

Collectif « Les Accompagnantes »

**« Mettre un enfant au monde :  
des femmes se racontent et  
souhaitent être entendues. »**

Cahier 91  
(2<sup>e</sup> impression)

Présentation de revendications émises par des femmes de la région 03  
[\(Québec, Portneuf, Charlevoix\) en matière de soins périnataux](#)

Projet subventionné par le Programme de promotion de la Femme  
de Condition féminine Canada

Mai 2005

Les opinions exprimées dans ce document ne correspondent pas nécessairement à  
la politique de Condition féminine Canada.

Les Cahiers de recherche du GREMF  
Groupe de recherche multidisciplinaire féministe  
Université Laval  
Québec

Comité d'édition :

Claire Lapointe, responsable  
Claudine Baudoux  
Micheline Beauregard  
Fanny Bourgeois, assistante  
Hélène Dumais  
Lucie Gélinau  
Claude Gendron  
Marie-Denise LeBlanc

Mise en page :

France Bolduc

Les textes publiés par les Cahiers du GREMF ont fait l'objet  
d'une évaluation par un comité de lecture.

Les opinions exprimées dans les Cahiers du GREMF  
n'engagent que leurs signataires.

2<sup>e</sup> impression

©GREMF - Tous droits réservés  
Dépôt légal 3<sup>e</sup> trimestre 2005  
Bibliothèque nationale du Québec  
Bibliothèque nationale du Canada  
ISBN 2-89364-113-X

## Composition du groupe de travail

Sylvie Saunier, Bacc. ed

Coordonnatrice du projet pour le Collectif « Les Accompagnantes » de Québec  
Travail d'enquête, d'analyse et responsabilité de la rédaction du rapport

Magali Béchard, MSc

Animatrice des groupes de réflexion et des entrevues individuelles pour le Collectif « Les Accompagnantes » de Québec  
Soutien à l'analyse, travail sur la revue de littérature et participation à la rédaction du rapport

Lucie Gélinau, Ph.D

Chercheure associée à la Chaire d'étude Claire-Bonenfant sur la condition des femmes, de l'Université Laval  
Travail d'analyse, de soutien méthodologique et participation à la rédaction du rapport

Joanne Tessier

Chargée de projet et coordonnatrice du Collectif « Les Accompagnantes » de Québec  
Responsabilités financière et publicitaire

Mélanie Michaud, Msc

Revue de littérature et de presse

Soutien technique

Gabrielle Dumont, artiste-peintre (graphisme)

## **Remerciements**

Nous tenons tout d'abord à remercier Lucie Gélinau, chercheure postdoctorale FQRSC et associée à la Chaire d'étude Claire-Bonenfant sur la condition des femmes, de l'Université Laval, pour sa disponibilité, sa patience et son appui professionnel. Nous remercions également la Chaire d'étude pour son soutien.

Nous tenons également à exprimer notre gratitude à toutes les participantes pour leur précieuse collaboration. Nous leur sommes très reconnaissantes de la confiance qu'elles nous ont témoignée en acceptant de partager avec nous une expérience de vie aussi intime que peut l'être celle de l'accouchement. Sans la participation de chacune d'entre elles, ce projet n'aurait pu être réalisé.

Finalement, il importe de souligner que ce projet n'aurait pu voir le jour sans l'aide financière accordée par le Programme de promotion de la Femme de Condition féminine Canada.

Cette recherche est une initiative du Collectif « Les Accompagnantes », de Québec, représenté par Sylvie Saunier, Bacc. ed., Magali Béchar, MSc et Joanne Tessier, Coordinatrice du collectif.

## Résumé

La présente recherche-action participative de nature qualitative a permis d'explorer auprès de 36 femmes de la région 03 (Grande région de Québec, Portneuf et Charlevoix) leur expérience de la grossesse et de l'accouchement. Les objectifs visés étaient :

1. d'explorer comment ces femmes percevaient leur accès à une information et à des ressources périnatales diversifiées, et ce, malgré la diminution des lieux d'accouchement dans la région 03;
2. d'identifier leurs besoins et leurs revendications en matière de soins périnataux à partir de leurs témoignages;
3. de voir comment elles concevaient et manifestaient leur pouvoir;
4. et, finalement, d'identifier avec elles des moyens d'actions et d'interventions dans le but de sensibiliser et de mobiliser les acteurs du milieu, ainsi que les décideurs politiques, en vue d'une amélioration de l'accessibilité à des soins diversifiés en matière de périnatalité.

Les participantes interrogées provenaient de différents milieux socioéconomiques et culturels. Sept groupes homogènes ont été constitués autour d'expériences communes dans le but de favoriser l'échange et le partage, soit autour de leur situation économique (favorisées ayant accouché en milieu hospitalier; économiquement défavorisées), de leur lieu de résidence et d'origine (Charlevoix, Portneuf, immigrantes européennes); du choix de ressources alternatives (femmes ayant accouché avec une accompagnante, femmes ayant été suivies en maison des naissances par une sage-femme). À l'intérieur de ces groupes, des femmes ont pu nous faire part de leur expérience comme mères adolescentes. À la demande de certaines femmes, cinq entrevues individuelles ont également eu lieu, notamment auprès de femmes autochtones, d'une immigrante hispanophone et d'une femme ayant un handicap visuel. Toutes les femmes rencontrées ont accouché entre janvier 2002 et janvier 2004. Trente-deux d'entre elles ont accouché en milieu hospitalier, et quatre ont été suivies par une sage-femme et ont accouché en maison des naissances. Les données recueillies ont été analysées selon les principes d'une approche inductive modérée, inspirée de la théorisation ancrée, et ce, à l'aide du logiciel N'Vivo. Les résultats de l'analyse ont été validés auprès de femmes provenant de l'ensemble des groupes.

Trois revendications ont émergé de l'ensemble des 36 témoignages : le désir d'avoir accès à une information et à des ressources diversifiées dans le but de faire des choix éclairés; le souhait que leurs besoins, choix et droits soient respectés, y compris en milieu hospitalier; et l'importance d'avoir auprès d'elles, pour toute la durée du travail, une même personne d'expérience.

En regard de la première revendication, on remarquera que les femmes relèvent la grande dispersion de l'information, les difficultés d'accès à cette information et à des ressources diversifiées, notamment aux ressources alternatives, aux programmes et aux services spécialisés. Leurs connaissances préalables, particulièrement en matière de droits, leurs habiletés de communications, le degré de leur précarité et leur insertion ou non-insertion dans des réseaux sont aussi des facteurs qui semblent jouer un rôle dans l'accès à ces informations et ressources. Les jeunes mères et les femmes immigrantes, par exemple, ont exprimé plus de difficultés à cet égard. La présence d'un handicap ou l'existence d'une précarité économique sont évidemment des facteurs aggravants.

Nous avons observé que l'information joue un rôle central dans la capacité qu'on les femmes de faire des choix. Bien informées, elles sont mieux à même de planifier, de demander, de questionner, de se positionner, d'exiger des changements si le besoin s'en fait sentir. Toutefois, malgré la présence d'information, les ressources ne sont pas toujours disponibles (éloignement : temps et transport requis), absence d'horaire atypique, coût trop élevé de certaines ressources alternatives, ou à toute fin non-existence dans Charlevoix de ces mêmes ressources, voire même, de ressources médicales (peu d'accès à l'épidurale, peu de chambres des naissances). Quand elles sont moins bien informées, les femmes se retrouvent plus liées aux choix et aux propositions des intervenant(e)s.

Les résultats ont également révélé que l'ensemble des participantes souhaitent être respectées dans leurs besoins, leurs droits et leurs choix, et ce, **quels qu'ils soient**. Chacune à sa façon, toutes souhaitent compréhension et considération de leurs besoins physiologiques de base, de leur vécu émotif, de leur intégrité physique, de leur savoir informel, intuitif ainsi que pratique, pour celles qui ont déjà accouché. Certaines femmes participant à la recherche ont même fait référence à une dimension spirituelle de l'accouchement. Or, le respect de leurs

besoins, de leurs choix et de leurs droits ne semble pas toujours aller de soi, particulièrement en milieu hospitalier. Plusieurs ont mentionné divers facteurs susceptibles de favoriser ce respect. Ainsi, la capacité qu'a une femme d'énoncer ses besoins et la connaissance qu'elle a de ses droits, sa conviction personnelle quant à sa compétence pour enfanter, le fait qu'elle puisse choisir son intervenant(e) en fonction de ses besoins et de sa propre vision de l'accouchement; la possibilité qui lui est offerte d'instaurer une relation de confiance avec son médecin accoucheur ou sa sage-femme vont dans ce sens. Au contraire, certaines attitudes des intervenant(e)s lors de l'accouchement ou la rigidité du protocole médical peuvent s'avérer des obstacles à surmonter. Toutes les jeunes mères, entre autres, ont mentionné avoir été victimes d'infantilisation de la part des intervenant(e)s en milieu hospitalier.

Finalement, les femmes rencontrées pour le besoin de la recherche ont souligné l'importance de s'assurer de la présence continue d'une seule et même personne d'expérience, disponible et à l'écoute pendant tout le travail et l'accouchement. C'est cette présence continue qui permet de se sentir en sécurité et qui favorise compréhension et soutien. Cette personne peut être une infirmière, une accompagnante, une sage-femme, un médecin, mais jamais uniquement leur compagnon.

Au cœur du discours concernant la satisfaction ressentie lors de l'accouchement se trouve, et ce, pour l'ensemble des femmes interrogées, l'accompagnement. Leur vision de l'accouchement semble également influencer fondamentalement le contentement éprouvé. Or, pour bien comprendre ce discours, il faut considérer les objectifs visés par chacune des femmes : d'une part, s'assurer que son besoin de sécurité soit respecté de façon à ce que l'enfant et la mère sortent en bonne santé de cette expérience (voire reposée) et, d'autre part, combler le besoin de la mère d'être la maîtresse d'œuvre de son accouchement, qu'elle puisse en quelque sorte le vivre comme une expérience « initiatique », avec le sentiment d'accueillir « humainement » son enfant. Ces deux objectifs ne sont pas mutuellement exclusifs, mais il semble que pour chaque femme l'un des deux prime sur l'autre, et que l'atteinte de son principal objectif suscite chez la mère une grande satisfaction.

L'expression de son propre pouvoir est aussi un enjeu important. Il est manifeste que les femmes ont plus de pouvoir en période prénatale. Elles peuvent en effet se permettre

de choisir et de « magasiner » leurs intervenant(e)s; elles peuvent aussi préparer leur plan de naissance (selon leurs conditions et leurs connaissances). Leur pouvoir est toutefois plus limité lors du travail et de l'accouchement, et il est alors intimement lié à la relation développée avec leur intervenant(e). Si le rapport au pouvoir a été négocié pour les femmes de cette recherche ayant accouché en maison des naissances, il a été vécu principalement (mais non exclusivement) sous un mode autoritaire par celles ayant choisi d'accoucher en milieu hospitalier. Dans ce dernier contexte, l'accompagnatrice semble jouer un rôle particulièrement important, soit celui de « négociatrice » et de « protectrice » des volontés de la femme en travail.

Les participantes à cette recherche ont proposé différentes pistes d'action pour répondre à leurs revendications.

Revendication 1 : l'accès à une diversité d'information et de ressources afin de permettre des choix éclairés

- la rédaction d'un guide gouvernemental « Mode d'emploi 101 pour mieux vivre sa grossesse », à l'image du classique « Mieux vivre avec son enfant de 0 à 3 ans », comportant notamment des informations concises, détaillées et critiques sur les ressources, les intervenant(e)s et les interventions en matière de soins périnataux, à la fois d'affiliation médicale et alternative;
- la diffusion de ces informations sur le réseau de francisation du Ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration;
- la mise en place d'une campagne de sensibilisation, au moyen d'une vidéo, qui présenterait les différents services et ressources alternatifs auprès des intervenant(e)s et des femmes enceintes dans les cours prénataux;
- le développement, en collaboration avec des mères ayant un handicap, d'une campagne de sensibilisation sur les besoins de ces dernières, et la création de ressources adéquates et gratuites pour leur venir en aide;
- l'actualisation de l'information transmise dans les cours prénataux des différents CLSC de la région 03;



- la mise en place de cafés-rencontres prénataux, en parallèle aux services offerts par le CLSC. Ces cafés auraient pour but de répondre aux besoins de socialisation, d'entraide, de partage et d'information sur les ressources existantes dans la région 03;
- l'ouverture de nouvelles maisons des naissances (hors des centres hospitaliers) dans différents secteurs de la Rive-Nord de Québec et en région;
- une plus grande présence des sages-femmes en milieu hospitalier;
- l'accessibilité aux services d'une accompagnante à toutes les femmes qui le souhaitent, y compris dans Portneuf et Charlevoix.

Revendications 2 et 3 : le respect des besoins, des choix et des droits des femmes en milieu hospitalier; présence continue d'une personne d'expérience pendant le travail et l'accouchement

- l'augmentation du temps de visite en prénatal;
- la création d'une charte des droits des femmes enceintes et du couple, laquelle serait affichée dans tous les centres hospitaliers accoucheurs;
- l'instauration d'une formation continue pour les intervenant(e)s, de manière à favoriser le développement d'habiletés et l'acquisition de connaissances propices à une plus grande humanisation de la naissance;
- la recherche d'une meilleure articulation entre l'alternatif et le médical;
- à la lumière des résultats de l'analyse, le Collectif « Les Accompagnantes » recommande en outre que des mesures financières récurrentes soient prises à l'égard des services d'accompagnement déjà existants.

Ces résultats de recherche présentent un point de vue exprimé par des femmes, à la suite de leurs propres expériences. Différents services existent actuellement et des actions en vue d'« humaniser » la naissance ont déjà été entreprises par le passé. Nous rappelons que cette recherche ne visait pas à établir un relevé des services effectivement disponibles, du point

de vue des dispensateurs de services, mais qu'elle voulait d'abord permettre de mieux saisir et de mieux comprendre l'expérience vécue par ces femmes à l'égard de services qui, s'ils existent déjà, ne leur ont pas semblé accessibles. Demeure donc entier tout le délicat travail d'arrimage entre le vécu des femmes et l'accès véritable aux services.

## Table des matières

|  |    |
|--|----|
| Introduction .....   | 1  |
| 1 Contexte .....   | 3  |
| 1.1 Enjeu : réorganisation des soins périnataux dans la région 03.....   | 3  |
| 1.2 Précisions terminologiques .....   | 6  |
| 1.3 Bref survol historique de la périnatalité et des revendications des Québécoises en la matière, des années 50 à aujourd’hui.....      | 6  |
| 1.3.1 Les années 1970 : la médicalisation de la naissance interpellée .....  | 7  |
| 1.3.2 Les années 1980 : accoucher ou se faire accoucher? Mise en forme du discours des femmes.....                                       | 8  |
| 1.3.3 Les années 1990 : les tensions politiques entre l’humanisation et la restructuration des soins .....                               | 9  |
| 1.3.4 Les années 2000 : la nécessité de demeurer vigilantes .....  | 11 |
| 1.4 Un enjeu dans les revendications des femmes québécoises en matière de périnatalité : l’humanisation de la naissance .....            | 13 |
| 2 Méthodologie de recherche .....  | 17 |
| 2.1 Questions et objectifs de la recherche.....  | 17 |
| 2.2 Stratégie de recherche et outils de collecte .....   | 17 |
| 2.3 Mode de recrutement et critères de sélection .....   | 18 |
| 2.4 Portrait des groupes pour les entretiens collectifs.....   | 19 |
| 2.5 Collecte des données .....   | 20 |
| 2.6 Traitement des données.....  | 21 |
| 2.7 Traitement de l’analyse .....  | 21 |
| 2.8 Confirmation des résultats de l’analyse .....  | 22 |
| 2.9 Exigences éthiques .....   | 22 |
| 2.10 Limites de l’étude.....   | 23 |
| 3 Résultats .....  | 25 |
| 3.1 La nécessité de tenir compte de facteurs influant sur le vécu de la femme enceinte pour comprendre ses revendications .....          | 25 |
| 3.2 Au cœur des revendications des femmes de la présente recherche : l’humanisation de la naissance .....                                | 26 |
| 3.2.1 1 <sup>ère</sup> revendication : avoir accès à une diversité d’information et de ressources afin de faire des choix éclairés ..... | 28 |
| 3.2.1.1 Avoir accès à de l’information diversifiée et pertinente .....   | 29 |
| 1 <sup>er</sup> constat : la dispersion de l’information .....   | 29 |

|         |   |    |
|---------|---|----|
|         | 2 <sup>e</sup> constat : la satisfaction mitigée quant à la qualité de l'information reçue auprès de certains CLSC et médecins dans la période prénatale .....      | 30 |
|         | 3 <sup>e</sup> constat : la difficulté d'accès à de l'information diversifiée, notamment sur les ressources et les pratiques alternatives .....                     | 31 |
|         | 4 <sup>e</sup> constat : l'accès difficile à l'information sur les programmes et les services répondant à leurs besoins .....                                       | 33 |
|         | 5 <sup>e</sup> constat : l'absence de modèles .....   | 34 |
| 3.2.1.2 | Connaître ses droits .....  | 35 |
| 3.2.1.3 | La nécessité d'avoir accès à des ressources pour exercer ses choix et ses droits .....  | 36 |
|         | 1 <sup>er</sup> constat : les choix d'interventions variables en milieu hospitalier .....   | 36 |
|         | 2 <sup>e</sup> constat : le peu de choix des lieux d'accouchement .....   | 37 |
|         | 3 <sup>e</sup> constat : l'accès variable aux services dits alternatifs .....   | 38 |
|         | 4 <sup>e</sup> constat : les lacunes dans l'offre de services spécialisés.....  | 38 |
| 3.2.1.4 | Les causes de l'inaccessibilité telles que présentées dans le témoignage des femmes .....   | 39 |
| 3.2.2   | 2 <sup>e</sup> revendication : qu'il y ait un plus grand respect des besoins, des choix et des droits des femmes lors de l'accouchement en milieu hospitalier ..... | 40 |
| 3.2.2.1 | Les besoins et les choix autour desquels il semble y avoir un consensus.....  | 42 |
|         | Des besoins physiologiques de base.....   | 42 |
|         | L'intégrité physique .....  | 43 |
|         | Le désir d'être entendues.....  | 44 |
|         | Le désir que l'on respecte la façon choisie pour soulager ou vivre la douleur.....  | 44 |
|         | Être respectées dans leurs choix face à une intervention médicale ou aux approches alternatives .....   | 45 |
|         | Être prise en charge ou se prendre en charge : même besoin de respect.....  | 45 |
|         | Le désir d'être reconnue dans leur savoir informel, intuitif ainsi que pratique, pour celles qui ont déjà accouché.....   | 46 |
|         | Le désir, pour certaines, que soit tenue en compte la dimension spirituelle de l'accouchement.....  | 47 |
|         | Porter une attention particulière au vécu émotif entourant la césarienne .....  | 47 |
| 3.2.2.2 | Les facteurs qui favorisent ou font obstacle au respect des besoins, des choix et des droits .....  | 49 |
|         | 1 <sup>er</sup> facteur : l'existence de capacités individuelles pour exprimer ses besoins, ses choix et faire respecter ses droits.....                            | 49 |

|         |  |    |
|---------|--|----|
|         | 2 <sup>e</sup> facteur : des besoins essentiels insatisfaits.....  | 51 |
|         | 3 <sup>e</sup> facteur : la conviction d'être capable d'enfanter.....  | 51 |
|         | 4 <sup>e</sup> facteur : le pouvoir de choisir son intervenant ou intervenante<br>en fonction de ses besoins et de sa vision de l'accouchement .....                                       | 52 |
|         | 5 <sup>e</sup> facteur : la création d'une relation de confiance avec son<br>médecin accoucheur ou sa sage-femme .....   | 54 |
|         | 6 <sup>e</sup> facteur : l'attitude des intervenants et intervenantes lors de<br>l'accouchement.....   | 56 |
|         | 7 <sup>e</sup> facteur : la rigidité du protocole médical .....  | 57 |
| 3.2.2.3 | Pour conclure la 2 <sup>e</sup> revendication.....   | 57 |
| 3.2.3   | 3 <sup>e</sup> revendication : que soit présente, de façon continue, une personne<br>d'expérience, à l'écoute et disponible pendant le travail et ce, dans un<br>contexte sécurisant ..... | 58 |
| 3.2.3.1 | Caractéristiques de cet accompagnement.....  | 59 |
|         | Un accompagnement réalisé par une personne d'expérience.....   | 59 |
|         | Un accompagnement réalisé par une personne disponible et à<br>l'écoute .....   | 59 |
|         | Un accompagnement où on retrouve la présence continue d'une<br>même personne.....  | 60 |
| 3.2.3.2 | Rôle de l'accompagnatrice .....  | 61 |
| 3.2.3.3 | Cadre de l'accompagnement : un environnement sécuritaire .....   | 62 |
| 3.3     | L'expression de la satisfaction des femmes : brefs portraits selon les groupes .....   | 64 |
| 3.3.1   | Les femmes suivies par une sage-femme et accompagnées.....   | 65 |
| 3.3.2   | Les femmes favorisées économiquement ayant accouché en milieu<br>hospitalier .....   | 65 |
| 3.3.3   | Les femmes des régions .....   | 66 |
| 3.3.4   | Les femmes économiquement défavorisées.....  | 66 |
| 3.3.5   | Les femmes immigrantes .....   | 67 |
| 3.3.6   | Une femme avec un handicap .....   | 68 |
| 3.3.7   | Retour sur les critères de satisfaction .....  | 68 |
| 3.4     | Le pouvoir .....   | 69 |
| 3.4.1   | La nature du pouvoir .....   | 69 |
| 3.4.2   | Les formes de pouvoir.....   | 70 |
| 3.4.3   | Les temps du pouvoir .....   | 72 |
| 3.4.4   | Empowerment ou desempowerment? .....   | 73 |
| 3.5     | Les pistes d'action proposées .....  | 74 |
| 3.5.1   | 1 <sup>ère</sup> revendication : avoir accès à une diversité d'information et à des<br>ressources diversifiées afin de faire des choix éclairés .....                                      | 74 |

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 3.5.2 | 2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> revendications : le respect des besoins, des choix et des droits des femmes en milieu hospitalier; la présence continue d'une personne d'expérience pendant le travail et l'accouchement ..... | 76 |
| 4     | En guise de conclusion .....  | 79 |
|       | Bibliographie .....   | 83 |

### Liste des figures

|            |   |    |
|------------|---|----|
| Figure 1 : | sommaire des principales revendications des femmes de 1970 à 2004 ..... | 15 |
| Figure 2 : | revendications communes .....   | 27 |
| Figure 3 : | les revendications des femmes et des participantes .....                | 81 |

### Liste des annexes

|             |  |     |
|-------------|--|-----|
| Annexe 1 :  | formulaire de consentement .....   | 91  |
| Annexe 2 :  | questionnaire sociodémographique .....   | 93  |
| Annexe 3 :  | avis de recherche .....  | 94  |
| Annexe 4 :  | entrevue radiophonique - exemple .....   | 95  |
| Annexe 5 :  | démarches de recrutement effectuées – avis de recherche .....  | 97  |
| Annexe 6 :  | démarches de recrutement effectuées – présentation .....   | 98  |
| Annexe 7 :  | schéma d'entretien.....  | 99  |
| Annexe 8 :  | questionnaire d'évaluation .....   | 100 |
| Annexe 9 :  | composition des entretiens collectifs.....   | 101 |
| Annexe 10 : | le mandala du Pouvoir.....   | 102 |
| Annexe 11 : | détails – raisons évoquées pour la réponse ou non aux besoins communs à l'ensemble des participantes ..... | 103 |
| Annexe 12 : | l'ensemble des pistes d'action proposées par les femmes.....   | 106 |
| Annexe 13 : | tableau sur les causes de l'accessibilité ou non des ressources.....                                       | 108 |
| Annexe 14 : | idées-forces auprès de chaque groupe .....   | 110 |
| Annexe 15 : | les grands thèmes des revendications depuis les 30 dernières années .....                                  | 111 |
| Annexe 16 : | les pistes d'action proposées .....  | 112 |

## Introduction

L'accouchement « c'est la plus belle expérience de la vie qu'on peut vivre. C'est le commencement d'une nouvelle vie. Faites donc en sorte que ça commence bien. » (Annick<sup>1</sup>)

La naissance d'un enfant est un moment significatif dans la vie d'une femme. La grossesse et l'accouchement sont au cœur de cet événement et prennent une importance capitale pour les futures mères, qui doivent traverser ce processus pour mettre au monde leur bébé. Durant leur grossesse et leur accouchement, les femmes devront faire des choix en matière de ressources et de soins périnataux en fonction de leurs besoins et des possibilités qui s'offrent à elles.

Interpellé dans un contexte de restructuration des services des centres accoucheurs en tant qu'organisme communautaire oeuvrant dans le milieu de la périnatalité, le Collectif « Les Accompagnantes » a voulu mieux comprendre ces choix des femmes liés à la grossesse et à l'accouchement dans la région de Québec, Portneuf et Charlevoix (région 03) : Que vivent ces femmes? Que veulent-elles? Quels sont leurs choix et en fonction de qui et de quoi sont-ils faits?

Ces questions ont été posées, dans le cadre d'une recherche-action participative de nature qualitative, à des femmes intéressées à partager leur expérience de grossesse et d'accouchement. À l'aide de leurs témoignages, certains thèmes ont été particulièrement explorés et approfondis soit : les besoins exprimés, les perceptions sur l'accès à l'information et à des ressources diversifiées, le pouvoir dans le choix des pratiques périnatales ainsi que les revendications en vue de possibles changements. Ce sont les résultats de cette recherche qui vous sont ici exposés.

Pour mieux situer la pertinence d'une telle recherche, ce rapport propose tout d'abord un portrait contextuel de la périnatalité dans la région 03 (Québec, Portneuf, Charlevoix) accompagné d'un bref historique des revendications des femmes et des politiques

---

1 Les noms donnés ici sont fictifs pour respecter la confidentialité des propos.

de périnatalité au Québec, des années 1970 à nos jours. Vous sont ensuite présentés, les objectifs de la recherche, la méthodologie utilisée ainsi que les résultats d'analyse. Les résultats sont articulés autour de quelques grands axes : les facteurs influençant les choix et revendications des femmes interrogées, leur perception de l'humanisation de la naissance, leurs trois principales revendications, de courts portraits reliés à la satisfaction des femmes selon les groupes, les enjeux liés au pouvoir et, enfin, leurs propositions d'action.



## **1 Contexte**

### **1.1 Enjeu : réorganisation des soins périnataux dans la région 03**

La réduction importante des lieux, la réorganisation et la centralisation des services d'obstétrique dans la région 03 (Québec, Portneuf, Charlevoix) suscitent beaucoup d'interrogations concernant le rapport des femmes à leur accouchement et leur accessibilité à des soins diversifiés pendant la période périnatale, et ce, indépendamment de leur statut socioéconomique et culturel. Les derniers événements en date ont trait à la réorientation de nombreux accouchements vers le nouveau Centre Mère-enfant (CME) du Centre hospitalier de l'Université Laval - CHUL. Pour ce faire, la maternité de l'hôpital Saint-Sacrement fut fermée en mars 2004. Il en fut de même de la clinique externe de périnatalité et ainsi des activités liées aux échographies obstétricales. Les grossesses à risques furent transférées de l'Hôpital St-François d'Assise vers le CME. À cette époque, un médecin de Saint-Sacrement annonçait : « [...] une grande congestion, voire des débordements au Centre Mère-Enfant (CME) du CHUL. Des quelques 2 500 accouchements réalisés à Saint François d'Assise chaque année, les 1 500 "à risques" quitteront pour le CME et des 3 900 femmes donnant naissance à Saint-Sacrement, plusieurs devront prendre la route du CME... leur médecin en remorque » (Ricard-Châtelain 2003).

Lors des débats entourant la construction du CME et la possibilité alors évoquée que celui-ci devienne le seul centre accoucheur pour la région urbaine de Québec, la population en général, les syndicats, mais surtout les femmes n'ont pas été consultés (Roy 2002). Dans l'article de Roy, le Collectif « Les Accompagnantes » de Québec signifiait qu'il était « inconcevable que les principaux usagers des services, les familles, n'aient pas eu la possibilité de se prononcer sur le sujet. En transformant le Centre Mère-Enfant du CHUL en centre unique pour les accouchements à Québec, les femmes perdent leur droit fondamental de choisir où et comment elles veulent mettre leur enfant au monde. » Cette restructuration des services en obstétriques dans la région 03 souleva à l'époque de nombreux débats et inquiétudes, notamment à l'égard de l'accès au service et la préservation de l'humanisation de

la naissance. Une lettre ouverte d'un médecin au quotidien *Le Soleil* illustre bien ces appréhensions :

À l'heure où on vient d'annoncer les grandes lignes de la transformation du réseau hospitalier de Québec [...] il faut se demander qui subira le choc de la transformation [...] D'une part, il y a la population en général qui perdra l'accès aux soins aigus de première ligne [...]. D'autre part, c'est la fermeture brutale des trois centres obstétricaux. D'un coup de pinceau, on fait table rase de plus de dix ans d'efforts et d'expertise reconnue vers l'humanisation des soins périnataux, les approches alternatives et l'obstétrique de première ligne. [...] toute l'évolution des dernières années a tendu vers l'humanisation des soins périnataux, vers l'adéquation des services et des besoins des femmes et de leur famille, vers les soins axés sur la famille [...]. Or, nous assisterons avec cette transformation au développement du gigantisme de deux centres déjà de dimensions surhumaines; nous donnerons donc raison aux mauvaises langues qui ont tant décrié la déshumanisation des soins et la surmédicalisation des soins obstétricaux. (*Le Soleil*, le jeudi 20 juillet 1995, p. A15).

Des sept centres hospitaliers accoucheurs présents dans les années 70, il n'en reste plus à l'heure actuelle que deux dans la grande région de Québec (Saint-François d'Assise et le Centre Mère-Enfant), et un dans Charlevoix (Le Centre hospitalier de la Malbaie). Bien que ce dernier soit un centre accoucheur au même titre que ceux du Québec métropolitain, il ne peut toutefois accueillir les femmes vivant une grossesse à risques, qui se voient dans l'obligation de faire leur suivi de grossesse et d'accoucher à Québec. Une maison des naissances dessert également les régions 12 et 03 bien qu'elle soit située sur la Rive-Sud de Québec (Saint-Romuald). Celle-ci accueille environ 350 des quelques 6 334 femmes<sup>2</sup> qui accouchent dans la région urbaine de Québec, y compris Portneuf.

Dans ce contexte de compression soutenue des services d'obstétrique, le Collectif « Les Accompagnantes » de Québec, dont la mission est de préserver le caractère humain de la naissance, se préoccupe des enjeux liés à l'impact possible de la réduction des lieux d'accouchement en milieu hospitalier sur l'humanisation de la naissance, sur l'accessibilité des

---

2 [http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/accou\\_naiss.html](http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/accou_naiss.html) (statistiques régionales 2000-2001).

femmes à des soins de santé diversifiés ainsi que sur la mise en place de mesures pour favoriser l'accessibilité à des pratiques alternatives. Le Collectif se demande, à l'instar d'autres acteurs du milieu, si les acquis réalisés en matière d'humanisation de la naissance

depuis la fin des années 70 ne seraient menacés? Interpellé par les médias pour prendre la parole au nom des femmes, il est apparu important pour le Collectif « Les Accompagnantes » d'explorer en profondeur les expériences et les préoccupations de femmes en lien avec l'accouchement et sa préparation, pour mieux porter leurs revendications actuelles et mieux enraciner les interventions publiques.

