l'analyse de la relation thérapeutique plus complète. Charest (2014) cite bien Le Breton qui image cette théorie en mentionnant que « la manière de tenir un rôle est susceptible d'une infinité de variations selon les interlocuteurs ou les situations... Le rôle est une suggestion de conduite suspendue à l'interprétation que l'acteur opère selon les circonstances » (Le Breton, 2004 dans Charest, 2014 : 82). En effet, le rôle (l'organisation professionnelle et institutionnelle du travail des infirmières) permet une certaine routine, une ligne de conduite formelle (et parfois informelle, nous le verrons dans l'analyse) qui permet d'éviter le désordre organisationnelle (Charest, 2014). Ce rôle, cette structure de base, influence la relation thérapeutique entre l'infirmière et le couple qui en font partie. Cependant, la subjectivité des infirmières et des couples, c'est-à-dire, le sens accordé à leurs gestes et à leurs paroles, l'influence des pairs (la

famille pour le couple et les collègues de travail pour les infirmières) participent également à la construction de la relation thérapeutique.

L'importance de la relation thérapeutique au cœur de la réussite du parcours de soins de la personne soignée n'est plus à prouver. La relation thérapeutique ne peut pas être conceptualisée à l'intérieur d'un seul schème de techniques. Il est donc important de comprendre les influences à la base de cette relation; son contexte social, local (institution), historique, etc. Saisir la relation thérapeutique va au-delà des concepts tels que le reflet, l'empathie ou la communication non verbale. La relation thérapeutique doit se comprendre dans un ensemble plus complexe que la simple réponse aux besoins du patient. L'approche de l'interactionnisme symbolique peut aller au delà de la dyade infirmière/couple et questionner les influences de la relation thérapeutique. Nous verrons tout au long de cette recension les différentes influences de la relation thérapeutique qui sont bien au-delà d'une conceptualisation technique et dualiste. Tout d'abord, pour les besoins de cette recherche, examinons cette relation non seulement entre l'infirmière et la parturiente, mais aussi entre l'infirmière et le couple.

1.2.1. Une relation à trois

Plusieurs écrits définissent la relation thérapeutique comme étant dyadique, une rencontre entre deux personnes (Dugravier-Guérin, 2010; Membrano, 1993; Saillant & Gagnon, 2000; Soum-Pouyalet, Dilhuydy, Hubert & Kantor, 2005). Cet angle d'analyse limite considérablement la recherche sur la relation thérapeutique en salle d'accouchement. En effet, les théories qui se basent sur la relation soignant/soigné excluent l'implication de la personne accompagnant la parturiente, majoritairement le conjoint ou la conjointe. Puisque la troisième personne n'est pas alitée, la considération de celle-ci dans le processus de soin est minime, voire même inexistante. Mamodhousen (2004) décrit les aspects importants d'une relation thérapeutique triadique dans le cadre de l'intervention conjugale. Cette relation triadique doit tenir compte des trois individus impliqués. Mamodhousen indique que le thérapeute doit

tenter de créer une relation de confiance tant avec l'homme qu'avec la femme en plus du couple lui-même. Cette perspective a toute sa pertinence en salle d'accouchement où l'infirmière doit créer une relation thérapeutique avec la parturiente qui souffre des contractions, avec le conjoint de la parturiente qui souffre de son impuissance à pouvoir soulager, protéger sa conjointe et avec le couple dans son ensemble qui doit s'entendre sur leur vision de l'accouchement, sur ce qu'ils désirent vivre comme expérience. En effet, la relation thérapeutique est tout d'abord influencée par les ententes, les accords et les liens créés entre le couple et le thérapeute, mais la notion de couple ajoute à cette relation thérapeutique une particularité importante c'est-à-dire la perception des individus de ces « composantes dans la relation entre [le] conjoint et le thérapeute, entre le couple et le thérapeute, ainsi qu'entre les deux conjoints » (Pinsof et Catherall, 1986 dans Mamodhoussen, 2004 : 25). Prenons l'exemple où la parturiente est satisfaite et en confiance avec l'infirmière qui l'aide lors des contractions et le conjoint qui est désespéré, car il sent que l'infirmière ne lui laisse pas suffisamment de place pour participer aux soins de sa femme. La perception de la femme peut probablement changer à la suite d'une prise de conscience de la perception de la relation thérapeutique de son conjoint, ce qui peut transformer négativement la relation thérapeutique avec l'infirmière. Il est donc important de tenir compte du système qui entoure la personne soignée. Ce même constat vaut pour la personne soignante (Baillargeon, Pinsof & Leduc, 2005). En effet, dans le cas de l'infirmière, son équipe de travail ou le/la médecin avec qui elle travaille font partie de son système. Peu de recherches ont discuté de l'influence des pairs de l'infirmière dans sa relation thérapeutique avec le couple. Pourtant, les infirmières se parlent entre elles, elles discutent de leurs patientes. Les infirmières sont constamment en relation avec d'autres infirmières et avec les médecins. Des acteurs qui peuvent possiblement entrer, directement ou indirectement dans la dynamique de la relation infirmière/couple. Cet aspect sera abordé dans l'analyse du terrain de recherche.

1.2.2. Le temps d'une relation en salle d'accouchement

La relation thérapeutique est variable dans le temps (Bordin, 1994; Baillargeon et coll., 2005; Fortin & Le Gall, 2011). Elle est « invisible, difficilement saisissable parce que fugitive, marquée par le temps de la rencontre » (Saillant, 2000 : 167). De plus, étant dynamique, elle

peut changer tout au long de la rencontre. Un défi de taille dans la création de la relation thérapeutique en salle d'accouchement. En effet, la parturiente arrive souvent en travail avec de fortes contractions, ce qui peut s'avérer être un défi à la création d'un climat de confiance entre les acteurs impliqués, et ce dans un court laps de temps. Dans la situation où la parturiente est venue pour une provocation¹, le temps de créer un climat de confiance avec le couple dont la femme n'est pas encore en douleur est facilitant. Toutefois, les contraintes de productivité dans l'unité de soins, de charge de travail des infirmières et le fait que l'infirmière n'est pas présente aux rencontres prévues avec le couple avant l'accouchement (elle ne connaît habituellement pas le couple, son histoire personnelle et médicale, leurs attentes par rapport à leur accouchement, etc.) augmentent le niveau de difficulté dans l'atteinte d'une relation de confiance avec le couple. À titre professionnel, l'infirmière doit entrer dans l'intimité du couple et du corps de la parturiente afin d'en connaître les détails nécessaires aux bons soins et à l'accompagnement adéquat de ceux-ci. La relation de confiance, tout comme dans la vie sociale, se construit avec le temps. Le temps, c'est le contexte de travail qui le définit. En comparant le temps des relations thérapeutiques au département de cardiologie où les patients séjournent en moyenne une semaine et le temps d'une relation en salle d'accouchement où les patientes y demeurent approximativement 15 heures, la pression temporelle de la relation en salle d'accouchement est un facteur important à considérer dans sa construction. Ce temps doit également être contextualisé socialement et localement, c'est-à-dire à travers le fonctionnement de l'institution. Un autre aspect qui se retrouve rarement dans la théorisation de la relation thérapeutique, alors qu'il est susceptible d'avoir un impact important. Le concept du temps au sein de la relation thérapeutique sera analysé plus tard dans les exemples de terrain. Tout d'abord, la relation thérapeutique sera analysée dans sa théorisation au niveau social.

¹ À partir de 41 semaines de gestation, les médecins suggèrent une date précise pour la provocation du travail (des contractions).

1.2.3. La relation thérapeutique : un reflet de la société ou un abus des règles sociales?

La relation thérapeutique est intrinsèque au contexte social (Saillant, 1999). Le contexte du point de vue linguistique désigne un « ensemble des conditions naturelles, sociales, culturelles dans lesquelles se situe un énoncé, un discours ». ² Dans le cas de ce mémoire, la communication permettant la relation thérapeutique s'insère dans un espace non seulement « médical, mais aussi [dans] un espace social, relationnel où normes, valeurs, modèles professionnels, sociaux et culturels se rencontrent (Fortin, 2008 dans Fortin et Le Gall, 2011 : 6). En effet, puisque la relation thérapeutique est interactionnelle (Mamodhoussen, 2004; Bordin, 1994; Cognet, 2004; Arpin, 1992), les individus impliqués sont tous porteurs d'un contexte historique, politique, social (Schmouh, 2006), économique, local (Gauthier, 2006; Delage & Junod, 2005) et personnel (Gauthier, 2006; Delage & Junod, 2005; Schmouh, 2006). Ainsi, la relation thérapeutique doit tenir compte des règles sociales sans quoi, par le bris d'un consensus social, l'alliance s'affaiblirait ou se briserait totalement (Kozart 2002 dans Gauthier 2006). Le consensus social est une notion clef dans la réussite de la relation thérapeutique, car c'est ce consensus qui délimite ce qui est acceptable ou pas dans relation au corps. Dans ce cas, la relation thérapeutique va au-delà de l'empathie ou de la relation technicisée soignant/soigné. Elle s'insère dans « une globalité qui rend compte de l'épaisseur du réel, de sa densité et de sa complexité » (Saillant, 1999 : 166). Sans ce consensus social, la relation thérapeutique en salle d'accouchement serait vouée à l'échec. En effet, la salle d'accouchement est un lieu propice de transgression de l'intimité (Cosnier, 1993) où le corps de la parturiente est dénudé, touché, voire même pénétré (par le toucher vaginal, utilisation des forceps, installation d'une sonde urinaire). En dehors du consensus social, l'intrusion directe de l'intimité ou le « viol de l'intimité » (Mercadier, 2004) serait inacceptable dans « la plupart des conventions et des stratégies protectrices de la vie

² Dictionnaire Larousse : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/contexte/18593> [Consulté le 07/08/2014 @ 14h28]

courante » (Cosnier, 1993 :20). Dans la vie sociale quotidienne, le toucher vaginal ou l'examen vaginal est une pénétration violente du corps de la femme. Toutefois, le consensus social qui permet le pouvoir et le savoir médical facilite ou légitime cette intrusion intime au corps de la parturiente. Le contexte social dans lequel nous vivons est doté d'une médecine dotée d'un pouvoir et d'un savoir hégémonique socialement acceptés; la violence du corps devient alors violence structurée, organisée et donc « acceptée »³ socialement. Cette violence serait donc intériorisée par l'individu et la société grâce à un ensemble de dispositions et de pratiques qui sont institutionnalisées et légitimées au nom du pouvoir (Bourdieu, 1980). Saillant (2000 : 165) résume bien cet énoncé en statuant que « les pratiques de soins, comme relation, forment un ensemble de comportements ritualisés et de gestes porteurs de symboles ». Une ritualisation nécessaire à la transgression de l'intimité des corps. Une transgression qui semble acceptable à l'intérieur d'un cadre thérapeutique grâce aux codes et aux normes socialement et historiquement construits. Ces comportements et gestes normalisés, ritualisés sont, selon Formarier (2007), nécessaires à la relation thérapeutique, car ils permettraient un cadre de référence et une ligne de conduite préétablie pour les soignants. La relation de soins impliquerait :

« des rapports sociaux codifiés, préétablis fixant par avance l'identité sociale, les rôles et les styles d'interactions des protagonistes. Ces relations sont enfermées dans des pratiques répétitives, voire des scénarii (sic), ce qui semble être le cas dans les situations de soins » (Formarier, 2007 : 33).

Ces pratiques répétitives telles que les protocoles de soins permettraient ainsi une uniformisation ou encore, une base à la relation thérapeutique afin d'obtenir une certaine sécurité et un travail plus efficace (lire ici productive) (Formarier, 2007), et ce malgré l'existence d'une panoplie de scénarios relationnels possible pour les infirmières. Un facteur à considérer, surtout dans un contexte de travail surchargé (nous le comprendrons plus loin dans

³ Elle peut être à la limite imposée par l'utilisation des connaissances du personnel de soins et médical dans un contexte de vulnérabilité importante. Nous le verrons dans l'analyse du pouvoir/savoir.

l'analyse du temps) tel que celui du département des naissances et essentiel à l'équilibre émotionnel des infirmières devant travailler dans l'élaboration d'une relation de confiance dans un temps restreint et intense en émotion et en douleur.

Ce premier volet de la recension des écrits a présenté l'importance de la relation thérapeutique dans le dénouement de la santé des individus. La complexité de la relation thérapeutique est importante à saisir et primordiale à son analyse. Les facteurs sociaux, culturels, politiques, économiques et personnels de la relation thérapeutique ne sont pas nécessairement consciemment tenus pour compte par les parties impliquées, toutefois, ils sont clairement manipulés. Pour l'analyse de la relation thérapeutique entre les infirmières et le couple en salle d'accouchement, il est important de tenir compte des acteurs impliqués tels que la parturiente et son conjoint, l'infirmière et le médecin. L'influence des pairs autant pour la parturiente que pour l'infirmière, contribuent à la construction de la relation thérapeutique entre l'infirmière et le couple en salle d'accouchement. L'analyse des données de terrain le démontrera. Il est également impossible de passer sous silence l'influence des normes médicales socialement ancrées dans notre société. Des normes qui permettent la construction d'une relation thérapeutique entre l'infirmière et le couple en salle d'accouchement à travers des rôles socialement préétablis. Ces « rapports sociaux codifiés » (Formarier, 2007 : 33) rendent donc possible la création d'une relation thérapeutique entre l'infirmière et le couple, dans un contexte où les acteurs sont étrangers l'un envers l'autre et dans une réalité temporelle souvent très courte. L'analyse de l'impact des normes sociales participe à la compréhension de la relation thérapeutique. Avant de présenter les écrits recensés portant sur les normes, le normal et le pathologique au cœur de la relation thérapeutique, une brève généalogie de la prise en charge médicale de la périnatalité est de mise pour la compréhension historique et politique de la relation thérapeutique.

1.3. Généalogie de l'hospitalisation de la périnatalité au Québec

Tout d'abord, afin de mieux comprendre la dynamique de la relation thérapeutique entre l'infirmière et le couple dans la salle d'accouchement, faisons un retour historique sur l'hospitalisation de l'accouchement au Québec, c'est-à-dire de la « monopolisation » de l'accouchement par les centres hospitaliers et les obstétriciens jusqu'au retour des sages-femmes à la fin des années 1990.

La médicalisation des naissances prend son envol à partir de la fin du XXe siècle, à la suite de la Deuxième Guerre mondiale.

« The historical record indicates that all aspects of obstetrics – its mode of inquiry, its field of interest, its underlying metaphor, its social organization, its technology – changed around World War II » (Ray Arney, 1982 : 15).

En effet, l'instabilité sociale et économique de la Deuxième Guerre a rendu possible l'expansion du pouvoir médical et la médicalisation (Le Blanc, 2002) de la maternité. Ce changement d'organisation sociale entourant la périnatalité s'est créé peu à peu sous l'effet de plusieurs facteurs environnants. L'élément déclencheur de ce changement social au Québec a pris naissance à la suite de l'augmentation du taux de mortalité infantile du Québec qui était supérieur à la norme canadienne de cette époque. Ces mortinaissances étaient préoccupantes pour la survie des canadiens-français qui vivaient dans un contexte socio-économique bousculé par l'industrialisation, l'urbanisation et par la rivalité anglophone/francophone (Baillargeon, 2009). La mortalité infantile équivalait, selon Baillargeon (2004), à la taille moyenne d'une ville comme St-Hyacinthe ou Lévis. Un contexte social qui a ainsi alimenté les discours sur le risque faisant la promotion des discours « médico-nationaliste » (Dr Joseph Beaudoin dans Baillargeon 2004, 2009).

Les médecins ont ainsi blâmé l'incapacité des femmes à prendre soin de leurs enfants, un problème auquel ils pouvaient remédier, selon eux, par des rencontres médicales fréquentes dès l'apparition des premiers signes de grossesse. Un mécanisme de contrôle (Foucault, 1963) qu'il est possible de comparer avec la peste au Moyen-âge, où les individus devaient être isolés et sous surveillance médicale afin de protéger la population (Peretti-Watel, 2000). En effet, les consultations médicales systématiques permettaient un certain contrôle sur le déroulement des grossesses afin de favoriser la démographie et la survie du peuple canadien-français. Cependant, l'hospitalisation des naissances a dû passer par un long processus avant d'en arriver à son objectif. En effet, d'après la recension historique de Baillargeon (2009) et Blais (1995), les limites financières et l'absence d'assurance hospitalisation ainsi que la crainte d'une majorité de femmes face à la prise en charge de leur grossesse par des hommes sont des facteurs qui auraient ralenti l'accès aux soins des femmes enceintes en milieu hospitalier. L'accompagnement des naissances était depuis des lunes le rôle des sages-femmes et des membres féminins de la famille proche. Par conséquent, seulement imaginer être examinée et touchée par un homme ne pouvait être acceptée facilement par les femmes enceintes. Le rôle des infirmières en salle d'accouchement prenait naissance dans ce contexte de réorganisation de la périnatalité. En effet, les médecins-hygiénistes, voulant faire passer le message le plus efficacement possible, ont formé des femmes professionnelles pour pénétrer dans les maisons dans le but de sensibiliser les femmes enceintes des bienfaits de la prise en charge médicale. Les médecins croyaient que la présence d'une professionnelle du même genre pouvait faciliter l'acceptation de ce changement social de la prise en charge de la périnatalité (Baillargeon, 2004, 2009). L'utilisation du terme « prise en charge » est intéressant ici, car il indique la prise de responsabilité de la grossesse par le personnel médical. Il retire donc la responsabilité des femmes dans ce phénomène naturel de l'humain. En effet, la « prise en charge » prend également tout son sens dans ce contexte de mortalité infantile où les médecins pointaient du doigt l'incapacité des femmes de prendre en charge leur propre corps en transformation ainsi que leur enfant à venir. L'hospitalisation des naissances viendra

également accentuer la symbolique de cette « prise en charge », car les femmes seront emmenées à l'extérieur de leur milieu et de leur famille également porteuse de savoir.⁴ La parturiente s'est retrouvée dans un milieu inconnu et avec des personnes étrangères qui utilisaient un langage non familial. Son pouvoir décisionnel et participatif se retrouvait donc limité à l'intérieur d'un cadre professionnel faisant récemment place à un savoir hégémonique. Un savoir qui disait sauver des vies. Un savoir qui est devenu incontestable (Baillargeon, 2004).

Ce processus de médicalisation des naissances et de « prise en charge » a réussi également grâce aux organismes privés et publics qui se sont mis de la partie en tentant de rejoindre les femmes par plusieurs moyens de communication : conférences publiques, causeries, radio, télévision, publicité, journaux, etc. (Baillargeon, 2009; Blais, 1995).

« Le gouvernement provincial [au Québec], mais surtout fédéral [canadien], la Ville de Montréal, tout comme aussi la compagnie d'assurance-vie La Métropolitaine et le conseil canadien de la sauvegarde de l'enfance (CCSE), pour ne nommer que ceux-là, utiliseront ces différents médias pour diffuser les conseils des médecins en matière de soins maternels et infantiles, si bien que le discours médical fasse l'objet d'une vaste propagande qu'il était impossible d'ignorer » (Baillargeon, 2009 : 188).

De plus, ce discours « médico-nationaliste » était fortement supporté par la religion catholique, omniprésente à l'époque. Le contexte démographique et économique très fragile des canadiens-français comparé aux canadiens-anglais a poussé la religion catholique vers les mêmes objectifs que les médecins, c'est-à-dire de contrer la mortalité infantile qui frappait les Canadiens-français ainsi que la vague d'immigration majoritairement anglophone (Piché,

⁴ Les femmes de la famille proche accompagnaient habituellement la parturiente lors de l'accouchement. Les connaissances tirées des expériences antérieures étaient constamment manipulées au cœur du processus d'enfantement.

1978) et ce, à l'aide d'un discours pro-nataliste qui semblait possible avec le discours « médico-nationaliste ».

La propagande des risques et l'importance du regard médical dans la grossesse et la petite enfance, ainsi que le soutien social de la religion catholique persuadent les femmes de l'importance d'avoir recours à de l'information et des rencontres médicales. En effet, elles exigent même de recevoir plus d'informations à ce sujet (Baillargeon, 2009), un élément important dans l'intériorisation de cette nouvelle norme de l'accouchement.

La compagnie d'assurance-vie La Métropolitaine viendra solidifier cette médicalisation en la rendant de plus en plus accessible, voire même obligatoire. En effet, elle ne remboursera les frais de soins d'accouchement que s'ils ont lieu en milieu hospitalier et non plus à la maison (Baillargeon, 2009; Blais, 1995). Cette approche est contraire à celle des Pays-Bas qui, dès 1941, remboursait les soins dispensés par une sage-femme à moins d'un besoin d'intervention spécialisée justifiée par une pathologie ou tout simplement par le manque de sage-femme (Akrich, 1998).

Les risques des accouchements à domicile dans ce contexte de guerre ont donné raison aux tenants de l'hospitalisation des naissances par l'utilisation de moyens technologiques et d'interventions dans le but de sauver des vies (Kaufert & O'Neill dans Lowis & McCaffery, 2004). C'est ainsi que peu à peu les femmes ont eu recours aux soins prodigués par un médecin ou un obstétricien qui deviendra le spécialiste de l'enfantement. L'accouchement en centre hospitalier deviendra la réponse aux risques de la Deuxième Guerre et sera l'endroit de prédilection pour un accouchement « sécuritaire » (Blais, 1995; Baillargeon, 2004, 2009).

Les lignes précédentes exposent un aperçu de l'évolution de la médicalisation de l'accouchement à la suite des discours du risque propagés par tous les moyens de communication possibles à l'époque et fortement appuyés par la religion catholique et les compagnies d'assurance. Un changement fortement appuyé par les femmes, croyant aux capacités des médecins à sauver leurs enfants, à sauver le peuple canadien-français. Ce bref historique démontre l'évolution des normes de l'accouchement et de l'intériorisation de ces

nouvelles normes. Le discours « médico-nationaliste » basé sur les risques de l'accouchement dans un contexte de guerre et d'une forte mortalité infantile est l'effet déclencheur de la transformation de la norme de l'accouchement et du transfert du savoir qui était autrefois entre femmes et à la maison. La médiatisation de ces risques et les statistiques accablantes de mortalité infantile ont ainsi attiré l'attention des femmes enceintes souhaitant le mieux pour leur enfant. De plus, le clergé, haut en pouvoir au niveau politique, soutenait ce discours médical en participant à sa propagande. Finalement, les compagnies d'assurances y ont également contribué en remboursant les frais d'hospitalisation. Ainsi, l'apport des différents contextes historiques, politiques, économiques et sociaux viendront graduellement installer une nouvelle norme de l'accouchement. Maintenant, comment cette généalogie de l'hospitalisation des naissances peut-elle être pertinente dans le cadre de l'objet de recherche? Ces nouvelles normes ont fortement influencé le déroulement des accouchements. Les prochaines lignes indiqueront comment ces normes sont susceptibles d'influencer la relation thérapeutique entre l'infirmière et le couple en salle d'accouchement aujourd'hui.

1.4. La normalité

La médecine en tant que fondatrice et fédératrice de la normalité (Le Blanc, 2002), catégorise ce qui est normal selon « ce qui se rencontre dans la majorité des cas d'une espèce déterminée ou ce qui constitue soit la moyenne soit le module d'un caractère mesurable » (Canguilhem, 1966 : 76). Pour s'inscrire dans la normalité nous devons être dans « une situation définie notamment par un ensemble de normes » (Le Blanc, 2002 :146). En effet, plusieurs normes médicales imposent des règles de conduite afin de dresser les corps (Canguilhem, 1966; Foucault, 1999; Schweyer, 2004), de les catégoriser et, ainsi, maintenir une moyenne, une normalité au niveau de la santé de la population. L'exemple des grossesses à risque ou potentiellement à risque, s'avère particulièrement révélateur à cet effet, puisqu'il permet la création de plusieurs protocoles qui uniformisent les pratiques médicales dans les hôpitaux. En effet, un simple exemple illustre ces propos ; afin d'entrer dans la normalité, les femmes suivies dans les hôpitaux doivent passer, vers la 26-28^e semaine de grossesse, un test

de glucose et répondre à des normes chiffrées, permettant de savoir si elles bénéficieront d'un suivi à risque ou non selon la capacité du corps à éliminer le sucre dans le sang. De plus, les femmes souffrant de diabète de grossesse ou de prééclampsie sont unifiées, standardisées à l'intérieur de différentes techniques thérapeutiques lors du travail et de l'accouchement (protocole d'administration d'insuline selon une échelle graduée reliée à la glucosémie, le protocole de sulfate de magnésium intra veineux afin d'éviter l'augmentation de la pression artérielle pouvant causer des convulsions, etc.). Ces normes, pour la plupart chiffrables, mises en tableaux et en catégories deviennent, par la médiatisation et la socialisation (Desrochers et Renaud, 2010; Bourdieu, 1990; le Blanc, 2002; Canguilhem, 1966) des modèles de conduites (Foucault, 1999). Elles imposent un idéal à suivre, une normalité (Le Blanc, 2002). D'où proviennent ces normes? Qui les construit et comment?

1.4.1. Majoritaire/minoritaire

Les normes sont fortement influencées par les sphères culturelles, sociales, institutionnelles et disciplinaires (Bouffard, 2002; Schweyer, 2004; Lock, 2003; Desrochers et Renaud, 2010). Les normes de la périnatalité ont évolué dans le temps et l'espace à la suite de plusieurs facteurs contextuels tels que la Deuxième Guerre mondiale et les nouvelles réalités économiques et sociales qui en découlèrent. La médiatisation et la socialisation du concept du risque, du discours « médico-nationaliste » par les nombreux médecins et par la religion catholique forte en pouvoir à l'époque (Baillargeon, 2004, 2009), l'accessibilité aux techniques et technologies dans les hôpitaux et le remboursement des frais d'hospitalisation par les compagnies d'assurances ont ainsi construit un nouvel ordre social de la maternité par d'adhésion de la population (Baillargeon, 2004,2009; Blais, 1995). L'accouchement à la maison était majoritaire dans les années 1920-1930, les sages-femmes et le domicile faisaient partie de la normalité. Maintenant, alors que 98 % des accouchements se font en centre hospitalier, la norme de l'accouchement, dictée par le majoritaire (De Rudder et coll., 2000; Poiret & Vourc'h, 2000), s'est transformée. La norme de l'accouchement est donc du ressort de l'histoire, du contexte social, de la hiérarchie des savoirs experts, de l'économie, de la politique ou des revendications sociales. Étant contextualisée et construite, la norme est, par

conséquent, dynamique, malléable, et ce, selon des facteurs environnants (Massé et Saint-Arnaud, 2003; Dozon et Fassin, 2001). La comparaison de la définition de l'accouchement normal d'après les obstétriciens du Québec et des Pays-Bas illustre très bien la contextualisation et la construction de la norme.

1.4.2. L'accouchement normal

La définition de la normalité de l'accouchement dépend du contexte historique, politique, économique et social comme nous l'avons expliqué ci-haut par le changement du lieu (de la maison à l'hôpital) de l'expert (de la sage-femme à l'obstétricien ou l'omnipraticien) de la naissance suite aux conséquences de la Deuxième Guerre mondiale. Il est intéressant de constater comment l'analyse politique et sociale des pertes humaines, ici de la mortalité infantile, peut varier d'une culture à l'autre et influencer la norme de l'enfantement. La comparaison de l'historique de l'hospitalisation des naissances au Québec avec celle des Pays-Bas illustre ce propos. Les Pays-Bas ont été choisis à titre de comparaison dans ce mémoire afin d'illustrer deux sociétés qui offrent, aujourd'hui, par l'entremise de l'assurance santé, des soins de périnatalité en milieu hospitalier, en maison de naissance et également à la maison.

1.4.2.1. Pays-Bas : Une normalité naturelle

Au XVII^e siècle, les Pays-Bas ont réagi autrement quant à l'évolution de leur système de santé maternel à la suite de la guerre contre l'Espagne. Contrairement au Québec, les Pays-Bas ont privilégié l'approche des sages-femmes comme norme de l'accouchement afin de diminuer les pertes humaines (Lowis & McCaffery, 2004; de Vries, 2005). Au lieu d'éliminer la pratique sage-femme comme le Québec a su le faire, les obstétriciens néerlandais ont, au contraire, voulu partager des informations importantes avec les sages-femmes leur permettant ainsi de mettre à jour leurs connaissances et ainsi diminuer les risques de mortalité infantile lors de la grossesse. Cette complémentarité professionnelle (Lowis & McCaffery,

2004), en plus de la déclaration du premier « Health Act », en 1818, appuyée par le « Medical Act » en 1865, qui reconnaissait la sage-femme comme une professionnelle médicale (Lowis & McCaffery, 2004; de Vries, 2005) a permis d'établir une norme d'accouchement complètement différente de celle établie au Québec.

En effet, les obstétriciens néerlandais semblent partager une vision plus plusieurs études insistent sur la dimension psychologique de la relation au détriment d'une et naturelle de l'accouchement avec les sages-femmes. Selon les obstétriciens néerlandais, le processus de l'accouchement est perçu comme étant naturel et physiologique (versus pathologique). L'hospitalisation et l'intervention médicale n'est majoritairement pas nécessaire (Akrich et Pasveer, 1995; Akrich, 1998; Lowis et McCaffery, 2004; de Vries, 2005). Ce qui influence fortement la structure de l'accessibilité aux soins de périnatalité. En effet, dès qu'une femme est enceinte, elle doit faire les démarches pour rencontrer une sage-femme. C'est la sage-femme qui évaluera si l'hospitalisation est nécessaire, et ce tout au long de la grossesse et de l'accouchement (de Vries, 2005).

La conception néerlandaise de l'enfantement est complètement différente de celle du Québec, et ce malgré un historique de guerre semblable (mortalité infantile). La généalogie de l'hospitalisation de l'accouchement au Québec a permis de démontrer la genèse de la monopolisation des obstétriciens dans ce domaine. Quels sont les impacts de cette conception quant à la définition d'un accouchement normal?

