



National Library
of Canada

Bibliothèque nationale
du Canada

Canadian Theses Service

Service des thèses canadiennes

Ottawa, Canada
K1A 0N4

NOTICE

The quality of this microform is heavily dependent upon the quality of the original thesis submitted for microfilming. Every effort has been made to ensure the highest quality of reproduction possible.

If pages are missing, contact the university which granted the degree.

Some pages may have indistinct print especially if the original pages were typed with a poor typewriter ribbon or if the university sent us an inferior photocopy.

Reproduction in full or in part of this microform is governed by the Canadian Copyright Act, R.S.C. 1970, c. C-30, and subsequent amendments.

AVIS

La qualité de cette microforme dépend grandement de la qualité de la thèse soumise au microfilmage. Nous avons tout fait pour assurer une qualité supérieure de reproduction.

S'il manque des pages, veuillez communiquer avec l'université qui a conféré le grade.

La qualité d'impression de certaines pages peut laisser à désirer, surtout si les pages originales ont été dactylographiées à l'aide d'un ruban usé ou si l'université nous a fait parvenir une photocopie de qualité inférieure.

La reproduction, même partielle, de cette microforme est soumise à la Loi canadienne sur le droit d'auteur, SRC 1970, c. C-30, et ses amendements subséquents.

Université d'Ottawa

La sage-femmerie à travers le temps au Québec:

**Perceptions d'étudiantes en techniques infirmières
sur la naissance et la pratique des sages-femmes**

par

Josée Normand

Thèse présentée au Département de sociologie
de l'Université d'Ottawa comme complément
aux exigences de la maîtrise ès arts



National Library
of Canada

Bibliothèque nationale
du Canada

Canadian Theses Service Service des thèses canadiennes

Ottawa, Canada
K1A 0N4

The author has granted an irrevocable non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of his/her thesis by any means and in any form or format, making this thesis available to interested persons.

The author retains ownership of the copyright in his/her thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without his/her permission.

L'auteur a accordé une licence irrévocable et non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de sa thèse de quelque manière et sous quelque forme que ce soit pour mettre des exemplaires de cette thèse à la disposition des personnes intéressées.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège sa thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

ISBN 0-315-70487-X

Canada



UNIVERSITÉ D'OTTAWA
UNIVERSITY OF OTTAWA

TABLE DES MATIERES

Remerciements.....	VI
Introduction.....	1
PREMIERE PARTIE:	
Chapitre 1: La naissance en Nouvelle-France.....	4
1. La fertilité des femmes de la Nouvelle-France ou la domination masculine de la reproduction.....	5
-Mettre au monde une nation.....	5
-La domination masculine de la reproduction.....	7
2. La naissance au XVIIe siècle. Un moment privilégié de la culture féminine.....	10
-L'entraide féminine.....	10
-La présence de l'Eglise dans l'univers de la naissance.....	14
3. L'insertion des hommes dans le processus de la naissance.....	15
-L'exemple des ondoiements.....	15
Chapitre 2: L'ascension de la science médicale et l'élimination de la sage-femmerie.....	17
1. La médecine à la conquête de la clientèle féminine..	17
-Le chirurgien-accoucheur: l'affranchissement d'une nouvelle profession.....	17
-La Conquête et ses répercussions sur l'univers de la naissance.....	19
2. L'élimination progressive des sages-femmes.....	21
-Le débat d'efficacité dans le processus d'élimination.....	22
-L'élimination de la sage-femmerie.....	24
-Les dernières phases de la sage-femmerie.....	25
3. L'implantation du savoir obstétrical lors de la grossesse et de l'accouchement.....	31
-Une nouvelle approche technologique de l'accouchement.....	31
Chapitre 3: La médicalisation de la naissance.....	34
1. Les conséquences de la domination médicale sur l'événement de la naissance.....	34
-Place au fœtus.....	43
-L'idéologie du risque.....	44
-Les bonnes Mères.....	48
-Bilan de la médicalisation de la naissance.....	50

TABLE DES MATIERES (SUITE)

2. L'essor des groupes afin de contester la déshumanisation de la naissance.....	54
-La nature des revendications.....	58
-Les réalisations en faveur de l'humanisation de la naissance.....	60
Chapitre 4: Les méthodes alternatives de naissances. Où en sommes-nous?.....	66
1. La légalisation de la pratique de sage-femme: c'est pour quand?.....	66
2. Les projets pour des maisons de naissances: rêve ou réalité?.....	73
3. La position des intervenant-e-s dans le dossier sages-femmes.....	77
- Les médecins.....	77
- Les infirmières.....	81
DEUXIEME PARTIE:	
Chapitre 5: Méthodologie.....	87
-hypothèse.....	88
-l'échantillonnage.....	89
-le questionnaire.....	91
-notes sur les résultats statistiques.....	93
Chapitre 6: Perceptions des étudiantes en technique infirmière sur l'humanisation de la naissance...94	94
1. Caractéristiques de l'échantillon.....	94
2. Perceptions des étudiantes sur la médicalisation de la naissance.....	102
- Les interventions médicales et techniques.....	103
- Le processus de la naissance tel que perçu par les étudiantes en technique infirmière.....	115
3. Perceptions des étudiantes sur le processus d'humanisation de la naissance.....	116
- L'impact du discours de l'humanisation de la naissance sur les étudiantes en technique infirmière.....	117
4. Connaissances des étudiantes sur la profession de sage-femme.....	128
- L'image de la sage-femme.....	129
- Les qualités et compétences de la sage-femme...	132

III

TABLE DES MATIERES (SUITE)

Conclusion.....	138
Notes.....	144
Liste des tableaux.....	VI
Bibliographie.....	154
Annexes.....	169
-Lettre adressée au comité de déontologie.....	170
-Questionnaire sur les méthodes employées dans les recherches sur les humains.....	172
-Formulaire de consentement.....	175
-Lettres du comité de déontologie.....	176
-Questionnaire.....	179
-Lettre de remerciements envoyée aux étudiantes.....	193
-Résumé de l'étude menée auprès des étudiantes en techniques infirmières.....	194

LISTE DES TABLEAUX

-Tableau 1:	Distribution de l'âges des répondantes.....	94
-Tableau 2:	Nombre d'étudiantes ayant des enfants.....	95
-Tableau 3:	Distribution des sources d'information sur les sages-femmes.....	98
-Tableau 4:	Préférences des étudiantes quant à l'intervenant-e-s lors du suivi de grossesse et lors de l'accouchement.....	99
-Tableau 5:	Distribution sur les préférences des étudiantes quant au milieu de travail si elles avaient la possibilité de choisir.....	101
-Tableau 6:	Perceptions des étudiantes sur la nécessité d'accorder à la femme le désirant, le droit de refuser les interventions de routine.....	105
-Tableau 7:	Perceptions des étudiantes sur l'échographie.....	107
-Tableau 8:	Nombre d'étudiantes croyant que l'échographie peut être nocive.....	107
-Tableau 9:	Nombre d'étudiantes croyant que le pourcentage de césariennes soit justifié.....	111
-Tableau 10:	Perceptions des étudiantes sur les interventions afins de soulager la douleur....	114
-Tableau 11:	Point de vue des étudiantes sur la meilleure position à adopter lors de l'accouchement afin de favoriser l'expulsion.....	120
-Tableau 12:	Perceptions des étudiantes sur les critiques émises par les femmes quant au déroulement de la naissance en milieu hospitalier.....	125
-Tableau 13:	Perceptions des étudiantes sur les caractéristiques et qualités d'une chambre de naissance.....	128

LISTE DES TABLEAUX (SUITE)

- Tableau 14: Perceptions des étudiantes quant aux motifs incitant les femmes à avoir recours au service d'une sage-femme lors du suivi de grossesse et lors de l'accouchement.....133
- Tableau 15: Perceptions des étudiantes sur les compétences professionnelles d'une sage-femme.....136
- Tableau 16: Perceptions des moyens mis en pratique par le médecin et la sage-femme afin de favoriser la relation mère-enfant dès la naissance.....138

Remerciements

Il aura fallu près de quatre années pour achever la recherche et la rédaction de cette thèse. Sans le soutien inlassable de notre directrice de thèse, Mme Cécile Coderre, sans sa patience inouïe et sa compréhension, il nous aurait été difficile de surmonter les périodes de découragement qui ont parsemé notre long cheminement. Nous désirons la remercier pour l'appui qu'elle nous a manifesté dès les premiers balbutiements de cette recherche, et ses précieux conseils d'ordre méthodologique et sociologique.

Nous désirons également remercier Mme Denise Demers et Mme Viviane Maxwell, toutes deux professeures en Sciences techniques infirmières du Cégep de l'Outaouais, pour leur encouragement et surtout, pour avoir accepté de nous introduire à leur groupe d'étudiantes et d'étudiants. Et nous ne saurions passer sous silence la précieuse collaboration des étudiantes et des étudiants rencontré-e-s.

**Dans le but d'alléger la lecture du texte, nous avons employé le féminin lorsque nous référiions
aux étudiantes et étudiants en techniques infirmières.**

Introduction

La maternité suscite actuellement beaucoup d'intérêt dans notre société, passant des questions sur l'humanisation de la naissance à la légalisation de la pratique des sages-femmes jusqu'aux nouvelles technologies de reproduction. Ces événements, qui sont à l'ordre du jour, occasionnent toutefois quelques polémiques. En effet, depuis une dizaine d'années déjà, des femmes et des couples se sont questionnés sur la légitimité du contrôle médical sur leurs accouchements. Les femmes ont ainsi pris conscience du contrôle masculin exercé sur leur corps et leurs maternités. Elles ont alors revendiqué la réappropriation de leur corps et la prise en charge de leurs maternités dans une perspective de libération des femmes. Elles ont également découvert des médecines alternatives ainsi qu'une nouvelle intervenante, la sage-femme, qui finalement répondait aux besoins des femmes tout en leur conférant une plus grande autonomie.

Le mouvement pour l'humanisation de la naissance s'est donc imposé dans notre société. D'où l'intérêt d'évaluer l'impact qu'il a exercé sur nos perceptions de la naissance et de la pratique des sages-femmes. En menant notre étude auprès des étudiantes en techniques infirmières, il nous était également possible d'étudier l'influence qu'il a joué sur le discours médical dominant, puisque leur formation s'appuie largement sur le savoir médical. Nous désirions sonder si le mouvement pour l'humanisation de la naissance a réussi à ébranler le discours médical dominant. Nous étions par ailleurs très intéressées à savoir quelles sont les connaissances des étudiantes de la sage-femme, de ses qualités et compétences.

Mais afin de bien comprendre l'émergence du mouvement pour l'humanisation de la naissance de même que sa portée dans la société québécoise, nous avons privilégié un retour historique. Pour ce faire, nous vous présenterons dans la première partie l'évolution de la naissance au Québec, afin d'avoir une vue d'ensemble sur les événements qui ont façonné l'obstétrique contemporaine et afin de mieux situer les critiques qui lui sont adressées. Or, partant de la prémisse que la maternité revêt une forme de domination masculine qui évolue à travers les sociétés et les époques où elle est vécue, nous tenterons dans les chapitres suivants, de démontrer pour la société québécoise quelles ont été les différentes formes de cette domination masculine dans le champ de la naissance et ce, depuis la colonisation. Les formes de cette domination ont bien sûr suivi l'évolution sociale de la société québécoise et nous tenterons de dépeindre cette situation à travers l'histoire de la naissance au Québec.

Suite à notre analyse de la maternité pour la société québécoise, nous entreprendrons dans la deuxième partie l'élaboration des perceptions des étudiantes en techniques infirmières sur l'humanisation de la naissance et la pratique des sages-femmes. Nous tenterons de démontrer où se situent les futures bénéficiaires et préposées aux services d'obstétrique, dans le discours de l'humanisation de la naissance.

PREMIERE PARTIE

**Approche socio-historique de la naissance
et de la sage-femmerie,
de la Nouvelle-France à aujourd'hui**

Chapitre I: La naissance en Nouvelle-France

La naissance en Nouvelle-France est un sujet bien peu exploité dans la littérature. C'est d'ailleurs faute d'une histoire des mères et de la naissance que des historiennes comme Hélène Laforce [1985], Mireille Laget [1982], Barbara Ehrenreich et Deirdre English [1978] et Denise Lemieux [1985], se sont penchées sur cet événement afin d'en retracer les différents paramètres pour la société québécoise, française et américaine. Elles ont recueilli des données précieuses sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement par le biais d'une recherche assidue. Elles ont puisé dans les archives paroissiales riches en documentation dans les archives coloniales, judiciaires, médicales, notariales et ethnologiques, de même qu'en exploitant les sources folkloriques véritables portraits de l'époque et enfin, la tradition orale encore préservée parmi les femmes les plus âgées (Laforce 1985). C'est grâce à de telles recherches que nous pourrions édifier les principaux moments de l'évolution des institutions et traditions entourant la naissance au Québec. Mais ce qui importe le plus pour ce présent chapitre et ceux qui suivront c'est de voir comment l'univers de la naissance -- cet univers étant constitué autant par les attitudes sur la maternité que par les coutumes et l'infrastructure qui l'entourent -- est façonné par la société dans laquelle il prend place et en même temps, comment il reflète l'image de cette société.

Nous évoquerons dans un premier temps la situation en Nouvelle-France au XVII^e siècle puis nous aborderons dans un deuxième temps l'histoire de la déshumanisation de la naissance. Dans un autre temps, nous discuterons de la situation actuelle de la maternité pour notre société

québécoise en se référant au mouvement d'humanisation de la naissance et à la légalisation de la profession des sages-femmes. Finalement, à la lueur des luttes menées pour l'humanisation de la naissance, nous aborderons les perceptions des étudiantes en technique infirmière sur la maternité.

1. La fertilité des femmes de la Nouvelle-France ou la domination masculine de la reproduction

Mettre au monde une nation

A l'aube du XVII^e siècle, il devenait prioritaire de peupler la Nouvelle-France, et certains faits laissaient croire que l'immigration française ne constituerait pas la principale source de cette population. Alors qu'en France, le ministre Colbert estimait que:

la population de la France ne se développait pas autant qu'elle aurait pu, et même qu'elle diminuait, par suite des guerres, de la peste et de la misère"
(Charbonneau, Desjardins, Guillemette, Landry, Légaré, et Nault 1987 :6).

Il apparaissait inévitable que la population de la Nouvelle-France se constituerait par elle-même, dans un temps raisonnable et avec bien sûr l'apport d'une mince émigration française (Charbonneau et al. 1987). Par conséquent à cette époque, il était d'abord crucial de mettre au monde une population canadienne-française afin d'assurer la survie de la colonie. Pour cette raison entre autres, la naissance d'un enfant revêtait un sens particulier. Elle s'inscrivait dans

un sens de continuité des générations comme le précise Jacques Gélis (Gélis 1987). Or, afin de peupler le plus rapidement et le plus efficacement possible la nouvelle colonie, la Mère-patrie mis sur pied:

des mesures visant à augmenter la fréquence et la précocité des mariages: programme de construction d'habitations, gratifications aux jeunes mariés, opposition à la course des bois et au célibat définitif, amendes aux pères d'enfants encore célibataires aux âges de 20 ans pour les garçons et de 16 ans pour les filles, et en 1669, 1670 et 1672, le roi adopta des mesures natalistes prévoyant certaines exemptions fiscales et des gratifications aux pères de 10 et 12 enfants vivants et non en religion (Charbonneau et al.1987 :7).

C'est donc dans un tel contexte que les femmes de la Nouvelle-France mirent au monde une importante progéniture et assurèrent le renouvellement de la population canadienne-française. Les femmes de cette époque furent donc accaparées la majeure partie de leur vie par des grossesses incessantes. Il semble toutefois, comme l'a noté Mireille Laget, qu'une telle situation n'apparaissait pas aux femmes de cette époque, comme un accablement puisqu'il leur était impossible de s'imaginer comment il pourrait en être autrement. De plus,

la lourdeur des charges matérielles, la certitude que la vie terrestre est une épreuve dont la récompense est dans l'Au-delà excluaient toute complaisance envers les sentiments, et enlisaient leur expression (Laget 1982 :23).

Et comme le dit Gélis [1987], dans cet imaginaire, la mort est d'autant mieux acceptée qu'elle n'est pas une vraie mort, mais promesse de renouveau.

La domination masculine de la reproduction

Malgré la perception des femmes de leur style de vie comme une "destinée biologique naturelle", les grossesses incessantes qui les envahissaient ne relevaient pas tant d'une donnée "naturelle" qu'on s'efforce de nous le faire croire. En effet, dès le début de la colonisation de la Nouvelle-France s'est opéré un contrôle de la reproduction tel que le décrivent Barbara Ehrenreich et Deirdre English [1978] dans Des experts et des femmes. 150 de conseils prodigués aux femmes et Paola Tabet [1985] dans son analyse "Fertilité naturelle, reproduction forcée" et enfin par Louise Vandelac [1986], dans "L'enceinte de la maternité: sexes et sexualités". On peut ainsi remarquer d'après ces analyses que la reproduction est manipulée socialement, et on peut même parler ici, comme le mentionne Paola Tabet, de reproduction forcée alors qu'on se sert de moyens de pression sociale pour inciter à la reproduction. En effet, Paola Tabet démontre comment la femme, contrairement à l'espèce animale est relativement infertile. Ainsi, faisant référence à certaines études elle explique que:

Léridon, sur la base de résultats de recherches récentes et d'études de démographie historique, estime que la probabilité moyenne de conception par mois pour une femme mariée de 25 ans (environ) est autour de 25% (Léridon 1973: 37 cité par Tabet 1985 :68).

En plus de cette relative infertilité de l'espèce humaine, la sexualité des femmes est très spécifique:

- la pulsion sexuelle chez les femmes n'est pas liée à la procréation par un réglage hormonal contraignant. Autrement dit, il n'y a pas de synchronisation entre le moment de l'ovulation et la pulsion sexuelle;
- le moment de fertilité n'a pas de signalisation (manifestation extérieure). Il n'est pas non plus indiqué par une intensité particulière de la pulsion sexuelle (Tabet 1985 :68-69).

Il est alors très difficile de prédire le moment de la "fécondabilité". Or afin d'augmenter les probabilités de fécondité chez la femme, il faut exposer la femme le plus souvent possible au coït. Le mariage apparaît alors comme une solution. Mais comme le précise Paola Tabet:

si le mariage représente potentiellement le lieu optimal d'exposition permanente des femmes à la fécondation, ce n'est pas sans un appareil complexe (et variable) de pression idéologique et de contrainte physique et psychique que cela peut se réaliser (Tabet 1985 :74).

En occurrence, les hommes ont mis à leur disposition certains moyens afin de s'appropriier le corps des femmes et en contrôler la reproduction. Il s'agit selon Paola Tabet de: l'apprentissage ou dressage au coït; la contrainte physique et psychique au devoir conjugal; la surveillance exercée sur la fécondation; la grossesse et l'accouchement. Ainsi, il s'agit pour les hommes de contraindre les femmes au coït alors que les possibilités sexuelles vont bien au-delà de ce seul acte, contrainte également dans le sens de fréquence au coït et finalement, voir à ce que les femmes n'entravent pas les possibilités de fécondation et que les femmes enceintes ne mettent pas fin à leurs grossesses. Dans cette optique le corps des femmes est approprié par les hommes alors que ces derniers contrôlent leur sexualité, la contraception, la fécondation, la grossesse et les produits de la reproduction. Or dans la société québécoise, on remarque que l'incitation au mariage est largement encouragée à cette époque (Laforce 1985; Lemieux 1985).

En Nouvelle-France, pénurie de femmes à marier obligeait, les jeunes filles étaient liées par un contrat de mariage dès l'âge de dix à quatorze ans (Laforce 1985; Charbonneau et al. 1987; Lemieux 1985). Le contrôle de la reproduction pouvait donc se réaliser par une norme sociale visant à fixer l'âge auquel une jeune fille est passible d'être liée à un homme par les liens

du mariage. On exposait alors le maximum de femmes à des risques de grossesses. Et dans un même temps, il fallait veiller à ce que les grossesses se rendent à terme et ne soient pas interrompues par un avortement (Tabet 1985). L'avortement était alors un acte sérieusement prohibé et il en était de même de l'infanticide (Laget 1982; Laforce 1985). Lorsqu'on observe la grossesse en Nouvelle-France, l'on juge normal qu'à cette époque le nombre de naissances par femme soit de:

sept à seize enfants à des intervalles moyens de deux ans, où elles connaissaient dès les premières années de leur mariage et jusqu'à la soixantaine l'envahissement continu des enfants (moyenne d'âge du dernier accouchement: 45 ans) (Laforce 1985 :60).

Les femmes de la Nouvelle-France ont mis au monde beaucoup d'enfants. A cause de la nécessité de peupler la Nouvelle-France, il apparaissait normal qu'une femme consacre sa vie à l'élevage des enfants. Toutefois, lorsqu'on aborde la situation de ces femmes d'un point de vue féministe il devient évident qu'il ne s'agit pas là d'une situation "normale" liée à la "nature reproductrice" des femmes, mais bien d'une appropriation sociale du corps des femmes pour des fins reproductives. La société, c'est-à-dire l'église, les hommes ont ainsi imposé leur domination dans le domaine de la reproduction en contrôlant les possibilités de fécondation des femmes en les enfermant dans l'institution du mariage et par la mise en scène de pressions sociales, de contraintes physiques et psychiques.

La naissance au XVIIe siècle.

Un moment privilégié de la culture féminine

L'entraide féminine

A une époque où les grossesses étaient nombreuses et rapprochées, les conditions de vie difficiles, seule l'entraide assurée par la communauté féminine était garante de la survie de ces femmes à qui revenait le fardeau d'assurer une forte descendance. Lorsqu'une femme se trouvait sur le point d'accoucher, les femmes se réunissaient afin de lui procurer un support psychologique et lui prodiguer des conseils pratiques ainsi qu'une aide matérielle, et ce, avant et après les couches (Laforce 1985; 1987; Laget 1982; Cornellier 1982; Lemieux 1985). Cette entraide se déployait sur une longue période, soit depuis le temps des préparatifs à l'accouchement, jusqu'aux relevailles.

Qu'ils soient matériels ou psychologiques, où la future accouchée reçoit les conseils de la parenté, ou même de ses voisines, autant sur ce qu'elle doit faire et prendre (remèdes empiriques contre les maux) que sur ce qu'elle doit préparer (linge, layette, cassette) (Laforce 1985 :61).

Cette entraide s'imposait par la suite lors de la délivrance, alors que l'on retrouvait parfois plus d'une dizaine de femmes autour de l'accouchée apportant leur support psychologique et accomplissant certains rituels en vue de favoriser une voie heureuse à cette naissance, alors que d'autres sont affectées aux activités quotidiennes que comportent la prise en charge de la famille et les tâches domestiques. Cette entraide se poursuit également lors de la période des relevailles.

Tout d'abord,

le recours collectif se continue pendant les premières semaines, qui est celle des tabous les plus importants, puis les femmes retournent à leurs activités, laissant parfois la nouvelle grand-mère s'attarder un mois ou deux chez la nouvelle accouchée (Laforce 1985 :63).

C'est donc dans cet esprit d'entraide que l'on doit aborder la naissance en Nouvelle-France. Plus encore, cet événement social qu'est la naissance n'est pas qu'une forme d'entraide apportée à une femme en couches, c'est également le moment privilégié pour la transmission des connaissances ancestrales. La chambre de l'accouchée devient donc le lieu d'échanges où les plus jeunes sont appelées à découvrir les secrets de la naissance alors que les plus vieilles se plairont à partager leurs connaissances et leurs conseils. En dépit des conseils de chacune ce qui s'avère particulièrement important quant à la naissance à cette époque, c'est le fait que les femmes occupent une place centrale au cours de ce processus et qu'elles détiennent le pouvoir de décision, décision entre autres de choisir la sage-femme qui les assistera.¹ C'est à elles également, que revient la responsabilité d'élire les sages-femmes alors que ces dernières se voient dans l'obligation d'être élues et de prêter serment avant d'acquérir le titre de sage-femme contrôlée. (Laforce 1985; Lemieux 1985) Donc en Nouvelle-France, ce sont les femmes réunies en assemblée qui élisait une sage-femme. Il s'agit donc d'un constat important si l'on considère que:

cette mesure a procuré à la femme canadienne, et cela très tôt si on la compare à la femme française, un droit fondamental de contrôle sur son corps, droit d'autant plus fascinant qu'il s'exerçait sous un régime absolutiste où les individus n'avaient jamais véritablement leur mot à dire (Laforce 1985 :164).

Une fois élue, la sage-femme devait prêter serment devant le curé: qu'elle répondra "à l'appel de toutes les femmes peu importe qu'elles soient riches ou pauvres" qu'elle ne pourra fournir "aucun breuvage ou autre médicament pour provoquer l'avortement que la femme soit mariée ou célibataire"; qu'elle devra "avertir toute accouchée de la nécessité du baptême et de ne pas oublier d'ondoyer l'enfant en cas de nécessité" (Laforce 1985 :157-158). Voilà donc prescrites par l'Eglise les fonctions de la sage-femme. Cependant, ses fonctions s'étendaient à d'autres événements de la vie familiale comme le précise Hélène Laforce:

choisie pour ses qualités de tact et de discrétion, insérée au coeur des intrigues familiales, on la retrouvait marraine plus souvent qu'à son tour, privilège impliquant plus de responsabilité à cette époque qu'à la nôtre. De plus, l'Etat lui confiait la charge de placer les enfants trouvés et le choix des nourrices. On l'appelait également lors d'expertises médicales dans les cas de viol, recels de grossesse, reconnaissance de paternité. Elle était active dans les confréries, passait les collectes, savait généralement écrire et allait jusqu'à défendre les citoyens lors de procès. Elle s'engageait à transmettre ses connaissances, instruire et à former d'autres sages-femmes. Comme ses activités dépassaient largement les cadres de la "sage-femmerie", on suppose aussi qu'elle prenait sous sa protection les filles-mères en les cachant chez elle. Peut-être aussi faisait-elle des avortements? Plus elles se rapprochaient des villes, plus la sage-femme cumulait des charges (Laforce 1985 :25).