## **1.2 Précisions terminologiques**

Par définition, selon la Politique de périnatalité du Ministère de la Santé et des Services Sociaux :

La période périnatale débute lors de la prise de décision d'avoir un enfant ou lors de sa conception et s'étend jusqu'à ce que l'enfant ait un an. La périnatalité s'intéresse à la santé globale des personnes qui traversent la période périnatale, soit les femmes enceintes, les mères, les pères et les nourrissons (MSSS 1993 : 15-16).

De façon générale, les soins de santé liés à la période périnatale englobent une multitude d'approches et de pratiques (allaitement, médecines alternatives, soins à la mère et au nouveau-né, cours prénataux, etc.). Toutefois, compte tenu du mandat du Collectif « Les Accompagnantes »<sup>3</sup>, et dans un contexte de recherche où des limites de temps et de moyens sont à tenir en compte, la période considérée dans les pages qui suivent s'étend du moment où la grossesse est officiellement reconnue, jusqu'en postnatal immédiat (environ deux jours après l'accouchement) et elle est centrée sur les services directement liés à l'accouchement. Tous les services offerts concernant le postnatal 0-1 an n'ont pas été considérés.

## **1.3 Bref survol historique de la périnatalité et des revendications des Québécoises en la matière, des années 50 à aujourd'hui**

La médicalisation de la périnatalité au Québec s'opère vers les années 1950-60 alors que la médecine est promue au rang de profession par l'État québécois. Cette médicalisation exclue presque totalement les sages-femmes et les femmes elles-mêmes (Laurendeau 1983), ces dernières en arrivant majoritairement à accoucher (ou plutôt à se faire

accoucher) sous anesthésie générale (O’Neil, Saillant, Pelletier, Leclerc et Lepage 1990). Pour Sergine Desjardins (1993), cet avènement de la médicalisation provient d’une volonté de la société de l’époque de valoriser les connaissances techniques au détriment du « savoir complexe des sages-femmes, des croyances, des rites effectués au moment de l’accouchement ainsi que toute une tradition d’entraide [...]. [Cette] médicalisation de l’accouchement apparaissait éminemment positive aux yeux de plusieurs femmes », semblant plus sécuritaire et permettant à beaucoup de prendre un répit, loin de leurs lourdes responsabilités ménagères.

### 1.3.1 Les années 1970 : la médicalisation de la naissance interpellée

C’est dans ce mouvement de médicalisation de la périnatalité que s’inscrit en 1973 la première politique en périnatalité du Ministère des Affaires Sociales (MAS) qui comporte :

[...] principalement, [...] une série de mesures administratives (désignation de certains centres hospitaliers comme centres spécialisés pour les grossesses à risques élevés, fermeture des unités d’obstétrique faisant moins de 100 accouchements par an) et éducatives (mise sur pied systématique de cours prénataux sous la responsabilité du réseau des trente-deux départements de santé communautaire) (Blanchet 1979 dans O’Neill, Saillant, Pelletier, Leclerc et Lepage 1991).

Cette politique visait principalement la diminution du nombre de décès chez les mères et les bébés afin de rehausser la réputation de la province qui détenait un des taux les plus élevés en la matière au Canada.

O’neil et autres rapportent que c’est avec l’arrivée des revendications féministes des années 70<sup>4</sup> que les mouvements pour la santé des femmes, pour l’humanisation des naissances en milieu hospitalier ainsi que pour la reconnaissance de la pratique des sages-femmes, prennent leur essor. Brabant (2003) ajoute que c’est également le fait de vivre l’expérience de la médicalisation de la grossesse et de l’accouchement qui a nourri dans ces mêmes années le mouvement d’humanisation de la naissance. À cette même époque, des

---

3 Le Collectif « Les Accompagnantes » offre un service d’accompagnement individualisé pendant la grossesse, l’accouchement et la période postnatale jusqu’à six semaines après la naissance.

4 Selon Saillant (1985 dans O’Neill, Saillant et autres 1991 :18), « la relation au corps et à la conception a été le premier dossier auquel le féminisme québécois s’est attaqué ».

médecins, tel Frédéric Leboyer (1974), prônent par ailleurs la naissance sans violence en parlant de l'importance de l'accueil du bébé, des gestes posés à son égard et de l'importance de l'environnement dans lequel la mère met son enfant au monde.

### **1.3.2 Les années 1980 : accoucher ou se faire accoucher? Mise en forme du discours des femmes**

En 1980, a lieu un évènement jalon en matière de périnatalité au Québec avec l'organisation par l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) de onze colloques régionaux sur l'humanisation des soins en périnatalité. 10 000 femmes y exprimeront leur insatisfaction et leurs revendications en la matière, qui seront colligées dans un rapport intitulé : « *Accoucher ou se faire accoucher* » (De Koninck 1981 dans Bisson 1985). Leur insatisfaction se rapporte principalement à la déshumanisation de la naissance. Elles réproouvent la dépersonnalisation des soins en vertu de laquelle les rapports entre les intervenant(e)s deviennent non seulement anonymes, mais également standardisés, ainsi que le recours à des techniques médicales lourdes. De même, elles déplorent le manque d'information, soulignant la désuétude des cours prénataux. Les revendications des femmes portent principalement sur l'implantation de maisons des naissances, l'accès à des sages-femmes, ainsi que sur l'accès à des moyens d'information sur la grossesse et l'accouchement (Proulx 1985).

Le portrait de la périnatalité<sup>5</sup> au Québec tracé par les Québécoises à la suite de ces colloques ne s'avère donc pas très positif (O'Neill et autres 1991). C'est à partir de ce constat qu'un nouveau *Projet de politique en périnatalité* est créé en 1985. De nouvelles avenues y sont proposées et une priorité est accordée à l'humanisation des soins et des services. Toutefois, il ne fut jamais réalisé « car trop délicat sur le plan politique » (O'Neill et autres 1991). En effet, certaines des démarches présentées dans ce document apparaissaient comme une menace pour les médecins « qui voyaient là une attaque de plus à un monopole se faisant

---

5 « Suite aux colloques "Accoucher ou se faire accoucher", le MAS, en collaboration avec les établissements du réseau des affaires sociales, mit sur pied un comité de travail chargé de faire le point sur les services en périnatalité. Ce comité fit plusieurs démarches et proposa trois documents : des orientations en périnatalité, en 1984, précédées de deux autres documents de travail intitulés : *Éléments de réponses aux recommandations des colloques "Accoucher ou se faire accoucher"* et *Pour une éducation sanitaire en milieux populaires dans le domaine de la périnatalité* » (O'Neill et autres 1991).

lentement éroder depuis le milieu des années 70 » (O'Neill et autres 1991). Pour remédier à l'échec de ce projet :

Le Ministère demanda (alors) à divers groupes d'experts [...] de réaliser un certain nombre d'études complémentaires et de formuler des avis face à cinq thèmes considérés comme prioritaires : la pratique des sages-femmes, les grossesses chez les adolescentes, les grossesses en milieu défavorisé, l'état de la mortalité et de la morbidité périnatales et, finalement, l'impact de l'arrivée d'un nouvel enfant dans la famille (O'Neill et autres 1991).

### **1.3.3 Les années 1990 : les tensions politiques entre l'humanisation et la restructuration des soins**

C'est en mai 1993 que le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) adopte enfin une nouvelle politique de périnatalité intitulée *Protéger la naissance, Soutenir les parents : Un engagement collectif* s'inspirant des dits travaux. Selon le ministre de l'époque, Marc-Yvan Côté :

Afin d'améliorer la qualité de vie et d'expérience des femmes enceintes, des mères, des pères et des nouveaux-nés, trois orientations sont retenues. La première consiste à valoriser le fait de devenir parent et d'être parent, la deuxième à réduire les problèmes et les écarts de santé et de bien-être et la troisième à diminuer les conséquences de la pauvreté sur la santé et le bien-être (MSSS 1993 : 11).

Cette politique s'appuie sur quatre grandes convictions :

La grossesse, la naissance et l'allaitement sont des processus physiologiques naturels, la parentalité constitue une réalité multidimensionnelle, les mères et les pères sont compétents pour s'occuper de leurs enfants, une responsabilité qu'ils assumeront d'autant mieux qu'ils se sentiront reconnus socialement et soutenus dans leur rôle (MSSS 1993 : 3).

En réponse à cette politique, le Conseil du statut de la femme publie en octobre 1993 les *Commentaires du Conseil du statut de la femme sur la Politique de périnatalité du Ministère de la Santé et des Services Sociaux* (Conseil du statut de la femme 1993). Le Conseil

y résume la politique, formule des commentaires généraux sur cette dernière et, surtout, propose des actions pour créer un environnement favorable, améliorer les services, favoriser des approches novatrices, soutenir l'intervention et organiser les services en périnatalité de façon concertée. En général, le Conseil appuie les orientations du MSSS mais insiste sur l'importance pour les femmes de pouvoir être maîtresses des décisions consécutives à la naissance, abondant dans le sens d'études faisant référence au rapport entre la satisfaction des femmes face à leur accouchement et leur sentiment de contrôle sur ce dernier (Moisan et autres dans Conseil du statut de la femme 1993).

Le développement de cette politique est touché par le virage ambulatoire en milieu hospitalier amorcé par le gouvernement québécois au milieu des années 90. Ce virage se veut une restructuration du système de santé concernant autant la gestion que la façon de prodiguer des soins. À la suite de cette restructuration, les CLSC sont appelés à jouer un rôle plus important en maintenant et en renforçant les services préventifs et promotionnels auprès de la clientèle des femmes enceintes et leur famille :

Pour répondre aux besoins des parents et des enfants dans le cadre du virage ambulatoire en périnatalité, les CLSC devront offrir une gamme élargie de services préventifs à toutes les familles durant la période périnatale et intensifier les services pour les clientèles les plus vulnérables. Ces services devront y être développés en partenariat avec les différents établissements concernés, les médecins en cabinet privé et les organismes communautaires. [...] Les CLSC doivent ajuster leurs services pour répondre aux familles dans un contexte de court séjour en CH [centre hospitalier] après la naissance, les CH devront aussi s'ajuster en favorisant par exemple la cohabitation pour faciliter l'apprentissage des soins au nouveau-né [...] (Fédération des CLSC du Québec 1996).

D'après la *Coalition féministe pour une transformation du système de santé et des services sociaux*, ce virage « n'a pas été l'occasion qu'il aurait dû être de concrétiser la Politique de périnatalité du Ministère de la Santé et des Services sociaux [...] » (Moisan 1999), parce qu'il entraînait notamment « la réduction du nombre et des durées d'hospitalisation "préventives" dans les cas de grossesses à risques » et « la réduction de la durée de séjour à l'hôpital au moment de l'accouchement ». C'est principalement sur ce



dernier point que se sont penchés les chercheurs, s'attardant aux conséquences de la longueur du séjour sur les femmes usagères des services (Conseil du statut de la femme 2000; Couillard et Côté 2000; Fédération des CLSC du Québec 1996, 1997; Moisan 1999). Par exemple, conséquemment à la réduction de la durée des séjours en obstétrique, les femmes enceintes ont ainsi estimé ne pas avoir le soutien escompté de l'infirmière présente le jour de l'accouchement, ni bénéficier des services postnatals dans les délais recommandés par le MSSS bien qu'il soit reconnu qu'une intervention précoce ait un effet bénéfique sur la santé mentale de la mère (Goulet, Bisson, D'Amour, Labadie et Pineault 2001).

À la même époque, une loi donne le feu vert à l'expérimentation de la pratique de sage-femme avec huit projets pilotes en dehors des centres hospitaliers. Dès 1993, les sages-femmes sont autorisées à exercer pour la première fois en maison des naissances. Six ans plus tard, en 1999, le gouvernement québécois légalise la pratique sage-femme en maisons des naissances. Cette loi donne lieu à la création de l'Ordre des sages-femmes du Québec et au programme de formation de sages-femmes, à l'Université du Québec à Trois-Rivières (Vadeboncoeur 2003). Depuis les dix dernières années, de nombreuses femmes ont bénéficié des services de sages-femmes dont l'approche holistique se traduit par la reconnaissance de la naissance comme faisant « partie d'un contexte social, biologique et psychologique de la vie des femmes. Cette approche se traduit par un modèle de pratique qui donne aux femmes la haute main sur l'expérience de l'accouchement » (Breitkreuz, Ellis, Moon et Hanson 2001).

#### **1.3.4 Les années 2000 : la nécessité de demeurer vigilantes**

Dix années se sont écoulées depuis la mise en place de la politique de périnatalité, si bien que depuis 2003, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux a mis en œuvre des mesures afin d'en faire un bilan. Un comité de partenaires, en collaboration avec les différents responsables régionaux de périnatalité et les intervenants des CLSC, CH, et du milieu communautaire, a été instauré afin de remettre à jour la politique d'ici l'automne 2005. Les femmes, en tant qu'usagères, n'ont toutefois pas été consultées directement. Il est néanmoins possible de penser que leur voix sera portée par les regroupements des groupes de femmes interpellés.

Malgré des réponses aux demandes des femmes concernant l'humanisation de la naissance, à savoir l'apparition dans les années 80-90 de chambres de naissances et l'abandon de quelques routines hospitalières tel le rasage de la vulve, l'apparition des maisons des naissances sous forme de projets pilotes et l'adoption de la loi sur la pratique sage-femme, l'humanisation de la naissance ne semble pas encore une préoccupation omniprésente (Regroupement Naissance-Renaissance 2001). Si des opérations cosmétiques dans les départements d'obstétrique donnent aux naissances des allures plus humaines et une apparence moins médicale, il n'en reste pas moins que des interventions comme la césarienne n'ont cessé d'augmenter de 1969 à 1989 (de 4,8 % à 19,3 %), pour voir baisser leur nombre entre 1989 et 1998 (de 18,5 % à 16,7 %), et croître de nouveau entre 1998 et 2001 (de 17,3 % à 18,5 %). D'après un document intitulé *Donner naissance au Canada : un profil régional* basé sur des données compilées en 2001-2002, le recours à la césarienne interviendrait, au Québec, lors de la naissance d'un enfant sur six. En guise d'étalon, le barème plafond proposé par la politique de périnatalité de 1993, se situait, pour 2003, de 12 % à 15 %. La région 03 bat par ailleurs tous les records d'accouchement vaginal sous anesthésie péridurale et d'utilisation de ventouses ou forceps lors d'accouchement par voie vaginale. En 2000-2001, le taux de péridurale était de 73,2 % comparativement à la moyenne provinciale qui se situait à 52,2 %. Quant au pourcentage d'utilisation de forceps ou ventouses, il était de 21,8 % dans la région de Québec comparativement à 16,1 % dans la province, tout en se révélant toutefois moins populaire que par le passé (<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/statis/accounais.nsf/>). Le nombre d'accouchements provoqués par médication est lui aussi en hausse depuis les dix dernières années. Un accouchement sur cinq serait provoqué, comparativement à un sur huit il y a dix ans. (*Donner naissance au Canada : un profil régional*). Ainsi, malgré des efforts effectués dans le sens de l'humanisation, il n'en demeure pas moins que les pratiques obstétricales diffèrent beaucoup selon les régions, les praticiens et les établissements. Ceci amène le Regroupement Naissance-Renaissance (2001) à conclure qu'« en fait, la médicalisation tant décriée pendant les années 1980 s'est transformée. On a humanisé la médicalisation ». Selon ce regroupement, les femmes manquent toujours d'information et de choix. Elles ne seront réellement en mesure de faire des choix éclairés que lorsque « le monopole médical sur la naissance commencera à s'effriter dans les hôpitaux, que des alternatives à l'accouchement à

l'hôpital seront offertes partout au Québec et que chaque femme saura précisément ce qui se passe dans tous les hôpitaux de sa région. » (Regroupement naissance-renaissance 2001 : 3).

À la suite d'une étude ethnographique effectuée au Québec en 2001, Vadeboncoeur va dans le même sens et constate que les Québécoises ont la possibilité de faire certains choix, mais que ces derniers ne sont pas toujours éclairés puisque toute l'information ne leur est pas nécessairement communiquée au moment de prendre leur décision. Elle juge que le gouvernement et les chercheur(e)s ont délaissé graduellement leur intérêt pour la problématique de l'accouchement et de l'humanisation de la naissance. Elle conclut que l'amélioration des services d'accouchement et de périnatalité en général doit se poursuivre (Vadeboncoeur 2003).

La présente étude vise donc à maintenir la réflexion et le travail de vigilance en ce sens auprès des femmes de la région 03, en période de centralisation accrue des services périnataux.

#### **1.4 Un enjeu dans les revendications des femmes québécoises en matière de périnatalité : l'humanisation de la naissance**

Au cœur de ces revendications (voir Figure 1, page suivante) se retrouve l'idée d'une plus grande humanisation de la naissance. Or, le sens à attribuer à cette expression n'est pas toujours clair. D'une part elle semble exprimer des valeurs se rapportant à :

La relation personnelle et égalitaire avec l'intervenant, l'ouverture aux besoins multidimensionnels de la femme, la promotion de la santé, la capacité des femmes à faire des choix éclairés et la manière dont ils sont prodigués, le respect des droits de la femme, la confiance en la capacité de la femme de mettre son enfant au monde (Rivard 1999).

Par ailleurs, il semble y avoir souvent un glissement de sens (Lemay 1997), l'humanisation de la naissance devenant pour certains synonyme d'accouchement naturel, c'est-à-dire un accouchement sans interventions médicales ou chirurgicales.

Certains auteurs se positionnent dans ce débat en spécifiant qu'on ne doit pas opposer médicalisation de l'accouchement et humanisation de la naissance. Tel est le cas de Maria De Koninck. Selon elle, la technologie peut (et doit) être mise au service de l'expérience humaine (Collectif « Les Accompagnantes » 2003).

**Figure 1 : sommaire des principales revendications des femmes de 1970 à 2004**

| <i>Les années 70</i>   | <i>Les années 80</i>   | <i>Les années 90</i>   | <i>Les années 2000</i>  |
|--|--|--|---|
| <i>Remise en question des pratiques liées à l'accouchement en milieu hospitalier</i> | <i>Un pas vers l'humanisation de la naissance suite aux colloques « Accoucher ou se faire accoucher »</i>  | <i>Quelques revendications et des réponses partielles aux demandes des femmes</i>  | <i>Nécessité de demeurer vigilantes</i>   |
| Revendication :<br>Humaniser la naissance en milieu hospitalier                      | Revendication :<br>Humaniser les soins et les services<br>Baisse des interventions en milieu hospitalier   | Réponse :<br>Politique de périnatalité<br>Diminution du taux de certaines interventions obstétricales<br>Rénovation des départements d'obstétrique     | Revendication :<br>Restreindre le monopole médical dans les hôpitaux                          |
|  | Revendication :<br>Respecter le rythme des femmes en travail   | Revendication:<br>Être traitée comme une personne, avec respect et chaleur humaine   |   |
|  | Revendication :<br>Présence d'accompagnante pendant l'accouchement<br>Plus grande disponibilité du personnel médical avant et après l'accouchement | Revendication :<br>Recevoir du soutien, se sentir en sécurité  |   |
| Revendication :<br>Reconnaissance de la pratique des sages-femmes                    | Revendication :<br>Accès aux services sage-femme et la législation de leur pratique  | Réponse :<br>Légalisation de la pratique sage-femme en maison des naissances et reconnaissance de la profession  | Réponse :<br>Pratique des sages femmes en milieu hospitalier et à la maison                   |
|  | Revendication :<br>Implantation de maisons des naissances<br>Accès à de nouveaux lieux de naissance  | Réponse :<br>Les projets pilotes des maisons des naissances  | Revendication :<br>Plus d'alternatives à l'accouchement à l'hôpital                           |
|  | Revendication :<br>Moyens d'information sur la grossesse et l'accouchement<br>Plus de modernité dans les cours prénataux                           | Revendication :<br>Recevoir de l'information personnalisée et adaptée afin de faire des choix éclairés   | Revendication :<br>Recevoir plus d'informations afin de faire des choix éclairés              |
|  | Revendication:<br>Plus grande autonomie des femmes en périnatalité<br>Un plus grand respect du droit des femmes                                    | Revendication :<br>Participer aux décisions en recevant de l'information adéquate et complète<br>Être maîtresse des décisions relatives à la naissance | Revendication :<br>Participer aux décisions en recevant de l'information adéquate et complète |



## **2 Méthodologie de recherche**

### **2.1 Questions et objectifs de la recherche**

Le projet de recherche visait à répondre aux deux questions suivantes :

- Comment les femmes se représentent-elles leur pouvoir en regard du choix des pratiques en périnatalité?
- Qu'elles sont leurs perceptions à l'égard de leur accès à une information et à des ressources diversifiées pendant la période périnatale?

Cette recherche avait pour objectifs pratiques :

- 1) de donner la parole à des femmes de la grande région de Québec afin qu'elles puissent faire part de leurs expériences, de leurs besoins et de leurs revendications en matière de soins périnataux.
- 2) à partir des témoignages de ces femmes, de sensibiliser et de mobiliser les acteurs du milieu et les décideurs politiques en vue d'améliorer l'accessibilité des femmes à des soins diversifiés en matière de périnatalité.

### **2.2 Stratégie de recherche et outils de collecte**

Compte tenu de la nature de la question, des objectifs et du contexte de production, la stratégie retenue fut celle d'une recherche-action participative (Barnsley et Ellis 1992; Maguire 1987; Muzychka et Morris 2002) de nature qualitative.

La recherche-action participative permet à des praticiennes du milieu, de concert avec des chercheuses universitaires, de développer et de mener à bien une recherche ancrée dans les réalités et les besoins des milieux de pratique. Rigoureuse dans son approche, elle permet aux organismes du milieu de s'approprier les résultats de recherche et d'en maximiser les retombées.

La recherche qualitative, quant à elle, permet de mieux comprendre un phénomène en tenant compte de sa complexité, en s'enracinant dans les témoignages des individus. Elle vise à identifier, à l'aide d'entretiens approfondis, l'essence partagée d'une expérience tout en tenant compte des contextes d'expression. Elle requiert usuellement pour ce faire, un échantillonnage théorique restreint de 15 à 25 personnes, ou jusqu'à saturation des informations recueillies (Creswell 1998; Miles et Huberman 1994; Patton 1990).

La méthode de collecte de données retenues fut celle des entretiens collectifs (Krueger 1998a, 1998b, 1998c; Mucchielli 1987; Patton 1990), du fait qu'ils permettent notamment l'habilitation des personnes participant à la recherche grâce au partage commun de l'expérience.

Un journal de bord a également été tenu lors de la collecte de données et pendant l'analyse.

### **2.3 Mode de recrutement et critères de sélection**

Le recrutement des participantes s'est fait sur une base volontaire à partir de communiqués dans les médias locaux (voir annexe 4), ainsi que par le moyen de sollicitations avec dépliants et affiches (voir annexe 3) auprès des cliniques périnatales, de la maison des naissances et des organismes communautaires oeuvrant auprès des femmes, des jeunes familles, des mères allaitantes et des femmes immigrantes (pour le détail voir annexe 5). Les infirmières de sept CLSC et des onze points de services de la région 03 travaillant auprès des mères en postnatal ont aussi collaboré au recrutement. En effet, les infirmières faisant les suivis postnatals auprès des mères nouvellement accouchées leur ont présenté la recherche et leur ont remis le dépliant expliquant la démarche, avec les coordonnées de l'organisme. De plus, des présentations sur le projet de recherche ont été proposées et réalisées dans divers organismes communautaires auprès des intervenant(e)s de groupes de femmes nouvellement accouchées et d'immigrantes (voir annexe 6).

Pour être éligibles, les participantes devaient avoir accouché entre janvier 2002 et janvier 2004, dans la région 03.



Les femmes intéressées étaient invitées à prendre contact par téléphone avec la coordonnatrice du projet de recherche. Elles recevaient alors de plus amples renseignements sur les objectifs de la recherche et sur la nature de la participation recherchée. Si elles se montraient toujours intéressées, elles recevaient par courrier postal un formulaire de consentement (voir annexe 1) et un questionnaire sociodémographique (voir annexe 2) qu'elles devaient remplir et retourner à l'organisme. Les groupes pour les entretiens collectifs furent formés à partir de ces questionnaires. Les participantes potentielles étaient, à la suite de la constitution des groupes, informées par téléphone de la date et du lieu de rencontre.

Les participantes pouvaient réclamer et se faire rembourser leurs frais de transport et de gardiennage à raison d'un montant de dix dollars. Elles pouvaient également amener leur nouveau-né dans la mesure où elles allaient encore.

Des 76 femmes ayant manifesté leur intérêt, 36 ont effectivement participé à la recherche. Quelques motifs de non-participation évoqués furent : la non-conformité avec les critères de constitution de l'échantillon, la conduite hivernale difficile, les conflits d'horaire, les empêchements de dernières minutes.

#### **2.4 Portrait des groupes pour les entretiens collectifs**

Pour tenir compte de la diversité des femmes et de la variété de leurs expériences, sept groupes homogènes furent constitués autour d'expériences communes, et ce, dans le but de favoriser l'échange et le partage, soit : un groupe de femmes économiquement favorisées ayant accouché en milieu hospitalier; un groupe de femmes économiquement défavorisées; un groupe de femmes domiciliées dans Charlevoix et un autre dans Portneuf; un groupe de femmes immigrantes d'origine européenne; un groupe de femmes ayant accouché avec une accompagnante en milieu hospitalier, ainsi qu'un dernier groupe composé de femmes ayant été suivies en maison des naissances par une sage-femme. À l'intérieur de ces groupes, des femmes nous ont également fait part de leur expérience comme mères adolescentes. Le détail de la composition des groupes est fourni à l'annexe 9. Vu l'intensité des échanges, et afin de permettre à chacune des femmes d'être écoutée, la formation de petits groupes (5 personnes en moyenne) fut privilégiée.

À la demande des femmes, cinq entrevues individuelles ont également eu lieu, notamment auprès de femmes autochtones, d'une femme immigrante hispanophone et d'une autre ayant un handicap visuel.

Des 36 femmes rencontrées, 5 ont accouché en maison des naissances et 31 en milieu hospitalier. La compilation montre que 27 ont été suivies par des médecins et 9 par des sages-femmes.

Commentaire [LG1] :  
Sylvie : est-ce exact ?

## 2.5 Collecte des données

Toutes les rencontres ont eu lieu entre le 27 février 2004 et le 3 juin 2004, dans le propre milieu des femmes lorsque c'était possible (Parents ressources Vanier, Maison de la Famille de la Malbaie, CLSC de Pont-Rouge). Dans le cas contraire, les rencontres de groupe ont été tenues à la YWCA. En ce qui concerne les entrevues individuelles, elles ont toutes eu lieu à la résidence de chacune des participantes.

Les entretiens collectifs ont été menés par deux personnes expérimentées dans le domaine de la périnatalité, l'une animant les rencontres et l'autre prenant des notes d'observation. Une chercheure professionnelle supervisait ces entretiens collectifs.

Quatre thèmes ont été spécifiquement explorés à l'aide de quelques questions ouvertes : les besoins, l'accessibilité à une information et à des ressources périnatales diversifiées, le pouvoir des femmes dans le choix des pratiques liées à la périnatalité et leurs revendications en la matière. Le schéma d'entretien est présenté en annexe 7. Comme le veut l'approche qualitative, des questions furent élaborées *in vivo* pour approfondir la réflexion posée par les femmes, et explorer les univers ou particularités propres à chacun des groupes. Les entretiens ont été d'une durée approximative de trois heures.

Avant d'effectuer le premier entretien collectif, un groupe témoin de cinq participantes fut constitué, lequel a généré quelques ajustements au schéma d'entretien. Les données recueillies dans le cadre de ce groupe témoin n'ont pas été considérées pour l'analyse.

La tenue des entretiens collectifs a permis de répondre aux objectifs de recherche tout en laissant la possibilité aux femmes de s'exprimer librement et, par le fait même, de permettre l'émergence spontanée d'opinions, d'émotions, d'interactions entre les participantes, et ce, dans un climat d'écoute et de respect. Plusieurs d'entre elles étaient encore très imprégnées de leur expérience d'accouchement et ressentaient le besoin de la partager. Un soin particulier a été apporté pour que toutes puissent s'exprimer et être entendues, indépendamment de la concordance ou non de leur témoignage avec la mission de l'organisme porteur de la présente recherche.

Le même schéma d'entretien et les mêmes pratiques ont été utilisés dans le cadre des entretiens individuels. Toutefois, les rencontres se déroulaient alors en compagnie d'une seule intervenante. La durée moyenne de ces entretiens individuels a été d'une heure.

## **2.6 Traitement des données**

Après avoir obtenu un consentement écrit de toutes les participantes, le contenu des rencontres a été enregistré sur support audio et ensuite transcrit intégralement (verbatim).

## **2.7 Traitement de l'analyse**

Une approche inductive modérée a été utilisée pour l'analyse des verbatims (Miles et Huberman 1994). Dans un premier temps, des codes d'analyse en lien avec les thèmes définis dans la grille d'entretien ont été utilisés. De nouveaux codes ont été créés au besoin pour répondre au discours des participantes. Des comparaisons « interjuges » (comparaison du travail d'analyse des chercheuses) ont été réalisées à différents temps de l'analyse et le travail de codification et d'analyse réajusté au besoin. Le travail d'analyse a été ponctué de rencontres hebdomadaires avec la chercheuse associée à la Chaire d'étude, afin d'assurer la qualité et la justesse de la codification et de l'analyse.

Les logiciels *N'Vivo* et *Merge* furent utilisés pour effectuer la codification, et produire des matrices qui ont permis une analyse comparative systématique des données.

## **2.8 Confirmation des résultats de l'analyse**

Un retour auprès des participantes a été fait afin de valider et bonifier les résultats de l'analyse, soit une rencontre à Québec et une autre dans Charlevoix, à la Malbaie. Les rencontres prévues dans la Charlevoix n'ont pu avoir lieu à cause de tempêtes de neige successives. À la suite de quelques tentatives, les femmes de Charlevoix ont plutôt proposé de recevoir par courrier postal une synthèse de l'analyse des résultats. Cela fut fait et on y adjoignit une lettre les invitant à donner leur point de vue, à bonifier, modifier ou rajouter tout renseignement pertinent à l'analyse proposée. L'information présentée dans ce rapport a reçu leur aval.

À la suite de cette validation, l'équipe de recherche a rencontré des intervenant(e)s du milieu de la santé et des services sociaux, ainsi que des milieux communautaires, afin de leur faire part des résultats préliminaires. Cela a permis de prendre le pouls de leurs réactions, et ainsi de mieux cibler la rédaction du présent rapport en prenant en considération les commentaires émis lors de ladite rencontre.

## **2.9 Exigences éthiques**

Une attention particulière a été accordée au consentement libre et éclairé lors du recrutement des personnes formant l'échantillon. Chaque participante a signé un formulaire de consentement dans lequel lui étaient présentés les objectifs de la recherche, la nature de la participation recherchée, l'utilisation qui serait faite des données recueillies et les mesures prises pour assurer la confidentialité.