1.4.2.2. Québec: l'instrumentalisation de la normalité

Selon la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC), l'accouchement normal se produit quand l'enfant naît par voie vaginale, mais pendant lequel le professionnel de la santé pourrait avoir recours à une intervention. La liste des interventions mentionnées comporte des actes comme l'utilisation du moniteur fœtal constant, l'augmentation du travail par l'injection d'ocytocine permettant les contractions de l'utérus ou

encore par le soulagement de la douleur grâce à l'épidurale, à l'Entonox (gaz hilarant), au bloc honteux, etc. Ce modèle technocratique (Davis-Floyd, 2001) tente de contrôler les risques potentiels par la surveillance et l'utilisation technologique durant le processus qui est pourtant qualifié de normal. Nous faisons face à une normalité instrumentalisée qui permet l'usage d'outils de correction afin de redresser les corps déviants de la norme (Foucault, 1963; Le Blanc, 2002), les gens statistiquement anormaux (Canguilhem, 1966), et ce selon la culture médicale des obstétriciens canadiens et québécois. Les obstétriciens et gynécologues séparent ainsi l'accouchement naturel de l'accouchement normal seulement par le fait que l'acte médical est non nécessaire lors d'un accouchement naturel. La simple séparation des termes *accouchement naturel et physiologique* et *accouchement normal* en dit long sur la conception de ce processus et sur sa manipulation en milieu hospitalier. L'utilisation des techniques telles que les forceps et la ventouse est banalisée à un tel point que la normalité d'un accouchement les inclut. Une norme médicale devenue sociale et symboliquement forte, car il aura fallu plusieurs débats avant l'acceptation sages-femmes récente des maisons de naissance au Québec où la technologie et la gestion de l'accouchement se fait sans intervention technico-médicale comme les forceps, le moniteur fœtal ou la ventouse. Une norme toujours aussi forte symboliquement puisque, encore aujourd'hui, 98 % des naissances ont lieu en centre hospitalier et il existe toujours des revendications autant de la part des sages-femmes que de la population pour l'ouverture de nouvelles maisons de naissance (Le Devoir, 2007; La Presse, 2011, Pétition « Manque d'accessibilité aux services de sage-femme » en cours par le Regroupement des sage-femmes du Québec (RSFQ)).

Les Pays-Bas offrent ainsi une comparaison intéressante quant à l'actualisation de la norme de l'accouchement par rapport à celle du Québec, et ce à la suite de la construction sociale, politique et économique reliée à l'histoire des mortalités infantiles, attribuables aux guerres. C'est un exemple clair du dynamisme social des normes, des transformations et de l'intériorisation de celles-ci dans les sociétés (Bourdin, 2003; Van Loon, 2002; Beck, 2001; Massé, Saint-Arnaud, 2003; Dozon et Fassin, 2001; de Vries, 2005). L'analyse de la relation thérapeutique en salle d'accouchement ne peut donc passer à côté d'un facteur au cœur de la

construction de la relation qu'est l'influence des normes sociales de l'accouchement et des normes de l'institution, c'est-à-dire de l'hôpital et du département des naissances.

1.4.3. Le pouvoir des normes dans la relation thérapeutique

La relation thérapeutique entre l'infirmière en salle d'accouchement et le couple ne peut faire abstraction de ces normes qui construisent une vision de l'accouchement, surtout du fait que les infirmières travaillent avec des obstétriciens/gynécologues porteurs d'une définition fortement technicisée de l'accouchement normal. Cosnier (1993) cible cette réalité en mentionnant que le soignant doit, dans sa relation avec le soigné, se conformer « aux nécessités des contraintes techniques, économiques, administratives imposées par les cadres statiques de l'organisation sanitaire » (p.9). L'infirmière est ainsi confrontée au bagage normatif du centre hospitalier pour lequel elle travaille, son bagage personnel en plus des normes et des pratiques de soins du couple. Cette constatation ne date pas d'hier. En effet, dans son historique de la médicalisation des naissances, Baillargeon (2009) évoque une réalité du passé qui semble s'être perpétuée dans le temps quant à une règle intrinsèque importante dans le rôle de l'infirmière en périnatalité :

« Les infirmières-visiteuses devaient impérativement respecter « l'étiquette professionnelle », c'est-à-dire s'abstenir d'établir un diagnostic, de poser un geste médical, de contredire les ordres du médecin ou de dire ou faire quoi que ce soit qui puisse lui porter ombrage » (Baillargeon, 2009 : 190). (Je souligne)

Les discours, les gestes, les informations transmises par les infirmières-visiteuses aux femmes enceintes de l'époque étaient donc influencés par les normes et le discours médicaux. Les infirmières-visiteuses étaient formées par les médecins-hygiénistes porteurs du discours du risque. Elles devaient suivre les ordres du médecin sans le contredire et ainsi adhérer au

même discours « médico-nationaliste » basé sur le risque. La relation thérapeutique créée entre l'infirmière et la parturiente est, encore aujourd'hui, influencée par les normes médicales actuelles. Fortin et Le Gall (2011) abondent dans le même sens en statuant que la relation thérapeutique est un moment de négociation des normes manipulées par les acteurs impliqués. Une négociation des représentations, comme « vision du monde, vision fonctionnelle permettant à un individu de donner sens à ses conduites, de comprendre la réalité à travers son propre système de référence » (Abric, 1999 dans Formarier, 2007 : 35), de l'infirmière, du conjoint, de la parturiente ainsi que du couple (Formarier, 2007). Gajo et coll. (2001) donnent un exemple intéressant de ce postulat en rapportant une expérience particulière. Lorsqu'une parturiente d'origine africaine ne prenait pas son bébé dans ses bras à la suite de l'accouchement, la réflexion première des infirmières présentes était de juger ce comportement comme étant anormal. Les infirmières porteuses d'un bagage, d'un savoir précis selon leur culture médicale croyaient ce comportement inadéquat. Toutefois, l'infirmière est allée au-delà de ses aprioris médicaux, de ses expériences normalisées et a constaté après s'être informée que, selon une croyance culturelle, la femme attendait que le bébé rampe par lui-même afin d'entrer dans son nouveau monde.

Comme nous l'avons vu ci-haut, les normes sont porteuses d'un pouvoir, le pouvoir du majoritaire, du savoir dominant. Ces normes bien ancrées dans la pratique des soins infirmiers sont constamment en jeu dans l'analyse et la compréhension du comportement de l'autre. Le pouvoir de ces normes influencerait inévitablement, consciemment ou non, la relation thérapeutique entre l'infirmière et le couple en salle d'accouchement. Les normes influenceront la relation également parce qu'elles créent des attentes. Dans le cas précédent de Gajo et coll. (2001), l'infirmière s'attendait à ce que la patiente accueille son nouveau-né dans ses bras. Un comportement normalement vu selon son expérience, un comportement rassurant. Puisque ses attentes n'ont pas été comblées par la parturiente, l'infirmière a douté et a jugé ce comportement incompréhensible. Un facteur qui peut fortement influencer la relation de soin, de confiance qu'elle a créée jusqu'à l'accouchement avec la parturiente. Selon Jaffré et de Sardan (2003), les cadres sanitaires sont conditionnés à évaluer les conduites et les comportements des parturientes selon les normes de conduites. Les comportements sont culturellement codés (Moro & Neuman, 2008) comme étant normaux ou anormaux. Lors de sa

recherche dans les maternités de Ouagadougou au Burkina Faso, Marie-Josée Lewis (2008) s'est intéressée à la perception des parturientes quant aux comportements des sages-femmes envers elles. La plupart des parturientes se disaient satisfaites du comportement des sages-femmes, cependant certaines d'entre elles affirmaient que si elles avaient « dépassé les limites du raisonnable, les sages-femmes se seraient fâchées » (Lewis, 2008 : 72). La parturiente doit donc répondre aux attentes de la culture médicale dominante, des attentes culturellement, socialement et historiquement construites (Moro et Neuman, 2008) et répondre ainsi aux critères de la « bonne » patiente (Bloom, 1963 dans Schmouth, 2006).

Toutefois, l'inverse est également important. En effet, tel qu'exposé précédemment, la personne soignée accorderait plus d'importance aux compétences humaines du soignant qu'à ses capacités techniques. Afin de ne pas se sentir comme un corps pris en charge, le soigné doit donc se sentir écouté, respecté et impliqué dans la prise de décision (Forchuk & Reynolds, 2001). Ford & Ayers (2009) ont ainsi tenté d'étudier les impacts quant à l'espace donné à la parturiente sur les prises de décision lors de son travail et de son accouchement. Les auteurs ont conclu que la sensibilité du soignant sur l'implication de la parturiente dans ses propres soins diminuerait l'anxiété et les traumatismes de l'accouchement. Lauren & Hunter (2009) appuient ce constat en vantant les effets positifs d'un support continu et adéquat durant le travail des parturientes tels que, entre autres, la diminution du temps de travail et l'augmentation de la possibilité d'avoir un accouchement vaginal spontané, c'est-à-dire sans interventions médicales. Ainsi, les parturientes et les couples ont également des attentes face aux comportements des infirmières lors du travail et de l'accouchement. Ces comportements viendront faciliter ou entraver la relation thérapeutique, donc le processus de soins.

À la suite de la mise en contexte de l'évolution et de la réalité des normes de l'accouchement du Québec, il a été possible de constater l'ampleur et l'impact de l'intériorisation que peuvent provoquer ces normes sur la relation thérapeutique. La prise de conscience des normes influencées par le contexte historique, politique, social, économique et personnel est essentiel à l'analyse et à la compréhension de la relation thérapeutique entre

l'infirmière et le couple en salle d'accouchement. Porteuses de pouvoir, les normes (Foucault, 1999; le Blanc, 2002) sont un facteur important à l'analyse de la relation thérapeutique unissant le soignant et la personne qui reçoit les soins. La manipulation des normes médicales d'accouchement socialement acceptées influencera la relation thérapeutique entre l'infirmière et le couple en salle d'accouchement. La normalité du déroulement du travail ou de la poussée permet ainsi de guider l'infirmière dans ses interventions avec le couple. Cette normalité habituellement médiatisée et partagée soit par les livres, les rencontres avec le médecin ou tout simplement dans les cours pré-nataux dresse une ligne de conduite socialement acceptée de l'enfantement, et ce, à travers les réflexions et les comportements des couples qui y participent. Les normes médicalisées de l'enfantement sont socialisées, elles font donc partie des rapports sociaux entre l'infirmière et le couple. Des rapports sociaux qui justifient l'infirmière comme détentrice d'un savoir. La médecine sait si mon bébé est en sécurité ou pas. Elle sait quand intervenir. Ce savoir hégémonique de la médecine est donc au cœur de la relation thérapeutique entre l'infirmière et le couple. La confiance du couple envers les connaissances de l'infirmière influenceront la construction de la relation. De plus, ce savoir médical impose indirectement un pouvoir sur les corps des parturientes. La notion de savoir/pouvoir est donc également au cœur de la relation thérapeutique.

1.5. Savoir/pouvoir

Dans le bref historique de la médicalisation et de l'hospitalisation de l'accouchement présenté précédemment, il a été illustré que le savoir de l'obstétrique résulte d'une construction sociale provenant d'une certaine réalité (Gauthier, 2006) qu'est la mortalité infantile. Cette vision peut différer d'une société à l'autre, comme l'a montré la comparaison de l'hospitalisation des naissances au Québec post deuxième Guerre mondiale, en opposition à la médiatisation importante du recours aux sages-femmes au Pays-Bas après la Guerre contre l'Espagne. La légitimité du savoir obstétrique est intériorisée par la sociabilité des parturientes. Le savoir de l'accouchement est fortement relié à l'hégémonie médicale dominante (Lazarus, 1994). En effet, comme le souligne Manon Boulianne (2003 : 253) « le concept d'*authoritative knowledge* développé par Brigitte Jordan (1997) [qui décrit] le

caractère hiérarchique accordé à différents corpus de savoirs, en particulier ceux qui privilégient le savoir des experts aux dépens du savoir des profanes ». Un concept qui se rapporte particulièrement aux pratiques d'accouchement du Québec. Cependant, je modifierais quelque peu la citation en mentionnant : « le savoir expert obstétrique aux dépens de tout autre savoir expert (sage-femme, infirmière, etc.) ». En effet, l'obstétrique a un pouvoir hégémonique sur les autres professions de la périnatalité suite à la réussite de son monopole légal et économique des soins (Vadeboncoeur, 2004). Ce monopole économique des accouchements en milieu hospitalier s'illustre entre autres par l'ouverture timide de nouvelles maisons de naissance, alors que la population et les sages-femmes les revendiquent depuis plusieurs années⁵. De plus, plusieurs recherches démontrent non seulement la sécurité du recours aux sage-femmes, mais également une économie importante quant aux coûts de l'accouchement (Le Devoir, 2014; Davis-Floyd, 2001; Baillargeon, 2009; Regroupement des sage-femmes du Québec (RSFQ)).

La vérité scientifique est donc un point de vue du savoir dominant imposé et intériorisé au sujet (Dugravier-Guérin, 2010; le Blanc, 2002). Les interventions médicales sont légitimées par les connaissances scientifiques qui définissent également l'accouchement, ce qui est normal/anormal et le concept de risque à travers le corps de la femme (Lemay, 2007). L'intériorisation de ce savoir expert au sein de la société se reflète fortement à travers leurs comportements et leur confiance envers les professionnels en obstétrique. En effet, Akrich & Bernike (2004) démontrent comment le savoir hégémonique de la médecine obstétricale contemporaine intériorise le corps des femmes avant même leur arrivée en salle d'accouchement :

⁵ La Presse, 2011, Pétition pour nouvelle maison de naissance en Montérégie, 2014 : <http://www.lareleve.qc.ca/Societe/2014-03-24/article-3661832/Petition-pour-une-nouvelle-Maison-de-naissance-en-Monteregie/1>
Pétition Pratique Sage-Femme à l'Assemblée Nationale 2011 : <https://www.assnat.qc.ca/fr/exprimez-votre-opinion/petition/Petition-1389/in%20dex.html>
Regroupement Sage-Femme du Québec (RSFQ) : <http://www.rsfq.qc.ca/projet-developpement/formulaire.php>

« Nevertheless, it appears that, in many cases, this entity emerges even before any direct intervention of professionals takes place: through a variety of mediations – books, journals, preparation courses, lay discussions – explicit obstetrical knowledge comes to be part of women's world, shaping their perceptions, suggesting behaviours and modes of action, proposing patterns for expression and verbalization, and thus forms part of bodily childbirth experience » (Akrich & Bernike, 2004 : 81).

En effet, l'intériorisation de toutes les lectures offertes sur la toile, dans les livres distribués aux nouvelles femmes enceintes (ex. : Mieux vivre avec son enfant), dans les brochures qui décorent les murs de la salle d'attente pour la première échographie ou les livres en vente sur le marché, octroie aux professionnels en obstétrique, médecin ou infirmière, le droit à la connaissance et au savoir expert. Bien que le droit de savoir des parturientes puisse être également comblé par l'accès à l'information, il n'en demeure pas moins que les brochures distribuées dans les cliniques ou centres hospitaliers sont minutieusement sélectionnées par l'institution. Le choix de distribuer tel type d'information demeure à la discrétion de cette dernière.

Faisant la généalogie du biopouvoir, Foucault émet une piste importante dans la mise en place de ce savoir hégémonique de l'obstétrique. En effet, au nom d'un utilitarisme de la vie (Foucault, 2004) à connotation sanitaire, le biopouvoir est le corps biologique défaillant qui est pris en charge par de multiples interventions au sein de la population afin de la régulariser pour ainsi le normaliser (Foucault, 1976). Nous avons vu dans les chapitres précédents les multiples techniques de régularisation des corps suite à la création de nouvelles normes de l'accouchement. Prenons par exemple l'assurance maladie de l'armée canadienne qui remboursait les frais d'hospitalisation pour les accouchements et non ceux se déroulant à la maison (Blais, 1995). Nous le constatons encore aujourd'hui, selon la répartition inégale, sinon illogique, des ressources économiques de santé entre les départements d'obstétrique et les centres des naissances. Ou encore, dans les exemples de normalisation des comportements des femmes en travail, voire même des fœtus en voie de naître selon des barèmes préétablis en lien avec le niveau de risque qui sont constamment surveillés soit par le moniteur fœtal externe ou l'échographie.

Sachant que la naissance se fait en grande majorité dans les centres hospitaliers depuis plus d'un demi-siècle, cette légitimité du savoir obstétrique d'aujourd'hui facilite et permet ainsi de renforcer un pouvoir important sur les corps des parturientes. Un pouvoir discret, mais qui se retrouve constamment dans la relation soignant/soigné.

1.5.1. Pouvoir sur les corps

« Le pouvoir du corps médical se manifeste notamment dans la prise de décisions » (Vadeboncoeur, 2004 : 37). La prise de décision est un facteur primordial au déroulement d'un accouchement. En effet, toutes interventions découlent d'une décision du couple, de la parturiente, de la personne significative qui l'accompagne, de l'infirmière ou du médecin. Les décisions sont ainsi la cause et l'effet d'un mécanisme de pouvoir articulé à travers les relations de chacun des acteurs (Foucault, 1977-1978). Un mécanisme de pouvoir créé par l'hégémonie médicale par la création de règles intrinsèques à l'intérieur d'une structure prédéterminée (Delage & Junod, 2005). L'articulation des normes avec les multiples protocoles à suivre lors du travail ou de l'accouchement, des protocoles qui répondent à des normes constamment recherchées et corrigées (s'il y a lieu) par des moyens technologiques, s'avère à cet effet révélateur.

Par le simple fait d'obtenir le savoir socialement reconnu et le plateau technique constamment renouvelé (Delage & Junod, 2005), le pouvoir institutionnel permet et justifie ainsi la transgression de l'intimité du soigné par le personnel soignant (Dugravier-Guérin, 2010). La relation thérapeutique, bien qu'elle puisse avoir pour objectif de répondre aux besoins de la parturiente ou du couple, demeure asymétrique (Cosnier, 1993; Vasseur & Cabie, 2005; Membrado, 1993; Fortin et Le Gall, 2011; Dugravier-Guérin, 2010; Delage & Junod, 2005) à l'intérieur d'un cadre qui dirige les acteurs vers leur statut, leur rôle ou leur fonction respectifs (Fortin et Le Gall, 2011).

Les notions de normes sont donc constamment manipulées à l'intérieur d'un cadre prédéfini. Dans le cas de ce mémoire, les nombreux protocoles normés de la salle d'accouchement et le savoir hégémonique de l'obstétrique ne peuvent échapper au processus de création de la relation thérapeutique, non seulement par le bagage normatif des infirmières qui y sont formées, mais également par le pouvoir qui leur est octroyé à l'intérieur d'un cadre institutionnel définissant leur rôle comme expertes et porteuses d'un savoir. La littérature indique à ce sujet que le pouvoir institutionnel est également fortement soutenu par l'omniprésence des techniques et des technologies permettant de visualiser le corps et les risques auxquels il s'expose. L'exploration du concept du risque comme élément déclencheur des normes de la périnatalité et de la prolifération du plateau technique s'avère essentiel à l'analyse de la relation thérapeutique.

1.6. L'omniprésence du risque

« Introduire la notion de risque c'est se donner les moyens de rendre compte de ce double aspect construit et contextuel, mais également réel et pas seulement imaginaire, de l'insécurité » (Bourdin, 2003 : 10).

Le risque est un concept construit culturellement avec l'« approbation morale sous le poids de la responsabilité individuelle » (Mary Douglas 1990 dans Lock, 2003 : 272). Le risque n'est pas une notion naturelle de notre société, il doit être reconnu par celle-ci (Bourdin, 2003). Le risque se construit donc à l'intérieur d'un contexte bien précis d'une société (Beck, 1994; Giddens, 2005(c1987); Bourdin, 2003; Van Loon, 2002; Massé et Saint-Arnaud, 2003; Dozon et Fassin, 2001). Quant à lui, le concept de risque de l'accouchement s'est développé en force au Québec en raison des facteurs contextuels ayant émergé à la suite de la Deuxième Guerre mondiale ayant été mentionnés précédemment. Le contexte de guerre a cependant eu un impact important sur plusieurs aspects sociaux, politiques et économiques qui atteignaient le peuple canadien-français, par exemple, le manque de ressources financières pour une saine

alimentation ou une bonne hygiène, conséquences du départ des hommes au combat et des femmes qui devaient trouver un emploi souvent précaire. Les Canadiens-français faisaient majoritairement partie de la classe ouvrière, donc étaient socialement moins nantis et moins instruits. Pourtant tous ces facteurs n'ont pas fait partie de l'équation de la mortalité infantile et du discours « médico-nationaliste » des médecins de l'époque. Les médecins-hygiénistes ont plutôt mis l'ignorance des femmes à l'avant-plan afin de les rabaisser et de tenter de les convaincre de leur incompetence dans le domaine périnatal (Baillargeon, 2009). Cette construction scientifique a contribué à transformer la notion de danger de mortalité infantile provenant d'un contexte bien défini de guerre et de manque de ressources à celui de risque de la grossesse et de l'accouchement que la population a intégré de façon constante.

« Le risque n'est rien d'autre que le travail de la société par lequel des peurs et des inquiétudes sont rendues perceptibles par une entreprise de domestication, de réduction continue de l'incertitude, de nomination du danger » (Gilbert, 1992 dans Carricaburu, 2007 : 125).

En effet, l'omniprésence du risque au sein de la société québécoise a été fortement médiatisée afin de créer un contrôle et de diminuer les facteurs favorisant les pathologies. Prenons l'exemple de la santé publique et de ses programmes de surveillance, de promotion et de prévention. Le corpus de connaissances issues de la santé publique bénéficie d'une notoriété sociale importante. Elle provient d'études scientifiques de l'ordre du médical, un milieu très prisé dans notre société. Nous n'avons qu'à constater son omniprésence au sein de notre quotidien, que se soit au niveau de notre alimentation calculée selon le guide alimentaire canadien, sur l'activité physique constamment influencée par le nombre d'heures hebdomadaires recommandées et, plus fortement, les politiques de santé publique constamment mobilisées qui entourent le cellulaire au volant de notre voiture. La santé publique se retrouve ainsi dans notre vie privée. Elle utilise sa voix pour normaliser les bons comportements à adopter. La santé publique crée ainsi des politiques et des programmes de prévention, de promotion et de surveillance de la santé afin d'encourager l'adoption de comportements pour une meilleure qualité de vie, et par conséquent une meilleure santé (Dozon et Fassin, 2001; Massé et St-Arnaud, 2003). Elle tente donc de discerner les

comportements à risque pouvant influencer la santé des individus. Le discours du risque est devenu, avec le temps et le contexte social, la norme médicale et il s'est également installé au centre de l'existence des individus de la société (Proulx, 2007; Carricaburu, 2007) constamment rappelés aux conséquences possibles des risques qu'ils courent.

L'obstétrique a été également pénétrée par ce concept qui a construit au cours des années un savoir basé sur le risque et le besoin essentiel de son contrôle. La grossesse, devenue potentiellement à risque non seulement pour la femme et l'enfant, mais pour la survie du peuple, s'ancre ainsi dans un « dispositif » pour mieux contrôler les corps (Foucault, 1963).

« Plusieurs conditions médicales maternelles ont été identifiées au cours des 25 dernières années et ont permis une progression formidable dans la qualité des soins obstétricaux et néonataux. Parmi ces développements, soulignons l'utilisation de l'échographie, l'écoute du cœur fœtal tant durant la grossesse que durant le travail, la prévention des problèmes sanguins reliés au groupe Rh, la prévention des infections comme la rubéole et le développement de test sanguin pour le dépistage d'anomalies génétiques » (Association des obstétriciens et gynécologues du Québec).⁶

Le risque est d'abord imaginé dans l'incertitude et devient réel (Van Loon, 2002) d'après l'apparition d'anormalités captées par des moyens technologiques. « La médecine découvre que l'incertitude peut être traitée, analytiquement, comme la somme d'un certain nombre de degrés de certitudes isolables et susceptibles d'un calcul rigoureux » (Foucault, 1963 :103). Le développement des techniques et des technologies a permis l'objectivation du risque, la prise d'image par l'échographie ou avec le moniteur fœtal externe ont permis de rendre visible ce qui était invisible (Foucault, 1963). L'incertitude face à l'accouchement amène donc le personnel médical dans une vision constante du risque. Cette incertitude

⁶ Association des obstétriciens et gynécologues du Québec.
<http://www.gynecoquebec.com/sante-femme/grossesse/10-grossesse-a-risque.html> [Consulté de 28/07/2014 @ 15h30]

médicale a besoin d'une logique, d'une statistique, d'un mécanisme de contrôle (Carricaburu, 2007; Bouyssou, 1997; Foucault, 1963) afin d'être catégorisée ou voir même contrôlée (Bourdin, 2003). C'est ici qu'entrent en jeu les techniques et les technologies.

1.7. Techniques et technologies

Le risque est nécessaire à l'utilisation des technologies et des techniques médicales afin de répondre plus rapidement aux risques plus urgents (Van Loon, 2002). Par exemple, l'utilisation de la ventouse parce que le temps de poussée est supérieur à la norme du médecin ou de l'institution, ou le recours à l'épisiotomie qui permet de sortir le bébé plus rapidement à la suite de l'apparition de rythmes cardiaques foetaux jugés dangereux par le médecin, ou tout simplement l'utilisation presque systématique du moniteur foetal externe pour rendre visible l'état du fœtus même si la parturiente ne reçoit pas de médication (Vandeboncoeur, 2000). « Risks are modes of enrolment that have to be visualised, signified and valorized in cycles of credit which constitute the basic structure of technoscientific work » (Van Loon, 2002 : 98).

Le besoin de contrôler le risque se fait par un mécanisme de sécurité et de contrôle du corps (Foucault, 1963). C'est par le développement technologique que la médecine aura un contrôle, réel ou imaginaire, des risques de l'accouchement et ce sont les risques probables constamment dénoncés par les obstétriciens qui justifieront l'utilisation de la technologie (Desjardins, 1993; Davis-Floyd, 1992). Les sommes énormes dont bénéficient les recherches scientifiques pour le développement des connaissances médicales et la priorité accordée aux développements technologiques font partie du désir de contrôle du risque (Fox, 1988).

Un exemple plus près et d'actualité contribue à étayer l'énoncé de Fox (1988). Un reportage de Radio-Canada⁷ a révélé que le centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) a fait l'acquisition tout récemment d'un mannequin pour simuler un accouchement. Ce mannequin, appelé Lucina, a été construit par la compagnie CAE spécialisée en modélisation et simulation dans les domaines de l'aviation civile et de la défense, de la technologie à l'état pur! Les étudiant(e)s de médecine et en soins infirmiers peuvent ainsi pratiquer des accouchements sur un mannequin qui contient un mécanisme permettant l'imitation de l'accouchement avec un fœtus mannequin à l'intérieur. L'application de la théorie sur le mannequin animé s'effectue par la voix d'une femme, qui observe et gère la simulation à partir d'une autre pièce grâce à une vitre teintée qui les sépare, permettant ainsi de rendre le mannequin plus réaliste. De plus, il permettrait d'appréhender les risques et les complications possibles d'un accouchement par le contrôle d'une deuxième personne qui peut simuler par exemple une dystocie de l'épaule, une hémorragie, etc. Cette nouvelle avancée technologique peut permettre aux étudiant(e)s de se préparer techniquement avant leurs stages lors de leur externat ou de leur résidence avec de vraies femmes qui accouchent et de vraies complications. Ce mannequin rend ainsi les incertitudes de l'accouchement plus visibles, mieux contrôlables... Cependant, encore une fois, le mannequin reste un robot manipulé par des acteurs qui focalisent sur les risques et les complications. Les étudiant(e)s se concentreront probablement beaucoup plus sur les risques potentiels de l'accouchement au lieu de laisser aller la physiologie naturelle de celui-ci. Afin d'éliminer le plus possible les incertitudes de l'accouchement, le recours aux techniques et technologies se fait plus rapidement. Par ailleurs, ce mannequin a plusieurs limites au niveau de ses mouvements. Par exemple, la seule position possible d'accouchement du mannequin est en lithotomie, c'est-à-dire couchée sur le dos, une position très répandue dans les hôpitaux. En effet, elle est utilisée pour faciliter l'accès et la vision de l'obstétricien, mais elle est, selon plusieurs études, néfastes à l'avancement physiologique de l'accouchement (Davis-Floyd, 2001; Vadeboncoeur, 2004; Arney, 1982;

⁷ http://ici.radio-canada.ca/emissions/le_15_18/2013-2014/chronique.asp?idChronique=339459

Martin, 2010). Les étudiant(e)s étudieront donc avec l'aide un corps-objet constamment à risque, un apprentissage qu'ils relieront à la réalité dans les salles d'accouchement, omettant ainsi la singularité de chaque femme (Dugravier-Guérin, 2010; Akrich & Bernike, 2004; Lemay, 2007) et sa capacité d'accoucher l'enfant physiologiquement dans une position alternative. Leur apprentissage demeure « on the belief that the body is made up of parts which function similarly and can be treated separately from the individual » (Evans, 1993 dans Cherniak & Fisher, 2008). L'apprentissage des étudiant(e)s en médecine et en soins infirmiers se fait au coeur des départements hospitaliers et de l'idéologie du risque. Une façon de faire qui risque de teinter la relation thérapeutique entre l'infirmière et le couple en salle d'accouchement.

Conclusion

Cette recension des écrits a débuté par un aperçu de la littérature existante sur la relation thérapeutique. Une littérature souvent restreinte, situant cette relation au niveau de la dyade soignant-soigné, et qui voile, à certains égards, la relation de soin dans toute sa complexité puisqu'elle n'est souvent étudiée qu'à l'intérieur de notions réductrices telles que l'écoute active, le reflet ou la communication non verbale. Nous avons pu constater rapidement les limites cette approche de la relation thérapeutique à la lumière d'auteurs qui incluent les contextes sociaux, politiques, économiques et locaux (de l'institution) dans les facteurs influençant cette relation.

