

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/311846908>

Détresse, souffrance ou violence obstétricale lors de l'accouchement : perspectives des intervenantes...

Working Paper · December 2016

DOI: 10.13140/RG.2.2.33053.51682

CITATIONS

0

READS

1,075

4 authors, including:



Sylvie Levesque

Université du Québec à Montréal

12 PUBLICATIONS 10 CITATIONS

SEE PROFILE



Bergeron Manon

Université du Québec à Montréal

13 PUBLICATIONS 31 CITATIONS

SEE PROFILE



Catherine Rousseau

Université du Québec à Montréal

1 PUBLICATION 0 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Program design, implementation and evaluation [View project](#)



Women's labeling of experienced sexual violence at university [View project](#)

**Détresse, souffrance ou violence obstétricale lors de l'accouchement :
perspectives des intervenantes communautaires
membres du Regroupement Naissance-Renaissance**

Rapport de recherche rédigé par

Sylvie Lévesque

Manon Bergeron

Lorraine Fontaine

Sarah Beauchemin-Roy

Catherine Rousseau

Décembre 2016



Cette recherche a d'abord été rendue possible grâce à une subvention du Programme d'aide financière à la recherche et à la création - Recherche dans le cadre des Services aux Collectivités, Volet 2 – Université du Québec à Montréal. Le soutien financier du Réseau québécois en études féministes (RéQEF) a permis les dernières étapes menant au dépôt du présent rapport.

**La reproduction de ce document est permise, en autant que la source soit mentionnée.
Référence suggérée :**

Lévesque, S., Bergeron, M., Fontaine, L., Beauchemin-Roy, S., et Rousseau, C. (2016). *Détresse, souffrance et violence obstétricale lors de l'accouchement : perspectives des intervenantes communautaires membres du Regroupement Naissance-Renaissance*. Montréal : Département de sexologie et Service aux collectivités, Université du Québec à Montréal.

Membres du comité d'encadrement (ordre alphabétique):

Manon Bergeron, professeure au Département de sexologie (UQAM)*
Sarah Beauchemin-Roy, étudiante à la maîtrise, Département de sexologie (UQAM)*
Lorraine Fontaine, Coordinatrice du Regroupement Naissance-Renaissance
Lyne Kurtzman, agente de développement au Service aux collectivités (UQAM)
Sylvie Lévesque, professeure au Département de sexologie (UQAM)*
Catherine Rousseau, étudiante à la maîtrise, Département de sexologie (UQAM)*
(* désigne les membres de l'équipe de recherche)

Sylvie Lévesque, Ph.D.

Département de sexologie,
Université du Québec à Montréal
C.P. 8888, Succursale Centre-Ville
Montréal (Québec) H3C 3P8
Tél. : 514 987-3000, poste 5816
Courriel : levesque.sylvie@uqam.ca

Regroupement Naissance-Renaissance

Tél. : 514-392-0308 (Montréal)
Courriel : info@naissance-renaissance.qc.ca
Web: <http://naissance-renaissance.qc.ca/>

Remerciements

Nous souhaiterions en premier lieu remercier les intervenantes communautaires qui ont participé aux groupes de discussion et qui ont généreusement partagé avec nous leurs expériences et leurs perceptions sur le vécu de détresse, souffrance ou violence lors de l'accouchement. Nous aimerions aussi remercier chaleureusement les alliées du RNR, les membres de son conseil d'administration et plus particulièrement Hélène Vadeboncoeur et Stéphanie St-Amant, pour leurs commentaires au fil des différentes versions de ce rapport. Enfin, il faut souligner que la réalisation de ce projet de recherche n'aurait pu être possible sans le soutien financier et humain du Service aux collectivités de l'UQAM et l'implication de Lyne Kurtzman. Le soutien financier du Réseau québécois en études féministes (RéQEF) a été également précieux dans les dernières étapes du projet.

Résumé

Autant sur la scène provinciale qu'internationale, la question des violences commises à l'endroit des femmes est un enjeu capital. L'une de ses formes les moins documentées et les plus taboues, la violence obstétricale, gagne en importance dans le discours des groupes de défense des droits des femmes et de certaines organisations internationales. Par le biais de différents moyens tels que la création de chartes, de documents et sites d'informations, de blogues permettant le partage d'expériences, ils appellent à une sensibilisation accrue et à la dénonciation de cette forme de violence. Les conséquences de cette violence s'observent en premier lieu chez les femmes qui en sont victimes, mais aussi chez leur partenaire, leur famille, les intervenant.es qui les côtoient et le système de soins de santé.

Au Québec, l'organisme Regroupement Naissance-Renaissance (RNR) milite depuis les années 1980 pour la reconnaissance, le pouvoir et l'engagement des femmes dans tous les aspects de leur expérience périnatale. Les intervenantes communautaires qui travaillent au sein des organismes membres de ce regroupement se sentent parfois démunies face aux expériences de détresse, souffrance ou violence vécues par les femmes lors de l'accouchement. Afin de répondre au besoin exprimé de mieux cerner les besoins de formation des membres du RNR au sujet de cette problématique émergente qu'est la violence obstétricale, cette recherche a deux objectifs : 1) identifier les perceptions des intervenantes communautaires et leurs pratiques actuelles face aux questions de détresse, souffrance ou violence vécue lors de l'accouchement et 2) dégager leurs besoins de formation, plus particulièrement les savoirs à développer et les stratégies d'action à privilégier. Pour répondre à ces objectifs, une collecte de données qualitatives s'est effectuée entre mai et décembre 2015 auprès de participantes provenant de 19 organismes communautaires en périnatalité au Québec, membres affiliés ou sympathisants du RNR. Lors de huit groupes de discussion s'appuyant sur une grille d'entrevue semi-directive, 29 participantes provenant de 8 régions administratives du Québec ont été rencontrées. Les rôles et fonctions exercés par les participantes sont diversifiés : marraine d'allaitement, accompagnante à la naissance, infirmière, sage-femme ou intervenante dans un groupe communautaire en périnatalité. L'équipe de recherche s'est appuyée sur l'analyse thématique inductive pour appréhender les données recueillies, à l'aide du logiciel Nvivo 11.

Plusieurs représentations des expériences de détresse, souffrance ou violence vécues lors de l'accouchement émanent de l'analyse de ces groupes de discussion, notamment l'absence de processus de recherche de consentement libre et éclairé et d'information complète donnée aux femmes qui accouchent ; le manque de respect à l'égard des femmes qui accouchent; la prise de pouvoir des professionnel.les de la santé sur les femmes ; le manque d'accès ou accès limité aux alternatives à l'accouchement médicalisé et la difficulté à reconnaître une expérience de détresse, souffrance ou violence. Pour contrer cette violence et ses répercussions, les intervenantes tentent des interventions préventives et de soutien, ancrées principalement dans une approche d'autonomisation (*empowerment*) tout au long de la période périnatale. Par exemple, les intervenantes misent sur la période prénatale pour informer les femmes de leur corps, de leurs droits et de leurs options. D'autres moyens utilisés sont

l'accompagnement lors des visites médicales, un moyen de surmonter le déséquilibre de pouvoir (ou de ré-équilibrer le pouvoir) ; la création d'alliances avec le personnel médical ou le.la partenaire pendant l'accouchement pour cultiver la collaboration ; la création d'espaces d'écoute pour favoriser l'expression du vécu chez la femme en période postnatale ; et le soutien de l'exercice du droit de parole chez les femmes et les couples par la dénonciation en période postnatale. Malgré tout, les intervenantes font face à plusieurs difficultés ou défis lors des situations de détresse, souffrance ou violence, d'où leurs besoins d'information, de réflexion, de sensibilisation et de formation afin d'être mieux outillées.

Ces résultats font écho aux écrits s'étant intéressé aux expériences de violences vécues lors de l'accouchement, tant sur le plan de ses composantes que des différentes manifestations répertoriées (Bohren et coll., 2015, Bowser et Hill, 2010). Il constitue un apport novateur sur le plan du développement des connaissances en faisant entendre la voix d'intervenantes qui accompagnent les femmes lors de cette période importante et qui témoignent vivre elles-aussi des répercussions négatives de ces violences. Malgré les limites inhérentes à un projet de recherche qualitatif exploratoire, il constitue une incursion pertinente et nécessaire dans ce champ de savoirs aux intersections des violences systémiques et des violences faites aux femmes. D'autres recherches seront nécessaires pour mieux comprendre cette forme de violence.

Table des matières

Résumé	iv
1. Introduction	1
1.1 Contexte d'émergence et objectifs de l'étude	2
1.2 Brève description de l'organisme Regroupement Naissance-Renaissance	3
2. État des connaissances	5
<i>Évolution historique et sociale concernant l'accouchement</i>	8
3. Méthodologie	11
3.1 Échantillon	11
3.2 Instrument de collecte des données	12
3.3 Procédures de recrutement et de collecte	13
3.4 Analyses qualitatives	13
4. Résultats	14
4.1 Représentations des expériences de détresse, souffrance ou violence vécues lors de l'accouchement	14
4.1.1 Absence de consentement libre et éclairé et d'information complète	14
4.1.2 Expérience ressentie ou perçue comme négative par les femmes	16
4.1.3 Manque de respect à l'égard des femmes	17
4.1.4 Prise de pouvoir des professionnel.les de la santé sur les femmes	18
4.1.5 Manque d'accès ou accès limité aux alternatives de l'accouchement médicalisé et peur de représailles	19
4.1.6 Difficulté à reconnaître une expérience de détresse, souffrance ou violence	20
4.1.7 Répercussions des expériences de détresse, souffrance ou violence vécues lors de l'accouchement	21
4.1.8 Causes d'une expérience de détresse, souffrance ou violence vécues lors de l'accouchement	23
4.2 Difficultés rencontrées par les intervenantes en périnatalité lors des situations de détresse, souffrance ou violence	25
4.3 Des interventions préventives et de soutien ancrées principalement dans une approche d'autonomisation (empowerment) tout au long de la période périnatale	27
4.3.1 Miser sur la période prénatale pour informer les femmes de leur corps, de leurs droits et de leurs options	27
4.3.2 L'accompagnement lors des visites médicales : un moyen de surmonter le déséquilibre de pouvoir (ou de ré-équilibrer le pouvoir)	30
4.3.3 Créer des alliances pendant l'accouchement pour cultiver la collaboration	31
4.3.4 Créer des espaces d'écoute pour favoriser l'expression du vécu émotionnel chez la femme en période postnatale	33
4.3.5 Soutenir l'exercice du droit de parole chez les femmes et les couples par la dénonciation	36
4.4 Des besoins d'information, de réflexion, de sensibilisation et de formation	37
4.4.1 Formation ciblée pour les intervenantes en périnatalité	37

4.4.2	Caractéristiques, format et modalités des formations	42
4.4.3	Amélioration des pratiques et sensibilisation générale des professionnel.les de la santé	43
4.4.4	Soutien aux parents	45
5.	Discussion	47
5.1	<i>Les intervenantes communautaires membres du RNR sont témoins de situation de détresse, souffrance ou violence lors de l'accouchement</i>	47
5.2	<i>Failles dans le processus de recherche de consentement libre et éclairé</i>	48
5.3	<i>Relation de pouvoir entre les professionnel.les de la santé et les femmes</i>	49
5.4	<i>Difficulté à reconnaître une expérience de détresse, souffrance et violence</i>	49
5.5	<i>Des réflexions soulevées sur les causes et conséquences de la violence obstétricale</i>	51
5.6	<i>Enjeux et difficultés rencontrés par les participantes lors des situations de détresse, souffrance et violence</i>	52
5.7	<i>Stratégies mises de l'avant par les participantes des groupes de discussion pour prévenir les expériences de détresse, souffrance ou violence et soutenir les femmes et leur famille</i>	54
5.7.1	Création d'alliances	54
5.7.2	Créer des espaces d'écoute pour favoriser l'expression des femmes en période postnatale	54
5.8	<i>Limites</i>	54
5.9	<i>Recommandations</i>	55
	Conclusion	57
	Bibliographie	59
	Annexes	58
	<i>Annexe 1 – Invitation de participation</i>	62
	<i>Annexe 2 – Lettre d'information et formulaire de consentement</i>	63
	<i>Annexe 3 – Approbation éthique</i>	66
	<i>Annexe 4 – Grille de codification pour les groupes de discussion</i>	67
	<i>Annexe 5 – Illustration de cas</i>	69

1. Introduction

Au Québec, 86 800 naissances ont eu lieu en 2015 (Institut de la statistique du Québec, 2016). Les données canadiennes disponibles pour le Québec sur le lieu de l'accouchement et la formation de l'accoucheur.se indiquent que la quasi-totalité des femmes donnent naissance à leur enfant à l'hôpital ou dans une clinique (97,9 %), alors que 1,2 % des naissances se déroulent à domicile et moins d'1% dans une maison des naissances (Agence de la santé publique du Canada, 2009). Les obstétriciens.nes-gynécologues (69,6 %) et les médecins de famille (14,6 %) sont les professionnel.les de la santé qui dispensent le plus fréquemment les soins aux femmes lors de l'accouchement, suivis des infirmier.ères (4,7 %) et des sages-femmes (4,3%) (Agence de la santé publique du Canada, 2009). Au Québec, les sages-femmes assurent annuellement environ 3% des suivis complets de grossesse, d'accouchement et de suivi postnatal à la mère et l'enfant jusqu'à 6 semaines postnatale (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015). Ce pourcentage représente 1790 femmes en 2007, pour atteindre 2668 femmes en 2011, une augmentation de 49% qui témoigne à la fois de l'intérêt des femmes envers ce service, mais aussi de l'ajout de sages-femmes aux services existants et de la mise sur pied de nouveaux services (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015).

La Politique de périnatalité québécoise, qui oriente les services sociaux de santé destinés aux futurs et nouveaux parents entre 2008 et 2018, soutient six convictions, dont la première mise sur la « nécessité de protéger le processus physiologique naturel de la naissance »

(Ministère de la Santé et Services sociaux, 2008). Cela implique de mettre en place des environnements propices et de respecter la personnalité de chaque femme relativement à ses particularités, son rythme et son intimité (Ministère de la Santé et Services sociaux, 2008). Les travaux sur l'information et le consentement lors de l'accouchement réalisés par Hivon et Jimenez (2007) à Montréal et Vancouver indiquent que les femmes n'ont pas toujours le sentiment d'avoir eu le choix lors de leur accouchement, malgré l'information sur la grossesse et l'accouchement dont elles disposaient. Bien que leur étude qualitative exploratoire révèle que des femmes donnant naissance en milieu hospitalier avec un.une gynécologue-obstétricien.ne ou un.une médecin, ainsi que des femmes accouchant en maison de naissance avec une sage-femme ont eu l'impression de prendre part aux décisions et d'avoir le choix quant au déroulement de leur accouchement, le sentiment de ne pas participer aux prises de décisions lors de l'accouchement est davantage présent en milieu hospitalier et chez les femmes qui ont été transférées de la maison de naissance vers l'hôpital (Hivon, 2004). La perception du risque, la confiance envers l'intervenant.e et l'ouverture à la priorisation des besoins ou désirs des femmes sont aussi des facteurs qui viennent moduler l'accouchement. Les résultats de cette étude amènent leurs auteures à mettre de l'avant l'importance de l'échange d'informations entre la femme et l'intervenant.e (qu'il.elle soit médecin, gynécologue ou sage-femme) avant, pendant et après l'accouchement, de même qu'un soutien accru et continu pendant l'accouchement. Elles appellent aussi à revoir dans le milieu périnatal ce qu'elles nomment la culture de la peur (Hivon & Jimenez, 2007).

Bien qu'un courant d'humanisation des naissances, en réaction à la médicalisation de l'accouchement de plus en plus présente au Québec depuis le XIXe siècle et solidement ancrée au XXe siècle (Heather A. Cahill, 2001; Andrée Rivard, 2014), a permis de réfléchir aux contextes dans lesquels ceux-ci se déroulent et d'éliminer certaines pratiques obstétricales et interventions dénoncées par les femmes et les familles (p.ex., épisiotomie systématique, rasage, accouchement en salle d'opération sous anesthésie générale, accouchements ligotés, refus de présence du/de la partenaire, séparation mère-enfant, pouponnières, etc.), ce n'est que dans les dernières années que les dénonciations portent les mots « violence » et « mauvais traitements » (Braun & Lalman, 2014).

Dans un manifeste publié en Belgique, s'inscrivant particulièrement dans le mouvement de l'accouchement respecté, il est soutenu que :

Les interventions médicales non validées scientifiquement et pratiquées sans le consentement éclairé des femmes durant la grossesse et l'accouchement doivent être reconnues comme des violences obstétricales. Le nouveau-né peut aussi être sujet à des gestes routiniers non validés scientifiquement (clampage précoce du cordon ombilical, aspiration systématique par le nez et la bouche, pommade ou gouttes oculaires, nettoyage du vernix, non respect du « peau à peau », etc.). Ces pratiques sont une violation des droits des femmes à disposer de leur corps et à choisir le mieux pour elles et leur enfant (Braun et Lalman, 2014, p.62).

Ainsi, le mouvement pour un accouchement respecté a pour but de dénoncer les violations liées à l'autonomie des femmes, qui contraignent

notamment le choix des femmes en ce qui concerne leur accouchement (Braun & Lalman, 2014). Les soins de santé dispensés pour l'accouchement ne sont pas exclusifs au milieu hospitalier. Ainsi, ce rapport de recherche tiendra compte des violences lors de l'accouchement se déroulant autant en maisons de naissance ou à domicile qu'en milieu hospitalier.

L'expérience des femmes lors de leur accouchement est nommée différemment selon la source de données. D'un côté, les milieux de l'intervention féministe en périnatalité ou en santé reproductive invoquent le terme justice reproductive et le vocable de violence de genre (voire des termes comme « *birth rape* ») pour expliquer la violence obstétricale, alors que de nombreux articles qui ont fait l'objet de la présente étude, recensés majoritairement via les bases de données scientifiques, ont surtout évoqué les conséquences de la violence obstétricale, notamment la souffrance, la détresse, la dépression ou l'état de stress post-traumatique.

1.1 Contexte d'émergence et objectifs de l'étude

Cette étude émerge d'un besoin exprimé par l'organisme Regroupement Naissance-Renaissance (RNR) et ses membres, qui sont depuis de nombreuses années à l'écoute des femmes témoignant d'expériences douloureuses suite à leur accouchement et qui questionnent les pratiques des milieux médicaux et institutionnels. Sa critique des pratiques obstétricales, inscrite dans les luttes des femmes qui s'opposent à la surmédicalisation de la naissance depuis le début des années 1970, l'amène à utiliser le terme violence obstétricale pour qualifier ces

expériences. D'autre part, de nombreuses interrogations sont présentes chez les intervenantes communautaires membres du RNR qui accueillent ces femmes. Ces intervenantes communautaires se sentent souvent démunies devant l'expression de cette souffrance, détresse ou violence ; elles expriment un besoin d'acquérir des connaissances spécifiques en regard de cette problématique et se questionnent quant aux meilleures stratégies d'intervention à mettre en place.

Par cette étude, le RNR souhaite consolider ses connaissances actuelles sur cette problématique pour les bonifier, et d'autre part se donner une compréhension plus fine du travail effectué par les intervenantes des organismes membres du RNR dans un but d'amélioration de leur action auprès des femmes et des familles. Son objectif à terme est d'élaborer une formation destinée à sensibiliser, éduquer et outiller les intervenantes communautaires en périnatalité sur la question des droits des femmes lors de la grossesse.

Pour répondre aux besoins du RNR à l'égard du sujet, nous nous sommes tournées vers des groupes de discussion recueillant les discours d'intervenantes communautaires issues des groupes membres du RNR. Nous avons également mené une analyse conceptuelle dans le respect des étapes proposées par Walker et Avant (2005). Au départ, ce projet visait trois objectifs : 1) Établir une carte conceptuelle des expériences de souffrance, détresse ou violence, vécues par les femmes lors de leur accouchement; 2) Identifier les perceptions des intervenantes communautaires et leurs pratiques actuelles face à cette problématique; 3) Dégager leurs besoins de formation, plus particulièrement les

savoirs à développer et les stratégies d'action à privilégier.

Bien que les deux axes de l'étude, soit l'analyse conceptuelle et les groupes de discussion, aient été effectués par l'équipe de recherche, le présent rapport expose exclusivement les résultats des groupes de discussion auprès des intervenantes communautaires membres du RNR.

1.2 Brève description de l'organisme Regroupement Naissance-Renaissance

Créé en 1980, le Regroupement Naissance-Renaissance (RNR) est un organisme provincial d'action communautaire autonome, à la croisée des mouvements féministe, communautaire et d'humanisation des naissances qui agit comme force de changement social en faisant reconnaître les droits, le pouvoir et l'engagement des femmes dans tous les aspects de leur expérience périnatale. L'une des facettes importantes du travail du RNR est axée sur le réseautage, la recherche, la formation et la défense de droits autour de la naissance et de la périnatalité. Le RNR agit comme vecteur d'une analyse critique des questions de périnatalité, par son approche globale et féministe de la santé, sa vision du continuum « grossesse-accouchement-allaitement-post-natal » et son processus d'éducation populaire. De concert avec ses groupes membres et leurs partenaires, le RNR élabore des stratégies d'action collective et des prises de parole collectives qui contribuent à la transformation de la culture de la naissance. Le RNR souhaite saisir l'opportunité qu'offre cette recherche pour développer des connaissances, découvrir des pratiques porteuses afin de relancer la mobilisation citoyenne et la défense des droits

des femmes lors de la grossesse et de l'accouchement, dans une visée d'auto-détermination.

Le RNR regroupe 46 membres qui offrent des services à plus de 30 000 parents québécois annuellement. Les membres du RNR oeuvrent dans les différentes régions administratives du Québec, rejoignant ainsi l'ensemble de la population québécoise. Leurs missions et mandats sont variés, mais ils contribuent tous à leur façon au mouvement d'humanisation des naissances ; certains revendiquent l'accès aux sages-femmes, d'autres font de l'entraide en allaitement, offrent des ateliers ou de l'accompagnement à la naissance, d'autres encore font de la défense de droits. Certains membres ont un statut de membre affilié et font de l'action communautaire autonome; ils constituent l'essentiel des membres du RNR. Des entreprises ou des associations peuvent aussi être membres du RNR et portent le titre de membre sympathisant. Il y a également une douzaine de membres individuels.

2. État des connaissances

La grossesse, et plus particulièrement l'accouchement, représentent des moments d'intense vulnérabilité pour les femmes (White Ribbon Alliance for Safe Motherhood, 2011). Pendant ces moments, les femmes peuvent se sentir jugées et, recherchant réponse à leurs peurs et inquiétudes, peuvent se trouver devant des conseils qui semblent vécus comme une série d'interdictions et de permissions. Lors de l'accouchement celles-ci peuvent être physiquement et émotionnellement épuisées dû à la douleur et à la durée du travail (Bowser & Hill, 2010; Cadorette, 2006; Vadeboncoeur, 2004; White Ribbon Alliance for Safe Motherhood, 2011). Souvent comprise sous l'expression manque de respect et mauvais traitements (*Disrespect & Abuse*) dans les services de santé, la violence obstétricale fait référence à des agressions physiques, de l'humiliation, des agressions verbales, des procédures médicales imposées de manière coercitive ou effectuées sans le consentement de la parturiente, un bris de confidentialité, une absence de consentement pleinement éclairé et une violation de l'intimité (p. ex. examens vaginaux sans consentement préalable) (Bowser & Hill, 2010). Ainsi, les femmes subissant ce type de violence voient leurs droits civils fondamentaux, tels que définis dans les principes des traités internationaux relatifs aux droits de la personne, bafoués. Ces droits fondamentaux renvoient au droit à la dignité, au libre accès à l'information, à l'exemption de toute discrimination et au meilleur état de santé mental et physique possible, incluant la santé sexuelle et génésique (Cadorette, 2006; UN General

Assembly, 1993; White Ribbon Alliance for Safe Motherhood, 2011).

Une littérature émergente dans le domaine de la périnatalité présente des résultats de recherche ou des études de cas faisant état de faits éloquentes : plusieurs femmes subissent des mauvais traitements ou vivent des expériences marquées par le manque de respect lors de leur(s) accouchement(s). Toutefois, la façon de nommer ce manque de respect et ces mauvais traitements par les professionnel.les de la santé demeure imprécise et non-consensuelle. Le terme violence obstétricale (VO) est un concept émergent en cours d'être défini tant dans le domaine médical, social que légal (D'Gregorio, 2010; White Ribbon Alliance for Safe Motherhood, 2011). Bien que certain.es chercheur.ses aient contribué à définir plus clairement ce terme dans la dernière décennie, plusieurs imprécisions persistent. Il apparaît important de se pencher sur cette question puisqu'il s'agit d'un enjeu de santé publique, au sens où de nombreuses femmes à travers le monde font l'expérience de manque de respect et de mauvais traitements lors de l'accouchement dans les établissements de santé. Ces événements ont des incidences négatives tant sur la femme que sur le nouveau-né, en plus de constituer une violation des droits fondamentaux, une menace à leurs droits à la vie, à la santé, à l'intégrité physique et à l'absence de discrimination (Organisation Mondiale de la Santé, 2014).

Dans leur revue de la littérature recensant des articles provenant de 18 pays, incluant le Canada et les États-Unis, Bowser et Hill (2010) rapportent la présence de maltraitance physique, de soins donnés sans consentement, de soins enfreignant la confidentialité, de soins violant la

dignité de la personne, de discrimination et de négligence dans les soins obstétricaux. Ces manifestations de mauvais traitements et d'irrespect ont plusieurs conséquences sur la santé des femmes et leurs recours aux soins de santé. Ainsi, il est démontré que les femmes qui ont vécu ces mauvais traitements seront moins susceptibles de fréquenter de nouveau des services de santé lors de leur prochaine grossesse ou accouchement, contribuant à augmenter la présence de mortalité et de morbidité néonatale (Bowser & Hill, 2010). L'exploration des données empiriques publiées dans des revues en anglais et en français éditées par les pairs confirme la rareté du libellé spécifique violence obstétricale. Sont plutôt mis de l'avant les termes détresse maternelle, stress, anxiété, dépression postpartum et état de stress post-traumatique (ÉSPT). Ces conséquences sont corrélées avec certains facteurs de risque présents lors de l'accouchement, tels que le sentiment de perte de contrôle et une absence de consentement libre et éclairé aux soins (Cadorette, 2006; Olde, van der Hart, Kleber, & van Son, 2006; Shaw & Faundes, 2006), la pratique d'interventions médicales (Olde et al., 2006), le manque de soutien lors de l'accouchement (Harris & Ayers, 2012; Novick, 2009) et une faible participation aux décisions liées à l'accouchement (Hodnett, 2002; Novick, 2009).