Concernant la confidentialité et la préservation de l'anonymat, tous les renseignements nominatifs recueillis ont été mis sous clef. Les cassettes des enregistrements, les notes d'observations ainsi que les questionnaires sociodémographiques seront détruits dans les cinq ans suivant le début de la recherche. On a attribué un code à chaque participante et les citations utilisées ont été dépersonnalisées.

## 2.10 Limites de l'étude

*En raison de la nature de l'échantillon.* Peu de femmes autochtones, allophones, handicapées ou de la région de Portneuf ont pu être rejointes. De plus, les femmes autochtones rencontrées, d'origine Wendat, se qualifiaient « d'autochtones urbanisées » et estimaient ne pas être différentes des autres Québécoises. Elles ont affirmé avec force que leur culture n'avait, par conséquent, aucune influence sur leur grossesse ni leur accouchement. De fait, à la suite de l'analyse de leur témoignage, leur discours s'est apparenté à celui des femmes favorisées ayant accouché en milieu hospitalier. Des recherches subséquentes devraient se pencher sur ces segments de population moins explorés.

*En raison de la définition donnée à la périnatalité.* La périnatalité étant un sujet très vaste, nous avons, pour des raisons pratiques et relatives à la mission de notre organisme, volontairement délimité notre travail à la période comprise entre le moment où la grossesse est officiellement reconnue et les deux jours suivant la naissance de l'enfant. Toute la période 0-1 an n'est donc pas couverte par la présente étude.

*En raison de la stratégie de recherche adoptée.* La stratégie de recherche adoptée vise la compréhension approfondie d'un phénomène et la représentation de ce phénomène que s'en font les femmes, ici l'expérience de la grossesse et de l'accouchement. Il serait pertinent de poursuivre cette réflexion auprès d'une population plus large, dans le cadre d'une recherche quantitative. De même, il serait pertinent de mettre en parallèle la perception des femmes à l'égard des services et le portrait des services effectivement offerts, de façon à en arriver à mieux comprendre les arrimages entre l'offre de services et la réception. Cela devrait faire également l'objet de recherches subséquentes.



### **3 Résultats**

#### **3.1 La nécessité de tenir compte de facteurs influant sur le vécu de la femme enceinte pour comprendre ses revendications**

La femme enceinte est beaucoup plus qu'un corps que l'on voit se transformer au fil des mois. Elle est également tout ce que l'on ne voit pas en apparence, mais qui fait d'elle une personne en constante évolution sur plusieurs plans et en interaction continue avec son milieu.

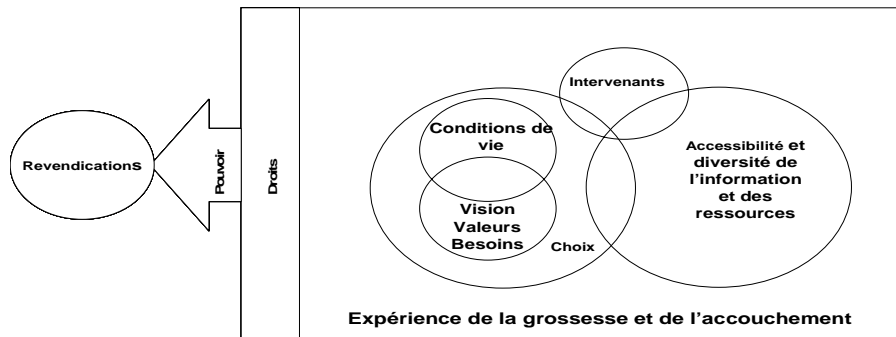
Tel que le montre le diagramme ci-après, élaboré à la suite de cette recherche, les expériences des femmes en matière de grossesse et d'accouchement, les raisons de leurs choix et la nature de leurs revendications ne peuvent être comprises que si leurs témoignages sont mis en contexte. Ainsi, les conditions de leur vie sociale, économique, physique, émotive, culturelle et ethnique doivent être tenues en compte. Ces femmes expriment également des besoins physiques, affectifs, intellectuels, psychologiques, spirituels et structuraux<sup>6</sup> et elles nourrissent des valeurs et une vision de la périnatalité qui leur est propre. Tout ce bagage orientera leurs choix, et ce, tout au long de la période périnatale. Ces choix seront également influencés par les intervenants(e)s qu'elles rencontreront (médecins, sages-femmes, infirmières, accompagnantes), ainsi que par l'accessibilité et la diversité de l'information et des ressources disponibles dans leur milieu. Le tout donnera une forme particulière à chaque expérience de la grossesse et de l'accouchement.

Les femmes enceintes disposent également de droits. En prenant connaissance de leurs droits et en les faisant valoir, elles deviennent plus en mesure d'exercer leur pouvoir et de formuler, au besoin, des revendications.

---

6 Tels le contrôle de leur environnement au moment de la période de travail, le nombre de personnes présentes à leur côté le jour de l'accouchement, etc.

## La femme enceinte



### 3.2 Au cœur des revendications des femmes de la présente recherche : l'humanisation de la naissance

Au cœur du discours dont sont issues ces revendications, se trouve l'idée de l'humanisation de la naissance. Cette humanisation de la naissance semble ainsi s'inscrire à première vue dans la continuité des revendications formulées par les femmes ces 40 dernières années. Quant on y regarde de plus près, on note toutefois que l'expression « humanisation de la naissance » prend, pour les femmes interrogées, une signification élargie. Si dans les années 70 et 80, l'humanisation des naissances était revendiquée par « les femmes ayant vécu l'expérience de la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement » (Isabelle Brabant 2003 : 49) et faisait parfois référence à l'accouchement naturel (Lemay 1997; O'Neill et autres 1991), dans le cadre du présent projet de recherche, la très grande majorité des participantes partagent une vision commune qui veut que l'humanisation de la naissance soit comprise dans un sens plus vaste :

[...] humaniser la naissance, c'est vraiment rendre ça naturel, pas nécessairement accoucher naturellement, ça c'est différent, mais rendre ça humain, naturel, ça fait partie de la vie et c'est merveilleux. Si tu choisis d'accoucher en hôpital c'est super mais il faudrait que l'environnement soit apte aussi à montrer ça et que les rendez-vous prénataux ne soient pas justes de 15 minutes (Maude).

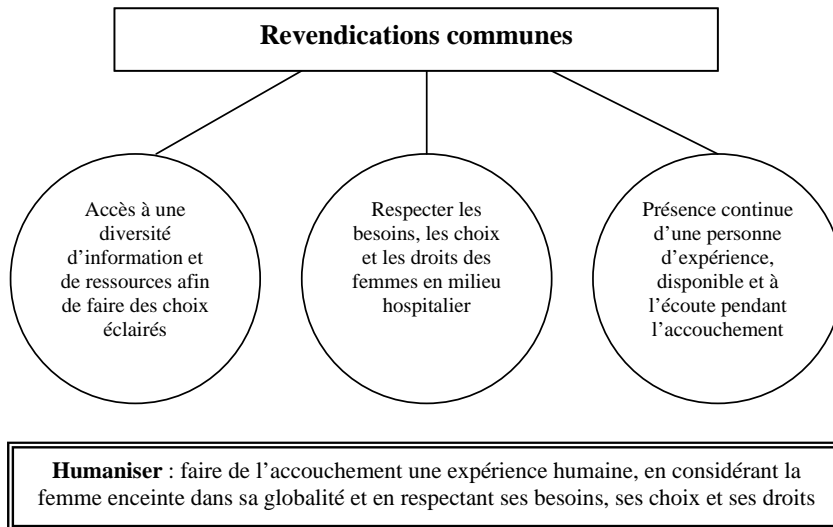


L'humanisation de la naissance telle que décrite par les participantes fait donc référence au fait de considérer la femme dans sa globalité, dans son unicité et dans le respect de tout ce dont elle est porteuse, ses besoins les plus divers comme aussi ses choix et ses droits en matière de périnatalité. Et ce, quels que soient ses choix; qu'ils aillent ou non vers la présence d'interventions médicales. Les femmes qui s'expriment dans le cadre du présent projet de recherche rejoignent dans ce sens les résultats des travaux de Maria DeKoninck (2002). « Humanisation de la naissance » n'est donc pas ici synonyme d'accouchement sans interventions médicales, mais bien plutôt synonyme de la création d'un espace où les femmes sont respectées dans leur choix, où l'on s'assure d'une réponse adéquate à leurs besoins.

Trois grandes revendications sont portées par l'ensemble des 36 femmes consultées, et ce, peu importe leur groupe d'appartenance. Ce sont :

- L'accès à une diversité d'information et de ressources afin de faire des choix éclairés.
- Le respect de leurs besoins, de leurs choix et de leurs droits.
- La présence continue d'une personne d'expérience, disponible et à l'écoute pendant l'accouchement.

**Figure 2 : revendications communes**



Les pages qui suivent examinent une à une et en détail ces trois grandes revendications.

### 3.2.1 **1<sup>ère</sup> revendication : avoir accès à une diversité d'information et de ressources afin de faire des choix éclairés**

Selon Cooper (Cooper 2001 : 42), appuyé par Thibodeau et autres (2003) ainsi que par O'Cathain et autres (2002), « les femmes enceintes devraient avoir accès à des informations sur les possibilités qui s'offrent à elles face à la grossesse, aux rencontres prénatales et à l'accouchement afin qu'elles puissent réellement exercer leur libre choix ». « Information » et « choix » semblent être, dans la littérature, deux éléments indissociables. Effectivement, la très grande majorité des femmes rencontrées ont exprimé l'importance d'avoir une information juste pendant la période périnatale afin de pouvoir prendre leurs propres décisions en fonction des choix qui s'offrent à elles. L'information rassure les femmes et leur donne la confiance voulue pour effectuer des choix. Pour les participantes, être informées, faire des choix et prendre des décisions amènent un sentiment de contrôle (corroboré également par Walker, Hall et Thomas en 1995). Janine exprime très bien cette idée :

Puis pour moi, c'était important de pouvoir avoir toutes les informations que je voulais, de pouvoir prendre mes décisions. Je suis assez grande pour pouvoir prendre mes décisions pour moi. Puis ça, c'est quelque chose qu'elle [la sage-femme] nous expliquait, que finalement c'était nous autres les meilleures personnes pour décider de notre sort finalement! Puis tu sais... ça m'a séduit tout de suite. J'me suis dit : « ce ne sera pas quelqu'un qui va m'accoucher, c'est moi qui va accoucher. » Puis ça, ça m'a vraiment séduit, beaucoup, beaucoup, de dire que c'est moi qui allais prendre mes décisions finalement (Janine).

Plusieurs expriment avec insistance l'importance d'être informées non seulement en préparation à l'accouchement, mais également *pendant* l'accouchement. Pour être bien informée et faire les bons choix, des conditions doivent cependant être réunies soit : 1) avoir accès à une information diversifiée et pertinente, 2) connaître ses droits, 3) avoir accès à des ressources pour pouvoir effectivement exercer ses droits et ses choix. Ce sont ces conditions que nous vous présentons maintenant. Celles-ci seront ensuite suivies, en 4), des causes que les femmes placent à la source de l'inaccessibilité. Bien que l'illustration soit faite à l'aide d'exemples précis, il est important de souligner que ces constats (conditions et causes) sont récurrents dans la parole des femmes, sauf exception.

Supprimé :

### 3.2.1.1 Avoir accès à de l'information diversifiée et pertinente

Il a été surprenant de constater qu'un accès facile à l'information pose problème pour la très grande majorité des femmes rencontrées, si l'on excepte certaines femmes plus favorisées économiquement. Toutes les femmes s'entendent en général pour dire qu'il est nécessaire d'être proactives, c'est-à-dire aller au-devant, pour obtenir une information diversifiée. Le fait d'avoir des connaissances préalables, de faire preuve d'habiletés de communication, de maîtriser des outils de recherche tel Internet et de disposer d'un réseau favorise d'emblée l'accès à une information diversifiée.

#### *1<sup>er</sup> constat : la dispersion de l'information*

Les femmes immigrantes ont particulièrement fait part de la difficulté de trouver de l'information, et ce, en raison d'une trop grande décentralisation de cette dernière. Elles disent

avoir dû courir à droite et à gauche pour obtenir divers renseignements et ajoutent qu'elles ont dépensé ainsi force et énergie à un moment où elles auraient ressenti le besoin de centrer plutôt celles-ci sur le développement de leur enfant. Lors des rencontres de validation, toutes les femmes ont reconnu comme un frein important cette grande dispersion de l'information.

***2<sup>e</sup> constat : la satisfaction mitigée quant à la qualité de l'information reçue auprès de certains CLSC et médecins dans la période prénatale***

Si certaines participantes se sont dites satisfaites, bien préparées et affirment avoir eu accès à une diversité d'information auprès de leur CLSC, comme Nina en témoigne ci-après, on verra plus loin que d'autres participantes montrent plus de réserve.

J'ai suivi des cours prénataux, on se sentait bien préparés avec mon conjoint à ce qui s'en venait. Tous les questionnements, on avait seulement qu'à les demander à l'animateur, puis il répondait à nos questions. Puis, on a eu aussi beaucoup de pratiques avec des poupées puis on a eu des massages [...]. Puis, souvent aussi dans les CLSC, tu as souvent des brochures, des pamphlets, à ce niveau-là. Les gens dans les cours prénataux nous dirigeaient dans ces endroits pour qu'on puisse recueillir cette information-là (Nina).

En fait, les renseignements reçus sont loin de faire l'unanimité parmi les participantes. Plusieurs en déplorent la désuétude et l'incomplétude. Comme Lucie :

J'ai suivi les cours prénataux, mais je trouvais que ça répondait pas énormément. Ça donnait un peu de documentation, mais je trouve que je n'ai pas appris grand-chose [...]. J'ai trouvé ça tellement déconnecté, j'étais découragée! [...] J'étais plus capable, tout à fait désuet, même les vidéos. Je n'avais jamais vu ça (Lucie).

De même, l'information donnée dans le cadre des rencontres prénatales avec le médecin n'apparaît pas toujours satisfaisante. Cette information dépend de l'ouverture d'esprit du médecin et de sa disponibilité. La majorité des femmes suivies par un médecin soulignent la trop courte durée de leurs rencontres prénatales et, par conséquent, le manque d'attention accordée à leurs interrogations. Plusieurs d'entre elles ont dit se sentir « comme du bétail », « non respectée comme personne ». Elles se sont perçues « un examen à faire » ou « un

numéro ». Elles ont utilisé des expressions très fortes comme « s'étant fait niaiser » ou ayant eu « l'impression d'être une vache sur une table et qu'on pique ». De nombreuses femmes qui ont choisi de « magasiner »<sup>7</sup> leur médecin, de faire appel aux services d'une sage-femme ou d'une accompagnante, affirment l'avoir fait en partie pour répondre à ce besoin de relation et d'information lors du suivi prénatal :

Dans les rendez-vous, j'étais pesée, mesurée, « t'as-tu des questions? ». 20 minutes. Je n'étais pas à l'aise avec ça, je me sentais comme du bétail. Fait qu'un moment donné, je pense au 2<sup>e</sup> trimestre, proche du 3<sup>e</sup>, j'ai pris de l'information pour avoir un autre suivi puis là, la maison des naissances est arrivée comme la solution parce que je voulais être en relation avec quelqu'un et non sous le contrôle de quelqu'un. Je l'ai senti comme ça. [...], je me sentais bien préparée, en me sentant bien préparée, je me disais que ça allait bien aller pour la finale qui est l'accouchement (Raymonde).

Par ailleurs, toutes les personnes ayant été suivies en prénatal par des services alternatifs (maison des naissances La Chrysalide, « Les Accompagnantes ») expriment leur grande satisfaction. Le contraste avec les services d'information plus traditionnels en matière de périnatalité est marqué dans les témoignages. Ces femmes s'accordent sur l'abondance et la variété de l'information reçue : « C'est vrai que c'est une bible, elles ont une super bibliothèque à la maison des naissances où c'est possible d'emprunter les livres, les vidéo cassettes, je les ai utilisés [...]. On parlait beaucoup de ce qui se passait pendant la grossesse, mais moi je voulais beaucoup d'info. » (Sophie). La satisfaction à l'égard de l'information reçue semble principalement reposer, d'une part sur la diversité de l'information offerte, d'autre part sur la présentation des forces et faiblesses des interventions, sur la disponibilité et l'ouverture des intervenants et, finalement, sur la volonté et les connaissances préalables des femmes elles-mêmes.

***3<sup>e</sup> constat : la difficulté d'accès à de l'information diversifiée, notamment sur les ressources et les pratiques alternatives***

---

7 Plusieurs participantes ont contacté plusieurs médecin et/ou ont fait appel à des amies ou au CLSC afin d'être suivies par un médecin qui réponde à leur exigence de respect de leurs choix, d'une écoute de leurs besoins et d'une ouverture à la présence d'une accompagnante...

Avoir accès à de l'information est une chose. Avoir accès à de l'information diversifiée en est une autre. Les participantes issues principalement des groupes de femmes socioéconomiquement défavorisés, certaines femmes immigrantes ou encore celles provenant des régions, ont fait part du manque d'information disponible concernant les ressources alternatives, si bien qu'elles n'ont pu les connaître et en bénéficier :

Ben moi non, premièrement moi la maison des naissances, je ne savais même pas que ça existait! Y m'ont même pas mis au courant que ça existait. Moi, un accouchement c'était à l'hôpital que ça se faisait, c'était automatique. Peut-être que j'aurais préféré une maison des naissances pour accoucher si j'avais su que ça existait, mais à mes deux grossesses, je ne le savais pas. Je l'ai su vraiment après mes grossesses que ça existait (Suzanne).

Certaines d'entre elles ont même découvert l'existence des sages-femmes ou des accompagnantes dans le cadre des entretiens collectifs de la recherche. Elles expliquent cet état de fait de diverses façons. La première raison, selon elles, est leur dépendance vis-à-vis du personnel rencontré. Pour ces femmes, la recherche d'information s'effectue principalement à l'aide de leurs réseaux personnels et des CLSC, des cliniques spécialisées ou des organismes d'accueil pour les immigrant(e)s. Hors de ces points d'entrée, elles semblent dépourvues et disent avoir l'impression de dépendre des connaissances et du bon vouloir des personnes qui oeuvrent au sein de ces organisations :

Pis ce que je déplore c'est que même quand je suis allée au CLSC pour dire je suis enceinte, quelles sortes de ressources je peux avoir, ils m'ont rien donné. Ils m'ont dit mais : « qu'est-ce que tu veux? ». « Justement, je ne sais pas. Qu'est-ce qui s'offre? » Puis, y'a fallu longtemps que je m'obstine avec l'infirmière. On dirait qu'elle ne savait pas ce que je voulais dire en disant : « À part les cours prénataux que vous offrez, qu'est-ce que je peux aller chercher? Parce que moi, je trouve que ça ne va rien m'apporter les cours prénataux ». Il y avait des petits pamphlets en arrière d'elle (et à force de persuasion, j'ai fini par les obtenir) (Danielle).

Cette impression qu'il faut connaître au préalable un service pour obtenir une information quant aux ressources alternatives revient souvent dans le discours des femmes. Si on connaît, on risque de trouver. Le contraire semble moins évident. Maggy exprime bien ce

dernier paradoxe : « R. a rencontré une des conseillères en allaitement qui lui a dit qu'elle ne pouvait pas (venir me voir) parce que ça devait être une infirmière qui lui demande de venir. Puis moi, je ne pouvais pas dire à l'infirmière de la faire venir parce que je ne savais pas que ça existait! » (Maggy).

***4<sup>e</sup> constat : l'accès difficile à l'information sur les programmes et les services répondant à leurs besoins***

Il fut également surprenant d'entendre plusieurs femmes affirmer qu'il leur était difficile de trouver l'information sur les services et les programmes répondant à leur condition. Dans l'échantillon, cela touche particulièrement, les femmes socioéconomiquement défavorisées, les femmes immigrantes et une femme présentant un handicap. Une connaissance limitée des services et des outils, et l'absence de réseau, semblent ici des éléments importants pour comprendre cet état de fait. Encore une fois, la recherche d'information s'effectue principalement à l'aide du réseau personnel, ainsi que par l'entremise des CLSC, des cliniques spécialisées ou des organismes d'accueil pour les immigrant(e)s. Et à nouveau les femmes disent dépendre du bon vouloir des personnes rencontrées. Si c'est la bonne personne tout va pour le mieux, sinon la situation peut rapidement tomber dans l'impasse ou encore devenir un jeu de ping pong où elles sont renvoyées d'une personne à une autre. L'information qu'elles mentionnent avoir recherchée portait principalement sur les programmes de soutien économique, sur des programmes d'accueil intégrant les dimensions de la périnatalité et destinés aux nouveaux immigrants, de même que sur les services spécialisés pour un handicap donné. L'inaccessibilité de l'information est également un point soulevé par la participante affligée d'un handicap visuel. En effet, cette dernière déplore l'absence d'information numérisée, braille ou audio, et constate que son handicap est un facteur qui limite son accès à l'information « régulière » :

Premièrement, il y avait aucune documentation accessible, aucune documentation à la magnétothèque ou à la SQLE (société québécoise du livre adapté). Y'a pas de livre sur cassette de disponible pour les non-voyants. Quand j'ai été à mon cours prénatal, y'avait aucune documentation [...]. Les médecins, ils n'aident pas. Tout ce qu'ils savent dire : « Oh, ben là, on n'a pas de ressources ». Puis, j'ai essayé d'en courir au niveau des nutritionnistes, à différents niveaux, les travailleuses sociales de

l'hôpital, des CLSC, des centres spécialisés, du Centre Louis Hébert qui est le logis de L'ADPQ. Puis, il y'a aucune ressource, Il y'en a pas. Tu demandes aux ergothérapeutes qui sont spécialisés pour les non-voyants : « Comment faut que j'adapte ma maison pour mon bébé qui s'en vient », ils ne les ont pas les ressources. Ils ne savent pas comment adapter une maison pour une maman non-voyante. [...] C'est vraiment le néant total (Maggy).

L'accès difficile aux documents numérisés, nécessaires à l'utilisation des équipements informatiques devant faciliter l'information aux non-voyants, fut régulièrement déploré.

***5<sup>e</sup> constat : l'absence de modèles d'accouchement sans intervention***

Outre les services et les moyens documentaires, l'information quant aux ressources disponibles et aux pratiques périnatales circule beaucoup informellement à travers le réseau familial et interpersonnel des femmes. Cette information « informelle » les oriente dans leur choix. Or, beaucoup de femmes interviewées nous ont fait part de l'absence, dans leur entourage, de modèle de femmes ayant accouché sans intervention médicale, c'est-à-dire sans épidurale ou sans césarienne. Certaines ont ainsi mentionné avoir souhaité accoucher sans épidurale mais que l'absence de modèle leur confirmant qu'il était effectivement possible de le faire les insécurisait et les incitait à choisir un accouchement assisté par la technologie. De fait, le taux d'accouchements naturels dans les hôpitaux de la région de Québec serait de 10 % à 15 % depuis le virage ambulatoire (Villa dans Collectif « Les Accompagnantes » 2003). Ce qui confirme en un sens que l'absence de modèle « naturel » entraîne une norme : l'accouchement « médicalisé ». Certaines femmes (notamment les femmes autochtones) ont cependant précisé qu'elles ne désiraient pas déroger de cette norme, exprimant de ce fait leur souhait d'être comme la majorité des femmes québécoises.

Dans les témoignages entendus, un certain nombre de requêtes reviennent sans cesse dans les discours :



- Le souhait de trouver, dans les lieux de services de 1<sup>re</sup> ligne (cliniques, CLSC, immigration Canada), une information diversifiée, répondant aux multiples besoins des femmes;
- Le souhait d'avoir accès à de l'information sur les ressources et les pratiques en milieu hospitalier en tenant compte des réalités régionales et des cultures des centres accoucheurs;
- Le désir de recevoir de l'information à la fois sur les pratiques médicales et alternatives, ce en quoi elles consistent, leurs forces et leurs faiblesses respectives;
- L'importance de transmettre cette information dans un langage compréhensible et de s'assurer qu'elle a effectivement bien été entendue et comprise par la femme (corroboré par Marshall en 2000).

La réponse donnée à ces souhaits par les services alternatifs pourrait peut-être expliquer le taux de satisfaction élevé manifesté par les femmes interrogées qui ont bénéficié de ces services.

### **3.2.1.2 Connaître ses droits**

Pour certaines immigrantes, être informées sur leurs droits faisait partie des données dont elles avaient besoin. Cela peut s'expliquer par le fait qu'elles ne connaissent pas bien la législation québécoise et qu'elles souhaitent en être mieux informées afin de vivre leur accouchement en toute liberté. Fabienne exprime bien ce besoin :

[...] la Chrysalide m'avait remis un feuillet sur nos droits et j'ai trouvé ça tellement important de savoir où étaient mes droits, ce que je pouvais demander au personnel infirmier... Il nous dit à quelque part les frontières dans lesquelles on peut se mouvoir en toute liberté, en toute sécurité et dans le respect de nos choix sans confronter le protocole médical (Fabienne).

Nous avons pu remarquer que beaucoup de femmes interviewées ne connaissaient pas leurs droits en matière de soins périnataux, ni ne savaient même qu'elles avaient des droits :

Moi j'ai été très frustrée d'être obligée de prendre l'épidurale, de ne pas savoir que j'avais le choix ou non. J'aurais voulu faire mon temps à mon rythme. Je pensais que j'étais obligée d'avoir un déclenchement et j'ai su après que ce n'était pas nécessaire. Je n'ai pas été informée. Même au 2<sup>e</sup>, la machine était rendue pour le déclenchement. Ça m'a bien frustrée. Le savoir avant, je n'aurais pas eu les mêmes choix (Juliane).

Il est à noter que celles qui connaissaient leurs droits en avaient été informées par leur accompagnante ou leur sage-femme. Ou encore dans leurs cours prénataux à la Malbaie ou à la Chrysalide (centre périnatal alternatif à Québec). À la lumière des témoignages, nous pouvons présumer que la connaissance de leurs droits permet aux femmes d'exercer leur pouvoir. Fortes de leurs droits, elles peuvent se sentir libre et se sentir justifiées de poser des questions, de choisir, d'énoncer ou de proposer le cas échéant, et si la santé de la mère et du bébé le permet, d'exiger le respect de leurs choix.

### **3.2.1.3 La nécessité d'avoir accès à des ressources pour exercer ses choix et ses droits**

Bien qu'être informées soit primordial, opérer des choix en fonction de cette information apparaît aux participantes comme un pas de plus. Or, pour faire des choix éclairés, les ressources doivent être disponibles et accessibles. Elles doivent aussi présenter une diversité d'options (Morcos et autres 1989; Sutherns 2001). Ceci dit, on remarque à la lumière des témoignages que les ressources traditionnelles, médicales et alternatives, ne sont pas perçues comme également accessibles dans toute la région 03 (Québec métropolitain, Portneuf, Charlevoix).

#### ***1<sup>er</sup> constat : les choix d'interventions variables en milieu hospitalier***

Les femmes de Charlevoix déplorent l'absence d'interventions médicales diversifiées, auxquelles elles seraient pourtant en droit de s'attendre :

C'est sûr, on a beaucoup de déceptions parce qu'on a beaucoup trop d'attentes pour ce qu'ils nous offrent. Ce qui est frustrant, c'est qu'on n'ait pas le choix de ce qu'ils nous présentent dans le cours prénatal... On sait que ça existe mais on ne peut pas l'avoir! Puis même l'épidurale, c'est quelque chose de pas très accessible, faut que l'anesthésiste soit là. Peut-être que si on l'avait, on ne la prendrait pas, mais c'est juste le fait d'avoir l'éventail, qu'on puisse y avoir accès quand on veut. [...] J'ai l'impression que le fait qu'on soit éloignée, on en a moins peut-être que dans les grands centres, fait qu'à ce moment là, ils nous en parlent pas plus qu'il faut (Sylviane).

Par ailleurs, et ce pour toute la région 03, plusieurs femmes déplorent que les intervenants et intervenantes ne proposent pas toujours les ressources, même si elles sont disponibles ou présentées dans le cadre des cours prénataux comme disponibles :

Mais là, y'a certaines ressources qui sont présentées au cours prénatal mais elles ne sont pas accessibles. [...] Moi personnellement, c'est ça qui me choque! Le fait d'accoucher dans l'eau ou tu sais, ce qu'ils nous montraient pour changer la douleur de place, Bonapace et les papules d'eau stériles. Ce n'est pas que ça m'intéressait de l'avoir mais ils nous le montrent, ils nous en parlent dans le cours prénatal, mais jamais ils m'ont offert ça pendant mon travail! (Line).

## ***2<sup>e</sup> constat : le peu de choix des lieux d'accouchement***

D'avoir le choix est essentiel, pis si toi t'es plus à l'aise chez vous tu devrais être capable d'avoir le choix, comme nous on était plus à l'aise en maison des naissances, alors c'est là qu'on est allé, si y'en a que c'est à la maison, pis c'est ça que je trouve qu'il faut préserver, c'est le droit de choisir en matière d'accouchement pour que tout le monde accouche en confiance dans le fond (Sophie).

Plusieurs participantes, principalement à la Malbaie, ont exprimé leur déception face au choix limité de lieux d'accouchement. Elles ont déploré le fait que le centre hospitalier de la Malbaie soit le seul lieu d'accouchement possible dans la région, et que, dans les cas de grossesses à risques, la parturiente soit systématiquement référée au Centre Mère-Enfant de Québec (Saint-François d'Assise au moment où notre recherche a eu lieu puisque le CME n'était pas encore ouvert) :

Il reste une chose, on n'a le choix, mais on a La Malbaie puis Québec. Ce n'est pas un grand choix là! Je veux dire que le choix est facile à faire! Je sais que les filles de Baie St-Paul vont aller à Québec, elles sont à une heure de Québec. Ce n'est pas si mal. Mais nous autres, deux heures de routes quand t'es dans les contractions, ce n'est pas plaisant! (Martine).

Les femmes de Charlevoix sont particulièrement sévères à l'égard des services périnataux reçus dans leur établissement régional. Elles déplorent une culture périnatale centrée, à leur avis, sur les besoins des intervenants plutôt que sur les leurs, et dont le symbole est l'accouchement avec étrières. À leurs yeux, peu de services y sont offerts dans une perspective d'humanisation de la naissance. Même les locaux sont considérés inadéquats.

Pour toute la région 03, la quasi inexistence de diversité de lieux d'accouchement en dehors du milieu hospitalier a été soulignée et déplorée. L'éloignement, la présence des ponts et la liste d'attente de la maison des naissances sont perçus comme des freins importants pour les femmes qui pourraient se montrer intéressées à faire les choses autrement. Plusieurs ont exprimé le regret de ne pas avoir accès à une maison des naissances sur la Rive-Nord (Charlevoix ou région urbaine de Québec).

### *3<sup>e</sup> constat : l'accès variable aux services dits alternatifs*

Si les ressources alternatives sont parfois présentes en milieu hospitalier dans la région urbaine de Québec, mais souvent passées sous silence, en région elles sont tout simplement inexistantes. Les femmes domiciliées dans Charlevoix ont été unanimes en ce qui concerne l'inaccessibilité à des ressources diversifiées comme l'hypnonaissance, le yoga prénatal, la présence de sages-femmes ou d'accompagnantes, ainsi que sur la discordance de l'information reçue dans l'unique cours prénatal comparativement à la réalité hospitalière de leur région. Cette même difficulté a été soulignée pour la région de Portneuf, bien que la proximité de la ville de Québec offre une certaine flexibilité et permet donc aux femmes un meilleur accès à des ressources.