La généalogie de l'hospitalisation de la périnatalité au Québec a permis d'illustrer l'influence du risque dans la relation thérapeutique entre les parturientes et les obstétriciens des centres hospitaliers. Le discours du risque a ainsi favorisé l'instauration d'un climat de confiance envers les nouveaux détenteurs du savoir périnatal; l'obstétricien et l'infirmière en salle d'accouchement. Le concept du risque a influencé la relation thérapeutique entre infirmière et couple en salle d'accouchement par sa manipulation constante, et ce, à travers l'utilisation des techniques et des technologies (échographie, test sanguins, etc.). Afin de réduire le risque, la manipulation des normes périnatales était donc nécessaire. Peu à peu, l'accouchement à la maison est devenu inapproprié et l'hospitalisation des naissances était la solution aux risques. Des protocoles ont été instaurés afin de mieux contrôler les risques et

d'encadrer la périnatalité. Les visites fréquentes avec l'obstétricien, le remboursement des frais d'hospitalisation par les compagnies d'assurance et surtout la définition d'un accouchement normal ont ainsi donné au corps médical la monopolisation du savoir sur les naissances. C'est le corps médical qui sait. Par conséquent, les femmes ont, peu à peu, donné leur confiance aux médecins et infirmières en salle d'accouchement pour sauver leur enfant. La manipulation historique du concept du risque et du plateau technique a amené ceux des normes et du pouvoir du savoir hégémonique médical. Des concepts qui, tels qu'expliqués dans la recension des écrits, sont essentiels à la théorisation de la relation thérapeutique entre l'infirmière et le couple en salle d'accouchement. En effet, la médiatisation croissante du concept du risque est fortement appuyée par les images et les statistiques (échographie, écoute du cœur foetal par moniteur foetal, prise de sang permettant d'établir la norme du sucre dans le sang, etc.). La présence constante du risque à travers le travail et l'accouchement influence ainsi la relation thérapeutique entre l'infirmière et le couple, et ce tout au long de leur rencontre. La vision du risque à travers des moyens techniques et technologiques est continuellement utilisée au sein de la relation thérapeutique entre l'infirmière et le couple. Par exemple, le moniteur foetal et les tests sanguins sont des outils importants dans l'analyse de la relation thérapeutique, car ils la construisent. L'empathie, l'écoute active se font à travers des outils technologiques permettant une certaine confiance entre l'infirmière et le couple. Le contrôle ou la surveillance du risque par les techniques et la technologie permettent ainsi la promotion du savoir obstétrical et, par conséquent, la définition des normes de l'accouchement.

La littérature qui a étudié la relation thérapeutique sous les notions complètes que sont les normes, le pouvoir et le discours du risque est apparue peu abondante. Des facteurs qui influencent fortement la relation thérapeutique entre l'infirmière et le couple en salle d'accouchement. C'est pourquoi j'ai tenté de rassembler la littérature existante sur ces thèmes, afin de créer une théorie sur la relation thérapeutique à l'image de mon terrain. Sans prétendre avoir généré une théorie englobant toutes les relations de soins, j'ai assemblé des concepts que je crois omniprésents dans les relations infirmières/couple de la salle d'accouchement à la suite de mon processus d'analyse tout au long du terrain de recherche. Avant d'entrer dans l'analyse de mes données à l'aide de ces concepts, il est important de mettre en contexte mon

terrain de recherche. En effet, étant moi-même infirmière en salle d'accouchement sur l'unité étudiée, je me dois de rendre le plus possible cette recherche transparente et d'étaler non seulement mes questionnements et mes limites, mais également les forces de ce rôle de chercheuse « chez soi ».

2.1. Anthropologie chez soi

Tout d'abord, je me présente afin de mieux comprendre ce qu'implique ma démarche scientifique. Je suis infirmière de formation depuis 2005. J'ai travaillé à la salle d'accouchement de l'hôpital observé depuis août 2008, et ce jusqu'en juillet 2013 avec une pause de janvier 2010 à août 2011. J'ai donc fait la recherche « chez moi », c'est-à-dire en terrain connu. Les biais quant à ma méthodologie et mes présupposés lors de l'analyse des données sont probablement plus risqués. Toutefois, nous verrons dans l'explication de ma méthodologie et du déroulement de mon terrain que mes aprioris ont été fortement chamboulés, voire même déconstruits totalement.

Poupart et coll. (1997) font part de l'importance de la « connaissance approfondie du contexte » (p.370) de recherche, afin de mieux saisir les enjeux de la recherche pour finalement mieux orienter la cueillette d'informations pertinentes et nécessaires à la recherche. Étant moi-même infirmière au département où s'est déroulé la recherche, ma connaissance du milieu m'a apporté une grande richesse quant aux informations disponibles et à la compréhension du contexte de travail. La phase d'exploration de mon terrain s'est donc faite durant mes quarts de travail et le processus de recrutement s'est avéré plus simple par la confiance non seulement des infirmières qui m'ont accordé leur précieux temps, mais également des couples observés. Mon statut d'infirmière de l'hôpital m'a ouvert les portes quant aux consentements des couples pour l'observation de leurs interactions avec l'infirmière attitrée. En effet, lorsque j'entrais dans la chambre avec mon sarrau et me présentais comme étudiante en anthropologie, j'interprétais parfois des réactions non verbales quelques fois distantes et incommodées. Lorsque j'ajoutais mon rôle d'infirmière en salle d'accouchement, la confiance semblait mieux s'installer. Je n'ai eu que deux refus de la part des couples sur un total de 19 couples observés. Un autre avantage à mon statut d'infirmière sur mon propre

terrain de recherche est l'accès aux données informelles, plus précisément aux discussions entre les infirmières du département. Ceci s'est avéré d'une richesse incontestable dans l'analyse des données, puisque cela a permis l'accès à des informations plus directes, moins influencées par mon rôle de chercheuse en sarrau blanc. Ces données permettent ainsi une meilleure compréhension de l'objet par la triangulation des données qualitatives recueillies dans le cadre des entretiens semi-dirigés, de l'observation participante et des conversations informelles du département en dehors de mon cadre de chercheuse.

Toutefois, mon rôle d'infirmière en salle d'accouchement comporte quelques désavantages. En effet, les risques de préconceptions et de présupposés en regard de mon statut d'infirmière dans l'interprétation de mes données sont élevés. Étant consciente de ces risques, mon terrain a été teinté de réflexion par rapport à mes interprétations et réactions aux données. En effet, le simple fait d'entrer dans une réflexion professionnelle avec mes collègues comporte des forces et des faiblesses à considérer dans ma méthodologie. C'est pourquoi, j'ai tenu à considérer également l'impact de ma présence non seulement en tant que chercheuse, mais en tant qu'infirmière du département observé. Ignorer ma subjectivité n'aurait pu que fausser les résultats (Ghasarian, 2004). De prime abord, « l'ethnologie ne peut consister en la dichotomie sujet/objet lors de l'observation participante. L'objet n'est pas totalement indépendant des conditions historiques, culturelles et linguistiques d'observation » (Ghasarian, 2004 :10). La subjectivité de l'ethnologue entre constamment en ligne de compte à travers l'observation de son objet. Tout en faisant l'étude des interactions infirmières/couples, je devais donc également porter attention à mes interactions personnelles et professionnelles tant du point de vue de chercheuse, d'infirmière et comme collègue de travail, et ce envers les infirmières, les couples et les médecins. En effet, plutôt que de les éviter ou des les nier, ces données doivent être mises en lumière tout au long de la recherche et de l'analyse (Kleinman et Copp, 1993 dans Ghasarian, 2004). Le processus d'objectivation du chercheur doit tenir compte de ses propres limites intellectuelles, de ses conditions sociales et des intérêts personnels (Bourdieu, 1978) afin d'en arriver à une version de la réalité, à une vérité partielle (Ghasarian, 2004). C'est ce que j'ai tenté de mettre en lumière tout au long de mon analyse. Je tenterai donc, tout au long de ma discussion, d'être transparente dans les limites rencontrées quant à mon rôle d'anthropologue chez moi, et ce lors de ma collecte de

données et tout au long de mon analyse. Avant d'entrer dans les détails de ma méthodologie, je ferai part de mes objectifs de recherche, du contexte démographique et de l'ethnographie de mon terrain.

2.2. Objectifs de recherche

Au début de mon terrain, ma question de recherche portait plus spécifiquement sur les facteurs influençant la relation thérapeutique entre l'infirmière et le conjoint en salle d'accouchement. Mes objectifs portaient sur l'influence de l'identité ethnoculturelle, de la religion et du concept de paternité dans la relation de soins. Cependant, lors de mon terrain, j'ai observé que ces facteurs semblaient secondaires à l'influence sur la relation infirmière/conjoint, outre un conflit partagé par toutes les infirmières. En effet, celui du conjoint de confession musulmane qui refusait que sa femme prenne l'épidurale, alors qu'elle la demandait. Mise à part cette situation, j'avais l'impression de passer à côté d'une analyse macrosociale qui semblait prioritaire à mes objectifs premiers. Plus j'avancais dans mon terrain, plus je m'éloignais de mes objectifs préétablis pour me rendre compte que plusieurs facteurs en lien avec le contexte institutionnel influençaient plus fortement les relations. Des facteurs observés parmi toutes les infirmières faisant partie de la recherche. J'ai donc corrigé le tir et orienté la réflexion sur des objectifs qui étaient plus susceptibles de cibler les facteurs qui influencent la relation thérapeutique. Cependant, à la suite de cette analyse, l'étude des relations selon mes objectifs premiers cités ci-haut demeure tout à fait pertinente et fort intéressante, mais j'entamerai probablement ce projet dans un avenir plus ou moins rapproché.

L'objectif principal de ma recherche est donc d'analyser les facteurs qui influencent la relation thérapeutique entre l'infirmière et le couple en salle d'accouchement à l'hôpital étudié, et ce à travers le contexte social, historique et institutionnel. Mon étude comporte cinq sous-objectifs spécifiques permettant l'atteinte de mon objectif principal :

- Décrire le déroulement du travail et de l'accouchement des couples observés.
- Comprendre le fonctionnement de l'institution hospitalière, plus précisément du département des naissances.
- Documenter le contexte de travail des infirmières en salle d'accouchement.
- Décrire les facteurs favorisant la relation thérapeutique entre l'infirmière et le couple.
- Cibler les facteurs entravant la relation thérapeutique entre l'infirmière et le couple.

Je tenterai donc d'explorer ces objectifs dans le but de mieux saisir les enjeux entourant la relation thérapeutique entre les infirmières et les couples en salle d'accouchement.

2.3. Méthodologie et outils de recherche

Afin de documenter le sujet de recherche, j'ai utilisé une méthode de recherche qualitative permettant une approche holistique et inductive. L'étude de cas m'a ainsi permis d'analyser plus en profondeur non pas des faits et des objets statiques, mais des « expérience[s] recelant des significations et des symboles qui agissent dans les interactions des acteurs sociaux et définissent leur point de vue sur celles-ci » (Hamel, 1997 :28). Teintée de l'approche de l'interactionnisme symbolique, l'analyse des influences à travers les interactions entre les infirmières et les couples en salle d'accouchement devait se faire par l'entretien semi-directif afin de mieux cerner le point de vue des infirmières tout en tenant compte du contexte social (Poupart, 1993, 2011). « Le caractère interactif de la recherche qualitative est aussi lié à l'inévitable réflexivité de la recherche » (Poupart, 1993 :370). En effet, en étudiant les interactions entre les infirmières et les couples en salle d'accouchement à travers une méthode qualitative, il est important ici de tenir compte également de l'interaction observatrice et observé, car l'observation a un impact important sur l'objet observé tout autant que l'objet a un impact sur l'observateur (Poupart, 1993). Ma deuxième identité d'infirmière

en salle d'accouchement connue de mes répondantes a à la fois favorisé mes observations et ma collecte de données par la confiance de celles-ci envers moi, à la fois entravé le processus par leur timidité lors du début des entrevues et lors des premières observations participantes. De plus, mon rôle d'infirmière au département étudié comportait des risques quant à mon objectivité par rapport à mes observations. En effet, la routine du département peut s'avérer très utile dans l'analyse de mon sujet, par contre, faisant partie de cette routine, des détails pertinents à l'analyse ont probablement été omis dans mon analyse. Toutefois, mon désir de réflexivité constante tout au long du terrain et la pause scolaire de neuf mois prise entre mon analyse et l'écriture de ce mémoire m'ont permis un recul important quant à mes présupposés et préconceptions en rapport avec mon sujet.

2.3.1. Déroulement du terrain de recherche

2.3.1.1. Recrutement

Le recrutement des infirmières s'est déroulé pendant une période d'environ trois semaines. Une lettre expliquant le projet (voir Annexe I) et décrivant le type d'infirmière recherchée a circulé sur le département et a été également partagée par l'infirmière-chef dans les « weekly news »⁸. Afin de limiter la variabilité culturelle et linguistique chez les infirmières, je recherchais des infirmières nées au Québec ou y habitant depuis au moins dix ans et qui devaient avoir une bonne communication en français. Mon objectif était de faire l'étude de quatre à six cas. Les six infirmières impliquées se sont proposées de leur propre chef pour la recherche.

⁸ Document permettant la mise à jour d'informations pertinentes aux département et lu par la majorité des infirmières.

2.3.1.2. Entretiens semi-dirigés avec les infirmières

Les entretiens semi-dirigés se sont déroulés entre les mois de janvier et mars 2013. Avant d'entreprendre mes entretiens avec les infirmières recrutées, j'ai effectué un pré-test avec une infirmière en salle d'accouchement, mais travaillant dans un autre centre hospitalier. Cette étape a permis de réajuster le guide d'entretien sur des questions légèrement ambiguës, de supprimer les questions non pertinentes et d'en ajouter d'autres permettant l'approfondissement des sujets qui semblaient plus pertinents. Trois entretiens ont eu lieu avant l'observation participante des infirmières en interaction avec les couples. Deux autres entretiens se sont produits après l'observation et un entretien s'est déroulé la même journée qu'une observation participante puisque c'était la seule disponibilité de l'infirmière. Deux entretiens ont eu lieu à la cafétéria de l'hôpital après le quart de travail des infirmières selon leur disponibilité. Un entretien s'est déroulé chez une infirmière, un autre dans un café, un par Skype et finalement le dernier entretien a eu lieu dans une chambre d'accouchement libre lors d'un quart de travail.

2.3.1.3. Observation participante

L'observation participante s'est avérée primordiale dans la recherche afin de « saisir les interactions sur le vif et observer les comportements » (Poupart, 1993 :98) des infirmières avec les couples en salle d'accouchement. Ces données ont été utiles puisqu'elles ont permis une comparaison avec le discours des infirmières lors de leur entretien respectif. Chaque infirmière a été observée lors de trois quarts de travail différents. Chaque observation a duré environ 8 heures avec parfois jusqu'à trois couples différents ce qui a permis d'observer une diversité d'interactions et d'obtenir une certaine saturation empirique (Pires, 1997). En fait, au-delà de la saturation empirique, les observations participantes, qui se sont étalées durant trois mois, ont permis une réflexion importante sur le déroulement de la recherche et ont permis de recentrer les objectifs initiaux qui portaient davantage sur la place du père issu de l'immigration dans la salle d'accouchement. Plus le travail avançait, plus il apparaissait évident que des facteurs omniprésents et récurrents transcendaient la relation thérapeutique

entre les infirmières et les couples. L'observation participante m'a donc permis de réajuster mes objectifs de recherche afin d'approfondir des thèmes plus prioritaires à ma recherche qui sont le couple pouvoir/savoir, l'influence des normes et la triade risque-technologie-sécurité.

De plus, heureusement, ces thèmes faisaient également partie de mon guide d'entretien ou des réponses des infirmières qui semblaient, à prime abord, secondaires, mais qui se sont avérés être le fils conducteur entre les infirmières et qui sont devenus le cœur de ma recherche. Les observations spontanées ainsi que les conversations informelles survenues à travers mes quarts de travail et lors des pauses des infirmières ont également été recueillis et transformés en données (De Sardan, 2008) pertinentes à la recherche. De plus, certains documents du département ont été retenus dans l'analyse de mon terrain tel que le livre de formation des nouvelles infirmières et les documents du programme d'enseignement du département nommé *Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux* (AMPRO).

2.3.1.4. Recrutement des couples

Le recrutement des couples observés se faisait le matin même. Conjointement avec l'infirmière responsable de nuit, je tentais de jumeler l'infirmière observée avec une parturiente dont le conjoint était présent dans la salle d'accouchement et dont le couple provenait d'un pays faisant partie soit de l'Amérique Latine, du Maghreb ou de l'Asie⁹. Une fois les possibilités établies, je rentrais dans la ou les chambres et me présentais comme étudiante en anthropologie et infirmière du département. J'expliquais le projet de recherche et leur implication dans celui-ci en mentionnant la confidentialité totale des informations recueillies et en insistant sur le fait que la recherche focalisait à priori sur le comportement de

⁹ Le choix de ces trois régions du monde avait pour objectif une analyse comparative de la relation thérapeutique entre l'infirmière et le conjoint, mais surtout parce que ces régions du monde représentent plus fréquemment les parturientes du département mère/enfant. Toutefois, après la transformation de mes objectifs, cette démarche méthodologique n'a finalement pas été utilisée dans mon analyse.

l'infirmière jumelée avec eux. Le formulaire de consentement en français ou en anglais était expliqué et quelques minutes de réflexion étaient laissées au couple en privé avant la prise de décision et la signature du consentement.

2.3.2. Aspects éthiques

Le projet s'est déroulé dans un centre hospitalier où les informations confidentielles des données et l'identité autant chez les infirmières et les couples observés sont d'une grande importance. Afin de respecter ses normes, le protocole de recherche, le guide d'entretien (Annexe II), la feuille de recrutement ainsi que les deux formulaires de consentement (couples et infirmière) ont été préalablement approuvés par le comité d'éthique et de la recherche de la faculté des arts et des sciences (CERFAS) de l'Université de Montréal le 1^{er} décembre 2012 ainsi que par le comité de recherche de l'hôpital le 6 décembre 2012. De plus, les lettres (*A, B, C, D, E* et *F*) ont été attribuées à chaque infirmière participante afin de garantir l'anonymat et aucun nom des couples ne se retrouve dans cette recherche.

2.3.3. Limites du terrain

Tel que mentionné précédemment, mon statut d'infirmière a apporté des avantages à ma recherche, mais également des désavantages qui se sont avérés être des limites. Ces limites se sont dévoilées au cours des observations participantes. L'appellation de cette technique de collecte de données en dit long sur son implication. En effet, l'observation est participante « du fait que l'observateur prend part lui-même aux comportements et rituels qu'il observe à titre d'anthropologue » (Hamel, 1997 :28). Tout d'abord, par le simple fait de connaître et de faire partie de l'équipe de travail du département, il se peut qu'il y ait des détails importants dans l'ethnographie qui m'ont échappés. Par exemple, des actes posés par l'infirmière qui me sont familiers ou routiniers qu'un chercheur néophyte en salle d'accouchement pourrait remarquer. Ensuite, ma présence peut également influencer le déroulement « normal » de la

relation thérapeutique entre l'infirmière et le couple, mais également les comportements normés du département.

Mon rôle d'infirmière connu de part et d'autre par le couple et l'infirmière a fortement influencé l'interaction observée. En effet, par exemple, lors d'une présentation de ma recherche à un couple provenant du Mexique, le simple fait de me présenter en espagnol (le couple ne parlait pas français et se débrouillait à peine en anglais) a complètement bouleversé la relation thérapeutique avec leur infirmière assignée. Le conjoint se référait à moi afin de répondre à ses préoccupations. L'infirmière observée l'a remarqué et elle m'a fait part de son inconfort. Une erreur qui m'a permis de réfléchir sur mon implication dans la salle d'accouchement, sur ma façon de me présenter au couple, sur mes comportements et mes gestes dans la chambre.

De plus, par soucis éthique professionnelle comme infirmière en salle d'accouchement et d'entraide avec l'infirmière observée, lorsque la situation se détériorait, je prenais également part aux soins. Par exemple, lors de la naissance d'un bébé, des manœuvres de réanimation devaient se faire, j'ai pris part aux manœuvres en aidant non seulement l'infirmière de façon technique, mais également humaine, car en voyant qu'elle ne parlait pas avec le père qui s'était approché de nous et qui semblait très inquiet, j'ai dû (ou j'ai senti la nécessité) de lui expliquer les manœuvres en tentant de le rassurer. Dans ce cas, ma participation participante n'était plus périphérique, mais bien active, voire même complète si l'on se fit à l'échelle de Lapasade (1991). Bref, ses limites font partie de mes observations participantes et je suis consciente qu'elles doivent être prises en considération dans le processus de mes analyses. Mon mémoire ne se veut pas une recherche de LA vérité, mais bien des « traces objectives de morceaux de réels tels qu'ils ont été sélectionnés et perçus » (Oliver de Sardan, 1995 : 76 dans Ghasarian, 2004) suite à mon analyse, et ce, malgré les risques encourus de par mon rôle d'anthropologue chez soi.

2.4. Méthode d'analyse

2.4.2. Réduction des données

La thématisation de mes données s'est effectuée « en continue » (Paillé et Mucchielli, 2003). Tout au long de la lecture des entretiens et de mon journal de bord, des mots-clefs, des annotations et des sous-thèmes ont été notés et ont permis après 2 ou 3 relectures de les regrouper et de hiérarchiser sous forme de thèmes principaux (Paillé et Mucchielli, 2003). À la suite de ce travail minutieux et en raison des changements d'objectifs, certains thèmes sont apparus et d'autres disparus. J'ai enfin dégagé 17 catégories thématiques ou sous-thèmes qui m'ont permise d'ordonner les données recueillies : risque, danger, sécurité, violence, accouchement, relation thérapeutique, normal/anormal, corps, contrôle, savoirs experts/savoirs profanes, culture, normes, pouvoir, agentivité, conflit, relation infirmière/médecin, relation médecin/couple. Finalement, trois grands thèmes ont construit ce mémoire, soit le risque, le pouvoir/savoir et les normes. Ce sont des thèmes qui transcendent mes données à la fois verticalement par les réponses de chacune de mes répondantes sur ceux-ci et horizontalement par les expériences partagées entre les infirmières sur un même thème.

Avant d'approfondir l'analyse de ces thèmes, une mise en contexte des lieux observés et une ethnographie du travail des infirmières permettra de bien camper le terrain et de bien situer le lecteur.

2.5. Contexte démographique

L'hôpital observé est un des centres les plus achalandés sur l'île de Montréal avec plus de 4500 naissances par année¹⁰. Être infirmière en salle d'accouchement de cet hôpital c'est donc de travailler dans un environnement de performance et de rapidité afin de pallier aux

¹⁰ <http://www.smhc.qc.ca/fr/departements-et-programmes/m-re-enfant> [Consulté le 05/08/2014 @ 10h48]

besoins très importants. L'hôpital est situé dans le quartier Côte-des-Neiges sur l'île de Montréal. Il dessert un des quartiers les plus peuplés et diversifiés par rapport à l'origine ethnique au Canada.¹¹ Dans ce quartier, environ une personne sur deux (43,2 %) est née à l'extérieur du Canada et environ 15 % proviennent de l'immigration récente.¹² Cet hôpital est au cœur d'une richesse et de défis culturels avec plus de 70 % de nouveau-nés de parents natifs de l'extérieur du Canada, comparativement à 54,5 % pour Montréal en général.¹³ Le département des naissances compte 38 médecins répondants aux besoins de périnatalité, dont 16 omnipraticiens et 22 obstétriciens/gynécologues.¹⁴ Le département est également desservi par 68 infirmières dont plusieurs proviennent de l'extérieur du Canada. En effet, environ le tiers des infirmières proviennent de la Russie, de l'Ukraine, du Chili, du Pérou, de l'Angleterre, etc. Un autre tiers des infirmières sont nées au Québec de parents nés à l'étranger soit Haïti, Vietnam, Italie, Philippines, etc. Finalement, le dernier tiers sont des infirmières nées au Québec, de parents également nés au Québec, anglophones ou francophones. Bref, cet hôpital, plus précisément la salle d'accouchement, regorge de diversité culturelle tant parmi sa clientèle que parmi son personnel soignant.

2.6. Ethnographie de la salle d'accouchement

Vu de l'extérieur, avec ses huit étages et sa petite taille, l'hôpital semble être un hôpital communautaire, sans trop d'achalandage. Toutefois, la salle d'accouchement ne reflète pas nécessairement cette vision. En effet, avec plus de 4500 naissances par année, le département des naissances est l'un des plus importants de l'île de Montréal. 4500 accouchements par année, c'est une moyenne de 12 accouchements par jour, de 4 accouchements par quart de travail en plus des femmes en travail. La salle d'accouchement compte 12 chambres

¹¹ <http://www.mcgill.ca/familymed/fr/sites-denseignement/umf/st-mary> [Consulté le 05/08/2014 @ 10h48]

¹² Rapport annuel 2010-2011. Le CHJSM : au Coeur de notre communauté. Centre hospitalier affilié universitaire, McGill

¹³ Centre de santé et de services sociaux de la Montagne – Centre affilié universitaire, Rapport annuel de gestion 2012-2013

¹⁴ <http://www.smhc.qc.ca/fr/patients-et-visiteurs/visitez-l-h-pital/obs-gyn-2> [Consulté le 05/08/2014 @ 10h48]

d'accouchements, une chambre avec deux lits pour les surveillances ante natale ou la préparation des césariennes prévues et quatre places dans la salle de triage, qui permettent l'évaluation de plusieurs femmes enceintes de 20 à 41 semaines de gestation. Sur le département, chaque infirmière est jumelée à une parturiente. Il arrive parfois, avec l'achalandage, que quelques infirmières se retrouvent avec deux parturientes. Ce qui semble, à première vue, léger comme tâche, mais qui, en réalité, augmente considérablement la charge de travail et le stress de ces professionnelles. Parfois, un seul quart de travail peut compter dix accouchements, ceci sans compter les autres parturientes en travail actif sur le département.

2.6.1. Les quarts de travail

Le département des naissances compte plus de 60 infirmières qui se séparent le travail en 6 différents quarts. Il existe des quarts de 8 heures ou de 12 heures. Les quarts de travail de 8 heures sont de 7 h 30 à 15 h 30, 15 h 30 à 23 h 30 et de 23 h 30 à 7 h 30. Pour ce qui est des quarts de 12 heures, la majorité des infirmières travaillent de 7 h 30 à 19 h 30 ou de 19 h 30 à 7 h 30. Deux ou trois postes de 12 heures sont d'une durée s'échelonnant entre 11 h 30 et 23 h 30. Les quarts sont habituellement en rotation. C'est-à-dire que sur une période de 14 jours (ce qui correspond à une période de paie), les infirmières travaillent dans 2 quarts de travail différents, la plupart du temps elles font la moitié de jour et l'autre moitié de nuit. Certaines ne préfèrent travailler que la nuit, ce qui leur est certes accordé vu la rareté de ce choix. D'autres ne voudront faire que le soir, ces quarts de travail sont habituellement que de 8 heures. Par contre, le privilège de travailler seulement de jour est rarement accordé, et ce malgré l'ancienneté des infirmières. À cet effet, une limite importante de ma recherche porte sur les quarts de travail. En effet, il aurait été intéressant et pertinent d'étudier la relation thérapeutique des infirmières sur les quarts de jour, de soir et de nuit afin de les comparer. Le quart de jour est plus achalandé, plus bruyant en raison de l'augmentation du nombre de personnel infirmier, administratif, médical et des étudiant(e)s. Le soir et la nuit sont comparables quant au nombre plus restreint de personnel. Ceci se reflète par une ambiance plus calme, mais non moins achalandée. J'ai eu comme restriction, de la part du comité d'éthique de l'hôpital, de n'effectuer cette recherche que durant la présence de l'infirmière

chef de l'unité, c'est-à-dire lors du quart de jour et durant les journées de la semaine. Il a donc été impossible de recueillir des données formelles lors des quarts de soir, de nuit et les fins de semaine. Toutefois, ayant un poste de soir à ce département, mon terrain de recherche m'a permis de travailler avec des infirmières qui ne travaillent habituellement pas les quarts de soir. Un détail pertinent qui m'a permis de travailler avec un personnel moins connu. De plus, les données informelles ont été recueillies également lors de mes quarts de travail de soir, ce qui s'avère une plus value.

2.6.2. Déroulement des journées

La dynamique au cœur du département change entre chaque quart de travail. Le quart de jour (7 h 30 à 15 h 30) est habituellement très mouvementé et plus bruyant vu la concentration plus élevée de personnel. En effet, les infirmières sont plus nombreuses (7 à 9) afin de pallier aux césariennes prévues à l'horaire. Le personnel administratif est également plus nombreux afin de supporter autant les infirmières que les médecins en ce qui à trait aux procédures bureaucratiques. Deux préposés aux bénéficiaires se retrouvent également sur l'unité. Nous croisons habituellement un ou deux médecins de plus que le soir. Ils viennent pour les césariennes prévues ou tout simplement parce qu'il sont présents dans l'hôpital et viennent voir s'ils ont des patientes au département. L'infirmière-chef et l'infirmière à l'éducation (elle s'occupe généralement de l'orientation des nouvelles infirmières, de la création ou de la mise à jour de nouveaux protocoles conjointement avec les médecins, etc.) sont également présentes de jour. Ce quart de travail permet quelques réunions éclair ou des petits diners-conférences pour les infirmières sur place.

Le département a été rénové il y a environ 10 ans. À leur arrivée, les infirmières se dirigent dans le vestiaire situé à l'extérieur du département en face des ascenseurs. Un code doit être fait pour y entrer. Elles insèrent leur uniforme bleu poudre et profitent de ce moment pour discuter avec les infirmières qui entrent sur le même quart de travail. Elles passent ensuite par l'entrée principale ou par la porte réservée au personnel. À leur arrivée, elles se dirigent directement au centre des bureaux des infirmières, médecins et du personnel administratif où

se trouve le grand tableau indiquant les informations des parturientes présentes dans les chambres. À chaque patiente, nous y retrouvons les informations suivantes :

- Numéro de chambre
- Nom de famille de la parturiente
- Médecin de garde / Médecin durant le suivi de grossesse
- Dilatation et effacement du col
- Station du fœtus
- Statut du streptocoque B
- Semaines de gestation
- RésidentE et étudiantE suivant la parturiente
- Prénom de l'infirmière attitrée

Les infirmières ont donc un premier portrait général de la parturiente qui leur est attitrée et elles se dirigent habituellement vers l'infirmière du quart de travail précédant pour recevoir le rapport. Le rapport se fait aux postes des infirmières. Les informations partagées sont habituellement un résumé de la première page du cahier de la parturiente. Le nombre de grossesses, nombre d'avortements, nombre de semaines de gestation, allergie, problème médical, problème lors de grossesse et naissance antérieure, statut du streptocoque B. Ensuite, un résumé du déroulement du travail de la parturiente est fait. La raison de son hospitalisation (en travail actif, pour provocation, perte du liquide amniotique, etc.), l'évolution de l'ouverture du col de l'utérus, la fréquence et l'intensité des contractions, si la parturiente a ou désire l'épidurale ou non. Des spécificités sur les désirs et les comportements de la parturiente et de son conjoint sont également partagées. Il est fréquent d'entendre des commentaires personnels et subjectifs comme « c'est une bonne patiente », « elle est un peu princesse », « c'est un couple très cute », etc. Suite au rapport, l'infirmière de jour s'installe habituellement au poste pour réviser le dossier, afin de capter toutes les informations, pour ensuite se diriger dans la chambre de la parturiente et se présenter. Certaines infirmières préféreront se diriger directement dans la chambre pour faire le premier contact et ensuite s'assurer d'obtenir toutes les informations du dossier.