Le milieu communautaire féministe et certaines organisations internationales de leur côté mettent de l'avant le terme violence obstétricale pour identifier la problématique à l'étude, car il réfère à un problème systémique que subissent les femmes et considèrent que la terminologie de détresse maternelle renvoie à une individualisation de l'expérience, à rejeter la responsabilité aux femmes. Leur lecture de la

situation les amène plutôt à considérer cette violence comme une conséquence d'un problème systémique faisant intervenir de multiples facteurs (Coalition for improving maternity services., 1996; International MotherBaby Childbirth Initiative, 2008; White Ribbon Alliance for Safe Motherhood, 2011). Reconnaisant la paucité des études sur cette problématique au Québec, une étude exploratoire initiée par le RNR a été réalisée de 2008 à 2011 sous la direction de Rodriguez del Barrio (UdeM) (Rodriguez del Barrio, Vadeboncoeur, St-Amant, Fontaine, & Hivon, 2010). Le cadre théorique proposé s'est développé à partir d'une étude inductive basée sur une analyse de récits et entrevues de femmes sur leur vécu d'accouchement et d'observations cliniques. L'analyse reposait sur les concepts de respect/violation des droits de la personne et de violence institutionnelle. Elle a permis d'identifier des contextes et des événements qui auraient causé de la souffrance, entraîné du stress et de l'anxiété et généré des sentiments d'insécurité, d'abandon, d'impuissance et d'injustice chez les femmes. La recherche de Rodriguez Del Barrio et coll. a démontré que des expériences non respectueuses peuvent en partie être attribuées à l'application rigide des protocoles de soins, la multiplicité des interventions, des interdictions (p.ex. interdiction de marcher pendant le travail), la discontinuité des soins, la séparation de la mère et son enfant dans les minutes et heures qui suivent l'accouchement et l'hospitalisation de la mère et de son enfant dans des chambres séparées durant leur séjour à l'hôpital. Cette étude démontre aussi que l'expérience des femmes est fortement influencée par les attitudes et les pratiques des intervenant.es qu'elles côtoient ainsi que par les pratiques et l'organisation des soins dans les lieux

d'accouchement. Pour le RNR, les résultats de cette étude constituent un moteur important dans la poursuite de ses réflexions et des actions auprès de ses membres et furent une des raisons pour lesquelles le RNR a initié la présente recherche.

Ainsi, se cotoient diverses perspectives, appuyées par des idéologies et des épistémologies distinctes. L'émergence d'un champ d'études sur la violence obstétricale permettra de poursuivre l'analyse et la réflexion sur l'expérience des femmes de leur accouchement et ainsi de formuler des définitions communes et claires de la violence obstétricale et de ses effets à court, moyen et long terme. Quelles sont les significations attribuées aux termes de violence obstétricale, de souffrance et de détresse maternelle, maltraitance, manque de respect? Dans quels contextes sont-ils utilisés? Quelles sont les manifestations y étant associées? Quels sont les liens, les différences et les similitudes entre ces concepts? Il y a donc lieu, dans un premier temps, de clarifier ces concepts. Ces questions se posent dans les écrits, tant au plan canadien qu'international.

De façon générale, les études convergent pour identifier les lacunes liées à cette problématique. On voit émerger au niveau international des tentatives de définition et d'outils de mesure pouvant baliser le manque de respect et mauvais traitements dans les établissements de santé lors de l'accouchement (Bowser & Hill, 2010; Brüggemann, Wijma, & Swahnberg, 2012; D'Oliveira, Diniz, & Schraiber, 2002; Schroll, Kjaergaard, & Migtgard, 2013). Les groupes de base quant à eux recueillent de nombreux témoignages qui démontrent l'existence de la violence obstétricale, comme le Projet Maternité-

Dignité du RNR et le blogue Marie accouche là en France.

À notre connaissance, trois études quantitatives documentent un état empirique de la situation. Deux d'entre elles ont été réalisées en Tanzanie. Selon Kruk et collaborateurs (2014), environ 19% à 28% des femmes tanzaniennes ont vécu une expérience de manque de respect ou de mauvais traitements lors de leur accouchement dans un établissement de la santé de la part des professionnels de la santé. Cette étude quantitative, menée auprès de 1779 femmes, rapporte certaines des expériences de manque de respect ou de mauvais traitements les plus fréquentes, soit de la violence verbale (se faire insulter, recevoir des commentaires menaçants ou négatifs), de la violence physique (être frappée) et de la négligence (absence de soutien du personnel médical lors de l'accouchement). Malgré tout, plusieurs femmes de cette étude rapportent un sentiment de satisfaction à l'égard de leur accouchement en mettant de l'avant que leur enfant est en santé. Cette étude avait également fait ressortir que plusieurs femmes et leurs conjoint.es avaient peur de porter plainte de peur de représailles lors de futurs accouchements. Cela contribue à banaliser et minimiser leur expérience négative (Kruk et al., 2014). L'étude de Sando et coll. (2014) menée auprès de 1954 femmes tanzaniennes venant tout juste de donner naissance à leur bébé visait à explorer la vulnérabilité des femmes vivant avec le VIH quant à la violence pouvant être vécue lors de l'accouchement. Leurs résultats démontrent que tant les femmes séropositives (12,2 %) que séronégatives (15,0 %) sont à risque de vivre de la violence (Sando et al., 2014). La troisième étude menée au Nigéria par Okafor et coll. (2015) auprès de 446 femmes fréquentant un centre de

vaccination avec leur nouveau-né révèle que la quasi-totalité de celles-ci (98 %) ont été victimes d'au moins un geste de mauvais traitements lors de leur accouchement. Les gestes les plus fréquemment rapportés sont la présence de violence physique lors de l'accouchement (35,7 %), ce qui inclut avoir été attachée pendant l'accouchement (17,3 %) et avoir été battue, giflée et pincée (7,2 %). La présence de violence sexuelle lors de l'accouchement a été rapportée par 2 % d'entre elles (Okafor, Ugwu, & Obi, 2015).

Un nombre plus important d'études qualitatives ont exploré la question de la violence vécue lors de l'accouchement et illustrent les différentes manifestations de violence vécues lors de l'accouchement. (Pour une recension des principaux résultats, consulter l'article de Bohren et coll., 2015.) Les entretiens qualitatifs témoignant de l'expérience des mères sont les principales sources de données. Certaines études ciblent aussi les professionnel.les de la santé et les gestionnaires.

Évolution historique et sociale concernant l'accouchement

Au Québec, et ailleurs dans le monde occidental, en réaction à plus de cent ans d'instauration, de promotion et de primauté du modèle médical de l'accouchement, c'est vers les années 70 qu'un mouvement contestataire a pris racine, s'opposant particulièrement à la médicalisation des pratiques obstétricales en centres hospitaliers (Braun & Lalman, 2014; Andrée Rivard, 2014). Ce mouvement s'oppose vigoureusement au discours médical discréditant la parole des femmes et aux interventions obstétricales pratiquées

systématiquement telles que l'accouchement en position couchée, l'utilisation de forceps, l'administration d'ocytociques, la « préparation » de la femme (rasage, désinfection vulvaire, fixation des mains par des sangles sur la table d'accouchement), la rupture artificielle des membranes pour accélérer le travail, la césarienne et l'épisiotomie (Andrée Rivard, 2014). Ainsi, en 1973, il s'agissait de 55% des accouchements qui étaient pratiqués sous anesthésie générale et 32,5% sous anesthésie régionale ou locale. Le milieu médical justifiait ces actes par la nécessité d'éliminer la douleur et d'assurer un accouchement sécuritaire (Andrée Rivard, 2014). Au Québec, l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) initie une série de colloques sur le thème « Accoucher ou se faire accoucher » tenus entre novembre 1980 et avril 1981 en réponse au mouvement citoyen et des groupes de femmes revendiquant l'humanisation de la naissance et de l'accouchement (RéQEF & Conseil du statut de la femme, 2015). Cette initiative avait pour but de sensibiliser la population du Québec à divers problèmes actuels de santé périnatale et aux actions qui doivent être prises collectivement pour y répondre. Aussi, il s'agissait d'une critique du contrôle exercé par le corps médical sur la grossesse et l'accouchement en faisant la promotion de la pratique sage-femme (Brunelle, O'Neil, & Villedieu, 1981).

En 1988, des associations et des groupes de citoyens issus du mouvement communautaire s'unissent afin de créer la Coalition pour la pratique sage-femme pour revendiquer la reconnaissance des sages-femmes du Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015). Le RNR est membre de cette initiative et propose le recours aux sages-femmes comme alternative à ce qu'elle voyait comme de la

surmédicalisation de l'accouchement. En 1993 et 1994, Québec ouvre dix maisons de naissance pour expérimenter la pratique sage-femme, sa sécurité et son efficacité. Ce n'est toutefois qu'en 1999, après une évaluation positive des projets-pilotes, que le gouvernement québécois légalise la pratique, et qu'on voit la création de l'Ordre des sages-femmes du Québec, puis la mise en place d'un baccalauréat à l'UQTR. Cette légalisation permet aux sages-femmes d'assurer le suivi complet des femmes enceintes et aux femmes d'y avoir accès par la RAMQ (Ordre des sages femmes du Québec, 2003; RéQEF & Conseil du statut de la femme, 2015). Le Regroupement Naissance-Renaissance soutient le « droit des femmes et des couples à choisir la personne qui les assistera, le lieu où elles mettront leur enfant au monde et la manière dont se déroulera l'évènement » (Regroupement Naissance Renaissance, 2003). En 2004, après plus de cinq ans de mobilisation citoyenne, l'adoption par l'Assemblée nationale du Règlement sur les normes de pratiques et les conditions d'exercice lors d'accouchements à domicile élaboré par l'OSFQ permet aux Québécoises d'accoucher à domicile sous la supervision d'une sage-femme (RéQEF & Conseil du statut de la femme, 2015). Encore en 2016, le déploiement des services de sage-femme demeure un enjeu pour le mouvement d'humanisation des naissances.

Bien que le courant d'humanisation des naissances des années 1970, en réaction à la médicalisation de l'accouchement, a permis de réfléchir aux contextes dans lesquels se déroulent les accouchements au Québec, ce n'est que dans les dernières années que les dénonciations portent les mots « violence » et « mauvais traitements ». Au Québec, des thèses doctorales s'intéressent à

ce sujet. La thèse doctorale de Vadeboncoeur (2004) fait état de cette problématique survenant dans des hôpitaux québécois, en se concentrant sur l'importance de l'humanisation des soins et en soulevant des exemples de mauvais traitements. La thèse doctorale de St-Amant (2013), quant à elle, décrit le contrôle performatif du corps féminin par l'obstétrique-gynécologie et déconstruit l'accouchement en tant que prise de contrôle en en identifiant les modalités sociohistoriques et sociopolitiques. Rivard, dans son récent ouvrage découlant de sa thèse doctorale, Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne paru en 2014, aborde la question de la construction sociale de l'accouchement médicalisé et ses implications. Le mouvement pour une naissance respectée et pour la promotion des soins respectueux des droits universels des femmes en période périnatale, qui a pour but de dénoncer les violations liées à l'autonomie des femmes en contraignant notamment le choix des femmes en ce qui concerne leur accouchement, prend de l'ampleur depuis 2014 et utilise différentes stratégies afin de sensibiliser les individus (Plateforme pour une naissance respectée, 2014). Ce mouvement est porté entre autres dans la francophonie par l'Alliance francophone pour l'accouchement respecté (AFAR), aux États-Unis par l'Alliance du Ruban Blanc pour la maternité sans risque, et au Québec par le RNR et ses groupes membres. Parmi les stratégies, le film « Freedom for Birth » sera produit (Harman & Wakeford, 2014), de même que des blogues visant à informer les femmes sur les abus pouvant survenir lors de l'accouchement, et les incitant à briser le silence. À cet effet, un mot-clic a également été créé: #BreakTheSilence. Improving Birth, une initiative américaine, porte comme mission de favoriser une pratique des

soins basée sur des données probantes lors de l'accouchement et ainsi, humaniser les naissances (Improving Birth, 2015). L'initiative canadienne Humanize Birth, quant à elle, a comme mission de militer pour la reconnaissance des droits humains d'un accouchement respecté et désire sensibiliser les femmes à ces droits par la tenue de rassemblements publics, la rédaction de lettres publiques et des campagnes en ligne (Humanize Birth, 2015).

Le projet Maternité et dignité a été lancé par le RNR afin de mieux comprendre l'effet du non-respect et des atteintes à la dignité subies par les femmes lors de leurs grossesses, de leurs accouchements et durant la période postnatale. À ce jour, plus de 100 femmes vivant à l'intersection de plusieurs systèmes d'oppression et venant de multiples communautés à travers le Québec ont participé à ces ateliers et ont témoigné de leurs expériences de situations dans lesquelles elles n'ont pas été traitées avec dignité. Cette série d'ateliers interactifs s'est adressée à des femmes en situation de handicap, des femmes sourdes, des femmes racisées, des femmes émigrées, des jeunes mères, des femmes en situation de pauvreté, etc. Ces participantes à ces ateliers ont relaté des expériences touchant toutes les facettes de la violence obstétricale. Leurs témoignages ont été publiés en partie dans un zine (magazine fait maison, autopublié, à petite circulation et à buts non lucratifs, souvent utilisé pour transmettre de l'information sur la santé des femmes en prenant un regard critique et alternatif au discours dominant) et sur un blogue (Regroupement Naissance Renaissance, 2015).

3. Méthodologie

Ce projet de recherche comporte deux volets distincts. Le premier volet consiste en une analyse conceptuelle de la violence obstétricale, qui fera l'objet d'une publication ultérieure. Quant au second volet, il consiste en une analyse qualitative des représentations des expériences de détresse, de souffrance ou de violence lors de l'accouchement, par les intervenantes communautaires en périnatalité. Le présent rapport rend compte des résultats pour ce second volet.

Une démarche de recherche qualitative exploratoire a été menée en 2015. Elle a consisté en une identification des perceptions et des stratégies d'intervention privilégiées par les intervenantes communautaires, de même qu'une analyse des besoins de formation autour du thème de la détresse, souffrance ou violence vécues lors de l'accouchement. La terminologie « détresse, souffrance ou violence » a été choisie plutôt que le concept de « violence obstétricale » : cette approche a évité d'orienter les perceptions des intervenantes communautaires interrogées en permettant l'émergence du concept « violence obstétricale » par ces dernières et non par l'équipe de recherche.

Plus spécifiquement, la démarche avait comme objectifs : 1) d'identifier les perceptions des intervenantes communautaires et leurs pratiques actuelles face à la problématique de détresse, souffrance ou violence vécue lors de l'accouchement, et 2) de dégager leurs besoins de formation, plus particulièrement les savoirs à développer et les stratégies d'action à privilégier. Rappelons que ce second volet a été mis en œuvre pour répondre au besoin de l'organisme

Regroupement Naissance-Renaissance (RNR), soit celui de cerner les besoins de formation de ses membres.

Il existe plusieurs conceptions de la notion de besoin. Celle retenue ici s'inscrit dans une conception constructiviste du besoin et qui se base sur les besoins exprimés par les acteur.trices directement concernés, dans ce cas-ci les intervenantes communautaires en périnatalité. Ce courant « ... considère que le besoin est une représentation de la réalité, une construction de cette réalité par chacun des acteurs, liée aux interactions multiples que la personne entretient avec son environnement... » (Roegiers, 2007). La notion de besoin suppose l'existence de trois pôles qui ont été considérés dans le cadre de cette analyse des besoins de formation: la situation actuelle, la situation attendue et l'action de changement (Bourgeois, 1991; Roegiers, Wouters, & Gérard, 1992). La section 3.2 permettra de préciser ces trois pôles.

3.1 Échantillon

La collecte de données de ce volet s'est effectuée entre mai et décembre 2015 auprès de participantes provenant de 19 organismes communautaires en périnatalité au Québec, membres affiliés ou sympathisants du RNR. L'objectif initial était de rencontrer 8 groupes de discussion composés en moyenne de 8 personnes, pour un total de 64 participantes. Les critères d'inclusion étaient les suivants : 1) être intervenante dans un organisme membre ou affilié au RNR ; 2) être en mesure de s'exprimer en français ; et 3) cumuler minimalement une année d'expérience en intervention avec les femmes/familles dans le domaine de la

périnatalité. Toutefois, malgré des invitations à participer répétées, le recrutement s'est avéré plus ardu qu'anticipé pour diverses raisons telles que la difficulté de rejoindre les membres et la nature imprévisible du rôle des intervenantes communautaires en périnatalité (p.ex. devoir annuler sa participation pour accompagner une femme à son accouchement).

Conséquemment, 29 participantes ont été rencontrées lors de 8 groupes de discussion. Ces participantes proviennent de 8 régions administratives du Québec, soit la Gaspésie/Îles-de-la-Madeleine, le Bas Saint-Laurent, la Montérégie, les Laurentides, la région de Montréal, de Québec, de Laval et de l'Outaouais. Reflétant la composition du membership au RNR, les rôles et fonctions exercés par les participantes sont diversifiés : marraine d'allaitement, accompagnante à la naissance, infirmière, sage-femme ou intervenante dans un groupe communautaire. La majorité compte entre 1 à 10 années d'expérience, mais certaines cumulent plus de 11 années d'expérience.

3.2 Instrument de collecte des données

Une grille d'entrevue qualitative semi-directive a été élaborée par l'équipe de recherche et soumise par la suite aux membres du comité d'encadrement pour approbation. Elle contient trois sections, chacune permettant d'aborder les trois pôles de la notion de besoin : la situation actuelle, la situation attendue et l'action de changement (Bourgeois, 1991; Roegiers et al., 1992). La première section documente les *représentations de la situation actuelle*, afin de voir si le besoin traduit un problème, une difficulté ou un obstacle. Les questions ont

permis d'explorer la perception des intervenantes lors d'expériences de détresse, souffrance ou violence lors de l'accouchement, de partager des situations observées dans leurs pratiques et de relever des difficultés auxquelles elles sont confrontées dans ces situations. Par exemple, il est demandé : « Selon vous, comment peut-on définir une expérience de détresse, souffrance ou violence vécue lors de l'accouchement au Québec ? » Il est également demandé aux participantes de nommer des exemples de situations qu'elles identifient comme de la détresse, souffrance et violence. La deuxième section s'intitule *représentations de la situation attendue*, en référence aux changements souhaités à l'égard de la situation actuelle. Cette section comprend des questions telles que : « À la lumière des problèmes et des difficultés que vous rencontrez en lien avec cette problématique, quels sont les savoirs à développer (savoir, savoir-être, savoir-faire) pour mieux répondre aux besoins des femmes vivant/ayant vécu une situation de détresse, souffrance ou violence lors de l'accouchement ? ». La troisième section s'intéresse au pôle des *représentations des perspectives d'action* et vise à identifier les stratégies d'action à privilégier pour consolider la compréhension des intervenantes face à la détresse, souffrance ou violence lors de l'accouchement et pour soutenir leurs pratiques professionnelles. À titre d'exemple, les participantes ont été questionnées sur les thèmes et les contenus les plus pertinents à aborder dans un éventuel outil de formation, de même que sur les modalités de formation à privilégier (guide, formation en présentiel, etc.).

3.3 Procédures de recrutement et de collecte

Le recrutement a été réalisé avec la collaboration du Regroupement Naissance-Renaissance. Une liste des membres dûment inscrites pour l'année en cours a été fournie à l'équipe de recherche, qui les a contactées dans un premier temps par courriel, puis ensuite par téléphone. L'invitation a été acheminée à toutes les membres dont les coordonnées étaient accessibles afin de susciter la participation d'un plus grand nombre d'intervenantes. Afin de faciliter l'accès aux groupes de discussion, trois options ont été offertes aux participantes, soit se déplacer jusqu'à l'Université du Québec à Montréal, organiser une rencontre dans une autre ville, ou utiliser l'application Skype.

Les participantes ont également reçu par courriel, avant la rencontre, une courte présentation de l'équipe de recherche, les objectifs du projet ainsi que le formulaire de consentement. Lors de la rencontre, la chercheuse a réitéré toutes ces informations, expliqué le formulaire de consentement et répondu aux questions des participantes avant que celles-ci le signent. Pour les répondantes participant via Skype, le formulaire de consentement signé a dû être reçu avant le début du groupe de discussion. Les entrevues de groupe ont duré environ 90 minutes. Les groupes de discussion ont été menés par l'équipe de recherche. L'étude a été approuvée par le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM (No. du certificat : S-705299).

3.4 Analyses qualitatives

L'équipe de recherche a adopté une position inductive, qui préconise l'émergence des catégories sans influence du cadre théorique (Savoie-Zajc, 2004). Les étapes d'une analyse inductive (Blais & Martineau, 2006) ont été réalisées à l'aide du logiciel NVivo, version 11. Les entrevues ont été enregistrées puis transcrites intégralement en appliquant des mesures pour assurer l'anonymat des participantes, telles que les modifications ou omissions de noms et de lieux. La seconde étape a permis de procéder à une lecture attentive et approfondie de chacune de ces entrevues afin de bien maîtriser les concepts qui s'y retrouvent. L'identification et la description des premières catégories émergentes ont constitué la troisième étape. Il est pertinent de noter que les analyses ont été réalisées en même temps que la collecte des données. Ainsi, dès la transcription des deux premières entrevues, l'identification et la description des premières codifications ont été réalisées. À la suite de cette première codification, une rencontre entre les deux chercheuses et l'assistante de recherche a permis d'effectuer une analyse intercodeurs assurant la justesse des codes et catégories proposés (Blais & Martineau, 2006; Thomas, 2006) et d'ajuster la codification initiale. En guise de quatrième étape, plusieurs rencontres de l'équipe de chercheuses ont permis une révision et un raffinement des catégories tout au long des analyses. En effet, plusieurs catégories ont été combinées, scindées et remaniées suivant l'apport de différents points de vue. Afin d'assurer l'anonymat des participantes, en accord avec l'entente originale approuvée par le comité éthique de l'UQAM, seules les membres de l'équipe de recherche ont eu accès aux données brutes, c'est-à-dire aux transcriptions.

4. Résultats

Dans le cadre de ce projet de recherche, l'appellation « professionnel.les de la santé et intervenantes communautaires en périnatalité » renvoie à l'ensemble des différents intervenant.es du réseau de la santé et du milieu qui sont en contact avec les femmes, à un moment ou l'autre de leur grossesse, accouchement ou post-partum immédiat. Le groupe des professionnel.les de la santé comprend notamment les médecins, les infirmier.ères et les sages-femmes, alors que le groupe des intervenantes communautaires en périnatalité inclut les accompagnantes à la naissance et les marraines d'allaitement. Le terme équipe médicale, utilisée par les participantes des groupes de discussion, renvoie quant à lui au.à la médecin et aux infirmier.ères qui sont présents lors de l'accouchement au milieu hospitalier.

Les résultats sont illustrés par des extraits issus des groupes de discussion. Le chiffre noté entre parenthèses indique le nombre de groupes de discussion où ces propos ont été tenus, sur une possibilité de 8 groupes de discussion. L'annexe 3 ajoute d'autres extraits pertinents pour plusieurs catégories d'analyse.

4.1 Représentations des expériences de détresse, souffrance ou violence vécues lors de l'accouchement

Lors des groupes de discussion, les intervenantes en périnatalité abordent les expériences de détresse, souffrance ou violence vécues lors de l'accouchement à l'aide de plusieurs caractéristiques, telles qu'une absence de consentement libre et éclairé et d'information complète; une expérience ressentie ou perçue comme négative par les femmes; un manque de

respect à l'égard des femmes; une prise de pouvoir des professionnel.les de la santé sur les femmes; un manque d'accès ou accès limité aux alternatives de l'accouchement médicalisé et peur de représailles ; ainsi qu'une difficulté à reconnaître une expérience de détresse, souffrance et violence. Chacune de ces caractéristiques est illustrée ici par des exemples rapportés par les intervenantes ayant participé aux groupes de discussion. Ces dernières discutèrent également des causes et des conséquences de la détresse, de la souffrance ou de la violence vécue lors de l'accouchement, lesquelles sont présentées à la fin de cette première section.

4.1.1 Absence de consentement libre et éclairé et d'information complète

L'absence de consentement libre et éclairé est une composante centrale de la violence obstétricale selon les intervenantes rencontrées (8/8). Plusieurs d'entre elles parlent de l'absence, totale dans certains cas et partielle dans d'autres, du consentement clairement exprimé à un geste posé. Par exemple, les participantes mentionnent des interventions et des décisions imposées, c'est-à-dire sans l'obtention préalable de l'accord de la femme ou du couple : « Ça peut être des décisions et ils suggèrent fortement. Des fois, ils ne suggèrent même pas, on les fait tout simplement » (FG1). Leurs témoignages indiquent aussi que l'absence de consentement éclairé peut se produire lorsque les individus ne sont pas suffisamment informés.

Pour moi, ça fait partie des gestes qui ont été posés ou des mots qui ont été dits et qui allaient vers le non-respect de la personne. C'est définitivement des gestes, souvent des gestes. Puis souvent des mots

aussi. Peut-être même l'absence de mots. Ça peut être légitime de faire certaines interventions, mais il faut les expliquer, il faut en parler aux femmes. (FG5)

Les intervenantes consultées estiment également que les femmes n'ont pas réellement la possibilité de faire un choix éclairé lorsque les décisions du couple sont fortement guidées ou orientées par les opinions transmises par les professionnel.les de la santé :

« Oui, un accouchement à quatre pattes, on pourrait faire ça, mais moi, les fois où je l'ai essayé, ça n'a jamais fonctionné. De toute façon, on finit tout le temps par se retourner sur le dos [propos tenus par un médecin] ». Ça enlève la confiance à la mère qui avait l'intention et le goût d'être dans cette position-là. Ça ne lui donne pas l'information juste sur le fait que c'est possible et que ça fonctionne parfois. Ça enlève le pouvoir sur son propre corps. (FG4)

Il est d'autant plus difficile de faire un choix éclairé lorsque les valeurs ou les opinions personnelles de certains professionnel.les de la santé teintent les informations données aux femmes lors de leur grossesse et accouchement, des situations d'une plus grande vulnérabilité :

On entend souvent des femmes, par exemple, qui vont parler d'être en maison de naissances et ont un suivi avec un médecin. Elle annonce à son médecin qu'elle va arrêter leur suivi parce qu'elle a une place en maison de naissances. Par contre, de la part du médecin, elle se fait dire des choses comme quoi le choix n'est pas réfléchi, qu'ils mettent en danger leur enfant et que ce n'est pas correct.