Ce qui faisait la compétence des sages-femmes de ce temps, c'est qu'elles connaissaient très bien la femme qu'elle devait accoucher et qu'à travers l'expérience des accouchements passés, elles savaient reconnaître les gestes dont la femme avait besoin. Elles exploraient également le domaine symbolique et ethnoscientifique (botanique) afin d'apporter à la femme en couches un certain soulagement des maux et afin de l'apaiser pour finalement créer un climat plus propice à la naissance (Laforce 1985; Lemieux 1985). Le domaine symbolique occupait alors une très grande place dans l'univers de la naissance, que ce soit le choix des couleurs dans la chambre de l'accouchée afin: d'y éloigner les esprits malins; d'activer les contractions ou

encore, le recours au ciel lorsque l'accouchement s'avérait difficile. L'effet recherché était de permettre à la sage-femme de gagner la confiance de l'accouchée et parallèlement, cette confiance agissait comme support et était susceptible d'avoir un effet psychologique positif sur le déroulement de l'accouchement.² Les sages-femmes utilisaient par contre très peu de matériel lors des couches. Elles transportaient avec elles du fil, une paire de ciseaux arrondis ou encore un bon couteau pour couper le cordon. Mais ce qui faisait surtout la qualité des sages-femmes, "c'est une bonne connaissance des possibilités de ses mains, de la dextérité dans ses versions et ses massages et, surtout, beaucoup, beaucoup de patience et de dévouement" (Laforce 1985 :34). Voilà donc les conditions matérielles et sociales dans lesquelles les sages-femmes venaient en aide à celles qui assuraient la relève d'une descendance.

L'univers de la naissance de cette époque se différencie largement du contexte contemporain de par la prise en charge de cet événement exclusivement par la communauté féminine, mais il se démarque également par son approche de la naissance comme un phénomène normal de la vie (Laforce 1985; Laget 1982; Cornellier 1982). Il s'intègre dans le cycle naissance-vie-mort et ne peut en être dissocié. Et les femmes et les hommes d'alors adhéraient à la conception que l'on "sortait de terre par la conception, on y rentrait par la mort" (Gélis 1987 :10). De plus, la conscience de la mort était très forte et elle l'était d'autant plus dans l'univers de la naissance "car jamais la mère n'est plus en danger, l'enfant plus vulnérable, qu'au moment de mettre au monde" (Laget 1982 :17). Aujourd'hui ces moments sont dissociés et abordés individuellement, ils ne constituent plus ce tout, ils sont des moments découpés sur lesquels l'on intervient afin de faire reculer la fin inéluctable qu'est la mort (Laforce 1985; Quéniart 1988).

La présence de l'Eglise dans l'univers de la naissance

Si la naissance constitue un moment important dans la vie du peuple de la Nouvelle-France il n'en demeure pas moins que la mort, faisant partie de l'ordre même de la nature, les obsédait tout autant. Mais ce qui les accablait davantage que la mort, c'était l'obtention du salut, c'est-à-dire l'assurance d'avoir les portes du ciel ouvertes (Lemieux 1985; Laforce 1985). La mort était alors acceptable et ce n'est qu'avec l'intervention assidue de l'Eglise catholique dans la vie des gens afin qu'ils préparent leur salut, dont ils étaient les seuls responsables leur disait-on, que la mort prit une forme d'inquiétude et de peur (Laforce 1985). Menacés par la mort dès leur naissance, les gens de cette époque voyaient tout leur univers marqué par la volonté de Dieu. La vie était empreinte d'un fatalisme (Laget 1982). Par conséquent, l'univers traditionnel est marqué par l'Eglise et les conduites qu'elle prescrit afin d'obtenir la faveur de Dieu. La naissance n'échappait pas à cette omniprésence de l'Eglise. Ainsi, dès le moment de la procréation l'Eglise régissait les conditions de sa réalisation. L'Eglise dictait alors au peuple de ne consommer "l'acte" qu'à des fins de procréation et uniquement dans les liens du mariage (Laforce 1985; Laget 1982; Lemieux 1985). De plus, l'Eglise entretenait un mépris envers les organes de la femme, "sales" et "vicieux". Par conséquent, la seule façon pour elle de se racheter pour avoir commis "l'acte", était "d'enfanter dans la douleur" (Laforce 1985; Laget 1982). Par ailleurs, le déroulement même de la grossesse et de l'accouchement était marqué par l'omniprésence de la spiritualité. Ainsi, lors de la grossesse la femme enceinte devait obéir à toutes sortes d'interdits afin de protéger la vie de l'enfant. Durant l'accouchement, les femmes offraient des prières, brûlaient des cierges, elles faisaient appel à tout un monde symbolique relié

à Dieu. Si un malheur se produisait, on blâmait alors la mère d'avoir par sa conduite, attiré les mauvais esprits (Laforce 1985; Laget 1982).

3. L'insertion des hommes dans le processus de la naissance

L'exemple des ondoiements

C'est dans un contexte où tous devaient obtenir le salut que s'est imposé la nécessité d'ondoyer les nouveaux-nés fragiles et menacés par la mort, de même que ceux qui devaient mourir dans le ventre de leur mère. C'est également par le biais des ondoiements que les hommes se sont taillés une place dans l'univers de la naissance. En effet, le besoin de baptiser les nouveaux-nés dans les plus brefs délais, soit trois ou quatre jours après leur naissance, posait dans plusieurs cas des difficultés en raison du climat rigoureux durant certains mois et les longues distances qui les séparaient de l'église la plus proche (Laforce 1985; Lemieux 1985).

Ce sont d'abord les prêtres qui ont franchi le seuil de la chambre où la femme accouchait afin de donner à cet enfant en danger de mort le sacrement. Puis les difficultés pour le prêtre d'arriver à temps au chevet de l'accouchée alors que la vie du bébé était menacée a forcé l'Eglise à permettre aux hommes, alors considérés supérieurs aux femmes, d'ondoyer le nouveau-né lorsque la situation l'obligeait. Ainsi,

au fil des ondoiements des pères, grands-pères, oncles, parrains et même voisins, l'on s'habitue à sa présence. Graduellement, celle-ci nous devient familière, non pas à la manière de l'homme d'aujourd'hui qui retrouve à peine et à tâtons sa place au milieu de l'intimité stérilisée des salles d'opération mais comme intégrée dans une activité sociale où il a sa place (Laforce 1985 :52).

De plus, la nécessité de l'ondoiemment a également appelé le chirurgien auprès de la femme enceinte alors que dans les cas de très grandes complications, la sage-femme devait recourir au chirurgien comme l'exigeait la loi afin d'extirper le nouveau-né du ventre de sa mère (Laforce 1985; Laget 1982). Toutefois, la sage-femme était toujours présente auprès de la femme en couches lorsque le chirurgien venait forcer la délivrance. Ainsi, si au début du XVIIe siècle l'idée même d'être assistée par un homme lors de l'accouchement était tout simplement saugrenue, il n'en demeure pas moins qu'à la fin de ce siècle, l'homme a traversé les murs de la chambre où se déroule l'accouchement. Cette ingérence de l'homme dans l'univers féminin nous apparaît au premier abord comme un élargissement à l'entraide féminine mais comme nous le verrons, le rôle de l'homme dans cet événement allait s'agrandissant avec l'expansion de la profession d'accoucheur. Suite à cette ouverture de l'univers masculin sur la naissance s'opéra une lente désappropriation de l'accouchement des mains des femmes.

Donc peu à peu les hommes se sont taillés une place dans le processus de la naissance, événement qui leur était autrefois étranger et même interdit. Pourtant, on s'habitue de plus en plus à sa présence. Malgré cette insertion les hommes ne bouleversent pas le déroulement de l'accouchement: ils font encore confiance aux compétences et expériences des femmes.

Chapitre II: L'ascension de la science médicale et l'élimination des sages-femmes

1. La médecine à la conquête de la clientèle féminine

Le chirurgien-accoucheur: l'affranchissement d'une nouvelle profession

C'est aussi au XVIIe siècle que le chirurgien-accoucheur imposa son savoir dans le domaine de l'obstétrique. Toutefois, comme le précise Hélène Laforce [1985], la présence des médecins trouve en partie sa justification dans le courant philosophique des lumières. Mais toutes les futures mères ne requièrent pas les services du chirurgien-accoucheur. En effet, selon Laforce [1985] on peut qualifier le recours à ses services comme une mode créée par le milieu aristocratique afin de créer une distance avec le peuple, et dont la bourgeoisie a par la suite fait sienne. Mais dans les campagnes québécoises le chirurgien-accoucheur ne sera accepté que beaucoup plus tardivement. Néanmoins, le seul fait que les milieux aisés se soient tournés vers le service des chirurgiens-accoucheurs a eu comme conséquence de créer parmi les défavorisées le désir d'accéder également aux mêmes avantages, et donc de délaisser leurs propres pratiques (Laforce 1985). Pour ces raisons, il nous apparaît plus plausible que le recours au chirurgien-accoucheur pour un accouchement soit le résultat d'une "orientation culturelle s'imposant d'en haut" plutôt que l'acceptation d'une supériorité éminente. C'est également au XVIIe siècle que les chirurgiens cherchèrent une façon d'affranchir leur profession alors que les médecins de cette

époque qualifiaient ce métier de vil de par sa nature. Des inventions techniques allaient permettre au chirurgien de s'imposer comme professionnel de l'accouchement.

Mais pour s'imposer, il fallait une performance et cette performance, plus que de véritables connaissances théoriques, c'est la mise en vedette des forceps qui allait l'assurer au chirurgien (Laforce 1985 :79).

C'est d'ailleurs à partir de ce moment qu'on a transformé le sens voué à l'emploi de l'instrument: on ne l'utilise plus que dans les cas d'urgence, on élargit plutôt son utilisation afin de justifier la présence du chirurgien (Laforce 1985; Laget 1982). Il faut de plus remarquer qu'alors qu'on valorisait l'utilisation des forceps par les chirurgiens, on interdisait à la sage-femme son usage. Le chirurgien venait alors de se démarquer de la sage-femme par son droit à l'instrumentation. Cette situation allait toutefois engendrer des excès.⁵ D'ailleurs n'est-ce pas cette même tendance qui est aujourd'hui dénoncée et remise en question?

Néanmoins, bien que le chirurgien accoucheur gagnait peu à peu la confiance des gens, et particulièrement à la ville, il n'évinçait pas pour autant la profession de sage-femme. Au contraire, il semble qu'en Nouvelle-France ces deux professionnels se respectaient mutuellement adoptant chacun la place qui leur revenait dans l'accouchement. Cette situation est particulière à la colonie, alors qu'en France se déploie une guerre d'intérêts entre chirurgiens, autorités et clercs quant au maintien de la sage-femme (Laget 1982). Dans la colonie l'on reconnaissait la compétence des sages-femmes et cette situation est renforcée par des faits: le chirurgien n'a aucun intérêt à évincer les sages-femmes car malgré la compétence de celles-ci, elles se trouvent en nombre insuffisant pour répondre aux besoins de la colonie (Laforce 1985). Et le type même

de population dont le chirurgien devait desservir n'avait rien pour attirer la profession de chirurgien puisque cette clientèle offrait une résistance à ce nouvel acteur qui somme toute, utilisait tout un attirail d'instruments qui faisait peur et ce, sans efficacité supérieure donc sans raison valable pour légitimer des honoraires beaucoup plus élevés que ceux de la sage-femme. De plus, selon eux il s'agit plutôt de services d'entraide naturels et il n'était pas question de procéder autrement. Cette dualité professionnelle évoluera en quasi-paix du XVIIIe siècle à la fin du XIXe siècle, et ce, "jusqu'à ce que le rôle de la sage-femme glisse de celui de principale intervenante à celui d'assistante" (Laforce 1985 :85).

La Conquête et ses répercussions sur l'univers de la naissance

Suite aux événements de la Conquête et face à la présence d'un nouveau maître, la colonie sera confrontée à de nouvelles règles prescrites par les Anglais. La Nouvelle-France à la fin du XVIIIe siècle amorcera plusieurs transformations fondamentales. Tel que le précise

Hélène Laforce:

C'est une nouvelle façon de percevoir la réalité politique et économique qui s'impose avec la venue du libéralisme, d'une révolution industrielle d'envergure et de la pratique du système parlementaire. C'est aussi, via le puritanisme, une autre manière de concevoir la morale, le rôle des femmes dans la société et même la science. L'impact du protestantisme, qui privilégiera l'intervention de l'homme sur la nature, aura une influence prédominante sur la médecine et l'obstétrique (Laforce 1987c :166-167).

Autre fait important à noter avec l'arrivée des Anglais c'est la réorganisation du système obstétrical québécois. Cette réorientation du système obstétrical est en fait liée à un débat

interventionniste prenant place en Grande-Bretagne au moment où les Anglais s'installent au Canada. L'issue de ce débat était de déterminer le type de connaissances nécessaires pour intervenir sur le processus normal de la naissance, et à savoir quand et comment utiliser les forceps?. Or, médecins et sages-femmes conclurent que vu les dangers réels lors d'une intervention, il valait mieux laisser agir la nature qui généralement prenait soin de bien faire les choses, plutôt qu'intervenir et occasionner un danger potentiel pour la femme (Laforce 1987c).

Faisant suite à ce consensus et constatant l'incompétence des médecins canadiens, l'on recommanda en 1775 et en 1776 la "certification des sages-femmes des villes par les mêmes bureaux de contrôle que les médecins (1790-1847) et leur reconnaissance légale" (Laforce 1987 C:168). On proposa également la fondation d'une école de sages-femmes mais elle sera refusée. Toutefois, les sages-femmes voient leur profession reconnue légalement.⁴ En ce qui a trait à l'acquisition des connaissances, les sages-femmes ont la possibilité de s'inscrire à des cours offerts par des médecins ou encore faire leur apprentissage avec un médecin ou une sage-femme (Laforce 1987C).

On peut alors conclure qu'à cette époque, bien que la sage-femmerie ait subi certaines transformations, aucun indice ne laissait supposer un envahissement du territoire obstétrical par les médecins. Au contraire, les réformes mises en place laissent plutôt entrevoir une certaine autonomie pour les sages-femmes et laissent planer l'espoir d'un futur fort prometteur pour ces dernières.

2. L'élimination progressive des sages-femmes

Si le début du XIXe siècle marque le commencement d'une nouvelle orientation de la médecine, la fin de ce siècle est déterminante quant au nouveau modèle de ce monde médical. A la fin du XIXe siècle l'univers médical prend un virage touchant en cela l'obstétrique: la médecine sera marquée par des transformations importantes passant de la "sphère empirique à la sphère scientifique, de l'apprentissage à la spécialisation technologique, du médecin généraliste au clinicien, de la maison à l'hôpital" (Laforce 1985 :99). C'est l'époque des découvertes médicales et c'est aussi le moment où se répandent l'utilisation des forceps et les premiers anesthésiants s'accrochant ainsi une certaine popularité vis-à-vis la clientèle féminine. Autre fait non négligeable, la profession se regroupe. Les médecins se voient alors accorder le droit de contrôler leurs praticiens pour finalement, en 1920, se voir déléguer tout le contrôle de la pratique médicale (Laforce 1985). Les médecins jouissent de plus en plus de prestige, non seulement sur le plan médical mais aussi sur le plan politique. Par ailleurs, ils développent un intérêt grandissant pour le domaine de l'obstétrique. S'il en est ainsi, c'est que le médecin en exécutant un accouchement ayant une fin heureuse s'assure presque inévitablement de sa clientèle (Laforce 1985; Gélis 1987). Il ne fait aucun doute que ce sont les intérêts financiers qui ont amené la profession médicale à se tailler une place dans le domaine de l'obstétrique et parallèlement, à anéantir la profession de sage-femme. C'est d'ailleurs ce que confirme Pierre Saint-Arnaud dans sa thèse "La Société québécoise et sa pratique médicale" alors qu'il démontre

comment la pratique médicale qui s'est organisée au cours du XIXe siècle fut régie par les postulats fondamentaux du libéralisme économique du temps. C'est-à-dire comment les règles tirées de la libre entreprise et de la concurrence ont fait de la médecine un commerce (Laforce 1985 :101).

Et bien sûr, l'obstétrique s'avérait un champ de pratique fort intéressant pour les médecins alors que leur profession se recouvrait de plus en plus en des spécialités précises (pharmacien, dentiste, et cetera) et qu'en occurrence, la concurrence était davantage accentuée. Il leur fallait donc accaparer à eux seuls l'obstétrique.

Le débat d'efficacité dans le processus d'élimination des sages-femmes

Fait remarquable, alors même que s'amorçait une lutte entre les sages-femmes et les médecins afin de s'accaparer la clientèle féminine desservie en partie par le service des sages-femmes, Hélène Laforce (1985) constate que le débat sur l'efficacité a été éclipsé. Ce qui peut expliquer en partie que les médecins aient utilisé d'autres recours que celui du procès de l'efficacité des sages-femmes, c'est le fait que les sages-femmes maîtrisaient beaucoup mieux l'art de l'accouchement qu'ils ne le faisaient eux-mêmes. Ainsi en témoignent ces extraits:

Selon René de Cotret, professeur d'obstétrique en 1919 "Tous ou presque tous les médecins pratiquent l'art obstétrical et malheureusement pour la plupart d'entre eux, ce n'est pas de l'art, c'est de la routine qui expose constamment la vie et la santé de nos mères" (Laforce 1985 :103).

Il s'exprime également en ces mots lorsqu'il compare la pratique des médecins et des sages-femmes (appelées peu à peu gardes-malades):

"Nos gardes-malades de la maternité sont généralement plus aptes que la plupart des médecins à rendre services aux femmes en couches, parce qu'elles ont eu l'avantage d'assister régulièrement tous les jours aux cliniques" (Laforce 1985 :104).

Toutefois, on reprochait aux sages-femmes d'être malpropres et de propager les infections. Pourtant, il ressort clairement que les médecins ont également eu plus que leur part dans ce domaine. Il semble que ce soient les médecins eux-mêmes qui aient déclenché au XIXe siècle une épidémie de fièvre puerpérale (Laforce 1985; Laget 1982). Ainsi, comme le souligne Hélène Laforce, ces épidémies étaient inconnues jusqu'à l'arrivée des médecins dans le domaine de l'obstétrique. Et lorsque des chercheurs comme Alexander Gordon (1795) et Ignay Semmelweis (1861) avancèrent l'hypothèse que ces épidémies étaient causées par les médecins alors qu'ils passaient de la chambre de dissection à la chambre de naissance sans se laver les mains, la profession médicale en fût déconcertée et jeta sur ces chercheurs tout leur discrédit. Et pourtant la formation de la sage-femme exigeait d'elle qu'elle se lave les mains. C'est dire que la pratique des sages-femmes n'était pas si barbare et dangereuse qu'on voulait bien le prétendre. Mais les préjugés entretenus par le monde médical à son égard persistaient et l'on condamnait les coutumes jugées stupides qu'elles préservaient. Par ailleurs, on omettait de relater les cas où les médecins ont contribué à une fin désastreuse lors d'un accouchement.⁵ On peut alors comprendre, suite à de tels constats, qu'il aurait été fort embarrassant d'utiliser le débat de l'efficacité afin d'éliminer la profession de sage-femme (Laforce 1985; 1987C).

L'élimination de la sage-femmerie

L'élimination des sages-femmes prit donc une autre forme. D'abord dans les campagnes les médecins adoptèrent l'attitude du "laisser aller" permettant ainsi aux sages-femmes autodidactes de poursuivre leur pratique croyant qu'elles s'éteindraient d'elles-mêmes avec "la venue du "progrès" et de la "civilisation": il s'agit ici du médecin et de l'hôpital" (Laforce 1987 C:171). Par contre dans les villes, la Corporation entrepris de limiter le territoire des sages-femmes diplômées afin d'éviter comme ce fut le cas pour les pharmaciens et les dentistes, qu'elles ne gagnent davantage de pouvoir dans leur territoire. Et c'est justement ce qu'un procès intenté par une sage-femme occasionna, alors qu'elle demande à recevoir des honoraires professionnels pour des soins prodigués avant l'accouchement, et qu'on lui donna raison. Ce verdict venait ainsi créer un précédent, et c'est pourquoi en 1880, le Bureau de médecine se réunit afin de redéfinir la pratique des sages-femmes et par conséquent, limiter les dégâts causés par ce procès (Laforce 1985). Cette nouvelle définition du champ d'exercice de la sage-femme pouvait se lire ainsi:

la licence de sage-femme ne lui donnera que le droit de faire des accouchements et non de pratiquer la médecine même dans les cas résultant de l'accouchement" (Laforce 1985 :112).

Avec un tel contrôle exercé sur la profession de sage-femme celle-ci ne pouvait plus espérer étendre son champ de pratique. Pour les médecins il ne restait plus qu'à imposer leur savoir. Or les médecins projetèrent sur les femmes de l'élite l'idée qu'elles étaient d'une nature fragile contrairement à la robustesse des paysannes. Ils mirent également à profit l'idée que tout

accouchement renfermait une multitude de complications d'où le risque d'accoucher avec une sage-femme compte tenu des limites de leur profession (Laforce 1985).

Or, le recours à la sage-femme devenant de moins en moins populaire et même n'étant plus que le lot des pauvres, plusieurs femmes furent découragées d'entreprendre des études devenues de plus en plus difficiles et onéreuses. Il régnait ainsi sur le métier de sage-femme, l'idée que cette profession était maintenant dévolue. Et ce, à un tel point,

Qu'en 1900 "les rédactrices de Femmes du Canada constatent que même s'il est encore possible d'obtenir une formation de sage-femme ainsi qu'un permis de pratique, ce métier leur apparaît comme une chose du passé" (Laforce 1985 :113).

Malgré ce fait, des femmes veulent encore poursuivre une formation de sage-femme, et c'est sur ces dernières que se jouera la dernière étape de l'élimination de la sage-femmerie. (Laforce 1985)

Les dernières phases de la sage-femmerie

Si la profession médicale ne retint pas le débat d'efficacité afin d'abolir la pratique des sages-femmes, elle entrevoyait cependant une autre tactique pour arriver à cette fin. Elle se devait pour triompher de la profession de sage-femme de discréditer la profession à l'aide de discours biaisés, de fermer les portes des universités aux sages-femmes et de se constituer comme corporation. Or, afin d'empêcher les femmes de franchir les portes des universités, il fallait

préalablement évincer les sages-femmes et les religieuses des pouvoirs de décision dans les maternités et les universités. L'élimination des sages-femmes passe donc par le contrôle des savoirs, soit "le contrôle des maternités de 1840 à 1880 et l'emprise du savoir gynécologique, de 1870 à 1930" (Laforce 1987c :174).

Le contrôle des maternités s'organisera graduellement par l'insertion des médecins dans les maternités (ces maternités servant de refuge aux filles-mères pour accoucher). S'inscrivant d'abord comme bénévoles ils imposeront rapidement leurs recommandations et leur façon de voir "grâce aux contrats de plus en plus serrés qui les lient avec les congrégations religieuses". (Laforce 1987 C: 174) Les religieuses ayant besoin des subventions universitaires se voient dans l'obligation d'obtempérer aux demandes des médecins. Compte tenu de l'augmentation des médecins en médecine, les médecins entreprennent alors de s'accaparer à eux seuls ce matériel d'enseignement, soit les femmes venant accoucher dans les maternités. Or pour y arriver deux procédures seront amorcées. Du côté anglophone les médecins envahiront le conseil d'administration de la maternité de McGill et feront démissionner la sage-femme enseignante de ses fonctions en 1880. Pour ce qui est du côté francophone, les médecins imposeront leur pouvoir de sorte qu'après 1920 les cours de sage-femme seront remplacés par ceux d'infirmière. Voici comment s'est déroulé le sort réservé aux cours offerts aux sages-femmes: Au début du XXe siècle, les sages-femmes recevaient encore leur formation auprès de professeurs d'obstétrique dans les maternités où les étudiants pouvaient mettre en oeuvre leurs connaissances. Mais voilà qu'en 1913 puis en 1915, la supérieure de la maternité de Sainte-Pélagie demande à la Corporation des médecins pour que soit augmenté le nombre d'années d'études pour les sages-

femmes de un an, puis de trois ans. (Laforce 1985 ;1987C) Mais les médecins nourrissaient le même désir quant à la formation de leurs étudiants. Cependant, les médecins constatent qu'en raison du nombre croissant d'étudiants en obstétrique il devient impossible sinon absurde de répartir le matériel d'apprentissage. Ils décident alors de privilégier un seul praticien et ce sera bien sûr le médecin. Après 1920 les cours de sage-femme seront abolis pour être remplacés par ceux d'infirmière. (Laforce 1987c)

Mais les médecins sont disposés à faire davantage pour s'assurer le monopole de l'obstétrique. Ayant le pouvoir de contrôler les admissions des étudiants en médecine les médecins refuseront l'entrée des femmes dans les facultés de médecine francophones jusqu'en 1920. (Laforce 1985;1987C) Par conséquent, les femmes seront absentes des hauts lieux de savoir où se développe "l'approche gynécologique" qui sera déjà bien inculquée dès 1930. Et cette approche est fondamentale:

c'est à partir d'elle que l'on déterminera les concepts modernes de "la nature féminine", que l'on définira l'accouchement comme événement pathologique et dangereux et que l'on privilégiera l'approche interventionniste (anesthésie, forceps, césarienne, pubiotomie, etc.) prémisses à la déshumanisation des soins. (Laforce 1987 C: 175)

En prônant un discours de la "nature féminine" les médecins décourageront une large partie de la clientèle féminine de s'inscrire dans les facultés de médecine. Comme l'explique Hélène Laforce [1985], ce discours sur la "nature féminine" renvoi à une nouvelle vision du rôle des femmes. De par la faiblesse de son corps et de ses organes, faiblesse inhérente à sa fonction maternelle, la femme est restreinte à la sphère domestique.⁶ Ainsi,

Ce n'est plus suivant une destinée sociale mais suivant une destinée physiologique que la femme se découvrait tout à coup prédestinée à des rôles et à des devoirs spécifiques. (Laforce 1985: 118)

De plus, on qualifiera la femme d'être intuitif et affectif d'où son incapacité à exercer un travail exigeant comme celui du médecin. Comme l'observe Hélène Laforce,

Paradoxalement, donc, les professeurs d'obstétrique qui demandent aux futurs accoucheurs d'acquérir des vertus et des qualités de femmes précisent que si "la puissance et la résistance musculaires exigées pour l'accoucheur ne sont pas herculéennes, [...] elles dépassent la force de bien des femmes et je me demande si pour ces raisons, l'obstétrique n'est pas une spécialité hors de la portée de plusieurs femmes médecins". (Laforce 1985: 115)

Ce discours servira donc de prétexte pour fermer les portes des universités aux femmes désireuses de devenir médecins.