La charge de travail, le nombre élevé de parturientes et la clientèle multiculturelle à l'hôpital observé ont permis d'obtenir un terrain d'observation riche en données anthropologiques quant au contexte de la relation thérapeutique entre les infirmières et les couples. Bien sûr, étant infirmière du département lors de ma recherche, j'ai pu bénéficier d'une certaine facilité quant à la compréhension de mon terrain de recherche. Toutefois, l'observation attentive de mon terrain et l'écoute de mes répondantes ont permis de réajuster les objectifs de recherche tout au long de l'observation participante.

Le plus intéressant dans ce constat est l'omniprésence du discours du risque même au sein des accouchements normaux ou physiologiques ne représentant pas, au départ, de risque ou d'anomalie. Nous verrons dans le chapitre qui suit, l'impact de la société du risque (Beck, 2002, 1986) à travers le travail quotidien des infirmières en salle d'accouchement.

3.1. L'infirmière et le risque

Tel que mentionné au premier chapitre, le rôle de l'infirmière dans la salle d'accouchement a pris forme dans un contexte de mortalité infantile post deuxième Guerre mondiale. L'éducation des futures mères sur les bienfaits de la prise en charge médicale à la suite des risques grandissants de la mortalité infantile a été un des rôles cruciaux à la réussite de l'hospitalisation des naissances au Québec. En effet, les médecins-hygiénistes, voulant faire passer le message le plus efficacement possible, ont formé des femmes professionnelles pour pénétrer dans les maisons et ainsi éduquer les autres femmes.

« [Ces] infirmières-visiteuses devaient impérativement respecter «l'étiquette professionnelle», c'est-à-dire s'abstenir d'établir un diagnostic, de poser un geste médical, de contredire les ordres du médecin ou de dire ou faire quoi que ce soit qui puisse lui porter ombrage » (Baillargeon, 2009 :190).

Le rôle de l'infirmière dans le domaine des naissances vient ainsi prendre forme dans ce contexte sociohistorique précis où la mortalité infantile ébranle le peuple canadien-français. Les infirmières-visiteuses sont formées par les médecins-hygiénistes porteurs du discours du risque et qui visaient les femmes dans leur incapacité à prendre soin de leurs enfants. L'infirmière devait suivre les ordres du médecin sans le contredire, elle devait donc adhérer au même discours « médico-nationaliste » basé sur le risque. C'est le début d'une histoire obstétricale qui se perpétuera à travers le temps et l'espace. À ce titre, ce chapitre illustre comment le concept du risque guide encore aujourd'hui le comportement des infirmières en salle d'accouchement, et par le fait même la relation thérapeutique.

3.1.1. Le risque structuré et les outils de travail

L'outil de travail de base des infirmières est le cahier de la parturiente. Ce cahier est le premier contact de l'infirmière avec la parturiente. Dès son arrivée, l'infirmière feuillette ce document d'environ dix pages afin d'obtenir un portrait général sur l'historique de grossesse, de naissance et la genèse médicale de la parturiente. Si la parturiente est nouvellement admise, dès la première rencontre, l'infirmière attitrée posera les questions en lien avec les énoncés du cahier :

- Nom de famille et prénom
- Date prévue d'accouchement
- Nombre de semaines de gestation
- # de grossesses/ # de bébé né à terme/ # de bébé né prématuré/ # avortement/ # d'enfant vivant
- Allergies
- Médication prise
- Chirurgie et maladie antérieure et présente
- Statut de GBS : si positif heure de la première dose d'antibiotique administrée Hépatite B, Rubéole, groupe sanguin
- État des membranes : rompues/intactes, heure de la rupture, rupture spontanée/artificielle.
- Heure du début du travail actif
- Problèmes lors des grossesses et des naissances antérieures
- En cas d'urgence, est-ce que la parturiente accepte de recevoir des transfusions sanguines.

Le premier contact avec la parturiente et la construction de son historique se basent sur des questions très objectives et mécaniques. Ce sont des questions pertinentes et nécessaires pour connaître l'état de santé général de la parturiente, mais surtout pour la prévention des risques possibles de l'accouchement. En effet, la connaissance des antécédents médicaux, de grossesses et de naissances de la parturiente orientera les interventions de l'équipe médicale. Une parturiente qui, lors de son dernier accouchement, a eu une hémorragie sera observée de façon plus pointue tout au long de son travail, de l'accouchement et du post-partum. Il est essentiel de mentionner qu'il n'y a aucune question sur la vision et les désirs de la parturiente

et du conjoint sur le déroulement de leur accouchement (ce qu'ils ont aimé ou pas de leurs dernières expériences, leur vision de l'accouchement, etc.). Les informations ne s'en tiennent qu'à des données objectives et techniques de la parturiente. Aucune question sur le conjoint n'est présente dans le cahier. Bien que l'infirmière, par sa propre initiative, puisse s'intéresser à des sujets plus subjectifs du couple, l'information n'est cependant pas partagée par des outils visuels permettant la transmission de l'information dans l'équipe de soins. De plus, lorsque les informations subjectives sont partagées par écrit, par exemple à l'aide d'un plan de naissance auquel le couple a pris le temps de réfléchir et qu'il a élaboré, ces informations sont souvent omises, voire même ridiculisées.

Dans un contexte hospitalier, les couples et les infirmières ne se connaissent pas. Le couple doit entrer en relation avec une ou plusieurs infirmières, médecins, résidents inconnus et dans des moments intenses en émotions, en douleur et parfois inquiétants. Le plan de naissance permet ainsi au couple de faire part de leurs désirs, de leur vision de l'accouchement et des soins au nouveau-né, et ce, à tous les intervenants sans avoir à le verbaliser à chaque fois. Cependant, parfois, les infirmières ne prennent pas le temps de le lire et se justifient en disant : « ça ne se passe jamais comme ils veulent de toute façon »¹⁵ ou bien lors d'une journée très occupée sur le département, une infirmière, en voyant le plan de naissance dans le dossier, dit : « Regarde, j'suis désolée, mais aujourd'hui, c'est pas l'moment pour un plan de naissance »¹⁶. *A* a partagé ceci sur les plans de naissance lorsque nous discutons de la présence d'une culture médicale informelle au sein du département des naissances : « Puis les patientes qui viennent avec les plans de naissances (rire). Y'a toutes sortes de commentaires là-dessus aussi ». En effet, lors des observations participantes, mais également lors de mes quarts de travail régulier, j'ai été témoin de réactions négatives relativement aux plans de naissance des couples de la part de l'infirmière attitrée et des collègues de travail. Lors de l'observation participante avec *C*, à la vue du plan de naissance de la parturiente, *C* a roulé ses yeux montrant un désaccord avec le document. Je lui ai donc demandé ce qu'il y avait. Elle

¹⁵ Observation spontanée d'une infirmière non participante lors de mon observation participante avec *C*.

¹⁶ Observations informelles lors de mon quart de travail le 18/07/2013.

m'a répondu que la parturiente se plaint des douleurs alors qu'elle n'est pas en travail actif. C ne croit pas que le plan de naissance servira et que la parturiente prendra sûrement l'épidurale. Certaines infirmières ne liront tout simplement pas le plan de naissance. Par contre, d'autres infirmières prendront le temps de lire le plan et d'en discuter avec le couple.

Bref, les informations transmises entre l'infirmière et le couple en salle d'accouchement portent beaucoup plus sur des aspects techniques, basés sur le risque que sur la physiologie de l'accouchement et les désirs réels du couple par rapport à leur expérience de l'enfantement. La collecte de données basée essentiellement sur les facteurs de risque potentiels à l'accouchement est une méthode devenue routine qui omet ainsi la physiologie de la parturiente et la subjectivité du couple. Davis-Floyd (2001 : 10) résume bien cette situation en mentionnant que « When an ideology is hegemonic, all other competing ideologies become "alternative" to it ». Avoir un plan de naissance, un désir d'accouchement naturel est devenu une *alternative* qui apparaît comme étant une idéologie hors norme plutôt qu'une autre façon d'aborder l'accouchement.

La deuxième page du cahier de la parturiente révèle une routine de travail bien ancrée sur les aspects techniques du travail et de l'accouchement. En effet, dans les pages qui suivent, les données suivantes doivent être surveillées chaque 15-30-60 minutes selon le stade de travail et d'accouchement de la parturiente :

- Rythme du cœur fœtal / accélération? / décélération? Variable? : la durée et l'intensité
- Contraction : intensité, durée, tonus de l'utérus au repos
- Examen du col : dilatation, effacement, station du fœtus, nom de l'examineur.
- Si épidurale : débit de perfusion, état de conscience de la parturiente, évaluation du bloc moteur.
- Sac amniotique : intact ou rupturé, spontanément ou artificiellement, heure de rupture, aspect de liquide amniotique / Méconium? / Saignement?
- Perfusion intra-veineuse : description, vitesse de perfusion, aspect du site d'injection.
- Excreta : Urine de la parturiente / quantité / heure
- Échelle de douleur de 1 à 10, état de la parturiente (ex. : anxieuse, calme, paniquée, endormie)
- Initiales de l'évaluateur (l'infirmière)

Ces informations sont rapportées par des crochets ou des lettres reliées à une légende préétablie dans le cahier. Une petite partie de la page (environ un cinquième) est dédiée à l'écriture d'informations autres. Donc, très peu de place à la subjectivité. Les mots de la parturiente et les informations sur le conjoint sont rarement transcrits, voire même inexistantes. La plupart du temps, ces lignes blanches sont remplies par des discussions ou des *ordonnances* du médecin, des refus de traitement de la part de la parturiente, etc. Bref, des informations techniques permettant de compléter la liste préétablie. On enseigne aux infirmières que ces lignes sont destinées aux informations complémentaires ne pouvant apparaître dans les cases préétablies, afin d'avoir une meilleure image de l'état clinique et surtout pour écrire les démarches de soins de l'infirmière, souvent dans un but de protection de son statut professionnel. Par exemple, s'il y a refus de traitement de la part de la parturiente, l'infirmière doit annoter toutes informations pertinentes démontrant sa démarche clinique (la parturiente est avisée des risques quant au refus de traitement, le médecin est avisé du refus de la patiente, la présence du médecin dans la salle d'accouchement, le refus de traitement a été signé). Ce sont des informations écrites importantes, nécessaires à la protection juridique de l'infirmière au cas où un événement critique arriverait suite au refus de traitement.

Cet outil de travail des infirmières semble à priori banal, mais il est possible d'y déceler le désir de retranscription des risques potentiels, un besoin de contrôler la situation. En effet, c'est l'outil parfait pour le désir de contrôle et de surveillance de l'incertitude (Carricaburu, 2007; Bouyssou, 1997; Foucault, 1963; Bourdin, 2003) quant à un événement critique.

Les observations et les réactions par rapport aux plans de naissance et l'outil de travail de base des infirmières ne donnent qu'une brève idée de l'omniprésence du risque dans les gestes et les discours des infirmières pouvant ainsi influencer la relation thérapeutique entre l'infirmière et le couple en salle d'accouchement. Effectivement, les paroles échangées entre l'infirmière et le couple seront fortement influencées par le désir d'obtenir des réponses pour remplir les cases par un crochet ou une lettre. L'omniprésence du concept de risque par la cueillette de données objectives dans le fonctionnement et l'organisation du travail des

infirmières constitue ainsi une ligne directrice dans la construction de la relation infirmière-couple, ce qui est également perceptible dans l'analyse du risque à travers le plateau technique. Auparavant, le discours d'une infirmière et sa vision de la culture médicale en salle d'accouchement seront présentés, afin d'identifier les facteurs susceptibles d'influencer la relation thérapeutique.

3.1.2. Discours de B

Le discours des infirmières sur leur vision de l'accouchement peut également fournir des pistes sur les facteurs influençant leur relation thérapeutique avec le couple en salle d'accouchement. À ce titre, une entrevue réalisée avec une infirmière (*B*), quant à sa vision de la culture médicale au département, s'est avérée éloquent pour mieux comprendre la relation thérapeutique :

« Je veux pas trop médicaliser l'accouchement, mais en même temps c'est un événement uh... très uh... très critique. C'est sûr que la femme est en santé, mais un accouchement peut être très uh... une situation très critique pour la femme, pour l'enfant, pour le couple. Puis uh... un suivi médical pour moi est pas nécessairement négatif. Parce que souvent, on a l'impression qu'on change un événement naturel à un événement contrôlé, très médical, mais en même temps on sauve beaucoup d'enfants, on sauve beaucoup de mères, on sauve beaucoup de problèmes plus tard chez les enfants par un suivi de près médical. »

L'accouchement est perçu comme un événement « très critique » où un « suivi médical de près » s'avère nécessaire selon cette infirmière. Celle-ci voit l'accouchement avec un potentiel dangereux, avec un risque de morbidité « on sauve beaucoup de problèmes plus tard chez les enfants », voire même de mortalité « on sauve beaucoup d'enfants, on sauve beaucoup de mères ». Une vision de l'accouchement constamment envahie par le potentiel de risque. *B* catégorise l'accouchement comme étant « critique » où le risque est imaginé avant et tout au long de son processus, à la recherche d'anormalités (Van Loon, 2002). En effet, cette même infirmière a révélé lors des observations qu'elle avait trop souvent vu des

accouchements qui semblaient normaux et naturels se terminer en césariennes d'urgence. Elle disait qu'elle ne comprenait pas pourquoi les femmes voulaient accoucher à l'extérieur de l'hôpital, qu'il y avait toujours un risque pour la mère et le bébé. La « perception des fréquences », comme en témoigne Foucault (1963 : 103), amène une « certitude médicale » (Foucault, 1963 : 101) à la suite des expériences des infirmières face aux multiples risques auxquels elles ont fait face. D'après les expériences individuelles vécues, d'après la perception des fréquences, *B* perçoit donc l'accouchement comme un processus constamment à risque. Le risque est devenu la norme de l'accouchement. Ce concept de fréquence de Foucault est également partagé par Canguilhem (1966 :102) qui déclare que : « la fréquence statistique ne traduit pas seulement une normativité vitale, mais une normativité sociale ».

Ces risques ne sont pas imaginés ou inventés, ils existent bel et bien dans les expériences vécues par les infirmières. Comment sont-ils devenus réels? Le modèle technocratique de l'anthropologue Davis-Floyd (2001) met en exergue la réalité culturelle médicale dominante de la bureaucratie et de la technologie dans les soins périnataux. Une technocratie qui valorise la science, les technologies et qui utilise la chaîne de production mécanisée comme métaphore à la manipulation du travail et de l'accouchement dans les centres hospitaliers de pays industrialisés. Ce modèle est toujours d'actualité malgré les revendications et les recherches démontrant les effets iatrogènes de l'utilisation routinière des techniques et des technologies lors du travail et de l'accouchement (Davis-Floyd, 2001, 2003; Akrich & Bernike, 2004; Baillargeon, 2009). Le processus d'accouchement étant perçu comme un événement critique, l'objectivation du risque est devenue nécessaire à son contrôle. La technologie qui donne une image et une vision du risque permet l'illusion du contrôle du risque (Davis-Floyd, 2001, 2003; Carricaburu, 2007; Foucault, 1963; Bouyssou, 1997). Ainsi, la technologie et les techniques sont la pierre angulaire du modèle technocratique fortement ancré au département des naissances. La prochaine section expose la façon dont ce modèle est manipulé par le personnel de soins infirmiers dans leur relation thérapeutique avec le couple.

3.2. Techniques et technologies

Il a été montré précédemment que la nouvelle technologie de l'heure en périnatalité est la mannequin Lucina du CHUM. Cette nouvelle technologie, qui a fait les manchettes¹⁷ comme une avancée importante dans le domaine de l'obstétrique, démontre encore aujourd'hui l'importance de la technique et des technologies dans le domaine médical. Rendre visible l'invisible (Foucault, 1963; Locke & Horton-Salway, 2010) et la mise en situation des risques de l'accouchement sont des objectifs premiers de la formation des futurs obstétriciens et des infirmières en obstétrique. Dans le documentaire « L'arbre et le nid » récemment tourné au Québec par Valérie Pouyane, le docteur Jean Zigby révèle que la formation des obstétriciens est basée sur la recherche constante du risque potentiel¹⁸. Cette situation contribue à créer des procédures objectives dans la surveillance et l'accompagnement des parturientes et de leur bébé. Le risque doit être constamment surveillé pour y répondre plus rapidement. C'est également l'objectif de la création du mannequin Lucina. Comment surveiller ce risque? C'est la technologie qui rendra visible l'invisible. Alors, pour des fins de contrôle et de sécurité, l'utilisation de moyens technologiques et de techniques devient, dans ce contexte idéologique du risque omniprésent, la norme dans le processus de l'accouchement. Le modèle technocratique mécanise le corps de la parturiente par une manipulation de chaque partie. Les cases à remplir du cahier de la parturiente répondent à ce modèle. Le travail et l'accouchement de la parturiente sont découpés en différentes parties objectives. Ces cases cochées par des lettres ou des crochets segmentent le travail, l'accouchement et le corps de la parturiente. Le toucher vaginal et le moniteur fœtal sont les outils techniques et technologiques par excellence dans l'obtention de ces données. En effet, la vision du bien-être fœtal devient primordiale au bon fonctionnement de l'accouchement. L'utilisation routinière du moniteur

¹⁷ TVA Nouvelles : <http://tvanouvelles.ca/lcn/infos/regional/montreal/archives/2014/05/20140527-142608.html>
Radio-Canada : <http://ici.radio-canada.ca/regions/Montreal/2011/05/24/008-simulation-accouchement-sainte-justine.shtml>
Journal le Métro : <http://journalmetro.com/plus/sante/501477/un-simulateur-daccouchement-ultra-realiste/>
Journal de Montréal : <http://www.journaldemontreal.com/2014/05/27/un-accouchement-commes-si-vous-y-etiez>
Québec Science : <http://www.quebecscience.qc.ca/actualites/Un-simulateur-d-accouchement-aussi-vrai-que-nature-ou-presque>

¹⁸ Documentaire : L'arbre et le nid, 2013, production Studios LOom et l'Oeil Fou, distribution L'Oeil Fou inc., 85 minutes.

foetal (parfois non nécessaire selon le cas clinique) s'attarde ainsi sur une idéologie foetocentrique (Locke & Horton-Salway, 2010; Martin, 2010) à l'affût du moindre inconfort foetal, prêt pour toutes interventions médicales. Ce modèle technocratique diminue considérablement le temps d'interaction (Davis-Floyd, 2001) entre l'infirmière et le couple. En effet, dans l'hôpital observée, la présence d'écrans informatiques aux postes des infirmières transmettant les tracés foetaux de chaque chambre attire les infirmières à l'extérieur des chambres. La collecte de données techniques sur l'état du cœur foetal et la fréquence des contractions de la parturiente se fait à distance. Cependant, les infirmières doivent se rendre dans la chambre à toutes les 15 à 30 minutes afin d'évaluer la parturiente et lui demander selon une échelle de 0 à 10 l'intensité de ses douleurs.

Au poste des infirmières, les écrans informatiques déroulent les tracés des cœurs foetaux présents dans la salle d'accouchement. Non seulement l'infirmière attirée a un regard constant sur le cœur foetal de sa patiente, mais les autres infirmières ont aussi droit de regard. En fait, elles regardent souvent le tracé des autres afin de se rassurer que tout va bien, qu'il n'y a pas de fœtus en souffrance, que tout est sous contrôle. On entend parfois les infirmières se dire entre elles « Ah! Ton bébé a un bon cœur, il est actif! » ou une infirmière demande à sa collègue : « Ton tracé est *flat* depuis longtemps. Est-ce que ta patiente fait de la fièvre? Lui as-tu donné un bolus? » Le tracé du cœur foetal donne non seulement une impression de contrôle du risque, il semble, en plus, faire partie du corps de la parturiente. Par le simple fait que le cœur foetal soit « *flat* » plus longtemps que la limite théorique normale permise, le moniteur indiquerait ainsi la possibilité que la parturiente soit fiévreuse ou déshydratée. Le moniteur foetal fait donc partie des soins et de la relation thérapeutique entre l'infirmière et la parturiente. Il devient le centre d'attraction, le point de référence qui illustre comment va le fœtus, mais également, jusqu'à un certain point, l'état de santé de la parturiente. L'image du fœtus donnée par le tracé sur un bout de papier ou à travers le moniteur permet de sécuriser l'infirmière dans le processus du travail de la parturiente. En effet, les observations ont permis d'observer qu'avant toute intervention (amniotomie, provocation des contractions par l'injection d'ocytocine intra veineux, etc.), les infirmières ont utilisé pour toutes les femmes observées le moniteur foetal externe pendant quinze à quarante minutes au lieu d'utiliser l'auscultation intermittente qui dure maximum deux minutes. Voir le papier dérouler pendant

quinze minutes sur le moniteur procure-t-il un sentiment de contrôle du risque pour l'infirmière, car elles ont une vision de l'invisible, une vision du risque toujours omniprésent?

Toutes les infirmières observées ont utilisé le moniteur fœtal comme moyen de rassurer les couples du bien-être fœtal. Prenons l'exemple de *E* qui, lors de son entrée dans la chambre d'accouchement, se rendait directement au moniteur fœtal externe situé sur le côté de la patiente pour regarder le papier qui déroulait. Un commentaire était majoritairement partagé avec le couple comme : « Tout va bien », « Le bébé va bien, son cœur est beau ». Un moyen de rassurer le couple? De démontrer que tout est sous contrôle et que tout va comme il se doit? Ce moniteur ne rassure pas seulement l'infirmière, mais également les couples.

La technologie et les techniques sont à l'avant-plan dans l'évaluation de l'accouchement, car elles permettent la mesure, le calcul et la preuve tactile ou visuelle pouvant être partagée (Jacques, 2007) avec les acteurs impliqués soit les médecins, mais également les couples. En effet, cette technologie feotocentrique est également très appréciée par les couples. De plus, elle faciliterait la création d'une relation de confiance (Mercadier, 2004) entre les infirmières et les couples. La technologie ajoute à la relation thérapeutique par sa dimension phénoménologique et non simplement mécanique (Massé, 2010). Le moniteur foetal devient ainsi un facteur important dans la relation thérapeutique entre l'infirmière et le couple.

En effet, au poste des infirmières, *D* s'aperçoit que le moniteur ne capte pas bien le cœur fœtal, elle entre donc dans la chambre pour se diriger directement sur le moniteur fœtal et la patiente demande : « Est-ce que le bébé va bien? Je n'entends plus son cœur ». La disparition du galoppement fœtal dans l'ambiance de la chambre procure en sentiment d'insécurité pour les couples et pour les infirmières à la recherche de données rassurantes.

Dans ces derniers exemples, le moniteur fœtal occupe une partie importante dans la relation thérapeutique, car il permet de rassurer, de sécuriser la patiente, le couple et également l'infirmière. Le moniteur visualise le risque toujours potentiel et apaise, et ce, par la

vision de la normalité du cœur qui va bien, qui est actif. « Risks are modes of enrolment that have to be visualised, signified and valorized in cycles of credit which constitute the basic structure of technoscientific work » (Van Loon, 2002 : 98). Ainsi, le besoin de contrôler ou d'appréhender le risque par les techniques et les technologies a un impact important sur la relation thérapeutique. En effet, nous avons démontré comment cette technologie pouvait favoriser la relation thérapeutique par la mise en confiance de couples à travers elle. Cependant, le contraire peut également se produire.

En effet, bien que je n'ai pas d'exemple de ce genre de situation lors de mes observations formelles, en tant qu'infirmière en salle d'accouchement, j'ai travaillé avec des femmes qui ne voulaient pas de moniteur fœtal externe installé sur leur ventre, car cette technologie limitait leurs déplacements, leurs mouvements lors de leur travail. Je me souviens clairement d'une d'entre elles qui avait fait un plan de naissance indiquant catégoriquement qu'elle ne voulait pas avoir recours au moniteur fœtal externe lors de son travail. Étant à l'écoute de son désir et ne voyant pas de contre indication légale, je faisais de l'auscultation intermittente chaque 30 minutes avec le « doppler », une petite machine à ultrason qui permet l'écoute du cœur fœtal pendant 1 à 2 minutes. Lors de ma pause, l'infirmière qui me remplaçait avait des réticences avec cette technique intermittente ne la croyant pas assez sécuritaire et voulait avoir une *vision* du tracé fœtal. Elle a donc dit à la patiente qu'elle devait faire quinze minutes de moniteur externe afin de s'assurer que le bébé allait bien pendant et entre les contractions et qu'ensuite elle pouvait continuer avec l'auscultation intermittente.¹⁹ Après ma pause, l'infirmière me dit, avec un non verbal négatif, que la patiente était bête avec elle, mais qu'elle a finalement accepté de mettre le moniteur pour quinze minutes seulement. Ce petit exemple démontre comment les croyances personnelles de la patiente, qui croit que l'auscultation intermittente est suffisante pour se rassurer que son bébé va bien, et les

¹⁹ Ce qui n'est pas selon le protocole « Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux » suivi au département; en fait, l'auscultation peut se faire jusqu'à l'accouchement, s'il n'y a pas de contre-indication ou de changement important lors du travail, par exemple des saignements abondants.

croyances de l'infirmière, qui a besoin de voir et d'avoir le papier du tracé fœtal pour s'assurer qu'elle ne manque rien, peuvent influencer la construction de la relation de confiance.

Donc, le risque et la façon de le manipuler, de le contrôler par des techniques ou des moyens technologiques est une construction personnelle (Peretti-Watel, 2000), selon nos expériences de vie qui est constamment négociée entre les personnes. Peretti-Water (2000 : 50) résume ce constat en citant Ewald (1986) : « Le risque est le mode moderne du rapport à autrui » et la relation thérapeutique en milieu hospitalier n'en fait pas exception.

Le concept du risque et les moyens de le visualiser et/ou de le contrôler permettent un certain sentiment de sécurité (Giddens, 1994). Cette machine procure tant chez les infirmières que chez les couples un sentiment de sécurité et de confiance. Ce sentiment de sécurité vient jouer fortement sur la relation thérapeutique, sur le niveau de confiance entre les personnes impliquées dans la relation. En effet, les mots *sécurité* et *confiance* sont deux termes souvent mentionnés dans la définition de la relation thérapeutique lors de ma recherche terrain à l'hôpital.

3.3. Sécurité et confiance

Les connaissances personnelles, les techniques et les outils technologiques qui permettent l'illusion du contrôle du risque en salle d'accouchement sont partie intégrante de la construction de la relation thérapeutique. La confiance en la technologie apporte un sentiment de sécurité autant chez l'infirmière que chez les patientes et les couples par la catégorisation du normal et du pathologique (Lazarus, 1994), qui permet un choix d'interventions en tout temps. De plus, le sentiment de sécurité entre le couple et l'infirmière se nourrit par la capacité de celle-ci de répondre aux questions (Peretti-Watel, 2000) du couple qui vit une situation souvent inconnue, et ce souvent avec le soutien du moniteur foetal.

À la suite des observations participantes dans la salle d'accouchement, la question « Comment vous êtes-vous senti avec votre infirmière? » était toujours posée aux couples. Les couples ont presque unanimement répondu qu'ils ont beaucoup apprécié la présence de leur infirmière. Les commentaires ressemblaient à « elle savait ce qu'elle faisait », « elle prenait le temps de répondre à nos questions », etc. L'importance de la confiance du couple envers l'infirmière est au cœur du processus de la relation thérapeutique (Vasseur & Cabie, 2005; Rossi, 2011; Soum-Pouyalet et coll., 2005; McAll et coll., 1997). Cette confiance permet de diminuer le stress lors du travail et de l'accouchement et ainsi d'optimiser la perception de contrôle de la situation de la parturiente et du conjoint (Ford et Ayers, 2009). En effet, le rituel de l'accouchement n'est pas un événement quotidien pour un couple. De plus, le département des naissances de l'hôpital observée reçoit, en grande majorité, une clientèle née à l'extérieur du Canada. N'étant pas nécessairement au courant des procédures en lien avec le travail et l'accouchement en milieu hospitalier au Québec, la confiance en l'autre, en l'infirmière ou au médecin sur place se fait parfois spontanément face à l'ignorance du couple sur les réalités, des alternatives de l'accouchement ou voir même de leurs droits de refus de traitement. Selon Peretti-Watel (2000 : 89) « si l'individu doit accorder sa confiance, c'est parce qu'il reconnaît son ignorance, son incapacité à maîtriser tous les rouages d'une technique ». Une réalité parfois observée lors du terrain. En effet, au cours de son entretien, *D* a fait part de la confiance qu'accordent souvent les parturientes envers elle. *D* me mentionne que lorsque les parturientes veulent l'épidurale :

« Elle... elle va me dire ben toi tu l'sais tu me l'diras quand je pourrai l'avoir, tsé. Pi là on leur dit ben on veut atteindre des contractions bla bla bla... Mais elle, à quelque part, elle veut qu'on lui dise... « ah là si tu veux l'avoir vous pouvez » tsé... parce qu'elle a l'sait pas...souvent ».

Les technologies présentes dans la salle d'accouchement, les connaissances des infirmières et des médecins sont au sein de la relation de confiance entre les couples et l'infirmière. Rassurer les couples du processus normal de l'accouchement est une tâche qui semble inévitable pour les infirmières afin de créer une relation de confiance.