### *4<sup>e</sup> constat : les lacunes dans l'offre de services spécialisés*

L'absence ou la difficulté d'accéder à certains services spécialisés ne pouvaient manquer d'attirer l'attention. Le manque de programmes financiers pour jeunes mères sans revenu en période périnatale, dû à leur condition d'étudiante ou de travailleuse autonome, a aussi été longuement abordé dans le groupe des femmes économiquement défavorisées. Si des ressources existent, elles n'ont point réussi à les identifier lorsqu'elles en avaient besoin. Selon elles, il existerait bel et bien un vide dans les programmes et les ressources. Habitues à vivre en femme autonome financièrement, cette absence de ressources est alors perçue comme une forme d'humiliation et de retour en arrière puisqu'elles doivent dépendre de leur conjoint, si celui-ci est présent. Ces jeunes femmes déplorent par ailleurs le manque d'harmonisation des pratiques et des conditions d'accès aux services comme le programme OLO (oeuf, lait, orange). Si à certains endroits (tels les CLSC) on les refuse, ailleurs elles finissent par découvrir qu'elles y ont droit.

La participante non-voyante souligne avec force de son côté qu'il est ardu d'avoir accès aux services spécialisés par manque de ressources financières. À son avis, de tels services devraient être accordés aux besoins et non en fonction des revenus puisqu'ils demeurent prohibitifs y compris pour les travailleurs de la classe moyenne. Elle souligne par ailleurs l'absence de service tout court répondant au besoin des femmes non-voyantes mères de jeunes enfants.

#### **3.2.1.4 Les causes de l'inaccessibilité telles que présentées dans le témoignage des femmes**

Les causes de cette inaccessibilité aux diverses ressources sont bien souvent multifactorielles. Outre les facteurs politiques, organisationnels et idéologiques qui peuvent expliquer la faible diversité dans les lieux de naissance, la rareté des services en région, la faible intégration des services alternatifs et traditionnels ou l'accès difficile à des services spécialisés, certains facteurs liés plus spécifiquement aux conditions de vie des femmes reviennent dans les discours pour pointer les difficultés. Ces facteurs sont : les coûts des services, l'absence d'horaires atypiques ainsi que l'éloignement (temps et transport). Tous représentent des freins à l'accessibilité, notamment pour les femmes économiquement défavorisées, les femmes immigrantes ou la femme souffrant d'un handicap ou vivant en

région. Lucia exprime très bien cette réalité dans le témoignage suivant : « Je ne peux pas aller aux rencontres prénatales parce que l'horaire est très difficile pour moi et mon mari. C'est de 19 h à 21 h au CLSC de Ste Foy. On n'a pas d'auto et on devrait prendre plusieurs autobus. ». Certaines femmes témoignent avoir vécu dans un dénuement tel que même l'achat d'un billet d'autobus était prohibitif.

Les témoignages recueillis sont donc porteurs de divers constats en matière d'accessibilité : 1) les femmes en région considèrent qu'elles bénéficient de peu de services et de ressources médicales; 2) de façon générale, plusieurs femmes déplorent la quasi inexistence de diversité de lieux d'accouchement alors que les besoins et les visions de l'accouchement sont multiples; 3) l'accès difficile à des soins diversifiés est pointé du doigt.

### **3.2.2 2<sup>e</sup> revendication : qu'il y ait un plus grand respect des besoins, des choix et des droits des femmes lors de l'accouchement en milieu hospitalier**

On ne fait pas toutes partie des mêmes cultures, des mêmes religions. On ne pense pas toutes de la même manière, de la façon dont on va avoir cet enfant-là, puis ce qu'on veut lui apporter. C'est prioritaire de respecter les choix de chacune et je pense que du fait d'avoir des protocoles comme ça et de dire « nous on fonctionne de même, puis vous l'acceptez ou vous allez ailleurs », on ne peut pas faire ça puisqu'on n'a pas le droit d'accoucher chez nous! Donc, déjà en partant, de respecter comment on décide de le vivre parce que c'est nous, ce n'est pas l'enfant de l'hôpital, c'est notre enfant qu'on met au monde (Hélène).

Cet extrait illustre bien toute l'importance que les femmes accordent dans leurs témoignages au fait de considérer et de respecter l'unicité de chaque femme et, ainsi, les besoins et les choix de chacune.

Ceci doit être fait dans le respect de leur vision de l'accouchement. Cette vision apparaît, pour certaines, comme « *le chemin pour avoir (son) bébé* ». Peu d'emphase et d'importance sont parfois mis sur la grossesse et sur la façon dont l'enfant va naître, dans la mesure où le bébé est en santé :

Moi au début, je disais : « Regarde, le but s'est toujours bien d'avoir un bébé, ce n'est pas d'accoucher ». Si tu tombes enceinte, c'est que tu veux un enfant pas parce que tu veux accoucher. L'accouchement, c'est le chemin pour avoir ton bébé. Je ne pense pas je suis moins une femme parce que je n'ai pas accouché naturel. Ce n'est pas ça qui fait la qualité d'une personne, c'est d'avoir des enfants en santé pis d'être bien là-dedans (Lili).

Pour d'autres femmes, l'accouchement est considéré comme un événement hors du commun et porteur d'une part de mystère et d'imprévisibilité qui prend couleur d'un rite de passage. Chaque expérience se rapportant à l'enfant à naître est donc vécue de façon unique.

Les femmes interrogées souhaitent toutes, à leur façon, compréhension et considération, et ce, peu importe leur choix ou leur vision de l'accouchement, notamment en regard de la présence ou non d'interventions médicales. Elles ne veulent pas être jugées. :

C'est le changement de chiffre, la 1<sup>re</sup> elle comprenait ce que je vivais, l'autre c'était rien que de faire, veux tu essayer le ballon, on dirait qu'elle voulait me faire essayer toutes les méthodes possibles, mais moi je voulais juste avoir l'épidurale et plus sentir parce que j'avais des contractions une après l'autre, elle comprenait pas, ce n'est pas ça que je voulais (Maryse).

Il est important de souligner que cette seconde revendication est principalement portée par les femmes ayant accouché *en milieu hospitalier*. Toutes les femmes ayant accouché en maison des naissances ont en effet fait part d'une satisfaction totale à l'égard du respect de leurs choix, de leurs besoins et de leurs droits, à l'exception de Christelle qui, elle, ne s'est pas sentie respectée dans son besoin de rester plus longtemps à la maison des naissances pour se reposer après la naissance de son enfant :

J'ai pas senti qu'on me mettait à la porte mais cette sage-femme aussi elle est plus expéditive, faut pas prendre personnel tout ce qu'elle dit mais moi j'ai accouché vers 6 h le matin et vers 16 h elle me suggérait de m'en aller [...] je me serais reposée, [...] on retourne dans la routine « Slack! », je serais restée plus longtemps mais je me serais peut-être assise la dessus, j'ai trouvé ça rapide mais t'as pas le choix que de te prendre en mains tout de suite. Mais je me serais plus reposée (Christelle).

Toutefois, la situation rapportée par Christelle est isolée puisque parmi les témoignages reçus, même dans le cas où les femmes souhaitaient une intervention médicale (c.-à-d. partir à l'hôpital pour obtenir une épidurale), toutes ont mentionné le fait qu'elles étaient responsables de leurs décisions et que leur sage-femme les accueillait et les respectait dans leur choix d'avoir une intervention. À titre d'exemple :

Les sages-femmes elles, comment je pourrais dire ça, elles te donnent ton pouvoir. T'as le pouvoir de [...] elles le disent aussi, si à un moment donné tu la veux l'épidurale, on s'en va à l'hôpital pis on te la donne tu sais. Pis c'est toi qui prend la décision, elles te disent tu peux l'avoir l'épidurale, il n'y a pas de problèmes. Si tu te rends jusqu'au bout pis que tu n'es plus capable, on te transfère à l'hôpital, ça tu le sais c'est toi qui prends la décision (Sophie et Janine).

Ce constat va dans le sens des écrits de Vadeboncoeur (2004 : 90) : « il appert que la formation et la philosophie entourant la pratique sage-femme, basées sur le respect des besoins et des choix, encouragent l'autonomie des femmes pendant toute la période périnatale ». Le témoignage de Maude fait ici écho : « (La sage-femme) m'a donné confiance, elle m'a montré que j'étais capable de le faire [...] elles nous laissent toujours prendre nos décisions et ça nous aident à rester en contact avec nous, pis avec l'enfant [...] ».

Les commentaires concernant l'importance de reconnaître les femmes dans leurs spécificités propres et, partant, de tenir compte de la diversité de leurs besoins et de leurs choix reviennent néanmoins avec régularité dans le discours de l'ensemble des participantes. Nous présentons ci-après quelques-uns de ces besoins et choix autour desquels se cristallisent les discours : besoins auxquels on n'a pas répondu (en milieu hospitalier) ou encore que les femmes auraient souhaité ou apprécié qu'on les prenne en compte. Suivront les facteurs qui favorisent, ou au contraire font obstacle, au respect de ces besoins et de ces choix.

### **3.2.2.1 Les besoins et les choix autour desquels il semble y avoir un consensus**

#### *Des besoins physiologiques de base*

« Boire! Je n'avais pas le droit de boire, puis j'ai trouvé ça dur. Ça été long mon premier accouchement puis je trouvais que les glaçons, ça ne me rafraîchissait pas assez.



J'avais hâte de boire. » (Hélène). Comme Hélène, plusieurs femmes témoignent de leurs difficultés à trouver en milieu hospitalier une réponse adéquate à leurs besoins physiologiques de base (manger, dormir, boire), et ce, dans le cadre d'un accouchement *régulier*.

### *L'intégrité physique*

Plusieurs participantes ont partagé avec émotion les atteintes ressenties face à leur intégrité physique et à leur intimité au moment de leur accouchement en milieu hospitalier : « J'ai accouché à St-François d'Assise. C'était tous les étudiants qui après m'ont tripotée. Puis, j'en ai eu à peu près 10. C'était infernal. À toutes les 15 minutes, y en avait un qui venait me tripoter. » (Hélène).

Tous les autres médecins qui m'avaient fait les examens avant me donnaient une serviette avant mais lui, non, c'était « Envoyes, déshabilles-toi, écartes-toi les jambes! » [...] Je me couche, ça faisait pas son affaire parce qu'il avait pas eu le temps de prendre son café, que c'était pas le temps, qu'il n'était pas au courant, il m'a tout dit ça. Pis moi, j'ai peur [...]. Il me fait mon examen, j'ai jamais eu aussi mal de ma vie en me faisant un examen, il est rentré sec, il poussait, il poussait, je me levais dans mon lit « madame détendez-vous ou je ne serai pas capable » [...] « Bon, on va vous mettre le gel (pour le déclenchement) ». Sans m'avertir, il rentre. J'ai fait comme : « Hein ». Il est rentré dans le vagin sans me demander de prendre une bonne respiration. C'est quand même une partie très intime. Ce n'est pas n'importe qui, qui rentre ici. « Là, si vous êtes toute raide le gel va ressortir ». Je lui ai dit : « Vous ne pouvez pas vous imaginez ce que c'est que d'avoir quelqu'un qui vous rentre dans le vagin sans vous avertir, Monsieur ». « Ben là, moi je suis pressé, je m'en allais en césarienne! » Le résident était là et il est sorti. Il était trop mal à l'aise. Quand il est revenu, il (le résident) m'a dit : « Je suis désolé madame, je suis sorti car j'étais trop mal à l'aise, je ne suis pas supposé vous dire ça ». Il a pris le temps de parler (Laurence).

Plusieurs participantes, principalement des jeunes femmes et quelques femmes de Charlevoix, ont également mentionné avoir été victimes de certains gestes ou attitudes qu'elles ont perçu comme agressants ou avilissants. L'absence d'intimité (par ex. : des portes ouvertes) est également un phénomène présent en milieu hospitalier auquel certaines femmes ont été confrontées, et qu'elles ont déploré.

### *Le désir d'être entendues*

Les émotions font partie intégrante de la vie : « Les peurs n'échappent pas au vécu émotionnel des femmes enceintes que la nature semble avoir doté d'une immense capacité d'inquiétude » (Brabant, 1991). Plusieurs participantes à la recherche nous ont fait part de diverses peurs allant de la crainte d'une altération physique (c.-à-d. une déchirure) à la peur de la douleur. Peur aussi de ne pouvoir accoucher par voie vaginale et craintes quant à la santé du bébé à naître. Toutes n'ont pu partager ces craintes avec leur intervenant(e) : « Il y a une chose que je ne peux pas exprimer du tout avec le gynécologue, pas les questions comme techniques, mais l'intuition, les émotions, les peurs. » (Lucia). Par contre, celles qui ont pu le faire se sont senties apaisées et disent avoir vécu leur grossesse et leur accouchement avec une plus grande sérénité : « Elle (la sage-femme) m'a vraiment rassurée. Elle est vraiment allée chercher mes peurs, mes craintes. On en a parlé beaucoup [...]. Puis on s'est rendu compte que ce que j'apprenais, c'est ce que j'ai vécu à ma propre naissance [...]. Il a fallu couper ça. » (Laurence).

### *Le désir que l'on respecte la façon choisie pour soulager ou vivre la douleur*

Toutes les femmes rencontrées ont, sans exception, parlé de la douleur liée à l'accouchement. Pour la majorité d'entre elles, l'accouchement est une expérience douloureuse et le moyen de répondre à la douleur, du moins en milieu hospitalier, se résume pour ce qu'il en est de la très grande majorité des femmes rencontrées, à l'épidurale.

Il va sans dire que le choix de l'épidurale n'est pas simplement motivé par la peur des femmes. Il survient en raison de convictions personnelles, comme en témoignent Maryse et Jeanne : « C'est sûr que j'allais demander une épidurale [...] moi, je voulais pas subir la douleur mais profiter de l'accouchement, je voulais en profiter, être là de corps et d'esprit, pas juste subir la douleur, je voulais comme accoucher avec le sourire aux lèvres. » (Maryse).

Un de mes besoins, c'était qu'ils pouvaient me donner l'épidurale, moi c'était important pour moi de ne pas souffrir, moi c'est vraiment la douleur; pour moi c'est une incompréhension de l'évolution de l'homme, j'ai aimé la

péridurale. Je n'avais pas perdu le contrôle sur mon corps, c'était juste bien dosé (Jeanne).

***Être respectées dans leurs choix face à une intervention médicale ou aux approches alternatives***

[...] moi, l'infirmière que j'avais elle avait accouché naturellement et quand j'ai eu l'épidurale, elle me regardait plus pareil parce que je faisais plus comme elle, [...]. Là, l'infirmière était plus avec moi, elle était juste à ses affaires alors qu'avant elle me parlait : « prends ça comme une vague ». Elle m'aidait, mais après c'était fini (Juliane).

De fait, toutes les femmes ont insisté sur l'importance de se sentir libre d'exprimer leur désir d'avoir une intervention médicale, aussi bien en milieu hospitalier qu'en maison des naissances. Elles ont insisté également sur leur souhait de pouvoir vivre sans jugement péjoratif le choix d'accoucher de façon naturelle en milieu hospitalier, ou encore de bénéficier d'une intervention alternative, si désiré (par ex. : l'homéopathie).

***Être prise en charge ou se prendre en charge : même besoin de respect***

Plusieurs femmes souhaitent d'emblée être prises en charge par le corps médical : « Moi, je veux un médecin qui soit capable de faire un accouchement et une infirmière qui soit capable de coacher aussi. J'aime ça être prise en charge par un système médical organisé [...]. Je pense qu'on doit être capable de laisser les professionnels travailler » (Nancy). D'autres suivent tout simplement quand elles constatent qu'elles ne peuvent contrôler leur accouchement. Elles font alors confiance à l'équipe médicale en place et se laissent guider au rythme des intervenant(e)s et des interventions déjà en cours : « [L'accouchement était] hors de mes mains parce que je ne pouvais commencer de manière naturelle. Je dépendais de toutes les interventions, comme la rupture des membranes, de tout le matériel médical mis en place. » (Lucia).

Le cas des jeunes mères est particulier. La majorité de celles que nous avons interviewées se sont senties infantilisées lors de leur accouchement en milieu hospitalier, et elles le déploraient. Selon elles, le personnel a pris toutes les initiatives sans leur laisser aucun pouvoir décisionnel. Elles considèrent qu'en raison de leur jeune âge, il leur a été difficile de

faire valoir leurs propres choix auprès des intervenant(e)s à cause de préjugés défavorables entretenus par ces derniers à leur égard, comme en témoignent Laurence et Lili : « Plus t'es jeune, moins tu peux décider, ils te demandent encore moins ton avis, la prise en charge est plus grande parce qu'ils ont l'impression qu'on ne sait pas grand-chose. » (Laurence). « Mais moi, rencontrer une infirmière qui se prend pour ma mère parce que je suis dans la jeune vingtaine et que je suis enceinte, mais je n'ai pas besoin de me faire mater, là! Je suis rendue une adulte responsable, qu'elle se prenne pour ma "ma tante", ce n'est pas la relation que je veux avoir. » (Lili). Les jeunes femmes veulent être reconnues dans leur capacité de se prendre en charge. Elles veulent avoir un droit de parole sur leur accouchement et être respectées dans leurs décisions et leurs compétences au moment d'avoir un enfant : « Ils devraient comprendre que si on a été assez raisonnable pour prendre la décision de le garder, c'est qu'on est prêt, même si on est jeune » (Susanne).

Les femmes accompagnées par l'une des membres du Collectif « Les accompagnantes » ou par une sage-femme, ainsi que celles ayant souhaité les services d'une sage-femme mais n'y ayant pas eu accès pour différentes raisons, insistent elles aussi sur leur volonté de s'approprier leur accouchement et sur le fait qu'elles veulent voir respecté leur propre rythme de travail :

Lors de l'accouchement, « tu vas à la rencontre avec un être qui est ton enfant mais ce cheminement, c'est toi qui doit le faire. C'est de permettre cette conquête là pas avec les hésitations et au rythme auquel tu aspiras, et pas cette dimension très interventionniste pour finalement fouler cette contrée lunaire. Moi, l'image qui me vient en tête, c'est comme si le personnel hospitalier avait tendance à te mettre sur des rails, des rails puis de dire : "go, go, vas-y!", plutôt que toi tu vas peut-être des fois tourner à droite et à gauche, parce que le déclenchement de mon accouchement souvent moi aussi on me l'a fait et j'ai résisté, comme toi. » (Fabienne).

***Le désir d'être reconnue dans leur savoir informel, intuitif ainsi que pratique, pour celles qui ont déjà accouché***

Grâce à la présence de leur accompagnante, de leur sage-femme et parfois de leur médecin ou de leur infirmière, certaines participantes ont exprimé la possibilité qu'elles ont eu

d'être reconnues dans leur savoir informel et leur intuition. Ce savoir est défini par les femmes comme étant leur capacité innée de mettre au monde leur enfant, comme étant quelque chose d'ancré en elles :

[...] qu'on prenne en considération, même si c'est un savoir faire qui est complètement informel et plus fondé sur quelque chose d'instinctif. Ils ne prenaient pas en considération que c'est une 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> grossesse, mais quelque part tu emmagasines un certain savoir faire [...]. Et ça, je trouvais que ce n'était pas pris en compte et qu'on ne se fie pas à l'instinct et à ce savoir-faire de la femme [...]. Ces choses- là, qu'on sait parce que c'est ancré en nous, parce qu'on s'écoute, qu'on sent les choses, ce n'est pas pris en considération (Fabienne).

***Le désir, pour certaines, que soit tenue en compte la dimension spirituelle de l'accouchement***

Le besoin de compréhension et de considération faisait également référence à l'aspect spirituel que revêt l'accouchement pour certaines femmes :

[...] pis pour moi, l'accouchement, c'est le moment le plus important dans la vie d'une femme. Pis vivre ça à l'hôpital, ça empêche de toucher à ce qu'est l'essence de l'accouchement pour la femme au niveau spirituel [...] et de m'ouvrir aux messages que mon accouchement a à m'envoyer. C'est comme un genre d'initiation un accouchement. Ça m'a vraiment permis de grandir intérieurement, d'une façon que j'aurais jamais pensé, capitale (Maude).

Toutefois, bien que certains médecins puissent avoir une ouverture à l'aspect spirituel de l'accouchement, celles qui sont sous leurs soins ne font pas référence en général à cette dimension mais insistent plutôt pour être reconnues dans leur vécu émotionnel, quel qu'il soit. Ce discours sur la dimension spirituelle de l'accouchement est surtout porté par les femmes qui ont choisi d'être suivies par une sage-femme ou accompagnée par une membre du Collectif « Les accompagnantes ».

***Porter une attention particulière au vécu émotif entourant la césarienne***

Pis la 2<sup>e</sup> fois, le médecin m'a dit : « Là, la 1<sup>ère</sup> chose que je veux te dire, c'est que tu peux l'avoir par voie naturelle après une césarienne, ça peut se faire ». Fait que tu espères. Fait que je me

suis préparée en conséquence. Puis, tu arrives là, je ne sais pas ce qu'il y a, mais je n'arrivais pas à... Je ne dilate pas. Ça coince. Je ne sais pas. Il y a un côté physique, au niveau du bassin, ça ne passe pas. Mais je me suis quand même rendue jusqu'à [...] elle était sur le point de sortir, mais elle ne passe pas. Puis, un moment donné, tu vois le cœur (flancher) et le médecin demande la césarienne. Je savais ce que j'allais endurer. Après, ça fait tellement mal, c'est long. La convalescence est longue. Je ne voulais pas pleurer. Je m'étais promis de ne pas pleurer. Ça prouve que la douleur est encore là (Patricia).

C'est un deuil à faire un petit peu, c'est de dire moi ça ne c'est pas passé comme ça. C'est un deuil à faire. On le fait. Ils nous donnent tellement de calmants, on n'a pas le choix, parce que c'est une chirurgie. Ça prend du temps avant de remonter la pente. Tu ne peux pas lever ton bébé haut dans les bras (et choses) semblables. C'est long (Lili).

Les témoignages de Patricia et de Lili montrent que la césarienne n'est pas une opération anodine et qu'elle est porteuse de souffrances physiques et psychologiques lorsqu'elle n'est pas planifiée. Elle demande souvent un ajustement de la part de la parturiente qui doit alors faire le deuil d'un accouchement par voie vaginale; elle nécessite parfois un soutien moral afin que la femme se sente valorisée, malgré tout.

[...] si les gens étaient plus humains, elles (les femmes ayant subi une césarienne) ne se sentiraient pas dénigrées. Elles se sentiraient femme pareil. Elles se sentiraient mère pareil. Elles se sentiraient capables pareil. Elles ne se sentiraient pas comme si elles s'étaient fait enlever l'appendicite. [...] C'est long avant que tu t'enlèves de l'idée que tu as raté ton accouchement. Il faudrait travailler dans le sens où on félicite la personne qui a accouché (Roxane).

Cependant, il faut noter que lorsque la césarienne est planifiée, et même choisie, les choses semblent se passer beaucoup mieux :

Par contre, au 2<sup>e</sup>, ça a mieux été parce que j'avais préparé mon médecin, que étant donné que moi j'avais un bassin étroit, c'était pas mal sûr que je ne pouvais pas accoucher naturellement par rapport à ce que bon, le bébé est plus gros, puis le passage... Fait qu'au 2<sup>e</sup>, j'ai trouvé ça plus agréable parce que j'ai planifié ma césarienne. Fait qu'on me disait : « Telle date, tu vas rentrer le

matin ». J'étais bien préparée parce que je savais à quoi m'attendre (Nina).

### **3.2.2.2 Les facteurs qui favorisent ou font obstacle au respect des besoins, des choix et des droits**

Les facteurs présentés ici sont tirés directement des témoignages des femmes participant à la recherche et illustrent bien leurs perceptions quant à l'influence qu'elles pouvaient ou ne pouvaient pas avoir à divers moments sur ces mêmes facteurs. Elles ont en fait peu référé à des considérations idéologiques (c.-à-d. : au pouvoir médical), juridiques (c.-à-d. : aux poursuites), politiques (c.-à-d. : aux orientations gouvernementales), économiques ou aux rapports de genre qui influent également sur le respect des besoins, des choix et des droits des femmes. Nous présentons ces facteurs sans instituer un ordre d'importance mais en soulignant que tous ont été récurrents dans le discours des femmes rencontrées.

#### ***1<sup>er</sup> facteur : l'existence de capacités individuelles pour exprimer ses besoins, ses choix et faire respecter ses droits***

Outils disponibles et habiletés individuelles apparaissent comme des conditions *sine qua non* à l'expression des besoins et des choix. Les habiletés de communication, la capacité de réflexion, l'aptitude à préparer un plan de naissance et à affirmer sa volonté sont des atouts indéniables.

L'utilisation de ces capacités d'ordre individuel repose bien sûr sur les connaissances qu'ont acquises les femmes : l'accès à une information diversifiée et fiable, durant la grossesse et tout au long du travail et de l'accouchement, est donc nécessaire pour qu'elles puissent choisir, demander, voire exiger au besoin. Il en va de même pour la connaissance de leurs droits en période périnatale, qui délimite *les frontières à l'intérieure desquelles elles peuvent se mouvoir*. Car une femme ne peut exprimer ses choix et ses droits si elle n'en a pas été informée clairement au préalable.

Ainsi, la connaissance acquise dans le cadre de certains cours prénataux ou auprès de leur sage-femme, ou encore de l'accompagnante, donne-t-elle aux femmes une bonne

connaissance de leurs droits et une grande détermination dans leur désir de faire respecter leurs choix le jour de l'accouchement :

Avec Claire (l'infirmière), on a pu aussi en parler beaucoup dans les cours prénataux. Fait que ça, ça m'a aidée à voir qu'il y avait d'autres types d'expériences. Puis, que oui, ça pouvait être facile. Puis, avec Claire, on a parlé aussi de toute la préparation [...]. Elle nous dit qu'on n'est pas malade et qu'on doit avoir le contrôle de notre accouchement. Puis qu'on doit avoir le choix de faire ça, ça, ça. Mais ce n'est pas ça pantoute!!! Bien moi la ceinture, je l'ai fait débarquer, quand tu parles du pouvoir. Ils (les membres du personnel infirmier) ne voulaient pas. Ils disaient : « ça prend les battements du cœur du bébé ». J'ai dit : « regarde, moi je ne suis plus capable de l'avoir la ceinture, elle me tombe sur les nerfs, je ne la veux plus ». « Faut absolument les battements du cœur du bébé, ça la prend! ». J'ai dit : « Tu me la remettras plus tard, donne-moi un break, je n'en peux plus! » (Maya).

Par ailleurs, les femmes ayant préparé un plan de naissance ont mentionné l'importance de l'information contenue à l'intérieur de ce dernier. Elles ont apprécié le pouvoir qu'il leur donnait et ont souligné l'avantage d'avoir un support écrit auquel elles pouvaient se référer le cas échéant le jour de l'accouchement, et qui permettait de faire respecter leurs choix, comme l'exprime Fabienne : « [...] le plan de naissance, ça permettait à tout le monde de savoir ce que je voulais. L'accompagnante fait en sorte que c'est toujours tes choix qui vont primer » (Fabienne).

Nous avons constaté que le manque d'outils et d'habiletés touchait principalement les femmes primipares ou celles qui étaient les moins scolarisées parmi les participantes de notre recherche. L'éducation est d'ailleurs souvent perçue dans les recherches comme un facteur déterminant de « l'aptitude à influencer les autres et à faire des requêtes » (traduction libre, Pelkonen, Perala et Vehvilainen 1998 : 18). D'autres facteurs semblent avoir joué un rôle pour les femmes interrogées : la présence d'une précarité émotive (par. ex. : abandon du conjoint en cours de grossesse) ou financière, la méconnaissance de la société d'accueil, ainsi que la présence d'un handicap semblent aussi imposer des contraintes de temps, de disponibilité, de ressources et d'énergie qui viennent étouffer l'expression des capacités individuelles.



### ***2<sup>e</sup> facteur : des besoins essentiels insatisfaits***

Abraham Maslow (1943) expose dans sa pyramide des besoins l'importance de satisfaire ceux situés aux niveaux inférieurs (physiologiques) avant de penser à ceux placés aux niveaux supérieurs de la pyramide. D'après sa théorie, il existerait une hiérarchie qui impose qu'un besoin supérieur ne puisse être comblé qu'à la condition de satisfaire les premiers. On peut donc supposer qu'il sera plus difficile, pour les femmes dont les besoins de base ne sont pas comblés (par ex. : la sécurité, le repos, la soif, le respect de l'intégrité physique), de prendre des décisions en fonction des choix qui leur seront offerts ou de répondre adéquatement à leur besoin d'accomplissement puisque celui-ci se situe au plus haut niveau de la pyramide.

### ***3<sup>e</sup> facteur : la conviction d'être capable d'enfanter***

« Ça fait des millions d'années qu'on accouche comme ça [...].  
J'me suis dit : ce sera pas quelqu'un qui va m'accoucher, c'est moi qui va accoucher [...] je vais être capable. » (Anne).

Pour certaines femmes, leur propre conviction dans leur capacité de mettre au monde un enfant a favorisé le respect de leurs besoins, de leurs choix et de leurs droits. Cette conviction a surtout semblé présente chez les femmes suivies par une sage-femme, une accompagnante, ainsi que chez quelques femmes de Charlevoix. Elle a également été repérée chez celles ayant bénéficié d'une préparation prénatale particulière (notamment le yoga prénatal), préparation au cours de laquelle elles furent informées de leurs droits et où l'accent fut mis sur la confiance en elle-même et en leur savoir-faire instinctif :

[...] La Chrysalide, le travail que fait Denise Laurendeau et ses collaboratrices, est vraiment extraordinaire [...] On est plus dans un processus d'autonomie habilitant et ça nous permet aussi en tant que femme [...] au conjoint aussi [...] ça nous habilite. C'est comme si on devenait (pré-parent) avant l'accouchement et qu'on prenait en main cet événement-là. Elle nous fait vivre la grossesse différemment, pas comme un acte médical, mais comme un voyage (Fabienne).

De fait, beaucoup de femmes rencontrées ont dit qu'elles s'étaient senties ragillardies du seul fait de se redire à elles-mêmes qu'elles n'étaient pas les premières à

mettre leur enfant au monde et que, comme bien d'autres femmes avant elles, elles se sentiraient bel et bien prêtes à vivre l'expérience de l'accouchement le moment venu.

Cette conviction en leur propre capacité à enfanter peut être renforcée par l'expérience antérieure de la parturiente, mais aussi par la confiance manifestée par l'intervenant ou l'intervenante dans leur savoir-faire et leur compétence. À la lumière des témoignages recueillis, un suivi adéquat par une sage-femme ou une accompagnante, et par une ou un médecin, semble vraiment favoriser une prise en charge de son accouchement par une femme.

***4<sup>e</sup> facteur : le pouvoir de choisir son intervenant ou intervenante en fonction de ses besoins et de sa vision de l'accouchement***

J'ai pris un médecin qui était reconnue pour être très, très humaine, très chaleureuse. J'avais demandé le nom de différents médecins qui étaient réputés pour être un petit peu plus ouvert d'esprit. » (Anouck).