Or donc la femme déclare-t-on alors, de par sa nature même, ne dispose pas d'un cerveau l'habilitant aux études supérieures. De plus, la pudeur et la délicatesse qui lui sont naturelles l'obligent à se tenir éloignée de certains sujets trop crus. On ne peut exiger d'elle qu'elle se promène dans les rues la nuit pour assister à un accouchement. (Laforce 1982: 26)

Ce discours s'avère toutefois ridicule lorsque l'on pense qu'autrefois les femmes et les femmes seules s'occupaient de tout le processus de l'accouchement. Est-ce dire que les femmes médecins n'ont plus cette capacité? En plus de justifier la limitation de l'accès des femmes dans le domaine de l'obstétrique et à élargir la clientèle des médecins, puisque les femmes étaient dépeintes comme fragiles et vulnérables, il valait mieux qu'elles soient entre de bonnes mains et évidemment celles des médecins.

Or en 1920, était véhiculé le précepte d'un gynécologue de ce temps selon lequel : "That modern women were the nervous inefficient product of modern civilisation" (cité par Laforce 1987: 175) Ceci aura comme conséquence de légitimer l'emprise grandissante du contrôle médical. Il permettra entre autres d'attirer les femmes dans les hôpitaux considérés plus sécuritaires. (Laforce 1985;1987c)

Si cette détermination de la nature féminine a permis d'évincer les femmes médecins de l'obstétrique, il restait encore aux médecins la tâche d'anéantir la profession de sages-femmes et d'infirmières spécialisées, dernières obstacles à leur monopole. C'est ainsi qu'en 1967 les médecins entreprennent de ne décerner des diplômes de sage-femme qu'aux religieuses missionnaires qui elles s'occuperont d'une clientèle bien loin de leurs intérêts. Aussi, seules les infirmières spécialisées ayant suivi les mêmes cours que les religieuses seront diplômées. (Laforce 1985) Ainsi, même si quelques femmes reçoivent encore des diplômes de sage-femme elles ne constituent pas pour autant une menace au monopole médical. C'est ainsi que s'est éteint un savoir, reflet d'une société, par la domination d'un savoir issu d'une société nouvelle engendrée par la révolution industrielle. (Laforce 1985) Il faut également voir dans cette domination de la médecine scientifique sur un savoir empirique, non pas une supériorité d'un savoir, mais plutôt comme une quête de pouvoir, pour des intérêts corporatistes non conciliables avec la concurrence de la sage-femmerie. Donc, comme l'affirment Barbara Ehrenreich et Deirdre English [1976],

En Amérique du Nord, les guérisseuses n'ont pas été pourchassées par l'Eglise, ni brûlées vives. Elles ont été évincées par les lois du Marché. Leur conception conviviale de la santé, centrée sur la prise en charge des individus par eux-mêmes, et leur pratique médicale populaire, intégrée au coeur de la vie quotidienne et transmise au fil des générations, était incompatible avec la médecine marchande, élitiste, impersonnelle et technique de la nouvelle caste. (Ehrenreich et English 1976: 10)

La disparition des sages-femmes du mode d'accouchement des Québécoises comme nous avons pu le constater n'est pas attribuable à leurs connaissances jugées désuètes par les médecins, ou encore parce qu'elles n'étaient plus à la hauteur pour pratiquer des accouchements. Elle est plutôt redevable aux enjeux d'une concurrence entre médecins et sages-femmes pour le domaine de l'obstétrique. Bien sûr, si les médecins ont réussi à évincer les sages-femmes de l'obstétrique ce n'est pas sans l'aide des femmes qui elles, ont accepté et intégré le discours d'efficacité prôné par les médecins. Néanmoins, les femmes ont été dupées par ce discours et ont par le fait même été dépossédées de leur maternité. Elles ont abdiqué leurs pouvoirs et leurs connaissances sur un événement leur appartenant au profit de la science médicale et masculine. A partir de ce moment la naissance s'est transformée, passant d'un événement normal à un événement pathologique. La médecine pouvait dès lors appliquer ses connaissances et contrôler ce processus.

3. L'implantation du savoir obstétrical **lors de la grossesse et de l'accouchement**

Par le truchement d'un discours idéologique sur la nature féminine et par certains règlements réduisant la pratique des sages-femmes à certains cas, le médecin s'est imposé. Mais ce n'est pas qu'un nouvel intervenant qui s'impose dans le monde médical du 20e siècle, c'est toute une philosophie de la naissance qui l'accompagne: on fait place à une conception interventionniste de la grossesse et de l'accouchement. (Laforce 1985)

Une nouvelle approche technologique de l'accouchement

Au fur et à mesure que se développent les connaissances en obstétrique, les médecins pratiquent une médecine de plus en plus interventionniste. Cette nouvelle approche correspond en fait à la conception que l'accouchement est une maladie. (Laforce 1985, Comellier 1982, Laurendeau 1987) Par conséquent, la naissance pouvant réserver toutes sortes de surprises malencontreuses, il vaut mieux que les femmes accouchent à l'hôpital, dans les nouveaux services d'obstétrique. Et c'est dans cette institution qu'allait s'édifier et se parfaire la "nouvelle approche technologique de l'accouchement". C'est toute une nouvelle façon de faire les accouchements qui s'amorce comme en témoigne Hélène Laforce. Ainsi,

"Contrairement aux sages-femmes, les médecins n'avaient nullement l'intention d'attendre et de rester des heures", comme l'exprimait un médecin, "à surveiller un trou". Si le travail se faisait trop lentement et qu'il risquait de dérégler son horaire, le médecin intervenait avec le bistouri ou les forceps souvent au détriment de la mère et de l'enfant. (Laforce 1985: 124)

C'est donc une nouvelle pratique interventionniste qui s'implante dans les hôpitaux. Cette pratique, issue d'un nouveau savoir allait provoquer la déresponsabilisation des femmes dans le processus de la naissance. (Laforce 1985, Laget 1986) Simultanément, l'accouchement prenait des allures de risque alors que le nouveau savoir médical s'employait de plus en plus à intervenir dans ce processus en se servant d'instruments dans presque tous les cas.

L'entrée massive des femmes à l'hôpital afin de donner naissance à leur enfant a ainsi assuré les médecins de leur clientèle. Encore leur faut-il conserver cette clientèle dans un état de dépendance. Mais on peut néanmoins dire que les médecins ont finalement réalisé tout un exploit: ils ont instauré leur monopole sur un terrain leur étant complètement étranger. Les hommes ont ainsi réalisé une autre forme de domination sur la reproduction élargissant encore leur domaine d'action. Ils ont enfin réussi à prendre en charge l'univers de la naissance en évacuant les principales intervenantes dans ce domaine soit les sages-femmes et finalement, en transformant l'expérience même de la naissance en une épreuve risquée nécessitant une multitude d'interventions rendant ainsi ce moment étranger au savoir "intuitif" des femmes.

C'est sur une cette note que la pratique des sages-femmes s'est éteinte au milieu du 20^e siècle. Et cette disparition de la sage-femme de l'univers de la naissance n'appelait pas

seulement un nouvel intervenant auprès de l'accouchée, elle entraînait tout un nouveau rapport de la femme avec son corps et de celle-ci avec son médecin. (Laforce 1985, Quéniart 1988)

Alors qu'à l'intérieur du savoir de la sage-femmerie la femme gagnait toute sa place au sein de ce précieux moment de la vie ayant ainsi un rôle à jouer, participant activement et s'impliquant de toute part, lorsque le médecin pose son regard sur la femme enceinte "elle n'allait plus devenir qu'un objet malade ou plutôt une maladie, étrangère à elle-même, n'ayant plus aucun droit de parole". (Laforce 1985:126) La femme est devenue étrangère au processus qui se produit en elle.

Ainsi, comme le rappelle Hélène Cornellier dans le document Depuis que le monde est monde (1982),

Donner naissance à un enfant: un événement si proche de nous et qui est pourtant devenu si lointain, inconnu, ignoré, tellement mystifié que nous sommes devenues des témoins alors que nous en sommes les principales protagonistes. (Cornellier 1982: 4)

L'écart entre le rôle joué par la femme lors de son accouchement à l'heure de la sage-femmerie et tel que vécu aujourd'hui est donc énorme. Aussi en appelle-t-il à de sérieuses répercussions sur l'univers de la naissance. Nous traiterons donc dans le chapitre suivant de ces transformations multipliées depuis l'avènement de l'hospitalisation jusqu'à aujourd'hui afin de mieux comprendre l'obstétrique contemporaine et les débats qui l'entourent.

Chapitre III: la médicalisation de la naissance

L'emprise du pouvoir médical en obstétrique est donc récente néanmoins, sa mainmise sur l'événement de la naissance a eu pour conséquence d'en transformer tous les aspects. Nous nous attarderons donc à l'intérieur de ce chapitre à démontrer quelles ont été les répercussions d'une orientation médicale et technique dans l'univers de la naissance.

1. Les conséquences de la domination médicale sur l'événement de la naissance

Comme nous l'avons mentionné déjà, la domination du savoir médical sur le processus de la naissance ne s'est réalisé que très récemment, soit avec l'exode des femmes dans les hôpitaux pour y accoucher. Ainsi, comme l'a décrit Hélène Laforce (1985), en déplaçant les femmes de leur milieu sur un territoire leur étant étranger (l'hôpital) les femmes se voient alors contraintes de respecter les règles de cette institution. Une fois ce transfert de lieux bien intégré au processus de la naissance les médecins s'engageront dans des voies nouvelles, faisant davantage appel à la médicalisation et à la technicisation de la naissance. C'est en effet ce que suggère l'étude de Marc Renaud, Suzanne Doré, Roxanne Bernard et Odile Kremp "Regard médical et grossesse en Amérique du Nord: l'évolution de l'obstétrique prénatale au 20e siècle".⁷ Les auteur-e-s de cette étude constatent qu'au cours du 20e siècle le regard médical sur la naissance a considérablement changé, à un tel point qu'il est possible d'en distinguer trois

périodes distinctes. Chacune de ces périodes est caractérisée par un contexte, un regard et des pratiques particulières.

Selon ces auteur-e-s, la première période soit de 1906 à 1950, se distingue par le désir des médecins de dépasser leur simple préoccupation pour la grossesse pour finalement accéder à une véritable maîtrise de celle-ci. A partir de 1930, les découvertes se multiplient⁸ et apportent de nouveaux éclairages à la grossesse et à l'accouchement. Les obstétriciens ont de plus en plus la conviction qu'ils peuvent agir efficacement sur le déroulement de la grossesse. Ainsi,

Le regard médical s'affirme sans s'imposer tout à fait. Les soins prénatals émergent et la préoccupation centrale de l'obstétrique, pendant toute cette période, est de convaincre les femmes enceintes du bien-fondé d'un suivi médical. (Renaud et al.1987: 186)

Les médecins se doivent alors de gagner la confiance des femmes. A cet égard l'aspect scientifique influencera largement les populations à une époque où la science est incontestablement considérée comme la voie du progrès. (Laurendeau 1987, Renaud et al. 1987, Bozzini et al.1986) Or, afin de s'attirer la confiance des femmes les médecins adopteront une approche beaucoup plus éducative qu'autoritaire lorsqu'ils aborderont les femmes. (Renaud et al.1987)

Par ailleurs, en ces débuts du pouvoir médical sur le contrôle de la naissance "La grossesse est d'abord présentée comme un processus normal mais on prend bien soin de souligner que la frontière entre santé et maladie est difficile à tracer." (Renaud et al.1987: 187) Il fallait bien que les femmes voient en le médecin un être indispensable, garant de la sécurité de la mère

et de l'enfant. D'ailleurs, comme le signale France Laurendeau (1987), c'est bien souvent le professionnel qui requiert des client-e-s afin de lui permettre de gagner sa vie et qui a tout à gagner en créant chez ses clients une dépendance envers lui. Et c'est exactement ce qui s'est produit dans l'univers obstétrical. Quant à la pratique de l'obstétricien de cette période, elle ne prévoit que deux visites: la première visant à fixer la date de l'accouchement et à fournir à la femme les indications pour une bonne grossesse; et c'est également l'occasion pour la femme de lui signaler ses symptômes. Quant à la deuxième visite, soit six semaines avant la date de l'accouchement, le médecin pratique un examen. Mais le suivi de grossesse sera relégué aux infirmières. (Renaud et al. 1987) Et comme le constatent ces auteur-e-s, si au début du 20^e siècle le "Williams" suggère des interventions médicales de type clinique (palpation, pelvimétrie, etc), avec les années les interventions technologiques emboîteront le pas. La première période s'inscrit donc dans un contexte où la priorité est de gagner la confiance des femmes dans le domaine de l'obstétrique et où peu à peu la technologie vient supplanter les interventions de type clinique. Le savoir médical et le pouvoir médical prennent toutes leur force.

La deuxième période s'échelonne de 1950 à 1971 et se caractérise par les gains réalisés sur la baisse du taux de mortalité infantile⁹, la légitimation du savoir médical auprès de la clientèle féminine, et enfin l'institutionnalisation du regard médical par l'hospitalisation et la création de l'obstétrique. Parallèlement, "un changement paradigmatique survient: une nouvelle vision du fœtus surgit, modifiant considérablement le regard médical". (Renaud et al.1987: 190) En effet, croyant que de bons soins prodigués à la mère pendant la grossesse assureraient la

survie et la bonne santé du bébé, les données sur la mortalité maternelle et la mortalité périnatale viennent infirmer ces hypothèses.

On est dès lors conduit à dissocier jusqu'à un certain point le fœtus de la mère, à lui accorder une relative indépendance: il devient ainsi objet de préoccupation pour l'obstétrique". (Renaud et al.1987: 191)

La médecine aborde alors le suivi prénatal dans un sens nouveau: il est basé sur la prévention et le fœtus. Il s'agit dès lors pour les médecins de veiller à ce que la mère puisse pourvoir à tous les besoins de son fœtus. (Renaud et al.1987; De Koninck 1987) Et les soins prénatals seront alors prescrits pour toutes les femmes enceintes afin d'éviter une éventuelle catastrophe.

Ainsi, malgré les différences notables survenues depuis les années trente dans le contexte socio-sanitaire et médical la conception de la grossesse propre à la première période se renforce : au lieu de différencier la grossesse normale de la grossesse pathologique l'obstétrique les confond davantage. Seule la supervision médicale peut garantir une bonne grossesse. (Renaud et al.1987) On accepte alors l'idée que la prévention est de mise afin de surprendre la maladie insidieuse qui risque de se cacher derrière une grossesse visiblement normale. (Renaud et al. 1987; Quéniart 1988) Les interventions cliniques sont toujours de mise mais leur popularité ne cesse de décroître au profit des interventions technologiques. Ils utilisent davantage les rayons X, de nouveaux tests de laboratoire sont élaborés, et enfin, l'échographie fait son apparition. (Renaud et al. 1987)

Enfin, la troisième période débutant en 1971 et se poursuivant jusqu'à nos jours révèle "l'hégémonie du regard médical." (Renaud et al. 1987) En effet, seul le regard médical est jugé apte à décider de ce qui doit être fait pour que la grossesse ait une fin heureuse. De plus, la priorité accordée au fœtus amorcée lors de la période précédente prend ici toute son ampleur avec l'entrée des "techniques de la sémiologie foetale". (Renaud et al. 1987) Elle aura pour conséquence de transformer radicalement "la prise en charge de la grossesse normale: le fœtus devient en quelque sorte le nouveau patient". (Renaud et al. 1987: 183) C'est également à cette période qu'émerge réellement la notion de "risque" inhérente à la santé du fœtus, d'où le besoin de surveiller étroitement la croissance de ce nouveau patient. (Renaud et al. 1987; Quéniart 1987; 1988)¹⁰ Or, comme le précisent Marc Renaud et al.,

Si la première moitié du siècle marquait la priorité à la mère et si les années 50 amorcèrent une transition avec l'émergence d'une préoccupation pour le fœtus, la dernière période opérera un renversement complet. L'état du fœtus devient l'indicateur clé de la qualité de la grossesse, laquelle est donc davantage définie comme phénomène médical. (Renaud et al. 1987: 198)

Les experts occupent donc une place de plus en plus grande dans cet événement et contribuent avec la médicalisation croissante de la naissance et l'évacuation constante de la femme dans ce processus à la déshumanisation de la naissance. Par ailleurs, ces auteurs renchérisent sur le fait qu'une telle fixation à propos des risques encourus par le fœtus n'a fait que rapprocher la grossesse normale à la limite du pathologique : la normalité ne pouvant être démontrée qu'après la naissance. On se retrouve donc en présence d'une situation paradoxale où:

La grossesse est perçue comme un phénomène plus risqué que jamais, dans un contexte où pourtant la mortalité maternelle et périnatale est au plus bas et où on possède nombre de connaissances et d'outils aptes à contrôler la morbidité. (Renaud et al. 1987: 199)

De plus, puisque seul le médecin a accès à la technologie pour rejoindre le fœtus, il devient le seul à pouvoir juger et régir le déroulement de la grossesse. (Renaud et al. 1987; Quéniart 1987;1988) Parallèlement à ces transformations, la relation entre médecin et patiente se modifie:

On privilégie dorénavant la compétence du médecin et non plus ses qualités humaines. L'obstétrique définit désormais les besoins des femmes surtout en termes de qualité de l'expertise médicale. (Renaud et al.1987: 200)

Évidemment, afin d'accéder à une expertise médicale des plus précises l'intervention technologique vient finalement dominer l'intervention clinique. (Renaud et al. 1987) Les moments de la grossesse et de l'accouchement sont donc devenus des temps entachés de l'idéologie du "risque" dont seule l'expertise médicale par sa technologie sophistiquée peut en prendre la charge. L'attention focalisée sur le fœtus, la mère n'est alors plus considérée qu'à l'aune des besoins de celui-ci.

Comme il nous a été possible de le constater la prise en charge médicale de la naissance est récente et depuis, la grossesse et l'accouchement se sont considérablement transformés. Partant du désir d'abaisser les taux de mortalité maternelle et infantile, on se retrouve aujourd'hui sous l'emprise de l'obstétrique obsédée par les risques encourus par le fœtus. Et malgré les succès socio-médicaux on assiste à l'avènement d'un contrôle absolu de la naissance par les experts. Ainsi,

La conception de la grossesse comme phénomène purement médical exclut toute possibilité d'autonomie des femmes, leur compétence en matière de grossesse n'est jugée qu'à l'aune du niveau de développement des connaissances et de la technologie médicale. (Renaud et al.1987: 207)

Donc au cours de ce siècle les femmes ont peu à peu abdiqué les connaissances de leur corps et de la naissance, remettant leur grossesse entre les mains des experts. Elles croyaient sûrement plus sécuritaire accoucher à l'hôpital auprès d'un médecin, d'autant plus que cela leur donnait l'occasion de se reposer des travaux domestiques pour quelques jours. (Laforce 1985, Laget 1982) Mais elles n'entrevoyaient pas le futur tel qu'il leur a été réservé, car avec la médicalisation croissante de la naissance, elles ont perdu tout pouvoir sur celle-ci au nom de la sécurité du fœtus. Les femmes ont été en quelque sorte dépossédées de leur maternité. Elles en ont perdu le contrôle et elles ne sont comme telles considérées par les médecins que comme porteuses ou réceptacles pour le fœtus. (Gavarini 1986) D'ailleurs, toutes les démarches entreprises afin de substituer le corps de la femme pour parfaire le développement du fœtus nous porte à croire en la volonté de contrôler médicalement tous les processus de la naissance et en faire un processus extérieur au corps de la femme. Plusieurs ouvrages tels "Multiplication des césariennes, phénomène chirurgical ou officine de laboratoire" de Maria De Koninck [1987], "Baby shop ou Le bout de chou éprouvette" d'André Jean [1987], "La mère définie par les médecins. Un rappel historique" de Yvonne Knibichler [1986], "De l'utérus sous influence à la mère-machine... Le pas de côté des "nouveaux maîtres de la fécondité"" de Laurence Gavarini [1986], ont de fait abordé le contrôle médical et technologique de la naissance. Ils partagent cette vision selon laquelle la médecine dans sa quête de maîtriser les moindres aspects de la naissance entretient un projet beaucoup plus grandiose que l'amélioration continue de la mortalité périnatale et la prévention des anomalies congénitales, ou encore de permettre aux couples qui éprouvent des difficultés à engendrer un enfant d'avoir une autre chance "technologique" pour y parvenir. Ces auteur-e-s supposent qu'il s'agit d'élaborer puis de créer par l'entremise de cette

maîtrise du phénomène de la naissance, un renversement complet de la naissance. Ainsi en témoigne Laurence Gavarini avec un énoncé de J.-L. Touraine:

L'âge à partir duquel le fœtus devient viable hors de l'utérus maternel s'abaisse chaque année... Le jour viendra où les deux étapes se rejoindront: entre le début en tube et la fin en couveuse, il ne sera plus indispensable au fœtus de transiter par un utérus féminin. (J-L Touraine cité par Gavarini 1986: 196)

L'utérus semble à bien des égards considéré par le corps médical comme nuisible à l'enfant, puisque le bébé risque lors de sa délivrance de subir un "traumatisme" lors du passage par l'utérus. Et comme le fait remarquer Maria De Koninck, cette conception du corps féminin comme étant incompetent pour effectuer la tâche de la délivrance ne fait qu'encourager la pratique de la césarienne¹¹. D'ailleurs, comme le note Harold Speert,

L'accouchement par voie abdominale est devenu tellement sécuritaire et courant, écrit-il, que la seule évaluation qu'une inertie ou un délai dans le travail peut être compromettant pour le fœtus en justifie la pratique. (De Koninck 1987: 246)

Mais pour revenir aux nouvelles technologies de reproduction, le projet entretenu par la médecine serait selon ces auteur-e-s de rendre l'homme l'unique responsable des différents stades de la gestation du fœtus. L'homme serait alors capable sans la participation réelle de la femme de donner naissance à un enfant. Ainsi, les hommes seraient en mesure de réaliser un grand rêve, rêve qui s'était jusqu'à présent révéler irréalisable alors que:

jadis incapables, "jaloux des liens particuliers qui s'établissent entre la mère et l'enfant à naître", "pourront suivre visuellement le développement foetal et leur affection pour l'être nouveau se développera simultanément" à celle de la mère: "le père sera à égalité avec la mère". (J.-L. Touraine cité par Gavarini 1986: 195)

N'est-ce pas ce que les hommes ont toujours recherché et ce que dénoncent Mary O'Brien [1981], Adrienne Rich [1980], Barbara Ehrenreich et Deirdre English [1982], soit pallier leur incapacité à donner naissance? C'est du moins ce que laisse entrevoir ces auteur-e-s quant à la percée grandissante des nouvelles technologies de reproduction.

Nous nous préparons donc à un nouveau revirement du processus de la naissance. Aussi, Maria De Koninck voit-elle dans les interventions accrues lors de l'accouchement une préparation à une nouvelle prise en charge de la naissance par la technologie. C'est d'ailleurs cette ouverture face à ces interventions qui amène Maria De Koninck à se poser la question suivante:

la normalisation de la pratique de la césarienne est-elle une des formes que revêt un changement social, permettant la mise en place d'un contexte favorable au développement de recherches, dont l'aboutissement serait que l'ensemble du processus de reproduction se réalisera en dehors du corps des femmes? (De Koninck 1987: 254)

Or, selon cette auteure,

L'élargissement des indications de la césarienne donnant une place plus large au fœtus, l'augmentation de la fréquence des interventions et la normalisation de la chirurgie pourraient être des mécanismes permettant de franchir cette dernière étape. (De Koninck 1987: 254)

Mais encore faut-il avant de parvenir à cette dernière étape préparer le terrain, c'est-à-dire légitimer auprès des femmes les nombreuses interventions et faire peser sur elles l'idée que leur corps possède ses limites. Comme l'ont démontré Renaud et al., l'idéologie du "risque" a fortement convaincu sinon obligé les femmes à consentir à l'intervention médicale accrue.

Place au foetus

Les années 70 marquent un tournant dans l'obstétrique alors que le foetus occupe une nouvelle place et génère un intérêt naissant: la néo-natalogie. (Renaud et al. 1987) A partir de ce moment, le foetus se distingue de sa mère et conquiert une indépendance relative : il devient le nouveau patient. (Renaud et al.1987; De Koninck 1987) L'intérêt croissant pour le foetus relève bien sûr du désir de réduire le taux de mortalité néo-natale et infantile, mais il correspond également à cette volonté de contrôler le produit fini, soit le foetus. (Renaud et al.1987; De Koninck 1987) Or malgré que la médecine maîtrise de plus en plus la grossesse les interventions médicales poursuivent leur ascension. (Renaud et al. 1987; Laurendeau 1987; Cornellier 1982; Coquatrix 1987) La naissance n'a jamais été considérée aussi risquée d'ailleurs, le nombre de grossesses à risque ne cesse d'augmenter à un point tel que les grossesses "normales" font figure d'exception. (Laurendeau 1987) Mais ce n'est pas tant la viabilité du foetus qui est en jeu que la qualité de celui-ci et c'est cette recherche de perfection alimentée par l'idéologie du risque qui vient légitimer la prise en charge médicale de la naissance. (Renaud et al. 1987; De Koninck 1987) L'idéologie du risque, définie comme:

un ensemble de discours, centrés sur la notion de risque, qui prétendent "construire les conditions objectives du danger pour en déduire de nouvelles modalités d'intervention" (Quéniart 1987: 216),

est véhiculée par le savoir médical et constitue en effet une donnée importante dans l'évolution de l'obstétrique puisque grâce à elle, les femmes ont laissé le savoir médical s'insurger dans leur grossesse et leur accouchement. Ainsi, afin de protéger l'enfant qui grandit en elle, la femme

enceinte ne cessera d'être à l'écoute des besoins de cet être, besoins qui seront définis par le savoir médical. La naissance aujourd'hui, définie comme potentiellement pathologique nous a donc conduit vers une obstétrique préventive et par conséquent interventionniste. C'est d'ailleurs l'idéologie du risque qui sert d'intermédiaire à l'approche préventive et interventionniste de la naissance.