En fait, les témoignages des intervenantes en périnatalité rencontrées indiquent que, dans certains cas, les professionnel.les de la santé omettent ou contrôlent l'information donnée aux femmes sur différents sujets associés à la grossesse et l'accouchement (par exemple, les tests diagnostiques, les risques liés à la césarienne, etc.), concourant à réduire la possibilité de donner un consentement libre et éclairé. Plusieurs intervenantes consultées sont d'avis que le libre choix passe par l'explication des « possibilités qui s'offrent à la femme. Parfois, ça va être plus facile d'aller vers une méthode plutôt qu'une autre, alors ils ne veulent pas embarquer dans les choix. Ça, c'est déjà un frein » (FG3). Dans ce cas, le personnel soignant parlera des bénéfices de l'intervention choisie plutôt que de parler des risques et alternatives. Certaines dénoncent le fait de ne pas présenter d'autres options que celles privilégiées par les professionnel.les de la santé :

Créer de la peur, parfois par manque de disponibilité de l'information. Le médecin a l'image complète, mais donne seulement une partie de l'information à la maman ou au papa ou au couple, pour prendre sa décision : « Ah, je vois ça, donc faudrait aller par là ». Ouais, mais y a-t-il d'autres alternatives? Ils ne donnent pas les autres alternatives. [...] Alors, juste contrôler l'information qui est donnée, ou la façon qu'elle est véhiculée peut donner un message complètement différent sur la même information. (FG4)

Pour les intervenantes en périnatalité rencontrées, le consentement libre et éclairé, une composante essentielle de soins non-violents, passe par la transmission d'une diversité d'informations nécessaires et fiables à la prise d'un choix, ce qui ne semble pas toujours le cas :

On voit des femmes qui arrivent à l'accouchement et qui n'ont jamais entendu parler des interventions qui existent. Alors, peux-tu donner ton accord à quelque chose que tu ne connais même pas ? Tu ne sais même pas quelles sont les conséquences de ça. Tu n'es pas vraiment en position et en état [de consentir en toute connaissance de cause]. (FG8)

Le moment où le consentement libre et éclairé de la femme est obtenu peut être considéré problématique pour plusieurs intervenantes ayant participé aux groupes de discussion. En effet, certaines dénoncent qu'il est difficile d'obtenir un consentement éclairé au moment de l'accouchement puisque cet événement constitue un moment de vulnérabilité ou de non disponibilité pour les femmes. Elles sont moins disponibles pour réfléchir aux interventions proposées :

L'accord, le consentement éclairé quand tu es en train d'accoucher, on repassera. Tu n'es pas disponible. Tu n'es pas supposée être disponible. Tu n'es pas supposée réfléchir à ça : tu es supposée être dans ton monde. (FG4)

C'est très très fin la ligne entre ce qui est voulu de la part de la mère et ce qui ne l'est pas. Tu es très vulnérable dans ce temps-là, soit l'accouchement ou même le pré-accouchement. Durant la grossesse, tu es aussi vulnérable de tous ces changements qui se passent. Toutes les interventions qu'on te propose ! (FG1)

4.1.2 Expérience ressentie ou perçue comme négative par les femmes

Les participantes rencontrées indiquent l'importance de considérer l'expérience et la perception des femmes lorsqu'il est question d'identifier dans leur vécu des expériences de détresse, de souffrance ou de violence (6/8). En effet, plusieurs d'entre elles observent que ces expériences sont caractérisées par fait que les femmes vivent ou perçoivent leur expérience comme négative :

Tout part de la mère, de comment elle s'est sentie et de comment elle l'a ressentie. (FG1)

J'aurais tendance à caractériser cela par ce qui est vécu par la femme comme sentiment négatif, sans que ce soit nécessairement lié au respect. Ça peut être qu'elle-même, qu'il n'y ait pas eu d'agression à l'extérieur, mais quelque chose à l'intérieur qui n'est pas positif, qui est vécu de [façon] négative. (FG1)

Par ailleurs, les intervenantes précisent que cette perception négative des femmes de leur accouchement est modulée par un sentiment de ne pas être écoutées, comprises ou accueillies lors de celui-ci.

Il y a des femmes qui ont eu des accouchements vraiment super interventionnistes (très, très, très) qui pourraient être considérés comme horribles avec beaucoup d'interventions. Pourtant, elles ont quand même décidées qu'elles avaient eu un bel accouchement. La raison pour laquelle elles ont eu cette impression-là, c'est qu'elles ont été bien entourées, bien informées, bien accueillies dans leur détresse. Tandis qu'il y en a d'autres qui ont eu des accouchements qui n'étaient pas nécessairement très interventionnistes, il n'y a pas eu grand chose, mais qui ont

l'impression ou qui sont traumatisées par l'accouchement parce qu'elles ont été abandonnées, pas accueillies, pas entourées. (FG5)

La première chose qui me vient dans le témoignage des femmes, c'est le manque d'écoute. Si on y va tout de suite à deux mots, je pense que c'est ce qui est le plus difficile pour elles. Elles ne sentent pas qu'elles sont écoutées, de toutes les façons qu'on peut écouter quelqu'un, finalement. Autant dans ce qu'elles disent que dans ce qu'elles ne disent pas. (FG7)

... entre la multiplicité des accouchements qui sont vécus par le personnel puis l'unicité de cette personne. Parfois, on a tendance à ne pas recevoir, à s'insensibiliser un peu... Moi, je trouve que c'est là-dedans qu'il peut y avoir de la détresse [...] La détresse peut se vivre dans le non-accueil de ce qui est vécu par cette femme. (FG5)

Ainsi, ne pas reconnaître le caractère unique de chaque accouchement peut générer de la détresse, tout comme le fait d'occulter ou de ne pas répondre aux besoins émotionnels des femmes qui se manifestent lors de l'accouchement. Ces situations influenceraient la perception qu'ont les femmes de leur accouchement et de l'accompagnement qu'elles y reçoivent (ou n'y reçoivent pas), selon les intervenantes en périnatalité.

... tout le volet psychosocial, tout le volet émotif, ce ne sera pas pris en considération, alors que c'est souvent ça qui est le plus important. Puis, c'est souvent ça qui fait en sorte que les femmes qu'on rencontre après sont... en sont aussi blessées. (FG3)

4.1.3 Manque de respect à l'égard des femmes

Une majorité d'intervenantes en périnatalité rencontrées notent le manque de respect envers les femmes comme une caractéristique des expériences de détresse, souffrance ou violence vécues lors de l'accouchement (7/8) : « le non-respect, c'est ce qui ouvre la porte à tout le reste [...] Il y a des choses qui se passent qu'on ne souhaite pas. Puis moi, je considère que c'est le début de la violence » (FG4). Ce non-respect s'observe tout au long de la période périnatale, dans des situations se produisant autant lors de la période prénatale et de l'accouchement que pendant la période postnatale. Le manque de respect peut s'illustrer par le fait de ne pas considérer un plan de naissance désiré ou de ne pas obtempérer aux choix d'une femme, alors qu'il serait possible de le faire :

Un manque de respect. Un manque de respect de ce que la femme voulait vivre. On s'entend que l'accouchement, parfois, ça ne va pas toujours selon nos plans. Quand tu commences à omettre ce que la femme souhaite, ce que la femme rêve et à ne pas le considérer dans la décision, je pense que c'est de là que ça part. Puis après ça, ça peut dégénérer. (FG4)

Selon une autre intervenante, il y a également un non-respect lorsque les femmes ne sont pas questionnées à propos de leurs choix, leurs besoins et leurs désirs. À titre d'exemple, les questions suivantes ne sont pas posées aux femmes : « Qu'est-ce que tu veux ? Qu'est-ce que tu souhaites ? Sans vérifier, une tentation d'influence... un non-respect des choix des parents » (FG2). Ce manque de respect envers les femmes lors de leur accouchement peut aussi se

manifester lorsqu'elles « ne sont pas reconnues comme étant des personnes capables de prendre des décisions, capables d'assumer leurs décisions » (FG6). Enfin, le manque de respect peut se traduire par le manque d'accès à d'autres méthodes d'accouchement, ou encore à l'impossibilité de choisir des positions spécifiques lors de l'accouchement :

C'est le choix d'accoucher complètement de façon physiologique sans péridurale, mais aussi dans la position qu'elles vont choisir de prendre pour mettre au monde leur enfant. Elles ne sont pas toujours libres de le faire comme elles le veulent. Elles ne sont souvent pas libres. » (FG2)

Juste le fait de ne pas accepter certaines postures que la femme a envie de faire. Elle, son corps lui dit qu'elle a besoin de s'installer de telle ou telle façon. Ensuite, de se faire dire « non tu ne peux pas t'installer comme ça », « non, pas à cette étape-ci », « non, il faut que tu conserves le moniteur » ou que ça ne fasse pas l'affaire du médecin... (FG2)

4.1.4 Prise de pouvoir des professionnel.les de la santé sur les femmes

Les intervenantes en périnatalité qualifient également l'expérience de détresse, souffrance ou violence vécues lors de l'accouchement comme la manifestation d'une prise de pouvoir des professionnel.les de la santé sur les femmes (8/8). Ces personnes peuvent se placer en position d'autorité vis-à-vis des femmes, créant ainsi un rapport non-égalitaire :

Ce n'est pas juste les accompagnantes avec les femmes qui devraient avoir une relation égalitaire. Ça devrait aussi être

entre les sages-femmes et les femmes, entre les infirmières et les femmes, entre les médecins et les femmes. Il n'y a pas lieu d'autorité, que ce soit pour les accouchements ou pour les soins en général. Le médecin, l'infirmière, la sage-femme, la femme qui accouche : ce sont des partenaires dans l'événement et non pas une autorité. C'est ça qui induit la violence, en fait, parce qu'il y a un rapport non-égalitaire à la base. (FG5)

Ces personnes peuvent adopter des comportements et avoir recours à des paroles qui les placent en position d'autorité, entraînant parfois de la détresse, de la souffrance ou de la violence vécue par femmes :

Quand il y a un rapport de pouvoir, quand le personnel est vraiment dans son pouvoir sur les femmes, ça peut être vécu comme de la violence [pour les femmes] parce qu'elles se retrouvent face à une autorité. Certaines vont se tenir debout, mais la plupart, ça les ramène vraiment dans leur vulnérabilité et elles se sentent vraiment infantilisées. (FG7)

De ce rapport de pouvoir plus général découle une prise de pouvoir sur le déroulement de l'accouchement par les professionnel.les de la santé ou intervenantes communautaires en périnatalité en place, peu importe le lieu de l'accouchement, au détriment de la capacité d'autodétermination des femmes. Or, plusieurs intervenantes ayant participé aux groupes de discussion soulignent que les femmes ou les couples sont en droit de choisir comment se déroulera cet événement :

Il y a beaucoup la notion de pouvoir. On l'a nommée sans la nommer. La reconnaissance qu'on donne à la femme, au couple, c'est leur pouvoir de choisir, de décider. Pourtant, il y a une prise de

pouvoir de la part du corps médical ou des gens qui sont en présence, ça peut être des sages-femmes aussi. Que ce soit sur les décisions qu'il y a à prendre, sur le déroulement de cet événement-là... Je pense qu'il y a un enjeu de pouvoir qui est fondamental. Quelle place comme intervenant, médecin, sage-femme ? À quel point es-tu capable de laisser à la femme sa place en train d'accoucher ? » (FG2)

Cette prise de pouvoir sur le déroulement de l'accouchement par les professionnel.les de la santé ou les intervenantes communautaires en périnatalité induit, chez les femmes, une représentation de l'accouchement comme un événement dangereux ou risqué pour la santé de la femme et de l'enfant, une sorte de pathologisation d'un événement naturel :

L'accouchement et le après-bébé sont des moments dangereux parce qu'on est pris en charge. Il faut l'être, si on ne l'est pas, c'est qu'on prend des risques. (FG8)

En fait, il faut prendre la femme en charge puisqu'il existe cette croyance qu'elle « ne sait pas comment faire, quoi faire et on va lui dire comment le faire. On la prend en charge. [...] Une prise en charge, c'est comme ça qu'un professionnel parle d'un suivi de grossesse ». (FG1)

4.1.5 Manque d'accès ou accès limité aux alternatives de l'accouchement médicalisé et peur de représailles

Le manque d'accès, ou alors un accès limité, à un accouchement non-médicalisé et aux professionnel.les favorables à un accouchement physiologique est un thème qui émerge des groupes de discussion comme un type d'expériences de détresse, souffrance ou violence

vécues lors de l'accouchement plus subtil (6/8). Par le manque d'accès, on parle également d'un manque d'accessibilité à des centres hospitaliers, des maisons de naissance, des groupes communautaires ou des centres de ressources en périnatalité :

Il y a des endroits où tu as le choix de 3 hôpitaux. Ce n'est pas vraiment un choix, il n'y a pas de médecins ! Ce sont des vrais faux-choix. C'est de la violence de dire « vous avez le choix d'aller accoucher avec une sage-femme ou un gynéco ou un omni, mais il n'y a pas de place nulle part ». C'est de la violence, je vais devoir choisir qui a de la place dans sa liste. Ce n'est pas mon choix personnel. En tout cas, pour moi, ça c'est une forme de violence. (FG1)

En outre, une intervenante souligne les contraintes possibles en région, en ce qui concerne le choix du. de la médecin. Elle rapporte l'exemple d'un homme dont la femme n'avait pas vécu un accouchement satisfaisant : cet homme [le conjoint] ne peut déposer de plainte à l'hôpital par crainte d'être reconnu, car le couple n'aura pas le choix de consulter ce même médecin lors de la prochaine grossesse :

Il n'est pas allé [publiquement] dire que ce n'est pas correct, car ils se croisent au coin de la rue le lendemain. Quand elle va retomber enceinte, ça va être le même médecin parce qu'il y en a juste un. Ils sont liés. Ils ne peuvent pas se mettre à dos le seul médecin. C'est une autre réalité à l'extérieur. (FG2)

4.1.6 Difficulté à reconnaître une expérience de détresse, souffrance ou violence

Certaines participantes sont d'avis qu'il peut être difficile de reconnaître une expérience de détresse, souffrance ou violence vécues par les femmes : ainsi, certaines peuvent vivre une situation de violence lors de l'accouchement, sans nécessairement le percevoir (7/8). De plus, le délai entre l'expérience de détresse, souffrance ou violence et la prise de conscience de cette dernière peut varier selon chaque femme et son expérience. Des intervenantes rapportent que certaines femmes vont reconnaître une situation de détresse, souffrance ou violence rapidement après l'accouchement (1 ou 2 jours après l'accouchement), tandis que d'autres peuvent en prendre conscience des mois et des années après l'accouchement, voire seulement lors de la prochaine grossesse :

La durée aussi. Ça peut arriver rapidement ou moins. Ça peut durer quelques mois, une année, deux années, je ne sais pas, le temps que ça prend aussi pour guérir. Je pense qu'il y a des femmes que ça va prendre la vie entière ou bien une bonne partie de la vie. Ce sont des souffrances ou des violences qui marquent. Rapidement, on peut en être consciente comme dans plus longtemps, mais ça peut durer extrêmement longtemps. Même vivre un accouchement qui se passe mieux, si la premier n'a pas bien été, ça peut encore réactiver. (FG2)

Pour les intervenantes rencontrées, l'une des raisons expliquant la difficulté de reconnaître les expériences de détresse, souffrance ou violence vécues lors de l'accouchement est due à la préséance de la santé du fœtus ou du bébé¹ sur

celle de la mère. Au nom de la santé du bébé, toutes les actions peuvent être posées et justifiées. Ainsi, les femmes doivent accepter ces gestes ou ces interventions sur leur corps pour la santé de l'enfant à naître ; si elles n'acceptent pas les interventions proposées, cela met la vie du bébé en danger. Quitte à perdre le contrôle de leur corps et de leur accouchement, les femmes comprennent que ce qui prime, c'est sortir un bébé en santé au détriment de leurs choix ou en minimisant ce qu'elles peuvent vivre :

Les femmes sont prêtes à en supporter beaucoup et parfois, nous on les voit après [l'accouchement]. Elles pleurent et pleurent leurs accouchements, leurs césariennes, et personne ne les comprend. Parce que si on parle qu'elles ont subi de la violence, le monde dit « Tu as un bébé en santé ». C'est vraiment très délicat tout ça... (FG7)

La femme ne peut que subir. Elle est couchée là et elle subit toutes les interventions. Elle n'a plus aucun choix. Donc pour moi, ça a été des situations vraiment difficiles où tout à coup, elle n'a plus aucun contrôle. Elle n'a plus de prise sur ce qu'elle vit, On va faire les ventouses, on va faire une épisio, on va parfois même encore appuyer sur son ventre. Ça devient comme une perte de contrôle total. Tout ce qui compte, c'est sortir le bébé et elle, faut qu'elle accepte tout ça au nom de la santé du bébé. (FG7)

peut avoir les deux, selon le moment. La distinction est importante, au regard des droits des femmes et au regard de leur autonomie reproductive. Dans le cadre des entretiens de groupe, les participantes ont toujours utilisé le mot « enfant ou bébé » et non « fœtus ». Nous croyons donc qu'il est important de rapporter les résultats avec les mots des participantes.

¹ Selon les lois canadiennes, on parle de fœtus in utero et de bébé suite à la naissance. Dans un accouchement, on

Cette conception des femmes et de leur fonction reproductive est dénoncée par plusieurs intervenantes : « Oui le bébé est en santé, mais ça ne veut pas dire que les moyens qui ont été utilisés étaient les bons et qu'on avait à te l'imposer. Je ne sais pas, il n'y a pas juste ça d'important » (FG8). Il faut ajouter que l'expérience vécue comme négative peut se refléter dans ce dictat qui fait primer la santé du bébé sur celle de la mère :

C'est vraiment les bons mots, parce que je pense que c'est plus fort que ce que la société nous laisse entendre : « Si bébé est en santé tout va bien ». Puis dans la réalité, je trouve que ce n'est pas ça du tout. Même quand les bébés et les mamans vont bien physiquement après les naissances, je pense que parfois, il y a vraiment une souffrance qui se vit par rapport à ce qui a été vécu. Puis ce n'est pas entendu parce que souvent, on entend « Ton bébé va bien » [...] Alors là, c'est comme si on n'avait pas le droit de dire qu'on avait souffert ou qu'on s'était sentie dépossédée de notre vécu. Je pense que la souffrance vient peut-être de là aussi, du fait qu'il n'y a personne pour écouter. (FG8)

4.1.7 Répercussions des expériences de détresse, souffrance ou violence vécues lors de l'accouchement

Certaines intervenantes nomment des répercussions possibles à la suite d'une situation de détresse, souffrance ou violence (7/8). Il semble pertinent de les résumer ici, malgré le fait que ces répercussions rapportées par les intervenantes en périnatalité ne constituent pas des répercussions directement nommées par les femmes ou les couples dans le cadre de cette recherche (auto-rapportés). Comme en témoignent les extraits présentés dans les tableaux 1 et 2, les répercussions s'observent chez la femme, mais aussi chez le couple. Il est à souligner que les conséquences énumérées dans cette section ne correspondent pas à la liste complète des conséquences possibles, mais bien à celles nommées par les participantes lors des groupes de discussion.

Tableau 1. Répercussions de la détresse, souffrance ou violence chez la femme qui accouche (nommées lors des groupes de discussion)

Répercussions	Extraits
Sentiment de tristesse/ d'isolement	<p>Les femmes sont prêtes à en supporter beaucoup et parfois, nous on les voit après [l'accouchement]. Elles pleurent et pleurent leurs accouchements, leurs césariennes, et personne ne les comprend. (FG7)</p> <p>Moi j'ai eu beaucoup beaucoup d'appels dans les premières années à [centre] avec des femmes en pleurs qui me disaient « je pleure ma césarienne, je pleure mon accouchement, mais je n'ai aucun espace pour en parler ». (FG7)</p>
État de stress post-traumatique	<p>Ça apporte des chocs post-traumatiques. Moi, j'en ai côtoyé des mamans dont l'expérience de maternité a amené un choc post-traumatique. (FG1)</p> <p>Moi j'ai vu au moins trois ou quatre filles qui étaient en choc post-traumatique après la naissance à cause de ce qu'elles avaient vécu ! Puis là, ce n'est pas une dépression post-partum, c'est être incapable de s'occuper de son bébé, même un rejet complet du bébé, une désorganisation complète... une grande et immense détresse. (FG4)</p>
Atteinte à son estime de soi et à son sentiment de compétence	<p>La femme va avoir une perte de confiance en elle et avoir de la difficulté à prendre des décisions pour elle-même parce qu'il y aura une atteinte à son estime. Elle ne sait pas comment faire, quoi faire et on va lui dire comment le faire. (FG1)</p> <p>Il n'y a pas d'acte posé, mais je viens déjà de nier ta compétence. Tu sais que c'est une forme de violence. Toute ma capacité, toute ma maternité va en être influencée. Je ne suis pas capable de les mettre au monde. Comment je vais les élever ? Comment je vais pouvoir les allaiter ? Comment je peux avoir assez confiance en moi...? (FG1)</p>
Difficulté à s'attacher à son enfant	<p>Comment elle se sent..? Peut-être qu'elle a perdu du pouvoir sur son accouchement. Elle n'a pas réussi à avoir... Ça va lui prendre du temps. Elle va vivre de l'isolement parce qu'elle ne pourra pas le dire à personne. Elle n'ira pas consulter et elle n'aura pas de soutien de groupe en allaitement. Elle va se renfermer et s'isoler et vivre cette violence au quotidien. Pourquoi je ne l'aime pas ? Pourquoi je ne le trouve pas si beau ? Pourquoi je ne le trouve pas si extraordinaire ? Pourquoi ?? (FG1)</p>

Éviter d'autres grossesses pour ne pas revivre VO	Il y a des femmes qui arrêtent d'avoir des enfants parce qu'il faut que ce soit à l'hôpital [l'accouchement]. (FG1)
Veut revivre une autre grossesse – réparer le trauma	Il y a des femmes qui veulent un autre enfant pour avoir une meilleure expérience. J'entends cela chez les femmes afin de ne pas finir sur cette expérience. Je ne suis pas bien avec ça, il faut que je sois... Elles choisissent d'avoir un autre enfant, probablement pour d'autres raisons, mais une des raisons est parce que leur expérience de grossesse... (FG1)
Éviter le système de santé- perte de confiance envers professionnel.les de la santé	Celle dont je t'ai tout détaillé l'histoire, elle, elle me disait : « Quand est-ce que je vais pouvoir retourner chez nous ? C'est juste chez nous que je vais pouvoir dormir. Je n'ai plus confiance en l'hôpital. Comment je vais faire pour envoyer mon enfant là et le faire soigner ? Quand je rentre ici, on ne sait pas ce qui va se passer ». (FG2)

Tableau 2. Répercussions des expériences de détresse, souffrance ou violence vécue lors de l'accouchement sur le couple

Répercussions	Extraits
Colère contre le conjoint	J'ai vu des mères fâchées contre les pères. « Moi je n'étais pas capable de prendre la décision, pourquoi toi tu n'as pas dit que ce n'était pas ça qu'on voulait ? » (FG4)
Mésentente conjugale	- Participante : Mais dans l'autre cas où le papa fait « Ben là, le docteur a dit ça... ». Parfois, ça cause des conflits dans le couple. Puis un manque de confiance ! Quand « ça va pas bien avec moi ou que quelque chose ne fonctionne pas, tu ne me supportes pas ». Et ça peut avoir des impacts à plus long terme aussi. - Intervieweuse : Amener des tensions au sein du couple ? « Tu m'as pas soutenu comme je devais » ou « t'étais pas là pour moi » ? - Participante : Ouais. (FG4)

4.1.8 Causes d'une expérience de détresse, souffrance ou violence vécues lors de l'accouchement

Les causes pouvant expliquer la présence d'une expérience de détresse, souffrance ou

violence vécues lors d'un accouchement sont abordées lors des groupes de discussions (7/8). Les intervenantes en périnatalité rencontrées indiquent plusieurs raisons, telles que le patriarcat, la perception sociale du rôle de la femme ainsi que l'intériorisation des pratiques interventionnistes par les femmes, le personnel

médical et la société. Les témoignages des intervenantes permettent de mettre de l'avant la nature systémique de la violence envers les femmes dans les expériences de détresse, souffrance ou violence vécues lors de l'accouchement, en l'ancrant dans un univers qui permet son occurrence. Par exemple, des comparaisons entre la violence conjugale et la violence obstétricale qui créent toutes deux de la détresse, de la souffrance ou de la violence sont rapportées :

C'est là qu'on voit un parallèle entre la violence faite aux femmes en général versus la violence obstétricale. D'où viennent les prémisses de la violence faite aux femmes ? C'est la culture même. La culture patriarcale qui provient de notre histoire... (FG1)

Il y a également des discours concernant la place de la femme et sa perception dans la société :

Faut qu'on trouve une façon de changer, que la physiologie reprenne sa place, que la femme reprenne sa place, qu'elle soit vue comme une personne et qu'on la respecte comme une personne. Il faut qu'elle soit vue comme une personne qui accomplit un acte extraordinaire et non pas juste comme une machine qui pond un bébé et qui n'a pas de sentiments, qui n'a pas de ressenti. Je dirais juste de tous les aspects de la vie d'une femme, pas juste accoucher, mais la douleur, la détresse, la souffrance, ce n'est jamais aussi pris au sérieux qu'un homme. [...] Sont pas prises au sérieux dans la vie. (FG6)

De plus, les intervenantes discutent de l'intériorisation des normes relatives à l'accouchement par la société :

Ce que j'ai pu observer, c'est qu'on a tellement normalisé ces pratiques depuis que les femmes accouchent en milieu hospitalier que tout ça, c'est comme normal. C'est pour ça que ce terme est peu employé par les femmes comme tel. Parce qu'on dirait que c'est normal de subir beaucoup d'interventions et que leur corps ne leur appartient plus vraiment. Si elles ont mal pendant un toucher vaginal, c'est normal, ça fait partie de la game. C'est pas nommé, c'est très rarement nommé par les femmes comme de la violence. (FG7)

Aussi, certaines intervenantes dénoncent l'ambiguïté entourant l'existence de l'expérience de détresse, souffrance ou violence vécues lors de l'accouchement et les divergences de compréhension dans la société de ces expériences :

Pour moi, c'est une évidence. Comment je pourrais dire ça... Je n'ai même pas à me demander: « Est-ce que ça existe ou ça n'existe pas? » Il y a des gens qui pourraient dire : « Ben là franchement ». Et on l'entend autour de nous : « Franchement, la violence obstétricale ! Vous ne trouvez pas que vous exagérez en parlant de ça ? » Puis pour moi, c'est tellement... je ne comprends pas comment on ne peut pas comprendre que ça existe. [...] C'est quelque chose de complètement réel, ce qu'on vit... (FG5)

Selon les intervenantes, les gestes et les interventions imposés peuvent être attribuables aux protocoles hospitaliers que doivent suivre le personnel médical :

Certains actes sont posés sans réel consentement. C'est quelque chose qu'on voit beaucoup parce que les équipes fonctionnent avec des protocoles. Donc,

les protocoles sont appliqués... On va faire des touchers vaginaux sans forcément dire qu'on va faire un toucher vaginal, sans attendre le bon moment pour le faire. Donc il y a beaucoup de choses qui sont faites sans réel consentement. (FG7)

Or, il semble que le personnel de la santé intériorise également certaines normes ou pratiques durant leurs années de formation, ce qui fait en sorte de perpétuer cette détresse, souffrance ou violence :

C'est un monde qui est comme ça, à l'intérieur de leur propre apprentissage. Pour avoir jaser avec des obstétriciens, eux-mêmes ont été victimes de violence dans leur formation. Donc, ils n'ont observé que des accouchements violents et ils ont appris comme ça. Ça demeure pour eux dans la culture dans laquelle ils sont. [...] Puis, toutes les infirmières, tout le personnel est formé pour soigner, pour enlever la douleur. Évidemment, des infirmières qui se retrouvent au département d'obstétrique sont formées par les autres. Elles n'ont pas nécessairement une formation adaptée à un événement physiologique. Elles reproduisent les gestes, elles reproduisent les paroles qu'elles utilisent dans tous les autres départements. Pour moi, parfois même avec de la bonne volonté, ça crée de la violence. C'est une incompréhension, l'ignorance profonde de ce qui est en train de se passer. (FG5)

4.2 Difficultés rencontrées par les intervenantes en périnatalité lors des situations de détresse, souffrance ou violence

Les groupes de discussion permettent également de questionner les intervenantes membres du

RNR sur les difficultés rencontrées lors de situations de détresse, souffrance ou violence vécues lors d'un accouchement. La principale difficulté nommée par les intervenantes est leur sentiment d'impuissance lorsqu'elles sont témoins d'une situation de détresse, souffrance ou violence (6/8). Elles se sentent démunies et ne savent pas exactement quoi faire ou comment le faire. Certaines peuvent également figer dans une telle situation, entraînant un sentiment d'avoir manqué à leur « devoir ».