Lors de toutes les observations entre les infirmières et les couples en salle d'accouchement, au moins une question sur la normalité de l'événement a été posée par la patiente ou par le conjoint qui l'accompagnait. « Le cœur du bébé descend durant les contractions est-ce que c'est normal? », « Elle a les mains bleues, elle va bien? », « Pourquoi ma femme a mal comme ça? C'est pas normal! », etc. Devant toutes ces inquiétudes, les infirmières se sont fait rassurantes au travers de leur relation. « Ne vous inquiétez pas, c'est tout à fait normal », « Avoir un bébé c'est très douloureux, l'utérus provoque de fortes contractions pour faire descendre le bébé, c'est tout à fait normal que votre femme soit en douleur », etc. Les moyens technologiques comme le moniteur fœtal externe permettant la vision du cœur lors des contractions, les techniques de mesure comme le toucher vaginal et les livres de référence du département, qui indiquent si la progression entre dans les normes, sont des outils et des mécanismes permettant un certain contrôle et une surveillance du risque qui alimenteront le sentiment de sécurité et de confiance chez les couples en salle d'accouchement ce qui, enfin, jouera sur la relation thérapeutique entre ces derniers et l'infirmière.

Cette recherche de sécurité est également très importante pour les infirmières. En effet, lorsque je demande à C comment elle qualifie sa relation avec la patiente, elle répond ceci :

« Ma relation avec la patiente... Eee... je la perçois comme , je suis là pour Eee...Eee... donnez-moi une minute (rire)... Je suis là pour vérifier qu'elle a un accouchement sécure... »

Oui c'est ça, l'accompagner, qu'elle est confortable. Juste vraiment qu'elle ait un accouchement sécure, qu'elle est sécure et que le bébé est sécure... parce que la clef c'est la communication. C'est vraiment la communication. Parce que aussitôt, moi je trouve aussitôt que tu veux rentrer dans la chambre pis...vous pouvez avoir la confiance de la patiente, qu'elle est la confiance en vos soins, qu'elle vous... Vous pouvez rentrer dans la chambre pis dire que tu vas sécuriser la patiente, le bébé, le mari, ça roule bien après. Mais si tu rentres dans la chambre pis vous êtes, vous n'avez des bonnes réponses aux questions pis vous n'avez pas confiance en vous-même, ça marche pas. Alors comme j'ai dit, si t'es capable de rentrer dans la chambre et tu dis ok je vais prendre soin de vous, ne t'inquiète pas, je suis là, je vais prendre soin de vous, je ne laisserai rien arriver à

vous, à votre bébé, à votre mari, ça va bien après. Tout de suite, ils peuvent respirer puis ça va mieux ».

C utilise ainsi le concept de sécurité au cœur de sa définition de la relation thérapeutique. S'il n'y a pas de confiance envers l'infirmière et ses compétences, il n'y a pas de sécurité. La relation thérapeutique, selon *C*, est donc reliée aux compétences et aux connaissances de l'infirmière et à sa capacité de sécuriser l'événement par de bonnes réponses aux questions (Peretti-Watel, 2000). La sécurité est omniprésente dans son discours. En effet, suite à la question sur le rôle du conjoint dans la salle d'accouchement elle répond : « Le rôle du père, pour moi, c'est de...sécurer (sic) sa femme et le bébé ». Tout tourne autour de la sécurité, selon *C*. Un concept partagé par les couples, comme il l'a été illustré précédemment. L'importance de la sécurité a été partagée par d'autres infirmières lors des entretiens.

En effet, lorsque je demande à *F* comment elle décrirait sa relation, sa philosophie de soins avec le conjoint et la parturiente elle rétorque :

« Ben ça dépend. Eee... si je vois que la famille est très Eee...disponible, elle est là, elle veut aider, ben j'ai pas de problème, j'inclus facilement la famille dans le processus. Eee... il faut toujours que ça reste aussi dans les Eee, sécuritaire. Il faut que ça corresponde à... aux soins que je donne. Si ça va à l'encontre des soins que je donne, non là ça va pas ».

Dans cet extrait, *F* est d'accord avec la présence de la famille dans la salle d'accouchement à condition que celle-ci partage sa philosophie de soin. Elle mentionne que si les gestes de la famille vont à l'encontre de ses soins, des soins qu'elle qualifie de sécuritaires, elle n'acceptera pas leur présence ou leur participation dans la salle d'accouchement. Une alternative qui pourrait fortement ébranler la relation de confiance entre l'infirmière et le couple. Tant que les gestes et comportements de la famille concordent avec la philosophie des soins de *F*, ils sont sécuritaires, donc dignes de confiance pour *F*. En effet, non seulement le couple semble être à la recherche d'une compétence ou de connaissances chez l'infirmière qui les accompagne, mais également les infirmières recherchent cette confiance envers les couples afin de créer une relation thérapeutique idéale. Une relation qui

peut être facilement ébranlée face à des habitudes ou des différences culturelles. En effet, lorsque je demande à *D* comment elle réagit quand un couple fait des rituels de naissance non habituels, par exemple donner du miel au bébé dès la naissance, elle me dit :

« Ouais, ben moi j'plus open tsé r'garde. Tu vois c'est toi la maman c'est ton bébé, toi tu sais qu'est-ce qui est le mieux pour ton bébé pis, tsé si c'est pas dangereux Eee... ouais. Ben tsé c'est comme j'vais pas empêcher si j'vais pas le gros danger ».

Une autre infirmière, lors d'une discussion informelle face à cette situation, dit qu'elle préfère que le bébé allaite avant de donner le miel, car sinon il y aurait des « risques d'hypoglycémie ». La relation thérapeutique doit se créer par la confiance en l'autre, mais cette confiance est teintée de valeurs et de normes autant chez le couple que chez l'infirmière. Nous pouvons constater dans ces derniers extraits que l'identité ethnoculturelle des acteurs (infirmières, père, parturiente et médecin) peut teinter la relation thérapeutique. Toutefois, par soucis d'une analyse plus approfondie sur les facteurs en lien avec le contexte institutionnel, j'ai décidé de ne pas m'y attarder pour créer (qui sait) une analyse plus complète de l'influence des identités culturelles dans un travail futur.

Nous avons donc vu dans ce premier chapitre quelques facteurs importants à la construction de la relation thérapeutique entre l'infirmière et le couple en salle d'accouchement. Les risques qui se construisent au sein de contextes sociaux, économiques, politiques et historiques se retrouvent constamment dans la négociation de la relation de confiance. En effet, les statistiques créées tout au long des expériences médicales ou simplement la perception de la fréquence du risque chez les infirmières sont continuellement surveillées à travers des avancées technologiques telles que le moniteur fœtal cardiaque ou l'échographie et dernièrement par l'utilisation de mannequin simulateur d'accouchement, Lucina, du CHUM. Constamment perçu comme étant à risque, le processus d'accouchement est déconstruit et ensuite surveillé par de multiples moyens technologiques (Davis-Floyd, 2001). Cependant, le plateau technique et les outils technologiques par leur symbole phénoménologique (Massé, 2010) peuvent à la fois favoriser et entraver la relation

thérapeutique. Ils la favorisent dans la mesure où le couple fait confiance en cette technologie et la demande. Le désir d'entendre le galoppement du cœur fœtal dans la chambre apporte un sentiment de sécurité. Toutefois, tous ne savent pas lire ce moniteur, alors les paroles rassurantes de l'infirmière qui normalise un son ou l'arrêt soudain du son apportent à la relation thérapeutique, par l'installation d'une confiance en ses expertises et en ses connaissances.

Toutefois, ce plateau technique peut également nuire à la relation lorsque les désirs d'un accouchement non instrumentalisé des couples sont niés, par exemple par la non-utilisation moniteur fœtal, sauf en cas de besoin. Dans certaines situations, c'est le besoin de sécurité de l'infirmière face à celui du couple. L'utilisation du moniteur foetal peut également nuire à la relation dans le sens où il peut devenir la source d'une surutilisation d'intervention. En effet, le moniteur fœtal tente de rassurer quant à la normalité du fœtus. Cependant, plusieurs travaux ont montré que l'utilisation inadéquate du moniteur entraverait le travail et l'accouchement par la surutilisation d'interventions médicales suite à une lecture du tracé fœtal (Davis-Floyd, 2001; Vadeboncoeur, 2004; Arney, 1982; Martin, 2010). De plus, certains praticiens néerlandais « considèrent qu'une utilisation systématique [du moniteur foetal] conduit à classer comme pathologiques des accouchements qui ne le sont pas et, par voie de conséquence, induit des interventions injustifiées, en elles-mêmes pathogènes » (Akrich, 1998: 9). La perception du risque se négocie entre les acteurs présents, selon leurs expériences personnelles pour ainsi créer une relation de confiance et un sentiment de sécurité autant chez l'infirmière envers le couple que celui-ci envers elle. Les expériences personnelles doivent être considérées dans la relation pour mieux la comprendre. En effet, la relation thérapeutique est constamment négociée par des systèmes de valeurs (de Vries, 2005; Peretti-Watel, 2000) entre les acteurs présents. Le chapitre suivant illustre à ce titre comment les normes contribuent fortement à l'influence de la relation thérapeutique entre l'infirmière et le couple et comment les valeurs et les croyances culturelles peuvent bousculer et renégocier la confiance dans la relation.

Chapitre IV

Les normes comme guide de soins

La recension des écrits a présenté un aperçu des normes de l'accouchement dans le monde obstétrique du Québec. Il a été possible de constater comment le Québec et les Pays-Bas, tous deux suite à un contexte de guerre, ont manipulé différemment leur savoir obstétrical et de l'enfantement, et ce à travers des normes et des valeurs construites socialement. Ces normes porteuses de pouvoir (Foucault, 1999; Le Blanc, 2002) ont fortement influencé la vision et la manipulation de l'accouchement. Faisant face à cette réalité de l'obstétrique, et devant le postulat qui indique que la population en général ainsi que les institutions intériorisent les catégories et les normes de santé (Cognet, 2004), donc la définition d'un accouchement normal, il est possible de croire que les valeurs et la définition de l'accouchement de l'obstétricien se retrouvent également dans les discours des infirmières. Il donc est pertinent d'analyser la question de l'accouchement normal chez les infirmières qui le côtoient au quotidien. Selon Massé et Saint-Arnaud (2003) ainsi que Dozon et Fassin (2001), la définition et la perception de la normalité sont malléables.

4.1. Normal selon qui? : L'accouchement normal selon les infirmières

Au cours des entretiens, il a été demandé aux six infirmières d'exposer leur définition d'un accouchement normal. Les réponses se sont avérées proches du concept d'intériorisation des normes par la socialisation de Bourdieu (2007(c1979), 1980), dans un contexte tel qu'un centre hospitalier comportant des normes et des pratiques fortes en pouvoir. Un intérêt a ainsi été accordé aux discours des infirmières quant à leur vision d'un accouchement normal, puisqu'elle serait susceptible d'influencer leur relation thérapeutique. Les prochaines lignes

présentent donc les différentes définitions de l'accouchement normal chez les infirmières, des discours qui seront confrontés à la réalité des gestes dans le chapitre du *pouvoir/savoir*.

Débutons avec la définition d'un accouchement normal selon *C* :

« La femme rentre en travail actif par elle-même c'est normal. Aussitôt qu'on fait une intervention ou quelque chose arrive qui... Il faut qu'elle ait les membranes rupturées pis qu'elle tombe en contractions régulières, pour moi ça c'est normal. À part de ça c'est pas normal. »

Selon *C*, l'accouchement normal est un accouchement physiologique, naturel, sans intervention médicale mis à part la rupture des membranes. L'ocytocine, l'épidurale, les forceps ne font pas partie du processus normal d'un accouchement; le même constat a été effectué par *F* :

« Un accouchement normal c'est Eee... ah ben c'est une bonne question que tu me poses! C'est Eee...ben j'vais te donner mon exemple parce que j'trouve que moi j'ai eu trois enfants puis j'ai accouché normalement. J'avais pas d'épidurale, j'étais pas du tout médicalisée. Eee...ce sont les sages-femmes qui m'ont accouchée et Eee... Ben un accouchement normal c'est une période pendant laquelle forcément t'as de la douleur. Eee... il faut que tu gère ta douleur. Et puis ensuite ben Eee... ton bébé, il descend puis, tu pousses ton bébé puis, c'est un accouchement normal là. Si tu vas dans la nature là c'est comme ça que ça se passe. Donc si... si on le prend dans le sens Eee... biologique, ben c'est comme ça que ça doit se passer. Alors c'est ça un accouchement normal. »

On voit ici une différence dans la vision d'un accouchement normal selon *F*. En effet, aucune intervention médicale n'en fait partie. La normalité est reliée à la nature, à la biologie, donc à la physiologie de l'accouchement. Voyons maintenant la réponse de *E* :

« Normal pour... c'est une femme qui a Eee... un accouchement sans complication, qu'elle est en bonne santé et le bébé est en bonne santé, ça c'est normal pour moi. Eeee... naturel ça c'est un autre mot. Alors Eee... normal c'est si elle a pas de complication, elle ne saigne pas trop, le bébé n'a pas de problème, on ne doit pas envoyer le bébé, il peut rester tout le

temps avec maman Eee... c'est normal, pour moi tout ça c'est normal. Et Eee... pour moi césarienne ce n'est pas normal. [...] L'épidurale Eee... well...c'est difficile le mot normal Eee... c'est un jugement de quelque chose qui Eee...ça veut dire qu'on a quelque chose qui n'est pas normal (rire). Eee... j'peux pas dire que si une femme, elle veut avoir l'épidurale que ce n'est pas normal. C'est pas juste, je ne peux pas la juger comme ça, alors je dis oui c'est normal. »

La normalité de l'accouchement selon *E* ressemble fortement à la définition de l'accouchement normal des obstétriciens et gynécologues de la France. En effet, ceux-ci ne déterminent la normalité de l'accouchement qu'à la fin de celui-ci :

« un accouchement n'est déclaré physiologique (normal) qu'une fois terminé, et chaque maternité répond donc à des normes de sécurité suffisantes pour faire face à toutes les complications survenant au cours de l'accouchement » (Syndicat National des Gynécologues et des Obstétriciens de France, 2011).

Tant que les complications sont contrôlées et qu'à la fin la parturiente et le bébé sont en santé, l'accouchement est déclaré normal. Une vision de l'accouchement normal partagée également par *D* :

D : *Un accouchement normal... un accouchement normal pour moi c'est d'accoucher d'un bébé par voie vaginale, sans complication. Comme... Puis Eee c'est ça. D'accoucher par voie vaginale sans aucune complication c'est d'être normal.*

Chercheuse : *Ok. Faque tout ce qui est synto, épidurale ça fait partie de la normalité Eee...de l'accouchement?*

D : *De nos jours j'pense que oui (rire). J'vois pas ça comme anormal ok. À moins qu'il se passe quelque chose de...ouais. Ben c'est ça, à moins qu'il se passe des complications, ça reste dans la normale.*

Chercheuse : *Mais tu fais la différence entre un accouchement naturel et un accouchement normal?*

D : *ben ça c'est pas nécessairement normal tsé. Si il se passe quelque chose. Tu peux faire un accouchement naturel qui est très anormal.*

Chercheuse : Qu'est-ce qui serait très anormal.

D : Si le bébé reste pris aux épaules. Tsé, si il se développe des complications pendant ça devient anormal ton accouchement. Même si y'a pas de syntonie, pas d'épidurale, pis qui a pas... yeah.

Ces extraits d'entrevues sont très intéressants dans la mesure où ils illustrent des perspectives divergentes. En effet, la définition d'un accouchement normal selon *D* et *E* à lieu en rétrospection. Selon ces infirmières, l'accouchement est toujours à risque d'une anormalité. Elles définissent ainsi l'accouchement, non par son processus physiologique naturel, mais selon les conséquences possibles de ce processus. En effet, elles ne déclarent un accouchement normal que s'il n'y a pas de complication, même à la suite d'un processus naturel. Par exemple une femme qui accouche sans aucune intervention médicale, mais qui termine en hémorragie post-partum, a un accouchement qui devient anormal. Il est également intéressant d'entendre *D*, suite à la question sur la normalité de l'ocytocine et l'épidurale, répondre « De nos jours j'pense que oui ». La malléabilité de la normalité (Massé et Saint-Arnaud, 2003; Dozon et Fassin, 2001) à travers le temps est un facteur important dans la compréhension de sa construction sociale. De plus, cette malléabilité à travers le temps se négocie également à travers l'espace (Giddens, 2005(c1987)), tel que le montre la réponse de *A* sur l'accouchement normal, une réponse riche de sens sur l'intériorisation des normes institutionnelles (Bourdieu, 1980), c'est-à-dire sur l'influence de son environnement.

« Bon un accouchement normal, pour moi, c'est sur que pour moi un accouchement normal c'est que la patiente elle vient, elle est en travail, elle est dans une phase active et qu'éventuellement elle accouche. Mais c'est sur que moi normal, c'est sans instrument, Eee... sans épidurale, normalement. C'est le plus naturel possible, le plus humain possible je pourrais dire, moins instrumentalisé possible. Eee... c'est sur que Eee... dans un cadre hospitalier, je différencie un peu, parce que même pour moi je dis ah! un accouchement normal c'est sans épidurale, sans forceps, sans ventouse, sans épisiotomie et tout. Ça normalement c'est normal, mais dans un cadre hospitalier une patiente qui a son épidurale qui Eee... progresse bien pis qui accouche vaginalement, maintenant je considère ça normal, mais ça a changé, ç'a beaucoup changé. »

L'espace dans lequel nos expériences se créent et se vivent influence donc la définition de ce qui est normal et anormal/pathologique. D'après *A*, un accouchement normal est un accouchement sans intervention médicale, un accouchement physiologique et naturel tout comme *A* nous le mentionnait. Cependant, contrairement aux autres, elle contextualise sa définition à l'intérieur d'un cadre hospitalier où cette normalité change selon le pouvoir du majoritaire, selon la perception des fréquences (Foucault, 1963), selon sa socialisation (Bourdieu, 1980; Schweyer, 2004) à l'intérieur d'un cadre hospitalier. En effet, après ses quatre années d'expérience en salle d'accouchement à l'hôpital, sa vision d'un accouchement normal a changé. Par la socialisation et l'intériorisation des normes médicales en milieu hospitalier et par la fréquence de l'utilisation du plateau technique, l'instrumentalisation et la médicalisation d'un accouchement deviennent normales pour certaines infirmières. La limite du normal et du pathologique se trace entre l'accouchement par voie vaginal ou par césarienne. C'est ce que partage *B*, qui précédemment disait à quel point un accouchement était un moment critique ou l'évaluation médicale de prêt était nécessaire pour diminuer les risques de morbidité et de mortalité des parturientes et des bébés:

« Ben pour moi un accouchement normal, c't'un accouchement pas césarisé. Ça c'est vraiment comme pour moi c'est ce qui est un accouchement normal. Une césarienne c'est pas normal. Mais toutes les autres choses j'trouve que ç'a pas vraiment d'importance, ça ne change pas le fait que c'est normal. Si la patiente prend l'épidurale, sinon, c'est quand même naturel, c'est normal, c'est pas Eee... en tout cas moi j'vois ça comme ça. C'est seulement vraiment une césarienne que je vois... ou si un accouchement normal où il y a des complications post-partum, je ne considère pas ça normal. Eee... une hémorragie ou quelque chose comme ça. »

La définition d'un accouchement normal de *B* concorde avec la définition de la SOGC vue précédemment. En effet, l'accouchement normal peut bénéficier d'outils tels que les forceps ou la ventouse pour sortir le bébé et il demeurera normal. La normalité selon *B* se définit ainsi par la voie vaginale en opposition à la césarienne qui devient synonyme d'anormal et de pathologique. *E* et *D* définissent plutôt la normalité de l'accouchement en rétrospective, quoique *B* termine sa définition également en ce sens. Enfin, *F*, *C* et *A* voient

l'accouchement normal plus physiologique, sans ou avec très peu d'intervention médicale. Cependant, la vision de l'accouchement de A, suite à ses quatre années d'expériences en salle d'accouchement, s'est transformée. La perception des fréquences d'accouchements plus médicalisés a ainsi influencé son discours sur l'accouchement normal en milieu hospitalier. Il est donc possible de constater que l'individualité demeure importante dans la perception et la définition de la normalité. « Ce qui est normal [...] peut devenir pathologique dans une autre situation [...]. De cette situation, c'est l'individu qui est juge » (Canguilhem, dans Le Blanc, 2002 :73).

La richesse des définitions et des discours de l'accouchement normal chez les six infirmières interviewées a permis de constater les visions différentes de chacune d'entre elles. Celles-ci ont également montré qu'elles ont le pouvoir de penser différemment, selon les expériences personnelles de chacune. Afin de mieux analyser les réalités du terrain, et de refléter le contexte dans lequel s'ancrent les normes et les relations qui assurent son imposition (Ferrand, 2004;73), il est important de comprendre la structure et la force des normes de l'institution dans laquelle travaillent les infirmières.

4.2. Une organisation bien implantée; les normes de l'hôpital

L'hôpital observé est un lieu de référence pour les accouchements à faible risque. En effet, avec plus de 4500 accouchements par année, il est un des centres de maternité les plus importants de l'île de Montréal.²⁰ Le roulement du nombre d'accouchements est un facteur important dans l'analyse des normes, mais surtout dans l'analyse des relations thérapeutiques. En effet, l'observation et les entrevues avec les six infirmières font souvent référence à l'influence du contexte hospitalier sur leur façon de penser et d'agir relativement à un accouchement et à certains comportements des couples.

²⁰ Centre Hospitalier St-Mary. URL : <http://www.smhc.qc.ca/fr/departements-et-programmes/m-re-enfant> [Consulté le 04-07-2014 @ 11h00]

Les données recueillies ont permis de cerner l'impact du contexte hospitalier et de la force de ses normes sur la perception d'un accouchement normal chez certaines infirmières. À titre d'exemple, l'expression « ce n'est pas un hôtel ici » a été souvent entendue sur le département et est ressortie dans trois des entrevues. Une expression qui en dit long sur la vision et la philosophie de soins réelle du département. En effet, la philosophie écrite sur le site internet du département mère-enfant de l'hôpital observée indique qu'elle « est centrée sur les besoins de la famille et du nouveau-né ». ²¹ Une vision humaniste qui tente de tenir compte des besoins du couple en salle d'accouchement. Cependant, le contexte de travail surchargé des infirmières et des médecins impose une réalité tout autre, qui s'oppose parfois à la mission écrite du département. Plus de 4500 accouchements par année signifie en moyenne 12 accouchements par jour, quatre par quart de travail. Il est facile d'imaginer la charge de travail des professionnelles en soins infirmiers, une charge qui influence fortement l'utilisation de moyens techniques et technologiques dans le but d'obtenir un certain contrôle et ainsi un sentiment de sécurité. Ce contexte de travail influence non seulement les comportements des infirmières, mais également le discours de celles-ci sur leur vision d'un accouchement normal. En effet, lorsque *F* est questionnée quant à l'existence d'un modèle ou d'une ligne de conduite informelle sur le département, elle répond :

« Mais le problème est aussi... c'est qu'on est une hô..et et...ça fait partie aussi du problème, c'est qu'on est Eee... on est une grosse salle d'accouchement. On... on peut... ça roule beaucoup. Nos chambres il faut qu'elles soient libérées pour les prochaines qui arrivent. Donc on peut pas se permettre comme dans d'autres salles d'accouchement où elles ont Eee... 500 accouchements Eee... par année. Nous on est à 4500 là par année. Donc on... quelque part on peut pas attendre là que la madame se mette elle-même en travail, il faut aussi pousser les choses. Ça se comprend. Mais Eee... c'est ça. »

²¹ Centre Hospitalier St-Mary. URL : <http://www.smhc.qc.ca/fr/departements-et-programmes/m-re-enfant> [Consulté le 04-07-2014 @ 11h00]

La définition de l'accouchement normal de *F* vue précédemment montrait une normalité basée sur la nature, la biologie de l'accouchement, et ce, sans intervention. Ses derniers propos contribuent cependant à mettre en doute ses comportements réels quant à l'accouchement ainsi que la ligne de conduite des infirmières en salle d'accouchement. Cette ligne de conduite se traduit par des comportements normalisés par le contexte d'une surcharge de travail. « [O]n peut pas attendre là que la madame se mette elle-même en travail, il faut pousser les choses. Ça se comprend ». Donc, selon cette logique, l'utilisation presque systématique de l'ocytocine et la rupture des membranes pour provoquer ou augmenter les contractions se comprend, elle se justifie par le contexte du département. L'infirmière *A* arbore dans le même sens, elle qui avait pourtant décrit une vision également physiologique de l'accouchement :

« Souvent on entend qu'on est à l'hôpital, on n'est pas à l'hôtel. Ça veut dire que tout ce qui est trop long dans le temps, on n'a pas le temps. Dans le sens que c'est sur qu'il y a certains médecins qui sont très à l'aise dans le sens que on utilise les méthodes alternatives pendant un bon temps, qu'on respecte la phase de latence et la phase active et tout, mais la plupart du temps, il faut que ça commence à débouler. On n'est pas une maison de naissance, on n'a pas le temps, on n'est pas un hôtel. Alors ça c'est une ligne de conduite à suivre informelle que je trouve qu'on a, parce que souvent quand les patientes viennent, on veut que les choses avancent (A se frotte les mains, comme un signe que le travail est fait) ».

A modifie ainsi sa vision de l'accouchement à la suite de sa socialisation à l'intérieur de l'institution surchargée en nombre d'accouchements. Ces visions de l'accouchement s'éloignent grandement de la philosophie de soins centrée sur les besoins de la famille et du bébé. Ces infirmières doivent donc participer aux mécanismes disciplinaires (Foucault, 1963) du département d'obstétrique qui comporte des pratiques et des normes parfois informelles.

Le contexte d'un département achalandé contribue ainsi à influencer la fréquence de l'utilisation de technologies et de techniques (ou bien celles-ci sont les conséquences de cette surcharge, car elles permettent cet achalandage?) afin de contrôler les risques et d'assurer un niveau de sécurité optimale. Les nombreux protocoles existants sur le département

d'obstétrique et « [I]es standards de soins de haut niveau continuellement mis à jour »²² guident ainsi les comportements et les choix d'interventions des infirmières.

En effet, depuis environ cinq ans, le département a pour objectif d'inculquer « un programme [...] visant la sécurité des patientes, le perfectionnement professionnel et l'amélioration de la performance des professionnels de la santé et des administrateurs »²³. Ce programme, nommé *Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux* (AMPRO), se réfère à des « normes de pratiques professionnelles et [d]es lignes directrices fondées sur [d]es données probantes aux concepts, principes et outils de sécurité des patientes »²⁴ (je souligne). Les différents modules que les infirmières et les médecins doivent lire ont pour objectif la sécurité des patientes par la standardisation des pratiques, des comportements des infirmières et des médecins face aux risques omniprésents, et ce, en se basant sur des normes construites par des données, des chiffres et des statistiques. Bref, le programme AMPRO concorde tout à fait avec l'analyse ayant été réalisée sur la triade RISQUE-TECHNOLOGIE-SÉCURITÉ, qui influence la relation thérapeutique entre l'infirmière et le couple en salle d'accouchement. Afin de répondre à cette triade, des normes doivent s'instaurer et intérioriser la pensée et les réflexes des professionnels de la santé impliqués. La moindre déviation à la norme justifie les interventions et influence du même ordre la relation thérapeutique.

Prenons l'exemple de l'induction et de l'augmentation du travail. Les observations ont permis de constater que la moindre déviation à la norme mesurable sur la durée du travail augmente la fréquence de l'utilisation de l'ocytocine afin de stimuler le travail, pour augmenter la vitesse (Evans, 1993 dans Cherniak & Fisher, 2008). De plus, en ce qui a trait à la provocation du travail, des données probantes ont statué que le temps de gestation maximale

²² Définition de la mission du département mère/enfant du Centre Hospitalier St-Mary. URL : <http://www.smhc.qc.ca/fr/departements-et-programmes/m-re-enfant> [Consulté le 04-07-2014 @ 11h00]

²³ <http://www.amproob.com/> [Consulté le 04-07-2014 @ 15h15]

²⁴ *Idem*

se situe entre la 41^e et la 42^e semaine de grossesse.²⁵ Le protocole informel de l'hôpital a délimité ce temps de grossesse maximal entre 41 semaines et 1 jour et 41 semaines et 3 jours, période opportune pour l'induction du travail. En effet, à partir de 41 semaines et 1 jour, s'il y a des chambres disponibles au département, les femmes sont appelées par téléphone pour venir à l'hôpital afin de débiter l'induction. À leur arrivée, le moniteur fœtal externe est installé pour un minimum de quinze minutes, un examen vaginal est fait par, soit l'infirmière, soit le résident ou bien le médecin de garde, afin de choisir le type d'induction favorable à la situation du col de l'utérus (souplesse, position et dilatation). Advenant le cas où la salle d'accouchement est trop occupée, la femme doit venir au triage afin de faire un Non Stress Test (NST), c'est à dire l'écoute et la vision du cœur fœtal à l'aide du moniteur externe pendant un minimum de quinze à vingt minutes, afin de s'assurer que le cœur fœtal va bien. Un autre test est également fait, soit le *Amniotic Fluid Index (AFI)* qui consiste en un test à ultrason qui détermine si la quantité de liquide amniotique est suffisante pour le fœtus. Si tout est dans les normes, la femme peut retourner à la maison et sera appelée le lendemain soit pour les mêmes tests ou pour la provocation, et ce, jusqu'à un maximum de 41 semaines et 3 jours. Des protocoles sont donc institués avant même l'hospitalisation, afin de rassurer le personnel, par des chiffres et des normes mesurables, qu'il n'y a pas de risque. En effet, dès qu'un des deux examens préventifs s'avère anormal, c'est-à-dire lorsque des chiffres nous indiquent que la grossesse n'entre pas dans les normes préétablies par les protocoles, la femme sera hospitalisée et mise sous surveillance presque automatiquement par l'utilisation constante du moniteur fœtal externe, car l'accouchement sera provoqué par de la médicalisation. Ces protocoles répondent donc à des normes qui « orientent [...] l'activité des individus en leur fournissant un ensemble de références idéales [...] qui les aident à se situer eux-mêmes et les autres par rapport à cet idéal » (Bourricaud, 1986 dans Bouchayer, 2004 :120). Les normes de l'institution vont ainsi fortement influencer les comportements des infirmières avec le couple dans la salle d'accouchement, selon que les chiffres et les statistiques concordent ou pas avec

²⁵ Programme AMPRO, Module 1, Chapitre 8 : <https://securise.amproob.com>

la norme, avec l'idéal souhaité. En effet, ces normes vont dresser un portrait du déroulement idéal d'un accouchement, portrait avec lequel les infirmières se justifient constamment, tel que l'illustre la prochaine section.