L'idéologie du risque

Anne Quéniart, dans son ouvrage Le corps paradoxal¹² [1988], nous a permis de bien comprendre comment est assimilée l'idéologie du risque par les femmes enceintes. Selon cette auteure, les femmes lors de leur grossesse ressentent un puissant sentiment d'insécurité¹³ et celui-ci, bien que ressenti tout au long de la grossesse, est vécu plus violemment à ses débuts. Les femmes sont alors très réceptives à ce type de discours sur les risques selon les dires de cette auteure. Elles sont d'autant plus imprégnées par l'idéologie du risque que notre société actuelle est frappée par une baisse du taux de natalité et que l'enfant prend alors un sens nouveau : il devient précieux; planifié. (Renaud et al. 1987; De Koninck 1987; Gélis 1987; Quéniart 1987;1988) Ainsi, avec l'avènement de la contraception et de la régulation des naissances les femmes ne sont plus astreintes à des maternités nombreuses. Elles peuvent maintenant prévoir les enfants qu'elles désirent. (Lemieux 1985; Laborie 1986) Par conséquent,

Il semble que l'enfant représente un capital affectif et narcissique, une valeur telle que se développe l'idée du droit à l'enfant selon son désir, et s'impose la nécessité de le concevoir le plus soigneusement et minutieusement possible. (Laborie 1986: 187)

C'est donc dans un tel contexte que l'idéologie du risque vient s'infiltrer au sein de la maternité. Partant de l'insécurité première des femmes, l'idéologie du risque a pour effet d'opérer chez elles ce qu'Anne Quéniart qualifie d'obsession de la normalité qui paradoxalement, vient renforcer le sentiment d'insécurité. (Quéniart 1987;1988) En effet,

Si l'on se questionne sur la normalité du "produit", du résultat du processus (le bébé), on s'interroge également sur la normalité du processus lui-même. Tout ce que l'on vit se juge à l'aune de la norme médicale. (Quéniart 1987: 220)

Les femmes consultent donc généreusement les ouvrages de vulgarisation médicale afin de comparer ce qu'elles vivent aux normes médicales. Par ailleurs, le discours du risque et la peur qui en découle s'en trouvent largement amplifiés. (Quéniart 1987;1988; Renaud et al. 1987; Laurendeau 1987) Et comme le fait remarquer Maria De Koninck, (...) aujourd'hui peu de femmes échappent à l'un ou l'autre des critères de grossesse à risque élevé de sorte qu'elles sont presque toutes traitées comme telles au cas où... (De Koninck 1987: 141) Cette peur de l'anormalité ou que quelque chose arrive au bébé est d'autant plus vive que les femmes sont bien souvent tenues seules responsables de la santé du bébé. (Quéniart 1987;1988; De Koninck 1987)

L'idéologie du risque qui est le résultat d'une approche médicale de la naissance centrée sur le fœtus, a donc provoqué chez la femme enceinte une crainte énorme quant au déroulement "normal" de la grossesse tout en la rendant responsable de la santé de son enfant. Et pour parer à cette insécurité obsédante, le savoir médical tente de rassurer les femmes sur la croissance du fœtus à l'aide de la technologie.

A cet égard, la logique médicale est insidieuse : en mettant l'accent sur les risques pour le fœtus lors des trois premiers mois, on joue sur la peur et surtout sur la responsabilité des femmes envers un tiers. En présentant ensuite les techniques comme moyens de mesurer voire corriger ou même d'éviter ces risques, on est à peu près certain qu'elles obtiendront la faveur des femmes. (Quéniart 1987: 222)

En outre, même si ces technologies comportent certains risques pour le fœtus¹⁴, les femmes sont prêtes à les utiliser pour se rassurer de l'état de santé du bébé. (Quéniart 1987;1988; Coquatrix 1987) De plus, Anne Quéniart en reprenant une analyse de Louise Vandelac, constate

qu'il s'opère, au fil des années, un glissement d'une technique à l'autre, rendant anodins des tests autrefois considérés comme dangereux ou risqués -- comme l'amniocentèse -- ou rendant accessibles à toutes des examens autrefois réservés aux cas spéciaux, comme l'échographie. (Quéniart 1987: 223)

Et ce qui s'avère inquiétant face à la montée de ces nouvelles technologies, toujours très convoitées par les femmes pour répondre à leur angoisse,

c'est la façon dont à peu près toutes les innovations s'insèrent, avec le support actif de l'Etat, dans l'organisation sanitaire des pays sans aucune évaluation adéquate ni avant ni durant leur carrière. (McKinlay cité par Renaud et al.1987: 208)

Et selon l'étude d'Anne Quéniart, si la seule réponse qui est donnée aux femmes en est une technologique il semble que pour plusieurs femmes, c'est maintenant la seule qu'elles jugent valable. Ainsi, nous retrouvons-nous dans une situation plutôt paradoxale alors que:

tout se passe comme si les médecins eux-mêmes se retrouvaient dans l'incapacité de rassurer les gens, non seulement parce qu'eux-mêmes semblent avoir oublié (ou laisser tomber -- efficacité oblige) l'art de reconforter, mais aussi parce que les patients eux-mêmes exigent de plus en plus, pour être rassurés, des preuves tangibles qu'amènent les tests de tous genres. (Quéniart 1987: 224)

Or, les femmes enceintes comme les médecins se retrouvent sous l'emprise technologique. D'une part les femmes sont rassurées par la technologie sur ce qu'elles vivent et sur la santé du bébé et d'autre part, si les médecins se penchent davantage sur les technologies, n'est-ce pas également pour se rassurer comme les femmes que le tout se déroule parfaitement et par le fait même, se protéger contre de futures accusations? (Quéniart 1987;1988) De plus, n'est-ce pas parce qu'un médecin qui passerait outre ces techniques risquerait de voir sa clientèle décliner qu'il adhère volontier à ces techniques? Et finalement, si ce dernier a recours à la technique, n'est-ce pas aussi pour confirmer ses propres connaissances? (Quéniart 1987;1988)

Par ailleurs, force nous a été de constater que les tests et techniques qui servaient préalablement à des fins de support de diagnostic tiennent de plus en plus la place du diagnostic: "le jugement humain est évacué peu à peu chez l'expert comme chez la femme". (Quéniart 1987: 226) A ce sujet Anne Quéniart relate un fait important: celui du voir.

La grossesse, phénomène du corps, des sensations, tend à se vivre d'abord sur le mode du spectacle; on fournit aux femmes le moyen d'assister à leur grossesse en spectatrices, mettant de côté pour un temps du moins toute réalité intérieure. (Quéniart 1987: 226)

Le ventre des femmes se laisse ainsi pénétré par le regard médical. A l'aide de l'échographie, de la coelioscopie, de l'amniocentèse, de l'amnioscopie, de l'hystérogaphie, les ventres sont peu à peu transparents. (Gavarini 1986) Mais ce recours technique tout au long de la grossesse a pour effet de transformer la relation thérapeutique alors que:

le moment synthétique du diagnostic n'est plus la relation concrète avec la personne (...) mais le rapport établi entre les différentes expertises qui constituent son dossier. (Castel cité par Quéniart 1987: 226)

Depuis l'avènement de l'utilisation de la technologie pour des fins de diagnostic, le sujet perd son rôle, sa validité. Ainsi, si l'on prend à titre d'exemple l'échographie, lors de cet examen toute l'attention sera dirigée vers l'écran consacrant alors au corps de la femme le seul intérêt de "ventre-relais" pour permettre aux experts de rejoindre le bébé. C'est d'ailleurs ce qui se produit de plus en plus avec l'usage du moniteur foetal lors de l'accouchement. Néanmoins, femmes et médecins requièrent pour pallier à leur insécurité l'accès à la technologie. Par contre, si les femmes reconnaissent des avantages à ces techniques elles reconnaissent également ses limites (Quéniart 1987;1988) En effet, ces tests bien que rassurants n'ont qu'une portée bien éphémère. Ils ne touchent qu'un moment bien précis ne pouvant ainsi rendre compte de tout le processus de la grossesse. C'est pourquoi après les premiers mois de grossesse, les femmes jugent nécessaire "un retour au corps et à ses sensations". (Quéniart 1987;1988)

(...) c'est par leur corps qui s'impose de plus en plus, tant de l'intérieur (perception des mouvements du fœtus) que de l'extérieur (visibilité du ventre), que les femmes sont rassurées, sur le long terme, quant à la viabilité de leur bébé. (Quéniart 1987: 228)

Les bonnes Mères

Si l'idéologie du risque a pour effet de causer chez les mères une très grande inquiétude face à l'enfant qui grandit en elles l'incitant ainsi à avoir recours à la technologie, cette idéologie introduit une autre idée insidieuse : elle tend à inculquer à la mère les valeurs de la "bonne mère". Comme il nous a été possible de le constater, l'idéologie du risque agit de sorte que la mère doive pour le bien-être de son enfant transformer quelque peu ou même complètement son

style de vie afin que son bébé se développe dans les meilleures conditions possibles. (Quéniart 1987;1988; Renaud et al. 1987; De Koninck 1987) On l'incite alors à accorder la priorité au fœtus et répondre à ses propres besoins en second lieu. Il se produit alors chez la femme ce que Anne Quéniart appelle un "flottement de leur identité" qui correspond en fait à "l'acquisition prochaine du statut et du rôle de mère dont les différentes composantes affectives sociales et corporelles sont en train de se modifier". (Quéniart 1987: 229) Et selon les témoignages qu'elle a recueillis les femmes enceintes recherchent dans ces moments de la compréhension. Cependant, la seule aide qui leur est apportée est d'ordre médical et ce même de la part de leur proche, preuve que le discours du risque est repris par tous. (Quéniart 1987;1988) Toutefois, aux dires des femmes ces directives de la part de la société pour qu'elles mettent au monde un enfant en santé sont plutôt contradictoires lorsque l'on considère que malgré ces efforts personnels de la part des femmes, on leur demande néanmoins de poursuivre leur travail aussi longtemps que possible sans toutefois se préoccuper de:

l'impact des rythmes de travail, de la pollution, etc., sur le déroulement de la grossesse et sur la santé des nouveaux-nés. Enfin, les analyses sur la maternité doivent aussi poser la question des effets iatrogènes de cette idéologie du risque (stress, peurs) chez la femme. (Quéniart 1987: 229)

Ainsi, la responsabilité de produire un enfant en bonne santé repose uniquement sur la femme bien que plusieurs facteurs extérieurs à la femme enceinte puissent être responsables de certaines anomalies quant à la santé du bébé.

Bilan de la médicalisation de la naissance

Au cours du 20^e siècle, l'obstétrique s'est emparée de la naissance et en a transformé radicalement le sens et le déroulement de cet événement. Tout d'abord, l'accouchement est devenu un acte médical nécessitant l'hospitalisation des femmes. Faisant suite à cette transformation dans le mode d'accouchement, l'on fait place à un nouveau contrôle de la reproduction alors que la société masculine impose aux femmes une nouvelle prise en charge de leur accouchement. Cette prise en charge de la naissance par la médecine s'est concrétisée par l'apanage d'une nouvelle technologie visant à diminuer les taux de mortalité infantile.

La médecine a alors défini quels étaient les critères de "grossesse à risque élevé". Cependant, au fil des connaissances la définition des critères de "grossesse à risque élevé" s'est élargie de sorte que presque toutes les femmes enceintes ne peuvent y échapper. En occurrence, lorsque la femme enceinte intègre l'hôpital pour y accoucher elle doit se soumettre à une série d'interventions de routine¹⁵. Plus encore, l'étendue de ce qui constitue un risque pour l'enfant a eu en sorte la conséquence d'augmenter le nombre de complications et d'interventions qui en découlent lors de l'accouchement. (Laurendeau 1987) Cette réalité s'avère toutefois surprenante lorsque l'on constate que depuis les quarante dernières années, le taux de mortalité maternelle et infantile a considérablement diminué. (Laurendeau 1987) Et contrairement à ce que nous aurions pu espérer, au Québec le nombre d'accouchements difficiles est en recrudescence passant entre 28.7% et 33.5% entre 1975 et 1977. (Cornellier 1982:12) Il y a donc lieu de s'interroger sur les facteurs contribuant à cette augmentation des complications lors de l'accouchement.

Seraient-elles uniquement le lot d'un "processus physiologique défectueux? Les interventions obstétricales systématiques ne contribuent-elles pas à compliquer le processus normal?" A cet effet, un commentaire de Michel Odent est révélateur:

Depuis que le docteur Morriseau, au 17^e siècle, s'est introduit dans la chambre d'une femme en train d'accoucher et l'a fait mettre sur le dos, l'obstétrique a voulu prendre le contrôle de l'accouchement, sans se demander si le fait de contrôler pouvait aussi signifier perturber. (Vadeboncoeur 1988 C:21)

Il semble d'ailleurs que les médecins soient de plus en plus conscients que leurs interventions aussi positives qu'elles puissent être dans certains cas, peuvent être tout aussi nuisibles dans d'autres cas. C'est du moins ce que laisse paraître un passage du texte du docteur Klein,

Controverses obstétricales et soins maternels alors qu'il stipule que:

L'accouchement, de par sa nature imprévisible, échappe sous certains aspects à notre contrôle en tant que professionnels de la santé. Comme nous l'avons déjà mentionné, bien que la majorité des accouchements se déroulent normalement, la difficulté que nous éprouvons à prévoir quelles femmes présenteront des complications nous incite à adopter une approche de plus en plus technique auprès de la majorité des femmes. La tentation devient forte de vouloir imposer des contrôles supplémentaires afin d'assurer les meilleurs résultats possibles pour la mère et pour l'enfant. Il se peut alors que nous oublions, comme le fait l'ensemble de la pratique médicale, que toute intervention, aussi bien intentionnée soit-elle, présente des risques ou des conséquences. La plupart des accoucheurs savent qu'un même choix d'intervention peut réduire les risques de complications au cours d'un accouchement reconnu à risque élevé et qu'il peut tout aussi bien provoquer des complications pour un cas reconnu normal ou à faible risque. Devant ce fait, tout en étant conscient de sa responsabilité professionnelle, le spécialiste sera lui aussi influencé par d'autres facteurs, tels son milieu de travail, les attentes de la collectivité, les éventuelles poursuites légales ainsi que les considérations d'ordre logistique. (Klein 1984 :6)

Il ne fait donc aucun doute que certaines interventions provoquent à leur tour d'autres interventions. Ainsi, l'anesthésie épidurale favorise largement l'utilisation des forceps et par

conséquent, une épisiotomie devra ensuite être pratiquée sur la femme. (Rocheleau-Parent 1980, Coquatrix 1987)

Ces interventions médicales et techniques nécessaires dans certains cas se sont toutefois étendues à l'ensemble des femmes, et c'est là que se pose le problème de la déshumanisation de la naissance. Car ce qui a contribué à la désappropriation de la naissance c'est le fait de la surmédicalisation et de la surtechnicisation propres à la conception médicale de la naissance. Les femmes ont ainsi l'impression que leur corps n'est plus apte à faire le travail tout seul et que seules les connaissances médicales sont valables pour régir ce moment. La femme est par conséquent soumise aux décisions du médecin, elle n'a plus rien à dire et n'est considérée qu'à titre de patiente. On laisse ainsi planer l'idée que les femmes ne savent plus accoucher et qu'elles requièrent nécessairement l'assistance technique. Et comme le rappellent Francine Saillant et Michel O'Neill,

Ce nouvel ordre des relations sociales, caractéristiques de l'accouchement dans les sociétés complexes et hypertechniques, contribue directement au sentiment de nombre de femmes que le sens profond du geste de donner naissance a été perdu, que l'essentiel du vécu de l'accouchement s'est noyé dans le labyrinthe de la médicalisation; c'est justement du sentiment profond de cette perte, que d'aucuns appelleront aliénation et d'autres désappropriation, que le besoin est né d'explorer l'alternative vers les divers possibles de la réappropriation. (Saillant et O'Neill 1987 :19)

Nous traiterons donc dans la prochaine partie de l'éveil de certains groupes afin de créer de nouvelles alternatives à la naissance aliénante et aseptisée de nos hôpitaux.

Mais avant d'aborder ce nouveau sujet, nous aimerions attirer l'attention sur le fait que la reproduction est sans aucun doute encore aujourd'hui sous l'emprise masculine bien qu'elle ait endossé de nouvelles formes. Ce contrôle masculin de la reproduction se réalise en partie à travers le pouvoir médical alors que les médecins disposent de toute la latitude désirée afin de déterminer les modalités de la naissance. Ils ont ainsi imposé leur pouvoir au sein de la maternité afin de contrôler de plus en plus le produit, soit l'enfant. Nous avons également constaté que leurs recherches assidues ont entraîné par les nouvelles technologies de reproduction une nouvelle façon d'aborder la naissance. Il nous semble donc que les hommes veulent encore une fois élargir leur contrôle de la reproduction. Cette fois-ci, ils visent très haut: ils désirent contrôler entièrement le développement de l'enfant et ce, sans l'aide de l'utérus féminin. Le contrôle de la reproduction par les hommes est donc omniprésent dans l'univers de l'obstétrique, et bien peu de choses viennent importuner ce contrôle puisque les femmes sont exclues des pouvoirs de décision en ce qui a trait au processus de la naissance. Et comme le démontrent avec éloquence Barbara Ehrenreich et Deirdre English,

qu'à plusieurs égards, la médecine telle que pratiquée sur les femmes par une profession presque entièrement mâle n'est pas tant une science objective qu'un déguisement scientifique des formes dominantes du préjugé mâle. (Ehrenreich 1986 :91)

Aussi les femmes ont-elles pris conscience de cette emprise masculine sur leur corps et c'est ainsi qu'un mouvement pour la santé des femmes émergea.

2. L'essor des groupes afin de contester

la déshumanisation de la naissance

Durant la dernière décennie, l'accouchement a été redéfini par les spécialistes comme une expérience risquée pour la mère et l'enfant; ce qui a amené la prolifération d'interventions techniques, pratiquées de façon systématique. Face à ce bombardement technologique difficilement contrôlable, beaucoup de femmes réagissent, remettant en question le pouvoir médical. Humaniser l'accouchement! Naissance sans risque et sans violence! Accoucher ou se faire accoucher! Autant de formules qui reflètent une insatisfaction. (Rocheleau-Parent 1980 :4)

Cette prise de conscience des femmes quant à leur insatisfaction envers l'expérience médicalisée de la naissance ainsi qu'une sensibilisation plus grande de la part des femmes quant à l'emprise masculine sur la reproduction telle que décrite par Paola Tabet [1985], a fait en sorte de mobiliser des femmes prêtes à lutter pour recouvrer la liberté. C'est d'ailleurs dans cette perspective que s'est inscrit le mouvement pour la santé des femmes. En effet, considérant le confinement à la maternité comme la source de l'oppression des femmes, le mouvement pour la santé des femmes a repris tous les débats touchant le contrôle du corps par les femmes tels l'avortement et la contraception. (Saillant 1985 :746) Et il a bien sûr endossé la lutte pour l'humanisation de la naissance et la légalisation des sages-femmes en "soulignant la nécessité de pouvoir recourir à différentes formes d'approche de la naissance, incluant bien sûr les moins médicalisées." (Saillant 1985 :752) Abordant l'événement de la naissance dans le même sens, le mouvement des femmes "a voulu redéfinir la maternité selon le désir des femmes plutôt que selon les besoins de la société patriarcale". (Brière 1988 :6) Par conséquent, des femmes ont entrepris d'apposer sur la naissance une nouvelle vision, différente de l'approche bio-médicale et référant davantage à une

vision de la naissance comme processus naturel, faisant appel à un tout psychologique, social et biologique. (Quéniart 1988)

Ainsi, les acquis et les bienfaits de la technique doivent-ils nécessairement dominer au détriment de la qualité de vie? Quel est le pouvoir de décision des femmes quant aux formes de l'accouchement? Pourquoi faire de l'accouchement un événement exceptionnel, coupé de la vie quotidienne? (Saillant et O'Neill 1987 B:22-23)

Pareilles questions ont largement motivé le mouvement féministe à investir coeur et énergies dans une lutte pour la réappropriation et le contrôle de la naissance. C'est par ailleurs en 1977 que le mouvement Naissance-Renaissance prend vie. Constitué de onze groupes régionaux, "Naissance-Renaissance est la conséquence pratique de la réflexion des Québécoises sur les conditions dans lesquelles se déroulaient leurs accouchements." (Turpin 1989) Cet organisme s'avère également "le reflet de toutes les tendances revendicatrices en périnatalité véhiculées au Québec durant les années 80". (Laforce 1987a) En plus de ces mouvements regroupant des femmes, d'autres femmes s'organisent, dans une démarche personnelle:

Sensibilisées par des articles parus dans Québec-Science et surtout, dans Chatelaine qui organise même des assemblées de réflexion en février 76, (...) s'interrogent sur ce qu'on leur offre dans les services obstétricaux. Informées de l'existence d'alternatives, elles revendiquent. (Laforce 1987a :15)

De plus, les dix-huit groupes-membres de Naissance-Renaissance ont reçu l'appui de milliers de femmes un peu partout au Québec démontrant l'importance du mouvement et sa nécessité. Il ne fait alors aucun doute que de plus en plus de femmes désirent se réapproprier cet événement. Aussi, les revendications des femmes, des couples ainsi que celles des organismes se rejoignent-elles : dénoncer la déshumanisation des soins obstétricaux, reconnaître et légaliser la pratique des

sages-femmes, créer de nouveaux lieux pour accoucher, mettre sur pied des rencontres pré et post-natales, favoriser la cohabitation mère-enfant (Brière 1988), défendre le droit à l'information et le libre choix des femmes (Champagne 1987). Ces revendications convergent toutes vers un même objectif : rendre l'expérience de la maternité humaine et sécuritaire.

L'arrivée d'un enfant est une expérience de vie unique pour chaque femme, chaque couple, chaque famille. Toute naissance est vécue de façon différente. Mais comment conserver le caractère personnel de cette expérience en l'institutionnalisant? Par contre, comment conserver l'aspect sécuritaire de cette expérience sans l'institutionnaliser? (Rocheleau-Parent 1980 :4)

La portée de l'insatisfaction des femmes se fait largement sentir et à partir de 1975, des réunions publiques, des colloques et conférences sur l'humanisation de la naissance réunissent femmes et intervenantes en périnatalité, monitrices de cours prénatals, infirmières, sages-femmes de même que quelques médecins. (Laforce 1987a) On retrouve également de plus en plus d'articles ainsi que des émissions visant à faire réfléchir et à proposer des solutions afin d'améliorer l'expérience de la naissance. (Le Goff-Roubault 1986) D'autres groupes viennent également grossir les rangs de la lutte pour l'humanisation de la naissance. Ainsi, viennent s'y joindre les CLSC de même que les associations professionnelles et gouvernementales afin de proposer de nouvelles approches en périnatalité. (Savard 1987) Et comme le note Suzanne Savard dans son texte "Accoucher à l'hôpital : où en sommes-nous aujourd'hui?", parmi toutes les interventions entreprises à cette époque certaines ont eu des retentissements importants modifiant les soins en périnatalité. (Savard 1987) D'abord en 1973 est introduite la première politique en périnatalité par le ministère des Affaires sociales du Québec qui vise à réduire davantage la mortalité et la morbidité périnatale

en insistant sur la prévention, la qualité des soins et la réorganisation des services d'obstétrique.

(Savard 1987 :281) Cette politique soulignait également que:

"La qualité des soins implique de plus en plus qu'on fasse de la naissance une expérience émotionnelle satisfaisante. (...) L'humanisation des services d'obstétrique doit être en ce sens un objectif prioritaire." (MAS 1973:53 cité par Savard 1987 :281)

En 1978, le Conseil du statut de la femme publia un document intitulé **Pour les Québécoises: égalité et indépendance** qui proposait l'intervention d'une nouvelle responsable qui s'occuperait des grossesses normales, de l'accouchement et des conseils postnatals dans une perspective de réhumanisation de la naissance. (Savard 1987) En 1979, l'Association pour la santé publique du Québec s'est également penchée sur la déshumanisation de la naissance et organisa le colloque **Avoir un enfant sans violence et sans risque.** (Savard 1987) Il a entre autre permis aux intéressé-e-s de prendre conscience de l'importance à poursuivre la réflexion sur le sujet et d'y apporter des propositions concrètes. (Savard 1987 :282) Et en 1980, l'Association pour la santé publique du Québec met sur pied onze colloques régionaux intitulés "Accoucher ou se faire accoucher". Fort populaires, ils mobiliseront environ 10 000 personnes en faveur de l'humanisation de la naissance. (Savard 1987) Donc depuis les années soixante-dix il s'est manifestée une vague de critiques quant à l'invasion croissante de la médecine et de la technologie sur l'événement de la naissance rassemblant mouvements, associations, femmes, couples, intervenant-e-s. Voyons maintenant quelle était la nature de ces revendications, et surtout quelles furent les réponses données par le milieu médical.