Je pense que souvent, on la subie nous-même cette violence là. On est témoins et on est comme un peu démunies là-dessus. On n'arrive pas à ramener la femme. Parfois, ça se passe tellement vite qu'on en est juste le témoin. (FG5)

La réaction de l'accompagnante... impuissance. Finalement, j'ai failli à mon devoir, si on peut dire. Je n'avais pas donné de garantie. J'ai seulement dit et avisé le père et la mère que la paire de ciseaux arrivait et que l'épisiotomie allait se faire. Elle a crié et le médecin a coupé. La réaction, je la connais bien et je l'ai identifié moi-même. [...] J'ai figé. (FG1)

C'est vraiment comme ça qu'elle s'est sentie et que nous on s'est sentis. Je n'avais jamais vécu ça comme accompagnante. Je ne savais même pas comment réagir et je me disais : « Mon dieu que je suis dont mal équipée, ne pas savoir quoi [faire]... » Est-ce qu'il fallait que je crie après quelqu'un ? Je ne sais pas. Encore aujourd'hui, je ne sais pas c'était quoi la meilleure façon de réagir comme accompagnante. Alors qu'on s'entend que si j'avais commencé à crier après les médecins, ils m'auraient sorti de l'hôpital et je n'aurais pas pu être là pour elle après pour son allaitement.

Alors là, je me dis que même les accompagnantes, parfois, on est peut-être mal outillées pour être capables de répondre à ces situations-là. (FG4)

De façon plus spécifique, les participantes, principalement celles occupant la fonction d'accompagnante à la naissance, expriment leur hésitation à intervenir dans une situation de détresse, souffrance ou violence lors de l'accouchement. Cette hésitation repose sur la crainte de dépasser les limites de leur pratique ou de leur rôle ou encore, de nuire à la réputation de leurs rôles et fonctions. Certaines se sentent limitées dans leurs actions, dû aux exigences ou aux conditions de la coopérative ou des assurances de travail :

En tant qu'accompagnante à la naissance, nécessairement, on représente toute la pratique aussi. Donc, si une accompagnante à la naissance dans une chambre de naissance fait un geste, fait une prise de parole en voulant défendre ou en voulant s'assurer que la femme qu'elle accompagne soit bien traitée... Ça peut avoir des répercussions sur l'ensemble de la pratique parce qu'après cela, on va dire : « Ah, il y a des accompagnantes qui ne se mêlent pas de leurs affaires » (FG5).

On s'entend que comme accompagnantes, on a des assurances et il faut rester à l'intérieur de nos barèmes d'assurances... Je suis avec une coopérative. Si moi je commence à faire ça, c'est tout le monde qui va écoper. On a toute la même assurance collective. S'il fallait que je décide que je me fâche et que j'punch une infirmière ou que je sois déplacée ou n'importe quoi d'autre, je ne serais plus assurable et je ne pourrais plus pratiquer. Il faut toujours modérer

nos réactions et notre façon d'approcher ces situations. (FG4)

Or, d'autres intervenantes ressentent plutôt de la révolte, colère ou frustration envers le système de santé et les professionnel.les de la santé qui y travaillent lors de situations de détresse, souffrance ou violence :

La question de notre réaction face à cela... C'est beaucoup de la révolte, de la frustration et une perte de confiance face au système, aux médecins. Un sentiment que je n'ai plus de confiance, je n'ai plus d'estime envers les services. (FG1)

Moi, à chaque fois, je trouve que c'est fâchant. À chaque fois je me dis : « Voyons, pourquoi dans le milieu hospitalier.? Pourquoi ces professionnels-là qui travaillent avec des humains...? Pourquoi sont pas sensibilisés ? » Moi, ça génère une frustration à ce moment-là. (FG3)

Par ailleurs, ces sentiments d'impuissance ou de colère sont alimentés par la récurrence des situations non respectueuses vécues par les femmes et leur (in)capacité ressentie à agir pour y mettre un terme :

C'est le fait que c'est récurrent et qu'on sent qu'on n'a pas nécessairement une « pogne » non plus sur l'attitude de ces professionnels. On ne peut pas changer ce système qui parfois, est frustrant. Pour nous, de dire : « Ah coudonc, j'accueille toujours un peu les mêmes types d'émotions, les mêmes types de situations, mais je n'ai pas de contrôle sur les personnes qui génèrent ça ». Ça, parfois, c'est un peu difficile... (FG3)

4.3 Des interventions préventives et de soutien ancrées principalement dans une approche d'autonomisation (empowerment) tout au long de la période périnatale

Les intervenantes rencontrées nomment également une diversité de stratégies utilisées dans leur pratique afin de prévenir les manifestations d'une expérience de détresse, souffrance et violence. Ces stratégies permettent aussi de soutenir les femmes ayant vécu une situation de détresse, souffrance ou violence lors de l'accouchement dans le but d'en réduire les conséquences associées. La grande majorité de ces stratégies s'inscrit dans une approche d'empowerment avec les femmes, dont certaines actions incluent les conjoint.es et le personnel médical. Même si des stratégies sont mises en place tout au long de la période périnatale, il convient de souligner que les intervenantes rapportent davantage d'actions en période prénatale et postnatale.

4.3.1 Miser sur la période prénatale pour informer les femmes de leur corps, de leurs droits et de leurs options

Les intervenantes questionnées soulignent beaucoup l'importance de l'information et de l'éducation des femmes à propos de leur corps, leurs droits et leurs choix. Des informations complètes et adéquates avant l'accouchement permettent aux femmes de prendre des décisions plus réfléchies lors de l'accouchement (8/8). D'abord, elles estiment pertinent d'aborder avec les femmes les connaissances du corps féminin ainsi que tout le processus de la grossesse :

*Les droits et le processus naturel.
Comment ça fonctionne le corps d'une*

femme qui accouche ? C'est quand même naturel. C'est une chose de la vie. C'est notre corps qui sait où il s'en va. Ce n'est pas toutes les femmes qui savent comme ça fonctionne, c'est quoi le processus et ce qui se passe vraiment. (FG2)

#1 : Oui c'est ça, et on se concentre déjà sur le grand pouvoir de la femme, puis le corps qui est fait pour le vivre, et pas le vivre nécessairement dans le désarroi total.

#2 : Ça c'est vraiment important ce que tu dis ! Parce que quand elles sont préparées comme ça, quand les couples sont préparés comme ça, on voit qu'ils se positionnent vraiment différemment dans les salles d'accouchement. Et là, ils ne vont plus accepter l'inacceptable. (FG7)

De plus, les intervenantes questionnées tentent de « sensibiliser les femmes à leurs droits, car elles ont le droit de vivre ce moment comme elles le souhaitent » (FG2). Le fait de bien connaître leurs droits favoriserait le pouvoir des femmes face au.à la médecin :

Je pense que fondamentalement, c'est la connaissance de nos droits. Quand vous êtes dans le bureau du médecin et que vous dites au médecin : « Je m'excuse, mais j'ai droit de refuser l'échographie que vous me proposez, n'est-ce pas ? » Ils ne vont pas vous chicaner. Elle va se dire : « Oh, elle connaît ses droits et les revendique... Je ferme ma boîte et on passe à une autre question ». (FG1)

Moi ça me donne envie de donner plus confiance aux femmes [...] Qu'elles se présentent dans le bureau du médecin avec leurs questions et leurs désirs et de ne pas lâcher. Les « coacher » avant d'aller à leur rendez-vous de suivi de grossesse. Regarde, c'est cela que tu

veux, tu vas le demander puisque c'est ce que tu veux. Tu vas t'informer et tu vas dire pourquoi tu veux cela, pour pas qu'ils te disent que non, ça ne se fait pas ici. (FG1)

Le droit de choisir fait partie des droits des femmes. Ainsi, les intervenantes misent sur la période prénatale pour informer adéquatement des options s'offrant à elles devant les interventions qui leur seront proposées lors d'une grossesse et d'un accouchement. En effet, le but des rencontres prénatales est de sensibiliser et éduquer les femmes aux différentes options possibles lors du suivi de grossesse et de l'accouchement. Il faut également expliquer la routine hospitalière, les procédures, les avantages et inconvénients, puis les risques et conséquences possibles des interventions :

#1 : C'est tout le niveau d'informer sur la capacité de faire des choix différents, en fait, de ce qui est proposé d'emblée. Avoir conscience qu'il y a autre chose. Évidemment, nous on amène aussi toute une autre conception de la naissance en tant que telle. C'est tout un autre niveau aussi et ça s'interrelie parce que... je veux dire, il y a beaucoup de femmes qui pensent qu'accoucher, c'est nécessairement dans la grande souffrance et tout ça. Alors nous, on essaie de ...

#2 : De leur donner des outils. (FG7)

Je pense que les femmes ne savent pas non plus qu'elles auraient le droit de choisir là où elles veulent accoucher. Soit elles accouchent à l'hôpital parce qu'il n'y a pas d'options ou qu'elles ne savent pas qu'il y a des options. Il y aurait matière à faire en sorte que les femmes sachent qu'il y a des maisons de naissance, qu'on peut accoucher chez

soi, qu'on peut accoucher tout seul si on le désire. (FG2)

Pour les aider à informer les femmes sur leurs droits reproductifs, les intervenantes en périnatalité ont recours au dépliant produit par l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) :

On se sert du petit dépliant de l'ASPQ sur les droits des femmes. Donc, c'est sûr qu'il est donné dès le début des rencontres. Ensuite, on explique les droits et on fait la différence entre protocoles et habitudes d'une équipe hospitalière avec indication médicale. (FG8)

Je pense qu'au niveau de l'accompagnement, la première chose qu'on donne aux mamans ou aux parents, dans le fond, c'est le dépliant des droits des femmes. Puis on en parle ! Tu as le droit de dire non à cela, tu as le droit. (FG8)

Le droit de refuser et celui de s'affirmer sont également explorés en période prénatale auprès des femmes, tel que le mentionne cette intervenante : « À ce niveau-là, il faut vraiment focaliser sur l'autonomie de la femme. Elle peut faire des choix, elle peut décider, elle peut refuser » (FG2). Dans un groupe de discussion, une intervenante mentionne que « ces femmes devraient savoir qu'elles ont le droit de dire non, que personne ne va leur en vouloir ». Et l'autre intervenante d'ajouter que c'est « juste de prendre conscience qu'elles ont le droit d'être respectées ! C'est une prérogative, c'est un droit fondamental de la Charte des droits et libertés » (FG1). En outre, les intervenantes interrogées soulignent la difficulté, pour des futurs parents, de s'affirmer devant une autorité médicale : la connaissance de

ses droits et l'affirmation de ceux-ci sont deux choses distinctes :

Les parents doivent être soutenus pour s'affirmer davantage. Ce n'est pas facile de s'affirmer face à un médecin ou au personnel médical. Ils doivent avoir plus de pouvoir, être capable de dire : « Je ne veux pas ». Cela passe en partie par l'information. (FG2)

Il faut avoir tout un caractère. Ce qu'on s'est fait dire... C'est bien beau sur papier de dire « J'ai le droit ». J'ai le droit... Mais il faut que tu affrontes le médecin, que tu mettes le pied à terre et dises « Non, je ne veux pas ». Il y a des femmes qui ne sont pas capables de dire « je ne veux pas ». Ce n'est pas tout le monde qui est capable [...] de dire au seul médecin de l'hôpital, le chef de l'hôpital dans une région plus éloignée : « Hum, non je n'en aurai pas de césarienne » et il menace d'appeler la DPJ. Il faut être fort psychologiquement pour dire « Tant pis, fais ce que tu veux, moi j'en aurai pas de césarienne ». (FG2)

Afin de bien illustrer le concept d'affirmation de soi, une intervenante donne l'exemple d'une femme bien informée qui a su s'affirmer devant son médecin :

Je me souviens d'une femme qui était à quatre pattes. Son médecin, pendant la grossesse, lui avait dit « Tu accoucheras comme tu veux ». C'est la phrase qui était restée ancrée en elle. Quand elle s'est mise en position pour accoucher, elle avait les fesses presque collées au mur. Et là, le médecin vient la voir, elle était tout petite blondinette... Et là son médecin vient la voir et lui dit : « Il faudrait que tu changes de sens parce que je ne peux pas attraper le bébé ».

Elle lève la tête et lui dit : « Tu as dit que je pouvais accoucher comme je voulais, alors débrouille-toi ! » C'est dit ! (FG1)

Le concept de confiance en soi est également mentionné. Certaines intervenantes nomment que la confiance en soi est un élément clé pour les femmes, afin qu'elles puissent vivre une grossesse et un accouchement sans se laisser aller dans la peur et utiliser toutes leurs ressources (FG6) :

On essaie de les amener dans la confiance, en fait. Moi je trouve qu'il y a tout le temps ce mot qui est vraiment important dans tout cela... Les femmes qui réussissent à accoucher et qui réussissent à faire abstraction de... Ce sont des femmes qui ont réussi à se faire confiance au-delà de tout cela. Elles ont réussi à faire confiance au processus, à ne pas se laisser aller dans la peur, finalement. C'est vraiment tout le temps ça qui joue : confiance versus peur. (FG7)

En somme, la période prénatale permet donc aux intervenantes de transmettre des informations aux femmes sur leur corps, leurs droits et leurs choix. Ces informations leur permettent de mieux réfléchir aux interventions proposées ou de questionner le personnel médical par la suite :

Vraiment, de les amener à comprendre la nuance que ce n'est pas parce que des choses se font d'une façon systématique qu'elles sont forcément acceptables et nécessaires. Donc, en les amenant dans cette réflexion-là, on leur redonne, au fil des rencontres, leur pouvoir pour qu'elles soient plus à même de questionner. Donc, on les fait beaucoup questionner dans le bureau médical en prénatal : « Quels sont vos protocoles ? Comment ça fonctionne ? » Donc,

qu'elles connaissent bien l'hôpital où elles vont accoucher. (FG7)

Quand elles sont très très informées à la base, elles vont réfléchir sur le coup. On arrive et on lui dit : « Ok, on te met le Pitocin, ça ne va pas assez vite. » Il y en a qui vont dire « Peut-on attendre ? Est-ce que je peux y réfléchir ? » (FG2)

Le choix d'informer les femmes au sujet de leurs droits semble être privilégié à celui d'aborder directement la violence obstétricale avec les femmes, durant la période prénatale. Si quelques-unes des intervenantes interrogées nomment explicitement qu'elles abordent cette violence avant l'accouchement, d'autres se questionnent sur la manière de le faire adéquatement :

Moi, c'est une chose que je fais avec elles. C'est dans les rencontres prénatales où je trouve que j'ai le plus de pouvoir pour informer les parents. J'explique beaucoup aux nouveaux parents ce qui se passe. (FG2)

Je trouve que ce serait important d'en parler avant parce qu'on parle beaucoup de l'accouchement naturel et c'est quoi un accouchement physiologique. On approche l'accouchement comme un accouchement sans intervention. Mais là, s'il se passe de quoi, si c'est un transfert, il peut se passer ceci, cela et cela. De dire qu'il peut y avoir plusieurs interventions qui peuvent être vécues comme une violence sur le corps... Selon moi, en parler en prénatal, ça ouvrirait la porte à quelque part à ce qu'en postnatal, on demande : « Comment t'as vécu ça ? » Juste d'avoir dit que ça se pouvait, d'avoir le droit de le nommer comme tel. (FG5)

Donc, c'est une difficulté avant et pendant. Une réflexion que je me suis faite, c'est la difficulté de se demander de quoi on parle en prénatal, en préparation ? Est-ce qu'on parle de, peut-être sans utiliser le mot « violence obstétricale », mais le fait de parler aux femmes de ce qui peut se passer pendant un accouchement ? De parler qu'il peut y avoir des attitudes violentes, des gestes violents qui vont arriver pendant l'accouchement ou qui peuvent arriver pendant l'accouchement. Est-ce qu'on induit une peur qui va être plus nocive que bénéfique ? Alors ça, c'est une des difficultés que j'ai de doser, c'est-à-dire sans vouloir faire peur, mais préparer les femmes à une prise en charge personnelle, c'est-à-dire à une affirmation personnelle... Elles ont le droit de refuser les gestes, elles ont le droit de s'opposer à ce qu'on voudrait leur faire. Juste de dire ça, les femmes vont se dire : « Est-ce qu'ils vont vraiment faire ça ? », « Oui ! Si on ne s'oppose pas, oui ! (Rires) ». Donc, c'est ça. C'est de trouver l'équilibre entre la préparation réaliste et la peur d'installer une peur chez ces femmes. (FG5)

4.3.2 L'accompagnement lors des visites médicales : un moyen de surmonter le déséquilibre de pouvoir (ou de ré-équilibrer le pouvoir)

L'accompagnement lors des visites médicales est également nommé par certaines intervenantes comme un moyen d'établir un meilleur équilibre du pouvoir entre le.la médecin et la femme (1/8). Cet accompagnement peut contribuer à ce que la femme se sente plus forte, plus solide et plus confiante face au.à la médecin. Il peut se concrétiser par la présence du.de la conjoint.e, ou

encore par l'intervenante communautaire en périnatalité :

Je pense que les femmes sont moins intimidées quand leur conjoint est là. C'est trois personnes, ce n'est pas un pouvoir de 1 à 1. C'est comme 1 à 2. Vous êtes une famille. Vous êtes solides dans vos discussions avant d'arriver. Tu doutes moins parce que tu as déjà discuté. Ton conjoint, sa présence, va te donner plus de confiance. (FG1)

Sa demande était claire. Elle souhaitait que je sois présente, c'est tout. [...] Elle s'est sentie suffisamment forte parce que j'étais présente. [...] Elle a été suffisamment forte de dire au médecin, parce que j'étais là, il y a eu un transfert! En sortant, elle a pleuré dans mes bras. Elle m'a dit : « C'est la première fois qu'un médecin m'a respectée ». Elle m'a dit merci. Elle a su se faire respecter. (FG1)

Or, bien que la présence de l'intervenante en périnatalité ou celle du/de la conjoint.e puissent améliorer le pouvoir personnel de la femme, une intervenante nomme son désaccord face à l'accompagnement comme moyen de développer le pouvoir des femmes :

Je ne suis pas tout à fait en accord avec ce qui s'était dit par rapport au pouvoir. En fait, si on veut enlever cette notion de pouvoir l'un envers l'autre, le médecin ou la sage-femme versus la femme qui accouche, il faut que la femme reprenne son propre pouvoir. Reprendre son propre pouvoir, c'est de lui donner son propre pouvoir. Ce n'est pas si elle est accompagnée. Ce n'est pas si elle vient dans nos bureaux avec son mari. Là, vous redonnez le pouvoir plus au mari qu'à la femme ! Je suis désolée, mais c'est la femme qui est enceinte. Je le vois

comme ça. Je respecte votre opinion cependant. (FG1)

4.3.3 Créer des alliances pendant l'accouchement pour cultiver la collaboration

Lors de l'accouchement, plusieurs stratégies sont mises en place afin de favoriser un accouchement dans le respect de la femme, et donc exempt de détresse, souffrance ou violence. Comme il est mentionné lors des groupes de discussion par plusieurs intervenantes occupant la fonction d'accompagnantes à la naissance, les limites de leur rôle ou fonctions amènent ces dernières à développer des alternatives pour prévenir une expérience négative pour la femme :

Comme accompagnante, nous ne sommes pas des professionnelles des salles d'accouchements. Donc, on est là, mais l'accompagnante est non-professionnelle. La seule personne qui peut parler, c'est la femme dans une salle d'accouchement, et éventuellement son mari quand même. Mais on va toujours revenir à la femme. Donc, nous ce qu'on va essayer de faire, c'est de lui redonner la parole. (FG7)

Sur place, quand on est accompagnante, mise à part conseiller la dame qui nous demande des choses, on n'a pas de pouvoir. On ne peut pas dire ou... on peut suggérer des choses, mais on ne peut pas imposer des choses. (FG2)

Sur place, pendant les accouchements, c'est de la grande diplomatie de travailler avec des équipes médicales. On travaille vraiment tout le temps pour le bien de notre cliente. L'accent est mis là-dessus : sur la femme qui accouche, sur la famille. En même temps, on ne veut pas être perçues comme les empêcheuses

de tourner en rond... On ne veut pas être tout le temps en opposition et tout le temps en train de prêter des mauvaises intentions au personnel hospitalier. (FG5)

Une première stratégie est celle de questionner la femme pendant l'accouchement pour lui permettre de mieux réfléchir et d'exprimer ses volontés à l'équipe médicale. Ces questions sont posées devant le.la médecin ou l'infirmier.ère et les réponses données par les femmes peuvent être reformulées à l'équipe médicale par l'intervenante en périnatalité :

Je vais dire « Tu ne voulais pas lui parler que... Et je vais tout expliquer et dire : « Tu voulais lui expliquer par rapport au fait... » Et là : « Oui c'est vrai, je voulais vous demander... » Elle le reformule dans ses mots. Ça, c'est quelque chose que je vais faire systématiquement. (FG2)

Puisque pour nous c'est difficile, comme accompagnante, de dire à un médecin : « Non non, regarde... tu ne lui fais pas ça, ça ne marche pas ». On ne peut pas faire ça parce qu'on va se faire sortir de la salle d'accouchement. Ce que j'essaie vraiment de faire, c'est de faire parler ces femmes. De leur dire : « Comment tu te sens maintenant ? » Parce que si elles disent « Ça fait mal », je peux le renommer à l'équipe : « Ça lui fait mal ». (FG7)

Une chose qui s'applique presque tout le temps. Il faut que je le répète tout le temps, tout le temps, tout le temps... c'est la phrase suivante : « Est-ce que ça te convient ? » Tout le temps. Si on est tout le temps là-dedans, de tout le temps vérifier « Est-ce que ça te convient ? », on a les chances de bien avancer. C'est

comme une espèce de recette miracle, c'est juste qu'il faut y penser. Parfois, dans l'urgence du moment, dans le sentiment d'urgence qu'on essaie d'imposer aux choses aussi parce que ce n'est pas tout le temps le cas... Donc, de tout le temps ramener la femme à ses désirs et à ses souhaits et à son besoin d'information : « Est-ce que ça te convient ? » « Je ne le sais pas »... « Ok, est-ce que tu veux qu'on revoie les avantages, les désavantages, pourquoi on fait ça, pourquoi on le ferait pas ? » (FG5)

La seconde stratégie, nommée dans certains groupes de discussion, est celle de préparer le.la conjoint.e à assumer son rôle de « défenseur.euse » lors de l'accouchement. Cette préparation peut s'amorcer lors des rencontres prénatales en proposant divers moyens à la future maman ou au futur papa, tels que : « En prénatal, aviser le père qu'il peut demander au personnel : Est-ce que c'est urgent ? Peut-on attendre un peu qu'elle se repose de sa contraction et qu'on puisse en parler avant de décider ? » (FG2) Lors de l'accouchement, le rôle de « défenseur.euse » du.de la conjoint.e signifie être à l'écoute de leur femme et faire valoir ses droits et volontés :

On n'accompagne pas juste la femme, on accompagne le couple. En fait, le rôle du père devrait être celui que si la femme n'est pas capable de dire les choses, il devrait dire ces choses. Il est impliqué dans ce qui se passe. C'est lui le conjoint. C'est lui qui devrait être le défenseur... Oui, l'accompagnante essaie de créer une bulle, les sécurise, répond aux questions. Elle est le visage de confiance qui est avec eux, le soutien tout au long. Le conjoint, lui, devrait être en mesure de défendre les droits, défendre les demandes. Ça devrait être ça. (FG2)

Enfin, certaines intervenantes mentionnent des stratégies impliquant le personnel médical pour cultiver une attitude de collaboration. Ces stratégies sont essentiellement d'établir un compromis pour le bien-être de la femme, de proposer des pratiques moins communes dans les centres hospitaliers et de partager des informations avec le personnel médical. Ces stratégies sont gagnantes pour les femmes mais elles peuvent être délicates et difficiles à réaliser envers le personnel médical. En outre, certaines intervenantes n'optent pas pour cette stratégie. En effet, au Collectif, il y a eu la décision de ne pas interférer entre les parents et le personnel médical (FG2).

Parfois, ça m'est arrivé que « Yé ! J'ai réussi à discuter avec un médecin pour lui dire : "Est-ce qu'on peut attendre un peu ? Peut-être que bon..." » Ça a marché, mais parfois non. Tu fais comme, j'étais là pour peut-être aider à prévenir la violence obstétricale pis j'ai manqué » (FG5)

Il y a des trucs que c'est facile un peu de leur glisser : « Je ne sais pas qu'est-ce tu en penses, mais on pourrait essayer telle affaire ? » Et là : « Ah bien oui ! C'est fou ! » Et ils ont vu, justement... J'ai réussi pour la première fois à faire peser un bébé dans une couverte dernièrement. L'infirmière a tellement aimé que le bébé ne bouge pas, pleure pas... Il était bien ! Elle a dit « Ben là, on va faire ça tout le temps ! On va arrêter de les peser flambant nus sur la balance ! » (FG6)

Ah puis quand ils essaient des trucs un peu... moins orthodoxes pour eux, qui sortent de leurs protocoles, il faut leur beurrer le merci épais et leur dire : « Vois-tu la différence comment c'était le fun et comment c'était beau ? » Souvent

ils disent : « Ouais c'était bien, je pense qu'on va essayer d'implanter ça. » Là tu te dis : « Ah yes ! Il y a de quoi qui va évoluer. » Juste d'arriver là et de ne pas te sentir en guerre contre l'infirmière ou le médecin. Lui dire : « On est là et on est là pour travailler ensemble ». C'est cool ! Puis il y en a des médecins qui disent : « Moi, je vous laisse aller. L'accompagnante sait où elle s'en va. Elle te connaît mieux que moi, alors moi je vous suis. Si vous voulez faire de la poussée dirigée, si vous voulez faire de la poussée physiologique, moi je vous accompagne là-dedans. » Alors c'est comme : « Wow, elle m'a redonné le pouvoir ». (FG6)

4.3.4 Créer des espaces d'écoute pour favoriser l'expression du vécu émotionnel chez la femme en période postnatale

Dans tous les groupes de discussion, des intervenantes mentionnent qu'elles choisissaient de revenir sur l'expérience de détresse, souffrance ou violence vécue lors de l'accouchement avec les femmes. Essentiellement, leurs interventions consistent à créer des occasions pour les femmes de raconter leur histoire (avec l'intervenante ou collectivement), d'exprimer leurs émotions et de clarifier leurs besoins. En d'autres termes, il s'agit de créer un espace pour accueillir et écouter les femmes qui souhaitent échanger sur leur expérience vécue de détresse, souffrance ou violence (8/8).