Se donner le droit de « magasiner » et de choisir son médecin, gynécologue ou sage-femme afin d'être suivie par un(e) intervenant(e) qui partage sa vision de l'accouchement ou sa philosophie des soins est important. Comme aussi le fait d'aller se chercher une accompagnante, au besoin, favorise la création d'un environnement propice au respect de ses choix et droits. C'est d'autant plus important pour les femmes qui désirent une approche moins technique et plus intimiste, ce qui se révèle parfois en contradiction avec la culture des centres accoucheurs situés en milieu hospitalier.

Les critères les plus souvent cités pour effectuer leur choix, et ce, indépendamment de la vision de l'accouchement, de l'âge, du statut socioéconomique, de la situation géographique et de la culture des participantes, touchent les caractéristiques personnelles de l'intervenant(e) telles l'ouverture d'esprit, l'humanité, l'écoute et le fait d'inspirer la confiance. La compétence professionnelle et les possibilités de poursuivre un suivi en postnatal à long terme sont aussi des critères mentionnés. La grossesse est en effet une occasion saisie par certaines pour identifier un médecin de famille et quitter ainsi les listes d'attente.

Ce « magasinage » est principalement effectué dans le cadre du suivi prénatal, mais il est aussi envisagé par certaines le jour même de leur accouchement, si elles sont en condition de le faire : « [...] si j'avais une antipathie naturelle envers ce médecin-là, c'est sûr que moi je n'accouchais pas ici » (Sylviane). De fait, Sylviane, cette participante de Charlevoix, avait prévenu son conjoint de son désir de partir accoucher à Québec dans l'éventualité où tel médecin particulier aurait été de garde le jour de son accouchement.

Le choix est également orienté par les besoins des femmes et par leur vision de la périnatalité. Comme le montre une étude menée par Galotti et autres (2000) sur le choix d'un intervenant pour la naissance, les auteurs constatent que les femmes qui donnent la préférence à une sage-femme sont plus ouvertes aux approches alternatives que celles qui choisissent un médecin. Les femmes suivies par une sage-femme se décrivent quant à elles comme prenant des décisions plus intuitives que rationnelles, et elles semblent également avoir une vision plus positive de l'accouchement. Elles ont foncièrement une vision naturelle de la grossesse et de l'accouchement et font preuve d'une confiance en elle, qui est bien sûr entretenue par la sage-femme tout au long du suivi. Finalement, ces femmes acceptent d'être différentes des autres qui choisissent un médecin et elles assument leur choix sans se laisser influencer par autrui. Les résultats rapportés par Galotti sont confirmés par les nôtres quand on s'arrête aux femmes de notre recherche qui ont été suivies par une accompagnante<sup>8</sup> et à celles suivies par une sage-femme. Sophie en témoigne :

Moi aussi, j'ai eu pleins d'amis, pas te faire traiter de folle mais quasiment. Pis mon conjoint au bureau, il est arrivé un matin avec un article sur son bureau concernant une poursuite contre les sages-femmes. C'est un employé de son bureau qui avait mis ça et il lui disait : « Es-tu malade! Ta blonde va aller accoucher là! Les faits sont là ». Il trouvait que c'était irresponsable de notre part de prendre le risque avec un enfant d'aller accoucher dans un milieu qui est non sécuritaire d'après eux. Les amis ont été supportants quand même, mais il y a eu plusieurs rencontres où il fallait justifier nos choix, rassurer les gens; autant ça que l'allaitement.

---

8 L'accompagnante, au même titre que la sage-femme, encourage la prise en charge par la mère de sa propre santé, laquelle commence avec son accouchement et, grâce à son approche respectueuse de la femme dans sa globalité, la soutient et l'encourage dans son autonomie et son savoir-faire (Collectif « Les Accompagnantes »).

***5<sup>e</sup> facteur : la création d'une relation de confiance avec son médecin accoucheur ou sa sage-femme***

Elle (la gynécologue) était humaine. Elle ne s'acharne pas. Elle est humaine. Elle t'explique les vraies affaires. Elle te dit ce qu'il en est, puis elle est ouverte. Par exemple, moi, je lui avais demandé si je pouvais avoir des positions d'accouchement particulières. Elle avait dit : « Pas de problème, c'est toi qui accouches ». Très ouverte, très humaine. Quand je suis rentrée à l'hôpital pour mes saignements, elle venait nous voir tous les jours. Elle prenait le temps de s'asseoir au pied du lit, de parler avec nous (Maggy).

Toutes les femmes rencontrées à l'occasion de la recherche s'entendaient sur l'importance d'avoir une bonne relation avec leur intervenant(e) pendant le suivi prénatal. Cette bonne relation, basée entre autres sur la confiance, les femmes en parlaient comme la source d'un sentiment d'assurance. Savoir que l'intervenant(e) respectera les besoins et les choix qu'elles feront en cours de grossesse et lors de l'accouchement est rassurant : « [...] le gynécologue qui était là était quand même à l'écoute, il a prit le temps de m'écouter et de savoir pourquoi je pleurais, ça m'a un peu rassurée de savoir qu'il était à l'écoute des besoins » (Laurence).

Une relation satisfaisante est également basée sur la communication, c'est-à-dire sur la présentation d'une information diversifiée par l'intervenant(e) et l'expression en retour par la femme de ses attentes et de ses besoins. L'écoute attentive (c'est-à-dire l'accueil et l'ouverture aux demandes et aux questions des femmes), de même que l'échange autour de l'information transmise favorisent la prise en compte de leurs besoins et le respect de leurs choix et de leurs droits. Ayant instauré une bonne relation avec leur intervenant(e), la majorité des femmes interviewées ont dit souhaiter sa présence le jour de l'accouchement afin de s'assurer qu'on respectera les besoins exprimés lors du suivi de grossesse et qu'on respectera également les décisions prises.

Si elles peuvent effectivement choisir certains intervenant(e)s (médecins, gynécologues ou sages-femmes) et développer avec eux ou elles un lien privilégié, les femmes déplorent le fait qu'elles ne soient jamais assurées de leur présence effective à l'accouchement.

Ce bris dans le lien de confiance est un handicap en milieu hospitalier et il est souligné par plusieurs. Il incite même certaines à recourir à des interventions spécialisées, tout comme Sylviane :

Ben moi j'ai été chanceuse parce que mes deux accouchements, c'est mon médecin à moi qui m'a accouché. Elle s'est organisée pour me déclencher dans sa semaine de garde. Pis j'étais très contente. Sauf que c'est nous autres qui choisis notre médecin qui va te suivre tout au long de notre grossesse. J'aimerais ça qu'on puisse aussi choisir notre médecin, que ce soit notre médecin qu'on a choisi qui nous accouche [...]. Ça, je trouve ça plate. On se choisit un médecin qui va nous suivre. Il nous connaît normalement. Il voit la grossesse évoluer.

Cette inquiétude est toutefois moins présente chez les femmes qui accouchent en maison des naissances puisque malgré le fait que leur sage-femme puisse avoir un empêchement le jour de leur accouchement, elles sont assurées de la présence d'une autre sage-femme déjà rencontrée au cours de leur grossesse. Elles ont insisté sur l'importance de la relation établie tout au long de la grossesse avec leur sage-femme, mais aussi avec plusieurs autres sages-femmes présentes dans la maison des naissances au moment de leurs visites prénatales.

Certaines femmes désirant accoucher en milieu hospitalier et connaissant bien la réalité du milieu ont, de façon similaire, déterminé leur choix en fonction de la philosophie partagée par une équipe de médecins, afin de pallier l'absence possible du praticien « traitant ». Un tel choix permet aux femmes de s'assurer du respect des décisions prises en cours de grossesse :

J'ai cherché plutôt une équipe de médecins qui avait une philosophie. Ça me rassurait beaucoup de savoir que si c'était pas le médecin qui m'avait suivi, bien c'était quelqu'un qui allait pouvoir poursuivre un peu la démarche qu'on avait entreprise pendant la grossesse. [...] Puis, j'ai été très satisfaite. Ça me rassurait beaucoup [...] quelqu'un avec qui tout ce que j'avais décidé avec mon médecin allait être considéré (Jeanne).

Le service d'accompagnement est également choisi par certaines comme stratégie pour s'assurer d'une présence continue lors de l'accouchement, laquelle permettra le respect des besoins, des droits et des décisions de la femme.

***6<sup>e</sup> facteur : l'attitude des intervenants et intervenantes lors de l'accouchement***

Bien moi, j'aurais aimé [...] que le suivi qui soit fait moins long avec la feuille que l'infirmière remplissait. J'ai eu l'impression dans mes deux accouchements d'être traitée comme un rat de laboratoire là vraiment. Sont là, ils sont assis puis, ils écrivent. Puis, ils ne te touchent pas. Puis, ils ne te regardent même pas. Puis, ils ne me disent pas : « Comment tu te sens? As-tu besoin de...? On a tel moyen si tu veux que la douleur s'en aille. » (Hélène).

Plusieurs, comme Hélène, témoignent d'une emphase excessive mise sur l'aspect biologique et technique de l'accouchement, au détriment du rapport humain. Ce qui semble provoquer un sentiment de solitude chez la femme.

Il ressort en gros des témoignages que l'attitude des intervenant(e)s, dont les infirmières, est déterminante pour la qualité de l'expérience vécue. Une intervention attentive, humaine, compréhensive, empreinte d'empathie et de disponibilité rassure la femme en travail et lui permet de vivre une expérience plus satisfaisante. En ce sens, les qualités recherchées ne résident pas seulement dans l'expérience professionnelle et les compétences techniques mais aussi dans les habiletés humaines de l'individu. Les femmes recherchent encore une fois compréhension et considération :

Je trouve que c'est rassurant. Il y'en avait une (infirmière). Elle avait vu des accouchements. Elle était super fine, à l'aise, confortable. Elle me tenait comme si c'était ma mère. J'ai quasiment vécu une relation interpersonnelle avec elle. J'ai trouvé ça super. On se dit : « Je ne la reverrai plus après, mais il me semble que je l'aurais invitée à venir prendre un café ». Je l'ai trouvée très bonne (Maryse).

L'étude de Marcotte (1999), de même que celle de Walker, Hall et Thomas (1995) abondent dans le même sens et constatent aussi que la présence continue d'une personne tout au long du travail, la coopération du personnel en place et la confiance que les femmes ont

dans l'intervenant(e) sont autant de facteurs qui influenceront positivement le déroulement de l'accouchement et donneront à la femme la confiance nécessaire pour mettre son enfant au monde.

### *7<sup>e</sup> facteur : la rigidité du protocole médical*

Assouplir le protocole. Je trouve ça lourd. Toutes nous mettre dans le même panier au départ [...]. Puis finalement, tu te trouves embarquée dans le protocole, dans le moule, le fichu de protocole! Avoir plus d'ouverture. Tu n'es pas obligée d'être prise en charge médicale à 100 % tout de suite en rentrant. Y'a peut-être moyen de trouver un juste milieu [...] qu'il y ait moyen de passer à côté du protocole de base sans être obligée de se débattre, pis de se battre pis de se fâcher [...] de ne pas avoir l'impression d'être marginale si on veut faire les choses différemment, se faire regarder de travers, se faire répondre bête ou se faire juger (Anouck).

La rigidité du protocole médical est évidemment un facteur limitant qui a été évoqué par quelques femmes comme pouvant faire obstacle au respect de leurs besoins, de leurs choix et de leurs droits. Elles se sont plaintes du fait de ne pas avoir été considérées dans leur unicité, la généralité primant sur l'individualité. Cette rigidité du protocole peut effectivement, dans certains cas, aller à l'encontre des besoins et des choix des femmes, qui, sans les connaissances ou le soutien nécessaires pour faire valoir les options qu'elles privilégient se sentiront contraintes de se plier aux exigences des intervenant(e)s du milieu.

#### **3.2.2.3 Pour conclure la 2<sup>e</sup> revendication**

Le discours sur le respect des besoins, des choix et des droits des femmes porte donc principalement sur quatre grands ensembles soit : 1) l'atteinte et la violation du corps des femmes; 2) le respect de la diversité de leurs choix, à l'image de leur diversité en tant que femmes, que ces choix soient d'ordre médical ou alternatif; 3) la reconnaissance de leur vécu émotif, et 4) la reconnaissance de l'expérience d'accouchement en tant qu'acte naturel et spirituel, et non seulement physiologique et médical. Les facteurs invoqués comme favorisant un plus grand respect des besoins, des choix et des droits des femmes mettent principalement en lumière la nécessité d'outiller les femmes pour qu'elles se sentent plus fortes et plus confiantes dans leur pouvoir d'agir. S'allier les intervenant(e)s dans une expérience de

grossesse et d'accouchement s'avère également un facteur d'importance pour que les choses se passent à la satisfaction des femmes.

**3.2.3 3<sup>e</sup> revendication : que soit présente, de façon continue, une personne d'expérience, à l'écoute et disponible pendant le travail et ce, dans un contexte sécurisant**

Quelqu'un qui t'accompagne dans ton travail tout le long... C'est génial une présence [...] Le côté humain [...] pour moi, c'est la chaleur, se sentir entourée, la bienvenue. Tu donnes la vie. On est supposée être la personne la plus importante dans ce moment-là. Souvent, ils (les membres du personnel médical) ne sont pas là pour toi, justement. Une accompagnatrice qui serait là juste pour ça, juste pour toi, pour s'occuper de toi du début à la fin. Être là : « Bon, là, on est rendue à telle étape ». La même personne, pas 50. [...]. Moi, surtout d'avoir un environnement encadré mais du côté humaniste, comme à la maison. Peut-être qu'un deuxième, j'oserais peut-être, sauf que déjà d'avoir le côté humaniste pis du monde qui sont à l'écoute de toi, du confort. Moi, je suis très sensible si on vient me chercher du côté cœur, si je me sens bien avec les personnes autour de moi, je vais aimer ça pareil. Je me dis, que tu sois n'importe où, d'abord que tu es bien encadrée, que tu te sens en confiance (Martine).

Au cœur du discours sur la satisfaction lors de l'accouchement se trouve l'accompagnement, et ce, pour l'ensemble des femmes interrogées dans le cadre de notre recherche.

La qualité de l'expérience semble en effet intimement associée à celle de l'accompagnement reçu, compris ici dans un sens large : comme la présence continue d'une même personne qui a de l'expérience, qui est à l'écoute et qui est disponible tout au long du travail. Cette personne peut être une infirmière, une accompagnante, une sage-femme ou un(e) médecin. Elle joue le rôle de guide : elle accompagne la femme en travail, lui montre le chemin, la voie à suivre.

La notion de continuité fait majoritairement référence au moment du travail et de l'accouchement pour les femmes qui n'ont pas eu d'accompagnante. Par contre, cette notion s'élargit à toute la période périnatale pour celles qui ont été accompagnées d'une accompagnante ou d'une sage-femme.



### 3.2.3.1 Caractéristiques de cet accompagnement

#### *Un accompagnement réalisé par une personne d'expérience*

L'accompagnatrice ou l'accompagnateur est avant tout une personne qui a une expérience de l'accouchement et une compréhension du milieu où il se déroule. Cette personne est ainsi plus à même de guider la femme en travail et de la renseigner sur le déroulement de l'accouchement : sensations physiques, « normalité » du processus, faits et gestes des intervenant(e)s, atmosphère, nature des interventions. Les femmes ont clairement exprimé que cette présence ne pouvait être assumée par le conjoint en raison de son manque d'expérience et peut-être surtout de son implication émotive.

J'étais dilatée à 6-7 à peu près, là. Parce qu'avant ça, t'as du travail, t'as des questions. Puis là, j'étais tout le temps : « Là, Claire, là où est-ce que je suis rendue? Qu'est-ce qu'il me reste à faire comme chemin? Ça va- tu bien ou c'est pas normal? Que ce soit long comme ça, que ça passe de 6, y'as- tu un problème? » Fait qu'elle m'informait, puis elle me rassurait en même temps. C'était la stabilité. C'était elle l'intermédiaire qui me disait vers quoi on s'en allait ou le chemin qu'on avait fait, qu'est-ce qu'il nous restait à faire [...]. J'ai poussé pendant 2 h puis je disais : « Quand est-ce qu'il va sortir? C'est tu normal que je pousse et qu'il ne se passe rien? » [L'accompagnante] c'est une personne sur qui tu peux compter. Qu'il arrive n'importe quoi, ton chum y perd les pédales, elle, elle va être là. Elle va toujours être là, comme un phare (Ariel).

#### *Un accompagnement réalisé par une personne disponible et à l'écoute*

Moi c'est d'être informée de l'évolution à mesure que ça avance. Au 1<sup>er</sup>, je ne l'ai pas vécu car mes eaux ont crevé. Je n'avais pas de contractions donc ils me l'ont provoqué. Donc, quand tu es provoquée, tu as une infirmière avec toi, tout le temps du travail. Si tu as des questions, c'est là. Elle est là. Elle répond, même qu'elle est à l'affût. Au 2<sup>e</sup>, je l'ai moins connue. Je pouvais être une heure et demie sans voir personne dans la chambre. Puis, mon chum pis moi, on était là. On attendait. Ça, c'était plus long. Donc, être informée de l'évolution (Mireille).

Les témoignages amènent à penser que l'accompagnement réussi repose principalement sur l'attitude et les qualités d'ouverture et d'attention de l'intervenant(e).

L'approche de cette dernière est centrée sur la femme et ses besoins. Elle guide la femme en travail et son conjoint, l'informe au moment opportun, la rassure tout au long du travail obstétrical et veille à son bien-être. Elle est présente pour répondre aux besoins de la femme et la soutenir, le cas échéant, dans ses choix, quels qu'ils soient. Pour ce faire, l'accompagnatrice doit faire preuve de chaleur, d'empathie et d'écoute :

J'avais besoin d'une présence féminine qui savait de quoi on allait parler, pis qu'est ce que j'allais ressentir, pis qu'est ce que j'allais vivre avec une femme qui m'aidait. Ça me donnait le pouvoir. J'avais l'impression d'être capable. J'ai eu l'impression d'être soutenue par mon accompagnante, par mon chum. C'est ça qui était important pour moi (Roxane).

***Un accompagnement où on retrouve la présence continue d'une même personne***

La présence bienfaisante de l'accompagnatrice se fait sentir du début à la fin de l'accouchement. Ce lien continu et maintenu par une seule personne semble fort important pour l'ensemble des femmes interviewées. Pour celles dont le travail s'est déroulé sur plusieurs quarts de travail en milieu hospitalier, en l'absence d'une personne d'expérience pouvant assurer l'accompagnement, toutes ont fait part de leurs insatisfactions en déplorant le roulement important des infirmières, et les pratiques et philosophies différentes qui s'ensuivent :

[...] Ce que j'ai moins aimé, c'est le changement de chiffre, la 1<sup>re</sup>, elle comprenait ce que je vivais. L'autre, c'était rien que de faire : « Veux-tu essayer le ballon? » On dirait qu'elle voulait me faire essayer toutes les méthodes possibles. Mais moi, je voulais juste avoir l'épidurale et ne plus sentir parce que j'avais des contractions une après l'autre. Elle ne comprenait pas. Ce n'est pas ça que je voulais [...]. Quand l'autre infirmière est revenue du dîner, elle m'a dit : « Oui, on va te la donner, tu ne peux pas continuer comme ça » (Nancy).

La 1<sup>ère</sup> infirmière le matin, elle était super fine. Elle m'expliquait tout. [...] L'infirmière fine est partie et la nouvelle a décidé que c'est elle qui prenait le contrôle. Je ne peux plus aller au bain. Je ne peux plus bouger. Elle m'a complètement écrasée. Je me suis retrouvée couchée dans le lit, branchée de partout [...] Je n'avais pas le droit de me déplacer (Laurence).

### 3.2.3.2 Rôle de l'accompagnatrice

Les femmes de notre recherche ont semblé exiger de leur accompagnatrice un rôle différent selon le genre d'accouchement qu'elles souhaitaient vivre, notamment en regard de la douleur. Lors d'un accouchement sans anesthésie, par exemple, l'accompagnatrice joue un rôle d'informatrice certes, mais surtout de soutien, de protectrice. On parle alors du besoin d'être *guidée sans être prise en charge* et de sentir la force et la stabilité de l'accompagnatrice, pour aider à traverser la tempête que génèrent les contractions.

Les participantes à notre recherche ayant choisi d'accoucher sous épidurale ou par césarienne manifestaient leur désir également d'une présence continue à leurs côtés. Toutefois, le rôle joué par l'accompagnatrice semble se situer dans ce cas beaucoup plus dans une tâche d'information régulière sur les événements qui surviennent en cours de travail.

Que son rôle soit celui d'informer ou celui de guider et de soutenir la femme dans ce qu'elle ressent, l'accompagnatrice répond à son besoin de se sentir en sécurité et d'être rassurée. Sa présence et son expérience viennent certainement soulager le sentiment de solitude ressentie par les femmes face « *à une expérience aussi profonde qu'est l'accouchement* » (De Koninck dans Collectif « Les Accompagnantes » 2003). « Nous avons une amie ici. Elle est infirmière. Elle était avec moi tout le travail et l'accouchement [...] et sans elle, ça aurait été plus difficile, épouvantable [...] parce que mon médecin, il n'était pas de garde » (Lucia).

Ainsi, les femmes interrogées ont dit se sentir protégées par la présence de l'accompagnatrice et libérées de la contrainte d'avoir à guider leur conjoint, ce qui leur permet, par le fait même, de se centrer sur leur travail :

[...] on se sent comme un sportif qui finit son marathon et on a besoin de notre coach, de notre équipe qui nous encourage pour franchir les derniers mètres. [...] Je me suis vraiment appuyé sur elle. Vraiment, il y'avait que sa voix et ce qu'elle me disait. Il fallait que je m'appuie absolument sur quelqu'un qui m'emmène quelque part (Fabienne).

### 3.2.3.3 Cadre de l'accompagnement : un environnement sécuritaire

La majorité des participantes rencontrées, primipares et multipares, ont insisté sur le fait qu'il leur était essentiel de vivre leur accouchement dans un environnement sécuritaire :

[...] moi, ça me sécurisait en tout cas, le fait d'arriver et d'être entourée d'autant de gens qui savent ce qui va se passer pis qui puissent t'aider là-dedans. Ça m'a beaucoup sécurisé d'arriver à l'hôpital [...] et à partir de là, ils m'ont vraiment guidé jusqu'à temps que j'accouche, pis ça a été super supportant [...]. Moi j'ai beaucoup aimé ça le fait qu'ils sont encourageants, ils réussissent à être humain malgré les contraintes de temps (Mireille).

La définition d'un environnement sécuritaire diffère cependant selon les femmes interviewées. Pour la majorité de celles ayant accouché en milieu hospitalier, l'hôpital lui-même et la présence de la technologie génèrent un sentiment de sécurité, bien que plusieurs déplorent d'un même élan l'omniprésence de cette technologie qu'elles perçoivent comme au détriment de la relation humaine.

Ce débat, entourant l'équilibre entre instrumentation, humanisation, sécurité et responsabilité des femmes, est fort présent dans la littérature. Anne Quéniart dans *Le traitement médical de la maternité : morcellement du corps, effacement des femmes* pose ainsi le problème : l'insécurité des femmes est nourrie par la mentalité occidentale d'une « culture du risque » dans laquelle la grossesse et l'accouchement sont considérés comme des expériences « à risques » et où les femmes sont portées responsables du « développement harmonieux du fœtus, voire de la santé de l'enfant à naître ». Conséquemment, il n'est pas surprenant, et certaines des femmes que nous avons interviewées nous l'ont confirmé, de constater que les femmes valorisent l'accouchement en milieu hospitalier, perçu comme faisant encourir moins de risque à l'enfant ou encore « recourent à la technologie offrant un diagnostic prénatal sûr » (Quéniart).

[...] Oui, mais avec les suivis et les moyens technologiques qu'on a, c'est le fun d'avoir toutes ces choses pour savoir que tout est correct, si l'évolution se fait normalement (Maryse).

Plusieurs femmes ayant accouché en milieu hospitalier, et toutes les femmes accompagnées d'une sage-femme ou d'une accompagnante, posent un regard plus critique sur cette réalité, allant dans le sens de Textier (2002 : 36-41) :

[...] sous prétexte d'assurer la sécurité de la femme et de l'enfant, souci que je partage tout à fait, certains médecins font quelquefois, de la grossesse et de la naissance, une pathologie [...] la technique est importante, l'humanité de l'accompagnement aussi. La difficulté est de trouver l'équilibre entre les deux, pas l'un au détriment de l'autre [...] la venue au monde d'un enfant n'est pas une appendicite qu'on enlève.

Pour ces femmes, la maison des naissances semble représenter le compromis entre la sécurité instrumentale du milieu hospitalier et le côté plus humain, relationnel de la naissance. Elles se sentent sécurisées par l'environnement chaleureux de la maison des naissances, par le fait de s'y sentir chez soi, par la liberté d'être et l'absence de technologie apparente :

Puis, un autre aspect de la maison des naissances... à part que c'est tout le nid douillet, les femmes extraordinaires... Moi, je me sentais en sécurité. Aussi, tu sais, ils ont quand même quelques petits accessoires, si on veut, de premiers soins et d'urgence, si on veut. Fait que si jamais ça tournait mal, il y avait quand même un petit back up. C'était quand même pas accoucher avec aucune sécurité. Je trouvais qu'elles étaient bien formées, puis c'était sérieux [...]. Oui, moi aussi j'ai trouvé ça. Oui, elles sont très ouvertes là, même à différentes approches, pis... Pis pas juste... Il y a tout le côté, les gens, l'accompagnement, mais les lieux aussi sont extraordinaires. Le fait que ce soit dans un vieux presbytère, c'est vraiment chaleureux. Tu as vraiment l'impression que tu es à la maison, les repas même, c'est bon tu sais!... (Maude).

Ces femmes partagent le sentiment qu'elles se sentent en sécurité non seulement en raison de l'environnement, mais également en raison de la qualité et de la durée du suivi prénatal. Elles font aussi référence aux soins personnalisés et continus offerts par la sage-femme avec laquelle elles ont développé une relation de confiance. Leur discours révèle qu'elles ne considèrent pas la grossesse et l'accouchement comme devant être médicalisés, ce qui pourrait expliquer en partie le fait qu'elles ne recourent pas systématiquement à la

technologie. Cela va tout à fait dans le sens des résultats de l'étude menée par Galotti et autres (2000) citée plus haut.

### **3.3 L'expression de la satisfaction des femmes : brefs portraits selon les groupes**

À la lumière des témoignages précédents, et comme le montrent plusieurs recherches (Lavender, Walkinshaw et Walton 1999; Morcos et autres 1989; Séguin 1989), il est possible de présumer que le degré de satisfaction des femmes enceintes sera d'autant plus grand qu'elles auront été comblées dans leurs besoins et respectées dans leurs choix et leurs droits. Ainsi, dans une étude menée par Morcos et autres (1989) auprès de 242 couples se préparant à accoucher dans l'un des cinq hôpitaux d'Edmonton, il existe un écart entre ce que les femmes souhaitent ou ce qu'elles perçoivent comme important et les choix réels qui leur sont offerts lors de la grossesse et de l'accouchement. Les auteurs affirment : « [...] les obstétriciens pourraient accroître la satisfaction des patientes en établissant précisément l'importance de certains choix particuliers de même que les attentes des patientes à l'égard de ces choix avant la naissance. » Les chercheurs concluent en soulignant l'importance de fournir aux futurs parents toute l'information nécessaire concernant la naissance et de les renseigner sur les choix qui leur sont offerts par leur médecin. De leur côté, les médecins doivent clarifier et répondre aux questions qui préoccupent les parents, accroître la communication et offrir des choix aux femmes et à leur conjoint.

Par ailleurs, la recherche menée par Lavender et autres (1999), au cours de laquelle ont été explorés les aspects perçus comme étant importants par les femmes lors de leur accouchement, révèle que l'information, le soutien et la participation au processus décisionnel contribuent également à rendre l'expérience de la maternité plus positive.

Ces éléments s'apparentent à ceux énoncés ci-dessus par les femmes de la présente recherche. Dans les paragraphes qui suivent, nous présentons le discours des femmes rencontrées sur la satisfaction selon leur groupe d'appartenance. Ce qui apportera un autre éclairage aux données présentées précédemment.

### 3.3.1 Les femmes suivies par une sage-femme et accompagnées

À l'instar des résultats montrés par d'autres recherches, les femmes de notre échantillon qui ont été suivies par une sage-femme et ont accouché en maison des naissances, ainsi que les participantes accompagnées d'une accompagnante, ont exprimé une grande satisfaction à l'égard de leur suivi et de leur accouchement. Cette satisfaction est attribuée à la pertinence de l'information reçue tout au long de la grossesse et de l'accouchement, au soutien de la sage-femme, de l'accompagnante et de leur conjoint, ainsi qu'à l'opportunité qui leur a été donnée de *s'approprier* leur accouchement du fait qu'elles prenaient elles-mêmes leurs propres décisions. Cependant, l'expression de la satisfaction des femmes suivies par une sage-femme mais ayant été contraintes d'accoucher en milieu hospitalier (pour des raisons médicales de dernières minutes ou pour avoir dépassé de plus de dix jours la date d'accouchement prévue) diffèrent énormément. La majorité d'entre elles se sont dites très insatisfaites de leur expérience en milieu hospitalier, où elles ont eu le sentiment d'avoir été dépossédées de leur accouchement en raison d'une médicalisation excessive, et parce qu'elles ont été prises en charge par des intervenant(e)s trop contrôlants. Par contre, la seule se disant satisfaite raconte que les intervenant(e)s présents au moment de son transfert à l'hôpital ont été très compréhensifs à l'égard de ce qu'elle vivait et qu'ils ont contribué fortement, grâce à leur attitude empathique et humaine, à rendre son expérience en milieu hospitalier la plus positive possible. Parmi les femmes accompagnées, toutes ont insisté sur le rôle joué par leur accompagnante, dispensant protection et information, humanisant les soins en milieu hospitalier. Toutes relatent cependant qu'elles ont dû *se battre* et *se justifier* lors de leur accouchement pour faire valoir leurs besoins et leurs droits, et ce, à plusieurs reprises.

### 3.3.2 Les femmes favorisées économiquement ayant accouché en milieu hospitalier

Le discours des femmes favorisées économiquement et ayant accouché à l'hôpital est plus nuancé. La majorité s'est dite satisfaite de l'accessibilité de l'information au moyen de la littérature ou d'Internet. Selon la qualité de la relation instaurée avec leur médecin, les femmes se sont déclarées plus ou moins satisfaites de leur suivi prénatal. Lors de leur accouchement, elles affirment avoir vécu une expérience positive. Certaines ont exprimé leur satisfaction d'avoir été prises en charge par le système médical, mais elles ont précisé que

c'est à la condition de se retrouver entre les mains d'un personnel compétent et d'expérience. Plusieurs ont par ailleurs déploré d'avoir dû se battre afin de faire respecter leurs besoins et disent avoir manqué d'information pendant le travail. Elles se sont aussi plaintes d'avoir vécu de l'instabilité lors du changement de quart de travail des infirmières. Nombreuses sont celles qui ont de plus réprouvé le travail des résidents en médecine ou en obstétrique.

Certaines femmes à qui la césarienne a été imposée ont eu l'impression d'être dépossédées de leur accouchement et évoquent la souffrance psychologique et le deuil à faire à la suite d'une telle intervention. À l'opposé, celles ayant choisi cette intervention se sont dites satisfaites de leur choix et de leur expérience puisque celle-ci leur permettait, selon elles, de contrôler le jour de la naissance de leur enfant et de s'assurer de la présence de leur médecin.