La nature des revendications

Comme en fait état Lucille Rocheleau-Parent dans son article "Accoucher ou se faire accoucher", les insatisfactions quant au processus de la naissance tel que vécu en milieu hospitalier sont multiples et le degré de cette insatisfaction diffère selon le type de femme auquel on a affaire. Ainsi, certaines n'auront rien à reprocher au système médical et comprennent difficilement l'insatisfaction ressentie par d'autres femmes. Mais comme le mentionne Dominique Langevin, ces femmes ne remettent pas en cause l'accouchement en milieu hospitalier "faute d'informations adéquates ou de manque de confiance en elles-mêmes". (Langevin 1983 :9). Néanmoins, d'autres femmes souhaitent avoir la possibilité de donner naissance à leur enfant à leur manière, c'est-à-dire "vivre cette expérience unique dans le calme et l'intimité avec leur conjoint ou une ou plusieurs personnes importantes pour elles". (Rocheleau-Parent 1980 :4) Pourtant, d'autres femmes recherchent dans l'expérience de la naissance davantage. Ainsi,

Ce n'est pas seulement le mode d'accouchement qui ne répond pas à leurs besoins mais tout le contexte entourant la maternité, les mythes véhiculés ne correspondant pas à la réalité et leur autonomie comme femme pouvant difficilement se concilier avec leur rôle de mère. (Rocheleau-Parent 1980 :4)

Les revendications sont donc nombreuses. Néanmoins, elles répondent toutes à un seul et même objectif: humaniser les soins en obstétrique. Aussi, plutôt que de faire l'étalage de toutes les revendications des femmes une à une, nous vous présenterons une définition du terme humanisation et nous le replacerons dans son contexte de sorte à faire transparaître dans cette définition les revendications des femmes. A cet effet, Sylvie Cameron nous présente une définition très complète de l'humanisation de la naissance:

L'humanisation, (...) c'est d'abord le respect. Respect des droits, des choix, de l'intimité de la personne et de son milieu, du processus de grossesse-accouchement-naissance, de l'enfant qui naît et des mères et des pères qui naissent avec lui. (...) Respect de l'autonomie et du contrôle des femmes. Autonomie, contrôle, dans le sens de pouvoir. Le pouvoir des femmes de décider ce qui est bon pour elles et leurs bébés, de préférer les soins et les services qui répondent à leurs besoins, de choisir la façon de vivre leur transition à la maternité, d'inviter les conjoints, enfants et ami-e-s qu'elles désirent voir autour d'elles lors de ce processus de vie. (Cameron 1983 :15)

Selon cette définition, il s'agit d'abord de démedicaliser l'acte de la naissance. Par conséquent, cela consiste à assouplir la routine hospitalière ainsi que réduire les interventions médicales. (Cameron 1983, Savard 1987, Stanton 1981) On ne peut toutefois pas faire face à la démedicalisation sans aborder une nouvelle approche de la naissance (Laurendeau-Parent 1980, Brière 1988, CSF 1983) qui soit "motivée par le respect de l'autonomie des femmes et de leurs proches". (Cameron 1983 :15) Cette nouvelle approche doit se référer à une approche globale de la personne où,

les femmes sont traitées comme des êtres à part entière et non plus seulement comme des "utérus". Leur réalités psychologiques et sociales sont considérées au même titre que leurs données physiologiques. La santé, la maternité et la parentalité sont approchées comme des phénomènes complexes auxquels s'associent toutes les dimensions de leur vie. (Cameron 1988 :15)

Or, suite à cette redéfinition de la naissance dans une perspective d'humanisation et face aux revendications nombreuses des femmes, quelles ont été les transformations et les améliorations touchant le processus de la naissance dans le milieu obstétrical?

Les réalisations en faveur de l'humanisation de la naissance

Selon Suzanne Savard¹⁶, il nous est possible de suivre les mesures d'humanisation réalisées dans le milieu hospitalier en observant six indicateurs: l'accompagnement, les routines hospitalières, les chambres de naissance, l'allaitement maternel, la cohabitation, l'accouchement vaginal après une césarienne (Savard 1987:285). Ces indicateurs correspondent aux revendications émises par les femmes afin d'humaniser les soins obstétricaux en milieu hospitalier. Or, quelle est la nature de ces transformations? Tout d'abord, l'accompagnement par la ou les personnes de leur choix qui est l'une des premières revendications des femmes s'est depuis 1979 améliorée. Ainsi, le droit à la présence du père était à ce moment reconnu néanmoins, il n'était possible pour une autre personne d'assister à la naissance que dans 75% des cas et dans ces cas, une seule personne était autorisée à être présente lors de l'accouchement. (Levasseur et Blanchet 1979 cité par Savard 1987 :285) Aujourd'hui, la femme peut bénéficier de l'accompagnement de toute-s personne-s de son choix en autant que la salle d'accouchement ou que la chambre de naissance soit suffisamment grande. Lorsqu'il s'agit d'un accouchement par césarienne et si l'intervention s'effectue sous anesthésie régionale, il est généralement possible au père d'être présent. Toutefois, très peu de centres permettent la présence du père si la femme est sous anesthésie générale. (Savard 1987 :285) L'humanisation de la naissance suppose également un assouplissement des routines hospitalières. A la lueur des résultats obtenus par l'étude de Suzanne Savard (1987) et de France Laurendeau (1987), il y a lieu de croire que l'humanisation est encore du domaine de l'utopie. En effet, comme nous pourrions le constater plusieurs améliorations d'ordre extérieur, c'est-à-dire qui peuvent être transformées sans déranger

la routine hospitalière, se sont faites sentir. Toutefois, lorsque nous réalisons que des interventions telles : le rasage (on a réduit celui-ci au périnée); le lavement (on procède maintenant à un "mini-lavement"); l'installation d'un soluté (maintenant installé plus tard); sont encore pratiquées à moins que la femme ne refuse (et même dans ce cas, il lui est très difficile d'épargner le soluté), on peut se questionner sur une réelle tentative d'humanisation de la naissance à l'intérieur du milieu hospitalier. Par contre, à la demande des femmes le milieu hospitalier a conçu depuis les années 1980 des chambres de naissance au décor apparent d'une chambre à coucher, où les femmes considérées comme ayant une grossesse à bas ou moyen risques peuvent accoucher. (Morneault 1983) Le but des chambres de naissance est de créer un climat moins médicalisé et davantage familial, plus propice à la détente, où les interventions médicales sont réduites à leur minimum et où l'on veut reconnaître la capacité des femmes à mettre au monde un enfant de la manière la plus naturelle possible. (Morneault 1983) La femme et le couple peuvent ainsi vivre cet événement selon leur désir tout en bénéficiant de la "surveillance d'un personnel médical compétent". (Morneault 1983 :10) Le taux d'utilisation varie d'une étude à l'autre et d'un hôpital à l'autre, passant de 10 à 50% et où le plus haut taux d'utilisation enregistré se trouve à l'Hôpital de Sainte-Anne-des-Monts, avec un taux de 99%. (Morneault 1983 :10)¹⁷ Mais comme le fait remarquer Suzanne Savard, il y a un lien entre le nombre d'obstétriciens et l'utilisation de la chambre de naissance.

Le rapport entre le nombre d'accouchements en chambre de naissance et le nombre d'obstétriciens (par opposition au nombre d'omnipraticiens) indique que plus ils sont nombreux, moins la chambre de naissance est utilisée. En second lieu, plus il y a de gynécologues dans un centre hospitalier, plus le nombre de transfert de la chambre de naissance à la salle d'accouchement est grand. (Savard 1987 :287)

Quant aux interventions médicales réalisées dans les chambres de naissance, on compte parmi elles à l'occasion l'anesthésie locale au périnée pour permettre la réparation d'une déchirure occasionnée par une épisiotomie. (Savard 1987) Dans certains hôpitaux on autorise également le recours à l'anesthésie régionale (péridurale ou épidurale). (Savard 1987) Or, bien que la chambre de naissance fasse appel à une expérience non médicalisée de l'accouchement des interventions multiples s'y glissent toutefois. Ainsi, "l'accouchement naturel ne doit en rien aller à l'encontre de la médecine moderne" aux dires du Dr Pierre Fugère, chef du département d'obstétrique-gynécologie. (Morneault 1983 :11) Aussi, renchérit-il en disant que :

Ce qu'on développe ici, nous dit-il, c'est surtout l'accouchement conscient, dit naturel. Pour éviter de traumatiser la parturiente qui souffrirait inutilement, on n'hésitera pas par exemple à lui faire une épidurale. A ce moment là, elle est transférée en salle d'accouchement à cause de l'incidence plus élevée d'intervention. On n'hésitera pas non plus à utiliser le moniteur foetal extérieur. Il faut s'adapter aux réalités qui varient énormément d'une femme à l'autre. Nous respectons les techniques d'avant-garde." (Morneault 1983 :11)

Ces dires reflètent bien la tendance de bien des hôpitaux: on prétend humaniser les soins obstétricaux en apportant certains changements superficiels sans toutefois transformer l'essentiel: les mentalités face à l'accouchement. Ainsi, pour réaliser l'objectif d'une humanisation réelle il s'avère primordial de transformer les mentalités des intervenant-e-s. Ces intervenant-e-s doivent être préparé-e-s à ce que plutôt qu'intervenir, leur rôle soit celui d'assistant-e et de conseiller ou conseillère. (Morneault 1983) Par conséquent, "Au niveau de nos conceptions, il faut se départir d'une approche médicalisante et redonner à l'accouchement normal son caractère naturel." (Morneault 1983 :12) Ce n'est que dans cette optique qu'il sera possible de poser réellement les bases de l'humanisation de la naissance. Il faudrait d'ailleurs pour amorcer cette

transformation des mentalités adapter la formation des professionnels de la santé et en particulier celle des médecins. En effet, leur formation ne les prépare guère qu'aux situations présentant des complications (Morneault 1983; Cornellier 1982). On peut alors imaginer le sentiment d'inutilité qu'ils, elles doivent ressentir lorsqu'ils, elles doivent agir en tant que personne-ressource et non comme le ou la principal-e intervenant-e. Nous pouvons donc retenir de l'avènement des chambres de naissance que cette innovation a eu des répercussions positives quant au vécu des femmes lors de leur accouchement. Toutefois, le danger demeure que les hôpitaux récupèrent les chambres de naissance pour des fins de marketing (Laurendeau 1987; Morneault 1983; Savard 1987). Et pour que l'humanisation de la naissance ne se limite pas à la seule chambre de naissance, il faudra resserrer :

les critères de l'utilisation de la technologie et des ressources spécialisées. (...) Sinon, la chambre de naissance ne sera qu'un camouflage et l'on continuera de noter une progression constante des actes médicaux entourant la maternité (Morneault 1983 :12).

Parmi les autres indicateurs d'humanisation des naissances l'allaitement suscite de plus en plus d'intérêt. Les femmes suggèrent que "les hôpitaux favorisent la cohabitation 24 heures sur 24 ou le contact avec le bébé sur demande" (Stanton 1981 :39). Ce n'est que depuis les années soixante que l'on note une hausse de l'allaitement maternel après une baisse considérable dans les années quarante. Ainsi en 1974, d'après un sondage du ministère des Affaires sociales, 16.4% des Québécoises allaitaient. En 1977 les proportions atteignent 28% pour s'établir en 1979 à 42.5% (Blanchet et Levasseur 1979 :29).¹⁸ Toutefois comme le note Suzanne Savard, le biberon semble encore une pratique relativement courante dans les pouponnières (Savard

1987). Mais il ne faudrait pas croire que la femme doive nécessairement allaiter son enfant. L'allaitement doit plutôt être le fruit d'un choix personnel (Rocheleau-Parent 1980).

En outre, la cohabitation avec le bébé a également facilité l'allaitement maternel (Rocheleau-Parent 1980). Elle figure d'ailleurs parmi les revendications des femmes. Toutefois, cette pratique n'est pas acceptée partout (Stanton 1981). Les femmes désirent aussi que les conjoints puissent cohabiter avec elles (Stanton 1981). Et selon l'étude de Suzanne Savard, "il est maintenant possible, dans la très grande majorité des milieux, de cohabiter avec son enfant durant le séjour hospitalier" (Savard 1987 :288). Néanmoins, comme le souligne Camille Larose, si

Certains hôpitaux encouragent la cohabitation, d'autres la tolèrent. Une nuance d'importance, puisque dans ce dernier cas, l'absence de support risque de rendre l'expérience fort difficile, plus particulièrement chez les primipares (Larose 1986 B:12).

La cohabitation n'est dans certains hôpitaux accessible que si la femme occupe une chambre privée. Certaines femmes sont donc pénalisées (Larose 1986).

Nous aimerions aborder le dernier indicatif sur l'évolution de l'humanisation des soins obstétricaux : l'accouchement vaginal après une césarienne. Selon Savard il est possible d'affirmer que l'expression "césarienne un jour, césarienne toujours" ne tient plus (Savard 1987 :290). Bien entendu les raisons qui ont justifié la première césarienne doivent être absentes lors du second accouchement (Savard 1987). Mais somme toute, "cette nouvelle alternative est maintenant offerte dans environ 45% des centres hospitaliers où se pratiquent des césariennes"

(Savard 1987 :290). Il faut toutefois noter comme le précise Hélène Vadeboncoeur, que "peu de femmes le réclament et moins de médecins encore le proposent, non pas par manque d'intérêt ou de mauvaise volonté, mais plutôt par manque d'information" (Vadeboncoeur 1986 :9).

Malgré les efforts poursuivis afin d'humaniser les soins obstétricaux dans le milieu hospitalier, des femmes et des couples restent très insatisfaits de ces services ne répondant toujours pas à leurs besoins et décident plutôt de prendre eux-mêmes en main cet événement qu'ils vivront à la maison (Laforce 1987a; Savard 1987; Paradis 1987). Une telle remise en question du milieu hospitalier pour l'accouchement entraîne donc une réflexion sérieuse sur certaines revendications des femmes : soit la légalisation de la pratique des sages-femmes et la création de nouveaux milieux où accoucher tels : des maisons de naissance, et même la possibilité d'accoucher à domicile pour celles qui le désirent (Stanton 1981; Savard 1987). De telles avenues semblent donc de plus en plus nécessaires pour répondre à l'évolution de l'humanisation de la naissance tout en offrant à toutes les femmes le choix qui leur convient. Le milieu hospitalier a amorcé des progrès certes indéniables afin d'humaniser la naissance. Mais à la lueur des résultats obtenus, démontrant la persistance d'une approche médicalisée de la naissance, (Savard 1987; Laurendeau 1987) il appert qu'il faille sortir l'accouchement de ce milieu (Chauvenet 1986) pour connaître une approche de l'accouchement comme un "processus naturel devant être entouré de soins et ne nécessitant des interventions que dans une faible proportion de cas" (Savard 1987 :291). Mais qu'en est-il de la légalisation de la pratique de sage-femme et de la création de maisons de naissances? Où se situent ces revendications des femmes dans l'évolution de l'humanisation de la naissance?

Chapitre 4: Les méthodes alternatives de naissances.

Où en sommes-nous?

1. La légalisation de la pratique de sage-femme: c'est pour quand?

A la lueur des revendications des femmes et des colloques régionaux, il va sans dire que la légalisation de la profession de sage-femme va de pair avec le processus d'humanisation de la naissance. Et l'on comprend davantage ce fait lorsque l'on s'attarde à l'approche de la sage-femme et de son rôle auprès de la femme et du couple. Ainsi, selon le Mouvement sage-femme la sage-femme se définit comme :

Une spécialiste de l'accouchement normal. Une professionnelle de la santé qui a reçu une formation rigoureuse de trois ans portant spécifiquement sur le cycle de reproduction de la femme, de la puberté à la ménopause, et sur les soins du nouveau-né. Une experte qui par sa confiance dans le processus naturel de l'accouchement et par sa vigilance, en assure la sécurité du déroulement, tout en aidant les parents à faire des choix informés et responsables. Une femme attentive qui reconnaît l'importance des besoins émotifs et sociaux de la femme enceinte dans sa transition vers la maternité. Une professionnelle qui, par son travail d'éducation prénatale, encourage les parents à développer leurs ressources personnelles pour mieux faire face à leurs nouvelles responsabilités. Une femme aux mains habiles qui accueille le nouveau-né avec douceur et veille ensuite à son bien-être et à celui de sa famille. Une experte apte à déceler les complications possibles et capable d'orienter sa clientèle vers les soins appropriés tout en demeurant un support moral. Une spécialiste entraînée à poser les gestes nécessaires en cas d'urgence. Une professionnelle de la santé informée et au fait des derniers développements scientifiques dans le domaine de la périnatalité (Naissance-Renaissance 1983 :20).

Selon cette définition la sage-femme correspond entièrement aux attentes des femmes et des couples afin de vivre l'expérience de la naissance. Comment se fait-il alors que la profession

ne soit pas encore à ce jour légalisée? Si l'on se fie aux nombreux appuis reçus afin d'encourager la légalisation de la profession, il ne fait aucun doute que cette loi est attendue avec impatience. Alors quels sont les faits qui viennent entraver la légalisation de la profession de sage-femme? Afin d'y répondre nous ferons le bilan de la lutte entreprise par les femmes afin d'accéder à la légalisation de la profession de sage-femme.

C'est à partir des années 1970 que se concrétise le désir de faire renaître la profession de sage-femme alors que le mouvement d'humanisation de la naissance entreprend d'améliorer et d'humaniser les soins et les services en obstétrique (Conseil du statut de la femme 1989 :18). Et comme nous l'avons vu précédemment, il en résulta plusieurs colloques et prise de position de la part de différents mouvements, syndicats, etc. Suite à de tels événements, les sages-femmes reçurent l'appui de plusieurs femmes et groupes afin de pousser le gouvernement à légiférer sur cette question. Le mouvement Naissance-Renaissance s'est inscrit dans cette voie alors que:

Pour Naissance-Renaissance, la reconnaissance du rôle primordial exercé par les femmes dans la maternité se traduit par la légalisation de la profession sage-femme (Martel 1988 :6).

Et lors des colloques régionaux "Accoucher ou se faire accoucher" plus de 1000 femmes ont signé une pétition réclamant des sages-femmes (Martel 1988 :6). Les sages-femmes possédaient dès lors des instruments démontrant la pertinence de leur profession dans un processus d'humanisation de la naissance. Or en 1983, on assiste à la préparation du rapport du comité interministériel: les sages-femmes: proposition d'un profil professionnel et hypothèses de formation (Martel 1988). Deux ans plus tard, en mai 1985,

La ministre de la condition féminine, Mme Francine Lalonde, annonce la parution officielle du rapport mentionné plus haut, lors de l'événement: "Femmes-sages-femmes: un lien privilégié". M. Guy Chevrette, ministre des Affaires sociales dit son gouvernement prêt à légiférer sur la question (Martel 1988 :6).

Suite aux élections de 1985 le lobbying doit recommencer. (Martel 1988) Les appuis sont nombreux. En 1987, L'Office des professions appuie la légalisation de la profession de sage-femme dans des structures souples, c'est-à-dire non corporatives (Martel 1988). En 1988, le Conseil des affaires sociales et de la famille se prononce en faveur des sages-femmes (Martel 1988; Conseil du statut de la femme 1989). Or selon le Conseil des affaires sociales et de la famille,

La médicalisation croissante de la naissance, le morcellement de l'information et des soins au cours de la grossesse et de l'accouchement, l'insuffisance de soutien à la période post-natale et la difficulté de rejoindre certaines catégories de femmes sont autant de carences que le travail des sages-femmes peut contribuer à corriger (Conseil du statut de la femme 1989 :20).

De nombreux groupes tels AFEAS, Cercle des fermières, CEQ, Fédération des femmes du Québec (FFQ), certains CLSC viennent également appuyer la revendication de la légalisation de la profession de sage-femme et insistent sur l'importance d'une évaluation de la pratique des sages-femmes au sein de projets-pilotes (Martel 1988). Le Conseil du statut de la femme a lui aussi adopté une approche favorable aux sages-femmes et réclame la légalisation de la pratique des sages-femmes (CSF 1989). Le Conseil croit en effet qu'en ce qui a trait aux grossesses normales, la pratique des sages-femmes contribuera à l'humanisation des soins et services liés à l'accouchement par son approche psycho-sociale de la naissance (CSF 1989). Finalement le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) vient également se joindre au rang

appuyant la légalisation de la profession de sage-femme en soulignant toutefois la nécessité d'évaluer d'abord la pratique avant de légiférer (CSF 1989). Cette évaluation serait basée sur le fonctionnement de projets-pilotes où les sages-femmes seraient appelées à travailler dans différents milieux (hôpital, CLSC, maisons de naissances, etc.) (CSF 1989; Cornellier 1989). D'ailleurs, les sages-femmes elles-mêmes se disent entièrement disposées à être évaluées si cela peut leur permettre d'être reconnues officiellement (CSF 1989). Or,

Six projets pilotes élaborés par des sages-femmes en collaboration avec des personnes du milieu, des centres hospitaliers, des CLSC et des CRSSS sont en phase d'évaluation au Ministère. Il s'agit: du projet Centre maternité de Montréal, de la maternité de l'Outaouais, du projet pilote de pratique sages-femmes au CLSC Deschenaux, du projet Saint-François d'Assise (Québec) Centre alternatif des naissances, du projet d'intégration des sages-femmes au CLSC plateau Mont-Royal, du Centre de maternité de Québec, du projet pilote des sages-femmes en milieu hospitalier dans la baie des Chaleurs (CSF 1989 :21).

Ces projets-pilotes établis sur une période de cinq ans, devront démontrer entre autre les avantages retirés de la pratique des sages-femmes et la faisabilité de leur intégration aux services actuels en périnatalité (Cornellier 1989; Pilon 1989). Durant cette période seront également étudiés la

"définition du champ de pratique, programme de formation, statut légal, lieux de pratique, organisation, coûts, retombées, etc. à partir d'un cadre pratique et non uniquement théorique" (Cornellier 1989 :6).

Mais comme le précise le Conseil du statut de la femme, avant que ne soient mis en marche ces projets-pilotes le ministère de la Santé et des Services sociaux doit réglementer la pratique des sages-femmes qui seront appelées à y travailler. A cet égard le Ministère a demandé la collaboration de la Corporation profession-nelle des médecins du Québec pour mettre à jour les

règlements sur les sages-femmes déjà inscrits dans la Loi médicale (CSF 1989 :18). La Corporation a néanmoins refusé cette demande. Le MSSS visait également la mise sur pied d'un comité d'implantation formé de médecins, de fonctionnaires et de sages-femmes qui réglerait les conditions d'admission, les modes d'organisation et de contrôle nécessaires à la pratique des sages-femmes au Québec et sur un programme de formation. Toujours dans la même voie, la Corporation a dit non à cette autre demande (CSF 1989 :18). Malgré ce refus de collaboration de la part de la Corporation profession-nelle des médecins du Québec,

la ministre de la Santé et des Services sociaux, Madame Thérèse Lavoie-Roux, a annoncé qu'elle déposerait un projet de loi visant à reconnaître le statut de sage-femme dans le cadre des projets- pilotes (CSF 1989 :20).

Selon cette annonce, depuis juin 1989 le Québec aurait dû être doté d'une loi rendant légale la profession de sage-femme à l'intérieur de projets pilotes pour une période de cinq ans. Mais il n'en fut rien car les retours de situation sont nombreux. Et bien du temps s'est écoulé et s'écoulera avant que les femmes puissent bénéficier en toute légalité du service des sages-femmes. D'ailleurs, comme le note Hélène Cornellier,

Même si le projet de loi était accepté, il faudrait compter cinq ans avant la fin de l'expérience des projets-pilotes, cinq ans avant que ne soit légalisée la profession. Puis, le temps de mettre sur pied les mécanismes de formation et d'intégration dans les services de la santé, il faudrait sans doute prévoir encore cinq autres années (Cornellier 1989 :6).

Quoiqu'il en soit, les sages-femmes ont des objectifs bien précis quant aux projets-pilotes et à la légalisation de la pratique qui en découlerait. Tout d'abord, il apparaît prioritaire pour les sages-femmes de se dégager de la profession ou de la tutelle des médecins et des infirmières

(Larose 1986a, Pilon 1989). Elles insistent pour que le cadre juridique leur concède une entière liberté dans l'exercice de leur profession (Pilon 1989) sinon croient-elles,

L'approche holistique, le suivi psycho-socio-économique, les concepts d'auto-santé, l'aspect éducatif et la philosophie même qui soustend depuis des années la pratique de sages-femmes au Québec, tout cela serait compromis si une tutelle médicale était imposée pour la mise sur pied des projets-pilotes (Pilon 1989 :6).

Or il s'avèrerait très difficile d'évaluer la profession de sage-femme à sa juste valeur si les sages-femmes devaient pratiquer selon les paramètres établis par les médecins (Pilon 1989). Un autre facteur doit être rencontré afin que les résultats des projets-pilotes ne soient pas biaisés. Il s'agit du lieu de pratique. En effet, il s'avère primordial de faire reconnaître la pertinence des projets-pilotes dans des milieux différents que le seul contexte hospitalier (Pilon 1989, Martel 1988) autrement, l'évaluation de la pratique des sages-femmes ne serait valable que pour le milieu hospitalier et il serait alors très difficile de faire valoir la pratique de celles-ci dans des maisons de naissance, CLSC, cabinets privés ou même au domicile (Pilon 1989). Les maisons de naissance sont d'ailleurs privilégiées pour la pratique des sages-femmes puisque comme l'a mentionné Naissance-Renaissance:

Ces lieux favoriseraient l'encouragement à l'autonomie, le respect des choix et de l'intimité, la continuité des soins et des services ainsi qu'une diminution de l'emprise médicale et technologique sur la maternité (Martel 1988 :6).

De plus, le choix même des sages-femmes qui participeront aux projets-pilotes sera déterminant de l'évaluation (Pilon 1989). Ainsi, afin de s'assurer que la pratique des sages-femmes saura répondre aux besoins exprimés par les femmes, il s'avère important que:

les sages-femmes qui ont mené la lutte aux côtés d'elles, celles qui ont répondu aux besoins pressants de la population, celles qui ont compris l'esprit de nos revendications soient présentes, même si cela doit se traduire par un système d'évaluation des acquis. (Pilon 1989 :7).

Il ne fait donc aucun doute que les sages-femmes du Québec sont bien organisées¹⁹ et qu'elles désirent accéder à un statut légal mais seulement dans des conditions où elles seraient libres de gérer la profession selon leur philosophie et les attentes des femmes. Il n'est donc pas question qu'elles acceptent d'être sous la tutelle des médecins ou des infirmières.

Enfin depuis juin 1990, les projets-pilotes avec sages-femmes sont en voie de se concrétiser puisqu'ils sont dorénavant reconnus par la Loi 4. Un terrain d'entente entre les sages-femmes et le MSSS a été trouvé. Seule la Corporation professionnelle des médecins du Québec se retrouve considérablement déçue par ce revers, puisqu'elle s'est affichée ouvertement depuis le début des négociations contre la mise sur pied de tels projets. Aussi menace-t-elle l'espoir d'une collaboration entre les médecins et les sages-femmes. Autre déception, les accouchements à la maison pour celles qui le désirent ne font pas partie du cadre de pratique permis à l'intérieur de ces projets-pilotes. Il sera néanmoins possible de donner naissance en dehors du milieu hospitalier puisque certains CLSC et possiblement une maison de naissance, pourront recevoir les sages-femmes et les femmes enceintes.

Bien que ces projets-pilotes n'assurent en rien la légalisation de la profession de sages-femmes, celles et ceux ayant lutté pour la réalisation de ces projets se réjouissent de cette

nouvelle avenue puisque les sages-femmes auront enfin la chance de prouver sur le terrain la pertinence de leur pratique.