On peut questionner la femme. On peut lui demander s'il y a des mots, des gestes, des non-dits qui ont été faits et qui lui ont posés des problèmes pendant son accouchement et qu'elle aimerait en

parler. Et après ça, s'il y a des gestes...(FG5)

C'est plutôt après-coup. C'est plus dans l'écoute aussi. De faire un espace pour que ces femmes puissent se raconter avec des gens qui ont envie d'entendre leurs expériences, qui sont disposés à le faire. On essaie de laisser un espace pour que ces femmes puissent se raconter. C'est plus de les accompagner, qu'elles puissent écrire leurs témoignages. Si nous, on a une publication dans laquelle les femmes peuvent écrire leur témoignage ou récit d'accouchement... Quand ça se passe bien, tant mieux. Quand ça ne se passe pas bien aussi. Il y a des femmes qui ont besoin de le raconter. Ça peut se faire par ce biais-là. C'est surtout d'accompagner les femmes dans leurs réflexions par rapport à ça. Qu'elles ne se sentent pas toutes seules dans ce qu'elles vivent. (FG2)

Certaines intervenantes précisent qu'elles utilisent les notes prises lors de l'accouchement, le récit écrit des femmes ou encore le dossier médical. Ces moyens semblent aidants à la fois pour revenir sur des faits avec une certaine neutralité ou pour aider les femmes à se remémorer certains souvenirs du déroulement de leur accouchement :

Moi j'utilise beaucoup... Je prends des notes, je prends beaucoup de notes pendant les accouchements. Je m'en tiens, une de mes priorités quand je prends mes notes, c'est du factuel. Je vais jamais dans le... ce sont vraiment des constatations. Je donne toujours ces exemples-là, ce n'est pas « Elle est triste », c'est « Elle pleure ». Je n'interprète pas pourquoi elle pleure vraiment. Je prends en note toutes les interventions, et souvent, à la dernière rencontre postnatale, 5-6 semaines de vie du bébé,

je vais prendre ces notes-là et on va les repasser ensemble. Puis, je ne me sens pas mal, je n'ai pas l'impression d'y inculquer des souvenirs qui ne seraient pas à elle, parce que c'est vraiment très factuel : « À telle heure, ils ont monté le synton à 8 ». Ça nous permet de repasser, et s'il y a eu des interventions qui auraient eu un potentiel de violence, ça permet de les aborder. (FG5)

Ça peut être intéressant de demander aux femmes de prendre un temps avant la rencontre de 6 semaines, pour écrire leur histoire et ce, avant de leur remettre les notes justement, de la perception médicale. Parce que des notes sage-femmes, c'est quand même un point de vue objectif. Écrire la version et s'il y a des moments qui grincent, s'il y a des incompréhensions, des bugs ou des beaux moments... Dans le fond, c'est comme ton souvenir de l'écrire et après, de compléter ou de comparer... (FG5)

Ou bien, carrément, on fait venir le dossier médical et on passe au travers ensemble. Souvent, il y a des perceptions qui sont... Les femmes vont penser qu'il leur est arrivé une chose et, en tout cas, ce n'est pas écrit ou bien ce qui est écrit là est différent. C'est utile selon moi de revenir sur certains anciens accouchements dans certaines situations. (FG5)

Si certaines intervenantes optent pour une approche plus indirecte en questionnant les femmes de manière générale, d'autres intervenantes interrogées nomment explicitement des gestes qu'elles ont perçu comme violents ou ayant causé de la détresse ou de la souffrance au cours de l'accouchement. La reconnaissance par l'intervenante du geste ou de l'action posée peut ainsi ouvrir une porte aux discussions.

J'ai souvenir en postnatal des sages-femmes qui demandaient, par exemple : « Comment tu as trouvé ça, la ventouse ? » Elles vont nommer un geste. Même si avant, elles ont demandé globalement : « Comment tu as trouvé ton accouchement ? » Si la femme ne l'a pas nommé, elles vont lui dire ça : « Comment t'as trouvé ça [la ventouse] ? » Et c'est le fun, parce que parfois, ça frappe d'ouvrir vraiment cette porte là, et d'avoir cet espace-là pour cela. Oui, parce que c'est déjà une première reconnaissance de : « Ça se pourrait que tu l'aies vécu difficilement, puis si c'est le cas, tu pourrais m'en parler et je comprendrais. » Le fait de nommer que ça pourrait être une difficulté, déjà, c'est un début de reconnaissance et ça permet à la femme d'aller plus loin. (FG5)

Pour les intervenantes interrogées, les femmes ont besoin de cet espace pour partager leur vécu émotionnel après l'accouchement. Or, cet espace est jugé insuffisant selon certaines intervenantes en périnatalité, d'où la mise en place de groupe de paroles comme espace de recueillement entre femmes :

Il n'y en a pas beaucoup d'espaces. On entend chronologiquement, ça s'est passé de telle manière, mais comment ça s'est passé là [pointe le cœur], il y a moins d'espaces pour le nommer. (FG4)

Ces tentes rouges, ce sont des cercles de parole pour les femmes et qui sont basés sur la parole libre et l'écoute. C'est tout. Il n'y a aucun échange de justifications, de commentaires, de conseils. On s'est rendues compte qu'en permettant aux femmes de dire ce qu'elles ne pouvaient dire à personne [...] Il fallait qu'on crée, qu'on offre... C'est beaucoup la parole, tout ce qu'on peut leur offrir en postnatal, c'est la parole... (FG7)

Toutefois, il convient de mentionner que certaines intervenantes ont exprimé leur malaise ou leur inconfort de nommer à la femme le terme « violence », se questionnant même sur leur rôle suite à des situations de détresse, souffrance ou violence non perçues comme violentes par les femmes. Elles expriment clairement des ambiguïtés et questionnements sur la nécessité d'y revenir :

Ce n'est pas de lui faire faire l'accouchement de mes rêves, c'est de lui faire faire l'accouchement de ses rêves à elle. Si elle suit les conseils de son médecin et que tout va bien, elle va avoir eu l'accouchement de ses rêves. Alors je suis qui, moi, pour lui dire que ce n'était pas correct ce qu'elle a vécu ? Et ça, je trouve ça difficile à vivre comme accompagnante. Mais ça fait partie... C'est moi qui faut qui le gère. Je n'ai pas à repousser ça sur mes clientes. Elle ne m'a pas engagée pour que je lui fasse sentir que son accouchement n'était pas correct. (FG4)

C'est ça mon questionnement éthique aussi, c'est de revenir là-dessus. Moi, si je suis une tierce personne qui a perçue de la violence, comment on fait un retour sur l'accouchement ? Est-ce qu'on le nomme ? Est-ce que j'ouvre sur le fait que, moi, j'ai perçu ça ? Et ainsi, teinter son expérience ? Si son expérience a été positive, mais que je suis restée avec un profond malaise avec cette histoire ? Alors je me questionne encore sur la juste place du retour sur l'accouchement. (FG5)

4.3.5 Soutenir l'exercice du droit de parole chez les femmes et les couples par la dénonciation en période postnatale

Dans la forte majorité des groupes de discussion, les intervenantes mentionnent l'importance de soutenir les femmes ou les couples afin qu'ils entreprennent des démarches pour témoigner de leur expérience négative de détresse, souffrance ou violence ou encore de déposer une plainte officielle (7/8). D'abord, les intervenantes peuvent proposer aux femmes d'acheminer une lettre au personnel médical pour exprimer ou dénoncer leur expérience négative de détresse, souffrance ou violence. Aux yeux des intervenantes en périnatalité, cette prise de parole peut favoriser l'autoresponsabilisation et permettre un sentiment de soulagement chez les femmes, en plus de conscientiser le personnel médical.

Ce que je dis aux parents, c'est qu'ils peuvent écrire à l'hôpital. Je ne dis pas pour se plaindre. Ce que je dis, c'est que les mesures à l'hôpital ont beaucoup changé à travers le temps, car les parents se sont exprimés. (FG2)

On fait aussi un processus d'accompagnement, mais on ne fait aucune lettre conjointe. Les mères vont elles-mêmes faire leurs démarches parce que je pense que c'est ça qui est le plus fort, soit d'écrire après que ça se soit bien passé ou pas bien passé. Envoyer un feedback à l'équipe médicale puis de dire: « Moi, j'avais un plan de naissance, vous ne l'avez pas respecté. De quel droit tu ne respectes pas ma volonté, moi qui mets au monde mon enfant ? Je ne me suis pas cassée un bras. Ce n'est pas une procédure de routine. » Donc, on réfléchit avec les mères sur les procédures de routine. On travaille dans

un processus d'autoresponsabilisation pour les femmes. (FG4)

Un soulagement, un grand soulagement parce qu'un des effets, c'est que ta parole est entendue. Pendant que tu accouches, tu n'as pas été écoutée. Alors que là, quand tu envoies une lettre... On leur fait envoyer une lettre au chef obstétrique ou chef infirmière. Je leur dis : « Si tu veux aller plus loin, tu envoies ça au président du conseil d'administration de ton établissement. Il n'a pas le choix de te répondre. Lui, il est obligé ». Là, au moins, tu vas avoir une lettre, un retour. Il faut qu'ils soient conscients. C'est comme un relief un peu pour les mères. Un soulagement. Ma parole est entendue, je fais un petit pas pour aider les autres, pour conscientiser. (FG4)

On avait un outil qui nous a été présenté dans les derniers jours : les cartes postales avec les droits des femmes quand elles accouchent afin de communiquer aux personnes concernées [médecins, infirmières, sages-femmes, etc.]. Souvent, elles ne sont peut-être pas conscientes des gestes qu'elles ont posé. [Il faut] avoir des moyens de communication et ne pas se gêner de les prendre. (FG5)

Les intervenantes discutent également de l'accompagnement des femmes dans un processus de plainte officielle. L'implication des intervenantes est variable : informer les femmes des numéros et ressources, encourager directement les femmes à déposer une plainte à la suite d'une expérience de détresse, souffrance ou violence, ainsi que soutenir les femmes pour la rédaction de la plainte ou dans les étapes subséquentes :

#1: *Qu'on peut les encourager à faire des plaintes.*

#2: *À faire des plaintes, voilà c'est ça. De les mettre en contact. Déjà de récupérer leur dossier médical et d'en parler avec le médecin pour dire : « Voilà ce qui s'est passé, j'aimerais comprendre » et éventuellement, s'il y a eu un manque de respect, de les encourager à faire des plaintes. (FG7)*

Selon moi, il y a aussi dans la communication... Il faut que les choses soient dites. Puis qu'est-ce qu'on peut faire ? Oui, on peut préparer les mères dans une certaine mesure, mais quand il y a des gestes, il faut qu'ils soient dénoncés, et parfois... c'est ça. Moi j'ai vu des sages-femmes dire : « Est-ce que tu pourrais porter plainte dans une situation comme ça ? » et parfois, les femmes vont le faire. Souvent, c'est l'accumulation de plaintes qui peut amener une réflexion (FG5)

Après son accouchement, dans les semaines suivantes, je lui ai dit : « Regarde, c'est pas correct ce qui s'est passé », puis elle m'a dit: « Regarde, il faut juste que je passe par-dessus ». Là, je lui ai dit : « Alors quand tu vas être prête, on va s'en reparler puis on va écrire une lettre ensemble. Je vais l'écrire avec toi et on va l'envoyer. Prends le temps de le digérer ». (FG4)

C'est sûr qu'on va toujours offrir la possibilité si la femme veut faire une plainte de lui donner les numéros de téléphone et tout ça. Moi, je ne me suis jamais rendue jusqu'à remplir un formulaire avec une femme, ou de vraiment faire la démarche de plainte comme tel. Mais on ouvre la possibilité si la femme souhaite le faire. (FG3)

Toutefois, certaines intervenantes semblent remarquer que cette stratégie est peu utilisée par les femmes, notamment en raison de la période postnatale trop intense pour les nouveaux parents :

J'incite, mais il n'y a pas beaucoup de plaintes qui se font de toute façon. Elles ont tellement peur de déplaire. (FG6).

À l'hôpital directement. Il y a un accès maintenant sur les sites internet. C'est vrai que dans cette période postnatale, c'est très compliqué parce qu'elles sont tellement sur-occupées avec leur bébé, que souvent, les plaintes ne se font pas. (FG7)

4.4 Des besoins d'information, de réflexion, de sensibilisation et de formation

Lors des groupes de discussion, les participantes sont invitées à préciser les thèmes à aborder dans un éventuel plan de formation destiné aux intervenantes en périnatalité. Les résultats permettent d'abord de clarifier les aspects jugés pertinents pour soutenir le travail des intervenantes en périnatalité. Dans la totalité des groupes, les participantes soulignent également l'importance d'une sensibilisation générale à propos de la violence obstétricale à l'ensemble du personnel de la santé, de même que le soutien aux parents.

4.4.1 Formation ciblée pour les intervenantes en périnatalité

Lors des groupes de discussion, certaines intervenantes nomment le sentiment de n'être pas suffisamment outillées pour intervenir auprès des

femmes ayant vécu une situation de détresse, souffrance ou violence (7/8). Elles observent l'absence d'information ou d'outils spécifiques pour cette problématique. En outre, elles mentionnent que certains outils ou formations déjà accessibles donnent certains repères pour intervenir en cas de besoin, mais que la préparation demeure insuffisante malgré tout.

#5 : Je me demande si... est-ce que toi tu ne te sens pas outillée pour les aider dans leur cheminement ?

#2 : Je ne me sens pas outillée pour ça. Il faudrait que je fasse plein de formations à vie ! (FG1)

C'est clair qu'on n'était pas ou peu outillées avant, Puis encore là, c'était une formation sur les conséquences des interventions obstétricales. Ce n'était pas nécessairement sur la violence obstétricale comme telle sauf que, la cascade d'interventions, la non-décision, le non-consentement ; tout ça mène à des accouchements qui ne sont pas optimaux ou à des expériences optimales. (FG4)

4.4.1.1 Délimiter les rôles et les champs de compétences des intervenantes en périnatalité, mais également les limites

Précédemment dans ce chapitre, il a été relevé par les intervenantes communautaires en périnatalité que leur champ de compétences comportait plusieurs limites, notamment les interventions qu'elles sont autorisées à faire dans une salle d'accouchement. Sur cet aspect, certaines intervenantes expriment le besoin de développer leur capacité à intervenir sur-le-champ lors d'une situation de détresse, souffrance ou violence de façon respectueuse, tout en contenant leurs propres émotions et en évitant des conflits avec le personnel médical (7/8).

Moi, j'aurais besoin et j'ai encore besoin de savoir comment je suis supposée réagir pour bien soutenir le couple qui me fait confiance, mais sans me faire expulser d'une salle d'hôpital. Par exemple, dans un cas où je ressens de la violence envers elle, qui est inacceptable, mais de réagir pour mettre un stop à ça, sans me faire sortir. (FG4)

#1: Nous, il faut toujours qu'on désamorçe. Trouver la bonne façon pour qu'eux ne se sentent pas menacés par notre présence... dans toute une panoplie de situations.

#2: Oui parce que si l'accompagnante « pête les plombs », elle va se faire sortir (rires). Non mais c'est vrai.

#1: Il faut trouver la bonne façon, Ce n'est pas évident quand on est face à... moi je sais que ça me rebelle beaucoup. Ça fait sortir chez moi la guerrière. J'arrive et il faut juste que je me parle. Moi, je le sais que de mon côté, c'est ce que j'ai à travailler. (FG7)

Par ailleurs, certaines intervenantes partagent leurs questionnements en ce qui concerne les limites de leurs rôles auprès des femmes vivant une détresse importante à la suite d'une expérience de détresse, souffrance ou violence. En effet, elles questionnent les frontières entre la relation d'aide et les services plus spécialisés ou thérapeutiques pour soutenir adéquatement ces femmes :

Je me questionne même si nous sommes réellement les bonnes personnes pour tenter de soutenir ces femmes qui ont vécu ça. C'est plus que ça, être accompagnante à la naissance. Ça prend vraiment, je pense, un soutien thérapeutique. (FG1)

Même si on avait une formation Écoute et relation [...] On s'aperçoit que la femme a besoin d'aide, beaucoup... On n'est pas plus psychologue. Ce n'est pas une formation de 20-30 heures qui va faire en sorte... Peut-être qu'on va pouvoir l'aider un petit peu plus. Dans le fond, elle a besoin de voir un psychologue, quelqu'un qui a une formation, ou un psychiatre qui peut prescrire des médicaments. On peut, en quelques heures, peut-être devenir des meilleures personnes, fort probablement meilleurs écouteurs, mais on ne pourrait pas plus répondre aux besoins de la femme, ultimement. (FG2)

Lors de situations de détresse, souffrance ou violence lors de l'accouchement, l'un des rôles consiste à référer les femmes aux ressources appropriées. Or, certaines intervenantes mentionnent le manque de ressources ou de références.

Parfois, on voudrait référer quand on trouve que c'est trop lourd comme intervenant, mais à qui, vers qui on les retourne? Qui peut les soutenir? Je trouve que parfois, on est diminuées en références. (FG1)

Une partie importante, [...] c'est d'ajouter ces ressources-là [celles formelles] parce que parfois, les ressources existent, mais on ne sait pas quoi chercher ni comment les trouver. (FG4).

4.4.1.2 Définition commune d'une expérience de détresse, souffrance ou violence vécue lors de l'accouchement afin de mieux la reconnaître

Certaines participantes aux groupes de discussion

perçoivent le besoin d'assurer une définition commune des expériences de détresse, souffrance ou violence vécues lors de l'accouchement, incluant ses différentes formes, dans le but de mieux la reconnaître (3/8). Ainsi, des intervenantes souhaiteraient qu'il existe des outils permettant d'expliquer et de mieux comprendre, ce que sont les expériences de détresse, souffrance ou violence vécues lors de l'accouchement pour toutes les personnes gravitant dans le monde de la périnatalité :

La violence obstétricale est méconnue. Il faut mieux la définir. Il faut comprendre pourquoi on met dans la même phrase les mots violence et naissance. (FG2)

Peut-être des outils pour les membres... Comme un atelier pour reconnaître les différentes formes. Parce que c'est sûr, quand on voit une affaire comme ton expérience, on peut dire que c'est évident ou c'est flagrant. Pourtant, il y en a d'autres où c'est plus insidieux. Donc le reconnaître et l'accepter nous-mêmes aussi, parce que parfois, nous-mêmes on se dit : « Regarde, ce n'est pas si grave que ça... » (FG5)

Des outils pour faire reconnaître [la violence obstétricale]. Pour nous, c'est évident que la violence obstétricale existe, mais je pense que ce n'est pas évident pour toutes nos accompagnantes. En fait, pas juste les accompagnantes, mais tous les êtres qui interviennent en postnatal, les marraines d'allaitement... Vraiment, une définition pour définir c'est quoi. (FG5)

4.4.1.3 Formations sur les aspects légaux

Dans certains groupes de discussion, les intervenantes expriment le besoin d'être

davantage formées quant aux dimensions légales (3/8) : « Plus de connaissances sur les droits, je pense que c'est vraiment une formation presque juste sur les droits » (FG1). De manière plus spécifique, elles nomment des besoins de formation liés à trois volets : 1) les droits des femmes de refuser des interventions et de déposer une plainte; 2) les droits des intervenantes en périnatalité face au protocole hospitalier; 3) les droits des femmes à l'international. Les extraits suivants illustrent respectivement ces trois volets :

Jusqu'où on est assujettis [face] au protocole hospitalier ? Quels sont nos droits par rapport au protocole hospitalier ? Ça, c'est vague (FG4).

Une deuxième chose, qu'est-ce qu'on fait une fois que la violence est dite ? Elle [la femme] est accompagnée dans le volet relationnel, mais qu'est-ce qu'on fait ? Les accompagnantes ne savent pas grand-chose au niveau de la législation, de la justice. L'autre branche, car il y a deux branches : vivre la violence et la constater au niveau émotionnel et ensuite, aller vers la réparation. (FG1)

J'aimerais que le RNR ait un volet plus légal, vraiment. Je pense qu'il y a des choses qui se passent en droit international en ce moment dont on entend très peu parler. Très peu parler. Est-ce que tu as le droit d'avoir un accouchement à domicile selon les lois internationales ? Il y a plusieurs règlements qui sont en train de se passer présentement autour de cela et sachant qui est assignés à domicile depuis plusieurs années pour accompagner des femmes à domicile. Il y a ces affaires-là. Par exemple, la fille qui se fait enlever son bébé à cause d'une césarienne qu'elle a refusée. Donc, qu'est-ce qui en

est ici et qu'est-ce qu'on fait pour faire la promotion de nos droits ? Comment soutient-on les femmes qui veulent faire jurisprudence ? Comment on rassemble ce qui existe déjà ? (FG4)

Une participante propose l'établissement d'un partenariat entre le RNR et une clinique juridique pour rédiger des dossiers sur des aspects légaux touchant la périnatalité, pour permettre aux intervenantes « d'approfondir quels sont nos droits en travail, plus pratiquement qu'est-ce qu'on fait ? Les plaintes, qu'est-ce qu'on fait ? L'allaitement en public, qu'est-ce qu'on fait ? » (FG4)

4.4.1.4 Pratiques réflexives, ou avoir surmonté ses propres blessures

Deux groupes de discussion (sur 8) abordent la question de la santé mentale des intervenantes elles-mêmes. Puisqu'elles ont un travail qui leur demande d'accompagner physiquement, mais surtout psychologiquement, des femmes qui peuvent s'avérer vulnérables, il est de mise qu'elles soient elles-mêmes en bonne santé mentale :

Je me questionne souvent... Peut-on accompagner nous-mêmes si on n'a pas guéri nos propres blessures ? [...] Selon moi, c'est vraiment fondamental. Les accompagnantes, pour accompagner... L'idéal, c'est qu'elles aient déjà fait un travail sur elles-mêmes. Ce sera très difficile d'entendre, d'écouter et d'accompagner des femmes qui ont vécu de la violence. (FG1)

Ainsi, les intervenantes souhaiteraient des formations ou des sessions de thérapie au cours desquelles elles pourraient affronter leurs blessures et apprendre à gérer leurs émotions, leur permettant ainsi d'avoir un rôle aidant envers

les femmes et mieux les accompagner :

C'est vraiment la solidité, finalement. L'accompagnante, il faut qu'elle ait réglé ses affaires à elle afin de ne pas plonger dans ses émotions. Je pense que c'est comme l'ancrage du couple. Donc, c'est sûr que c'est toujours... c'est la personne qui permettra de prendre du recul. (FG7)

4.4.1.5 Des besoins de formation plus spécifiques pour les accompagnantes à la naissance

Lors de certains groupes de discussion, des intervenantes nomment des besoins de formation spécifiquement pour le groupe des accompagnantes, sans que cette précision leur soit demandée. Ces intervenantes sont d'avis d'offrir une formation de base à toutes les accompagnantes plutôt que de se fier à l'apprentissage par expérience. Dans cette formation, il serait souhaitable d'aborder leur rôle pendant l'accouchement et la communication.

[Il faut] donner accès aux accompagnantes à des conférences, à des formations parce qu'on sait que ça coûte cher, les formations, et que ce n'est pas tout le monde qui ont les moyens. [...] Essayer d'outiller adéquatement ces femmes-là qui ont un coeur gros comme la terre, mais qui manquent d'outils. Leur donner des outils pour qu'elles puissent faire leur travail adéquatement [...] Des conférences formatives comme ça, sur le processus de la naissance ou sur les forces des femmes. Comment les mettre en valeur ? Comment les laisser émerger ces forces-là ? Donc, quels outils prendre ? (FG6)

Pour les accompagnantes, je pense qu'il faut vraiment qu'on travaille sur la place

de l'accompagnante. On n'est pas juste là pour tenir la main et accompagner pendant l'épidurale. Il y a comme une coche de plus. Je pense qu'on revient à la communication. Peut-être de donner des outils de communication ? Parce que oui, les femmes ont à prendre leur place, mais les accompagnantes aussi et les conjoints aussi face à ce gros pouvoir médical. Donc peut-être au niveau de la communication. (FG7)

Dans le fond, la vraie physiologie de l'accouchement. Je me disais aussi qu'il fallait qu'on voit le côté négatif des accompagnantes. Il y en a beaucoup que c'est ça. Elles ont un gros gros gros coeur, mais elles passent de l'information erronée. Par exemple, beaucoup de « ce que j'ai trouvé sur Internet et je n'ai pas vérifié mes sources ». Ou sur la relation d'aide envers le couple, mais envers elles-mêmes et entre elles-mêmes parce que parfois, tu reviens d'un accouchement et tu ne sais pas trop à qui te confier. Tu ne sais pas trop comment raconter, tu ne sais pas comment être accueillie là-dedans parce que quand tu reviens après plusieurs heures au matin et que tu es brûlée... Tu as eu une grosse journée, tu as vécu... Parfois, on voit des horreurs aussi... Ce n'est pas la faute à personne, c'est circonstanciel et tout... Comment se bâtir peut-être un réseau pour pouvoir se dire « Ok, tu as vécu de la marde, alors appelle-moi et on va jaser » [...] Juste qu'il y ait des cours sur les pathologies pour qu'on puisse comprendre pourquoi aussi les médecins agissent de telle façon. On n'est pas pour entrer en guerre contre eux parce qu'ils sont contre la physiologie de l'accouchement à quatre pattes avec des chandelles. (FG6)

4.4.2 Caractéristiques, format et modalités des formations

Lors des groupes de discussion, les intervenantes sont invitées à préciser leurs préférences quant aux caractéristiques, format et modalités d'éventuelles formations portant sur la détresse, souffrance ou violence vécues lors de l'accouchement. D'abord, ces formations doivent être accessibles et peu coûteuses : « Avoir accès peut-être à des formations un peu plus poussées, mais à prix réduit parce qu'on est accompagnante et qu'on fait des pinottes là... » (FG6). En effet, « ça représente un défi parce que le milieu communautaire, on n'a pas une cenne pour s'offrir une formation. Alors on s'auto-forme entre nous » (FG4).

D'abord, les intervenantes expriment une forte préférence pour les formations de groupe plutôt que des outils à consulter. Les formations de groupe permettent le partage des expériences, essentiel aux yeux des intervenantes interrogées :

[Ces formations de groupe] marquent plus que les outils. On est dans une ère où on déborde d'outils qu'on n'utilise pas. J'ai l'impression qu'on a des choses à lire super intéressantes, mais il y a quelque chose dans le présent qui se perd, dans la transition, dans l'échange. (FG5)

Je pense qu'[un document] écrit, ce n'est pas suffisant. Quand on parle de vécu, je pense que ça prend des mises en situation. (FG7)

Les intervenantes comparent ensuite les avantages entre le format « présentiel » et le format « virtuel », et le format « présentiel » ressort nettement comme la préférence d'une grande majorité. En fait, les intervenantes

reprochent aux formations en ligne (webinaires ou Skype) de ne pas pouvoir réagir ou récupérer tout ce qui se dit. D'autres dénoncent également tous les problèmes technologiques qui peuvent se produire lors de telles conférences. Enfin, certaines estiment que les formations en ligne ne permettent pas d'échanger entre les intervenantes. Au final, les formations permettant les échanges sont priorisées par les intervenantes questionnées, incluant la transmission des savoirs par les accompagnantes plus expérimentées vers les moins expérimentées :

Les échanges, je pense que c'est ça qui fait le plus la différence que les formations elles-mêmes. Je pense que toutes les formations, ce qu'on réussit à échanger : « C'est quoi les trucs ? Qu'est-ce que tu essaies chez toi ? »... « Ah oui tu fais ça, c'est bien ». Mais ce que tu retiens, oui tu grandis de ta formation, de l'information que tu es allée chercher, mais beaucoup plus de ce que tu es allée chercher des autres personnes, des gens avec qui tu discutes. (FG6)

Certaines intervenantes, moins nombreuses, mentionnent leur intérêt pour les conférences dites « webinaires ». Elles y perçoivent plusieurs avantages, notamment pour leur accessibilité aux intervenantes en région :

Les échanges se font en clavardage, donc il n'y a pas d'interruptions. On lit les échanges, on intervient. S'il y a un bon modérateur, en général, ça se passe bien. Pour nous, ce serait intéressant. Avec vidéo, c'est intéressant pour les médias sociaux. Le Twitter, Facebook, Instagram... C'est wow ! [...] Lectures, c'est lourd. Mais des vidéos avec une explication, un concept, une référence... (FG1)

Ouais, le webinaire c'est une formule qui est vraiment appréciée aussi. On le fait parfois avec d'autres groupes et c'est intéressant aussi. C'est sur un court laps de temps, on se transfère des informations et c'est intéressant. (FG3)

De surcroît, certaines intervenantes mentionnent l'intérêt de faire des formations conjointes, auxquelles enseignent et assistent différents types de professionnel.les de la santé. De telles formations interprofessionnelles enrichissent les discussions :

Je pense que j'ai fait une formation [...] avec une sage-femme, une médecin de famille qui faisait des accouchements et une infirmière qui faisait des accouchements avec la médecin de famille. Donc, ça donnait des échanges hallucinants, des points de vue de toute sorte d'affaires. [...] Ça a tellement été enrichissant ces 4 jours de formation. Il faudrait que tout le monde ait la chance de vivre quelque chose de même : des médecins qui côtoient des accompagnantes et des sages-femmes, puis que la sage-femme amène le médecin à la maison de naissance... (FG6)

4.4.3 Amélioration des pratiques et sensibilisation générale des professionnel.les de la santé

Dans la totalité des groupes de discussion, les intervenantes mentionnent des besoins de sensibilisation sur la périnatalité en général pour les professionnel.les de la santé, ainsi que des améliorations quant aux pratiques actuelles (8/8). Il n'était pas prévu de questionner les intervenantes à ce sujet, mais leurs propos illustrent qu'elles perçoivent nécessaires des

changements à ce niveau.