### **3.3.3 Les femmes des régions**

Les femmes rencontrées dans Charlevoix (Malbaie) ont toutes accouché au centre hospitalier de la Malbaie, sauf une qui a dû se rendre à Québec pour des raisons de santé. Toutes ont exprimé une grande insatisfaction à l'égard du manque de *soutien* et *d'humanité* du personnel médical et du manque d'accessibilité à des ressources médicales (c.-à-d. : l'épidurale, l'anesthésiste, la chambre de naissance) et à des ressources alternatives (c.-à-d. : les sages-femmes, les accompagnantes). Toutes sans exception ont décrit l'accouchement idéal en faisant référence à la possibilité d'avoir accès aux services d'une accompagnante. Les femmes de Portneuf, à l'instar de celles de Charlevoix, ont mentionné avoir eu l'impression de ne pas avoir le choix en ce qui a trait aux interventions faites et de ne pas avoir été entendues ni respectées dans leurs besoins le jour de l'accouchement. Elles ont aussi signalé le manque de ressources alternatives (c.-à-d. : les maisons des naissances, le yoga prénatal). La nécessité d'avoir eu à lutter pour que l'on respecte leurs choix est également présente dans ces deux groupes. Le manque de ressources alternatives (c.-à-d. : les sages-femmes, les accompagnantes, le yoga prénatal) dans Portneuf a également été déploré.

### **3.3.4 Les femmes économiquement défavorisées**

Les femmes économiquement défavorisées ont toutes mentionné la difficulté d'accéder à des ressources institutionnelles et financières dû à des critères de sélection trop



restrictifs. Certaines ont de plus évoqué la difficulté d'accès à de l'information sur les pratiques alternatives. Lorsque présentes, la monoparentalité et la précarité ont engendré un grand stress pendant toute la période périnatale. Cependant, l'expérience de l'accouchement a été vécue de façon très différente par chacune. Certaines se sont dites satisfaites grâce à la détermination dont elles ont fait preuve dès le début de la grossesse et grâce à l'ouverture et au soutien de leur intervenant(e). Quant aux autres, l'insatisfaction était principalement due à l'attitude peu respectueuse des intervenant(e)s. Elles rapportaient avoir senti une stigmatisation à leur égard en raison de leur jeune âge.

### 3.3.5 Les femmes immigrantes

Les immigrantes que nous avons rencontrées ont apprécié les services offerts par les intervenant(e)s de la santé et des services sociaux. Elles ont eu l'impression d'être mieux *accueillies* et d'être suivies par des intervenant(e)s *plus humains*, que dans leur pays d'origine (France et Belgique). Elles ont toutefois déploré la décentralisation de l'information et des ressources, ce qui rendait celles-ci difficilement accessibles et les obligeait, par le fait même, à se retrouver constamment dans une dynamique de recherche. Ces femmes ont également insisté sur l'importance de faciliter l'accès à des ressources pour la période des relevailles puisque toutes ont ressenti un grand besoin de pallier au sentiment de solitude. Démunies face aux nouvelles réalités parentales et aux exigences professionnelles, la dimension famille-travail s'est en outre révélée difficile à gérer pour certaines :

C'est difficile, donc il faut vraiment que je sois vigilante, c'est énormément de stress personnellement, et ça m'oblige à faire des choix que dans d'autres circonstances je ne ferais pas (Fabienne).

[...] on est juste nous deux, pour le moment il n'a pas de travail, on est un peu coincé parce que s'il retrouve du travail, moi je ne peux pas en chercher parce qu'on a pas de garderie. Pour le moment, on est assez limité. C'est vrai que l'aide de la famille ça peut être bien utile et ça, on ne l'a pas (Sylvia).

Pour une immigrante hispanophone (Colombie), la barrière de la langue et celle du genre ont généré des difficultés de communication avec son médecin :

Oui, mais je trouve que la plus grande difficulté, c'est la langue parce que je ne maîtrise pas du tout le français, je ne parlais pas beaucoup [...] à cause qu'il est un homme. Quand je lui pose les questions comme « qu'est ce qu'il y a sous les contractions? » Il dit : « Je ne sais pas parce que je ne suis pas une femme! » Il était drôle un petit peu parfois, mais je pense que mon gynécologue en Colombie aurait dit la même chose car c'est un homme. Mais il y a une chose, la langue était une barrière.

Malgré cela, elle estime avoir vécu une expérience positive grâce au soutien et à l'information donnée par une amie infirmière et elle est très reconnaissante à l'égard de tous les intervenant(e)s qui l'ont accompagnée au cours de sa grossesse et de son accouchement.

### **3.3.6 Une femme avec un handicap**

Finalement, une participante à la recherche, ayant un handicap physique, s'est dite très satisfaite de son suivi prénatal et de son accouchement. Elle estime avoir reçu beaucoup de soutien et de compréhension de la part des intervenant(e)s à ces deux étapes. Son insatisfaction serait plutôt en rapport avec l'absence de ressources adaptées à son handicap (en prénatal et en postnatal), à laquelle s'ajoute le manque de reconnaissance de la part du personnel de son CLSC quant à ses besoins particuliers. Malgré les multiples efforts déployés pour justifier ses besoins et son droit d'accéder gratuitement à de l'aide pour elle et son bébé, cette participante n'a bénéficié que des services « standards » disponibles pour n'importe quelle mère. Une prolongation de l'aide dont elle avait besoin n'était possible qu'en faisant appel à un organisme privé. Cependant, les coûts dépassaient ses capacités financières.

### **3.3.7 Retour sur les critères de satisfaction**

Les critères de satisfaction présentés dans les recherches de Séguin et autres (1989) de Morcos et autres (1989) et de Lavender et autres (1999) s'apparentent à ceux relevés dans notre recherche. Le contenu du discours des participantes permet toutefois de qualifier ici la nature de l'information : celle-ci doit être diversifiée (ressources médicales et alternatives), éclairée (présenter les pour et les contres des interventions) et elle doit tenir compte de la question des droits. Les choix doivent être diversifiés (médicaux et alternatifs). Le discours des participantes à notre recherche met également en lumière le fait que les besoins en soutien sont

exprimés par la demande d'une présence continue d'une personne d'expérience, principalement lors de l'accouchement. Un soutien en fonction des besoins spécifiques de chaque groupe, comme les personnes ayant un handicap (par ex. : soutien technique), les personnes économiquement défavorisées (par ex. : soutien financier) et les personnes immigrantes (par ex. : relevailles), est également requis.

À la lumière de l'analyse du discours, leur vision de l'accouchement semble influencer fondamentalement la satisfaction des participantes à notre recherche. Il apparaît essentiel ici de considérer l'objectif premier recherché par chacune des femmes. Il semble y en avoir deux qui dominent : d'une part assurer le besoin de sécurité pour que l'enfant et la mère sortent de cette expérience en santé (voire reposée) et, d'autre part, répondre au besoin de la femme qui veut être maître d'œuvre de son accouchement, qui veut le vivre comme une expérience « initiatique » ou encore accueillir « humainement » son enfant. Ces deux objectifs ne sont pas mutuellement exclusifs mais il semble que pour chaque femme, l'un de des deux prime sur l'autre et que l'atteinte de celui-ci suscite une grande satisfaction chez la mère.

### **3.4 Le pouvoir**

Pouvoir, désigne le fait d'être capable de, ou en état de. [...] Il n'y a donc pas de pouvoir sans l'émergence d'une force susceptible de produire des effets, d'instaurer quelque chose, de s'affirmer par rapport à quelque chose ou à quelqu'un, mais pour qu'il y ait à proprement parlé pouvoir, il faut que cette force soit rapportée à un sujet qui peut. Or le sujet du pouvoir est une expression ambiguë qui, dans la langue ordinaire, peut désigner soit celui qui exerce un pouvoir, qui a une capacité et le droit de l'exercer légitimement ou bien le sujet assujéti à un pouvoir qui doit obéir à des ordres sous peine d'être soumis à sanction (Lagrée 1999). (il nous faut les pages Sylvie)

#### **3.4.1 La nature du pouvoir**

Que nous disent ces revendications et l'expression d'une satisfaction sur le pouvoir des femmes interrogées en matière de périnatalité?

Lorsqu'elles sont invitées à nommer leur pouvoir en matière de périnatalité, les femmes expliquent que c'est le fait d'être capable de choisir, de décider, de « faire ce qu'elles

veulent faire ». En d'autres mots, leur pouvoir réside dans le fait de choisir et de décider du lieu de l'accouchement, des intervenant(e)s et des interventions, que ces dernières soient alternatives ou médicales. Leur pouvoir réside dans la possibilité de faire ce qu'elles veulent lors de l'accouchement, c'est à dire user de leur liberté de mouvement, prendre les positions de leur choix, décider de se nourrir ou de boire, instaurer leurs rites d'accueil. Cette capacité suppose des connaissances, de l'information, la présence effective de choix, et la reconnaissance de leurs droits.

Les femmes réfèrent également au pouvoir comme à un état de sécurité permettant de s'abandonner et, pour certaines, de vivre le côté spirituel et initiatique de l'accouchement. Ce qui requiert un lieu approprié et un accompagnement adéquat.

### **3.4.2 Les formes de pouvoir**

L'expression de ce pouvoir est intimement liée aux acteurs en présence : la femme et sa famille d'une part, les intervenant(e)s d'autre part. Être informée, questionner, demander et choisir est une chose et pouvoir effectivement participer à la décision et influencer le cours de l'intervention en est une autre. Les femmes ne peuvent exercer leur pouvoir que si elles s'inscrivent dans une relation de pouvoir négocié avec leurs intervenant(e)s. Nous entendons par « pouvoir négocié », la possibilité pour les femmes de faire reconnaître la légitimité de leurs demandes et de leur savoir et d'influer ainsi sur la nature des interventions, ce qui suppose une ouverture d'esprit de la part des intervenant(e)s, de même qu'une volonté de partager leurs savoirs et leur pouvoir jusqu'à et y compris accompagner les femmes dans leurs choix.

Cette négociation du pouvoir semble aller de soi pour les femmes ayant donné naissance en maison des naissances. Elles disent y être constamment informées des enjeux de chaque intervention et sollicitées avant que ces interventions ne soient appliquées, que celles-ci soit en rapport avec le choix d'une intervention ou l'accès à leur corps. Les motifs, les enjeux, les répercussions possibles sont explorées par les deux parties et les décisions sont prises par les femmes, À *moins* qu'il n'y ait un danger apparent pour la santé de la mère ou du bébé.

En milieu hospitalier, la possibilité de participer à la prise de décision semble varier en fonction de l'ouverture d'esprit de l'intervenant(e). Toutefois, le pouvoir s'y manifeste encore sous un mode autoritaire, la femme étant plus souvent qu'autrement assujettie (de façon approbative ou non) à l'intervenant(e)s, sous peine de « sanctions ». De nombreuses femmes témoignent ainsi de leur lutte pour voir respecter leur plan de naissance. Elles doivent exiger, parfois même faire preuve d'intransigeance, que ce soit pour des demandes de soins alternatifs ou pour des interventions médicales (déclenchements, épisiotomies, césariennes, etc.). En osant s'affirmer, elles deviennent souvent la cible de propos qu'elles jugent déplacés, et subissent alors des attitudes qu'elles qualifient de harcèlement. Plusieurs soulignent que les intervenant(e)s ne tiennent pas compte de leur expérience en matière d'accouchement et par conséquent de leurs compétences pratiques. Elles ont beau en être à leur 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> enfant, elles se disent étrangement traitées comme des primipares. Les témoignages d'accès difficile au pouvoir négocié demeurent donc plus la norme que l'exception pour les femmes ayant accouché en milieu hospitalier. Mais il est toutefois encourageant de constater que ce pouvoir négocié tend tout de même à s'exprimer dans ce milieu.

Une des femmes ayant vécu son accouchement en milieu hospitalier (besoin d'un déclenchement) bien que suivie par une sage-femme illustre bien par ses propos les deux cultures concernant le pouvoir :

Le pouvoir (c'est) de décider de ce qui se passe, d'être au courant. (À l'hôpital), j'avais jamais de choix. Il fallait que je pose des questions. (En tant qu'infirmière), je l'avais le bagage, mais sur le moment je n'y pensais pas. Personne ne me laissait le choix de décider de quoi que ce soit. Alors qu'avec ma sage-femme, c'était, quand elle me voyait : « D'habitude, à tant de semaines, on fait telle affaire, est-ce que tu la veux? Voici les avantages et les inconvénients ». Si elle avait cinq points pour, elle avait cinq points contre. C'était bien départagé. J'avais le choix sur toutes les moindres choses, même sur les examens. À l'hôpital, c'est d'emblée (Laurence).

La précarité, l'isolement, la méconnaissance, l'absence ou l'accès limité aux services, ainsi que le jeune âge représentent, pour les femmes interrogées, des freins importants à l'exercice d'un pouvoir négocié. Par exemple, les jeunes femmes de l'étude remettent fortement en question leur prise en charge par le corps médical du seul fait de leur

âge, étant considérées, selon elles, comme inaptes à choisir et à participer à leur accouchement.

Leurs revendications, elles les traduisent pratiquement mots pour mots, par la même formule choc que celle prisée dans les années 80 :

Ma première revendication, c'est qu'on reconnaisse que c'est la femme qui accouche et non le médecin. C'est un pouvoir qu'ils vont redonner aux femmes quand ils vont dire « Oui, c'est la femme qui accouche ». Le médecin est là pour nous accompagner. Ça implique la façon dont la femme veut le faire, avec qui (Anick).

Dans ce contexte de pouvoir autoritaire, le rôle de l'accompagnatrice est présenté comme fort important. Elle est perçue comme « *protectrice* », comme « *négociatrice* ». Elle est celle qui permet de faire valoir les requêtes des femmes auprès du corps médical, qui fournit des explications à propos des actes envisagés pour permettre aux femmes de faire des choix éclairés, et elle permet aux femmes de maintenir le cap de leur plan de naissance :

J'ai mal, faites quelque chose! (L'infirmière) : « Oui, veux-tu ta piqûre? (Épidurale) ». J'ai dit : « Non! Vas-t'en! Hors de ma vue! » Puis mon accompagnante était toujours là, elle était comme ma petite voix dans ma tête qui me recentrait sinon je me serais sentie manipulée par l'hôpital et j'aurais probablement laissé tomber. « C'est correct, c'est correct, tu vas être capable, ça va bien, c'est normal que ça fasse mal, expulse-la ta douleur, pense à ton bébé, vas-y ». Pis ça faisait du bien parce que c'est ça qui fallait que j'entende pour pouvoir le faire, parce que j'étais pas capable de me le dire à moi-même. [...] Mon accompagnante, c'était comme un peu une avocate pour moi, qui défendait mes droits et qui venait me dire dans l'oreille : « Dis-moi si tu veux laisser tomber pis je vais leur dire, mais si tu ne veux pas, je vais leur dire que tu ne veux pas! » [...] J'avais besoin comme de quelqu'un pour [...] dire fermement à ma place : « Non, je pense qu'elle est correcte ». Ce fut grandement apprécié. C'était ma ressource, c'était mon épidurale (Roxane).

### **3.4.3 Les temps du pouvoir**

Le pouvoir semble s'exercer différemment selon la période périnatale. Pour les femmes interrogées, le prénatal est le lieu d'expression par excellence de leur pouvoir. En

l'absence des freins ci-dessus mentionnés, elles peuvent se prévaloir de choisir, de magasiner leurs intervenant(e)s, de penser à un plan de naissance. Lors de l'accouchement, leur marge de manœuvre est plus limitée. L'expression de leur pouvoir est alors intimement liée à celui des intervenant(e)s et à la présence ou non d'une accompagnatrice. En postnatal, les femmes expriment une grande solitude. Cette période semble être un temps d'impuissance où il faut s'en remettre à la débrouillardise et non un lieu de pouvoir, à moins de bénéficier de la présence d'une aide natale, ou plus rarement d'une intervenante en allaitement.

#### **3.4.4 Empowerment ou desempowerment?**

En bout de course, l'accouchement se révèle, pour certaines, un lieu où elles peuvent exprimer leur pouvoir : pouvoir de choisir et de planifier mais également pouvoir de se découvrir, pouvoir de savoir qu'elles ont pu :

Parcourir ce paysage lunaire, se laisser emporter par la tempête et découvrir des choses dans (leur) corps, qu'(elles) n'auraient jamais pu imaginer. Ce que tu ressens dans ton corps c'est complètement beau et effrayant en même temps, parce que c'est complètement... c'est neuf (Fabienne).

Cette expérience de la découverte d'un pouvoir intérieur est particulièrement forte en maison des naissances ou lors des naissances accompagnées (infirmière, accompagnante ou médecin) en milieu hospitalier. Celles qui l'on vécue disent en ressortir grandies.

Pour d'autres, la confrontation inhérente à un accouchement difficile en milieu hospitalier est aussi une source de pouvoir : pouvoir de se découvrir dans sa potentialité de s'affranchir des contraintes imposées :

Quand on regarde le milieu hospitalier, on a l'impression qu'on est un peu entre leurs mains pis moi, j'ai comme été obligée jusqu'à un certain point de demander des choses mais qui m'ont été accordées sans problème et avec le sourire mais je dis beaucoup aux gens, à mes amies [...]: « Mais que t'accouches... Demande ». On a l'impression qu'on subit, qui savent mieux que nous ce qu'on a de besoin, on n'ose pas. Et ça aide pas, pis moi il y a peut-être des choses que j'aurais pu demander encore plus mais je me rends compte avec le temps, au niveau de mon médecin que j'ai changé un petit peu

d'attitude. Je vais plus demander, je vais plus questionner, je me dis oui j'en ai du pouvoir, malgré tout, à travers tout ça, le pouvoir de satisfaire mes besoins. En tout cas, ils ne sont pas les même que le voisin, mais pour moi c'est comme ça, ça m'a rassuré beaucoup a ce niveau là (Lucie).

Enfin, pour certaines, l'expérience de l'accouchement s'est révélée une source de détresse et de désenchantement. Elles disent avoir été : « dépossédées de leur accouchement ». Elles ont été comme blessées, et elles remettent même en question leur disposition profonde à pouvoir enfanter : « Dans ma tête, je ne suis pas capable d'accoucher, ils [les membres du personnel médical] ne m'ont pas donné cette impression parce qu'ils ont tout pris en charge, ils ne m'ont rien laissé à moi... » (Laurence).

### **3.5 Les pistes d'action proposées**

Les participantes ont été invitées à proposer différentes pistes d'action afin de répondre aux revendications qu'elles ont faites au cours de la recherche. Par la suite, ces pistes ont été validées auprès du tiers des femmes rencontrées.

#### **3.5.1 1<sup>ère</sup> revendication : avoir accès à une diversité d'information et à des ressources diversifiées afin de faire des choix éclairés**

Concernant, cette 1<sup>ère</sup> revendication, les femmes proposent :

- la rédaction d'un guide gouvernemental de type : « Mode d'emploi 101 pour mieux vivre sa grossesse », à l'image du classique « Mieux vivre avec son enfant de 0 à 2 ans ». On y retrouverait une information concise, détaillée et critique sur les ressources, les intervenant(e)s et les interventions en matière de soins périnataux, les lieux d'accouchements, etc., Une information tant du point de vue médical que de ce qui se trouve du côté alternatif. On y retrouverait également un rappel des droits des femmes en matière de périnatalité. Ce document serait accessible en support numérique pour les personnes non-voyantes et tiendrait compte des réalités diverses des femmes. Il serait systématiquement remis à toutes les femmes enceintes dès leur première visite à leur médecin ou sage-femme;



- la diffusion de ces informations sur le réseau de francisation du Ministère des Relations citoyens et Immigration;
- la mise en place d'une campagne de sensibilisation, au moyen d'une vidéo, qui présenterait dans les cours prénataux les différents services et ressources alternatifs, auprès des intervenant(e)s et des femmes enceintes, pour mieux faire connaître les différentes ressources;
- le développement, en collaboration avec des mères ayant un handicap, d'une campagne de sensibilisation auprès des organismes communautaires et des intervenant(e)s informant ceux-ci des besoins des mères ayant un handicap, et la création de ressources adéquates et gratuites pour leur venir en aide, et ce, pendant la grossesse et toute la première année de vie de l'enfant (c.-à-d. : soutien pour l'achat de vêtements de bébé, techniques adaptées pour nourrir le bébé, installation d'équipement adapté pour prendre soin du bébé);
- l'actualisation de l'information transmise dans les cours prénataux des différents CLSC de la région 03;
- la mise en place de cafés-rencontres prénataux, en parallèle aux services offerts par le CLSC. Ces cafés auraient pour but de répondre aux besoins de socialisation, d'entraide, de partage et d'information concernant les ressources existantes dans la région 03. Des thèmes tels : le choix de son intervenant(e) et du lieu d'accouchement, les droits de la femme enceinte, les différents facteurs de la santé, les émotions associées à la grossesse et à l'accouchement et la façon de les apprivoiser, y seraient abordés.
- l'ouverture de nouvelles maisons des naissances (hors des centres hospitaliers) dans différents secteurs de la Rive-Nord de Québec et dans Charlevoix;
- une plus grande présence des sages-femmes en milieu hospitalier. Toutefois, les femmes ayant accouché en maison des naissances ont insisté sur le fait que les sages-femmes ne devraient pas faire de l'hôpital leur seul lieu de pratique, car

elles désirent que soit préservée une diversité des lieux et des cultures d'accouchement.

- l'accessibilité au service d'une accompagnante à toutes les femmes qui le souhaitent, y compris dans Portneuf et Charlevoix.

### **3.5.2 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> revendications : le respect des besoins, des choix et des droits des femmes en milieu hospitalier; la présence continue d'une personne d'expérience pendant le travail et l'accouchement**

Afin de répondre à ces revendications, les participantes ont proposé :

- l'augmentation du temps de visite en prénatal;
- la création d'une charte des droits des femmes enceintes et du couple, laquelle serait affichée dans tous les centres hospitaliers accoucheurs;
- l'instauration d'une formation continue pour les intervenant(e)s, afin de favoriser le développement d'habiletés et l'acquisition de connaissances propices à une plus grande humanisation de la naissance (écoute, vulgarisation, accompagnement, connaissance sur les droits des femmes, etc.);
- la recherche d'une meilleure articulation entre l'alternatif et le médical afin que ces deux milieux puissent travailler dans le même sens. Par exemple, en favorisant le décloisonnement des ressources pour que les différents intervenant(e)s (médecins, praticiens des médecines douces, infirmières, accompagnantes et sages-femmes) puissent travailler en équipe, afin de personnaliser et « d'individualiser » chaque accouchement;
- à la lumière des résultats de l'analyse, le Collectif « Les Accompagnantes » recommande que des mesures financières récurrentes soient prises à l'égard des services d'accompagnement déjà existants. Cela permettrait de répondre au besoin exprimé par les femmes d'une présence continue d'une personne d'expérience à l'écoute et disponible, sans exiger d'avantage des

intervenant(e)s médicaux (médecins, infirmières) déjà très sollicités en milieu hospitalier.



#### **4 En guise de conclusion**

Comment ces résultats se situent-ils, à la lumière des revendications formulées par les femmes, par rapport aux 35 dernières années? (voir Figure 3)

À certains égards, ils s'inscrivent dans la continuité. Tout en soulignant les gains effectués ces dernières années (c.-à-d. : la mise en place de chambres et de maisons des naissances, la reconnaissance de la pratique sage-femme, la création de services d'accompagnement, l'émergence d'un pouvoir négocié selon l'intervenant(e)). Les femmes demandent toujours le partage et l'accès à une information critique et diversifiée ainsi que le respect de leurs besoins, de leurs choix, et de leurs droits. Elles revendiquent toujours une autonomie et le pouvoir sur leur accouchement. Elles réclament encore l'accès à une diversité de services alternatifs et médicaux, particulièrement en régions, car les femmes sont tenues à l'écart des innovations en la matière ou elles doivent faire face, avec des moyens limités, aux restructurations du système de santé et aux manques d'effectifs spécialisés.

Les résultats de notre recherche se démarquent pourtant à quelques égards des revendications des 35 dernières années. Cela est peut-être dû à la nature de la collecte des données ou encore à la présence d'une première réponse aux revendications des années 80. L'humanisation de la naissance y est présentée non pas tant comme un synonyme d'accouchement naturel et la réduction de l'assistance médicale comme le souhait de voir respecter les besoins et les droits des femmes quels qu'ils soient, qu'elles manifestent ou non le désir d'un recours à l'assistance médicale. Les femmes veulent en somme que soient tenues en compte la diversité qui les constitue en tant qu'êtres humains complets : diversité de leurs expériences, de leurs besoins, de leurs valeurs, de leurs visions de l'accouchement, de leur condition physique, culturelles et socioéconomiques. Les témoignages entendus mettent également en lumière la présence d'un clivage dans les services, les ressources et la disponibilité de l'information entre le centre (région urbaine de Québec) et les régions (Portneuf et Charlevoix). Ils mettent finalement en lumière le souhait que formulent des femmes de voir se mettre en place une plus grande concertation entre les services alternatifs et

traditionnels. Selon elles, ces services ne s'opposent pas, mais sont plutôt de nature complémentaire.

Les actions à privilégier vont donc dans le même sens, soit :

- centraliser l'information pour que les renseignements soient plus critiques et intègrent à la fois les points de vue alternatifs et médicaux;
- faire connaître les droits des femmes auprès de celles-ci mais également auprès de leurs intervenant(e)s;
- favoriser l'accompagnement;
- développer si nécessaire et rendre accessibles les ressources en tenant compte de la diversité des femmes elles-mêmes et de la diversité de leurs besoins, dont le lieux de leur résidence (centre et régions) et les besoins particuliers des mères (par ex. : handicap physique, précarité économique, faible soutien social).

Ces résultats de recherche sont issus des différents points de vue exprimés par les femmes interrogées, à la lumière de leurs propres expériences. De tels services sont peut-être déjà en partie disponibles et des actions allant dans le sens des revendications énoncées ici ont même peut-être été entreprises par le passé. Cette recherche ne cherchait pas à établir un relevé des services effectivement disponibles, du point de vue des dispensateurs de services, mais bien de mieux saisir et mieux comprendre l'expérience vécue par les femmes au moment où elles doivent recourir à ces services. Ce qu'il est important de retenir, c'est que les femmes participant à notre recherche n'ont pas eu l'impression d'y avoir accès. Demeure donc encore à faire tout le délicat travail d'arrimage entre le vécu des femmes et l'accès véritable aux services.

**Figure 3 : les revendications des femmes et des participantes**

| <i>Les années 70</i>   | <i>Les années 80</i>  | <i>Les années 90</i>   | <i>Les années 2000</i>  | <i>Pour les participantes</i>   |
|--|---|--|---|---|
| <i>Remise en question des pratiques liées à l'accouchement en milieu hospitalier</i> | <i>Un pas vers l'humanisation de la naissance suite aux colloques « Accoucher ou se faire accoucher »</i>   | <i>Quelques revendications et des réponses partielles aux demandes des femmes</i>  | <i>Nécessité de demeurer vigilantes</i>                                     | <i>Tenir compte de la diversité et du désir de concertation</i>   |
| Revendication :<br>Humaniser la naissance en milieu hospitalier                      | Revendication :<br>Humaniser les soins et les services<br>Une baisse des interventions en milieu hospitalier  | Réponse :<br>Politique de périnatalité<br>Diminution du taux de certaines interventions obstétricales<br>Rénovation des départements d'obstétrique | Revendication :<br>Restreindre le monopole médical dans les hôpitaux        | Revendication :<br>Humaniser la naissance en considérant la femme dans sa globalité   |
|  | Revendication :<br>Respecter le rythme des femmes en travail  | Revendication :<br>Être traitées comme une personne, avec respect et chaleur humaine   |   | Revendication :<br>Respecter les besoins, les choix et les droits des femmes quels qu'ils soient  |
|  | Revendication :<br>Présence d'accompagnantes pendant l'accouchement<br>Une plus grande disponibilité du personnel médical avant et après l'accouchement | Revendication :<br>Recevoir du soutien, se sentir en sécurité  |   | Revendication :<br>Présence continue d'une personne d'expérience qui soit disponible et à l'écoute pendant l'accouchement   |
| Revendication :<br>Reconnaissance de la pratique des sages-femmes                    | Revendication :<br>Accès aux services sage-femme et la législation de leur pratique   | Réponse :<br>Légalisation de la pratique sage-femme en maison des naissances et reconnaissance de la profession                                    | Réponse :<br>Pratique des sages femmes en milieu hospitalier et à la maison | Revendication :<br>Démystifier et reconnaître la profession de sage-femme<br>Rendre les services accessibles en région<br>Reconnaissance par le milieu hospitalier des compétences médicales des sages-femmes |
|  | Revendication :<br>Implantation de maisons des  | Réponse :<br>Les projets pilotes des maisons de naissances   | Revendication :<br>Plus d'alternatives à l'accouchement à                   | Revendication :<br>Rendre accessible les maisons des naissances dans la   |

|  |  |   |   |  |
|--|--|---|---|--|
|  | naissances<br>Accès à de nouveaux lieux de naissance   |   | l'hôpital   | région 03 (ville et régions)   |
|  | Revendication :<br>Moyens d'information sur la grossesse et l'accouchement<br>Plus de modernité dans les cours prénataux | Revendication :<br>Recevoir de l'information personnalisée et adaptée afin de faire des choix éclairés  | Revendication :<br>Recevoir plus de renseignements afin de faire des choix éclairés           | Revendication :<br>Accès à une diversité d'information et de ressources pour faire des choix éclairés<br>Centraliser l'information   |
|  | Revendication :<br>Une plus grande autonomie des femmes en périnatalité<br>Un plus grand respect du droit des femmes     | Revendication :<br>Participer aux décisions en recevant de l'information adéquate et complète<br>Être maîtresses des décisions relatives à la naissance | Revendication :<br>Participer aux décisions en recevant de l'information adéquate et complète | Revendication :<br>Faire connaître les droits de la femme qui accouche<br>Favoriser un pouvoir négocié; redonner son pouvoir à la femme  |
|  |  |   |   | Revendication :<br>Rendre accessible toutes les ressources en région (Portneuf et Malbaie)<br>Faciliter l'accès à des ressources spécialisées en tenant compte de la diversité des femmes et de leurs besoins<br>Favoriser la complémentarité et la concertation entre les milieux médicaux et alternatifs |



## **Bibliographie**

- BARNSLEY, J. et D. ELLIS, *Research for change : participatory action research for community groups*, Vancouver, Women's Research Centre, 1992.
- BISSON, L. « Périnatalité : quoi de neuf? », *La gazette des femmes*, 1985, p. 20-21.
- BRABANT, I. *Une naissance heureuse. Bien vivre sa grossesse et son accouchement*, Montréal, Saint-Martin, 1991.
- BRABANT, I. *La peur de l'accouchement*, papier présenté à Santé de la reproduction et maternité : Autonomie des femmes ou illusion du choix?, avril 2003.
- BREITKREUZ, L., C. ELLIS, M. MOON et C. HANSON. « Les soins prodigués par les sages-femmes : expériences, espoirs et réflexions de femmes », *Bulletin de recherche des centres d'excellence pour la santé des femmes*, vol. 1, n° 2, 2001, p. 17.
- BULLETIN D'INFORMATION EN PÉRINATALITÉ*, ASPQ, vol. 9, n° 1, avril 2005.
- COLLECTIF « LES ACCOMPAGNANTES ». *Compte rendu de la table-ronde « Être accompagnés : quelle différence? »*, 2003.
- CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *Commentaires du Conseil du Statut de la Femme sur la politique de périnatalité du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Québec, 1993.
- CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *Virage ambulatoire : il faut redresser la trajectoire*, Québec, 2000.
- COOPER, T. « Professional issues. Informed consent is a primary requisite of quality care », *British-Journal-of-Midwifery (BR-J-MIDWIFERY)*, vol. 9, n° 1, 2001, p. 42-45.
- COUILLARD, M.-A., et G. CÔTÉ. *Le virage ambulatoire et l'économie sociale à Québec : l'exemple de l'entraide après l'accouchement*, Québec, Centre de recherche sur les services communautaires – Faculté des sciences sociales, Université Laval, 2000.
- CRESWELL, J. W. *Qualitative inquiry and research design : choosing among five traditions*, Thousand Oaks, Californie, Sage Publications, 1998.
- DESJARDINS, S. *Médecins et sages-femmes : les enjeux d'un débat qui n'en finit plus*, Montréal, Québec/Amérique, 1993.
- FÉDÉRATION DES CLSC DU QUÉBEC. *Virage ambulatoire, volet 6 – Périnatalité*, Montréal, 1996.