4.2.1. Normes temporelles: étapes du travail et de l'accouchement

La description de certaines normes et de mécanismes de contrôle du département des naissances de l'hôpital observé permet de mieux contextualiser l'environnement de travail des infirmières et de comprendre l'engrenage dans lequel celles-ci se retrouvent. En effet, le nombre parfois important d'accouchements par jour indique une charge de travail importante nécessitant l'utilisation de technologies et de techniques permettant une surveillance de la normalité de l'accouchement. Une fois dans cet engrenage, il est difficile d'isoler les analyses et les comportements de celui-ci. En effet, malgré mes lectures et mon fort intérêt sur la force des normes et ma sensibilité en tant qu'infirmière et anthropologue (en devenir) sur la subjectivité de la personne et l'importance du contexte, je ne suis pas à l'abri de ces mécanismes. Je m'explique par une anecdote survenue lors d'un entretien avec une infirmière. Une phrase m'a fait réaliser à quel point j'étais également influencée par ces normes hospitalières. En voulant connaître les comportements de l'infirmière face à une situation où l'accouchement ne se déroule pas dans les normes du temps de l'institution, j'ai réalisé ma conformité à ces normes : « Eee...par rapport par exemple, on voit que le travail ne va pas nécessairement au rythme qui devrait être, qui prend la décision de commencer des traitements? » (Ma question lors de l'entrevue avec *B*). Mon propre jugement est également affecté par le rythme imposé par le savoir du département. Ma question est non seulement influencée par le rythme *normal* du travail, mais elle insinue également une chaîne d'interventions nécessaires au retour à la norme mesurable.

En effet, les étapes du travail sont temporalisées. La première phase est celle de *latence*, elle est normalisée selon la progression de la dilatation du col de l'utérus à partir du début des contractions. Chez les primipares cette phase prend fin lorsque la dilatation du col atteint 3-4 cm et chez les multipares à 4-5 cm. Ensuite, il y a la phase active qui consiste en des

contractions régulières menant à l'ouverture complète du col de l'utérus.²⁶ La normalité de ces phases se rapporte à la durée relative de chacune. Une durée qui est chiffrée selon la courbe de Freidman (Voir Annexe III), une courbe utilisée au département des naissances de l'hôpital afin de s'assurer de la normalité de la progression. Lors de la phase de latence, les infirmières et les médecins évaluent normalement la progression du col de l'utérus toutes les quatre heures par un examen vaginal. S'il y a progression quant à la dilatation ou à l'effacement du col, il n'y a habituellement pas d'intervention médicale, par contre, si le col stagne dans son évolution, des « discussions »²⁷ débutent avec le couple pour les options médicales d'augmentation des contractions soit par la rupture des membranes ou par la perfusion intra veineuse d'ocytocine.

L'évaluation des phases de latences et actives se fait également par l'observation de la fréquence, de la durée et de l'intensité des contractions que les infirmières notent au cahier de la parturiente chaque 15 à 30 minutes (selon la situation clinique de la patiente et du fœtus). Elles recherchent une fréquence d'environ 2 à 4 minutes pour un travail actif permettant l'ouverture complète du col et la descente du fœtus. La durée des contractions doit être de minimum de 40 secondes pour être efficaces et de maximum 120 secondes afin d'éviter des problèmes d'oxygénation fœtale. Pour ce qui est de l'intensité, l'infirmière doit palper le ventre de la patiente lors des contractions afin d'évaluer la fermeté de celui-ci. Il existe trois types de fermeté soit *souple*, *modérée* ou *forte*. Un truc est parfois donné aux infirmières en apprentissage pour visualiser l'intensité : lorsque le ventre de la femme a la fermeté du menton, les contractions sont souples, lorsqu'il est ferme comme le du bout du nez, les contractions sont modérées et finalement lorsque le ventre est dur comme le front, les contractions sont fortes.

²⁶ Programme AMPRO, Module 1, chapitre 9

²⁷ J'ai volontairement mis le mot discussions entre guillemets, car nous verrons dans le chapitre du pouvoir/savoir comment les décisions peuvent parfois être imposées et non discutées.

Ces étapes du travail de l'accouchement vont influencer constamment les comportements de l'infirmière envers la patiente et le conjoint. Selon les chiffres notés au dossier, les infirmières auront recours à des discours semblables avec leurs patientes. Des discours, basés sur des normes, qui vont parfois omettre l'individualité de la parturiente et du conjoint ou les capacités personnelles et physiques propres à chaque femme. Prenons l'exemple de *A* qui explique comment elle se sentait mal après avoir jugée une patiente selon le statut de son col de l'utérus :

« Ça m'est arrivée avant hier. C'est pas correcte, je ne suis pas fière de moi. La patiente est arrivée, elle était *Finger tip* (le col pratiquement fermé) ok, à peine le bout du doigt rentré apparemment au triage, mais elle était en douleur, en douleur, en douleur, elle était Ah! Elle se plaignait (mime la patiente en douleur de façon péjorative). Regarde comment je le fais, tu vois. Pis là, j'avais déjà un préjugé, ah seigneur! Ça va être long, elle n'est même pas capable de se tenir. Mais j'étais fatiguée, je sais pas. Je ne suis pas fière de moi, j'te parle pis je suis fâchée contre moi. J'étais fatiguée, j'avais une autre patiente, c'était la nuit, puis l'autre patiente elle demandait beaucoup puis elle m'appelait à chaque 5 minutes. Je disais au filles « ok regardez le tracé, je vais aller voir l'autre patiente ». Puis elle voulait déjà l'épidurale celle qui était *Finger tip*. Pis là je disais « essayez le ballon », pis elle disait « non non non, moi je veux l'épidurale, j'ai trop mal ... na na na. Je peux pas je peux pas! » Là j'étais comme ok elle veut pas, elle s'objectait a tout et elle voulait l'épidurale. Elle a le droit, mais moi j'étais pas contente, je voulais qu'elle essaie quelque chose d'autre, parce que je trouvais que l'épidurale c'était trop tôt. Finalement, elle a le droit, elle l'a prise, puis finalement elle était 8 cm après. Puis probablement quand elle se plaignait, elle progressait. Puis là j'étais là « ahh Ginette! T'es pas gentille! » Pis même si elle aurait été 1 cm après, j'ai pas le droit de juger comme ça. C'est juste que c'est parce que j'avais l'autre patiente qui m'en demandait beaucoup puis ma patience était limitée, mais ça m'arrive pas souvent, mais ma patience était limitée. Habituellement je suis plus patiente, j'étais pas fière de moi. »

Dans cette situation, la surcharge de travail (habituellement au département des naissances c'est une patiente pour une infirmière, cependant, les infirmière peuvent avoir deux patientes s'il y a plus de femmes en travail) et l'information donnée sur la dilatation du col de l'utérus reçue par l'infirmière du triage orientent les comportements et les suggestions de *A* envers la parturiente. Le col à peine ouvert de un centimètre, il était trop tôt pour recevoir

l'épidurale. En effet, l'épidurale comporte des risques quant au ralentissement et à l'arrêt du travail. Les infirmières suggèrent aux patientes de prendre l'épidurale à partir de 4 cm, c'est-à-dire à partir du stade considéré actif du travail, et ce, afin d'éviter les complications liées au ralentissement ou à l'arrêt des contractions causées par la surutilisation d'interventions médicales (Locke & Horton-Salway, 2010). Ayant une autre patiente qui demandait beaucoup de son temps et son énergie, *A* n'avait probablement pas le temps de bien réévaluer la parturiente et ses contractions. Les comportements de *A* ont été influencés par ses connaissances scientifiques quant à la progression du travail. Elle insistait pour que la patiente tente d'autres techniques de soulagement de la douleur avant d'en arriver à l'épidurale. La relation thérapeutique a ainsi été affectée par ce contexte de surcharge et de connaissance physiologique du processus d'accouchement. Étant constamment appelée par une autre parturiente et sachant par le biais de l'infirmière du triage que le col était à peine ouvert, *A* n'a pas pris le temps de réévaluer l'état et l'évolution du travail par la communication avec la parturiente, ce qui a eu un effet sur l'installation d'un climat de confiance entre les acteurs et ainsi amené l'infirmière à porter un jugement négatif sur les capacités de la parturiente quant à son seuil de la douleur. Un jugement qui a sans doute influencé la façon de communiquer ou de se diriger à la parturiente.

Une situation semblable m'est arrivée également lors d'un quart de travail. Je venais de terminer un accouchement avec un couple. Une infirmière m'interpelle dans le corridor et me demande de surveiller une parturiente qui venait d'arriver du triage. C'était son premier bébé et le col était dilaté à 3 cm selon l'infirmière du triage. L'infirmière me dit que la parturiente est en douleur, qu'elle ne parle ni l'anglais ni le français. Elle me demande de la surveiller, car elle doit s'absenter pour l'accouchement d'une autre parturiente. Le département était très occupé. Je suis donc allée rapidement dans la chambre pour connaître un peu plus la situation et la parturiente. Elle était assise dans le lit avec un langage non verbal clair démontrant sa douleur. Il y avait cinq personnes dans la chambre avec elle. Un homme me dit en anglais qu'elle a très mal. J'essaie de communiquer directement avec la parturiente, afin de voir si elle me comprend, mais elle ne me répond pas, alors l'homme fait la traduction. Il me répète qu'elle a très mal. La parturiente dit quelque chose dans sa langue maternelle et semble en panique ou apeurée selon son faciès. Je demande à l'homme ce qu'elle a dit. Il me

dit qu'elle dit que ça pousse. Je regarde sous le drap et la tête du bébé était au périnée. J'ai donc accompagné seule la parturiente dans son accouchement, n'ayant pas eu le temps d'appeler le médecin.

Dans ces deux dernières situations, les chiffres et les normes selon la progression normale du travail ainsi que la surcharge de travail sur le département ont provoqué des comportements parfois inadéquats face à la situation réelle du travail de la patiente. Ces comportements peuvent entraver la relation thérapeutique entre l'infirmière et le couple à la suite d'un jugement clinique qui est basé sur des données probantes et non pas sur la confiance aux capacités personnelles de la parturiente. En effet, bien qu'il existe des chiffres et des catégories permettant de segmenter théoriquement le travail et l'accouchement, il n'en demeure pas moins que la subjectivité et l'individualité de la parturiente sont des facteurs primordiaux de la relation thérapeutique permettant un meilleur accompagnement du travail et de l'accouchement. Dans ce contexte, la perception du travail doit se faire au-delà des normes et des statistiques écrites.

Un exemple survenu lors des observations avec *D* et un couple qui attendait leur premier bébé démontre comment les normes du travail et la technologie ont influencé le comportement de *D* avec le couple. *D* débutait son quart de travail. Le col de la parturiente avec qui elle était jumelée était à cinq centimètres. La parturiente avait reçu l'épidurale et se plaignait de douleur lors des contractions. *D* lui explique qu'elle n'avait pas beaucoup de contractions et qu'elle devait en avoir plus. *D* ne voulait pas augmenter l'intensité de l'épidurale, croyant qu'elle ne pourra pas pallier aux contractions plus fortes que la patiente aura plus tard. Dans cette relation, *D* n'a pas demandé le niveau d'intensité et le seuil de tolérance de la douleur de la patiente. Elle s'est fiée aux normes des fréquences des contractions d'un travail actif imagées par le tracé des contractions du moniteur externe. Elle n'a pas palpé le ventre pour connaître l'intensité des contractions, elle n'a pas évalué plus loin la source et la qualité des douleurs. Au poste des infirmières, elle parlait avec une collègue et lui a dit « a dit qu'elle a mal pis est même pas en travail tsé, ça va être long ». La subjectivité de la patiente est complètement mise de côté au nom des normes et de la technologie qui, semble-t-il, permettent de capter ce qui devrait être du VRAI travail, de vraies

contractions...« La rationalisation des connaissances médicales passe ainsi par le respect de normes procédurales dans la construction des savoirs » (Boissonnat, 2004 :153). En effet, les normes provenant des protocoles de soins et les « normes de jugement » qui s'en tiennent à l'interprétation des données sont constamment manipulées à l'intérieur de la relation thérapeutique.

Le pouvoir des chiffres et des normes institutionnelles comportent des conséquences qui peuvent être importantes sur la relation thérapeutique et le déroulement d'un accouchement. Ces données quantifiées qui ciblent les normaux et les anormaux biologisent et naturalisent la subjectivité des patientes et posent des limites importantes à la confiance entre l'infirmière et le couple en salle d'accouchement. La normalité qui tend vers un besoin vital, biologique d'une appartenance aux conduites de la majorité (Desrochers et Renaud 2010; le Blanc, 2002), est un facteur important à tenir compte dans la relation thérapeutique entre l'infirmière et le couple en salle d'accouchement. Cet idéal du travail et de l'accouchement doit faire consensus chez les infirmières et c'est par la socialisation au sein du département d'après des programmes standardisés tels qu'AMPRO et par la perception des fréquences que cette normalité intériorise le corps (Bourdieu, 1982, 1990; Desrochers et Renaud, 2010) professionnel, ce qui influence directement la relation thérapeutique entre l'infirmière et le couple. Le dernier chapitre analyse comment les relations de pouvoir et la manipulation des savoirs influencent également la relation thérapeutique entre l'infirmière et le couple en salle d'accouchement.

5.1. Le pouvoir du savoir

L'expérience de l'accouchement se vit bien entendu de façon individuelle ou en couple. Cependant, le cadre institutionnel et les rôles attribués à l'infirmière ou au médecin rendent l'expérience quasi dénudée de son authenticité par les protocoles répondant aux étapes prédéterminées. L'intériorisation de ses normes peut fortement influencer les comportements des infirmières à la limite de la préprogrammation... Plusieurs exemples observés en salle d'accouchement ainsi que des propos récoltés lors des entrevues en témoignent.

Lorsqu'une patiente débute ses poussées, *F* relate qu'elle tentait de lui expliquer comment faire, alors que la mère de la patiente renchérisait, de son côté, selon son expérience personnelle, un comportement non accepté par l'infirmière :

« Puis au bout d'un quart d'heure, je me suis arrêtée de coacher et puis Eee... elle avait ses contractions, puis c'est tout Eee... Et puis au bout d'un moment elle me dit « mais pourquoi vous ne me dites plus rien? » Et ben j'ai dit écoutez, moi je vous dit quelque chose et puis vous, vous écoutez votre maman, et puis ce que vous dit votre maman c'est complètement différent de ce que moi je vous dis. Et puis ce que vous dit votre maman, c'est complètement contreproductif. On n'avance pas, vous ne m'écoutez pas vous écoutez votre maman, alors, si vous ne m'écoutez pas, moi je suis là, je vais vous aider à accoucher, mais c'est ou moi ou votre maman. Et donc la dame, ben la maman en question m'a regardé et je lui ai dit je suis désolée madame, mais on ne peut pas être deux à travailler. Alors c'est ou la professionnelle ou vous-même. »

Dans cet exemple, la référence au savoir, « C'est ou la professionnelle ou vous-même » marque une dichotomie entre les propos l'infirmière et la mère de la parturiente. Le pouvoir de connaissance de l'infirmière contrôle, en quelque sorte, le corps de la femme qui n'est pas censée savoir. Parce que la parturiente écoute sa mère qui a également une expérience personnelle par ses accouchements passés, l'infirmière ne participe plus, ne dit plus

rien, n'encourage plus la parturiente dans son accouchement. L'expérience de la parturiente repose ainsi sur la présence de l'infirmière qui n'accepte pas le savoir vécu de la mère présente pour sa fille. Le pouvoir des mots « professionnel » et « contre-productif » risque ainsi d'influencer grandement la relation thérapeutique. Les habitudes de travail de l'infirmière sont bousculées par l'expérience personnelle de la mère de la parturiente. À la suite de la discussion entre l'infirmière, la parturiente et sa mère, les limites du savoir se sont clarifiées et ainsi l'infirmière a, selon elle, pu continuer son travail selon sa vision.

Le savoir et le pouvoir sur le corps de la femme en couche sont constamment manipulés dans la relation thérapeutique. Malgré les nombreuses informations disponibles sur l'accouchement, soit dans les livres, surtout sur internet, le savoir chez les parturientes demeure très limité et parfois en contradiction avec celui des infirmières en salle d'accouchement. C'est ce que *B* tente d'expliquer lorsqu'elle expose sa réaction face aux parturientes qui ne sont pas en accord avec les traitements proposés :

« J'pense qui a des idées différentes qui faut respecter, il faut faire attention, parce que même si on lit beaucoup y'a beaucoup d'information, y'a beaucoup de mal information, puis Eee... c'est sur que l'accouchement c'est pas Eee... tsé... y'a comme Eee... une partie qui est un p'tit peu Eee... Eee... *like mythical you know*, tsé c'est pas tout dans les livres c'est pas tout comme... tsé l'expérience est différent, y'a jamais quelque chose de 100 % pareil, puis c'est pas... y'a comme un instinct qui faut suivre en obstétrique. Puis c'est sur que la femme a l'a pas cet instinct là, parce qu'elle n'a pas l'expérience qu'on a. Puis ça j'pense que c't'important d'aider la femme qui est pas confortable avec les interventions, de lui expliquer tes expériences avec les autres femmes. Parce qu'elle a pas vécu ça avec d'autres femmes, puis à la fin c'est vraiment à la femme de décider. [...] J'essaye d'utiliser mon expérience avec la femme pour lui donner un autre point de vue. »

Le savoir par expérience s'impose ici dans la relation thérapeutique. Selon *B* les infirmières ont plus de connaissances par les multiples expériences vécues avec les autres femmes, ce qui constitue un moyen de justifier l'intervention proposée. Ces propos réfèrent également à la perception des fréquences, ces multiples accouchements vécus dans un cadre

hospitalier amenant une vision standardisée de l'accouchement. Ainsi, l'expérience personnelle de la parturiente demeure limitée dans des conditions préétablies. Si la femme refuse, par exemple, la rupture des membranes, elle devra utiliser une force argumentaire importante face au pouvoir de connaissance du médecin ou de l'infirmière qui utiliseront plusieurs arguments en leur faveur. En effet, la prise de décision libre et éclairée tant exploitée par le document de consentement des interventions à signer dans le domaine médical laisse à désirer dans l'argumentaire et la direction prise dans les « discussions ». La manipulation du thème de discussion par rapport au savoir et au pouvoir des acteurs est un enjeu primordial dans la relation (Cassell, 2005) thérapeutique. Un fait souvent observé en salle d'accouchement, mais également conscient chez certaines infirmières.

« Dans la chambre, bon souvent, moi, j'pense que pour débiter l'ocytocine ou crever la poche des eaux, ce qui arrive c'est que souvent c'est comme un peu imposée là. Tsé, on arrive pis on dit ok on va vous percer la poche des eaux, Eee... le médecin est là ou souvent ce qu'on fait c'est qu'on peut le dire un peu avant que le médecin vient, mais souvent, les patientes, elles ont pas de problème avec ça parce qu'on leur montre, on leur Eee.. quand on leur amène ça, on leur amène ça sous un aspect positif. Ça va aller plus vite ou tsé, pis c'est vrai là, ça peut être vraiment dans beaucoup de cas, que souvent ça va accélérer le travail, c'est dans le but de les aider. Alors comme c'est amené sous un aspect positif, souvent les patientes ont pas de problème avec ça. À part ceux qui viennent pis qui ont une autre façon de voir leur accouchement ou qui sont venus préparés d'une autre façon. Parce qu'y en a qui viennent, eux autres ils veulent une façon naturelle, ils veulent qu'on leur donne le temps, ils verbalisent. Souvent on les laisse, on leur dit qui a pas de problème. Des fois le médecin est comme un peu, y'é pas toujours content, mais des fois les infirmières aussi sont comme pas toujours contentes, mais c'est correct ».

Cet extrait d'entrevue avec *A* dévoile plusieurs aspects importants de la relation thérapeutique. Premièrement, à propos de la décision d'une intervention, les propos réfèrent à une décision qui est « comme un peu imposée ». La direction prise dans l'enseignement sur une intervention possible repose souvent sur un pouvoir de persuasion des professionnels. L'intervention est apportée non seulement sous un angle positif, mais comme seule possibilité à l'impasse, les informations données ayant pour but de convaincre (Cassell, 2005) la

parturiente ou le couple de la nécessité du traitement. La rupture des membranes dans le but d'accélérer le travail est amenée comme étant positive et pour le bien-être de la parturiente, et ce, selon les normes des étapes du travail préétablies par l'institution. La vérité scientifique devient donc un point de vue du savoir dominant imposé et intériorisé (Dugravier-Guérin, 2010; le Blanc, 2002) dans ce cas-ci chez la parturiente et la personne qui l'accompagne. Le savoir hégémonique de l'obstétrique est présent dans notre société québécoise comme la façon d'appréhender l'accouchement. L'obstétrique détient un pouvoir social, symbolique et culturel par son institutionnalisation et sa légitimité (Bourdieu, 2007(c1979)) à la limite monopolisante. Le haut pourcentage (98 %) d'accouchements qui ont encore lieu dans les hôpitaux en témoigne sans l'ombre d'un doute. De plus, avec les multiples protocoles médicaux à suivre et le pouvoir décisionnel des professionnels de la santé du département d'obstétrique, le savoir hégémonique de l'obstétrique risque de tomber dans l'idéologie et ainsi omettre l'expérience personnelle (Gauthier, 2006) des parturientes, ce qui a un impact important sur l'analyse de la relation thérapeutique.

En effet, le savoir expert des professionnels de la santé et la vulnérabilité des parturientes et des conjoints qui se retrouvent dans un monde inconnu de technologies et de langage parfois inaccessible permet la prise en charge du corps par le soignant (Cosnier, 1993; Dagognet, 1998). Cette asymétrie crée ainsi une violence symbolique (Bourdieu, 1980) par l'articulation de normes, de croyances et de pratiques historiquement et socialement situées qui existent de façon informelle, mais qui bénéficient d'une autorité et d'un pouvoir (Mercadier, 2004, Bourdieu, 1980), car intériorisés par les soignés. La technique, le langage médical majoritairement inaccessible à la population en général et l'intensité du moment du travail et de l'accouchement sont des facteurs importants dans l'analyse de la relation thérapeutique, car ils sont manipulés, parfois consciemment et d'autres fois inconsciemment, par les acteurs en pouvoir et créés ainsi la subordination des couples et de la parturiente (Dagognet, 1998). En effet, le pouvoir de transgression de l'intimité, la monopolisation du langage et la manipulation des connaissances se retrouvent au cœur de la relation thérapeutique entre l'infirmière et le couple, et fortement accentués par la présence d'une tierce personne, le médecin. L'influence du pouvoir du médecin a été flagrante dans plusieurs des observations participantes, dans les entretiens avec les infirmières et à travers mes

expériences comme infirmière en salle d'accouchement. C'est ce qui sera abordé dans la prochaine section.

5.2. Le pouvoir autoritaire du médecin

La protection du cadre hospitalier, la hiérarchie des savoirs et le savoir socialement reconnu des médecins ouvrent une porte, à la limite violente, sur l'intimité des parturientes. En effet, une citation de Monique Bégin, ex-ministre de la Santé du Canada, décrit un contexte médical trop souvent présent dans la salle d'accouchement encore aujourd'hui:

«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 dans Vadeboncoeur, 2004 : 37).

Bien que cette citation date de 1993, mes observations et mon expérience en tant qu'infirmière en salle d'accouchement n'ont fait que confirmer qu'elle est toujours d'actualité. Le concept d'*authoritative knowledge* de Brigitte Jordan (1997) est fortement présent dans la salle d'accouchement, non seulement dans la dualité médecin/parturiente, mais également entre médecin et infirmière. L'infirmière est présente avec le couple dans la salle d'accouchement habituellement durant tout son quart de travail, puisque la norme est d'une infirmière pour une parturiente. Elle passe en moyenne six heures avec le couple, ce qui confirme l'importance de son rôle dans la construction de la relation thérapeutique avec le couple. Elle doit, dans un court laps de temps, prendre connaissance de l'histoire médicale de la parturiente, mais également de l'histoire personnelle quant aux désirs et à la vision de l'accouchement du couple (si elle s'y intéresse). Elle doit apprendre à connaître suffisamment le couple afin d'instaurer un climat de confiance qui permettra un accouchement positif. Ainsi, l'infirmière est, en théorie, celle qui connaît mieux le couple et leurs désirs. Le médecin, par contre, passe en moyenne cinq à dix minutes lors du travail et un peu plus, selon la durée de

l'accouchement, s'il y est présent. C'est dans les interactions de courtes durées du médecin avec le couple et l'infirmière que le concept d'*authoritative knowledge* prend tout son sens. En effet, presque toutes les infirmières ont partagé des anecdotes impliquant le médecin, qui sont teintées par le pouvoir institutionnel et social du médecin. Lors de plusieurs observations participantes, l'*authoritative knowledge* a été au cœur de plusieurs interactions entre les infirmières et les médecins. La prochaine section présente certaines observations et rapporte des témoignages quant au pouvoir autoritaire du médecin en salle d'accouchement, afin de démontrer son influence dans la relation de soins infirmière/couple.

5.2.1. Le médecin et la banale césarienne

Lors d'une observation de la relation thérapeutique entre l'infirmière *D* et un couple provenant des Philippines, *D* rencontre le médecin dans le corridor et lui dit que le col de la parturiente est à huit centimètres, mais que la tête était à moins 1 et qu'elle a ressenti un « caput » (souvent signe que la tête du fœtus a de la difficulté à s'engager dans le pubis). Le médecin, sans poser de questions sur l'historique de la patiente et du processus de son travail, est entré dans la chambre, s'est présenté rapidement en nommant son nom et son titre tout en prenant, dans le chariot, des gants pour l'examen vaginal. C'est l'infirmière *D* qui a expliqué à la patiente que le médecin allait refaire le test pour confirmer la progression du col. Le médecin constate la même situation que *D* et dit au couple : « il y a deux façons d'avoir le bébé; par voie vaginale ou par césarienne ». *D* a m'a démontré son incompréhension ou sa frustration par un regard particulier. Elle n'a rien dit et le médecin a quitté la chambre sans autre explication au couple. *D* explique au couple que le médecin doit faire part de toutes les possibilités, mais que nous ne sommes pas rendus à la césarienne, qu'il faut penser positif. À ce moment, un résident et une étudiante en médecine entrent dans la chambre. Ils se présentent brièvement et le résident discute avec le couple des antibiotiques, il mentionne les possibilités d'infection dans l'utérus et des possibilités d'une césarienne. Le conjoint sourit (nerveusement?) et la parturiente regarde son conjoint. Ils ne disent rien, mais l'étudiante dit « they are worried » et le conjoint fait signe que oui par un hochement de la tête. *D* mentionne qu'ils ont des craintes depuis que le médecin leur a parlé de césarienne. Le résident dit qu'il

comprend qu'ils peuvent être préoccupés et tente de les rassurer en disant que ça va aller, que les césariennes n'ont pas de risques²⁸, « on en fait beaucoup, à tous les jours on en fait ». Durant la préparation des antibiotiques, à l'extérieur de la chambre, *D* me dit : « Ils ne devraient pas rester insensibles à la césarienne ». Elle me dit qu'elle n'aime pas quand ils parlent aux couples sans tenir compte de ce qu'ils peuvent ressentir par rapport à une césarienne.

Dans cet exemple, *D* a pris le temps de parler au couple à la sortie du médecin pour, en quelque sorte, justifier la banalité des mots de celui-ci. En effet, si on omet sa présentation par son nom de famille précédé du mot *Docteur* et la clarification de son rôle quelque peu contrôlant : « je suis le médecin qui vous accouchera »²⁹, les seules paroles suite à l'examen vaginal³⁰ ont été : « il y a deux façons d'avoir le bébé; par voie vaginale ou par césarienne ». Aucune discussion ou échange n'a eu lieu entre le médecin et le couple. Le couple n'a pas osé dire un mot, c'est plutôt la sensibilité de l'étudiante en médecine qui a soulevé l'inquiétude du couple quant à cette option d'accouchement. La banalisation de la césarienne comporte des risques quant à l'installation d'un climat de confiance de qualité dans la relation thérapeutique. Dans ce cas, la relation entre médecin et couple est presque inexistante, il n'y a pas d'échange. De plus, cette relation ajoute au défi de l'infirmière qui doit justifier les comportements du médecin. En effet, dans cet exemple *D* dit au couple que le médecin doit faire part de toutes les possibilités comme si c'était normal de discuter de ce sujet de cette façon. Malgré un regard désapprobateur, elle n'a pas partagé son désaccord avec le médecin par la suite. De plus, le fait que le médecin répète le toucher vaginal quelques minutes après celui de l'infirmière, ce geste vient délégitimer le professionnalisme de l'infirmière et brise la relation

²⁸ Ce qui est totalement faux. Plusieurs écrits dénoncent les risques potentiels des césariennes autant chez la parturiente (infection, dépression, etc.) que chez l'enfant (asthme, allergie, etc.) (voir Michel Odent : <http://www.regardconscient.net/archi06/0610odent.pdf>)

²⁹ Selon lui, ce n'est pas la parturiente qui accouchera, c'est lui qui contrôlera l'accouchement pour accoucher le bébé...

³⁰ Un toucher vaginal qui a d'ailleurs précédemment été fait par une infirmière d'expérience. Pourquoi répéter cette intrusion ?

de confiance infirmière/médecin. Pourtant la confiance et le partage de responsabilités sont des éléments nécessaires à une collaboration infirmière/médecin (D'Amour, 2001).