Plus directement en lien avec la violence obstétricale, la plupart des intervenantes sont d'avis que les professionnel.les de la santé pourraient être davantage conscientisés à l'impact possible de certains gestes ou certaines pratiques pouvant causer de la détresse, souffrance ou violence chez la femme qui accouche. Une sensibilisation accrue permettrait peut-être de prévenir certaines situations :

Pour les femmes, pour les médecins, pour les infirmières. Il faut qu'ils aient plus de formations, plus d'informations. Rendus à nous, le mal est fait, on écoute du mieux qu'on peut, on réfère du mieux qu'on peut. C'est ça. On offre ce qu'on offre. Ça fait du bien à certaines personnes, ça aide certaines personnes, mais ça serait mieux de travailler à la source. (FG2)

Il faut que le système de santé prenne conscience que les femmes souffrent, que ça existe et qu'il y a des conséquences. Il y a des personnes, au bout du compte, les premières concernées. Il y a des douleurs, des souffrances, des liens mères-enfants qui ne se font pas bien. Il y a beaucoup de choses qui en découlent. Il faut qu'ils prennent conscience que ce sont leurs gestes. Ça existe ! Ce ne sont pas des histoires inventées ! (FG2)

Pour certaines intervenantes participant aux groupes de discussion, il serait bénéfique que les professionnel.les de la santé puissent mieux comprendre l'accouchement physiologique afin de faire davantage confiance au processus naturel de la naissance.

Les médecins doivent voir des accouchements physiologiques et

*respecter le processus de la naissance.
(FG1)*

Tout d'abord, avoir besoin de professionnels qui connaissent bien les accouchements physiologiques... naturellement. Le bac sage-femme, c'est 4 ans. Les filles ne font que ça. Le médecin, lui, dans toute sa pratique... En tout cas, ils n'ont pas la même formation, mettons. Déjà, à la base, je pense que c'est un gros gros problème. Tu ne pourras jamais... tu pourras difficilement faire confiance au corps de la femme si tu ne l'as pas appris, si tu l'as pas vu et si tu n'as pas fait de stage. (FG4)

Un autre besoin perçu par plusieurs intervenantes membres du RNR envers les professionnel.les de la santé est celui d'améliorer les pratiques en milieu hospitalier pour une approche plus humanisante des soins généraux en périnatalité. Pour tendre vers cet objectif, les intervenantes nomment notamment, des pratiques qui placent les femmes au cœur du processus et sensibilisent aux besoins des femmes lors de l'accouchement (ex. : favoriser une ambiance calme et éliminer les agents stressants).

C'est l'accompagnement du personnel hospitalier qui fait toute la différence. Ça ne coûte pas grand-chose, l'empathie. Moi, c'est ça qui me tue. Ça ne coûte rien ça ! Ça coûte du temps et la présence : une qualité de présence qui ferait énormément de différence. C'est pour ça que je pense qu'il faut parler au cœur du personnel soignant, des médecins, des infirmières. N'importe qui là, tout le monde qui passe par là. (FG4)

Peut-être revoir les procédures, les protocoles hospitaliers pour voir... Du côté du médecin ça prend quoi ? Du côté de la maman, ça prend quoi ? Si on n'est

pas capable de trouver un milieu, accepter que ces deux-là sont une possibilité. Ça va être la décision de la personne qui est traitée d'aller vers le protocole hospitalier et si elle le refuse, tu lui feras signer un refus de traitements, Ils nous font signer ça n'importe quand, à chaque fois que tu dis non au lieu de oui. Accepter que cela, ça fait partie des choses qu'une femme a le droit de décider parce que c'est son corps et son bébé. Tu peux supposer que tu as le droit de faire tout cela, mais que tu n'as pas le droit de le faire sans son accord. Comprendre que le protocole, ce n'est pas la seule ligne. (FG4)

La physiologie de l'accouchement. Tout le rôle des hormones. Tout le processus à l'intérieur du corps. L'importance de diminuer la lumière. D'avoir le moins d'agents stressants autour. Juste ça, c'est simple, mais ça peut tellement faire une grande différence. Puis, le contact aussi. C'est ça : le respect, le contact, la relation d'aide. (FG2)

Enfin, certaines intervenantes soulèvent l'intérêt d'établir des liens de collaboration entre les différents groupes de professionnel.les travaillant en périnatalité et un meilleur arrimage entre les services, pour une continuité des services auprès des femmes :

Il y a des médecins plus formés, je pense. Alors faire connaître les ressources, montrer l'importance de l'accompagnement et des impacts que ça a dans la vie de ne pas être accompagnée. (FG8)

En fait, c'est une espèce de besoin de collaboration. C'est vraiment ça que je vois : le fait de référer les femmes à nos services pour ne pas qu'elles soient seules et qu'elles puissent utiliser les

ponts. Ça aide aussi. C'est un peu ça que je vois. J'aurais besoin de plus de collaboration avec les centres hospitaliers. En fait, c'est peut-être qu'ils ne nous [l'organisme] connaissent pas... (FG3)

4.4.4 Soutien aux parents

Dans tous les groupes de discussion, les intervenantes nomment également le besoin de mieux informer et soutenir les parents tout au long de la période périnatale (8/8). D'abord, une information suffisante en période prénatale augmente les chances que les parents puissent prendre davantage leur place lors de l'accouchement. Les accompagnantes ou les sages-femmes jouent ce rôle d'informatrices auprès de parents. Or, l'une d'entre elles aimerait que les services d'accompagnantes « soient plus accessibles partout au Québec » (FG1). En effet, les services d'une accompagnante ne sont pas accessibles à tous les parents (FG2).

À l'hôpital, c'est sûr que oui. Je vois que mes cours, quand j'explique la physiologie, quand j'explique qu'est-ce qui se passe réellement, le message passe aux jeunes couples. Et les milieux hospitaliers me l'ont dit. Ils m'ont dit : « Pour nous, c'est clair qu'on sait s'ils ont suivi un cours avec toi ou pas ». Et ces couples, on les voit se prendre en charge pendant l'accouchement. Donc, on le sait que c'est possible, mais il faut vraiment changer le... Il y a une grosse déprogrammation qui reste à faire. (FG7)

Ce qui serait le fun, c'est que toutes les femmes aient accès à cette information-là, peu importe où elles vont prendre

leurs cours prénataux ou rechercher leurs informations. (FG2)

Les cours prénataux, il n'y en a plus. Ça se fait par internet ou en tout cas, c'est en train de se faire enlever. [...] Ce qu'on a en ce moment, ça s'adresse à des clientèles extrêmement défavorisées, ça ne s'adresse pas à la majorité des parents. (FG8)

Par ailleurs, il serait pertinent également de rendre les outils déjà existants (par exemple le dépliant des droits des femmes pendant la maternité) plus accessibles et qui va rejoindre toutes les populations.

Peut-être réviser le dépliant des droits. Le faire d'une façon plus fun... pas plus fun, mais plus accessible pour tous. Les gens qui vont lire ça, ce sont des femmes qui sont déjà dans une position de « Je veux ça » et qui sont un peu informées. Les autres vont le voir : « Ah, moi mon médecin me suit bien. Il m'a dit tout ça » Peut-être quelque chose qui va les rejoindre davantage. (FG2)

Enfin, certaines propositions ont été formulées comme moyens de mieux soutenir les femmes et les couples ayant vécu une expérience de détresse, souffrance ou violence lors de l'accouchement. Ces propositions sont : entente pour des références des centres de santé (hôpital ou cliniques) vers les accompagnantes ou les organismes, des lieux de partage (ex. : forum, groupe de soutien) ou un soutien thérapeutique.

Je suis convaincue qu'il y a plein de ressources, plein de petits organismes qui sont là dans ton quartier et qui sont capables de t'aider. Par contre, la maman qui le vit n'est pas nécessairement capable de le chercher, de le trouver, de le nommer. Et même si

elle capable de trouver ce qu'elle recherche, des petits organismes, ça ne tombe pas toujours sur la première page quand tu fais Google. (FG4)

C'est sûr que la sensibilisation au fait que ça existe, la violence en accouchement. En parler, puis de le dire. Qu'il y ait un forum quelconque, une façon de pouvoir faire des plaintes ou revenir et dire : « Ce que j'ai vécu, ce n'était pas correct, ça devrait pas être comme ça ». Ne pas laisser cela comme quelque chose de normal. Je pense que c'est encore un sujet qui est vraiment, même pas tabou, mais qu'on entend à peu près pas parler, plus que tabou. Parce que ton bébé est en santé, donc tu n'as pas à te plaindre ou quoique ce soit. (FG8)

5. Discussion

Cette étude s'intéresse au concept de la violence obstétricale, ainsi qu'aux perspectives des intervenantes communautaires en périnatalité membres du Regroupement Naissance-Renaissance face aux expériences de détresse, de souffrance ou de violence obstétricale lors de l'accouchement. Les groupes de discussion menés auprès de 29 intervenantes communautaires membres du RNR permettent de documenter leurs perceptions face à cette problématique, les difficultés rencontrées dans leurs pratiques lorsqu'elles y sont confrontées, leurs besoins de formation, mais aussi d'autres propositions pour améliorer l'accompagnement des femmes dans cette importante période de leur vie.

Les résultats des groupes de discussion permettent de dégager un certain nombre de réflexions présentées dans ce chapitre. Ces réflexions s'articulent autour de sept éléments de discussion qui sont d'abord exposés dans les prochaines pages. Nous présenterons par la suite les principales limites de l'étude pour conclure avec des recommandations.

Il convient de rappeler qu'un autre volet de la présente recherche consistait en une analyse conceptuelle du terme « violence obstétricale ». Bien que non intégrée au présent rapport, cette analyse pourrait éventuellement apporter des éclairages complémentaires aux résultats ici présentés.

5.1 Les intervenantes communautaires membres du RNR sont témoins de situation de détresse, souffrance ou violence lors de l'accouchement

D'abord, les participantes des groupes de discussion affirment toutes avoir été témoins de situations de détresse, souffrance ou violence dans le cadre de leur pratique : elles accompagnent des femmes dont certaines expérimentent des situations pouvant être considérées comme de la violence vécue en contexte de soins de santé pendant la période périnatale. Les formes que peut prendre cette violence sont multiples. Il y a suffisamment d'exemples qui démontrent que la violence obstétricale se manifeste autant par de la violence physique que psychologique : la multiplication des touchers vaginaux par nombre d'intervenantes sans consentement préalable et sans attendre le moment le plus opportun pour la femme qui accouche, des épisiotomies de routine qui sont encore pratiquées, l'utilisation de force physique pour obliger une femme à accoucher en position couchée, ou tout autre intervention médicale imposée sans raison évidente ou valable. D'autres participantes parlent d'attitudes négatives, dénigrantes ou méprisantes de la part de professionnelles de la santé envers les femmes. Ces exemples partagés des intervenantes font écho à la classification proposée par Bohren et coll. (2015), sans toutefois présenter des manifestations pour chacune de ces catégories recensées : la violence physique, sexuelle et verbale ; la stigmatisation et la discrimination ; des soins ne rencontrant pas les normes professionnelles et les standards de pratique ; le faible rapport entre la femme et le personnel soignant, ainsi que les contraintes et les conditions liées aux systèmes de santé. Il faut toutefois se rappeler que l'objectif de la présente

étude n'était pas de documenter l'étendue des manifestations de violence obstétricale en sol québécois, mais plutôt d'explorer les représentations des intervenantes communautaires en périnatalité à l'égard des expériences de détresse, souffrance ou violence vécue lors de l'accouchement de même que leurs pratiques. Il est donc fort probable qu'elles aient observé différentes manifestations dont elles n'ont pas parlé lors des groupes de discussion.

Pour les participantes, la violence obstétricale est un enjeu relatif aux droits de la personne. Elles parlent de la nécessité pour les femmes d'être mieux informées de leurs droits, de l'importance que les cours prénataux incluent l'information au sujet des droits fondamentaux des femmes relatifs à l'accouchement et du fait que les professionnel.les de la santé devraient connaître et respecter les droits des femmes. Elles parlent aussi de la difficulté qu'ont les femmes à faire valoir leurs droits. En ce sens, le droit des femmes de choisir est un enjeu fondamental. Ce droit à l'information juste et complète, qui permettrait un consentement ou mieux un choix éclairé, n'est que peu respecté par les professionnel.les de la santé. D'après les témoignages recueillis, certains professionnel.les de la santé semblent utiliser la coercition pour convaincre les femmes de « choisir » ce qui leur semble la meilleure voie. S'ajoute à cela que le droit de refuser une intervention n'est pas vraiment reconnu. Selon une participante, « Oui c'est oui, mais aussi non c'est non ».

Les intervenantes communautaires en périnatalité sont donc confrontées à cette problématique dans l'accompagnement des femmes, ce qui soulève certains questionnements à propos de la prévention, mais aussi sur l'intervention à

privilégier auprès des femmes qui ont vécu une situation de violence lors de l'accouchement. Ces questionnements sont présentés plus loin.

5.2 Failles dans le processus de recherche de consentement libre et éclairé

Un autre enjeu majeur soulevé dans les groupes de discussion concerne le consentement, puisque certaines femmes subissent de multiples interventions non désirées. Les participantes considèrent que l'absence de consentement libre et éclairé est une composante centrale dans la violence obstétricale. Une information complète, impartiale et partagée au moment opportun pour la femme, constitue un des garants d'un réel consentement éclairé. Dans sa thèse doctorale portant sur le consentement libre et éclairé de la parturiente en droit québécois, Cadorette (2006) démontre que le consentement implique que 1) la patiente doit être informée, 2) elle doit être capable de comprendre et de recevoir l'information et 3) elle doit comprendre l'information et exprimer qu'elle la comprend (Cadorette, 2006). Or, les propos tenus par les intervenantes communautaires ayant participé aux groupes de discussion indiquent que ces éléments, essentiels pour pouvoir statuer sur la nature d'un consentement, sont souvent absents.

Le moment opportun pour obtenir le consentement de la femme apparaît aussi comme un élément essentiel dans le discours des participantes. Lors de l'accouchement, la femme n'est pas disponible mentalement et physiquement pour évaluer toutes les nouvelles informations qui lui sont transmises. Sur ce point, les participantes estiment que la période prénatale constitue un moment opportun pour la

transmission d'une diversité d'informations fiables et nécessaires à la prise des décisions lors de l'accouchement et au renforcement de leur pouvoir d'agir (décider, dire non, affirmer ses droits). Miser sur cette période apparaît comme une stratégie plutôt répandue auprès des intervenantes consultées. Cette approche d'empowerment, qui concorde avec la mission de défense des droits des femmes de l'organisme féministe qu'est le RNR, est certes intéressante et pourrait aider les femmes et leur partenaire et accompagnante à prendre des décisions éclairées. Toutefois, l'étude de Hivon et coll. (2004) démontre qu'à elle seule, l'information n'est pas suffisante pour la prise de décision ou la participation au choix, puisque d'autres facteurs interviennent aussi dans ce processus, tels que la perception du risque et la confiance envers l'intervenant.e. L'établissement d'un partenariat réel entre la femme et l'intervenant.e de la santé apparaît nécessaire, en plus de la transmission d'informations justes et complètes, pour permettre cette prise de décision éclairée (Hivon et Jimenez, 2007).

5.3 Relation de pouvoir entre les professionnel.les de la santé et les femmes

Les participantes discutent largement de la prise de pouvoir par les professionnel.les de la santé sur les femmes. En effet, le déséquilibre entre le pouvoir qu'ont les femmes et celui dont disposent les professionnel.les de la santé est reconnu comme un enjeu majeur lors des groupes de discussion. La relation de pouvoir peut se manifester, d'une part par l'établissement d'un rapport non égalitaire entre la femme et le personnel médical, où celle-ci se retrouve en situation non privilégiée, mais d'autre part par

une appropriation médicale du processus de l'accouchement, qui devient une procédure médicale. La gestion active du déroulement de l'accouchement est alors perçue par le corps médical comme une stratégie pour réduire les risques associés à la naissance. Ces perceptions sont amplement documentées dans les écrits portant sur le développement du champ de l'obstétrique et sur la médicalisation importante de l'accouchement (H.A. Cahill, 2001; Murphy-Black, 1995; A. Rivard, 2014). Quelques-unes des participantes ont aussi évoqué que le système de santé a été fondé sur des valeurs patriarcales, ce qui est également soutenu dans des écrits antérieurs (Heather A. Cahill, 2001; Cohen Shabot, 2015; St-Amant, 2013).

5.4 Difficulté à reconnaître une expérience de détresse, souffrance et violence

Lors des groupes de discussion, il y a plusieurs références au fait que cela peut prendre des jours, des mois, voire des années avant que certaines femmes réalisent que ce qu'elles ont vécu lors de leur accouchement relève de la violence obstétricale. Les participantes rapportent avoir accompagné des femmes qui pleuraient leur accouchement, avaient de la difficulté à créer un lien avec leur nouveau-né, ou bien se sentaient impuissantes ou incapables de se faire comprendre ou de faire entendre leurs besoins aux professionnel.les de la santé qui les accompagnaient.

La préséance induite de la santé du bébé peut rendre plus difficile la reconnaissance de la violence lors de l'accouchement par les femmes : " Au nom de la santé du bébé, toutes les actions peuvent être posées et justifiées". L'opposition

des droits de la femme à ceux du fœtus est un sujet qui préoccupe de nombreuses participantes. Elles parlent de pression induite, voire de manipulation, pour pousser les femmes à consentir aux interventions proposées au nom de la « santé et même de la vie du bébé ». Plusieurs participantes révèlent que les femmes qu'elles accompagnaient se sentaient démunies dès lors qu'il s'agissait de convaincre les professionnel.les de retarder l'examen vaginal, d'attendre avant de proposer la péridurale ou de permettre à la femme d'accoucher dans la position la plus confortable pour elle. Ce sentiment d'être démunie est relié au fait que les professionnel.les de la santé présentent les interventions comme s'il s'agissait d'une assurance de la sécurité du fœtus et leur refus comme d'un choix de mettre la vie du fœtus en péril. Elles en parlent comme d'un véritable non-choix dans des situations où elles auraient pourtant dû en avoir.

Le fait que les femmes éprouvent de la difficulté à reconnaître une expérience comme étant de la violence durant l'accouchement ne signifie pas qu'il y a absence de violence obstétricale. En regard des conséquences pouvant être associées à cette violence, il est justifié de soulever la question suivante : est-il possible que les femmes puissent éprouver des symptômes qui sont mal diagnostiqués, notamment en déclarant une femme en dépression post-partum alors qu'elle est en état de stress post-traumatique ?

De plus, il ne faut pas oublier que le concept même de violence obstétricale est en émergence, que sa définition, voire sa reconnaissance, ne fait pas consensus. Un parallèle peut être dressé avec la reconnaissance de la violence conjugale au Québec et son inscription comme problématique

sociale, telle que présentée par Lavergne (1997 ; 2016). À priori considérée comme un problème privé, la violence conjugale a été redéfinie dans la première moitié des années 1970 comme un enjeu politique, une manifestation du patriarcat. Dénoncée et portée principalement par le mouvement féministe, la réponse à la violence conjugale consistait en une aide directe aux femmes victimes, notamment par la création des maisons d'hébergement qui constituent un moyen d'autonomisation des femmes. Cette période est marquée par l'élargissement de ce qui est nommé comme un problème, à savoir non seulement les menaces, les coups et les humiliations infligés aux femmes par leur conjoint et le climat de peur et d'insécurité dans lequel elles vivent, mais aussi " la présence d'un problème collectif situé dans les rapports de domination des femmes par les hommes " (Lavergne, 2016, p.8). Comme le fait remarquer l'auteure, un flou subsiste cependant au sein du mouvement féministe quant à la façon de nommer le problème : femmes victimes de violence conjugale ou femmes en difficulté ? Cette ambiguïté reposerait sur la crainte qu'en nommant ce phénomène de violence conjugale, une adhésion sociale moins grande en résulterait. La fin des années 1970 et les années 1980 témoignent d'une politisation accrue du problème, d'une implication de l'État comme facilitateur de sa construction et légitimation comme problème social. Des campagnes de sensibilisation sont organisées pour faire connaître la violence conjugale ainsi que les besoins des organismes qui soutiennent les femmes qui en sont victimes. Il appert que le Conseil du statut de la femme a joué un rôle significatif dans la construction et la reconnaissance de cette problématique sociale par son activité de recherche et par des recommandations qui ont entraîné une

implication plus importante de l'État. Les mobilisations ont aussi conduit à une transformation du discours entourant la violence conjugale. La reconnaissance du caractère criminel de la violence conjugale a été également fort importante pour orienter l'action : la cible n'étant plus uniquement les femmes violentées (pour reprendre les mots de l'époque, MAS 1985), mais aussi les comportements et attitudes criminels des agresseurs (Justice et Solliciteur, 1986) (cités dans Lavergne, 2016). Ainsi, la construction sociale du problème de la violence conjugale s'est étendue sur plusieurs années avant d'aboutir à une reconnaissance politique et pénale et a nécessité les actions féministes combinées d'un mouvement social et d'actrices issues de la sphère des politiques publiques (Lavergne, 2016). Si l'on reprend ce schème, pour l'instant, il semble bien que la dénonciation de la violence obstétricale soit principalement portée par le mouvement féministe d'humanisation des naissances ; de nombreuses actions et implications d'actrices et d'acteurs provenant d'autres horizons permettraient une reconnaissance à titre de problématique sociale.

5.5 Des réflexions soulevées sur les causes et conséquences de la violence obstétricale

Les conséquences de la violence, observées par les intervenantes communautaires, sont multiples et variées. Ces conséquences font écho aux résultats empiriques rapportés dans les études (Bohren et al., 2015). Selon les participantes, ces conséquences devraient être mieux comprises et reconnues afin que toutes les personnes concernées puissent travailler de façon à les prévenir. L'une des façons de travailler en prévention consiste à réduire les probabilités

d'occurrence des situations de détresse, souffrance ou violence. L'une des cibles pourrait être la présence importante de pratiques interventionnistes lors des accouchements. À l'instar des propos tenus par les participantes, il est proposé que la normalisation des pratiques interventionnistes associées à l'accouchement telles le recours au monitoring fœtal en continu, les touchers vaginaux fréquents ou la délivrance dirigée auxquelles sont exposées tant les femmes que les professionnel.les de la santé a pour effet de déposséder les femmes de leur expérience d'accouchement. Selon les participantes, il semble y avoir peu de place pour l'unicité du processus de l'accouchement ou des besoins fondamentaux de chaque femme. Cette normalisation de l'accouchement médicalisé accentue la difficulté de reconnaître les expériences de détresse, souffrance ou violence vécues par les femmes.

Les écrits disponibles à ce jour en provenance d'organisations communautaires et internationales travaillant en promotion des droits reproductifs des femmes mettent l'accent sur l'expérience des femmes comme un indicateur incontournable pouvant contribuer à améliorer significativement la qualité des soins. Au-delà de la simple consultation des femmes sur la qualité des soins reçus, ces organisations proposent l'intégration d'une composante d'imputabilité sociale (*social accountability*), qui est présente à toutes les étapes de la planification, l'offre et l'évaluation des soins de santé maternelle (Respectful Maternity Care Global Council, 2016). Plusieurs outils d'imputabilité sociale ont été développés à l'échelle mondiale pour favoriser l'implication des femmes. Par exemple, la création d'espaces dialogiques entre les autorités de santé, les professionnel.les de la santé

et les patientes, la mise en place d'un dispositif anonyme accessible via la téléphonie cellulaire pour dénoncer des pratiques inadéquates, et l'implication active de la population dans l'évaluation des services de santé, pour ne nommer que ceux-là. (Le mémoire déposé par le Respectful Maternity Care Global Council au Haut-Commissariat des Nations-Unies pour les droits de l'Homme dresse un portrait d'initiatives prometteuses et des facteurs systémiques sur lesquelles ces initiatives doivent miser). En intégrant les voix des femmes aux recommandations guidant le développement des pratiques cliniques, nous croyons que les composantes essentielles des soins respectueux seront favorisées et davantage présentes.

Les participantes aux groupes de discussion rapportent aussi que des femmes hésitent à entreprendre un processus formel de plainte ou des poursuites judiciaires de peur de représailles de la part des professionnel.les de la santé. Des exemples de femmes ayant eu peur de perdre leur médecin de famille ou de subir des représailles lors de futurs accouchements ont été partagés. Un processus de prise en compte de la parole des femmes viserait aussi à entendre ces éléments inhérents à la qualité des soins et à l'amélioration des pratiques médicales, dans un format qui ne pénaliserait ni la femme, ni sa famille.

Pour prévenir ou réduire les répercussions négatives associées à la violence obstétricale, il est nécessaire d'offrir un soutien adapté aux besoins des femmes. La première étape serait d'identifier les femmes qui ont vécu des expériences de détresse, souffrance ou violence. Cette identification se ferait idéalement en période postnatale, ou lors des grossesses subséquentes. Le développement et la validation

d'un outil d'identification de cas doit toutefois pouvoir s'appuyer sur des connaissances empiriques solides, ce qui n'est pas encore le cas pour les violences vécues lors de l'accouchement. Dans le domaine de la violence conjugale, différents outils ont été développés pour permettre d'identifier les femmes plus susceptibles d'être victimes, dans le but d'offrir un soutien adapté et de réduire les conséquences négatives sur la santé et le bien-être de la mère et de l'enfant à naître (O'Doherty et al., 2015). La discussion sur cette problématique à l'aide des outils sont jugés favorablement par les femmes (Bacchus, Mezey, & Bewley, 2002; feder, Hutson, Ramsay, & Taket, 2006) et les professionnel.les de la santé (Mezey, Bacchus, Haworth, & Bewley, 2003). Les propos rapportés lors des groupes de discussion indiquent que de tels outils seraient utiles aux intervenantes en périnatalité membres du RNR.