- FÉDÉRATION DES CLSC DU QUÉBEC. *Virage ambulatoire, volet périnatalité, objectifs*, Montréal, 1997.
- GALOTTI, K., B. Pierce, R. Reimer, et A. Luckner. « Midwife or doctor : a study of pregnant women making delivery decisions », *Journal-of-Midwifery-and-Women's-Health (J-MIDWIFERY-WOMENS-HEALTH)*, vol. 45, n° 4, 2000, p. 320-329.
- GOULET, L., J. BISSON, D. D'AMOUR, J.-F. LABADIE et R. PINEAULT. *Évaluation de l'impact des modalités de suivi post-natal sur la mère et le nouveau-né dans le contexte du congé précoce en obstétrique*, Montréal, GRIS – Université de Montréal, 2001.
- KRUEGER, R. A. *Analyzing & reporting focus group results*, London, Sage, 1998a.
- KRUEGER, R. A. *Developing questions for focus groups*, Thousand Oaks, Californie, Sage Publications, 1998b.
- KRUEGER, R. A. *Moderating focus groups*, London, Sage, 1998c.
- LAURENDEAU, F. « La médicalisation de l'accouchement », *Recherches sociographiques*, vol. 24, n° 2, 1983, p. 203-234.
- LAVENDER, T., S. Walkinshaw, et I. Walton. « A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience », *Midwifery (MIDWIFERY)*, vol. 15, n° 1, 1999, p. 40-46.
- LEBOYER, F. *Pour une naissance sans violence*, Paris, Seuil, 1974.
- LEMAY, C. *L'accouchement à la maison au Québec : les voix du dedans*, mémoire de maîtrise non publié, Université de Montréal, Montréal, 1997.
- MACHIN, D. et A. SCAMELL. « Changing practice. Using ethnographic research to examine effects of "informed choice" », *British-Journal-of-Midwifery*, vol. 6, n° 5, 1998, p. 304-309.
- MAGUIRE, P. *Doing participatory research : a feminist approach*, Amherst, Mass., Center for International Education School of Education University of Massachusetts, 1987.
- MARCOTTE, L. *Perceptions de mères primipares du soutien fourni par les infirmières durant la première période du travail obstétrical*, mémoire de maîtrise non publié, Université Laval, Sainte-Foy, Québec, 1999.
- MARSHALL, J. *Informed Consent During The Intrapartum Period : An observational Study*, papier présenté au 8<sup>th</sup> International Conference of maternity Care Researchers, Glagow, 6-8 septembre 2000.

- MASLOW, A. « A theory of human motivation », *Psychological Review*, vol. 50, 1943, p. 370-396.
- MILES, M. B. et A. M. HUBERMAN. *Qualitative data analysis : an expanded sourcebook* (2<sup>ième</sup> édition), Thousand Oaks; London; New Delhi, Sage Publications, 1994.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Protéger la naissance, Soutenir les parents : Un engagement collectif*, Québec, 1993.
- MOISAN, M. *Virage ambulatoire : le prix caché pour les femmes*, Québec, Conseil du statut de la femme, 1999.
- MORCOS, F. H. et autres. « Les choix et les attentes des futurs parents par rapport à l'expérience de l'accouchement », *Santé mentale au Canada*, vol. 37, n° 1, 1989, q.
- MUCCHIELLI, R. *L'interview de groupe : connaissance du problème, [applications pratiques]* (6<sup>e</sup> édition), Paris, Éd. esf-Entreprise moderne d'édition, Librairies techniques, 1987.
- MUZYCHKA, M. et M. Morris. *Recherche participative et action : un guide pour devenir une chercheuse, un chercheur pour le changement social*, Ottawa, Institut canadien de recherches sur les femmes – Icref/Criaw, 2002.
- O'CATHAIN, A., K. THOMAS, S. WALTERS, J. NICHOLL et M. KIRKHAM. « Women's perceptions of informed choice in maternity care », *Midwifery (MIDWIFERY)*, vol. 18, n° 2, 2002, p. 136-144.
- O'NEIL, M., F. SAILLANT, L. PELLETIER, D. LECLERC et L. LEPAGE, L. « La périnatalité au Québec. Une série d'études significatives à plusieurs égards », *Service social*, vol. 39, n° 2, 1990, p. 217-234.
- O'NEILL, M., F. SAILLANT, L. PELLETIER, D. LECLERC, et L. LEPAGE. « La périnatalité au Québec, où en sommes-nous? », *Nursing Québec*, vol. 11, n° 5, 1991, p. 15-22.
- PATTON, M. Q. *Qualitative evaluation and research methods* (2<sup>e</sup> édition.), Newbury Park, Californie, Sage Publications, 1990.
- PELKONEN, M., M. PERALA et J.-K. VEHVILAINEN. « Participation of expectant mothers in decision making in maternity care : results of a population-based survey », *Journal-of-Advanced-Nursing (J-ADV-NURS)*, vol. 28, n° 1, 1998, p. 21-29.
- PROULX, D. « Accoucher autrement », *La vie en rose*, vol. 23, 1993, p. 22-23,
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Nouvelle politique de périnatalité : Protéger la naissance, Soutenir les parents : un engagement collectif*, Ministère de la Santé et services et sociaux, 1985.

- QUÉNIART, Anne. « Maternité et prise en charge médicale : l'expérience de la solitude », dans *De l'expérience de la maternité à l'enceinte des technologies de procréation*, Actes de la Section d'études féministes du congrès de l'ACFAS, Montréal, Université du Québec à Montréal, 1990, p. 263-273.
- REGROUPEMENT NAISSANCE-RENAISSANCE. « L'Humanisation des naissances au Québec depuis dix ans : le modèle médical persiste », *Sans préjudice pour la santé des femmes*, vol. 25, 2001.
- RICARD-CHÂTELAIN. « Fini les naissances à Saint-Sacrement », *Journal Le Soleil*, 2003.
- RIVARD, A. *Pourquoi le dossier des sages-femmes préoccupe-t-il tant le Groupe MAMAN?*, consulté en ligne le 19 mai 1999 : [[http://www.rqasf.qc.ca/sp19/sp19\\_05.htm](http://www.rqasf.qc.ca/sp19/sp19_05.htm)].
- ROY, J. « Les Accompagnantes ne veulent pas d'une usine », *Journal de Québec*, 4 juillet 2002, p. 30.
- SÉGUIN. « The components of Womens' Satisfaction with Maternity Care », *Birth*, vol. 16, n° 3, 1989, p. 109-113.
- SUTHERNS, R. « Women's experience of maternity care of rural Ontario : Do doctors matter? », *Dissertation-Abstracts-International, A, The-Humanities-and-Social-Sciences*, vol. 63, n° 1, 2001, p. 380-A.
- TEXIER, M. *Accouchement, naissance : un chemin initiatique*, Le Souffle d'or, 2002.
- THIBODEAU, B., C. LEMAY, C. et H. ROUSSEAU. *Le pouvoir au quotidien : donner un sens à la naissance*, papier présenté à Santé de la reproduction et maternité : Autonomie des femmes ou illusion du choix?, avril 2003.
- VADEBONCOEUR, H. *L'accouchement : a-t-on répondu aux demandes des femmes?*, papier présenté à Santé de la reproduction et maternité : Autonomie des femmes ou illusion du choix?, avril 2003.
- WALKER, HALL et THOMAS. « The Experience of labour : A perspective from Those Receiving Care in a Midwife-led Unit », *Midwifery*, vol. 11, n° 3, 1995, p. 120-129.

Autres ouvrages consultés :

- ASSOCIATION FÉMININE D'ÉDUCATION ET D'ACTION SOCIALE (AFEAS) et autres, *Qui donnera les soins? Les incidences du virage ambulatoire et des mesures d'économie sociale sur les femmes du Québec*, Condition féminine Canada, 1998.
- BATTAGLINI, A., C. LEFEBVRE et autres. *Les mères immigrantes : pareilles pas pareilles! : Facteurs de vulnérabilité propres aux mères immigrantes en période périnatale*, Direction de la santé publique, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2001, 48 p.
- BATTAGLINI, A., S. GRAVEL et autres. « Quand migration et maternité se croisent : perspectives des intervenants », *Service social*, vol. 49, n° 1, 2002, p. 35-69.
- BENOIT, C., D. CARROLL, et autres. « But is it good for non-urban women's health? Regionalizing maternity care services in British Columbia », *The Canadian Review of Sociology and Anthropology*, vol. 39, n° 4, 2002, p. 373-395.
- BENOIT, C., D. CARROLL, et autres (2003), « In search of a Healing Place : Aboriginal women in Vancouver's Downtown Eastside », *Social Science & Medicine*, vol. 56, p. 821-833.
- BLAIS et autres. *Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec*. Montréal, Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), 1997, 300 p.
- BLACKFORD, K., H. RICHARDSON, et autres. « Prenatal education for mothers with disabilities », *Journal-of-Advanced-Nursing*, vol. 32, n° 4, 2000, p. 898-904.
- BLAIS, R. et R. LEVY. *Quelle formation devraient avoir les futures sages-femmes au Québec?* Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), 1998, 30 p.
- BLANCHET, S. « La périnatalité revisitée », *L'infirmière du Québec*, vol. 1, n° 1, 1993, p.10-11.
- BORDELEAU, F. et C. GAGNON. « Sages-femmes : la reconnaissance d'une profession », *La gazette des femmes*, vol. 20, n° 2, 1998, p.15-17.
- BOUFFARD, M., L. GRÉGOIRE et autres. *La périnatalité québécoise depuis vingt ans : document d'accompagnement JAP 2000*, Montréal, Association pour la santé publique du Québec, 2001, 91 p.
- BRIÈRE, P. *Revue de littérature internationale sur les centres de maternité*, rapport de recherche présenté au comité politique en périnatalité du ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, Montréal, 1991.

- BRODEUR, J.-M., L. SÉGUIN et autres. *Effets d'un programme prénatal de santé communautaire en prévention et promotion de la santé en milieu défavorisé*, Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), 2001, 90 p.
- CHAMPAGNE, F., M. GAMACHE et autres. *Analyse de l'implantation d'un réseau inter-hospitalier de soins pédiatriques : le Réseau Mère-Enfant*, Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), 2001, 46 p.
- CHOQUETTE, D. *La périnatalité au Québec : analyse critique de deux modèles d'encadrement de la maternité*, mémoire de maîtrise, Département de science politique, Montréal, Université du Québec à Montréal, 1988, 235 p.
- CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. *Virage ambulatoire : le prix caché pour les femmes*, Québec, Conseil du statut de la femme, 1999, 109 p.
- DASSONVILLE, D. *Accompagner le changement organisationnel vers un fonctionnement par projets*, mémoire de stage, Université de Paris x, Nanterre, CNAM, 2000.
- DE KONINCK, M. et F. SAILLANT. *Pouvoir, dépendance et santé des femmes*, Essai sur la santé des femmes, Conseil du Statut de la femme, Gouvernement du Québec, Québec, 1981.
- DE KONINCK, M. *Accoucher ou se faire accoucher*, rapport synthèse et réflexion critique sur les onze colloques régionaux sur l'humanisation des soins en périnatalité, octobre 1981.
- FORTIER, M. *Perceptions des parents primipares de leurs besoins dans le cadre d'un court séjour hospitalier*, mémoire de maîtrise, Département de Sciences infirmières. Université de Sherbrooke, 1998, 206 p.
- GIBBINS, J. et A. M. THOMSON. « Women's expectations and experiences of childbirth », *Midwifery*, vol. 17, n° 4, 2001, p. 302-313.
- GOULET, L. et autres. *Les services en périnatalité dans la région de Montréal sont-ils intégrés et continus?*, Forum du GRIS, Université de Montréal, 2001.
- GRÉGOIRE, L. et S. ST-AMANT. *Au cœur de la naissance. Témoignages et réflexions sur l'accouchement*, Montréal, Les éditions du remue-ménage, 2004, p. 90.
- KOUCHNER, A. « Naissance. Les pièges à éviter », *L'Express*, n° 2421, 1997, p. 22-30.
- KRANZ, J. « Community wise women », *L'infirmière canadienne*, vol. 92, n° 4, 1996, p. 49-50.

- LACHARITÉ, C. et L. MAILHOT. « Accueil au nouveau-né. Le soutien aux parents en période périnatale dans une perspective communautaire », dans *Enfance et milieu de vie : initiatives communautaires novatrices*, GAGNIER, J-P et C. CHAMBERLAND (dir.), Les Presses de l'Université du Québec, Sainte-Foy, Québec, 2000, p. 9-23.
- LAGRÉE, J. « Pouvoir, puissance et possibilité », Les Conférences de la société Bretonne de Philosophie, (1999), conférence en ligne, Académie de Rennes : [<http://www.ac-rennes.fr>].
- LYNAM, J., B. GURM et autres. « Exploring perinatal health in indo-canadian women », *L'infirmière canadienne*, vol. 96, n° 4, 2000, p.18-24.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Naître égaux, grandir en santé : un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité*, Direction générale de la santé publique, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux, 1995, 213 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Projets-pilotes sages-femmes. Rapport final et recommandations*, Conseil d'évaluation des projets-pilotes, Québec, 1997, 140 p.
- MOISAN, M., L. LEPAGE, A. BEAUDOIN et M. SIMARD, « Les nouveaux modes d'intervention entourant la naissance : contribution de la recherche évaluative », *Apprentissage et socialisation*, vol. 13, n° 3, 1990.
- MORRIS, H. M. et autres. « Cultural brokering in community health », *L'infirmière canadienne*, vol. 95, n° 6, 1999, p. 28-32.
- NORA, D. « Médecins sous influence », *Le nouvel observateur*, vol. 1274, 1989, p.23.
- OUVRARD, C. « Pourquoi tant de césariennes? », *Sélection du Reader's Digest*, vol. 65, 2001, p. 87-92.
- PAUL, D., C. LAMBERT et autres. « Tendre la main aux nouveaux parents : écouter ou informer? », *L'infirmière du Québec*, vol. 4, n° 5, 1997, p. 28-34.
- PLAN D'ACTION RÉGIONAL EN SANTÉ DES FEMMES*. 2004-2007, p. 39-42.
- RIVAUULT, M. « Elles ont accouché chez elles », *Psychologies*, vol 218, 2003, p. 156-160.
- ROCHELEAU, L. *Étude exploratoire des attentes et des besoins des femmes en périnatalité*, mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal, 2001.





## Annexe 1 : formulaire de consentement

Dans le cadre d'une recherche subventionnée par Condition féminine Canada et en collaboration avec une chercheuse associée à la Chaire d'étude Claire-Bonenfant sur la condition des femmes, le Collectif « Les Accompagnantes » à la naissance effectue une recherche auprès des femmes ayant déjà accouché afin de connaître leurs opinions sur la nature des soins de santé lors de la grossesse et de l'accouchement (période périnatale), leur diversité et leur accessibilité. Ce projet de recherche a pour titre : « *Femmes de la région 03 et accessibilité à des soins de périnatalité diversifiés – interventions politiques et éducatives.* »

Quatre objectifs sont visés :

5. Dresser un bilan critique de l'accès à une diversité de pratiques et à la médicalisation des services de périnatalité dans la région 03;
6. Consulter les femmes de milieux et d'origines diversifiés en regard de la restructuration des soins de santé dans la région de Québec (centres accoucheurs, création d'une maison des naissances sur la Rive-Nord, transfert des grossesses à risques) et des dossiers tels : l'accouchement à la maison, la pratique sage-femme en milieu hospitalier, le développement des services d'accompagnement à la naissance et rédiger une plate-forme de revendications ;
7. Présenter et valider auprès du milieu de la santé et des organismes communautaires le bilan et la plate-forme de revendications ;
8. Intervenir auprès des décideurs.

Votre participation consiste à participer à un groupe de discussion pour une durée de 2 à 3 heures afin de parler, à partir de votre expérience, de la nature des soins de santé en période périnatale, de leur diversité et de leur accessibilité. Chaque rencontre de groupe sera enregistrée sur cassette audio pour les fins de la recherche.

Votre participation à notre recherche est volontaire et confidentielle. Personne d'autre que les membres de l'équipe de recherche ne sera informé de votre participation à la recherche. Tous les documents produits seront dépersonnalisés. Votre nom n'apparaîtra jamais dans les rapports de recherche ni dans les communications et outils qui en découleront. Dès que nous transcrivons les cassettes utilisées pendant les rencontres de groupes, tous les noms et les détails qui permettraient de vous identifier seront modifiés.

L'information nominative vous concernant sera gardée sous clé. Au dépôt du rapport de recherche auprès de Condition féminine Canada, tout le matériel de la recherche sera archivé sous clé dans notre organisme et détruit dans cinq ans.

Pour vous remercier de votre participation, nous vous rembourserons vos frais de transport et de gardiennage sous présentation d'un reçu. (Un maximum de 10 \$ sera accordé pour le gardiennage et de 0.20 cents du kilomètre). **Aucun risque connu n'est associé à la participation à cette recherche.**

Après avoir pris connaissance du projet, vous avez le droit de ne pas participer à cette recherche. Vous avez aussi le droit de ne pas répondre à toutes les questions lors de la

rencontre de groupe. Vous pouvez vous retirer de la recherche à tout moment sans aucun préjudice. Si vous avez des questions ou des commentaires concernant cette recherche, contactez l'adjointe à la recherche : Sylvie Saunier, au numéro 688-6039. Vous pouvez aussi envoyer un courriel à [caa@oricom.ca](mailto:caa@oricom.ca)

Une copie de la présente lettre vous sera remise avant la tenue du groupe de réflexion.

Si vous avez lu et compris ce formulaire de consentement et que vous voulez participer à cette recherche, s'il vous plaît, inscrire :

---

Votre nom (en lettres détachées)

---

Votre signature et la date

---

Signature de l'adjointe au projet et date

Si vous avez des questions concernant ce formulaire, n'hésitez pas à nous rappeler au **688-6039**.

**Annexe 2 : questionnaire sociodémographique**

L'information donnée demeurera strictement confidentielle. Nous en avons besoin pour vous inscrire dans les groupes de réflexion.

Votre nom : \_\_\_\_\_ No de téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel :

Votre adresse actuelle : \_\_\_\_\_ Votre adresse lors de l'accouchement : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Statut matrimonial actuel :

Mariée/Conjoint de fait \_\_\_\_\_

Monoparentale \_\_\_\_\_

Statut matrimonial pendant la grossesse :

Mariée/Conjoint de fait \_\_\_\_\_

Monoparentale \_\_\_\_\_

Quel est votre âge actuel : \_\_\_\_\_

Quel était votre âge lors de votre dernier accouchement : \_\_\_\_\_

Comment avez-vous entendu parler de notre recherche? \_\_\_\_\_

Nombre d'enfants : \_\_\_\_\_

Groupe d'appartenance ethnique ou autochtone : \_\_\_\_\_

Date d'arrivée au Canada : \_\_\_\_\_

Présentez-vous un handicap physique particulier? \_\_\_\_\_

Lieu d'accouchement : Hôpital (le nom) \_\_\_\_\_

Maison des naissances \_\_\_\_\_

Domicile \_\_\_\_\_

Êtes-vous disponible : le jour : \_\_\_\_\_ le soir : \_\_\_\_\_

Aviez-vous les services d'une accompagnante? oui : \_\_\_\_\_ non : \_\_\_\_\_

À combien de semaines de grossesse avez-vous accouché? \_\_\_\_\_ semaines

Étiez-vous suivie pour une grossesse à risque? oui : \_\_\_\_\_ non : \_\_\_\_\_

Niveau de scolarité : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Revenu familial annuel brut (avant impôt)

Moins de 12,000  30,000-35,999

12,000-17,999  36,000-47,999

18,000-23,999  48,000-59,999

24,000-29,999  60,000 et plus

MERCI DE NOUS RENVOYER CE QUESTIONNAIRE AVEC VOTRE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

**Annexe 3 : avis de recherche**

## Avis de recherche

Le Collectif « Les Accompagnantes », en collaboration avec une chercheuse associée à la Chaire d'étude Claire-Bonenfant sur la condition des femmes, de l'Université Laval, recherche des femmes ayant accouché dans la grande région de Québec au cours des deux dernières années pour participer à un groupe de réflexion\* dans le cadre d'un projet de recherche.

- *Les frais de transport et/ou de gardiennage seront remboursés sur présentation d'un reçu. Un maximum de 10 \$/personne sera alloué pour le gardiennage. Nous remboursons les frais d'appels interurbains.*
- *Le groupe de réflexion se tiendra dans votre région.*

### Dans quels buts?

Pour donner la parole aux femmes :

- concernant les soins de santé reçus durant la grossesse et lors de l'accouchement
- concernant leurs points de vue sur la diversité des services de santé offerts et leur accessibilité pendant la période périnatale
- pour éclairer le débat public sur les services de santé offerts pendant la grossesse et l'accouchement et intervenir auprès des décideurs pour faire valoir les revendications des femmes.

### **Vous êtes intéressée à participer à cette recherche?**

*Contactez Sylvie Saunier au Collectif « Les Accompagnantes » au 1 (418) 688-6039 avant le 30 janvier 2004*

Une aide financière a été fournie par le programme de promotion de la femme de Condition féminine Canada. Les opinions exprimées dans ce document ne correspondent pas nécessairement à la politique de Condition féminine Canada.



#### Annexe 4 : entrevue radiophonique - exemple

Mercredi 7 janvier 2004/01/07 CKIA

##### Qui sont « Les Accompagnantes »?

Nous sommes un organisme communautaire d'humanisation de la naissance qui existe depuis 20 ans et dont la mission est de protéger le caractère humain de la naissance dans un environnement où la technologie est omniprésente.

Nous sommes un collectif de 22 Accompagnantes.

##### Nous offrons 2 services principaux :

- 1- un service d'accompagnement individualisé pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale qui consiste en 3 rencontres prénatales, la présence à l'accouchement et 2 rencontres postnatales. Le soutien offert est d'ordre psychologique et non médical. Une contribution volontaire est demandée aux parents à la fin de ce service.
- 2- Ateliers intensifs de préparation à la naissance en groupe

##### Pourquoi cette recherche?

Elle est née des constats faits lors de la table-ronde à l'occasion du 20<sup>e</sup> anniversaire des Accompagnantes l'année passée. Le sujet de la table portait sur l'évolution de l'humanisation des naissances dans la région de Québec au cours des 20 dernières années.

Les spécialistes et le public présent ont constaté :

- 1- Beaucoup d'améliorations depuis 20 ans
  - \* femmes plus anesthésiées ni attachées,
  - \* conjoint assiste,
  - \* cohabitation avec le bébé,
  - \* création chambres de naissances
- 2- Reste encore beaucoup à faire
  - \* lourdeur de l'organisation du travail dans les hôpitaux,
  - \* manque d'information et de soutien pour les femmes
  - \* femmes sont de plus en plus prises en charge
  - \* naissance est vue comme un événement médical

##### Surtout :

\* restructuration depuis quelques années dans la grande région de Québec des soins de santé en matière de périnatalité qui soulève beaucoup de questionnements sur l'accessibilité des femmes à des soins diversifiés, peu importe leur condition et leurs origines. En effet, des 7 centres hospitaliers accoucheurs dans les années 70 on en compte plus que 2 dans la région : St-François d'Assise et le Centre Mère-enfant du centre hospitalier de l'université Laval pour lequel la population n'a pas été consultée

Toutes ces restructurations soulèvent des questions importantes sur les quelles les femmes doivent se prononcer.

Le but de notre recherche est donc de donner la parole aux femmes afin qu'elles puissent donner leurs opinions sur :

- l'accessibilité a une diversité de soins pendant la grossesse et l'accouchement et ce pour toutes les femmes indépendamment de leur condition
- nous parler de leurs besoins et revendications concernant les soins de santé

Suite aux réponses que les femmes vont nous donner, nous allons présenter leurs commentaires et leurs revendications auprès des intervenants du milieu et faire des pressions auprès des décideurs pour que la voix des femmes sur ce sujet soit entendue et prise en compte.

#### Pour Quelles femmes?

Notre recherche s'adresse a toutes les femmes qui ont accouché dans la région de Québec au cours des 2 dernières années.

Nous souhaitons toucher le plus de femmes possibles. Pour cette raison, nous allons former 10 groupes de femmes qui tiendront compte :

- \* des conditions socio-économiques
- \* de l'appartenance culturelles et ethniques
- \* du handicap physique
- \* du statut matrimonial
- \* de la localisation géographique
- \* de l'âge

**Contacteur** : Sylvie Saunier

Avant le 30 janvier 2004

688-6039

## Annexe 5 : démarches de recrutement effectuées – avis de recherche

| <b>Semaines</b>                    | <b>Médias</b>  | <b>Type d'annonce</b>  |
|------------------------------------|--|--|
| La semaine du 4 au 10 décembre 03  | ➤ Journal <i>Voir</i>                                | • Avis de recherche (gratuit car erreur)                                       |
| La semaine du 11 au 17 décembre 03 | ➤ Journal <i>Voir</i><br>+<br>➤ Radio CKRL           | • Avis de recherche<br>+<br>• Capsule publicitaire 60 secondes 3 fois par jour |
| Le 7 janvier 04                    | ➤ Radio CKIA   | • Entrevue radiophonique dans le cadre de l'émission « Mes amies de filles »   |
| La semaine du 8 au 14 janvier 04   | ➤ Journal <i>Voir</i><br>+<br>➤ Journal le Carrefour | • Avis de recherche<br>+<br>• Avis de recherche                                |
| Le week-end du 17 janvier 04       | ➤ <i>Journal de Québec</i>                           | • Avis de recherche  |
| Le week-end du 17 janvier 04       | ➤ <i>L'Hebdo Charlevoisien</i>                       | • Avis de recherche  |
| Le dimanche 24 janvier 04          | ➤ <i>Le Soleil</i>                                   | • Avis de recherche  |
| Le dimanche 24 janvier 04          | ➤ <i>Le courrier de Portneuf</i>                     | • Avis de recherche  |
| La semaine du 5 au 11 février 04   | ➤ Journal <i>Voir</i>                                | • Avis de recherche « Dernier Appel »  |
| La semaine du 5 au 11 février 04   | ➤ <i>Impact Campus</i><br>Université Laval           | • Avis de recherche « Dernier Appel » immigrantes et monoparentales            |
| La semaine du 12 au 18 février 04  | ➤ <i>Au fil des événements</i><br>Université Laval   | • Avis de recherche « Dernier appel » « immigrantes et monoparentales »        |

**Annexe 6 : démarches de recrutement effectuées – présentation**

| <b>Date</b> | <b>Lieux</b>                                     | <b>Stratégies</b>   |
|-------------|--|---|
| 2 déc. 03   | Les Relevailles                                  | Présentation de la recherche, des buts, des modalités de participation et distribution des dépliants, affiches et questionnaires aux femmes présentes intéressées |
| 9 déc. 03   | Les Relevailles                                  | Idem  |
| 17 déc. 03  | Centre ressources jardin des familles            | Idem  |
| 15 janv. 04 | Café-métho de la Chaire d'étude Claire-Bonenfant | Présentation de la recherche, des buts, des modalités de participation et distribution des dépliants et des affiches  |
| 23 janv. 04 | Pignon Bleu                                      | Idem  |
| 27 janv. 04 | Les Relevailles                                  | Idem  |
| 29 janv. 04 | La Bouchée généreuse Limoilou                    | Idem  |
| 3 janv. 04  | Café au lait (CLSC Charlesbourg)                 | Idem  |
| 5 fév. 04   | Ressources familiales Côte-de-Beaupré            | Idem  |
| 8 fév. 04   | Cuisine collective Cégep Limoilou                | Idem  |
| 12 fév. 04  | Ressources familiales Beauport                   | Idem  |
| 12 fév. 04  | Centre international des femmes                  | Idem  |



## **Annexe 7 : schéma d'entretien**

1. Accueil et remerciements
2. Présentation de l'animatrice et de la coordonnatrice du projet
3. Présentation de l'organisme « Les Accompagnantes »
4. But de la rencontre et objectifs du projet de recherche
5. Explication des conditions facilitantes pour le bon déroulement de la rencontre

### **Question générale** afin d'ouvrir la discussion

- Quelle image aviez-vous de l'accouchement en devenant enceinte?

### **Besoins**

- Quels étaient vos besoins en vue de l'accouchement?
- Quels moyens avez-vous trouvé pour répondre à ces besoins?
- Quels étaient vos besoins pendant l'accouchement?
- Quels moyens avez-vous trouvés pour répondre à ces besoins?

### **Ressources – Accessibilité et diversité**

- Vous sentiez-vous prête à vivre votre accouchement? (Ce qui vous a le plus aidé et ce qui vous a manqué)
- Parlez-nous de l'information/des ressources que vous êtes allés chercher (Auprès de qui, quoi et comment?)
- Quelles ressources s'offraient à vous pour préparer et vivre votre accouchement?
- Ces ressources étaient-elles accessibles?

### **Choix**

- Parlez-nous de vos choix. Qu'est-ce qui les a influencés?
- Les autres ont-ils joué un rôle dans les choix que vous avez fait?

### **Pouvoir**

- Avez-vous eu l'impression d'avoir eu du pouvoir en regard de ce que vous avez vécu?
- Quelle est votre définition du pouvoir?
- Quelles sont les forces que vous avez acquises suite à votre expérience?

### **Revendications**

- Qu'avez-vous le plus apprécié/le moins dans votre expérience?
- Que souhaiteriez-vous changer ou quel message aimeriez-vous laisser en participant à cette recherche?