Cette situation comporte un deuxième aspect important en regard de la relation thérapeutique, le toucher vaginal. *D* venait tout juste de faire l'examen vaginal pour ensuite partager le résultat avec le médecin. Ce dernier s'est directement précipité dans la chambre vers le chariot pour y prendre des gants afin de réexaminer le col de la parturiente. Il n'a pas pris le temps de discuter avec la parturiente (qu'il n'avait jamais rencontré avant) de ses intentions, c'est l'infirmière qui a dû faire l'intermédiaire et aviser la parturiente. L'imposition des gestes et des paroles du médecin dans cet exemple influence fortement la relation thérapeutique entre l'infirmière et le couple, car l'infirmière semble vouloir sauver la situation à chaque fois en justifiant au couple les comportements du médecin, et ce afin de maintenir un niveau de confiance avec le couple et surtout diminuer leur niveau de stress et d'anxiété. Cette lacune dans la communication entre la triade infirmière-médecin-couple comporte des risques non seulement quant à la qualité de la relation thérapeutique, mais également dans la satisfaction personnelle du couple quant à son expérience. À ce sujet, les analyses de Baker et coll. en 2005 (dans Locke & Horton-Salway, 2010), portant sur l'expérience négative de certaines femmes en salle d'accouchement, ont révélé que celles-ci ont dénoncé le manque d'information, la pauvreté de la communication et le manque d'occasion d'exercer leurs propres choix lors de leur accouchement. Ces trois aspects se retrouvent dans le dernier exemple.

5.2.2. Le médecin et l'épisiotomie de routine

Une situation semblable s'est produite avec la même infirmière, mais un autre médecin. La parturiente était prête à pousser; *D* avait préparé la chambre pour l'accouchement. Elle avait expliqué au conjoint sa place lors des poussées et son rôle afin

d'aider sa conjointe à accoucher³¹. La parturiente poussait depuis environ une heure. Subitement, le médecin aborde la possibilité d'une épisiotomie. *D* me regarde et plisse les yeux, elle ne dit rien. Le médecin poursuit : « Le bébé va bien, alors on ne le fera pas, on va faire ça naturel, comme avec les sage-femmes, elles aiment ça les choses naturelles ». Encore ici, dans cet exemple, la banalité des termes et des interventions vont influencer la relation thérapeutique. Il est légitime de questionner les propos du médecin quant à l'épisiotomie alors que le bébé va bien. L'infirmière n'a encore rien dit ni au médecin ni au couple. Elle m'a jeté un regard teinté d'incompréhension et a continué son accompagnement avec la parturiente dans ses poussées tout en guidant le conjoint sur les étapes à suivre. Les propos du médecin ont toutefois semblé créer un stress chez le conjoint, perceptible dans son non-verbal. En plus d'aider sa conjointe à pousser, il regardait constamment le périnée de celle-ci afin de s'assurer que le médecin n'allait pas intervenir avec une paire de ciseaux. La banalité de l'intervention médicale est flagrante dans cet exemple. L'idéologie de l'obstétrique interventionniste a contribué à effacer l'expérience personnelle du couple, comme s'il était normal d'agir ainsi. De plus, l'ironie du médecin envers la philosophie des sage-femmes « on va faire ça naturel, comme avec les sage-femmes, elles aiment ça les choses naturelles » démontre clairement un aspect de *l'authoritative knowledge* de l'hégémonie du savoir expert obstétrique par rapport au savoir expert des sage-femmes à travers la relation avec le couple.

Le pouvoir et l'influence du médecin dans ces deux dernières situations observées ont probablement influencé le climat de confiance du couple envers le médecin et l'infirmière. Cette triangulation médecin-couple-infirmière ajoute un défi considérable dans la création de confiance qui peut être ébranlée à tout moment entre l'infirmière et le couple. Si nous revenons à la citation de l'ex-ministre Monique Bégin, les termes « autoritaire »,

³¹ Encore ici, comme dans l'exemple précédent avec E, les étapes des poussées sont pré-programmées. Avant même le début des poussées, l'infirmière explique au conjoint où s'installer et quoi faire.

« hiérarchisé », « impersonnel » et « distant » se reflètent sans contredit dans les exemples décrits ci-haut.

L'infirmière ayant vécu les deux situations rapportées précédemment a été questionnée quant à sa réaction face à une intervention du médecin qu'elle ne juge pas adéquate. Elle a rapporté qu'elle tente d'avertir la parturiente de son droit de refus avant que le médecin entre dans la chambre pour proposer l'intervention; elle a toutefois mentionné ne jamais partager son désaccord avec le médecin : « Non! (rire) je ne peux pas faire ça ». Ainsi, l'autorité et la hiérarchie se retrouvent entre le médecin et l'infirmière comme si la légitimité sociale du pouvoir médical permettait la subordination (Bourdieu, 1980) de l'infirmière face à des comportements qu'elle juge pourtant inacceptables. La « position structurellement dominante » (D'Amour, 2001 : 137) du médecin en milieu hospitalier influence fortement la relation infirmière/couple. Toutefois, son mutisme peut fortement influencer la relation de confiance entre elle et le couple et, du même coup, influencer négativement l'expérience d'accouchement. Le prochain exemple démontre à quel point le pouvoir et l'autorité du médecin peut fragiliser considérablement une relation de confiance entre l'infirmière et le couple en salle d'accouchement.

5.2.3. Les médecins et le viol de l'intimité

Une autre situation de transgression de l'intimité a été partagée lors d'un entretien. L'infirmière *E* était dans la chambre de la parturiente quand le médecin est entré :

« Alors le médecin est rentré dans la chambre, mais très vite, il est rentré et il a dit « bon on va briser la poche des eaux! ». Mais c'était pas une discussion, il a dit ça. Et elle a pas réagi, elle a pas rien dit « non » ou Eee « c'est pas le temps » ou « je ne me sens pas prête » ou quelque chose comme ça. Elle a dit « Ah oui » et il a dit « oui c'est aussi bon un

moment que d'autres moments alors pourquoi pas on va avancer les choses, on va avoir un bébé ». Alors, il a pris le *hook*³² et il l'a examiné et Eee...elle n'a pas dit non et elle a pas réagi ou dit comme « je ne veux pas » ou « j'ai peur » ou *what ever*... et je lui parlais durant le temps qu'il le faisait et je lui disais « alors il va te mettre sur le dos, il va s'asseoir, il va faire l'examen et il va briser la poche ». Ok alors... elle n'a pas dit non et il a fini son travail et il a dit « bon c'est fait et tu es tel et tel centimètre » et c'est parfait et il est parti, il a quitté. Elle, elle a commencé a pleurer, pleurer et pleurer et pleurer. Et elle m'a dit « c'est incroyable c'est » Eee... « brutale »... Ouais et elle était violée, elle se sentait comme, elle a dit qu'elle se sentait violée ».

À la suite de cette intervention, la relation thérapeutique entre *E* et la parturiente semble s'être fortement fragilisée. En effet, selon *E*, la parturiente lui disait qu'elle lui faisait confiance, mais que ce qu'elle venait de vivre était « brutal », « inhumain ». *E* a insisté sur les sentiments de la parturiente quant à son impression de viol, de rapidité de l'intervention médicale et de n'avoir rien pu dire. Le pouvoir et l'autorité du médecin semblent incontestables au moment des faits, comme si sa simple présence intimidait la parturiente, le conjoint et même l'infirmière. Le pouvoir social du médecin a donc permis de transgresser les barrières sociales de l'intimité. Jusqu'à quel point le pouvoir institutionnel permettrait-il cette transgression de l'intimité des corps (Dugravier-Guérin, 2010)?

Le pouvoir du rôle du médecin, mais également de l'infirmière qui ne s'interpose pas devant une situation ou une intervention nécessitant une réelle discussion et une clarification influencera fortement l'impuissance de la parturiente et du conjoint en milieu inconnu et à travers un langage incompréhensible. Le cadre hospitalier, le pouvoir du médecin et le mutisme des infirmières dans des situations jugées par celles-ci inacceptables provoquent un contexte d'impuissance pour le conjoint et la parturiente. Dans toutes les situations exposées ci-haut, le mutisme de la parturiente et du conjoint quant aux comportements inadéquats non

³² L'instrument utilisé pour la rupture des membranes est un bâton de plastique jaune d'une longueur approximative de 20 centimètres avec un petit crochet au bout. Appellé *hook* sur le département.

seulement socialement, mais également au sein de l'institution (suite aux réactions réprobatrices des infirmières) doit être questionné et analysé. Nous ne sommes pourtant plus à l'époque où les médecins endormaient les parturientes pour l'accouchement et pratiquaient ainsi toutes les interventions médicales sans le consentement de celle-ci (Baillargeon, 2004). Pourtant, les réactions sont semblables. Les parturientes n'expriment pas leur désaccord (lors des observations participantes).

Durant l'observation de la relation thérapeutique entre *D* et le couple, une situation semblable à celle de *E* s'est produite. Nous étions dans la chambre quand une résidente en médecine est entrée. Elle s'est présentée par son nom et son titre tout en prenant des gants stériles situés dans le chariot à côté du lit de la parturiente. Elle mentionne à la patiente qu'elle va faire un examen vaginal et évaluer si elle va rompre les membranes. Le ton était beaucoup plus affirmatif que discursif. *D* est restée à côté de la résidente pour lui donner le *hook*. La résidente parlait en anglais à *D*, alors que le couple est francophone. Elle lui partage le résultat de l'examen vaginal (donnée que l'infirmière devra inscrire dans les cases du cahier de la parturiente) et dit qu'elle va rompre les membranes. Aucune information n'est partagée au couple. *D* donne le *hook* à la résidente et c'est à ce moment que la parturiente dit : « Vous allez rompre ? » et que la résidente répond « oui », alors qu'elle a déjà inséré l'instrument dans le vagin.

Ces derniers exemples me font penser à un récit de Léon Tolstoï amené par David Le Breton (2007), un récit qui démontre l'absence de la considération du principal intéressé, une négligence de la voix du patient, une réalité souvent observée lors du terrain :

« Ivan Illitch se plaint depuis quelques jours d'une sourde douleur, le médecin l'a examiné et s'apprête à sortir. Anxieux, Ivan attend le diagnostic qui tarde à venir. Timidement, il interroge : « Nous autres malades, nous nous posons souvent probablement des questions déplacées. [...] Cependant, cette maladie est-elle dangereuse ou non ? »

Le docteur lui jeta un regard sévère à travers ses lunettes, comme s'il disait : « Accusé, si vous ne restez pas dans les limites des

questions qu'on vous pose, je serai obligé de vous faire sortir de la salle des séances » - « Je vous ai déjà dit ce que je considérais nécessaire et convenable de vous dire, fit le médecin. L'analyse complètera mon examen. »³³ (Je souligne).

Les observations démontrent le pouvoir de transgression de l'intimité de la parturiente, la banalité de l'intervention amenée par le médecin, mais surtout le pouvoir hiérarchique de celui-ci sur l'infirmière qui n'ose pas contredire ses propos.

Les observations ont contribué à démontrer que la banalité des interventions chez les médecins est flagrante. Elle fait partie de la relation thérapeutique infirmière/couple, car la réaction de l'infirmière face à l'autorité du médecin influencera la création ou la destruction de la relation de confiance. Malheureusement, la plupart des infirmières observées ne remettront pas en question les comportements des médecins de façon directe. Elles partageront leurs commentaires par la suite à d'autres infirmières, mais elles ne semblent pas oser parler devant le médecin durant les faits, comme s'il ne fallait pas le contredire. Il est intéressant de relier ces situations avec l'histoire des infirmières-visiteuses et leurs rôles avec les médecins-hygiénistes aux suites de la Deuxième Guerre mondiale. Ces derniers recourraient aux services des infirmières croyant que les femmes enceintes allaient leur faire confiance parce qu'elles étaient des infirmières femmes. Cependant, les infirmières-visiteuses ne pouvaient contredire les ordonnances du médecin. Elles devaient suivre à la lettre les connaissances et les instructions médicales (Baillargeon, 2004).

³³ Léon Tolstoï, 1976, « La mort d'Ivan Illilch » dans Le Breton, 2007, p.383

5.3. Et la voix des infirmières?

L'intériorisation des normes médicales et de son pouvoir comporte un système hiérarchisé allant du plus légitime au moins légitime (Bourdieu, 1980). En effet, l'asymétrie des rapports sociaux entre médecins et infirmières amène une domination du savoir du médecin sur celui de l'infirmière. Ce qui peut provoquer des situations indésirables dans la relation triangulaire couple-médecin-infirmière. Pourtant, l'approche de Bourdieu sur la violence symbolique ne détermine pas d'avance les rapports dominants/dominés ou subordonnés. En effet, la place de la résistance sociale et l'utilisation du pouvoir des acteurs peuvent varier et ainsi transformer la relation de pouvoir. C'est ce qu'on appelle l'agentivité, cette « capacité d'agir autrement » (Giddens, 2005(c1987) : 63) ou cette « puissance personnelle d'agir » (Ricoeur, 2004 dans Piguet, 2008 : 61) afin d'influencer le mécanisme de contrôle et de pouvoir. Cette agentivité a été rarement observée lors de la cueillette des données. Cependant, la tentative réalisée par *D*, soit d'avertir la parturiente de son droit de refuser un traitement avant l'arrivée du médecin, est susceptible de changer ou influencer le mécanisme de pouvoir du médecin, qui tentait d'accélérer le travail jugé trop lent selon lui, alors qu'il semblait encore dans les normes selon l'infirmière. J'ai moi-même, en tant qu'infirmière, eu recours à cette stratégie avec quelques couples qui ne désiraient pas être bousculés dans leur expérience d'accouchement. Certains médecins étaient réceptifs aux désirs des couples et au jugement clinique de l'infirmière, mais lorsqu'ils étaient fermés, je tentais « d'agir autrement » en informant les couples sur mon opinion professionnelle et sur leur droit de refuser l'intervention. Charest (2014) cite un passage intéressant du philosophe William James en lien avec ces derniers faits observés : « We may practically say that he has as many different social selves as there are distinct groups of persons about whose opinion he cares. He generally shows a different side of himself to each of these different groups » (James, 1890 dans Charest, 2014 : 81). Les comportements observés des infirmières s'adaptent ainsi aux différents contextes de pouvoir rencontrés, un aspect important de l'interactionnisme symbolique. Par contre, du côté des couples observés, aucun n'a fait preuve d'agentivité envers l'infirmière et le médecin ou de l'infirmière envers le médecin. Cependant, une situation d'agentivité d'un couple a été partagée par *A* lors de l'entrevue réalisée avec celle-ci,

un exemple qui illustre également le mutisme de l'infirmière devant une situation qu'elle juge pourtant inadéquate. Cet exemple est présenté dans la prochaine section.

5.3.1. L'agentivité et l'abus de pouvoir du médecin

« Le médecin était de garde de nuit. Le médecin et le conjoint de la patiente, ils ne s'entendaient pas du tout. Il trouvait le médecin très désagréable, pas propre. Il trouvait qu'il traitait sa femme comme une moins que rien. Alors à chaque fois que le médecin devait aller dans cette chambre, c'était compliqué. Ça s'injurait. Eeee... le monsieur avait été presque violent envers le médecin, alors il y avait eu une plainte et tout ça. Alors finalement, le médecin qui était de garde voulait que la patiente ait une césarienne parce qu'il trouvait qu'elle ne progressait pas. La patiente, elle progressait très lentement, mais elle progressait quand même. Moi en tant qu'infirmière, je ne suis pas médecin, mais je ne l'aurais pas césarisée. Je trouvais qu'elle en avait pas besoin. Sauf que le médecin voulait qu'elle fasse une césarienne. Sauf que le conjoint a dit « non, elle ne va pas aller en césarienne. Là, il est 7 h 30, votre quart de travail va se terminer, il y a un autre médecin qui arrive. Je ne veux pas que vous soyez là. Vous pouvez m'envoyer un résident pour évaluer le tracé, mais je regarde, ça pas l'air trop pire. Vous allez attendre et c'est l'autre médecin qui va césariser ma femme si LUI il pense qu'elle a besoin d'être césarisée. » Il était clair là dessus. Finalement, elle a pas été en césarienne la patiente. L'autre médecin est venu il a dit « ah! elle est complète, poussez! » Elle a poussé une heure, elle a accouché ».

Dans ce témoignage, l'agentivité du conjoint a réussi à transformer le mécanisme de pouvoir du médecin qui voulait absolument faire une césarienne. Cependant, l'intériorisation du pouvoir de connaissance du médecin sur celui de l'infirmière est clairement identifié dans cette citation : « Moi en tant qu'infirmière, je ne suis pas médecin, mais je ne l'aurais pas césarisée ». Dans l'extrait souligné, l'infirmière partage son opinion sur l'événement, mais elle insiste sur le fait qu'elle n'est pas médecin, comme si son jugement clinique valait moins que celui du médecin. De plus, elle n'ose pas discuter des possibles solutions avec le médecin :

« Non justement, c'est ça le problème, j'ose pas en parler. Ou sinon, ce que je vais faire, comme dans le cas précédent, j'avais essayé de dire

au médecin « tsé essayez de lui parler plus calmement, se sont des personnes calmes, qui ont peur ». Puis elle m'a envoyée... Quand on me fait ça une fois, c'est sur que je ne vais plus oser pour les autres fois hen! Alors c'est ça ».

Les propos de *A* indiquent qu'elle n'a pas tenté d'exprimer son désaccord sur l'intervention proposée, mais plutôt d'aider à améliorer la communication entre le médecin et le couple. Toutefois, la réaction fermée ou agressive du médecin « Puis elle m'a envoyé... » illustre ici l'autorité sans équivoque du médecin, incontestée par l'infirmière. Le mutisme par rapport à l'autorité et au pouvoir médical a été généralisé chez les infirmières observées, comme il l'a été illustré par les exemples de *D*, *E* et *A*. *C* a également fait part de ce mutisme en disant qu'elle ne pouvait pas contredire le médecin lorsque la décision d'une intervention a été prise avec une parturiente. De plus, lors de son entretien, elle a été questionnée sur les facteurs qui, selon elle, entravent la relation thérapeutique entre elle et le couple. Sa réponse : « Eee... quand le médecin arrive pis qui dit quelque chose contraire que j'ai dit à la patiente (rire). Ça, ça aide pas! ». Le médecin face à l'infirmière est donc celui qui sait. « Dans l'imaginaire social, tout médecin occupe la place du sujet supposé savoir » (Le Breton, 2007 :378). Une place qui semble ne pouvoir être défié.

Les données recueillies permettent donc de constater l'ampleur de l'hégémonie médicale et de ses mécanismes de pouvoir à travers la relation thérapeutique infirmière-couple. Cette hégémonie est non seulement socialement et politiquement reconnue avec plus de 98 % d'accouchements en milieu hospitalier, mais elle est également intériorisée au sein même de l'équipe de soins à travers l'*authoritative knowledge* qui instaure un mutisme et une dynamique dominant/subordonné entre les médecins et les infirmières. Cette relation asymétrique se retrouve également dans la dynamique infirmière-couple. En effet, les exemples de *F* « C'est ou la professionnelle ou vous-même » ou bien de *B* « Puis c'est sur que la femme elle a pas cet instinct là, parce qu'elle n'a pas l'expérience qu'on a » tracent une limite dans le prise en compte du savoir profane de la parturiente ou des membres de sa famille versus leur propre savoir expert et d'expérience. Le faible nombre d'acteurs, que ce soit les infirmières ou les couples, ayant fait preuve a été constaté lors de la réalisation du terrain. Bandura (2003) explique ce phénomène par le mutisme des infirmières face aux

comportements des médecins. En effet, Bandura croit que pour faire preuve d'agentivité, la personne doit être capable d'agir à l'aide « d'actes visant des objectifs définis » (p.13). Alors si la personne ne croit pas pouvoir faire changer les choses, elle ne se mobilisera pas pour la cause. Les propos recueillis et les observations réalisées laissent entrevoir une réalité similaire dans le milieu observé. En effet, le pouvoir hégémonique de décision du médecin demeure fortement présent dans la salle d'accouchement, et ce, malgré les objectifs d'horizontalité des relations de travail par le programme AMPRO³⁴. Ce facteur institutionnel et social influence fortement la relation thérapeutique entre l'infirmière et le couple. En effet, cette relation, qui a pour but d'apporter une expérience positive basée sur les besoins de la parturiente et de la famille, est bousculée par l'imposition du savoir médical (Lazarus, 1994; Vadeboncoeur, 2004) tant au couple qu'à l'infirmière. Les prises de décisions sur le déroulement du travail et de l'accouchement sont la cause et l'effet d'un mécanisme de pouvoir articulé à travers les relations de chacun des acteurs (Foucault, 1977-1978).

³⁴ En effet, lors d'une conférence-midi sur le programme AMPRO, la médecin porte-parole du projet a déclaré qu'un des objectifs de ce programme visait l'amélioration d'un travail d'équipe horizontal entre les infirmières et les médecins par la standardisation des connaissances scientifiques.

Les objectifs de ce mémoire étaient de décrire les facteurs susceptibles d'entraver ou de favoriser la relation thérapeutique entre l'infirmière et le couple en salle d'accouchement. Partant du postulat que la relation thérapeutique est primordiale à la réussite du processus de soins (Bordin, 1994; Forchuk & Reynolds, 2001; Schmouth 2006; Ford & Ayers 2009), sa conceptualisation demeure essentielle pour mener à bien les soins. Bien que la relation thérapeutique soit malléable et interactionnelle (Mamodhousen, 2004; Bordin, 1994; Cognet, 2004; Arpin, 1992), plusieurs études insistent sur la dimension technique de la relation au détriment d'une prise en considération des interactions en jeu et de leur contextualisation. Ce faisant, elles centrent leurs analyses sur les échanges entre individus sans les resituer dans les rapports et contextes qui les façonnent.

Ce mémoire aurait pu porter sur plusieurs aspects englobant la relation thérapeutique. En effet, tel qu'avoué ci-haut, mes objectifs premiers visaient le rapport du genre homme/femme, le multiculturalisme et le concept de paternité. Bien que ces aspects soient également importants à la compréhension de la relation thérapeutique entre infirmière/couple, le développement de mon terrain m'a dirigé vers une analyse davantage axée sur les relations entre les intervenants et le contexte institutionnel.

C'est à travers la réalisation d'observations participantes et d'entrevues qu'il a été possible de constater la portée des facteurs sociaux et institutionnels quant à l'influence des relations entre les infirmières et les couples en salle d'accouchement. Plus précisément, l'omniprésence de la société du risque (Beck, 2002) et la force du pouvoir hégémonique médicale sont les facteurs qui semblaient avoir le plus d'influence dans la relation thérapeutique. Foucault (1997) fournit un excellent résumé sur les lignes de conduite (inconsciente ou pas) des comportements des infirmières à travers la relation thérapeutique. « La médecine c'est un savoir-pouvoir qui porte à la fois sur le corps et la population, sur

l'organisme et sur les processus biologiques, et qui va donc avoir des effets disciplinaires et des effets régularisateurs » (p.225).

La médecine est la science de la probabilité, elle distingue, qualifie, calcule, catégorise, met en tableau des statistiques sur les phénomènes afin de les standardiser (Debru, 2007) et de statuer sur ce qui est normal et anormal (Lock, 2003; Fassin, 2005; Proulx, 2007). Afin de contrôler les incertitudes quant au processus de l'accouchement, l'utilisation d'un plateau technique permettant la visualisation des risques semble inévitable dans la pratique des infirmières observées. La pratique médicale se protège donc par des normes (Schweyer, 2004) afin d'obtenir un certain contrôle du risque.

Il a été possible de constater l'ampleur de la présence du risque au sein du département des naissances par l'omniprésence d'outils objectivant le processus d'accouchement. Ces outils de travail avec lesquels les infirmières ont été formées durant plus de huit semaines avec la supervision d'une infirmière deviennent peu à peu la façon de penser l'accouchement chez les infirmières nouvellement formées ans l'hôpital observé. Devant répondre à un cadre légal et pour se protéger de tout éventuel conflit ou de situations embarrassantes, les infirmières doivent répondre avec les outils existants sur le département. Ces données ont un objectif de protection du risque par le désir de maîtrise de ses probabilités (historique médical de la parturiente, prise de médicament, problème durant les naissances ou grossesses antérieures). De plus, l'instauration du programme AMPRO au sein du département permet de renforcer la standardisation des connaissances quant aux risques de l'accouchement. Depuis la création de ce programme, plusieurs protocoles de soins font maintenant partie de la routine des infirmières et permettent la cueillette de données, l'évaluation constante de signes et symptômes et l'observation d'anormalités potentielles.

En effet, les multiples catégories d'observation du cahier de la parturiente tentent de visualiser les risques possibles du travail et d'assurer sa normalité. Cet outil de travail fait partie d'un dispositif qui permet donc la surveillance et le contrôle de l'accouchement selon les normes de l'institution. Ces risques potentiels et la grande charge de travail des infirmières qui doivent parfois prendre soins de plus d'une femme en travail comportent ses propres

risques. Afin d'éviter la perte de contrôle des données, l'utilisation des techniques et des technologies est devenue routine chez les infirmières dans l'accompagnement du travail et de l'accouchement. Rendre visible l'invisible est donc nécessaire à la sécurité de la parturiente et des professionnels de la santé. Rendre visible le risque pour y répondre plus rapidement. C'est ce que le modèle technocratique vise et le cahier de la parturiente, le moniteur fœtal et le toucher vaginal répondent à ce modèle. Cependant, comme le mentionne Massé (2010), bien que le plateau technique puisse devenir une routine de soins mécanisés pouvant parfois nuire à la relation thérapeutique par la diminution de la subjectivité des parturientes sa dimension phénoménologique fait également partie des facteurs favorisant cette relation de confiance. Les données recueillies ont illustré à quel point la vision et l'écoute du cœur fœtal à l'aide du moniteur externe peuvent être rassurantes pour les couples.

La dimension phénoménologique du plateau technique répond à un sentiment de sécurité autant chez l'infirmière que chez le couple en salle d'accouchement. S'assurer du bien-être foetal par la vision des battements de son cœur diminue l'anxiété des couples et des infirmières. Cette sécurité permet la création de confiance entre les acteurs impliqués dans le contexte d'accouchement. L'importance de la confiance du couple envers l'infirmière est au cœur du processus de la relation thérapeutique (Vasseur & Cabie, 2005; Rossi, 2011; Soum-Pouyalet et coll., 2005; McAll et coll., 1997). La normalité du rythme du cœur fœtal maintient le couple dans un sentiment de sécurité et de confiance envers l'infirmière qui détient le savoir obstétrical. L'atteinte de sécurité est également obtenue par le maintien du processus de l'accouchement dans les normes.

En effet, le contrôle du risque est justifié par des normes du travail et de l'accouchement. Ainsi, les nombreux protocoles entourant la pratique infirmière en salle d'accouchement (ex.: le cahier de la parturiente) guident les comportements et les choix d'interventions des infirmières. Le pouvoir des normes de l'institution influence fortement le déroulement de la relation thérapeutique entre le couple et l'infirmière. En effet, la socialisation des infirmières se crée dans un milieu achalandé où technologies et protocoles dressent les corps des parturientes afin de les maintenir dans la normalité des étapes du travail. Cette socialisation crée ainsi une hégémonie médicale permettant une « vérité scientifique »,

c'est-à-dire un savoir dominant intériorisé (Dugravier-Guérin, 2010; le Blanc, 2002) par les infirmières et, souvent, imposé aux couples. Une idéologie qui omet parfois la singularité et l'expérience personnelle des couples; un défi à la relation thérapeutique. Le savoir hégémonique des infirmières et des médecins en salle d'accouchement crée une monopolisation du langage médical et ainsi une certaine manipulation des connaissances par rapport aux couples et un risque à la transgression de l'intimité de la parturiente qui est dans une situation de vulnérabilité importante.

Dans l'analyse de ce mémoire, la transgression de l'intimité du médecin envers la parturiente s'est révélé être un facteur important dans l'influence de la relation thérapeutique entre les couples et leur infirmière attitrée. En effet, le concept d'*authoritative knowledge* (Jordan, 1997) s'est avéré pertinent dans l'analyse de la relation non seulement entre médecin/parturiente, mais également dans le lien médecin/infirmière. La relation thérapeutique entre l'infirmière et le couple est fortement influencée par le pouvoir autoritaire du médecin présent dans la chambre. Il a été démontré dans ce mémoire comment l'infirmière tente directement et/ou indirectement de jouer un rôle d'intermédiaire entre le médecin et le couple, et ce suite aux paroles et/ou aux gestes imposés par le médecin. Un comportement semblable aux infirmières-visiteuses de l'après-guerre qui devaient suivre les instructions médicales sans contredire ses ordonnances (Baillargeon, 2004). La légitimité sociale du savoir et du pouvoir médical crée une subordination autant chez les couples que les infirmières. Elle influence ainsi fortement la relation thérapeutique entre ces derniers acteurs.

En effet, la subordination des infirmières et des couples a été flagrante sur le terrain. L'agentivité, cette « capacité d'agir autrement » (Giddens, 2005(c1987) : 63) a été rarement répertoriée lors des observations participantes. Quelques infirmières ont tenté d'avertir les couples des intentions des médecins en leur absence, mais aucune infirmière n'a souligné son désaccord en présence du médecin. Pourtant, plusieurs infirmières ont souligné soit en entrevue ou lors des observations participantes des situations inadéquates de la part du médecin. La relation thérapeutique a été souvent bousculée par l'imposition du savoir médical.

L'objectif principal de ce mémoire se voulait être un outil de référence ou de prise de conscience sur l'impact de l'intériorisation du savoir hégémonique obstétrical obsédé par le discours du risque, par sa foi en la technologie et manipulé par les normes. Certes, l'avancée des connaissances médicales et technologiques a grandement amélioré le sort de femmes ayant des grossesses à risque. Toutefois, la généralisation de l'utilisation de ces avancées même aux grossesses « normales » est risquée, voire même pathologique, et elle est surtout aliénante. Elle est aliénante, car les outils de travail des infirmières permettent rarement sa non-utilisation. Les infirmières doivent se protéger juridiquement et devant le pouvoir et/ou l'autorité sociale du médecin, elles doivent donc amener des preuves tangibles du bon « fonctionnement » du travail et de l'accouchement. La technologie et le contrôle du risque sont, par conséquent, omniprésents dans l'évaluation et dans l'accompagnement des naissances. L'objectif de ce mémoire n'est pas de condamner le travail des professionnels de la santé de la salle d'accouchement et surtout pas de jeter aux oubliettes les techniques et technologies permettant d'assurer la normalité de l'accouchement. Ce mémoire présente les risques possibles de l'aliénation aux normes par la négligence (ou l'absence de prise en compte) de la subjectivité des couples dans leur expérience d'enfantement. Il témoigne également des fortes influences (telles que le concept du risque, l'hégémonie du savoir obstétrical et le pouvoir du médecin) qui façonnent la relation thérapeutique entre les couples et l'infirmière. Enfin, ce mémoire avait aussi pour objectif de dresser des pistes de réflexions pour les professionnels de la santé sur l'impact des normes, du discours du risque et surtout de la mécanisation des corps des parturientes dans l'expérience personnelle des couples.