5.6 Enjeux et difficultés rencontrés par les participantes lors des situations de détresse, souffrance et violence

Les intervenantes communautaires en périnatalité accompagnent bon nombre de femmes lors d'accouchements vécus de façon positive, mais aussi lors d'accouchements difficiles, douloureux et mêmes violents. Certaines intervenantes ressentent elles-mêmes de la détresse ou de la souffrance lorsqu'elles sont témoins de telles situations ; parfois cela réactive le souvenir d'une forme de violence qu'elles ont vécue durant leurs propres accouchements et d'autres fois, elles sont touchées par la souffrance qu'elles observent et peuvent se sentir impuissantes et démunies. Les groupes de discussion sont l'occasion, pour plusieurs participantes, d'aborder leur propre

sentiment d'impuissance devant l'incapacité à influencer les comportements du personnel soignant ou les interventions obstétricales qui causaient pourtant une détresse évidente pour la femme. Les participantes nomment des besoins d'une préparation plus adéquate pour les aider à développer des compétences et guider leurs actions et comportements. Dans un tel cas : elles notent un manque d'outils d'intervention pour préparer les parents à l'éventualité de vivre une situation non désirée, pour s'approprier des stratégies à utiliser pendant l'accouchement et pour mieux comprendre comment dénoncer la violence obstétricale. Certaines participantes mentionnent l'effet néfaste, pour elles-mêmes, d'être témoins d'expériences de détresse, de souffrance ou de violence vécues par les femmes. L'impact de la violence obstétricale vécue indirectement par les accompagnantes à la naissance, les sages-femmes, les médecins et les infirmières est un sujet de recherche qui pourrait être exploré. Pour plusieurs participantes, être témoin de situations où des femmes ont subi de mauvais traitements ou un manque de respect durant leur accouchement, aura eu un fort impact sur elles-mêmes.

Certains questionnements émergent à travers les groupes de discussion et constituent un enjeu majeur pour les participantes : doit-on nommer la violence exercée lors de l'accouchement par les professionnels de la santé, si la femme ne la reconnaît pas ? Est-ce que parler ouvertement et directement est nocif pour cette femme ? Quand et de quelle façon en parler avec la femme ? Quelles sont les actions, attitudes et comportements à privilégier pour soutenir adéquatement les femmes sans leur nuire ou leur induire notre interprétation de l'expérience ? Ces questionnements importants invitent à des

réflexions collectives au sein du RNR, ainsi qu'à la création de matériel de formation pour les intervenantes et d'information pour les femmes.

Il est à souligner que les difficultés ne sont pas rencontrées par toutes les intervenantes en périnatalité de la même façon, elles varient selon leur rôle et fonction. La composition des groupes de discussion (accompagnantes, sages-femmes, etc.) nous éclaire sur ces différences. Notamment, les accompagnantes à la naissance semblent davantage confrontées à des difficultés en raison de l'absence de pouvoir d'influence dans le milieu hospitalier, comparativement aux sages-femmes qui ont un statut différent dans les centres hospitaliers ou maisons de naissance. Leur pratique est délimitée par un cadre comportant, de leur propre aveu, des contraintes légales et éthiques (p.ex., détenir des assurances et donc répondre à certains critères dans l'exercice de leurs fonctions, ne pas ternir la réputation des accompagnantes en agissant d'une façon qui pourrait nuire à ses collègues). Ces différences dans les besoins de formation, variant selon la fonction et la formation initiale des intervenantes, pourront être utiles au RNR dans l'optique de l'élaboration d'un programme de formation à géométrie variable pour les membres. Une avenue intéressante provenant des intervenantes sondées pour permettre une mise à niveau des connaissances pourrait être le développement d'outils de formation, ou encore la mise en place d'ateliers de discussion afin de favoriser le transfert d'expertises entre les intervenantes expérimentées vers les intervenantes estimant être peu outillées.

5.7 Stratégies mises de l'avant par les participantes des groupes de discussion pour prévenir les expériences de détresse, souffrance ou violence et soutenir les femmes et leur famille

5.7.1 Création d'alliances

Dans certains groupes, les participantes font des suggestions pour créer des alliances avec les professionnel.les durant l'accouchement. Elles suggèrent de poser des questions aux femmes devant les professionnel.les pour qu'elles puissent s'exprimer, solliciter de l'aide par exemple d'un.e infirmier.ère pour que la femme puisse avoir les meilleures chances possibles de vivre un accouchement qui réponde à ses besoins. Convaincre un.e infirmier.ère d'envelopper le nouveau-né d'une couverture lors de la pesée ou permettre un temps de peau à peau suite à la naissance du bébé sont quelques exemples d'alliances positives à préconiser.

Les participantes évoquent également des expériences positives vécues dans les salles d'accouchement et abordent l'importance de créer des occasions de dialogue et permettant la formation commune entre les différentes parties prenantes : femmes, sages-femmes, accompagnantes à la naissance, médecins, infirmier.ères. Ces occasions permettraient de déconstruire les stéréotypes et méconnaissances ainsi que de créer des situations d'apprentissages mutuels. Les participantes semblent convaincues que, si la violence obstétricale était mieux reconnue comme problème social, davantage de personnes travailleraient à changer un système qui, en raison de sa nature, perpétue sciemment ou inconsciemment la violence obstétricale. Autrement dit, selon elles, la méconnaissance entretient le statu quo.

5.7.2 Créer des espaces d'écoute pour favoriser l'expression des femmes en période postnatale

À plusieurs reprises, il est nommé d'offrir aux femmes un espace sécuritaire pour favoriser l'expression de la détresse, de la souffrance, de la peine ou de la colère à la suite d'un accouchement difficile ou violent. Il y a d'abord la pertinence d'un espace collectif de partage pour ces femmes : rencontres, témoignages, tentes rouges, Web, etc. Ces espaces d'écoute sont encore trop peu nombreux. D'autres organismes dans d'autres domaines, tels les centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS), offrent ces espaces collectifs depuis de nombreuses années qui sont appréciés et positifs pour les femmes.

D'autre part, il y a aussi l'intervenante qui offre à la femme son écoute empathique lors du suivi postnatal. Sur cet aspect, certaines stratégies ont été développées par les intervenantes interrogées afin d'ouvrir le dialogue avec les femmes sur la violence vécue lors de l'accouchement : comparer les notes, permettre à la femme de se raconter, faire venir le dossier médical, etc. Encore ici, si certaines participantes se disent confortables d'aborder le sujet en période postnatale, d'autres s'estiment insuffisamment outillées pour le faire.

5.8 Limites

Deux limites importantes sont présentes dans cette étude et doivent être prises en considération dans l'interprétation des résultats. Premièrement, la taille réduite de l'échantillon et la représentativité des participantes nous empêchent d'étendre les conclusions de cette étude à

l'ensemble des intervenant.es oeuvrant auprès des parents, fussent-ils du domaine de la santé ou communautaire. Rappelons toutefois que cette étude exploratoire a été menée auprès des intervenantes communautaires qui œuvrent au sein d'organismes membres du RNR. Ces intervenantes sont témoins depuis de nombreuses années des doléances de femmes et de familles ayant vécu des expériences douloureuses et traumatiques et sont donc sans doute plus sensibilisées à ces réalités. D'autre part, plusieurs organismes et intervenantes membres du RNR partagent une lecture féministe de la violence faite aux femmes qui leur donne un éclairage différent de celui qui pourrait prévaloir dans un paradigme biomédical. Leurs analyses quant aux causes et aux constituantes de la violence obstétricale sont sans doute plus critiques des structures sociales et du rôle des institutions de soins de santé et des individus qui y travaillent. Tel que discuté plus loin dans la section *Recommandations*, il est souhaité que d'autres actrices et acteurs de différents horizons puissent partager leurs réflexions sur cette problématique émergente.

La seconde limite est liée au contexte québécois dans lequel s'inscrit cette recherche. L'organisation des soins de santé, incluant les protocoles mis en place dans les différents centres de santé, les actes professionnels réservés et l'offre (ou l'absence d'offre) de rencontres d'informations prénatales, pour ne nommer que ces exemples, ainsi que le contexte légal qui ont été discutés dans le cadre de cette recherche limitent en partie la généralisation des résultats obtenus. Toutefois, il serait erroné de croire que c'est uniquement au Québec que sont rapportées ces expériences de détresse, souffrance ou violence lors de l'accouchement. Les documents produits par différentes instances internationales

telles l'OMS et le White Ribbon Alliance témoignent d'appels à l'action et de propositions pour réduire la présence et mieux soutenir les femmes face à cette violence qui partagent les perspectives dégagées par les intervenantes communautaires en sol québécois (Organisation Mondiale de la Santé, 2005; White Ribbon Alliance for Safe Motherhood, 2011).

5.9 Recommandations

Différentes recommandations peuvent être émises suite à cette recherche exploratoire, tant pour la pratique que pour la recherche. Dans un premier temps, il importe de souligner qu'afin d'outiller davantage les femmes, les résultats des groupes de discussion confirment qu'il serait important de les sensibiliser par rapport à leurs droits afin qu'elles puissent les faire valoir auprès des professionnel.les de la santé qui assurent leur suivi de grossesse. Toutefois, la responsabilité de faire valoir leurs droits ne leur incombe pas à elles seules. Il importe de diffuser, auprès des professionnel.les de la santé et de la population générale de l'information sur les droits des femmes et démontrer les bénéfices associés au respect de ceux-ci pour les femmes, les enfants et les familles. Il importe aussi que les femmes aient accès à de l'information fiable en prénatal, à des personnes ressources pouvant les soutenir lors de l'accouchement (telles les accompagnantes à la naissance, un.e partenaire, un.e ami.e ou membre de la famille) et à des groupes communautaires et professionnel.les qui pourront les soutenir en postnatal.

Notre recherche confirme de plus l'importance de mettre en place des moyens pour permettre une meilleure compréhension et reconnaissance par

les intervenantes communautaires et les professionnel.les de la santé des expériences de détresse, souffrance ou violence lors de l'accouchement, de ses composantes et des impacts sur les femmes. Autant dans les écrits que dans les groupes de discussion, il ressort que ces dernières bénéficieraient de la création d'opportunités de formations portant directement sur la violence obstétricale ou encore sur d'autres sujets touchant des préoccupations communes (p. ex. formations sur les différents moyens de soutenir une femme en travail, incluant la relation d'aide et l'écoute active) afin de pouvoir mieux s'adapter aux besoins des femmes et ainsi favoriser l'accouchement naturel physiologique (D'Gregorio, 2010; Vadeboncoeur, 2004). Il importe aussi de faire la promotion des principes éthiques afin de prévenir et d'éliminer les manifestations de la violence obstétricale (Goer, 2010). De plus, les résultats des groupes de discussion permettent de dégager des pistes à explorer pour améliorer le système de santé québécois, notamment travailler vers une plus grande reconnaissance et une meilleure collaboration avec les accompagnantes à la naissance, ainsi que développer un réseau de ressources pour aider les personnes ayant subi la violence lors de l'accouchement ou ayant été témoin de la violence obstétricale vécue par autrui. Au-delà des sanctions et des blâmes, notre recherche s'inscrit dans une optique d'imputabilité sociale et une responsabilité collective visant à prévenir, réduire remédier à la violence obstétricale et aider les femmes à guérir de ses conséquences.

Sur le plan de la recherche, les données exploratoires que nous avons colligées témoignent que les nombreuses facettes de la violence obstétricale sont encore peu connues et

surtout, très souvent banalisées. Des recherches additionnelles, tant quantitatives que qualitatives, sont nécessaires pour mieux comprendre cette problématique émergente et ses manifestations, ainsi que pour proposer le développement d'indicateurs qui permettront de mesurer sa prévalence. Les répercussions sur les femmes, les familles, et sur les professionnel.les qui interviennent auprès d'elles, sont aussi des aspects sur lesquels pourront porter les recherches futures afin de proposer des interventions adaptées pour les soutenir. Une compréhension accrue des forces systémiques qui modulent la survenue de violence lors de l'accouchement dans les établissements de soins de santé permettra aussi de proposer des stratégies adaptées destinées à prévenir cette forme de violence importante.

Conclusion

Les expériences de détresse, de souffrance ou de violence lors de l'accouchement dans des établissements de soins de santé telles que décrites par les femmes et racontées par les individus qui les accompagnent ne semblent malheureusement pas être des événements isolés. Ces expériences de violence obstétricale s'inscrivent dans une analyse combinée des violences faites aux femmes et des violences systémiques.

Ce projet de recherche exploratoire a tenté d'exposer les représentations de détresse, souffrance ou violence vécues lors de l'accouchement, les défis rencontrés par les intervenantes communautaires en périnatalité membres du Regroupement Naissance-Renaissance face à ces expériences et des pistes de solution globales pour enrayer la violence obstétricale. Il permet de comprendre, à partir de

leur point de vue, comment la violence obstétricale se manifeste, les formes qu'elle prend, les raisons qui pourraient expliquer sa survenue et les conséquences qu'elle engendre. Elle permet aussi de tirer profit de la riche expérience des intervenantes communautaires pour réfléchir aux enjeux et défis liés à l'intervention auprès des femmes et des familles lors d'un accouchement auquel participent des professionnel.les de la santé. Cet apport contextualisé apporte un éclairage pertinent et nécessaire sur une problématique en émergence, encore méconnue et peu documentée.

Ce projet constitue un pas vers une compréhension accrue de ces réalités. Il ne fait nul doute que des actions conjuguées rassemblant femmes, militantes, chercheuses, actrices des milieux de la santé et de l'État ainsi que leurs alliées seront nécessaires pour documenter et poursuivre le travail de compréhension et prévention de la violence obstétricale.

Bibliographie

- Agence de la santé publique du Canada. (2009). *Ce que disent les mères: l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*. Retrieved from Ottawa : www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/survey-enquete/mes-eem-fra.php
- Bacchus, L., Mezey, G., & Bewley, S. (2002). Women's perceptions and experience of routine enquiry for domestic violence in a maternity service. *BJOG*, *190*(1), 9-16.
- Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches Qualitatives*, *26*(2), 1-18.
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., . . . Gulmezoglu, A. M. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLOS Medicine*, 1-32. doi:10.1371/journal.pmed.1001847
- Bourgeois, E. (1991). L'analyse des besoins de formation dans les organisations: un modèle théorique et méthodologique. *Mesure et évaluation en éducation*, *14*(1), 17-60.
- Bowser, D., & Hill, K. (2010). *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth: Report of a Landscape Analysis*. Retrieved from : www.tractionproject.org/sites/default/files/Respectful_Care_at_Birth_9-20-101_Final.pdf
- Braun, F., & Lalman, L. (2014). *Naissance respectée? Naissance d'un mouvement* Retrieved from Belgique : www.naissancerespectee.be/wp-content/uploads/2015/07/Etude-2014-CEFA.pdf
- Brüggemann, A. J., Wijma, B., & Swahnberg, K. (2012). Abuse in health care: a concept analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *26*, 123-132.
- Brunelle, C., O'Neil, M., & Villedieu, Y. (1981). *Rapport synthèse: Accoucher ou se faire accoucher*. Retrieved from : www.aspq.org/documents/file/19-accoucher-ou-se-faire-accoucher-1981.pdf
- Cadorette, M. (2006). *Le consentement libre et éclairé de la parturiente en droit québécois: L'accouchement comme contexte d'évitement du respect de l'autonomie (Tome 1)*. (Doctorat), Université de Laval, Québec.
- Cahill, H. A. (2001). Male appropriation and medicalization of childbirth: an historical analysis. *Journal of Advanced Nursing*, *33*(3), 334-342.
- Coalition for improving maternity services. (1996). Mother-Friendly Childbirth Initiative.
- Cohen Shabot, S. (2015). Making Loud Bodies "Feminine": A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence. *Human Studies*, 1-17.
- D'Gregorio, R. P. (2010). Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*.
- D'Oliveira, A. F. P. L., Diniz, S. G., & Schraiber, B. (2002). Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet*, *359*, 1681-1685.
- Feder, G., Hutson, M., Ramsay, J., & Taket, A. R. (2006). Women exposed to intimate partner violence. Expectations and experiences when they encounter health care professionals. A meta-analysis of qualitative studies. *Archives of Internal Medicine*, *166*, 22-37.
- Goer, H. (2010). Cruelty in Maternity Wards: Fifty Years Later. *The Journal of Perinatal Education*, *19*(3), 33-42.
- Harman, T., & Wakeford, A. (Writers). (2014). Freedom for Birth. Denmark.
- Harris, R., & Ayers, S. (2012). What makes labour and birth traumatic ? A survey of intrapartum "hotspots". *Psychology & Health*, *27*(10), 1166-1177.

- Hivon, M. (2004). *Le choix éclairé lors de l'accouchement: Les femmes ont-elles vraiment le choix?* Paper presented at the Journées annuelles de santé publique.
- Hivon, M., & Jimenez, V. (2007). *Perception d'une naissance et naissance d'une perception: Où en sont les femmes?* Retrieved from : www.csssdelamontagne.qc.ca/fileadmin/csss_dlm/Publications/Publications_CRF/perception_naissance_serie13_enligne.pdf
- Hodnett, E. D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 186, S160-172. doi:10.1067/mob.2002.121141
- Humanize Birth. (2015). Raising Awareness of Obstetric Violence.
- Improving Birth. (2015). Advocating for Respectful, Evidence Based Care.
- Institut de la statistique du Québec. (2016). *Les naissances au Québec et dans les régions en 2015*. Retrieved from : www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bulletins/coupdoeil-no47.pdf
- International MotherBaby Childbirth Initiative. (2008). 10 steps to optimal Motherbaby maternity services.
- Kruk, M. E., Kujawski, S., Mbaruku, G., Ramsey, K., Moyo, W., & Freedman, L. P. (2014). Direspectful and abusive treatment during facility delivery in Tanzania: a facility and community survey. *Health Policy and Planning*, 1-8.
- Lavergne, C. (2016). *Reconnaissance de la violence conjugale comme problème social au Québec. Du privé au public*. Paper presented at the Nouveaux regards sur la violence conjugale. Université d'été TRAJETVI, Montréal.
- Mezey, G., Bacchus, L., Haworth, A., & Bewley, S. (2003). Midwives' perceptions and experience of enquiry for domestic violence. *BJOG*, 110, 744-752.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Cadre de référence pour le déploiement des services de sage-femme au Québec*. Retrieved from Québec : www.publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001045/
- Ministère de la Santé et Services sociaux. (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018*. Retrieved from Québec : www.publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000730/
- Murphy-Black, T. (1995). Comfortable men, uncomfortable women. In T. Murphy-Black (Ed.), *Issues in Midwifery* (pp. 275-297). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Novick, G. (2009). Women's experience of prenatal care: an integrative review. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 54(3), 226-237.
- O'Doherty, L., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L. L., Feder, G., & Taft, A. (2015). *Screening women for intimate partner violence in healthcare settings*. Retrieved from : www.cochrane.org/CD007007/BEHAV_screening-women-intimate-partner-violence-healthcare-settings
- Okafor, I. I., Ugwu, E. O., & Obi, S. N. (2015). Disrespect and abuse during facility-based childbirth in a low-income country. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 128(110-113). doi:10.1016/j.ijgo.2014.08.015
- Olde, E., van der Hart, O., kleber, R., & van Son, M. (2006). Posttraumatic stress following childbirth: A review. *Clinical Psychology Review*, 26, 1-16. doi:10.1016/j.cpr.2005.07.002
- Ordre des sages femmes du Québec. (2003). *Les normes de pratique professionnelle des sages-femmes au Québec*. Retrieved from : www.osfq.org/wp-content/uploads/2012/04/presse_normes-professionnelles.pdf

- Organisation Mondiale de la Santé. (2005). *Making pregnancy safer: The critical role of the skilled attendant: A joint statement by WHO, ICM and FIGO*. Retrieved from Genève : www.apps.who.int/iris/bitstream/10665/42955/1/9241591692.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé. (2014). *La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins: Déclaration de l'OMS*. Retrieved from Genève : www.apps.who.int/iris/bitstream/10665/134589/1/WHO_RHR_14.23_fre.pdf?ua=1&ua=1&ua=1
- Plateforme pour une naissance respectée. (2014). Manifeste pour une naissance respectée.
- Regroupement Naissance Renaissance. (2003). Déclaration de principes du RNR.
- Regroupement Naissance Renaissance. (2015). Maternité et dignité: rencontrer, partager, imaginer.
- RÉQEF, & Conseil du statut de la femme. (2015). Ligne du temps de l'histoire des femmes au Québec.
- Respectful Maternity Care Global Council. (2016). *Submission to the Office of the High Commissioner for Human Rights on the Implementation of the Technical Guidance on the Application of a Human Rights Based Approach to the Implementation of Policies and Programmes to Reduce Preventable Maternal Morbidity and Mortality, (A/HRC/21/22)*. Retrieved from : www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WRGS/Pages/FollowUpReportResponses.aspx - civil_society
- Rivard, A. (2014). *Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne*. Montréal: Éditions du remue-ménage.
- Rodriguez del Barrio, L., Vadeboncoeur, H., St-Amant, S., Fontaine, L., & Hivon, M. (Producer). (2010). Un autre regard sur les bonnes pratiques entourant la naissance: la perspective des femmes. [Présentation PowerPoint]
- Roegiers, X. (2007). *Analyser une action d'éducation ou de formation*. Bruxelles, Belgique: De Boeck Université.
- Roegiers, X., Wouters, P., & Gérard, F. M. (1992). Du concept d'analyse des besoins en formation à sa mise en oeuvre. *Formation et technologie, revue européenne des professionnels de la formation*, 1(2-3), 32-42.
- Sando, D., Kendall, T., Lyatuu, G., Ratcliffe, H., McDonald, K., Mwanyika_sando, M., & et al. (2014). Disrespect and abuse during childbirth in Tanzania: are women living with HIV more vulnerable? *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 67(Suppl 4), S228-S234. doi:10.1097/QAI.0000000000000378
- Savoie-Zajc, L. (2004). La recherche qualitative/interprétative en éducation. In T. Karsenti & L. Savoie-Zajc (Eds.), *La recherche en éducation: étapes et approches* (pp. 123-150). Québec: Éditions du CRP.
- Schroll, A.-M., Kjaergaard, H., & Migtgaard, J. (2013). Encountering abuse in health care; lifetime experiences in postnatal women - a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(74), 1-11.
- Shaw, D., & Faundes, A. (2006). What is the relevance of women's sexual and reproductive rights to the practising obstetrician/gynaecologist? *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 20(3), 299-309.
- St-Amant, S. (2013). *Déconstruire l'accouchement: Épistémologie de la naissance, entre expérience féminine, phénomène biologique et praxis technomédicale*. (Doctorat), Université du Québec à Montréal, Frelighsburg, Québec.
- Thomas, D. R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American Journal of Evaluation*, 27(2), 237-246. doi:10.1177/1098214005283748

- UN General Assembly. (1993). *Declaration on the Elimination of Violence against Women*. Nations Unies.
- Vadeboncoeur, H. (2004). *La naissance au Québec à l'aube du troisième millénaire: de quelle humanisation parle-t-on?* (PhD), Université de Montréal, Montréal.
- White Ribbon Alliance for Safe Motherhood. (2011). *Respectful Maternity Care: The Universal Rights of Childbearing Women*. Washington DC: White Ribbon Alliance.

Annexes

Annexe 1 – Invitation de participation



Invitation à participer à la recherche

Détresse, souffrance et violence lors de l'accouchement : de la clarification conceptuelle à l'élaboration de stratégies de transfert de connaissances

De plus en plus, des témoignages de femmes se font entendre sur les conditions difficiles dans lesquelles elles donnent naissance, par exemple la présence d'interventions multiples non désirées ou une discontinuité dans les soins reçus. Lorsque ces femmes se présentent dans les organismes communautaires pour y recevoir du soutien, de nombreuses intervenantes expriment se sentir peu outillées. Elles mentionnent le besoin d'acquérir des connaissances spécifiques en regard de cette problématique et se questionnent quant aux meilleures stratégies d'intervention à mettre en place.

Initié par le Regroupement Naissance-Renaissance (FNR), ce projet veut connaître les pratiques actuelles des membres du FNR et leurs stratégies d'intervention lors de situations de *détresse-souffrance-violence* en lien avec l'accouchement. Ses objectifs sont également de baliser les savoirs existants sur les expériences négatives vécues par les femmes lors d'un accouchement, de confronter ces savoirs aux pratiques actuelles des groupes, et de définir, avec eux, des stratégies à privilégier pour améliorer leur action auprès des femmes et des familles.

Pour pouvoir participer à la recherche, il faut :

- Être une intervenante (travailleuse/bénévole) oeuvrant au sein d'un organisme membre du FNR;
- Compter au moins une année d'expérience en intervention avec les femmes/familles dans le domaine de la périnatalité;
- Être en mesure de s'exprimer en français.

Modalités de participation

Nous souhaitons rejoindre une soixantaine d'intervenantes dans le cadre de groupes de discussion d'une durée de 2 heures. Nous prévoyons organiser 8 groupes de discussion composés de huit femmes chacun, intervenant dans différentes régions administratives et dans différentes sphères (accompagnement à la naissance, soutien allaitement, défense de droits, services en périnatalité, etc.).

À ce stade, nous souhaitons prendre le pouls de votre intérêt face à cette recherche. Pour ce faire, nous vous invitons à répondre au petit sondage suivant (3 minutes) :

[Sondage projet FNR-UQAM](#)

Merci à l'avance de votre précieuse collaboration !

Annexe 2 – Lettre d’information et formulaire de consentement



Lettre d’information et formulaire de consentement

Détresse, souffrance et violence lors de l’accouchement : de la clarification conceptuelle à l’élaboration de stratégies de transfert de connaissances

Identification des responsables du projet

Chercheure responsable du projet :	Sylvie Lévesque, PhD Département de sexologie, UQAM CP 8888, succ. Centre-ville, Montréal (QC), H3C 3P8 T : 514-987-3000 poste 5816 @ : levesque.sylvie@uqam.ca
Co chercheure du projet :	Manon Bergeron, PhD Département de sexologie, UQAM
Assistante de recherche :	Annie Jalbert, Candidate à la maîtrise Département de sexologie, UQAM
Collaboratrice:	Lorraine Fontaine, Coordonnatrice Regroupement Naissance Renaissance (RNR)

But du projet de recherche

Ce projet vise à explorer la perception des intervenantes communautaires au regard de souffrance-détresse-violence vécue par les femmes lors de leur accouchement, de même que leurs pratiques actuelles face à cette problématique. Il vise également à dégager les besoins de formation des intervenantes communautaires face à cette problématique, plus particulièrement les savoirs à développer et les stratégies d’action à privilégier.

Procédure(s) ou tâches demandées à la participante

Votre participation consiste à participer à une entrevue de groupe au cours de laquelle il vous sera demandé de décrire, entre autres, votre perception du phénomène de détresse/souffrance/violence lors de l’accouchement, les savoirs à développer ainsi que les stratégies d’action à privilégier. Les autres participantes seront des intervenantes ou bénévoles d’autres membres du RNR.

Cette entrevue est réalisée soit dans les locaux du RNR, de l’UQAM ou d’un organisme communautaire membre du RNR. Elle est enregistrée numériquement et prendra environ 2 heures de votre temps. La transcription sur support informatique qui en suivra ne permettra pas de vous identifier.

Avantages et risques

Votre participation contribuera à l’avancement des connaissances pour mieux comprendre et définir le phénomène de la détresse/souffrance/violence lors de l’accouchement au Québec. De plus, le fait de répondre à des questions concernant vos besoins de formation et vos pratiques actuelles peut avoir comme bienfaits de vous permettre de faire le point sur cette question dans le cadre de votre profession.