Les maisons de naissances: mythe ou réalité?

Comme nous l'avons vu précédemment, des lieux de naissances alternatifs font partie des revendications des femmes afin d'humaniser la naissance, et les maisons de naissances figurent parmi les innovations en ce domaine (Stanton 1981; FQII 1987). Les maisons de naissances sont également un choix privilégié pour la mise sur pied des projets-pilotes (Martel 1988). D'ailleurs, plusieurs projets-pilotes endossent la création de maisons de naissance (aussi appelées centre de naissance, centre de maternité) dont une serait situé dans l'Outaouais (CSF 1989). Le projet ne peut toutefois être accepté avant la mise sur pied des projets-pilotes (CSF 1989).

Mais qu'est-ce qu'un centre de maternité et quels avantages confèreraient-ils aux femmes désireuses de vivre plus humainement la naissance de leur enfant? Tout d'abord, deux types de centres de maternité sont possibles (Brière 1987). Il y a comme le souligne Paule Brière, des centres de maternité intra-hospitalier et des maisons de naissances, tous deux renvoyant à des projets fort différents. Par maison de naissances - c'est d'ailleurs un tel projet qui est préconisé pour la région de l'Outaouais - nous entendons un établissement où:

les femmes assument un rôle décisionnel, ils sont de petite envergure, indépendants des hôpitaux, la pratique des sages-femmes y est importante. On y retrouve une grande continuité basée sur une approche globale de la santé et de la maternité, et la sécurité tant physique que psychologique est une préoccupation constante (Brière 1987 :20).

Ces maisons de naissances sont donc conçues pour les accouchements normaux, où elles reçoivent un nombre restreint de femmes et de couples afin de préserver le caractère unique de chaque accouchement et ainsi offrir une plus grande flexibilité quant aux besoins des femmes et des couples (FIIQ 1988). Les maisons de naissances qui seraient instaurés au Québec seraient d'ailleurs à l'image de celles retrouvées aux Etats-Unis (Larose 1986c) comme entre autre la "maternité" de New-York, qui est conçue "en fonction du couple et de la famille: garderie, cuisine munie d'un réfrigérateur et d'une cuisinière, four micro-ondes et buanderie" (Barry 1987 :20). Ces maisons de naissances assureraient de plus le transport rapide à l'hôpital en cas de complication (CRSSS 1986; FIIQ 1988). Quant au deuxième type de service, les centres de maternité intra-hospitalier, d'ailleurs plus populaires auprès des législateurs (Brière 1987), ce sont des centres rattachés à un hôpital ressemblant aux premiers par leurs décors et leur aménagement mais dont la pratique diffère largement de ces derniers (Brière 1987; Piché 1987). En outre, contrairement aux maisons de naissances autonomes où l'emphase est mise sur le déroulement naturel de l'accouchement et la prise en charge de ce moment par la femme et le couple, dans les maternités intra-hospitalier, "l'ordre médical et les possibilités d'intervention sur le déroulement naturel de l'accouchement sont conservés: ils sont plus ou moins camouflés selon les projets" (Piché 1987 :328). Plusieurs critiques sont donc émises par le mouvement pour l'humanisation de la naissance à l'égard de tels projets puisqu'ils ne permettent pas les

changements fondamentaux propres à une nouvelle vision de la naissance comme événement normal et non pathologique. Parmi ces critiques figurent le nombre d'accouchements qui se dérouleront dans de tels centres. En effet, comme le fait remarquer Paule Brière, afin de s'inscrire dans une dimension humaine et familiale et afin d'engager des relations personnalisées il est difficile de concevoir de tels objectifs alors que ces centres accueilleraient entre 3000 et 4000 femmes par année (Brière 1987 :20). De plus, les pratiques obstétricales et interventionnistes ne sont aucunement remises en cause ce qui ne nous permet pas d'espérer une baisse du taux de césariennes, d'épisiotomies, d'échographies et de monitoring foetal (Brière 1987 :20). Par ailleurs, toujours selon Paule Brière, il n'y a aucune distinction apparente entre le normal et le pathologique. Elle poursuit d'ailleurs en affirmant que:

Cela a certes l'avantage de ne pas exclure les "cas à hauts risques" des mesures d'humanisation, mais on ne peut craindre que leurs besoins spécifiques soient sous-estimés, tout en continuant à médicaliser inutilement et dangereusement les grossesses et accouchements normaux, nettement majoritaires (Brière 1987 :20).

Enfin, ces projets font état d'oublis fondamentaux, soit l'absence de sages-femmes, "aucune garantie d'homogénéité et de continuité chez un personnel médical et paramédical forcément très nombreux", les rencontres pré ou post-natales ne sont pas prévues, pas plus que les services à domicile, les groupes d'entraide, et la participation des proches, de même qu'un service de documentation et de pratique alternative de santé. Et en dernier lieu, les femmes ne peuvent jouer un rôle décisionnel quant aux orientations et services de ce centre, même si elles en sont les premières concernées (Brière 1987 :20). Face à de tels constats, force nous est de conclure comme Paule Brière que

Derrière un vocabulaire à la mode, humanisation, démedicalisation, approche familiale - se cache un souci de réorganisation du travail et de modernisation des lieux et des équipements, plutôt qu'une réponse aux demandes concrètes des femmes et des familles (Brière 1987 :20).

Ces alternatives de naissance ne sont toutefois qu'au stade de projets et ne seront mises en oeuvre qu'à la suite de la légalisation de la pratique de sage-femme à l'intérieur des projets-pilotes. Une seule maison de maternité fonctionne présentement, il s'agit de la maison de maternité située à Povungnituk sur la côte de la baie d'Hudson (CSF 1989). D'ailleurs, selon l'étude de Sylvie Meloche et Dhyane Iezzi sur la maternité à Povungnituk, ce service en collaboration avec des sages-femmes fonctionne à merveille (Meloche, Iezzi 1989 :6). Par ailleurs, en 1978 à Montréal, le Dr Tucker a créé un centre de naissances: le Carolyn Birthing Center (Paradis 1987; CSF 1983). Mais la Corporation professionnelle des médecins étant en désaccord avec ce genre de pratique recommanda en 1979 la fermeture de ce centre de maternité car affirmait-elle, un tel centre n'offre pas la même sécurité que l'hôpital (Paradis 1987; CSF 1983). Donc, faute de lieux alternatifs de maternité des femmes et des couples élisent le domicile comme lieu d'accouchement.

Toutefois, l'étude de Louise Paradis A la recherche de l'accouchement idéal nous met bien en garde contre la perception de la maison comme lieu de naissance de dernier recours. En effet, si certains couples optent pour accoucher à domicile puisqu'il n'existe évidemment pas de services alternatifs, d'autres choisissent ce lieu parce qu'il correspond davantage à leurs besoins. La maison restera donc pour eux l'endroit privilégié pour donner naissance. Par conséquent, afin de combler les attentes de toutes les femmes, les projets-pilotes suggèrent la possibilité pour

celles qui le désirent d'être assistées lors de leur accouchement à la maison par du personnel compétent (Pilon 1989; Martel 1988).

3. La position des intervenant-e-s dans le dossier sage-femme

Les médecins

Nous pourrions être portés à croire qu'au cours de la lutte pour l'humanisation de la naissance la position des médecins étant d'abord défavorable à la légalisation de la profession de sage-femme, se soit assouplie suite aux nombreux appuis gouvernementaux ou autres démontrant la pertinence de la pratique des sages-femmes. Or, selon ce que nous avons pu recueillir sur la position des médecins quant au dossier sage-femme, depuis 1985 la position des médecins demeure la même et ils découragent la pratique des sages-femmes. Ainsi, selon le Dr Augustin Roy, président de la Corporation professionnelle des médecins, bien qu'il ne s'affiche pas à priori contre les sages-femmes il s'inscrit dans un même temps contre l'émergence des sages-femmes pour les raisons suivantes:

Raisons de santé: la prise en charge des accouchements par la profession médicale a diminué les taux de mortalité.

Raisons économiques: une nouvelle profession entraînera des coûts supérieurs aux coûts actuels.

Raisons de relations de travail: la sage-femme va prendre la place des médecins et parfois des infirmières et cela va créer des conflits (CRSSS 1986 :105).

Par contre, d'autres médecins se disent d'accord avec l'émergence des sages-femmes car selon eux, "leur approche augmente le sentiment de sécurité chez les femmes et le couple et peut diminuer du même coup les incidences de complications" (CRSSS 1986: 105). Néanmoins, d'autres médecins s'interrogent sur la formation de ces dernières et de la place qu'elles occuperaient dans le système médical (CRSSS 1986).

Par ailleurs, un sondage préparé pour le compte de la Corporation professionnelle des médecins vient corroborer leur vision de la naissance en milieu hospitalier et vient renforcer leur désapprobation de la légalisation de la profession de sage-femme. En effet, le sondage révélait que 98.6% des accouchées se déclaraient satisfaites de leur accouchement à l'hôpital (Laurendeau 1987; Brabant 1986b).²⁰ Ce résultat vient de plus renforcer les arguments de la Corporation qui s'oppose manifestement à des projets tels que la légalisation de la pratique de sage-femme et des maisons de naissances (Brabant 1986b). Si au début de la lutte pour l'humanisation de la naissance la Corporation ne se montrait pas très claire quant à sa position sur le dossier sage-femme, en 1989 leur position est claire et nette:

oui, à la limite, aux sages-femmes si elles agissent comme accompagnatrices et observatrices, non si elles veulent faire des accouchements. Les ressources déjà en place sont compétentes et suffisantes, dit la Corporation, en ajoutant qu'au cours de la dernière décennie, plusieurs mesures ont été prises pour améliorer la pratique de l'obstétrique, pour favoriser une approche plus humaine de la grossesse et pour permettre un recours plus judicieux à la technologie et aux interventions obstétricales (CSF 1989 :20).

Mais comme le précise France Laurendeau, malgré ces mesures d'humanisation les médecins n'ont pas renoncé à leur contrôle sur l'accouchement et de plus la routine hospitalière persiste (Laurendeau 1987).

La position de la Corporation professionnelle des médecins à l'égard de la pratique des sages-femmes est donc très claire. Malgré cette opposition catégorique de la part de la Corporation, le gouvernement du Québec a adopté le 22 juin 1990 le projet de loi 4 permettant la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes. Par conséquent, certains hôpitaux et CLSC pourront desservir les femmes désirant bénéficier des services d'une sage-femme. Mais il y a lieu de s'interroger sur la manière dont réagiront les médecins face à ces intervenantes alors que la Corporation a précisément recommandé au gouvernement de ne pas permettre la réalisation de tels projets-pilotes. Si l'on se fie aux propos tenus par Augustin Roy, la collaboration entre les médecins et les sages-femmes sera inexistante. Ceci nous porte à croire que les médecins déploieront tout leurs moyens afin de faire échouer les succès anticipés par ces projets-pilotes.

On a dit que les sages-femmes n'étaient pas nécessaires et on a dit qu'on était pas d'accord avec l'implantation de projets-pilotes, alors ne comptez pas sur nous pour les aider (Leroux 1990 :20).

Donc les sages-femmes dans le processus de leur reconnaissance seront confrontées à un obstacle de taille qui risque de leur nuire considérablement : les médecins.

La Fédération des omnipraticiens du Québec a également pris position récemment sur la légalisation de la profession des sages-femmes. Comme la Corporation professionnelle des

médecins, la Fédération s'oppose fermement à la pratique des sages-femmes (Harting 1988A; Gaboury 1988).

Les omnipraticiens refusent de partager leur place en périnatalité. Ils jugent être les seuls professionnels pouvant s'occuper de l'ensemble des problèmes pendant la grossesse, lors de l'accouchement et après. L'arrivée d'un nouvel intervenant serait superflue (Harting 1988a :34).

De plus, la Fédération stipule que si la pratique des sages-femmes serait légalisée que ces dernières ne feraient que de 1 à 3 % des accouchements puisque selon eux, peu de femmes seraient intéressées à accoucher auprès d'une sage-femme (Harting 1988a). D'ailleurs, la présidente de Naissance-Renaissance de l'Outaouais Madame Marie-Claude Desjardins, trouve aberrant un tel propos de la part du Dr Clément, président de la Fédération et

s'insurge du fait que ce dernier ait mis en doute, sur les ondes de la radio d'Etat, le sondage réalisé en janvier 1986 par le Conseil régional de la santé et des services sociaux. Ce sondage révélait que 62% des répondantes étaient favorables à la légalisation des sages-femmes avec formation universitaire (Gaboury 1988 :15).

De telles positions de la part de la Corporation professionnelle des médecins et de la Fédération des omnipraticiens du Québec décèlent à notre avis un manque d'objectivité. Ainsi, "Derrière le discours de super défenseur de la sécurité de la mère et de l'enfant n'y aurait-il pas, de la part des médecins, un souci certain de protéger un marché?" (FQII 1987 :15). D'ailleurs, n'est-ce pas pour cette raison que la profession de sage-femme a d'abord été appelée à disparaître?

Les infirmières

L'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (OIIQ), la Fédération Québécoise des Infirmières et Infirmiers (FQII) et la Fédération des Syndicats Professionnels des Infirmiers et Infirmières du Québec (FSPIIQ) ont également fait connaître leur position sur la légalisation de la profession sage-femme. Tous reconnaissent la nécessité de légaliser la pratique des sages-femmes. D'ailleurs, faisant suite à cet appui pour une nouvelle intervenante dans le domaine de la naissance plusieurs conférences et ouvrages ont vu le jour afin de faire connaître la position de ces groupes.²¹ Selon l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec il est temps que l'on reconnaisse:

le droit des femmes, des couples et des familles de choisir le lieu et la manière de mettre leurs enfants au monde, de recevoir l'information, l'assistance et le soutien nécessaires pour mener à bien l'expérience de la naissance, tenant compte de leurs particularités culturelles et sociales, et quelle que soit la région où ils vivent (Naissance-Renaissance 1986 :20).

Par conséquent, le 25 mai 1985 l'Ordre prend officiellement position et privilégie la formation et la pratique des infirmières sages-femmes (Naissance-Renaissance 1986; Savard 1987; CRSSS 1986).

La Fédération québécoise des infirmières et infirmiers a également appuyer la légalisation de la profession de sage-femme. Même que le 25 mars 1987, elle donna une conférence de presse sous le thème de: "Pourquoi le Québec et le Canada n'ont-ils pas encore de sages-femmes en 1987" (Naissance-Renaissance 1987). Cette conférence prenait place alors que la Fédération

constatait que malgré les revendications des femmes pour avoir des sages-femmes, le Canada reste encore aujourd'hui avec l'Afrique du Sud les seuls pays membres de l'Organisation mondiale de la santé à ne pas reconnaître la pratique des sages-femmes. Or les infirmières et infirmiers s'interrogent sur ce fait (Naissance-Renaissance 1987). Deux ans plus tard nous n'avons toujours pas de législation permettant la pratique légale des sages-femmes et à notre avis les questions soulevées lors de cette conférence sont toujours d'actualité:

- qu'advient-il des rapports des comités inter-ministériels sur les sages-femmes?
- le puissant lobbying médical empêche-t-il le gouvernement de légiférer?
- comment peut-on feindre d'ignorer les statistiques très éloquentes des pays où les services des sages-femmes sont les plus utilisées: diminution marquée des interventions (inductions, épisiotomie, forceps, césarienne) et des mères et des bébés aussi en santé qu'ici... (Naissance-Renaissance 1987 :4).

Les infirmières de la Fédération Québécoise des Infirmières et Infirmiers sont également responsables du document intitulé "Femmes et santé; prendre la parole, prendre notre place". Ce document se veut le compte-rendu d'une remise en question de leur rôle d'infirmière. Se considérant les témoins privilégiés des soins médicaux, les infirmières décident de "dire tout haut ce qu'elles pensent tout bas" (Eloy 1987). Ainsi, elles

dénoncent le paternalisme de la médecine envers les femmes; paternalisme qui se traduit par la tendance à infantiliser les patientes, à ne prendre au sérieux ni les questions qu'elles posent, ni les réponses qu'elles donnent lorsque questionnées (Eloy 1987 :9).

Elles dénoncent également l'attitude des médecins qui vise à maintenir les femmes dans l'ignorance comme s'il était inconcevable qu'elles comprennent le fonctionnement de leur corps (Eloy 1987). "On leur demande de croire sans savoir, sans rien comprendre, sans trop

questionner" (Eloy 1987 :9). Mais cette prise de conscience de la part des infirmières appelle à une "remise en question de l'organisation du travail, à une redéfinition du rôle qui est traditionnellement dévolu aux infirmières ainsi qu'à un questionnement de la "science médicale" (Eloy 1987 :9). Et à notre avis, c'est dans un tel contexte que la pratique des sages-femmes peut prendre toute sa valeur. En effet, la profession sage-femme comme nous l'avons vu entraîne une nouvelle approche de la santé, de la naissance et de l'accouchement et privilégie une nouvelle organisation du travail. Et comme les infirmières prônent une nouvelle approche dans le domaine de la santé²² tant pour les usagères que les intervenantes, nous croyons qu'une nouvelle intervenante sage-femme pourrait fournir les bases de ces transformations.

D'ailleurs, la Fédération québécoise des infirmières et infirmiers a exprimé son désir de militer afin que l'obstétrique ouvre ses portes aux sages-femmes. Elle a de plus insisté sur la nécessité d'offrir à cette intervenante une place à part entière, ce qui implique nécessairement la légalisation de la profession et sa reconnaissance comme professionnelle autonome dégagée du contrôle médical (FQII 1987; 1988). C'est donc en ces mots que la Fédération recommande la légalisation de la profession sage-femme:

Nous souhaitons que le gouvernement du Québec légifère le plus tôt possible sur la question des sages-femmes. Nous avons un urgent besoin de ces femmes, qui, enfin, aborderont l'accouchement avec des lunettes de normalité, qui accueilleront nos proches en leur faisant une place auprès de nous, femmes du Québec, à retrouver le chemin de nos racines pour réapprendre petit à petit à accoucher et non à se faire accoucher (FQII 1987: 16).

La Fédération juge donc essentielle la reconnaissance des sages-femmes comme "spécialiste de la grossesse normale" (FQII 1988).

La Fédération des syndicats professionnels des infirmières et infirmiers du Québec aborde dans le même sens alors qu'elle estime que le pouvoir médical sur la naissance n'a plus sa place et qu'une autre alternative s'avère impérieuse (FSPIIQ 1984). Et selon la Fédération les infirmières et les sages-femmes peuvent représenter cette alternative. Comme les infirmières sont les témoins privilégiées de l'approche médicale de la naissance, pourtant phénomène naturel, elles reconnaissent leurs responsabilités individuelles et collectives à cet égard et considèrent primordial la remise en question de leurs pratiques et leurs attitudes qui sont ni plus ni moins le reflet du savoir médical et pouvoir médical (FSPIIQ 1984). Et comme l'expriment ces infirmières:

Confrontées quotidiennement à l'omniprésence des valeurs dominantes du milieu, ne sommes-nous pas encore trop souvent portées à nous asseoir sur les théories médicales, la routine, les protocoles et les prescriptions? (FSPIIQ 1984 :15).

Comme le dénoncent les infirmières, c'est parce qu'elles doivent juguler avec une "surcharge de travail, de morcellement des tâches, de travail à la chaîne, de règlements rigides, et même de harcèlement", ce qui bien sûr gêne le désir des infirmières d'être davantage à l'écoute des besoins des femmes (FSPIIQ 1984 :15). Néanmoins, leur silence vient légitimer la pratique médicale actuelle (FSPIIQ 1984). Mais selon les infirmières de la Fédération, c'est lorsqu'elles auront brisé le silence et se libéreront du "carcan médical" de même que lorsqu'elles pourront bénéficier d'une formation basée sur une nouvelle approche que les infirmières verront la possibilité que leur rôle puisse s'étendre à celui de sage-femme (FSPIIQ 1984). Aussi, comme nous l'avons précisé elles ont commencé à dénoncer le pouvoir médical. La lutte risque d'être longue car le

corps médical n'est sans prêt à renoncer à son monopole mais le résultat en vaut certainement la peine puisque les infirmières si elles en ressortent triomphantes, pourront exiger le respect qui leur est dû (Boston Nurse's Group 1986) et les femmes pourront vivre leur accouchement selon leurs attentes. Et comme le précise Hélène Pelletier présidente de la FSPIIQ:

je demeure persuadée que la solidarité massive des femmes vaincra les résistances du pouvoir médical, des institutions hospitalières ainsi que celles des mentalités. Nous avons besoin de cette solidarité pour vivre enfin au Québec, des accouchements qui nous ressemblent (FSPIIQ 1984 :3).

Ces groupes représentant les infirmières et infirmiers reconnaissent donc l'importance du retour des sages-femmes dans l'univers de la naissance. Néanmoins, tous recommandent que la formation d'infirmière soit un pré-requis à la formation des sages-femmes. Pourtant, même la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec relate le fait qu'en Europe et aux Etats-Unis, "la formation d'infirmière comme pré-requis tend à disparaître" (FIIQ 1988 :2). D'ailleurs, les sages-femmes critiquent largement cette exigence car selon elles cette condition risque de brimer l'autonomie de la profession de sage-femme (Brabant 1986b; L'alliance québécoise des sages-femmes praticiennes 1987). Outre ce différend entre les intervenantes, infirmières et sages-femmes se promettent bien de transformer l'univers obstétrical et offrir aux femmes des alternatives répondant à leurs attentes.

DEUXIEME PARTIE

**Perceptions d'étudiantes et d'étudiants en techniques infirmières
sur l'humanisation des naissances et la pratique des sages-femmes**

Chapitre 5 : Méthodologie

A l'heure où plusieurs débats s'affrontent sur la légalisation de la profession sage-femme, où se situent les étudiantes en techniques infirmières dans cette polémique sur l'humanisation de la naissance? Quelles sont leurs perceptions de la sage-femme et de son rôle? Voilà les principaux éléments qui nous ont motivés à entreprendre cette recherche afin d'explorer les perceptions des jeunes et des futur-e-s professionnel-le-s de la santé sur ces questions.

Depuis les années 1970, les femmes prennent conscience du contrôle masculin qui s'effectue sur leurs corps, notamment par l'entremise de la grossesse et de l'accouchement et décident d'en reprendre le contrôle. (Saillant 1985) C'est à ce moment que s'amorce un mouvement en faveur de l'humanisation de la naissance. Depuis, le mouvement gagne peu à peu en popularité autant auprès de la population²³ que des différents organismes gouvernementaux et des infirmières. (CSF 1989)

Or, il nous est apparu intéressant de connaître l'opinion des jeunes sur la médicalisation de la naissance aujourd'hui et sur le mouvement d'humanisation de la naissance qui s'impose de plus en plus. Faisant suite à une certaine humanisation de la naissance dans les hôpitaux avec le droit des pères d'être présents dans les salles d'accouchement, l'avènement des chambres de naissance, la cohabitation mère-enfant, comment les futures infirmières perçoivent-elles la naissance et quelles sont leurs perceptions de la sage-femme? Ainsi, jusqu'à quel point le discours sur l'humanisation de la naissance a-t-il touché les jeunes, particulièrement les

étudiantes en technique infirmière? Pouvons-nous percevoir chez ces étudiantes une remise en question du discours médical sur la naissance ou est-ce que ce discours se trouve encore trop présent dans la formation de ces intervenantes de la santé? Voilà quelles étaient nos préoccupations menant à cette recherche.

Hypothèse

Selon nous, les étudiantes et étudiants en techniques infirmières ont tous été à des degrés divers touchés par le discours sur l'humanisation de la naissance car d'une part, les critiques formulées à l'égard des pratiques hospitalières se sont faites sentir suffisamment pour générer certaines améliorations telles la présence du père en salle d'accouchement; les chambres de naissance et la cohabitation mère-enfant; ces innovations ne pouvant passées inaperçues auprès des étudiantes. D'autre part, le débat pour la légalisation de la profession sage-femme est depuis quelques années très "chaud" et s'en trouve largement diffusé à travers les médias, de sorte que les étudiantes sont plus ou moins renseignés sur la confrontation médecins versus sages-femmes quant à la légalisation de cette profession. Le débat entre médecins et sages-femmes relève d'ailleurs d'une confrontation entre deux perceptions très différentes de la maternité: "Ou bien je vous abandonne mon corps. Ou bien j'ai quelque chose à dire et à faire dans l'acte de mettre au monde mon enfant." (Blanchet citée par Villedieu 1989: 72)

Face à une telle polémique dans l'univers de la naissance, nous croyons que les étudiantes en techniques infirmières sont influencées par de tels discours et que leur vision de la maternité et de l'accouchement reflètera ces discours. Or nous émettons l'hypothèse suivante: malgré l'ouverture certaine des étudiantes et étudiants en techniques infirmières face au discours pour l'humanisation de la naissance, nous croyons que leur inexpérience du travail auprès des patientes qui accouchent de même qu'auprès des médecins, accompagnée d'une formation basée sur l'approche médicale de la naissance font en sorte qu'elles sont maintenues dans une approche bien spécifique de la maternité qui ne leur permet pas une remise en question fondamentale du processus de la naissance. Par conséquent, bien que touchées par le discours sur l'humanisation de la naissance, les étudiantes en techniques infirmières abordent la maternité selon une approche médicale. Donc fondamentalement, nous croyons que faute d'une formation non-traditionnelle de la naissance, c'est-à-dire centrée sur une approche non-médicale, les futures infirmières ne peuvent remettre en cause les fondements de leur formation et que seules une longue expérience de travail dans le domaine ou une présence très forte du discours sur l'humanisation de la naissance peuvent transformer les mentalités sur la naissance solidement inculquées.