Bien entendu, les résultats de mon analyse ne mentionnent aucunement l'incapacité des infirmières d'être à l'écoute, empathique et ouverte avec les couples. Au contraire, elles ont toutes été fantastiques dans leur approche, dans leur humour, dans leur aide et surtout dans leur respect. Elles ont su maintenir une grande patience à travers un climat de travail souvent surchargé. Travailler avec des êtres humains et surtout dans un moment intense de la vie qu'est la naissance est également un facteur non négligeable dans l'étude des comportements de la relation thérapeutique. Je souhaite cependant que ma réflexion quant aux objectifs de recherche ait été adéquate et qu'elle soit utile pour la prise de conscience sur ce mécanisme de soins de l'accouchement.

Toutefois, la voix des couples n'a pas été entendue. En effet, il serait intéressant, dans un avenir rapproché, d'explorer la relation thérapeutique par le biais de la perception des couples. En effet, ce mémoire, bien qu'il ait étudié la relation thérapeutique, a examiné seulement une catégorie d'acteurs et un angle plus macro qu'est le contexte institutionnel. Toutefois, le réalisme d'un travail de maîtrise a nécessité l'établissement de choix plus restrictifs. Documenter les opinions des couples apporterait certainement beaucoup à cette analyse surtout en y ajoutant l'influence des identités ethnoculturelles dans le développement de la relation thérapeutique.

Ce mémoire permet également l'étude des relations des intervenants envers les patients/usagers/clients, non seulement des autres départements de l'hôpital étudié, mais également d'autres hôpitaux québécois. En effet, l'analyse de l'influence des normes, du concept de risque et du savoir/pouvoir hégémonique médical est primordiale à la compréhension du mécanisme qui façonne les relations humaines au sein de différents contextes institutionnels. Une analyse comparative entre les départements d'obstétrique de deux différents hôpitaux au Québec serait intéressante afin de valider la pertinence de mon étude. L'analyse de l'impact du dispositif institutionnel comme facteur d'influence des interactions demeure pertinente dans l'étude de tous domaines sociaux où les relations humaines prédominent.

Bibliographie

- Akrich, M. (1998). « La prise en charge de la femme enceinte et du nouveau-né : Comment assurer à chacun des soins adaptés à son niveau de risque? » *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 27(2) :197-204.
- Akrich, M., Pasveer, B. (1995). « De la conception à la naissance : Comparaison France/Pays-Bas des réseaux et des pratiques obstétriques » Rapport MIRE-CSI, Version 1.
- Akrich, M., Pasveer, B. (2000). « Multiplying Obstetrics: Techniques of Surveillance and Forms of Coordination », *Theoretical Medicine and Bioethics*, 21: 63-83.
- Akrich, M., & Pasveer, B. (2004). « Embodiment and Disembodiment in Childbirth Narratives », *Body & Society*, 10: 63-84.
- Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (AMPRO).
En ligne, <http://www.amproob.com/> (Site sécurisé, les références du programme proviennent des documents présents au département des naissances seulement)
- Arpin, J. A. (1992). « L'identité culturelle du clinicien et son rôle dans sa relation avec le patient ». *Santé mentale au Québec*, 17(2): 99-112.
- Assemblée Nationale. Pétition : Pratique sages-femmes. (2014). En ligne, [Consulté le 16 juin 2014].
<https://www.assnat.qc.ca/fr/exprimez-votre-opinion/petition/Petition-1389/index.html>
- Baillargeon, D. (2004). *Un Québec en mal d'enfants : La médicalisation de la maternité, 1910-1970*, Montréal, Éditions du remue-ménage.
- Baillargeon, D. (2009). « La médicalisation de la maternité au Québec comme enjeu de pouvoir (1910-1970) », dans *Pouvoir médical et santé totalitaire : Conséquences socio-anthropologiques et éthiques*. Les Presses de l'Université Laval, Québec.
- Baillargeon, P., Pinsof, W.M., et A., Leduc (2005). « L'alliance thérapeutique : la création et la progression du lien ». *Revue européenne de psychologie appliquée*, 55: 225-234.
- Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité, le sentiment d'efficacité personnelle*. De Boeck ed., Bruxelles.
- Beck, U., 2001, « La société du risque : sur la voie d'une autre modernité », Paris, Flammarion.
- Beck, U. (2002) « The Silence of Words and Political Dynamics in the World Risk Society », *Logos*, 1(4):1-18.
- Blais, M-J. (1995). *Le transfert hospitalier de l'accouchement au Québec 1930-1960*. Mémoire de maîtrise en histoire, Université de Montréal, 198 pgs.

- Boissonnat, V. (2004). « Artéfact technique et pouvoir normatif : la mammographie de dépistage des cancers du sein » dans F.-X., Schweyer, G., Penneç, F., Cresson, F., Bouchayer, *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Paris, ENSP, pp. 151-163.
- Bouliane M. (2003), « Mondialisation et marchandisation de la santé : des tendances fortes qui débordent les cadres nationaux », dans F., Saillant, M., Bouliane (dir.), *Transformations sociales, genre et santé : perspectives critiques et comparatives*, Les Presses de l'Université Laval, Harmattan.
- Bordin E. S. (1994). « Theory and research on the therapeutic working alliance : New directions » , in A. O. Horvath, L. S. Greenberg (eds), *The Working Alliance : Theory, Research, and Practise*, New York, Wiley & Sons : 13-37.
- Bouffard, C. (2002). « La bioéthique au coeur des phénomènes d'émergence normative : le cas de la génétique », dans P. A., B., Hervé, P. A., Molinari, G., Moutel, *Éthique médicale, bioéthique et normativités*, Paris, Dalloz, : 33-57.
- Bourdieu P. (1978). « Sur l'observation participante. Réponse à quelques objections », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 23: 67-69.
- Bourdieu, P. (1980), *Le sens pratique*. Paris, Éditions de Minuit.
- Bourdieu, P. (1990). « La domination masculine » dans *Actes de la recherche en sciences sociales*, 84 : 2-31.
- Bourdieu, P. (2007(c1979), *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, édition de Minuit.
- Bourdin, A. (2003). « La modernité du risque », *Cahiers internationaux de sociologie*, :114 : 5-26.
- Bouyssou, J. (1997). *Théorie générale du risque*, Paris, Éd. Economica.
- CAE, (2014). «Qui sommes-nous?». En ligne, [Consulté le 29 mai 2014]
<http://www.cae.com/a-propos-de-cae/information-sur-cae/qui-nous-sommes/>
- Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Carricaburu, D. (2007). « De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition », *Sociologie et Sociétés*, 39(1): 123-144.
- Cassell, E. (2005). « Consent or Obedience? Power and Authority in Medicine. », *New England Journal of Medicine*, 352(4) : 328-330.

- Charest, M. (2014). *L'apport des infirmières au processus de consentement aux soins en milieu pédiatrique et enjeux éthiques qui en découlent*. Thèse doctorale, Sciences humaines appliquées, université de Montréal.
- Cherniak, D., Fisher, J. (2008). « Explaining obstetric interventionism: Technical skills, common conceptualisations, or collective countertransference? », In *Women and technologies of reproduction*. Women's studies International Forum, 31(4): 270-277.
- Cognet, M. (2004). « La vulnérabilité des immigrés : analyse d'une construction sociale », dans F. Saillant, M., Clément, C., Gaucher, (dir.), *Identités, vulnérabilités, communautés*, Montréal, Nota Bene :155-188.
- Cosnier, J. (1993). « Les interactions en milieu de soignant », dans J., Cosnier, M., Lacoste (dir.). *Soins et communication. Approches interactionnistes des relations de soins*. Lyon, Presses Universitaires de Lyon.
- Dagognet, F. (1998). *Savoir et pouvoir en médecine*, Le Plessis-Robinson. France, Les empêcheurs de penser en rond.
- D'Amour, D. (2001), « Collaboration entre les infirmières et les médecins de famille. Pourquoi et dans quelles conditions? », *Ruptures*, 8(1) : 136-145
- Davis-Floyd, R. (1992). *Birth as an American rite of passage* , University of California Press.
- Davis-Floyd, R. (2001) « The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth », *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75 : S5-S23.
- Debru, C. (2007). « L'engagement philosophique dans le champ de la médecine », dans J.-F. Braunstein (dir.), *Canguilhem : Histoire des sciences et politique du vivant*, Paris, Presses universitaires de France : 45-62.
- Delage, M., et A., Junod. (2005). « D'une éthique de la relation thérapeutique », *Annales Médico Psychologiques*, 161 : 23-30.
- De Rudder Poiret, C. et F., Vourc'h. (2000). *L'inégalité raciste : l'universalité républicaine à l'épreuve*, Paris, Presses Universitaires de France.
- De Sardan, J-P. O. (2008). *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*, , Louvain-La-Neuve, Academia-Bruylant.
- Desjardins, S. (1993). *Médecins et sages-femmes : Les enjeux d'un débat qui n'en finit plus*. Montréal, Édition Québec/Amérique.
- Desrochers, S. L. et L. Renaud. (2010). « Les normes de l'allaitement maternel et de l'accouchement naturel : un examen de leur instauration » dans L., Renaud (dir.), *Les*

médias et la santé : L'émergence à l'appropriation des normes sociales, Collection Santé et Société, Edition Illustré : 52-72.

Despland J.-N., De Roten Y., Martinez E., Plancherel A.-C., et S., Solai. (2000). « L'alliance thérapeutique : un concept empirique ». *Médecine et Hygiène*, 58(2315): 1877-1880.

Dozon J.-P., et D., Fassin. (2001). *Critique de la santé publique : une approche anthropologique*. Paris, Balland.

Dugravier-Guérin, N. (2010). *La relation de soin. Approches éthiques et philosophiques*, Paris, Seli Arslan.

Fassin, D. (2005). « Faire de la santé publique », Rennes, Éditions ENSP.

Ferrand, A. (2004). « La tension normative : un état à la fois personnel et interpersonnel » dans F.-X., Schweyer, G., Pennec, F., Cresson, F., Bouchayer, (dir.), *Normes et valeurs dans le champ de la santé*. Paris, ENSP : 69-76.

Foucault, M. (1963). *Naissance de la Clinique*, Paris, Presses Universitaires de France.

Forchuk, C., et W., Reynolds. (2001). « Client's reflections on relationships with nurses: comparisons from Canada and Scotland ». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8 : 45-51.

Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité. La volonté de savoir*, Paris, Gallimard.

Foucault, M. (1999). *Les Anormaux : Cours du 8 janvier 1974-1975*, Paris, Gallimard/Le Seuil.

Foucault, M. (2004). *Leçon du 11 janvier 1978. Sécurité, Territoire, Population. Cours au Collège de France, 1977-1978*, Paris, Gallimard/Le Seuil.

Ford, E., et S., Ayers. (2009). « Stressful events and support during birth: The effect on anxiety, mood and perceived control », *Journal of Anxiety Disorders*, 23 : 260-268.

Formarier, M. (2007). « La relation de soin, concepts et finalités », *Recherche en soins infirmiers*, 2(89) : 33-42.

Fortin, S., et J., Le Gall. (2011). « Parentalité et processus migratoire » dans Francine de Montigny, Annie Devault, Christine Gervais (dir.), *La naissance d'une famille : Accompagner les parents et leurs enfants en période périnatale*, Éditions Chenelière.

Fox, R. (1988). *L'incertitude médicale*, Paris, L'Harmattan.

Gajo et coll. (2001). « Communication entre soignants et patients migrants : quels moyens pour quels services? » dans L., Gajo, L., Mondana (dir.), *Communiquer en milieu*

hospitalier : de la relation de soins à l'expertise médicale, Suisse, Bulletin Vals-asla, 74: 153-174.

Gauthier, A. (2006). *Des évidences à l'incertitude : interroger les liens thérapeutiques entre familles et équipe soignante au programme de transplantation du foie de l'hôpital Sainte-Justine*. Doctorat, département Sciences humaines appliquées, Université de Montréal, Montréal.

Ghasarian, C. (2004). *Sur les chemins de l'ethnographie réflexive. De l'ethnologue à l'anthropologie réflexive : nouveaux terrains, nouvelles pratiques, nouveaux enjeux*, Paris, Éditions Armand Colin.

Giddens, A. (1994). *Les conséquences de la modernité*, Paris, L'Harmattan.

Giddens, A. (2005(c1987)). *La constitution de la société : éléments de la théorie de la structuration*. Paris, Presses universitaires de France.

Hamel, G. (1997). *Études de cas en sciences sociales*, Montréal, L'Harmattan.

Hesbeen, W. (2002). *La qualité du soin infirmier. Penser et agir dans une perspective soignante*, Paris, Masson.

Jacques, B. (2007). *Sociologie de l'accouchement*, Paris, Presses universitaires de France, Le Monde.

Jaffré, Y. et J.-P. O. de Sardan. (2003). *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Apad-Karthala.

Jordan B. (1997). « Authoritative knowledge and its construction », In Davis-Floyd R, Sargent C., (ed.), *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-Cultural Perspectives*, Berkeley, University of California Press : 55–79.

Journal le Métro, (12 juin 2014). « Un simulateur d'accouchement ultra-réaliste », en ligne, [Consulté le 20 juin 2014].
<http://journalmetro.com/plus/sante/501477/un-simulateur-daccouchement-ultra-realiste/>

La Presse, (9 septembre, 2014). « Profession sage-femme : humaniser l'accouchement », en ligne, [Consulté le 13 septembre 2014].
<http://www.lapresse.ca/vivre/sante/201409/09/01-4798610-profession-sage-femme-humaniser-laccouchement.php>

Lauren, P., et L.P., Hunter. (2009). « A Descriptive Study of “Being with Woman” During Labor and Birth », *Journal of Midwifery & Women's Health*, 54(2): 111-118.

Lapassade, G. (1991). *L'observation participante*, Paris, Meridiens Klincksieck.

- Le Blanc, G. (2002) « L'invention de la normalité », *Esprit*, 284: 145-164.
- Le Blanc, G. (2002). « Le conflit des médecines », *Esprit*, 284 : 71-80.
- Le Breton, D. (2007). « Médecine, corps et anthropologie », E. Hirsh (dir.) *Éthique, médecine et société. Comprendre, réfléchir, décider*, Paris, Vuibert : 378-383.
- Le Devoir, (juin 2014). « La science plaide pour les sage-femmes », en ligne, [Consulté le 24 juin 2014].
<http://www.ledevoir.com/societe/sante/411775/maternite-la-science-plaide-pour-les-sages-femmes>
- Lemay, C. (2007). *Être là : étude du phénomène de la pratique sage-femme au Québec dans les années 1970-1980*. Thèse de doctorat, Université de Montréal, Montréal.
- Lewis, M-J. (2008). *L'expérience de la maternité des Ouagalaises : d'une génération à l'autre*, maîtrise, département de sociologie, Université de Montréal, Montréal.
- Lock, M. (2003). « Accounting for disease and distress: Morals of the normal and abnormal », dans R.F.G., Albrecht, S. Scrimshaw, *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, London, Sage Publications : 259-276.
- Locke, A. et M., Horton-Salway. (2010). « But you might be damaging your baby': Constructing choice and risk in labour and childbirth » *Feminism & Psychology*, 20(4) : 435-450.
- Loubna B. (2008). *Étude ethnographique des rapports sociaux en milieu obstétrical au Burkina Faso*, maîtrise, département d'anthropologie, Université de Montréal, Montréal.
- Lowis, G.W. et P., McCaffery. (2004). « Sociological Factors Affecting the Medicalization of midwifery ». In E.R., Teijlingen van, G.W., Lowis, P., McCaffery, Porter, (dir.), *Midwifery and the medicalization of childbirth : comparatives perspectives*, Nova Publishers : 5-39.
- Mamodhousen, S. (2004). *L'alliance thérapeutique et les caractéristiques des couples et des conjoints dans le traitement de couples en détresse*, Thèse doctorale,, Département de psychologie, Université de Montréal, Montréal.
- Martin, S. (2010). *L'utérus artificiel ou l'effacement du corps maternel : de l'obstétrique à la machinique*, maîtrise, Faculté des Arts et des Sciences, Université de Montréal, Montréal.
- Massé, R. et J., Saint-Arnaud. (2003). « Éthique et santé publique : enjeux, valeurs et normativité », *Collection sociétés, cultures et santé*, Presses Université Laval.

- Massé, R. (2010). « Les nouveaux défis pour l'anthropologie de la santé », *Anthropologie & Santé*, 1.
- Membrano, M. (1993). « La construction médicale de la relation thérapeutique : Pour une définition des enjeux », *Ethnologie française*, 23(4) : 526-533.
- Mercadier, C. (2004). *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital. Le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné*, Paris, De Boeck.
- McAll et coll. (1997). *Proximité et distance : les défis de communication entre intervenants et clientèle multiethniques en CLSC*, Montréal, Éditions Saint-Martin.
- Mol, A. (2009). *Ce que soigner veut dire. Repenser le libre choix du patient*, Paris, Presses des Mines.
- Moro, M. R., Neuman, D. et I., Réal. (2008). *Maternités en exil : Mettre des bébés au monde et les faire grandir en situation transculturelle*, Paris, Éditions la pensée sauvage..
- Moussa, H. (2006). « Devoir de soigner et droit d'exercer la violence : ethnographie des consultations de planification familiale à Niamey/Niger », *Bulletin de l'APAD*, 25.
- Ordre des sages-femmes de France. (2014). En ligne, [Consulté le 20 juin 2014].
<http://www.ordre-sages-femmes.fr>
- Ordre des sages-femmes du Québec. (2014). En ligne, [Consulté le 16 juin 2014].
<http://www.osfq.org>.
- Paillé, P. et A., Mucchielli. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Paris, Armand Colin.
- Peretti-Watel, P. (2000). *Sociologie du risqué*, Paris, Armand Colin.
- Piché, V., (1978). «La sociologie des migrations au Québec», *Canadian Studies in Population*, 5: 37-53.
- Pires, A. (1997). « De quelques enjeux épistémologiques d'une méthodologie générale pour les sciences sociales » dans J., Poupart, et coll, *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal, Gaëtan Morin : 365-389.
- Potter, P., et A., Perry. (2010). *Soins infirmiers : fondements généraux*, (dir.) C. Dallaire, S. Le May, Y. Brassard, 2^e édition, vol. 1, De Boeck, 1230 pgs.
- Poupart, J. (2011). «Tradition de Chicago et interactionnisme : des méthodes qualitatives à la sociologie de la déviance». *Recherches qualitatives*, 30(1) : 1-6.

- Poupart, J., et coll. (1997). *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal, Gaëtan Morin : 365-389.
- Pouyane, V. (2013). « L'arbre et le nid », documentaire, production Studios Loom et l'Oeil Fou, distribution L'Oeil Fou inc., 85 minutes.
- Proulx, M. (2007). « Du discours savant à l'expérience subjective de la maladie hypertensive ou lorsque le sens est mis à risque », *Sociologie et société*, 39(1) :79- 98.
- Québec Science, (27 mai 2014), « Un simulateur d'accouchement aussi vrai que nature (ou presque) ». En ligne, [Consulté le 15 juin 2014].
<http://www.quebecscience.qc.ca/actualites/Un-simulateur-d-accouchement-aussi-vrai-que-nature-ou-presque> .
- Radio-Canada, (24 mai 2014), « Une centre de simulation d'accouchement à St-Justine ». En ligne, [Consulté le 26 mai 2014].
<http://ici.radio-canada.ca/regions/Montreal/2011/05/24/008-simulation-accouchement-sainte-justine.shtml>
- Radio-Canada, (27 mai 2014), « Un accouchement... comme si vous y étiez ». En ligne, [Consulté le 27 mai 2014].
http://ici.radio-canada.ca/emissions/le_15_18/2013-2014/chronique.asp?idChronique=339459 .
- Ray Arney, W. (1982). *Power and the profession of Obstetrics*, Chicago and London, University of Chicago Press.
- Regroupement des sage-femmes du Québec (RSFQ), 2014, Pétition « Manque d'accessibilité aux services de sage-femme ». En ligne, [Consulté le 25 juillet 2014]
<http://www.rsfq.qc.ca/projet-developpement/formulaire.php>.
- Ricoeur, P. (2004). *Parcours de la reconnaissance*, Paris, Stock.
- Pérez D'Gregorio, R. (2010). « Obstetric violence : A new legal term introduced in Venezuela », *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 111(3) : 201-202.
- Rossi, I. (2011). « La parole comme soin : cancer et pluralisme thérapeutique », *Anthropologie & Santé*, 2.
- Saillant F., et E., Gagnon. 2(000,). « Présentation. Vers une anthropologie des soins? », *Anthropologie et Sociétés*, 23(2) : 5-14.
- Schmouth, M-E. (2006). *Les attentes et le rôle performé par les soignés et les soignants dans la relation de soins avec des personnes présentant un problème de santé mentale grave et de toxicomanie*. Maîtrise, département de sociologie, Université Laval, Québec.

- Schweyer, F-X., Penneç, G., Cresson, F. et F., Bouchayer. (2004). *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Paris, ENSP.
- Société des Gynécologues et Obstétriciens du Canada, (2014). En ligne, [Consulté le 20 juin 2014].
http://www.sogc.org/health/pregnancy-normal_f.asp.
- Soum-Pouyalet et coll. (2005). « Soignant contaminé et malade imaginé : étude anthropologique de la construction de l'individualité en radiothérapie », *Bull Cancer*, 92(7-8) : 741-745.
- Syndicat National des Gynécologues et Obstétriciens de France (SYNGOF). (2014). En ligne, [Consulté le 20 juin 2014].
<http://www.syngof.fr>
- TVA Nouvelles (14 mai 2014). « Premier simulateur d'accouchement au monde ». En ligne, [Consulté le 15 mai 2014].
<http://tvanouvelles.ca/lcn/infos/regional/montreal/archives/2014/05/20140527-142608.html>
- Vadeboncoeur, H. (2005). « L'humanisation des pratiques entourant l'accouchement est-elle limitée ? », *Le Médecin du Québec*, 40(7) : 77-86.
- Van Loon, J. (2002). *Risk and technological Culture : Toward a sociology of virulence*. International Library of Sociology, London, New York, Routledge.
- Vasseur A., et M.-C., Cabie. (2005). « La relation de confiance : fondement de la résilience en psychiatrie », *Recherche en soins infirmiers*, 82 : 43-49.
- Vries de, R. (2005). *A pleasing Birth: midwives and maternity are in the Netherlands*, Amsterdam University Press.
- Watson, J. (1998). *Le caring*, Paris, Éditions Seli Arslan.

Annexe I

Annonce de recrutement

Bonjour,

Comme certaines le savent, je suis une étudiante à la maîtrise en anthropologie à l'Université de Montréal. Dans le cadre de mon mémoire, je m'intéresse à la relation thérapeutique entre l'infirmière en salle d'accouchement et le conjoint de la parturiente. Pour ce faire, je recrute des infirmières nées au Québec (ou qui y habitent depuis 10 ans) qui ont une bonne communication en français.

Votre participation impliquera de prendre part à une entrevue d'une durée allant entre soixante et soixante-quinze minutes nous permettant de discuter, entre autres, de vos perceptions de la culture, de la différence, de l'identité et du rôle du père en salle d'accouchement. De plus, je vous accompagnerai lors de votre quart de travail afin d'observer vos relations avec le couple en salle d'accouchement (3 à 4 quarts de travail).

Si vous êtes intéressées à partager votre expérience ou si vous désirez davantage d'informations, contactez-moi en personne ou à xxx@gmail.com ou encore appelez-moi au 514-XXX-XXXX.

Je vous remercie à l'avance de votre contribution et au plaisir de discuter.

Hello,

As some of you may know, I am doing a master degree in anthropology at the University of Montreal. As part of my memoir, I am interested in the therapeutic relationship between the nurse in the delivery room and the spouse of the woman. Therefore, I am recruiting nurses born in Quebec (or who have lived here for at least 10 years) and who have good communication skills in French.

Your participation would involve taking part in a 60 to 75 minute interview where we would discuss, among other things, your perceptions of culture, difference, identity and the role of the father in the delivery room. In addition, I would accompany you during your shift to observe your relationship with the couple in the delivery room (3-4 shifts).

If you are interested in sharing your experience, or if you need more information, please contact me in person, write me at this address: xxx@gmail.com or call me at 514-XXX-XXXX

I thank you in advance for your contribution and I look forward to discussing with you.

Annexe II

Guide d'entretien : La relation thérapeutique entre infirmière et conjoint de la parturiente

Histoire professionnelle

Depuis combien de temps êtes-vous infirmière?

Avez-vous travaillé sur d'autres unités avant ? (À ou hors de l'hôpital)

Pourquoi êtes-vous infirmière en salle d'accouchement ?

Pourquoi à cet hôpital?

Profil socio-économique

Lieu d'origine ?

Née de parents de quelles origines ?

Occupations de vos parents ?

Votre conjoint est du Québec ?

Dans quel quartier habitez-vous ?

Langues parlées ?

Âge ?

Pratiques professionnelles

Qu'est-ce pour vous un accouchement normal ?

Quel est le rôle du père dans la salle d'accouchement ?

Quelle est votre approche thérapeutique ? (care)

Lors de votre rencontre avec le couple en salle d'accouchement, quelles sont vos questions ?

Quelle est votre relation avec la parturiente ?

Avec le conjoint ?

Quels sont, selon votre expérience, les facteurs favorisant la relation de confiance ou la relation thérapeutique ?

Les facteurs qui l'entravent?

Comment se déroule la prise de décision de soins ? (induire avec ocytocine, épidurale, rupture des membranes, etc.)

Quelle est la place de la parturiente dans les décisions ?

Du conjoint ?

Que faites-vous si la parturiente refuse un traitement ?

Le conjoint ?

Perceptions de l'altérité

Quels sont pour vous les enjeux rencontrés en salle d'accouchement dans un milieu multiculturel ?

Qu'est-ce que l'identité ?

Qu'est-ce que la culture selon vous ?

L'identité ethnique ?

Religieuse ?

Ont-ils un impact dans votre pratique ?

Que pensez-vous de l'immigration ?

Événements critiques rencontrés

Avez-vous vécu des événements ou situations difficiles en salle d'accouchement, dans le dernier mois ?

Avec la femme ou le conjoint ?

Description du cas

Description de la parturiente/ du conjoint :

- Qualité de la relation thérapeutique (perçu par l'infirmière)
- Âge
- Origine ethnique, culturelle, sociale

Perception

Qu'est-ce qu'une bonne infirmière ?

Qu'est-ce qu'une bonne patiente ?

Qu'est-ce qu'un bon conjoint en salle d'accouchement ?

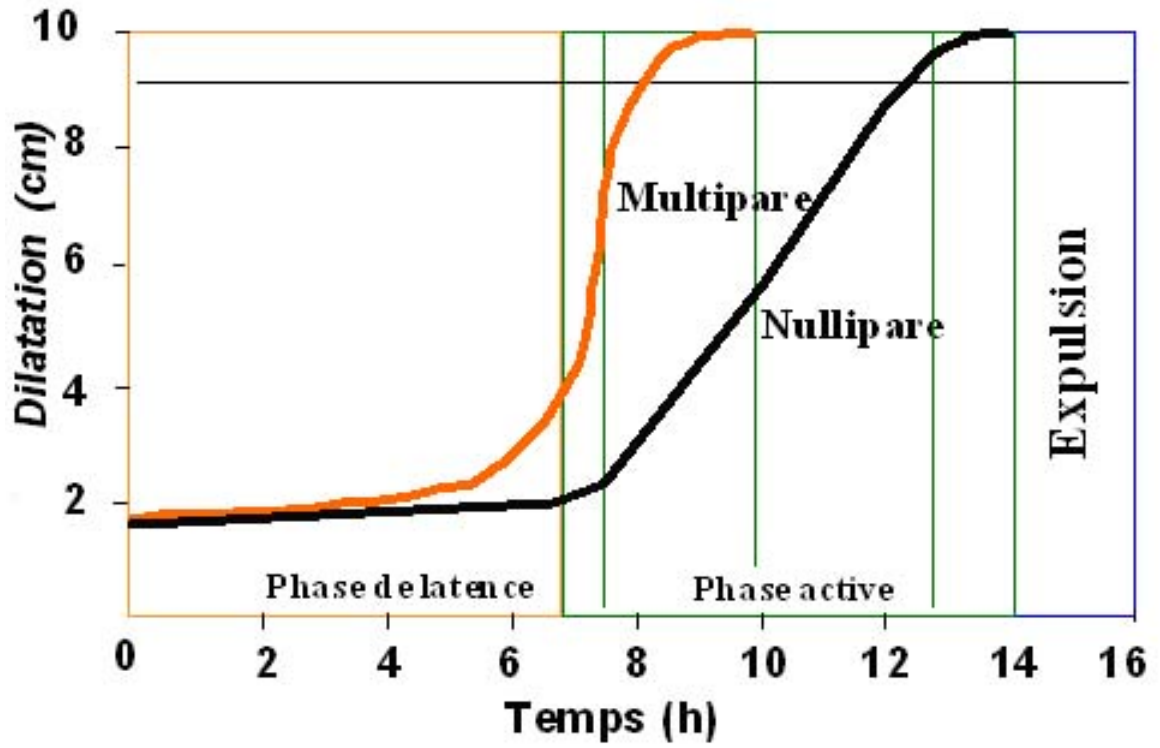
Structure de soins

Au niveau de l'hôpital ou du département des naissances y a-t-il des protocoles ou une ligne de conduite sur les comportements à avoir avec la femme en salle d'accouchement?

Avec le conjoint ?

Annexe III

Courbe de Friedman



<https://securise.amprob.com>