1

Enfin, les résultats de l'étude permettront de développer une formation par le RNR et donc de mieux répondre à leurs besoins lorsqu'elles accompagnent les femmes.

À notre connaissance, il n'y a pas de risque d'inconfort important associé à votre participation à cette rencontre. Toutefois, il est possible que votre participation à ce projet soit associée à une prise de conscience potentielle de lacunes sur le plan de l'intervention.

Anonymat et confidentialité

Des procédures seront mises en place pour assurer l'anonymat et le caractère confidentiel des données lors de leur traitement et de leur diffusion. D'abord, les renseignements pouvant mener à l'identification des personnes participantes et de l'organisme auquel elles se rattachent seront éliminés lors de la transcription des entretiens de groupe, tout comme les références nominales à des personnes citées lors de ceux-ci. De plus, l'enregistrement de l'entretien de groupe ne sera jamais diffusé et servira seulement aux chercheurs aux fins de la transcription et de l'analyse. Vous-mêmes et les autres personnes qui participeront à l'entrevue de groupe connaîtrez l'identité des personnes participantes et des renseignements et opinions partagés lors de la discussion. Nous comptons sur votre collaboration afin de préserver la confidentialité de ces informations.

Le matériel de recherche (enregistrements numériques et transcription codés) ainsi que votre formulaire de consentement seront conservés séparément sous clé au laboratoire du chercheur responsable pour la durée totale du projet. Les enregistrements ainsi que les formulaires de consentement seront détruits 5 ans après les dernières publications.

Participation volontaire

Votre participation à ce projet est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure, et que par ailleurs vous êtes libre de mettre fin à votre participation en tout temps au cours de cette recherche. Dans ce cas, les renseignements vous concernant seront détruits (formulaire de consentement et coordonnées). Toutefois, vos propos ne pourront pas être détruits, compte tenu de la nature du groupe de discussion et du mode d'enregistrement (support numérique).

Votre accord à participer implique également que vous acceptez que l'équipe de recherche puisse utiliser aux fins de la présente recherche (rapport de recherche, articles, mémoires, thèses, conférences et communications scientifiques) les renseignements recueillis à la condition qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit divulguée publiquement à moins d'un consentement explicite de votre part.

Clause de responsabilité

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou les institutions impliquées de leurs obligations légales et professionnelles.

Des questions sur le projet ou sur vos droits?

Pour des questions additionnelles sur le projet, sur votre participation et sur vos droits en tant que participante de recherche, ou pour vous retirer du projet, vous pouvez communiquer avec :

Sylvie Lévesque, professeure
514-987-3000 poste 5816
levesque.sylvie@uqam.ca

+

Le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la présidence du Comité, par l'intermédiaire de son secrétariat au numéro (514) 987-3000 # 7753 ou par courriel à CIEREH@UQAM.CA

+

Remerciements

Votre collaboration est importante à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier. Un résumé écrit des principaux résultats de cette recherche sera disponible sur le site web du RNR. Si vous désirez en recevoir une copie électronique, veuillez le mentionner lors de l'entretien ou communiquez avec nous.

+

Signatures

Je reconnais avoir lu le présent formulaire de consentement et consens volontairement à participer à ce projet de recherche. Je m'engage à préserver la confidentialité des propos échangés et l'anonymat des participantes au focus groupe. Je reconnais aussi que la chercheuse a répondu à mes questions de manière satisfaisante et que j'ai disposé suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer. Je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner.

Signature de la participante

Nom en lettres moulées

Date

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques du projet et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature de la chercheuse
responsable ou de sa déléguée

Nom en lettres moulées

Date

Annexe 3 – Approbation éthique



No du certificat: S-705299

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Le *Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains* de l'UQAM, a examiné le protocole de recherche suivant et jugé conforme aux pratiques habituelles et répond aux normes établies par le Cadre normatif pour l'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM (juin 2012).

Protocole de recherche

Chercheur(e) principal(e) : Sylvie Lévesque

Unité de rattachement : Département de sexologie

Équipe de recherche :

Co-chercheur(s) : Manon Bergeron (département de sexologie); **Collaboratrice** : Lorraine Fontaine (RNR-Regroupement Naissance-Renaissance); **Personnel de recherche** : Annie Jalbert et Sarah Beauchamp-Roy (UQAM)

Étudiant(s) réalisant leurs projets de mémoire ou de thèse (incluant les thèses de spécialisation) dans le cadre du présent protocole de recherche : s/o

Titre du protocole de recherche : *Détresse, souffrance et violence lors de l'accouchement : de la clarification conceptuelle à l'élaboration de stratégies de transfert de connaissances.*

Organisme de financement (le cas échéant): FSH-PAFARC (2014-2018)

Modalités d'application

Le présent certificat est valide pour le projet tel que soumis au CIEREH. Les modifications importantes pouvant être apportées au protocole de recherche en cours de réalisation doivent être communiquées au comité¹.

Tout évènement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité ou l'éthicité de la recherche doit être communiqué au comité.

Toute suspension ou cessation du protocole (temporaire ou définitive) doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat d'éthique est valide jusqu'au **5 mai 2016**. Selon les normes de l'Université en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique. Le rapport d'avancement de projet (renouvellement annuel ou fin de projet) est requis pour le **5 avril 2016** : <http://www.recherche.uqam.ca/ethique/humains/comites-reunions-formulaires-eth-humains/cier-comite-institutionnel-dethique-de-la-recherche-avec-des-etres-humains.html>

Maria Nengeh Mensah
Professeure
Présidente

5 mai 2015

Date d'émission initiale du certificat

¹ Modifications apportées aux objectifs du projet et à ses étapes de réalisation, au choix des groupes de participants et à la façon de les recruter et aux formulaires de consentement. Les modifications incluent les risques de préjudices non-prévus pour les participants, les précautions mises en place pour les minimiser, les changements au niveau de la protection accordée aux participants en termes d'anonymat et de confidentialité ainsi que les changements au niveau de l'équipe (ajout ou retrait de membres).

Annexe 4 – Grille de codification pour les groupes de discussion

Thèmes	Sous-thèmes	Codes
1. Représentations du phénomène de DSV lors de l'accouchement	<p>1.1 Absence de consentement libre et éclairé</p> <p>1.2 Manque de respect à l'égard des femmes</p> <p>1.3 Manque d'accès ou accès limité aux alternatives de l'accouchement médicalisé</p> <p>1.4 Prise de pouvoir des autorités soignantes sur les femmes</p> <p>1.5 Expérience ressentie ou perçue comme négative par les femmes</p> <p>1.6 Difficulté à reconnaître le phénomène de DSV</p>	<p>1.1.1 Gestes et interventions posés sans demander la permission ou sans explication suffisante</p> <p>1.1.2 Décisions influencées par les positions du personnel</p> <p>1.1.3 Indisponibilité ou vulnérabilité à consentir</p> <p>1.1.4 Omission ou contrôle de l'information</p> <p>1.3.1 Manque d'accès à d'autres types d'accouchement</p> <p>1.3.2 Manque d'accessibilité physique à des centres hospitaliers, de périnatalité ou maisons de naissance</p> <p>1.4.1 Attitudes les plaçant en autorité</p> <p>1.4.2 Prise en charge de l'accouchement par les autorités</p> <p>1.5.1 Sentiment de ne pas être écoutée, comprise ou accueillie</p>
2. Réactions des intervenantes face aux situations de DSV	<p>2.1 Impuissance à stopper la DSV</p> <p>2.2 Révolte, colère, frustration</p>	<p>2.1.1 Limitées dans leurs actions, se sentir les mains liées</p>
3. Stratégies des intervenantes pour prévenir les manifestations de la DSV et réduire les conséquences associées	<p>3.1 S'ancrer dans un processus d'empowerment</p> <p>3.2 Informer les femmes sur leur corps et leurs droits</p> <p>3.3. Créer des alliances pour la période de l'accouchement</p>	<p>3.1.1 En redonnant confiance aux femmes</p> <p>3.1.2 En étant accompagnée</p> <p>3.1.3 En revenant sur une situation de DSV</p> <p>3.1.4 Plaintes ou propositions</p> <p>3.2.1 Connaissances de leurs droits et des interventions possibles</p> <p>3.2.2 Droit de dire non, de s'affirmer</p> <p>3.2.3 Connaissances de leur corps et du processus de grossesse</p> <p>3.2.4 Sensibiliser tôt ou en période prénatale</p> <p>3.2.5 Outils didactiques</p> <p>3.2.6 Dépliant</p> <p>3.2.7 Carte postale</p> <p>3.3.1 Impliquer le conjoint</p> <p>3.3.2 Travailler en concertation avec le personnel médical</p> <p>3.3.3 Faire équipe avec la femme</p> <p>3.3.4 Conseiller la femme</p> <p>3.3.5 Poser des questions à la femme</p>
4. Causes et	4.1 Réflexions sur les causes	4.1.1 Interiorisation des procédures en lien avec

conséquences de la DSV	systémiques de la DSV	l'accouchement 4.1.2 Comparaison avec violence conjugale-patriarcat
5. Conséquences de la DSV	5.1 Répercussions chez la femme 5.2 Répercussions chez le conjoint	5.1.1 Douleurs physiques 5.1.2 Atteintes dignité et sentiment de compétence 5.1.3 Sentiment d'être dépossédée de son expérience 5.1.4 Répercussions sur vie sexuelle-sexualité 5.1.5 Difficulté à s'attacher à son enfant 5.1.6 Etat de stress post-traumatique 5.1.7 Dépression, anxiété 5.1.8 Veut un autre bébé pour réparer l'expérience de VO 5.1.9 Éviter d'autres grossesses pour ne pas revivre VO 5.1.10 Éviter le système de santé-perte de confiance envers professionnels 5.1.11 Colère contre conjoint - mésentente conjugale
6. Besoins	6.1 Soutien aux parents 6.2 Amélioration des pratiques et sensibilisation générale du personnel médical	6.1.1 Mieux comprendre ou faire confiance à l'accouchement physiologique, naturel (et même en observer) 6.2.1 Conscientisation générale sur VO 6.2.2 Améliorer les pratiques pour une approche plus humanisante (soins généraux en périnatalité) 6.2.3 Établir des liens de collaboration ou meilleur arrimage entre les services
7. Caractéristiques, formats et modalités des formations	7.1 Formation ciblée pour les intervenantes en périnatalité	7.1.1 Définition commune du phénomène de DSV pour mieux la reconnaître 7.1.2 Questionnements quant au retour postnatal sur les situations de DSV 7.1.3 Pratiques réflexives 7.1.4 Formations légales 7.1.5 Limites de leur champ de compétences

Annexe 5 – Illustration de cas

Cette annexe présente des extraits pour chacune des représentations des expériences de détresse, souffrance et violence vécues lors de l'accouchement qui ont émané des propos des participantes dans les groupes de discussion.

<p>4.1.1</p> <p>Absence de consentement libre et éclairé et d'information complète</p>	<p>Un autre exemple par rapport à l'épidurale... Je trouve que les femmes ne sont pas informées sur ce qui va se passer pour elles. Je sais que parfois, c'est une question d'approche. Moi, j'ai une approche de sage-femmes. C'est sûr que ça va influencer la vision même d'un accouchement. Parfois, le seul outil qu'on va leur offrir, c'est l'épidurale. Elles ne comprennent pas vraiment ce qui se passe. On va leur proposer soit l'épidurale ou soit c'est rien. Pourtant, il n'y a pas d'offres d'entre-deux. Parfois, on va leur parler... On ne les implique pas dans une discussion de prise de décisions, en fait. C'est tout ça, je trouve. (FG2)</p> <p>Quand il y a les touchers vaginaux, par respect et pour donner de la place, ils me demandent de sortir et c'est correct. Ma cliente me dit : « C'est correct, je vais t'appeler quand ça va être fini ». Alors je me mets juste à l'extérieur de la salle, je reviens et je vois le pic pour le perçage des membranes qui sort. Apparemment, ils lui ont juste dit : « Comme je suis ici, je vais briser les membranes parce que ça n'avance pas bien ». Elle qui pensait que tout avançait super bien! Elle était confortable avec tout ça, et là ils lui disent « Ça n'avance pas bien ». Alors elle dit : « Ok... on va percer les membranes ». Ensuite elle me dit : « Pourquoi ça n'avançait pas bien? » Je lui dis : « Je ne sais pas. Est-ce qu'ils te l'ont dit pourquoi ils pensent que ça n'avançait pas bien? ». Elle me dit : « Non, non, ils ont juste dit que ça n'avançait pas bien, alors il fallait percer les membranes ». On n'a jamais su pourquoi ils lui avaient dit que ça n'avançait pas bien. Elle ne le savait pas et je ne le savais pas. (FG4)</p> <p>La femme a déchiré à un troisième degré. C'est une déchirure de l'anus, donc quatre degrés de déchirure. Les sages-femmes ont droit de suturer les deux premiers. Pourtant, la sage-femme, quand même assez technicienne, elle adore ça. Elle a suturé le troisième degré, mais ce n'est pas dans leur cadre de pratique. Elle ne l'a pas dit à la femme. Elle a dit à la femme qu'elle avait un deuxième degré. Quand je suis retournée en postnatal chez elle, la femme avait des flatulences qu'elle n'était pas capable de contrôler. Elle avait un paquet de symptômes! [...] La sage-femme avait raconté avec un peu de fierté que c'était un gros deuxième degré, mais c'était un troisième. C'est comme si son égo avait prévalu sur la femme et sa condition. (FG5)</p> <p>Il y en a une, c'était une maman qui s'exprimait très bien. Elle était très claire dans ses demandes. C'est sûr qu'il n'y a pas eu de sous-entendus là-dedans. Elle était provoquée pour un bébé qui avait des problèmes médicaux. Le médecin l'examinait et elle lui a clairement dit au médecin : « Je ne veux pas... avant de rompre mes membranes, je veux que tu me le dises. Je veux clairement que tu me</p>
---	---

	<p>le dises. Je ne veux pas que tu le fasses sans me le dire. Je vais peut-être être d'accord qu'on le fasse, mais je veux que tu me le dises.» La médecin a sorti le crochet et elle l'a fait. (FG8)</p> <p>J'étais sous épidurale, couchée sur le dos, j'avais pas les chances de mon bord pour que ça aille vite. C'était plutôt comme « On va t'aider un peu. La tête est juste là, mais ça va être long encore, alors on va te donner un petit coup de main ». Ils te montrent ça comme ça, alors moi j'ai dit oui, mais en même temps est-ce que j'ai vraiment dit oui ? J'ai dit oui sur le moment parce que ça faisait deux heures que je poussais puis j'étais tannée. En même temps, si on m'avait dit : « Lâche pas ça s'en vient ! » j'aurais continué et elle serait sortie. Alors c'est juste de dire oui. Après, je ne peux pas dire qu'ils m'ont pas donné le choix. Dans le rapport, ils l'ont écrit : « La mère a donné son consentement » parce que c'est vrai que je l'ai donné, mais pour moi, ce n'est pas ça donner un consentement. C'est expliquer c'est quoi que tu vas faire, donner un coup de main, qu'est-ce que ça veut dire ? Moi après, j'essaie de me remettre dans l'état d'esprit où j'étais, puis je ne savais même pas ce que ça voulait dire. Est-ce que c'est une ventouse ? Qu'est-ce qu'ils allaient faire? Pourquoi ils l'ont fait? Jamais mon bébé... Après, j'ai eu le rapport, parce que je me suis dit peut-être que le bébé n'allait pas bien, mais il allait bien... Alors, est-ce que j'ai vraiment donné mon consentement? Moi j'ai l'impression que non. Alors ça aussi c'est... « On va juste t'aider, on va juste te donner un coup de main »... « Ok ok ». Alors que « ok », ce n'est pas un consentement parce que tu n'as pas expliqué ce que tu allais faire. Tu n'as pas expliqué pourquoi tu allais me le faire. Puis par après, c'est moi qui vit avec les conséquences pendant longtemps. (FG8)</p>
<p>4.1.2</p> <p>Expérience ressentie ou perçue comme négative par les femmes</p>	<p>Il faut que ce soit de la part de la femme. Pour plusieurs, j'en côtoie beaucoup de mamans qui vont à la maison de naissances. Je reçois beaucoup de formulaires. Par exemple, « les filles sont intervenues, les sages-femmes... » Et pourtant, pas du tout; elles ne l'ont pas perçues comme ça. Alors que pour d'autres, c'était un test sanguin proposé, et elles se sentent agressées dans la manière dont il a été proposé ou soumis. Tout part de la mère, de comment elle s'est sentie, de comment elle l'a ressentie. Ça a cogité et tout ça! Et en quoi ça a abouti? (FG1)</p> <p>Je pense que ça accentue la détresse, la souffrance, la violence qui peuvent se poser. Encore là, le non-accueil de la violence aussi. Une femme peut, par exemple, avoir une épisiotomie. Pour la personne qui fait le geste de l'épisiotomie, ça peut être quelque chose de complètement banal et qui va être banalisé en le faisant, alors que la personne qui va le recevoir, c'est quelque chose. Alors si on est incapables de dire, par exemple : « Je sais que c'est vraiment difficile ce que je suis en train de t'imposer, mais pour le moment, on n'a pas le choix de faire une épisiotomie ». Ça peut faire toute la différence entre la façon dont la femme va subir le geste ou va l'accepter. Si on reconnaît que ce qu'elle vit est source de détresse. Ça empêche la détresse parfois... (FG5)</p> <p>Une femme qui accouche, elle a besoin d'autres choses. Et c'est sûr que si on lui</p>

	<p>fait un toucher vaginal dans un moment où elle est en douleur, ou elle est mal installée, ça va devenir de la violence. Et il suffit d'un toucher qui est mal vécu pour qu'on ait un déboulement de situations difficiles par la suite, parce que ça été agressant pour elle. Et ça va devenir difficile pour elle après ça, de s'abandonner dans son accouchement. (FG7)</p>
<p>4.1.3 Manque de respect à l'égard des femmes</p>	<p>Dans un accouchement, pendant la poussée, il s'est mis à y avoir beaucoup de pression de la part de la sage-femme sur la femme pour pousser. Il n'y avait pas d'urgence, il n'y avait pas de coeur qui décélérât, il n'y avait rien. Par contre, ça faisait deux heures que la deuxième sage-femme était présente. Ça commençait à être gênant, peut-être qu'on avait appelé trop tôt. C'est ce que j'ai senti. Comme l'autre sage-femme était là, il fallait que la femme accouche dans un certain délai. Ça, c'est de la poussée dirigée. Tout ça sans qu'il y ait d'urgence, mais de vouloir répondre à un certain délai. Et il y a eu une déchirure de l'hymen. [...] Dans la journée qui a suivi, la deuxième sage-femme est allée voir cette femme là [et] a pris des photos avec son cellulaire du périnée. Elle a appelé en main-libre sur son cellulaire l'autre sage-femme. Pour moi, c'était vraiment de la violence obstétricale parce que c'était un cas clinique, pis non seulement le coup de téléphone, mais d'être sur le main-libre pour commenter! (FG5)</p> <p>Les commentaires qui, d'apparence, ont l'air... ce sont des <i>jokes</i> ou des commentaires un petit peu innocents, mais qui teintent tout un accouchement. Je pense à un accouchement où le médecin s'installe, veut plaire à la mère et va lui faire un toucher vaginal sur le côté. Il finit par lui dire : « Coudonc, est-ce que je suis dans le bon trou, moi là? Ça ne marche pas ». Ouin, c'est extrêmement violent, très non-respectueux. (FG6)</p> <p>Une anecdote d'une amie qui est accompagnante aussi. Elle poussait un gros bébé et le médecin lui a dit : « Là, ma belle, on va couper ». Elle a répondu : « Non, non, tu ne me touches pas. Tu ne me coupes pas, ça progresse! » Et là le commentaire, le médecin dit : « C'est pas toi qui va être pogné pour recoudre après ». Alors...! « Si je coupe, ça va être plus facile après. » Écoute... elle l'a fait son épisio. Alors ça, c'était le genre de commentaire que clairement... je le vois comme de la violence. (FG8)</p>

<p>4.1.4</p> <p>Prise de pouvoir des professionnel.les de la santé sur les femmes</p>	<p>Elle a demandé l'épidurale à 5 cm. L'anesthésiste est arrivée dans sa chambre. Elle avait pris la contraction couchée sur le côté. Elle s'est couchée pour l'avoir. L'anesthésiste a dit : « Elle n'est pas prête, je vais aller en faire une autre. » Elle s'est assise et je me suis dit qu'on va la préparer. [...] Ce qu'elle a trouvé choquant, ce n'est pas l'histoire du bébé qui se tourne ou qui ne se tourne pas. C'était plutôt « Voyons, parce que je ne suis pas assise comme elle veut, elle s'en retourne! » (FG2)</p> <p>Elle me disait : « [...] Je n'ai plus confiance en l'hôpital. Comment je vais faire pour envoyer mon enfant là et le faire soigner? Quand je rentre ici, on ne sait pas ce qui va se passer. On cherche l'infirmière. Ils n'ont pas mon dossier et ils n'ont pas lu mon dossier. Ils ne le savent pas, ils ne prennent pas en considération ce que je leur dis. J'ai l'impression que je suis responsable de ma propre santé. J'ai l'impression que c'est moi qui devrait leur dire comment baisser ma tension parce que les choses de base, ils n'en tiennent pas compte. Quand je le dis, ils disent que je suis résistante, que je ne veux pas les traitements, que je suis en opposition. J'ai de la misère à me faire entendre ». (FG2)</p> <p>Je dirais aussi qu'on ne croit pas au pouvoir, en la physiologie du processus normal de l'accouchement. On prend en charge, on infantilise vraiment, en plus de ne pas respecter et on traite de « ma petite madame, je sais ce qui est bon pour toi ». Ça se décline de toute sorte de manière, toute sorte de phrases. En dépossédant les femmes de ce pouvoir-là, de ce sentiment de pouvoir, c'est là que tu n'accomplis pas ton accouchement, comprends-tu? (FG4)</p> <p>Elle accouche à l'hôpital avec une sage-femme. C'est son deuxième enfant et elle a accouché la première fois aussi à l'hôpital avec une sage-femme. Pour elle, c'est important. Elle se dit être une femme qui peut facilement faire de l'anxiété et est un peu moumoune sur la douleur. Elle a besoin de se gâter, en tout cas. Alors, quand c'est rendu le temps de pousser, elle est là et sa sage-femme lui dit : « Ben pousse, pousse ! ». Puis elle dit : « Je ne sais plus comment! Je ne sais plus! » Et la sage-femme lui dit: « Ben là, pousse, pousse! Tu le sais comment pousser ». Elle dit : « Non, je ne le sais pas! Non je ne le sais pas! Dis-le-moi! Dis-le-moi comment! » et elle insiste. La sage-femme revient toujours en disant « Tu le sais ! Tu as déjà accouché d'un enfant, tu le sais comment pousser ». Éventuellement, elle a mis le bébé au monde, mais elle ne s'est vraiment pas sentie respectée là-dedans. Elle dit : « Je me suis sentie complètement démunie ». (FG5)</p>
<p>4.1.5</p> <p>Manque d'accès ou accès limité aux alternatives de</p>	<p>De se faire mettre une date. Tu ne dépasses pas tant ton terme, mais on te met une date pour te provoquer parce que le médecin est là cette fin de semaine-là. Avant telle heure, il faut que tu aies accouché, alors <i>let's go</i>, à telle heure, on y va en césarienne. (FG2)</p> <p>On avait eu une femme, elle voulait accoucher chez elle à la maison. Elle savait</p>

<p>l'accouchement médicalisé et peur de représailles</p>	<p>très bien qu'elle avait besoin du vaccin quand tu as le sang rhésus. Elle était comme : « Moi je suis dans telle région, je sais que je vais avoir besoin de ce vaccin-là. Dans ma région, les médecins sont très défavorables à l'accouchement à domicile et avec des sages-femmes. Si je fais un ANA (accouchement non-assisté) toute seule chez moi, il y a clairement un gros jugement sur ce que je suis en train de vivre. » Elle nous a écrit et nous a demandé où elle pourrait aller pour demander ce vaccin-là. Il n'y a personne. Elle se retrouvait à dire qu'après, si elle accouche chez elle, il va falloir qu'elle aille au CLSC ou voir un médecin. Elle ne sait pas c'est quoi le jugement sur ce qu'elle va avoir vécu. Elle a peur d'avoir un signalement à la DPJ. Sa réflexion, son cheminement était raisonné. Elle prend les moyens pour que son accouchement se passe de manière sécuritaire. Elle sait qu'il y a un risque, elle veut pouvoir se le procurer. Elle vivait dans la peur de se dire qu'elle va peut-être vivre un signalement à la DPJ parce qu'[elle fait] un accouchement non-assisté. (FG2)</p> <p>Puis quand vient le moment de pousser, elle dit « moi je pousse ici, debout, comme ça ». Puis le médecin dit : « On ne fait pas ça, pousser debout, madame ». Elle dit : « Je suis confortable comme ça. Je le sens, ça va bien. Je veux rester comme ça ». Puis le médecin a regardé l'infirmière, l'infirmière est sortie et ils sont revenus à quatre puis ils ont pris chacun un bras et une jambe et ils l'ont couchés. (FG4)</p> <p>Une infirmière qui a demandé à une infirmière s'il y avait des moniteurs sans fil, puis elle a dit : « Oui on en a, mais ils ne fonctionnent pas très bien, mais de toute façon, ils ne sont pas réparés. On ne veut pas qu'ils soient réparés parce que nous, on aime ça avoir les mamans à moins de 6 pieds du lit ». Ok... la soirée va être longue! (FG8)</p>
<p>4.1.6</p> <p>Difficulté à reconnaître une expérience de détresse, souffrance et violence</p>	<p>#3 : C'est très subtil et très difficile, même pour la femme, à identifier seule. #2 : Et qui n'est pas gravement identifiable mais qui est quand même là. (FG1)</p> <p>On lui a ouvert la vessie en deux. Fallait pas qu'elle se plaigne, parce qu'il est vivant. Une vessie, c'est quand même utile plusieurs fois par jour! Ça, c'est de la violence, parce que c'était comme un déni! « Ben voyons, n'exagère-pas! Ce n'est pas si grave! » Peut-être que c'est vrai, peut-être que médicalement, ce n'est pas si grave parce qu'ils peuvent le réparer. Mais tu ne peux pas dire que ce n'est pas négatif ce que tu vis comme émotions parce que tu viens de te faire couper la vessie en deux. Pour moi, ça fait ça! (FG1)</p> <p>Chaque fois qu'elles disent ben non, regarde mes glycémies sont bien contrôlées. Mon bébé, on l'a vérifié, il est de taille normale. Il y a rien qui justifie... « En tout cas, fais ce que tu veux » Toujours avec un petit un air dédaigneux. On le sait que ça augmente la mortalité de bébé... Quelle est la mère qui va mettre 1 ou 2 bébés au monde qui arrive à 36-37-38 semaines qui va décider de faire mourir son bébé? Aucune, alors elle va accepter. On le sait, une intervention entraîne ou suit</p>

une intervention subséquente. (FG1)

J'irais aussi avec les termes associés à la non-reconnaissance de cet événement-là, de l'accouchement. De considérer ça comme un événement important ou pas, les femmes vivent plein... Parfois, c'est super joyeux, mais elles vivent aussi de la détresse, souffrance ou violence. Parfois, c'est amplifié ou maintenu parce qu'on ne reconnaît pas que ça peut être souffrant et nous amener dans une situation de détresse parce que ça devrait être un événement heureux. (FG2)