L'échantillonnage

De tous les types d'échantillonnage possibles nous avons privilégié pour cette recherche l'échantillon par choix raisonné. (Gauthier 1984; Selltiz et al. 1977)²⁴ Si nous avons arrêté notre choix sur ce type d'échantillonnage précis c'est parce que notre étude porte sur un groupe

très spécifique: les étudiantes en technique infirmière de niveau collégial. De plus, nous recherchions des caractéristiques bien précises: nous devions travailler auprès d'étudiantes possédant une formation en obstétrique et plus encore, nous désirions rencontrer un groupe d'étudiantes n'ayant pas débuté leur stage en obstétrique et un autre groupe l'ayant déjà terminé. Si nous recherchions ce type d'échantillon précis, c'est parce que tout d'abord nous voulions nous adresser à des individu(e)s poursuivant une formation en techniques infirmières, mais également, nous voulions rencontrer des jeunes susceptibles de connaître davantage le débat sur l'humanisation de la naissance et nous avions la conviction qu'une formation en obstétrique leur offrirait l'opportunité d'être informés davantage sur le sujet. Par ailleurs, afin de vérifier si une expérience pratique au sein du département d'obstétrique pouvait influencer leurs perceptions sur la naissance, nous avons cru bon de nous référer à deux groupes d'étudiantes bien distincts, soit un groupe ayant terminé leur stage en obstétrique et l'autre ne l'ayant pas débuté. Or suite à de telles précisions, nous avons opté pour un échantillonnage par choix raisonné considérant qu'il répondait le mieux à nos exigences. Par ailleurs, comme le précise Jean-Pierre Beaud:

cette technique permet de réaliser ce que Raymond Boudon appelle des sondages contextuels, par opposition à des sondages de type atomique. On peut avec les premiers (...) analyser le comportement individuel en le replaçant dans une "structure sociale", alors que les sondages atomiques (...) considèrent des individus détachés de leur contexte et placés, pour ainsi dire, dans un espace social amorphe." (Beaud 1984: 187)

Et c'est bien là le but de notre recherche, l'analyse des perceptions individuelles des étudiantes pour ensuite les replacer dans un contexte social précis. Notre échantillon est composé de deux groupes d'étudiantes de deuxième année lesquels reçoivent présentement les cours afférents à la partie "obstétrique". De plus l'un de ces groupes a déjà effectué le stage pratique en obstétrique

alors que l'autre groupe s'apprête à le faire prochainement. Nous voudrions également préciser que les étudiantes concernées poursuivent leurs études au CEGEP de l'Outaouais à Hull. Outre la proximité de cette institution collégiale, nous avons choisi ce collège puisque le groupe Naissance-Renaissance oeuvre dans l'Outaouais et que ce groupe tente d'y implanter une maison de naissance.

Le questionnaire

Pour les fins de la recherche nous avons privilégié le questionnaire comme méthode de travail. Aussi croyons-nous, toutes les conditions nécessaires pour réussir une analyse par questionnaire²⁵ ont été remplies. D'abord un échantillon tel que prévu nous a été possible grâce à la collaboration de professeures (nous y reviendrons). Ensuite, les étudiantes étaient en mesure de répondre correctement aux questions puisque celles-ci correspondaient à des connaissances relatives à leur formation et à leurs perceptions personnelles quant à certains sujets et que le pré-test n'a démontré aucune difficulté à comprendre le sens des questions. De plus, le questionnaire a été construit de sorte qu'il ne soit pas trop long et ennuyeux afin que les répondantes ne soient pas encouragées à répondre rapidement n'importe quoi aux questions dans le but de s'en débarrasser. Et finalement, nous avons bien précisé aux étudiantes comme consigne qu'il ne s'agissait pas d'un examen et qu'il n'y avait pas lieu de chercher quelle était la bonne réponse

puisque à priori il n'y en a pas, le but de la recherche étant de connaître leurs propres perceptions.

Comme nous avons abordé le sujet déjà, le format privilégié est le questionnaire distribué. Or, afin de pouvoir distribuer notre questionnaire nous avons rencontré deux professeurs enseignant les cours reliés à la formation en obstétrique. Nous avons donc pris connaissance du contenu de leur cours et avons discuté avec elles des questions qui nous préoccupaient. Nous nous sommes par la suite entendues pour qu'elles nous présentent à leurs groupes d'étudiantes.

Afin de réaliser cette recherche nous avons aussi visité le département d'obstétrique du CHRO, hôpital où la majorité des étudiantes font leur stage. Il s'agit donc d'une étude de type quantitatif. Toutefois, vu la taille relativement peu élevée de notre échantillon nous ne pouvons procéder à des généralisations à la population des étudiantes, étudiants en technique infirmière.

Notes sur les résultats statistiques

Le nombre total des réponses peut parfois dépasser 51 puisqu'il était possible à certaines occasions de donner plus d'une réponse.

Le nombre total de réponses peut parfois ne pas atteindre 51 puisque pour certaines questions, toutes les étudiantes n'étaient pas tenues d'y répondre en raison qu'elles n'étaient pas toutes concernées par ces questions.

**Chapitre 6 : Perceptions des étudiantes en technique infirmière
sur l'humanisation de la naissance**

1. Caractéristiques de l'échantillon

Parmi les étudiant(e)s rencontré(e)s, 51 ont répondu au questionnaire pour un taux de réponse de 70%. D'entre elles, 78% sont de sexe féminin et 22% de sexe masculin. De plus, la majorité (53%) sont âgées de 16 à 20 ans. Nous avons également rencontré des étudiantes appartenant aux groupes de 21 à 25 ans, de 26 à 30 ans, et de 31 ans et plus.

Tableau 1

Distribution de l'âge des répondantes

	Nombre	%
16-20 ans	27	53%
21-25 ans	18	35%
26-30 ans	3	6%
31 ans et plus	3	6%
Total :	(51)	(100%)

Source : questionnaire, q. 2.

Toutes en sont à leur deuxième année de programme de science techniques infirmières. Toutefois, pour certaines (16%) il s'agit d'une retour aux études. Il faut également noter que parmi les étudiantes faisant un retour aux études, la plupart occupaient préalablement un poste dans un hôpital. Elles sont donc déjà familières avec le milieu hospitalier. Cependant, elles ne sont pas les seules à être habituées au fonctionnement de l'hôpital puisque 90% des étudiantes y ont déjà travaillé.

Comme nous l'avons déjà mentionné dans la partie méthodologique, nous avons distribué les questionnaires à deux groupes dont l'un n'avait pas encore expérimenté le stage en

obstétrique. Donc parmi l'échantillon, 45% ont fait un stage en obstétrique alors que 55% ne l'ont pas encore débuté. La très grande majorité des stages se sont déroulés au Centre hospitalier régional de l'Outaouais (17%), tandis que les autres étudiantes (6%) ont réparti leur stage entre le Centre hospitalier régional de l'Outaouais et le Centre hospitalier de Gatineau.

Désirant en connaître davantage sur leur mode de vie nous leur avons demandé si elles ont des enfants. La très grande majorité (90%) affirment ne pas avoir d'enfant mais certaines (3%) en ont un âgé entre un an et plus de dix ans tandis que deux autres étudiantes en ont deux, le deuxième étant âgé entre 0-11 mois et cinq ans.

Tableau 2

Nombre d'étudiantes ayant des enfants

	Nombre	%
aucun	46	90%
un	3	6%
deux	2	4%
Total :	(51)	(100%)

Source : questionnaire, q. 12.

Parmi les étudiantes ayant connu l'expérience de la maternité, nous désirions connaître à quel endroit avait eu lieu l'accouchement. Fait à remarquer, dans les cas où il s'agissait d'un premier accouchement la majorité ont eu lieu en salle d'accouchement (80%) alors que les autres (20%) se sont déroulés en salle d'opération. Nous avons aussi demandé à l'ensemble des étudiantes si elles désirent des enfants : la plupart (80%) prévoient en avoir, quelques-unes (7%) sont encore incertaines quant à cette question, alors qu'une seule étudiante n'en désire aucun.

Puisque notre échantillon est constitué d'un groupe d'étudiantes ayant fait un stage en obstétrique nous avons voulu vérifier quelques renseignements. Tout d'abord près de la moitié (49%) des étudiantes ont déjà assisté à un accouchement (incluant les étudiantes ayant assisté à une naissance sans être dans le cadre du stage). Néanmoins, la majorité (19%) n'ont assisté qu'à un seul accouchement. Pour cette raison, nous croyons que les observations que ces intervenantes ont pu faire sur les naissances sont peu nombreuses et que par conséquent, il leur est difficile de comprendre les multiples facettes de la réalité des femmes accouchant en milieu hospitalier. Leurs perceptions sur la situation des femmes accouchant à l'hôpital ne sont donc pas que le lot de leurs propres observations mais reflètent en général les discours portant sur le vécu de la naissance. Par le fait même, nous estimons qu'il serait impossible de comparer objectivement les perceptions sur la naissance des étudiantes ayant fait leur stage avec les perceptions des étudiantes ne les ayant pas commencées. Nous croyons bon toutefois de noter que la majorité des accouchements assistés étaient des accouchements vaginaux avec anesthésie (62.5%) et que très peu ont assisté à des accouchements naturels sans anesthésie (6%) ou encore à une césarienne (6%).

Enfin, désirant connaître leurs perceptions sur les sages-femmes nous leur avons posé quelques questions d'opinion sur ces intervenantes. Tout d'abord, nous désirions savoir si parmi elles se trouvaient des étudiantes dont la mère a déjà accouché à la maison. Une infime minorité (4%) a affirmé qu'en effet leur mère avait accouché à la maison. Nous leur avons par ailleurs posé la question à savoir si elles ont déjà entendu parler des sages-femmes et toutes ont répondu par l'affirmative. Néanmoins, comme nous le démontrerons dans un troisième temps, bien que

les étudiantes aient entendu parler de la profession de sage-femme elles se sont créées une image très circonscrite de cette intervenante minimisant ainsi son rôle et ses compétences.

Puisque les étudiantes disent être au courant de ce qu'est une sage-femme, nous avons d'abord voulu savoir de quelles sources provenaient leurs connaissances. Majoritairement, les étudiantes ont entendu parler des sages-femmes par l'entremise d'une professeure (78%) et des médias (76%). Une proportion moindre (16%) disent avoir discuté des sages-femmes soit avec leur mère ou encore avec leurs amies.

Tableau 3

Distribution des sources d'information sur les sages-femmes

a entendu parler des sages-femmes par l'entremise de:

	oui	%
mère	8	16%
ami-e-s	8	16%
professeure	40	78%
média	39	76%
Total : (51)	(95)	(100%)

Source : questionnaire, q. 20.

Leurs principales sources d'informations sont donc les professeures, qui discutent de la profession de sages-femmes, et finalement, les médias qui à certains moments culminants font paraître les derniers développements dans le dossier des sages-femmes.

Or à la lumière de leurs connaissances et de leurs perceptions nous leur avons demandé si elles croient qu'il serait bénéfique d'instaurer la profession de sages-femmes à l'intérieur de notre système de soins de santé. La majorité (80%) ont répondu qu'à leur avis il serait fort bénéfique de légaliser cette profession. Nous désirons également savoir si parmi les étudiantes rencontrées, certaines seraient intéressées à devenir sages-femmes, dans un temps futur. Selon les réponses obtenues, la plupart (43%) sont incertaines quant à cette orientation professionnelle mais plusieurs (17%) se disent très intéressées à devenir sages-femmes, tandis que d'autres (12%) n'ont aucun intérêt à exercer cette profession. Puisque les étudiantes manifestent un intérêt positif quant à l'insertion des sages-femmes dans notre système de santé et que certaines anticipent même la possibilité de réorienter leur carrière afin de devenir elles mêmes sages-

femmes, nous avons cru intéressant de connaître l'intervenant-e-s qu'elles privilégieraient si elles mêmes devaient donner naissance à un enfant. Or, que ce soit lors du suivi de grossesse ou pendant l'accouchement, la plupart des étudiantes privilégieraient comme intervenant-e-s le médecin et la sage-femme à la différence près que, lors de l'accouchement, presque autant d'étudiantes opteraient pour le médecin et l'infirmière.

Tableau 4

Préférences des étudiantes quant à l'intervenant-e-s lors de leur suivi de grossesse et lors de leur accouchement

	Suivi de grossesse		accouchement	
	Nombre	%	Nombre	%
Médecin	18	35%	-	-
Médecin et/ou infirmière	-	-	19	37%
Infirmière	-	-	1	2%
Sage-femme	1	2%	2	4%
Médecin et sage-femme	32	63%	20	39%
Infirmière ou sage-femme	-	-	2	4%
Aucune importance	-	-	6	12%
Total :	(51)	(100%)	(51)	(100%)

Source : questionnaire, q. 23.

Nous avons aussi vérifié si cette tendance se maintenait parmi les étudiantes ayant exprimé l'intention de devenir sage-femme. Les résultats ont démontré que ces répondantes privilégieraient également la présence du médecin et de la sage-femme lors du suivi de grossesse et de l'accouchement. Or d'après ces résultats, nous constatons qu'autant pour le suivi de grossesse que pour l'assistance lors de l'accouchement, le médecin et la sage-femme ou le médecin et l'infirmière sont les intervenants privilégiés. A notre avis, ces résultats découlent de

la perception qu'ont les étudiantes de la sage-femme. Nous nous arrêterons d'ailleurs plus loin sur cet aspect fort important. Ainsi, la sage-femme est renfermée dans un rôle uniquement social, c'est-à-dire qu'on suppose que son apport est seulement d'ordre psychologique, affectif et social délaissant tout l'aspect technique de sa profession. C'est le médecin qui apportera cette sécurité technique. Elles perçoivent donc la sage-femme comme le complément du médecin de par son approche humaine. D'ailleurs, plusieurs autres résultats viendront confirmer cette hypothèse.

Désirant ensuite connaître leurs perceptions sur les différents milieux de travail inhérents à la grossesse et à l'accouchement, nous leur avons demandé quel serait leur choix quant au milieu de travail si elles avaient la possibilité de choisir. Or près de la moitié des répondantes (49%) ont privilégié le milieu hospitalier. Plusieurs (39%) ont choisi le centre de naissance alors que quelques-unes (4%) préféreraient le domicile et que d'autres (2%) n'ont aucune préférence.

Tableau 5

Distribution sur les préférences des étudiantes quant au milieu de travail si elles avaient la possibilité de choisir

	Nombre	%
milieu hospitalier	25	49%
centre de naissance	20	39%
domicile	4	8%
aucune préférence	2	4%
Total :	(51)	(100%)

Source : questionnaire, q. 25.

Nous leur avons également demandé d'expliquer leur choix. Il ressort que si la majorité a opté pour le milieu hospitalier c'est parce qu'elles considèrent que chaque accouchement renferme un potentiel de complications et qu'en conséquence, il vaut mieux se trouver dans un milieu où tout l'appareillage technique est à la portée de la main. Quant à celles ayant choisi le centre de naissances, elles l'ont fait en considération du milieu plus personnalisé qu'offre cet endroit. Une minorité (4%) ont opté pour le domicile de la femme enceinte tenant compte du fait que la mère est davantage à son aise et que par conséquent, ce milieu s'avère plus enrichissant pour la mère et les intervenant-e-s. Finalement, celles qui affirment n'avoir aucune préférence considèrent que l'important est de se sentir confortable dans son milieu. A la lumière de ces résultats nous convenons que deux idées sont dominantes : d'abord que l'accouchement reste un événement risqué d'où la nécessité d'être dans un milieu prêt à toute éventualité; puis nous croyons que l'idée de la validité d'un centre de naissance fait lentement son ascension et que l'on considère qu'il répond davantage aux besoins des femmes enceintes tout en assurant un minimum de sécurité technique.

2. Perceptions des étudiantes sur la médicalisation de la naissance

La médicalisation croissante de la naissance est aujourd'hui un fait reconnu dans notre société. Nous n'avons qu'à prendre comme exemple le taux élevé de césariennes, d'épisiotomies, d'échographies, de monitoring foetal, d'induction du travail, etc, pour se rendre à l'évidence que la naissance est un événement perçu comme étant de plus en plus risqué. Or cette idéologie du risque et les interventions qui en découlent ont largement été critiquées par les femmes comme nous avons pu en convenir précédemment. Dans les pages qui suivent nous tenterons de démontrer quelles sont les perceptions des étudiantes en techniques infirmières sur la médicalisation croissante de la naissance. Nous tenterons entre autres de déterminer dans quelle mesure elles sont conscientes de cette médicalisation et subséquemment, nous vérifierons à quel point elles remettent en question les pratiques médicales en obstétrique. Nous devons en effet tenir compte que leur formation s'appuie largement sur ce savoir médical et qu'elles sont à la fois touchées par le discours de l'humanisation de la naissance. Or comment concilient-elles ces deux approches de la naissance?

Les interventions médicales et techniques

L'obstétrique d'aujourd'hui étant manifestement imprégnée d'une vision interventionniste, les interventions médicales et techniques sont à la hausse. Phénomène perçu comme "normal" alors que nous entrons de plein fouet dans ce que l'on peut appeler l'ère de la perfection des foetus (Quéniart 1988, De Koninck 1987), ces interventions sont presque devenues banalisées. Néanmoins, si d'un côté l'on persiste pour légitimer ces interventions, elles sont d'autre part l'objet d'une remise en question. Les femmes et le mouvement d'humanisation de la naissance ont ainsi questionné la prépondérance de ces interventions. De même, de plus en plus d'intervenant-e-s s'interrogent sur cette attitude interventionniste et remettent en cause les actes qui en découlent. (Klein et al. 1984) Le débat est donc encore très vif entre les défenseur-e-s des interventions médicales et techniques et ceux prétendant que le système médical abuse de certaines interventions. Devant une telle situation nous nous sommes demandées si les étudiantes en techniques infirmières sont informées de l'ampleur des interventions exercées en obstétriques, et bien sûr, quelles sont leurs opinions sur ces interventions.

Parmi les interventions remises en cause les interventions dites de routine (lavement, rasage, pose du soluté, rupture des membranes) sont particulièrement critiquées. Et pour cause alors que l'on constate que:

Plusieurs d'entre elles se font par habitude, certaines visent à uniformiser le travail et l'accouchement d'un grand nombre de femmes enceintes admises en milieu hospitalier tandis que d'autres ne reposent sur aucune justification scientifique sérieuse. (Klein et al. 1984:5)

Il est donc admis qu'en général les interventions de routine n'ont scientifiquement pas de poids et qu'elles sont pratiquées pour des raisons de convenance ou de convictions personnelles. Or nous avons demandé aux étudiantes si selon elles, l'on devait accorder à la femme enceinte le droit de refuser les interventions de routine. La plupart (49%) considère que l'on devrait octroyer ce droit aux femmes enceintes. Néanmoins, du moment qu'une grossesse est jugée à risques ou qu'il y a une contre-indication, plusieurs (14%) jugent que l'on ne devrait pas accorder ce droit aux femmes enceintes. Finalement, d'autres (11%) estiment que l'on ne devrait donner ce droit que dans certaines circonstances.

Tableau 6

Perceptions des étudiantes sur la nécessité d'accorder à la femme le désirant, le droit de refuser les interventions de routine

	Nombre	%
oui bien sûr	25	49%
pas question	1	2%
s'il n'y a aucune contre-indication	2	4%
si ce n'est pas un accouchement à risque élevé	12	24%
autres	11	22%
Total :	(51)	(100%)

Source : questionnaire, q. 27.

Il est pourtant reconnu que ces interventions maintiennent des services déshumanisant en obstétrique, infantilisant ainsi les femmes et brimant leur autonomie. (Klein et al. 1984, CRSSSO 1986) Or il apparaît évident qu'afin d'aborder une nouvelle approche de la naissance il faille "abandonner les pratiques de routine qui ne reposent sur aucun fondement scientifique". (Klein et al. 1984 :30) Cependant, comme le démontre Suzanne Savard [1987], bien que ces pratiques soient encore généralisées¹ on assiste à un assouplissement des routines hospitalières alors que le rasage se limite au périnée, on installe le soluté que tardivement et le lavement n'est plus qu'un "mini" lavement. Malgré cet assouplissement les pratiques se poursuivent et selon une étude réalisée pour la Corporation professionnelle des médecins du Québec, seulement 25% des femmes se prévalent de leur droit de refuser ces interventions. (CPMQ 1985 :21)

Les interventions de routine étant acceptées dans une certaine mesure par les étudiantes en techniques infirmières, mais ne nous permettant guère de faire des généralisations à l'ensemble des interventions en obstétrique, que pensent-elles des interventions telles que l'échographie, le monitoring foetal, l'épisiotomie et la césarienne?

Prenons d'abord l'échographie, cette technologie fort populaire auprès de la clientèle féminine et des intervenant-e-s. Les étudiantes (41%) sont d'avis que l'échographie est un excellent outil de travail servant à déceler les anomalies congénitales et rassurer la mère, le père et le médecin. Néanmoins, plusieurs (16%) croient que pour cette raison on devrait l'utiliser systématiquement. Par contre, presque autant de répondantes (14%) considèrent que l'on ne devrait pas en faire un usage de routine mais n'être réservé qu'à certains cas.

Tableau 7

Perceptions des étudiantes sur l'échographie

	Nombre	%
excellent outil servant à dépister les anomalies	21	41%
excellent outil servant à dépister les anomalies, c'est pourquoi on devrait l'utiliser systématiquement	16	32%
excellent outil servant à dépister les anomalies, mais on devrait l'utiliser prudemment	14	27%
Total :	(51)	(100%)

Source : questionnaire, q. 30.

Par ailleurs, la majorité d'entre-elles (76%) estiment que l'échographie ne comporte aucun risque pour le foetus ou la mère.

Tableau 8

Nombre d'étudiantes croyant que l'échographie peut être nocive

	Nombre	%
oui	7	14%
non	39	76%
certaines femmes sont plus sensibles aux ultrasons	1	2%
trop d'échographies peut être nocif	4	8%
Tctal :	(51)	(100%)

Source : questionnaire, q. 31.

Donc les étudiantes en général admettent que l'échographie est tout à fait inoffensive et qu'elle sert d'excellent outil de dépistage.

Malgré la popularité des ultrasons la sécurité de cette technique n'est cependant pas assurée. Encore aujourd'hui les chercheur-e-s s'accordent pour dire que les recherches présentes ne peuvent conclure que l'échographie est inoffensive.² On incite donc fortement les intervenant-e-s à faire preuve de prudence lorsqu'ils ou elles utilisent l'échographie. Comme le suggère la Corporation professionnelle des médecins du Québec:

Face à cette incitation à la prudence des organismes responsables, les médecins doivent revoir certains modes d'utilisation des ultrasons en obstétrique pour que leur usage réponde toujours à des indications médicales. (CPMQ 1987 :24)

Malgré cette recommandation l'échographie est un test que l'on peut qualifier de réel test de routine. Ainsi, le sondage préparé pour la Corporation des médecins du Québec démontre qu'en 1985 92.4% des femmes interrogées avaient eu au moins une échographie au cours de leur grossesse. Et pour la région de l'Outaouais le taux est de 1.49 échographie par patiente. (CPMQ 1985 :32)

A notre avis, ces résultats nous portent à croire que l'utilisation presque systématique de l'échographie au moins une fois au cours de la grossesse laisse planer sur cette intervention l'idée qu'il s'agit d'une technique relativement sécuritaire alors qu'aucune étude n'a réussi à prouver ce constat. Il n'est donc pas surprenant que les étudiantes considèrent cette technique inoffensive alors qu'elle est pratiquée aussi fréquemment sur les femmes enceintes.

L'épisiotomie est une autre technique très controversée [Coquatrix 1987]. Aussi avons-nous voulu connaître l'opinion des étudiantes sur cette pratique que l'on pourrait presque qualifier de routinière. Selon les données recueillies, seulement 31% des étudiantes connaissent le taux exact d'épisiotomies pratiquées dans l'Outaouais, soit 80% (Coquatrix 1987 :4). Par ailleurs, elles considèrent en général que ce taux est élevé. C'est aussi ce que laisse entendre la Corporation professionnelle des médecins du Québec alors qu'elle appelle à une remise en question de cette intervention :

L'habitude que pourraient encore avoir certains médecins de procéder à une épisiotomie de routine, en l'absence d'indication précise lors de l'accouchement, est donc sans fondement et devrait être abandonnée. (CPMQ 1987 :29)

On reconnaît donc que le taux d'épisiotomies pratiquées, soit 80% pour la région de l'Outaouais est beaucoup trop élevé et qu'il relève d'une pratique outrageusement interventionniste qui somme toute ne repose sur aucune étude scientifique valable, à l'exception de certains cas bien précis où il est reconnu qu'il est à l'avantage de la femme et du bébé de procéder à cette intervention. (CPMQ 1987)

La césarienne est une autre intervention médicale remise en question alors que son taux est à la hausse atteignant maintenant 20% au Québec³. (Vadeboncoeur 1988a :9) Nous avons à nouveau voulu déterminer les connaissances des étudiantes sur une intervention médicale de plus en plus courante. Tout d'abord, seulement 16% des étudiantes ont démontré leur connaissance du taux de césariennes pour l'Outaouais le situant à 20%. De plus, plusieurs (49%) considèrent que vu le nombre élevé de grossesses à risque et parce que la césarienne n'est plus ce qu'elle était autrefois, il est légitime que les médecins procèdent à une césarienne par prévention. D'autres (9%) estiment que les médecins ont des raisons très valables pour procéder à une césarienne. Certaines croient par contre (15%) que les médecins pratiquent trop rapidement une césarienne alors que quelques-unes (2%) estiment que certains médecins se facilitent la tâche en pratiquant une césarienne et que par conséquent, ils devraient faire davantage preuve de patience.

Tableau 9

 Nombre d'étudiantes croyant que le pourcentage de césariennes soit justifié

	Nombre	%
ils ont des raisons très valables pour procéder ainsi	9	18%
ils interviennent trop rapidement	15	29%
la césarienne n'est plus ce qu'elle était, il est donc acceptable d'en faire usage pour des fins de prévention	25	49%
certains médecins se facilitent ainsi la tâche	1	2%
les médecins devraient faire davantage preuve de patience	1	2%
Total :	(51)	(100%)

Source : questionnaire, q. 29.

Il semble que la notion de risque appelle les étudiantes à considérer la césarienne comme une pratique nécessaire. Il est également très intéressant de constater que la césarienne, intervention pourtant sérieuse et risquée, est pratiquement banalisée alors que l'on accepte son usage par mesure de prévention. Ainsi, elles ne remettent aucunement en question le taux élevé de césariennes et ne portent peu de crédit aux critiques émises à l'égard de cette intervention. De plus, l'autorité des médecins semble enlever leurs doutes. Est-ce dire qu'elles acceptent l'idée que les femmes modernes sont moins bien dotées pour accoucher qu'avant?