6. Bilan et retour sur la rencontre (commentaires – évaluation)
7. Présentation du comité de validation
8. Information sur le rapport final et sur sa disponibilité pour toutes les participantes
9. Remerciements et conclusion

**Annexe 8 : questionnaire d'évaluation****Questionnaire d'évaluation**

Projet de recherche sur l'accessibilité à des soins de santé diversifiés pendant la période périnatale

*Ce questionnaire a pour but d'évaluer votre satisfaction face à la rencontre de groupe que vous venez de vivre. Les renseignements que vous nous transmettez nous seront très précieux car ils contribueront à améliorer notre approche avec d'autres groupes de femmes. Tous ces renseignements seront traités de façon confidentielle.*

La formule de la rencontre vous convient-elle?

|   | Très satisfaite<br>☺ | Satisfaite<br>☹ | Peu satisfaite<br>☹ |
|---|----------------------|-----------------|---------------------|
| Le jour de la semaine                         |                      |                 |                     |
| L'heure                                       |                      |                 |                     |
| Le nombre de participantes                    |                      |                 |                     |
| La pause – la collation                       |                      |                 |                     |
| Le local                                      |                      |                 |                     |
| La distance par rapport à votre domicile      |                      |                 |                     |
| L'accessibilité du lieu (bus, stationnement.) |                      |                 |                     |
| La durée de la rencontre                      |                      |                 |                     |
| La possibilité de vous exprimer librement     |                      |                 |                     |
| Les thèmes abordés                            |                      |                 |                     |
| L'animatrice                                  |                      |                 |                     |
| L'accueil                                     |                      |                 |                     |

Commentaires :

---



---



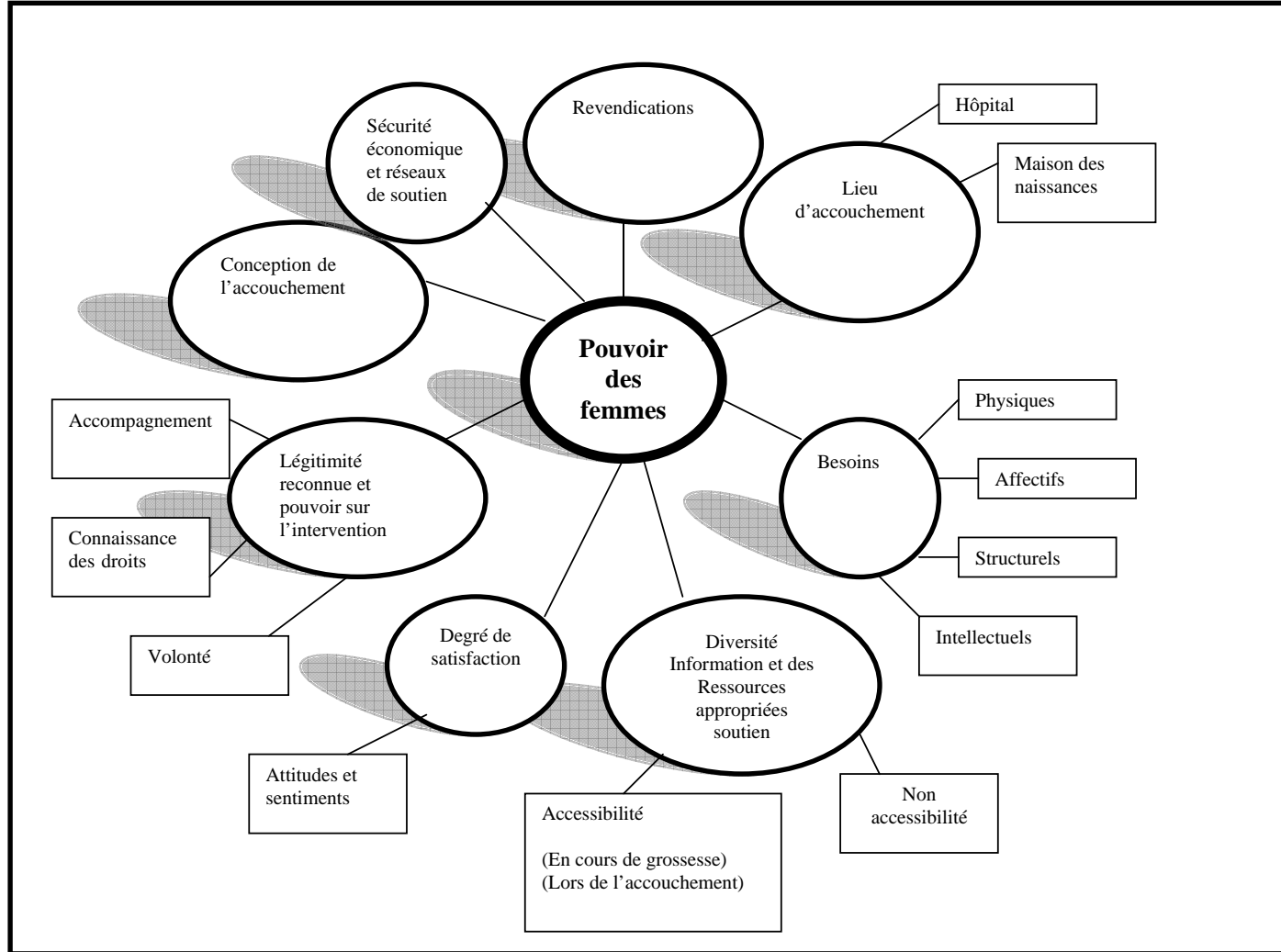
---

Mille fois merci!

**Annexe 9 : composition des entretiens collectifs**

| <b>7 Groupes</b>                     | <b>Nombre de femmes<br/>interpellées</b> | <b>Nombre de femmes<br/>présentes</b> |
|--------------------------------------|--|---------------------------------------|
| Femmes favorisées hôpital            | 16                                       | 8                                     |
| Femmes accompagnées<br>hôpital       | 13                                       | 5                                     |
| Femmes de Charlevoix<br>hôpital      | 12                                       | 5                                     |
| Femmes défavorisées hôpital          | 9  | 4                                     |
| Femmes de maison des<br>naissances   | 11                                       | 4                                     |
| Femmes immigrantes hôpital           | 6  | 3                                     |
| Femmes de Portneuf hôpital           | 4  | 2                                     |
| 5 Entrevues                          |  |                                       |
| Femmes autochtones hôpital           | 2  | 2                                     |
| Femme immigrante hôpital             | 1  | 1                                     |
| Jeune femme hôpital                  | 1  | 1                                     |
| Femme handicapée visuelle<br>hôpital | 1  | 1                                     |
| <b>TOTAL</b>                         | <b>76</b>                                | <b>36</b>                             |

## Annexe 10 : le mandala du Pouvoir



**Annexe 11 : détails – raisons évoquées pour la réponse ou non aux besoins communs à l'ensemble des participantes**

**BESOIN DE CONTRÔLER ET DE PLANIFIER**

| <i>CAUSES DE LA RÉPONSE</i>  | <i>CAUSES DE LA NON RÉPONSE</i>  |
|--|--|
| <b>Détermination de la femme</b>   | <b>Prise en charge médicale</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Préparation mentale de la femme</li> <li>• Accès à l'information et aux ressources diversifiées</li> <li>• Avoir un plan de naissance</li> <li>• Connaissance de son corps</li> <li>• Possibilité de faire du travail à la maison</li> <li>• Pourvoir de faire des choix</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Urgence médicale</li> <li>• Césarienne</li> <li>• Limitation des interventions</li> </ul>   |
| <b>Présence de son médecin à l'accouchement</b>  | <b>Lourdeur du protocole</b>   |
| <b>Soutien et ouverture du personnel</b>   | <b>Manque d'information et d'accès à des ressources</b>  |
| <b>Accoucher en maison des naissances</b>  | <b>Attitude des intervenants</b>   |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infantilisation des jeunes mères</li> <li>• Non-disponibilité</li> <li>• Utilisation de la peur</li> <li>• Non-respect du vécu de la femme</li> </ul> |

**BESOIN DE COMPRÉHENSION ET DE CONSIDÉRATION**

| <i>CAUSES DE LA RÉPONSE</i>  | <i>CAUSES DE LA NON RÉPONSE</i>  |
|--|--|
| <b>Présences en C-H :</b>  | <b>Pouvoir du milieu hospitalier et attitudes des intervenants :</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accompagnante</li> <li>• Conjoint</li> <li>• Sage-femme</li> <li>• Présence de son médecin à l'accouchement</li> <li>• D'une femme</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Non-respect de l'intimité, de l'intégrité et des choix de la femme</li> <li>• Non-écoute des besoins</li> <li>• Stigmatisation des femmes ayant eu une césarienne, des jeunes mères et des femmes ayant choisi la maison des naissances</li> <li>• Pas de suivi du dossier médical après le deuxième ou troisième accouchement</li> <li>• Manque de reconnaissance des acquis, de l'instinct féminin, de la responsabilité de la femme</li> <li>• Non-disponibilité du personnel</li> <li>• Rapidité du suivi prénatal</li> <li>• Trop grande initiative des résidents malgré leur manque d'expérience</li> <li>• Attitude d'urgence du personnel</li> <li>• Banalisation de la naissance avec la césarienne et de la naissance en général</li> <li>• Harcèlement du personnel infirmier</li> </ul> |
| <b>Accoucher en maison des naissances</b>  | <b>Manque d'accès aux ressources d'accompagnement</b>  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Continuité du suivi avec son intervenant(e)</b>  | <b>Critères d'admission trop restrictifs des CLSC (pour ressources adaptées) et des maisons des naissances</b>   |
| <b>Attitudes des intervenants</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respect des choix de la femme</li> <li>• Personnalisation des soins</li> <li>• Respect du vécu</li> <li>• Le non-jugement</li> </ul> | <b>Lourdeur du protocole médical</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Changement du quart de travail des infirmières</li> </ul>                              |
|   | <b>Manque d'information sur ses droits</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentiment d'avoir été bernée, manque d'information pendant le travail</li> </ul> |

### **BESOIN DE SÉCURITÉ ET D'ÊTRE RASSURÉE**

| <b><i>CAUSES DE LA RÉPONSE</i></b>   | <b><i>CAUSES DE LA NON RÉPONSE</i></b>  |
|--|---|
| <b>Présences en CH :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accompagnante</li> <li>• Conjoint</li> <li>• Sage-femme</li> <li>• Présence de son médecin à l'accouchement</li> <li>• D'une personne significative</li> </ul> | <b>Attitude des intervenant(e)s en CH :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Non à l'écoute de la femme</li> <li>• Manque de soutien et de modèle positif</li> <li>• Manque d'accompagnement</li> <li>• Manque de cohérence entre les différentes infirmières dans l'information donnée</li> <li>• Manque de chaleur, de considération et d'écoute des intervenant(e)s</li> <li>• Manque de respect du médecin lors d'examens vaginaux</li> <li>• Menace des intervenant(e)s pendant la poussée</li> <li>• L'aspect inhumain du suivi</li> <li>• Les intervenant(e)s n'ont pas joué leur rôle de donner confiance</li> <li>• Non-disponibilité du médecin</li> <li>• Se faire refuser un suivi</li> </ul> |
| <b>Aspects chaleureux des maisons des naissances</b>   | <b>Manque d'information:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sur la routine hospitalière</li> <li>• Sur tous les scénarios possibles pendant le travail et l'accouchement</li> </ul>   |
| <b>Continuité du suivi avec son intervenant(e)</b>   | <b>Manque d'accès à une diversité de ressources</b>   |
| <b>Attitudes des intervenant(e)s</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Écoute, "caring" (solicitude)</li> <li>• Disponibilité</li> <li>• Soutien du personnel</li> <li>• Coté humain du personnel</li> </ul>              | <b>Manque de ressources accessibles 24h</b>   |
|  | <b>Protocole médical</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Changement de chiffres</li> <li>• Manque de continuité</li> <li>• Incertitude liée au fait de ne pas savoir si c'est son médecin qui sera présent à l'accouchement</li> <li>• Absence temporaire des personnes significatives lors de la césarienne</li> <li>• Nécessité de se battre</li> </ul>  |
| <b>Compétences professionnelles médicales des sages-</b>   | <b>Obligation d'accoucher en centre hospitalier</b>   |

|   |  |
|---|--|
| <b>femmes</b>   |  |
| <b>L'approche des sages-femmes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La longueur du suivi prénatal avec la sage-femme</li> <li>• Responsabilisation donnée aux parents par les sages-femmes</li> <li>• La liberté d'être, le non-jugement des sages-femmes</li> <li>• La connaissance intime du couple</li> <li>• Présence de l'aide natale</li> <li>• Disponibilité des sages-femmes</li> <li>• Reconnaissance des compétences parentales</li> <li>• Lien de confiance dû à la continuité du suivi</li> </ul> |  |
| <b>Information et accès aux ressources diversifiées</b>   | <b>Distance de la maison des naissances (Saint Romuald – Rive-Sud)</b> |
| <b>Pouvoir contrôler</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire des choix</li> </ul>  |  |
| <b>Préparation en prénatal</b>  |  |
| <b>Avoir des modèles positifs</b>   |  |
| <b>Cohabitation avec bébé en post</b>   |  |
| <b>L'hôpital</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La technologie (ne plus souffrir)</li> </ul>  |  |

## Annexe 12 : l'ensemble des pistes d'action proposées par les femmes

| <b>En prénatal</b>  |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Créer un guide « Mode d'emploi 101 pour vivre sa grossesse » comportant toutes les ressources traditionnelles et alternatives disponibles pour les femmes enceintes ainsi que toute l'information pour le père afin qu'il puisse lui aussi faire ses choix en connaissance de cause (menu à la carte – guide gouvernemental pour uniformiser l'info.). Le rendre accessible à toutes les femmes dès le début de leur grossesse.</li> </ul> | <b>CLSC</b>                                |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Campagne de sensibilisation (auprès des intervenants et des femmes enceintes dans le cadre des cours prénataux) au moyen d'une vidéo dans le but de présenter et publiciser les types de services offerts par les sages-femmes et les accompagnantes ainsi que toutes autres ressources alternatives (yoga prénatal, hypnonaissance, préparation affective à la naissance...).</li> </ul>  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Faire plus d'exercices pratiques dans les cours prénataux et avoir plus d'info sur le postnatal.</li> </ul>  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Remise à jour régulière de l'information transmise dans les cours prénataux des CLSC.</li> </ul>   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Avoir des horaires variés dans les cours prénataux.</li> </ul>   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Avoir plus de ressources destinées aux immigrantes (soutien, échange, entraide...).</li> </ul>   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Que les CLSC soient le point de chute de l'information (banque de données centralisées).</li> </ul>  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Brancher les ressources périnatales avec le réseau de francisation au MRCL.</li> </ul>   | <b>MRCI</b>                                |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Créer des réseaux d'entraide et d'échange d'informations entre femmes enceintes et femmes nouvellement accouchées.</li> </ul>  | <b>CLSC ou organisme communautaire</b>     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Rendre accessible (à toutes les femmes enceintes qui le désirent) le retrait préventif.</li> </ul>   | <b>Gouvernement</b>                        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Décloisonner tous les services en périnatalité (traditionnels, médicaux et alternatifs) afin de les rendre accessibles aux usagères.</li> </ul>  | <b>Réseau</b>                              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Bombarder les murs des cliniques de périnatalité de publicité sur les ressources alternatives.</li> </ul>  | <b>Hôpital et clinique</b>                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Augmenter les temps de visites en prénatal afin que les femmes puissent exprimer leur vécu à leur médecin.</li> </ul>  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Offrir un service d'accompagnement à la naissance en région ainsi que tous les autres services alternatifs (services qui seraient offerts au même titre que les cours prénataux).</li> </ul>   | <b>Organisme communautaire</b>             |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Modifier le dépliant des Accompagnantes.</li> </ul>  |  |
| <b>En périnatal</b>   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Formation continue pour les intervenant(e)s : en relation d'aide, en écoute active, sur le respect des droits des femmes, de leur intuition, de leur savoir et de leur rythme.</li> </ul>  | <b>Hôpitaux et clinique</b>                |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Avoir accès à une personne qui accompagne, guide et qui « coach » pendant le travail et l'accouchement.</li> </ul>   | <b>Organisme communautaire et hôpitaux</b> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Faire un plan de naissance et le présenter au médecin</li> </ul>   | <b>CLSC ou organisme comm.</b>             |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Être considérée comme étant la personne la plus importante ce jour-là.</li> </ul>  |  |



|   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pouvoir compter sur la présence de son médecin à l'accouchement</li> </ul>   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avoir accès à un dépliant sur lequel toutes les informations relatives au fonctionnement de l'hôpital soient clairement indiquées (les horaires de passage de la personne responsable de la location de la télévision, les horaires de la cafétéria ...).</li> </ul> |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assouplir le protocole médical.</li> </ul>   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Créer une charte des droits des femmes enceintes et du couple et l'afficher en milieu hospitalier (connue des intervenant(e)s).</li> </ul>   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Baliser le travail des résidents.</li> </ul>   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rendre accessible l'accouchement à domicile.</li> </ul>  |  |

| <b>En postnatal</b>   |                              |
|---|------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Localiser ensemble les femmes ayant vécu des césariennes.</li> </ul>   | <b>Hôpitaux</b>              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accepter les marraines d'allaitement dans les hôpitaux.</li> </ul>   |                              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Encourager, subventionner et rendre accessible des services de relevailles et de café-rencontres en postnatal.</li> </ul>                              | <b>Gouvernement</b>          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Permettre aux mères qui le souhaitent de rester plus longtemps à la maison des naissances après l'accouchement.</li> </ul>                             | <b>Maison des naissances</b> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation uniformisée en allaitement pour tous les intervenants afin de réduire les risques de transmission d'informations contradictoires.</li> </ul> | <b>CLSC</b>                  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avoir des lignes info-allaitement/info- bébé/info-maman 24h/24h.</li> </ul>  |                              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rendre accessible tous les services périnataux hors région métropolitaine de Québec (Portneuf et Charlevoix).</li> </ul>                               |                              |

| <b>En pré-per-post-natal</b>  |                                    |
|---|------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibiliser les organismes communautaires et les intervenants du réseau sur les handicaps et les besoins de certaines mères afin que ces derniers soient considérés et qu'elles puissent par le fait même avoir accès à du personnel de soutien pendant toute la période périnatale (achat de linge de bébé, nourrir bébé, installation des équipements pour bébé...). Importance de ne pas tenir compte du revenu familial.</li> </ul>   | <b>CLSC</b>                        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ouvrir d'autres maisons des naissances (hors des centres hospitaliers) dans la région 03 en conservant leur caractère intime (Rive-Nord, Charlevoix...).</li> </ul>  | <b>Gouvernement</b>                |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Présence des sages-femmes en milieu hospitalier.</li> </ul>  |                                    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en place une formation d'accompagnante reconnue et officielle.</li> </ul>   | <b>Hôpitaux, cliniques et CLSC</b> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Changement d'attitude du personnel hospitalier : <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Ne plus utiliser la peur et le jugement pour influencer les femmes et justifier les interventions faites auprès d'elles ;</li> <li>▶ Ne plus considérer la femme enceinte comme une personne malade ;</li> <li>▶ Ne plus imposer des choses aux femmes mais les responsabiliser en les informant de toutes les ressources existantes tant médicales, alternatives que traditionnelles ;</li> <li>▶ Respecter les convictions et les choix des femmes.</li> </ul> </li> </ul> |                                    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Décentraliser les accouchements et faire de plus petits centres accoucheurs : de maternité ou de cellules maternelles (ville et/ou banlieue) qui seraient affiliés à des instances locales (CSSS/CLSC). Là, sous un même toit, se retrouveraient toute l'information et toutes les ressources (traditionnelles et alternatives) pour la femme enceinte. Par ex. : formation sur place comme en maison des naissances (recréer un milieu de vie)</li> </ul>   | <b>Réseau</b>                      |

## Annexe 13 : tableau sur les causes de l'accessibilité ou non des ressources

## L'accessibilité et les causes de l'inaccessibilité des ressources

| <b>Ressources traditionnelles</b>   |   |   |
|---|---|---|
| <b>Cours prénatal</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Généralement accessible</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conflit d'horaire</li> <li>• Manque d'information</li> <li>• Maladie</li> <li>• Distance</li> <li>• Cours non-adapté (handicap)</li> </ul>   |
| <b>Littérature-audio-visuel (info sur grossesse, travail, accouchement, droits)</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• de façon générale très accessible</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Décentralisation</li> <li>• Manque d'information formelle sur les droits des femmes enceintes</li> <li>• Maladie (mal de tête pour lecture)</li> <li>• Manque d'information numérisée</li> </ul> |
| <b>Activité physiques (yoga, aqua-maman)</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Généralement accessible</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coût</li> <li>• Distance (surtout en région)</li> <li>• Conflit horaire</li> </ul>   |
| <b>Plan de naissance</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Généralement accessible</li> </ul>   |   |
| <b>Accessoires pendant le travail</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• de façon générale accessible</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque d'ouverture de l'intervenant</li> <li>• Pas proposé</li> <li>• Épidurale restreint l'accès à certains accessoires (banc de naissance, bain...)</li> </ul>                                 |
| <b>Support en allaitement</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• bon soutien en région</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de continuité dans le suivi en CH</li> <li>• Information contradictoire parmi les intervenants en CH</li> <li>• Information non adéquate dans certains cours</li> </ul>                   |
| <b>Ressources médicales</b>   |   |   |
| <b>Épidurale</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• De façon générale, accès facile en milieu hospitalier dans la région de Québec centre</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Non-disponibilité de l'anesthésiste</li> <li>• Absence de l'anesthésiste</li> <li>• Raisons de santé de la mère</li> </ul>   |
| <b>Césarienne</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• De façon générale, accès facile en milieu hospitalier dans la région de Québec centre</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les femmes de Charlevoix doivent venir à Québec car pas de spécialiste</li> </ul>  |
| <b>Déclenchement</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• De façon générale, accès facile en milieu hospitalier dans la région de Québec centre</li> </ul> |   |

| <b>Ressources alternatives</b>                   |   |  |
|--|---|--|
| <b>Accompagnement (infirmière, médecin...)</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accessible pour certaines</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Changement de quart de travail en CH</li> <li>• Charge de travail des intervenant(e)s en CH</li> </ul>  |
| <b>Les Accompagnantes</b>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accessible par le bouche à oreille ou après une 1<sup>ère</sup> expérience</li> </ul>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque information dans le réseau</li> </ul>  |
| <b>Sages-femmes</b>                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accessible pour certaines répondant à des critères particuliers et ayant une grande détermination</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque d'information dans le réseau</li> <li>• Critères d'admission trop sévères</li> <li>• Manque d'ouverture d'esprit des intervenant(e)s du réseau</li> <li>• Distance</li> <li>• Préjugés et tabous envers les sages-femmes et les utilisatrices de leurs services</li> </ul> |
| <b>Ostéo-chiro-acup-hypno.réflex.homéo</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accessible auprès des sages-femmes car utilisent certaines</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coût</li> <li>• Manque d'information</li> </ul>   |
| <b>Ressources financières et administratives</b> |   |  |
| <b>Programme OLO</b>                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accessible pour certaines</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque d'information</li> <li>• Bénéficiaire du service nécessite un suivi parfois trop serré</li> </ul>  |
| <b>Assurance chômage<br/>Aide sociale</b>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accessible pour certaines</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Critères d'admission trop sélectifs</li> </ul>  |
| <b>Retrait préventif</b>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accessible pour certaines</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Critères d'admission trop sélectifs</li> </ul>  |
| <b>Garderie-gardienne</b>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accessible pour certaines</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de place</li> <li>• Longueur des listes d'attente</li> </ul>   |

## Annexe 14 : idées-forces auprès de chaque groupe

| <b>Favorisées</b>   | <b>Accompagnées</b>   | <b>Charlevoix<br/>Portneuf</b>  | <b>Défavorisées<br/>jeune femme</b>                                | <b>Maison des<br/>naissances</b>  |
|---|---|---|--|---|
| Manque d'information lors de l'accouchement   |   |   |  |   |
|   |   | Non-accessibilité des ressources<br><br>Revendiquent une maison des naissances et des services d'accompagnantes | Peu de ressources institutionnelles et financières                 |   |
| Recherchent la sécurité du milieu hospitalier   |   |   |  | Avoir la liberté « d'être » et de s'abandonner  |
| Se battre pour faire valoir ses besoins   | Se battre pour faire valoir ses besoins   | Besoins non entendus des intervenant(e)s  | Non-respect de l'intégrité physique                                | Qualité du suivi avec les sages-femmes  |
| Souhaitent ne pas souffrir  | Césarienne source de souffrance physique et psychologique<br>Deuil à faire suite à une césarienne<br>Dépossession de son accouchement avec une césarienne |   |  | Souhaitent vivre la douleur de l'accouchement   |
|   | L'accompagnante donne du pouvoir et humanise  | Présence de contrôle de la part du corps médical  | Prise en charge du milieu médical : infantilisation stigmatisation | La sage-femme donne le pouvoir  |
| <b>Immigrantes européennes</b>  | <b>Immigrante hispanophone</b>  | <b>Autochtones</b>  | <b>Handicapée visuelle</b>   |   |
| Souhaitent une plus grande centralisation de l'information<br>Et une meilleure connaissance de leurs droits |   |   |  | Absence de documentation adaptée<br><br>Handicap facteur limitant l'accès à l'information |
| Isolement :<br>Besoin de soutien et de ressources pour les relevailles                                      | Besoin de soutien et de ressources pour les relevailles   |   |  |   |
|   | Barrières linguistiques, culturelles et de genre avec son médecin   | Être dans la norme  |  | Aucune considération des besoins spécifiques en postnatal                                 |

**Annexe 15 : les grands thèmes des revendications depuis les 30 dernières années<sup>9</sup>**

| <b>Années</b>  | <b>L'humanisation</b>  | <b>L'accessibilité de l'information et des services</b>  | <b>La pratique sage-femme</b>   | <b>L'autonomie et les droits des femmes</b>  | <b>La complémentarité et la concertation</b>  |
|--|--|--|---|--|---|
| <b>Années 70-80</b><br><i>Remise en question des pratiques liées à l'accouchement en CH</i><br><i>Un pas vers l'humanisation de la naissance suite aux colloques « Accoucher ou se faire accoucher »</i> | Une baisse des interventions en milieu hospitalier<br>Respecter le rythme des femmes en travail<br>Présence d'accompagnantes pendant l'accouchement<br>Une plus grande disponibilité du personnel médical avant et après l'accouchement  | Accès à de nouveaux lieux de naissance<br>Moyens d'information sur la grossesse et l'accouchement  | Reconnaissance de la pratique des sages-femmes<br>Accès aux services sage-femme<br>Législation de la pratique sage-femme                          | Une plus grande autonomie des femmes en périnatalité<br>Un plus grand respect du droit des femmes    |   |
| <b>Années 90</b><br><i>Réponses partielles aux demandes des femmes</i>   | Être traitées comme une personne, avec respect et chaleur humaine<br>Recevoir du soutien, se sentir en sécurité  | Recevoir de l'information personnalisée et adaptée afin de faire des choix éclairés  | <b>Réponses</b><br>Légalisation de la pratique sage-femme en maison des naissances et reconnaissance de la profession<br>Projets pilotes des MDN  | Participer aux décisions en recevant de l'information adéquate et complète                           |   |
| <b>Années 2000</b><br><i>Nécessité de demeurer vigilantes</i>  | Restreindre le monopole médical dans les hôpitaux  | Plus d'alternatives à l'accouchement (en CH)<br>Recevoir plus de renseignements afin de faire des choix éclairés   | <b>Réponses</b><br>Pratique des sages-femmes en milieu hospitalier et à domicile  | Idem   |   |
| <b>La présente recherche</b><br><i>Tenir compte de la diversité et du désir de concertation</i>  | Considérer la femme dans sa globalité (physique, émotive, spirituelle)<br>Respecter les besoins, les choix et les droits des femmes<br>Présence continue d'une personne d'expérience qui soit disponible et à l'écoute pendant l'accouchement<br>Favoriser une approche moins interventionniste et moins technique en milieu hospitalier | Rendre accessibles d'autres maisons des naissances dans la région 03<br>Rendre accessibles toutes les ressources (médicales et alternatives) en région (Portneuf et Malbaie)<br>Faciliter l'accès à des ressources spécialisées en tenant compte de la diversité des femmes et de leurs besoins (immigrantes, femmes avec handicap, monoparentales, étudiantes, travailleuses autonomes...)<br>Accès à une diversité d'information et de ressources pour faire des choix éclairés<br>Centraliser l'information | Démystifier et reconnaître la profession de sage-femme<br><br>Reconnaissance par le milieu hospitalier des compétences médicales des sages-femmes | Informar les femmes de leurs droits<br>Favoriser un pouvoir négocié; redonner son pouvoir à la femme | Favoriser la complémentarité et la concertation entre les milieux médical et alternatif |

9 Extrait tiré du rapport de recherche qualitative intitulé: « Mettre un enfant au monde : des femmes se racontent et souhaitent être entendues », mai 2005.

**Annexe 16 : les pistes d'action proposées<sup>10</sup>**

| <b><i>Revendication 1 :</i></b><br><b>Avoir accès à une diversité d'information et des ressources diversifiées afin de faire des choix éclairés</b>   | <b><i>Revendication 2 :</i></b><br><b>Le respect des besoins, des choix et des droits des femmes en milieu hospitalier</b>   | <b><i>Revendication 3 :</i></b><br><b>La présence continue d'une personne d'expérience pendant le travail et l'accouchement</b>  |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rédaction d'un guide gouvernemental de type : « Mode d'emploi 101 pour mieux vivre sa grossesse »</li> <li>• Diffusion des renseignements contenus dans le précédent guide sur le réseau de francisation du Ministère des Relations citoyens et Immigration</li> <li>• Campagne de sensibilisation (sur vidéo) dans les cours prénataux et auprès des intervenant(e)s dans le but de présenter les différents services et ressources alternatifs</li> <li>• Création de ressources adéquates et gratuites pour venir en aide aux femmes avec un handicap pendant la grossesse et la première année de vie de l'enfant (soutien pour l'achat de vêtements de bébé, techniques adaptées pour nourrir bébé, installation d'équipement adapté pour prendre soin du bébé)</li> <li>• Actualisation de l'information transmise dans les cours prénataux des différents CLSC de la région 03</li> <li>• Mise en place de cafés- rencontres prénataux, en parallèle aux services offerts par le CLSC</li> <li>• Ouverture de nouvelles maisons des naissances (hors des centres hospitaliers) dans différents secteurs de la Rive-Nord de Québec et dans Charlevoix</li> <li>• Plus grande présence des sages-femmes en milieu hospitalier</li> <li>• Accessibilité au service d'une accompagnante à toutes les femmes qui le souhaitent</li> <li>• Campagne de sensibilisation auprès des organismes communautaires et des intervenant(e)s afin d'informer des besoins des mères ayant un handicap</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentation du temps de visite en prénatal auprès de son médecin obstétricien et/ou gynécologue</li> <li>• Création et affichage (en CH) d'une charte des droits des femmes enceintes et du couple</li> <li>• Instauration d'une formation continue pour les intervenant(e)s, afin de favoriser le développement d'habiletés et l'acquisition de connaissances propices à une plus grande humanisation de la naissance (écoute, vulgarisation, accompagnement, connaissance sur les droits des femmes, etc.)</li> <li>• Recherche d'une meilleure articulation entre l'alternatif et le médical afin que ces deux milieux puissent travailler dans le même sens</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• À la lumière des résultats de l'analyse, le Collectif « Les Accompagnantes » recommande que des mesures financières récurrentes soient prises à l'égard des services d'accompagnement déjà existants. Cela permettrait de répondre au besoin exprimé par les femmes d'une présence continue d'une personne d'expérience à l'écoute et disponible, sans exiger d'avantage des intervenant(e)s médicaux (médecins, infirmières) déjà très sollicités en milieu hospitalier</li> </ul> |

10 Extrait du rapport de recherche qualitative intitulé « Mettre un enfant au monde: des femmes se racontent et souhaitent être entendues », mai 2005.