Plusieurs indications médicales peuvent emmener le médecin à vouloir pratiquer une césarienne. (CPMQ 1987 :8-9) Si certaines sont dites "conventionnelles" d'autres sont des indications qui prêtent à interprétation. Nous leur avons donc exposé différents cas afin de voir dans quelle mesure les étudiantes perçoivent ces indications comme résultant inévitablement à une césarienne ou si au contraire il est possible de s'y soustraire. Voici les situations: cas de déformation du bassin; cas de dystocie; cas de césarienne précédente; cas de présentation par le siège; cas de présentation transversale; cas de détresse foetale. Or, la majorité des étudiantes s'entendent pour dire qu'une césarienne est inévitable dans les cas de déformation de bassin (86%), de dystocie (55%), de présentation transversale (76%) et de détresse foetale (92%) alors qu'elles affirment majoritairement qu'une césarienne peut ne pas être l'issue de l'accouchement dans les cas de césarienne précédente (78%) et de présentation par le siège (61%).

Ces résultats viennent appuyer les données précédentes démontrant qu'en général les étudiantes considèrent que le taux de césariennes bien qu'élevé soit justifié. Ainsi, selon elles des indications telles que la dystocie et la détresse foetale nécessitent incontestablement le recours à une césarienne. Pourtant plusieurs études ont démontré que dans ces cas on intervenait bien souvent trop rapidement suite à un mauvais diagnostic.⁴ Donc bien que des efforts sont déployés afin de réduire les interventions lors de la naissance afin d'apporter un caractère plus humain à cette expérience, il nous est possible de constater ici que beaucoup de transformations restent à faire au niveau des idées si l'on veut réellement parvenir à rendre la naissance une expérience plus humaine.

Comme la césarienne, le recours aux analgésiques et anesthésies témoigne également de cette vision selon laquelle les femmes éprouvent de la difficulté à donner naissance à leur enfant sans aucune intervention. Néanmoins, ces interventions médicales font l'objet d'une remise en question au sein du mouvement pour l'humanisation de la naissance. Or, plusieurs étudiantes (39%) sont d'avis que l'intervention la plus pratiquée en milieu hospitalier afin de soulager la douleur est l'encouragement à la respiration rythmée. Toutefois, certaines (12%) croient au contraire qu'il s'agit de l'administration d'analgésiques alors que d'autres (6%) estiment qu'on recommande surtout une anesthésie. Enfin quelques-unes (5%) croient que l'on suggère principalement un massage tandis qu'une étudiante est d'avis que l'on incite la femme à changer de position. Elles mêmes encourageraient toutefois des méthodes permettant de substituer les analgésiques et les anesthésies. Ainsi, la plupart (57%) recommanderaient les respirations rythmées et une minorité inciteraient davantage à des techniques telles qu'un massage (11%) ou simplement changer de position (7%).

Tableau 10

Perceptions des étudiantes sur les interventions afin de soulager la douleur

	Intervention la plus pratiquée en milieu hospitalier afin de soulager la douleur		Intervention qu'elles suggéreraient afin de soulager la douleur	
	Nombre	%	Nombre	%
respiration rythmée	20	39%	29	57%
analgésiques	12	24%	-	-
anesthésie	6	12%	1	2%
massage	5	10%	11	22%
changer de position	1	2%	7	14%
pas de réponse	7	14%	3	6%
Total :	(51)	(100%)	(51)	(100%)

Source : questionnaire, q. 39, 40.

Les étudiantes sont donc peu enclines aux interventions plus "dures" comme l'anesthésie ou les analgésiques. Elles privilégient davantage des méthodes "douces" où la femme peut reprendre davantage contrôle de son corps.

En effet, bien que ces interventions "dures" comportent l'avantage de soulager les femmes en douleur elles entraînent des effets secondaires importants sur le déroulement de l'accouchement, la santé du bébé et même, sur la relation mère-enfant.

Le bloc des centres moteurs et l'absence du réflexe d'efforts expulsifs peuvent rendre difficile la poussée et entraîner une prolongation du deuxième stade, surtout chez une femme non motivée et bénéficiant de peu de soutien psychologique. En outre, on a lié l'analgésie épidurale à de mauvaises présentations et à une moins bonne rotation de la tête du fœtus. (Klein et al. 1984 :41)

C'est pourquoi le mouvement pour l'humanisation de la naissance veille à informer les femmes de ces effets et tente d'encourager les femmes à avoir recours à d'autres moyens pour diminuer la douleur et la supporter. Or, les étudiantes font preuve d'une vision susceptible d'apporter certaines innovations dans ce domaine.

Ce qui s'avère intrigant de ces interventions médicales c'est la facilité avec laquelle les étudiantes les acceptent. Ainsi, nous avons constaté que lorsque nous faisons face à une intervention médicale fréquemment pratiquée (comme les interventions de routine, l'échographie, l'épisiotomie et la césarienne), les étudiantes ont tendance à ne pas remettre en question ces pratiques médicales dont le taux est pourtant très élevé. Tout concorde à démontrer que la fréquence élevée de ces interventions suscite l'idée de leur nécessité et légitimité donc de leur normalité.

Le processus de la naissance tel que perçu par les étudiantes en techniques infirmières

Suite à notre exposé quant aux différentes positions prises par les étudiantes sur les interventions médicales pratiquées en obstétrique, nous convenons que leurs perceptions de la naissance sont conjuguées de deux visions : soit une vision interventionniste et une vision humanitaire dérivant du mouvement pour l'humanisation de la naissance. Ainsi, bien qu'à plusieurs égards les étudiantes manifestent la volonté d'assouplir les interventions médicales il demeure que la notion de risque est d'ores et déjà bien ancrée de sorte qu'elle soit omniprésente lors de la prise de décision quant à certaines interventions (telles les interventions de routine, l'épisiotomie, l'échographie, la césarienne, etc.). Ceci nous laisse présumer qu'en présence d'une vision interventionniste (c'est-à-dire lorsque que la naissance est perçue comme un événement risqué, légitimant les interventions médicales) il s'avère très difficile sinon incompatible pour une vision non-interventionniste de s'immiscer à l'intérieur de ce réseau pour y transformer les mentalités. Donc à notre avis, les intervenantes étant déjà aux prises avec une vision interventionniste, elles ne peuvent qu'accepter certaines idées en provenance du mouvement pour l'humanisation de la naissance puisque que les idées appelant à une remise en question profonde de certains concepts médicaux en obstétrique sont tout à fait contradictoires avec le discours médical dominant. Afin d'appuyer cette hypothèse vérifions maintenant l'opinion des étudiantes sur le processus d'humanisation de la naissance.

3. Perceptions des étudiantes sur le processus d'humanisation de la naissance

Comme nous avons pu en convenir précédemment, le mouvement d'humanisation de la naissance tente de se tailler une place dans les départements d'obstétrique en améliorant les soins qui sont prodigués à la femme enceinte tout en essayant de modifier les mentalités quant à la perception de cet événement. Nous avons d'ailleurs déjà évoqué plusieurs améliorations dont les mérites sont très appréciés (telles la présence du père, les chambres de naissances, etc.). (Savard 1987, CRESSO 1986) Malgré ces innovations beaucoup de femmes restent encore insatisfaites et requièrent davantage de changements. Elles mettent l'emphase sur la transformation des mentalités face à la naissance et désirent voir des alternatives au milieu hospitalier se concrétiser telles que la légalisation de la profession de sage-femme, la mise sur pied de centres de maternités, et sans aucun doute la disponibilité d'un réseau pour celles désirant donner naissance à la maison. (Paradis 1987; Saillant et al. 1986) L'humanisation de la naissance doit ainsi poursuivre sa course afin de remplir pleinement les attentes des femmes. Or comment les étudiantes en techniques infirmières perçoivent-elles les revendications des femmes pour l'humanisation de la naissance? Les jugent-elles raisonnables et justifiées? Que retiennent-elles de ce discours? L'approche humaniste de la naissance a-t-elle marqué leur perception de cet événement? Voilà les principaux éléments dont nous discuterons dans les lignes qui suivent.

**L'impact du discours de l'humanisation de la naissance
sur les étudiantes en technique infirmière**

Le mouvement pour l'humanisation de la naissance a remis en cause plusieurs pratiques obstétricales. Il a par ailleurs largement critiqué l'approche de la naissance qui est véhiculée par le discours médical. Face à ces critiques comment réagissent les étudiantes? Sont-elles en accord ou en désaccord avec les propos tenus par le mouvement pour l'humanisation de la naissance? Pour répondre à ces questions nous les avons interrogé sur différents aspects remis en cause par le discours de l'humanisation de la naissance.

Tout d'abord, l'environnement est l'un des éléments discutés par le mouvement de l'humanisation de la naissance. Il appert que l'environnement très technique et aseptisé exerce une influence sur le déroulement de la naissance (Piché 1987). L'une des innovations réalisées à cet effet est les chambres de naissances, elles contribuent entre autre à offrir un environnement plus familial et plus chaleureux. Malgré ces faits, la majorité des étudiantes (55%) sont convaincues que le milieu hospitalier n'exerce aucun impact quel qu'il soit sur le déroulement de la naissance. Quelques-unes (8%) sont toutefois d'avis que le milieu hospitalier a un impact sur la naissance, tandis que d'autres (9%) estiment que certaines patientes peuvent se sentir inconfortable vis-à-vis la froideur du milieu. Enfin certaines (5%) jugent que dans certains cas l'environnement technique peut incommoder les femmes au point d'avoir un impact sur le déroulement de l'accouchement.

Nous avons aussi demandé aux étudiantes quelle est la position à adopter lors de l'accouchement afin de favoriser l'expulsion du bébé. On sait que la position de lithotomie couramment adoptée dans les salles d'accouchement a été remise en question puisqu'elle engendre bien souvent plusieurs interventions médicales.⁵ Reconnaissant que la position de lithotomie amène plusieurs complications au déroulement normal de l'accouchement, on suggère maintenant la position de Sims (la femme est allongée sur le côté) pendant le travail et l'accouchement de même que les déplacements pendant le travail.⁶ (Klein et al. 1984) Voici ce qu'en disent les étudiantes: la majorité (59%) estiment que la meilleure position à adopter est celle dans laquelle la femme se sent le plus confortable. Néanmoins, la position de lithotomie est encore populaire auprès de 13% des étudiantes. Quelques-unes optent quant à elles (6%) pour la position accroupie.

Tableau 11

Point de vue des étudiantes sur la meilleure position à adopter lors de l'accouchement afin de favoriser l'expulsion du bébé

	Nombre	%
lithotomie	13	25%
accroupie	6	12%
position dans laquelle la femme se sent la plus confortable	30	59%
pas de réponse	2	4%
Total :	(51)	(100%)

Source : questionnaire, q. 36.

La douleur est également un sujet très discuté au sein du mouvement d'humanisation de la naissance. De plus en plus de recherches portent sur la douleur.⁷ Accoucher est douloureux et à l'heure où "dans un souci de démedicalisation et de prise en charge il est proposé aux femmes de refuser les solutions pharmacologiques" (Valentini 1987 :358) comment devons-nous aborder la douleur?

Banaliser le phénomène et le réduire à ses seules composantes psychosociales en qualifiant la douleur de "peurs" ne risque-t-il pas de rendre les femmes responsables, voir même coupables de leur souffrance, et ce dans un contexte sociétal où la douleur est perçue comme une valeur négative? (...) Les rencontres ne devraient-elles pas spécifiquement aborder le phénomène réel et concret de la douleur, ses composantes, les variations individuelles, les facteurs susceptibles de l'augmenter ou la diminuer, les moyens de la contrôler, etc.? (Valentini 1987 :358)

A cet égard la majorité des étudiantes (61%) croit que la meilleure façon d'aborder la douleur est encore d'en parler ouvertement. Néanmoins, certaines (37%) estiment que lorsque l'on aborde le sujet de la douleur il vaudrait mieux éviter de prononcer le mot "douleur" pour le remplacer par des termes tels que "malaises", "inconfort", etc, pour ne pas effrayer les femmes.

Une étude réalisée pour le compte de la Corporation professionnelle des médecins du Québec révèle toutefois que pour 45.4% des accouchées, la période de travail s'est avérée beaucoup plus douloureuse que prévu et que 38.3% d'entre elles ont reçu des médicaments contre la douleur. (CPMQ 1985 :18) On peut alors se questionner à savoir si une préparation plus réaliste face à la douleur aurait permis aux femmes de mieux se préparer face à cette expérience et par conséquent, être en mesure de la tolérer. Comme le précise Hélène Valentini,

seule une préparation réaliste, qui aborde les composantes socio-culturelles, physiologiques de la douleur et l'expérience intime des femmes peut aider à la supporter. (Valentini 1987 :361)

Donc si les femmes désirent vivre leur accouchement sans recourir aux analgésiques et anesthésies, il appert que seule une bonne préparation puisse permettre à la femme de supporter la douleur. Comme l'explique la sage-femme Isabelle Brabant, la douleur est directement liée à des facteurs physiques et psychologiques.

Parmi les facteurs qui augmentent notre perception de la douleur, on retrouve la peur, le stress mental, la tension, la fatigue, le froid, la faim, la solitude, le bouleversement émotif, l'ignorance de ce qui se passe, un environnement étranger et le fait d'appréhender les contractions. (Brabant 1987b :12)

Pour cette raison, aborder la douleur ouvertement et sous tous ses aspects est l'approche privilégiée par le mouvement de l'humanisation de la naissance afin de donner à la femme qui accouche tous les moyens pour amoindrir l'intensité des douleurs et lui permettre de la supporter.

Le support affectif est également une composante essentielle pour faciliter l'accouchement. Une présence active et chaleureuse auprès de la femme en travail réduit de beaucoup les problèmes périnataux et engage plus rapidement le travail.⁸ (Klein et al. 1984) Plusieurs personnes peuvent jouer ce rôle, notamment le conjoint ou une personne proche de l'accouchée, mais il semble que ce rôle soit particulièrement dévolu à l'infirmière. Les étudiantes interrogées ont du moins manifesté le fait qu'elles perçoivent qu'il relève de leur compétence d'apporter à la femme qui accouche le support affectif et psychologique dont elle a besoin. Ainsi, elles sont majoritairement d'accord (84%) pour dire que les médecins délèguent généralement aux infirmières la tâche d'apporter le support affectif aux femmes enceintes. Il est d'ailleurs

intéressant de noter que les rôles féminins sont déjà bien inculqués et ce, avant même d'avoir entrepris leur carrière d'infirmière. La règle d'or de l'infirmière enseignée par l'éducation traditionnelle est d'être la servante du médecin. (Le Boston Nurse's Group 1986) Bien que le mouvement féministe ait eu un impact sur le nursing⁹, les stéréotypes à l'égard de l'infirmière s'avèrent encore aujourd'hui bien présents. (Ehrenreich et English 1976) Ainsi le stéréotype selon lequel "le médecin guérit et l'infirmière donne les soins" semble bien vivant puisqu'il est au coeur des perceptions des étudiantes quant au support affectif leur étant délégué par les médecins.¹⁰ Et comme le fait remarquer Anne Quéniart, cette répartition des tâches entre médecin et infirmière se fonde sur une "approche éclatée de l'individu: celui-ci se retrouve morcelé dans son être, il possède d'un côté un corps, de l'autre une âme." (Quéniart 1989a :73)

Poursuivant du côté de l'approche médicale, nous sommes à même de constater que la formation des médecins fait également partie des remises en question par le mouvement d'humanisation des naissances. Ainsi, les doutes sont projetés sur la formation des médecins alors que celle-ci s'engage à former les médecins dans une seule optique : la pathologie. (MSSS 1989) On ne prépare donc pas les médecins à assister un accouchement "normal" se déroulant sans complication et sans intervention, mais à un accouchement susceptible de présenter des difficultés. Par conséquent, ils se sentent bien souvent impuissants devant un accouchement naturel.

Trop bien informés des "cas à risques", trop peu des "méthodes naturelles", ils souffrent d'une peur égale devant toutes les grossesses et tous les accouchements. Ne sortant jamais des sentiers battus, leur crainte reste entière car ils sont privés d'expériences alternatives. Sans compter la pression du corps médical, véritable épée de Damoclès, prête à tomber sur la tête de celui ou de celle qui oserait "essayer" autre chose. (Comellier 1982 :3)

A cet égard, la majorité des étudiantes (51%) croient que de toute évidence la formation des médecins est efficace pour fournir aux médecins les moyens d'être satisfaits de leur rôle lors d'un accouchement naturel alors qu'ils n'ont fait qu'assister. Ainsi, elles ne remettent pas en question la formation des médecins du moins en ce qui a trait à leur rôle d'accoucheur. En cela, les étudiantes semblent très respectueuses de la profession médicale. La majorité prétendent même que les services en obstétrique sont très satisfaisants pour les femmes qui accouchent.

C'est du moins ce que révèlent nos répondantes lorsque nous leur avons demandé leur avis quant aux critiques généralement formulées par les mères sur le déroulement de leur accouchement en milieu hospitalier. Nous leur avons donc présenté certaines critiques apportées par les femmes et nous avons sollicité leur avis quant à la légitimité de ces critiques.

Tableau 12

Perceptions des étudiantes sur les critiques émises par les femmes quant au déroulement de la naissance en milieu hospitalier

les femmes ont apporté cette critique		
	Nombre	%
sentiment de n'être qu'un objet qu'on manipule	4	(8%)
manque de chaleur humaine	12	(24%)
horaires fixes du personnel	25	(49%)
imposition de certaines interventions	14	(27%)
l'enfant est enlevé à la mère trop rapidement	14	(27%)
difficulté à obtenir la cohabitation avec l'enfant	11	(22%)
inconfort dû au transfert d'une salle à l'autre	5	(10%)
manque d'intimité	11	(22%)
environnement très technique faisant ressortir le caractère dangereux de l'accouchement	18	(35%)
prise en charge complète de l'accouchement	12	(24%)
Total : (51)	(126)	(248%)

Source : questionnaire, q.41.

Les résultats démontrent que la majorité des étudiantes (78%), qu'elles aient vécues ou non l'expérience de la maternité, perçoivent que les femmes sont presque entièrement satisfaites de leur expérience de l'accouchement en milieu hospitalier. Très peu d'étudiantes ont l'impression que les femmes ont éprouvé certaines insatisfactions face à leur accouchement en milieu hospitalier. Ces perceptions concordent avec l'étude menée pour la Corporation professionnelle des médecins du Québec [1985] où la très grande majorité des femmes se disent satisfaites de leur accouchement et des services reçus à l'hôpital. Mais comme le font remarquer les auteur-e-s de ce sondage ainsi que la critique Isabelle Brabant [1986b], les données de ce sondage ont été recueillies peu de temps après l'accouchement ce qui implique que les résultats ne reflètent pas nécessairement ce que les femmes ont vécu.¹¹ Malgré les améliorations réalisées en périnatalité, beaucoup de femmes et couples restent insatisfaits des services offerts comme en témoigne la montée des services parallèles (MSSS 1989; CRESSO 1986).

A propos des innovations mises en oeuvre au sein des hôpitaux afin d'humaniser la naissance, les chambres de naissance sont particulièrement intéressantes. Le concept des chambres de naissance vise en fait à atteindre plusieurs objectifs, mais tous n'ont pas la même conception de la chambre de naissance et par conséquent la philosophie qui l'accompagne peut différer d'un centre hospitalier à un autre. (CRESSO 1986)¹² Afin de connaître les perceptions des étudiantes sur la chambre de naissance nous leur avons demandé quelles devraient être les qualités d'une chambre de naissance.

En général les étudiantes conçoivent la chambre de naissance comme étant un espace gai. Elle a la particularité d'offrir à la femme : un support affectif et psychologique; une philosophie d'intervention faisant place à l'autonomie de la femme; la possibilité de cohabiter avec l'enfant 24 heures sur 24; et un choix quant aux personnes qu'elle désire présentes lors de l'accouchement. Les étudiantes n'ont toutefois pas manifesté l'intérêt d'inclure comme particularité de la chambre de naissance la présence stable du personnel auprès de l'accouchée ainsi que des critères d'admission moins restrictifs. Néanmoins, puisque le succès des chambres de naissance dépend étroitement des mentalités des intervenant-e-s, il est encourageant de constater que les étudiantes favorisent la majorité des recommandations émises à l'égard des chambres de naissance.

Tableau 13

Perceptions des étudiantes sur les caractéristiques et qualités d'une chambre de naissance

	oui	%
chambre au décor gai	48	(94%)
support affectif et psychologique et apporté par tout le personnel	37	(73%)
philosophie d'intervention faisant place à l'autonomie des femmes	35	(69%)
permettre la cohabitation 24 H sur 24	40	(78%)
permettre à la femme d'avoir en sa présence les personnes qu'elle désire	37	(73%)
permettre la présence stable du personnel	26	(51%)
avoir des critères d'admission moins restrictifs	11	(22%)
Total : (51)	(234)	(100%)

Source : questionnaire, q. 47.

Le mouvement pour l'humanisation de la naissance en plus de mettre l'emphase sur la nécessité de développer des alternatives à la salle d'accouchement a fait ressortir l'importance de la satisfaction de l'accouchement et la relation entre la mère et l'enfant qui s'ensuit (Brabant 1987a; Klein et al. 1984). Il encourage également les premiers contacts afin d'établir un lien d'attachement et favoriser la relation entre la mère et l'enfant et, le père et l'enfant. (Larose 1986b) D'autres auteurs (Gianini-Belotti 1986; Choquette 1989) critiquent par contre le fait que l'on idéalise une nouvelle forme d'accouchement, que l'on met l'emphase sur les premiers

contacts alors ces-contacts peuvent tout aussi bien se développer plus tard sans pour autant nuire à la relation entre l'enfant et ses parents. Donnant suite à ces faits, nous avons demandé aux étudiantes si elles considèrent que le vécu de la naissance peut influencer la relation mère/enfant.

Selon les résultats obtenus les étudiantes semblent sensibilisées à l'avantage des liens précoces entre la mère et l'enfant puisque l'ensemble des étudiantes (82%) expriment l'opinion qu'il existe un très grand lien entre le déroulement de l'accouchement et le développement de la relation.

Le mouvement d'humanisation de la naissance a également mis en lumière l'importance de la période post-partum. (Choquette 1989; Goyette 1989; Lemay et al. 1988)¹³ Les réseaux d'entraide traditionnels ayant disparus les femmes d'aujourd'hui se retrouvent seules à la maison, démunies, pour s'occuper de ce nouveau venu. Le besoin d'aide post-natal se fait sentir et les femmes désirent comprendre cette période afin de mieux la vivre. (Goyette 1989) Or nous avons demandé aux étudiantes si à leur avis la période post-partum mérite autant d'attention que la grossesse et l'accouchement. Les répondantes admettent en grand nombre (88%) que cette période s'avère cruciale pour le bon développement de la relation mère-enfant et que par conséquent, une attention particulière devrait être accordée à cette période. C'est dire que les perceptions des étudiantes sur la période post-partum reflètent en partie les idées mises de l'avant par le courant d'humanisation de la naissance.

Un survol rapide sur les perceptions des étudiantes quant aux différentes facettes de l'humanisation de la naissance nous a permis de constater que les étudiantes en technique infirmière ont adopté plusieurs idées soulevées par le mouvement de l'humanisation de la naissance. Toutefois, ces idées correspondent aux innovations déjà réalisées dans la majorité des départements d'obstétrique. Il nous a également été possible de convenir que d'autres aspects fort importants pour humaniser la naissance ont été niés par les étudiantes. En effet, la majorité des étudiantes présument que les critiques à l'endroit de l'accouchement en milieu hospitalier que nous leur avons présentées, critiques d'ailleurs formulées par les femmes, ne sont pas fondées et que les femmes sont presque entièrement satisfaites de leur expérience de la naissance. Pourtant, il s'agit fondamentalement des revendications appuyées par les femmes. Par ailleurs, elles négligent l'impact de l'environnement sur le déroulement de la naissance alors qu'on insiste de toutes parts pour créer des alternatives à l'accouchement en milieu hospitalier. Elles ne réalisent pas non plus l'impact que peut avoir la formation des médecins axée sur la pathologie sur les perceptions de la naissance. De telles observations nous laissent perplexes quant à une transformation radicale des mentalités des intervenant-e-s en obstétrique puisqu'elles démontrent une fermeture certaine face aux besoins réels des femmes.

4. Connaissances des étudiantes sur la profession de sage-femme

Actuellement beaucoup de femmes luttent pour la légalisation de la profession de sage-femme. De plus en plus d'organismes, de professionnels et professionnelles reconnaissent

l'importance de faire revivre cette profession. Puisqu'il s'agit d'un sujet brûlant d'actualité nous nous sommes demandées quelle image est véhiculée de la sage-femme parmi les étudiantes en techniques infirmières. Mais de plus, afin d'approfondir leurs perceptions de la sage-femme, quelles compétences attribuent-elles à cette intervenante?

L'image de la sage-femme

Poursuivant l'objectif de dresser le portrait que se font les étudiantes de la sage-femme, nous avons entrepris de les questionner sur les motifs pour lesquels les femmes ont aujourd'hui recours aux services d'une sage-femme. Or selon les données recueillies, la majorité des étudiantes estiment que les principales qualités d'une sage-femme sont : son intervention personnalisée; sa disponibilité; son soutien psychologique; sa capacité d'écoute; la relation d'amitié qui peut se développer et ses qualités de conseillère et guide. Par contre, trois autres caractéristiques que nous leur avons proposées ont été majoritairement réfutées comme éléments incitant les femmes à rechercher les services d'une sage-femme. Il s'agit de la compétence professionnelle; de sa philosophie d'intervention; et de la qualité des informations transmises.

Tableau 14

Perceptions des étudiantes quant aux motifs incitant les femmes à avoir recours au service d'une sage-femme lors du suivi de grossesse et lors de l'accouchement

	Suivi de grossesse		Accouchement	
	Nombre	%	Nombre	%
compétence professionnelle	17	33%	17	33%
intervention personnalisée	22	43%	34	67%
disponibilité	31	61%	30	59%
soutien psychologique	42	82%	43	84%
capacité d'écoute	30	59%	-	-
qualité des informations transmises	17	33%	-	-
relation d'amitié qui peut se développer	32	63%	-	-
philosophie d'intervention	-	-	21	41%
excellente conseillère et guide	-	-	27	53%
Total : (51)	(191)	(375%)	(172)	(337%)

Source : questionnaire, q. 42.

Il ressort de ces résultats que ce sont d'abord les qualités sociales de la sage-femme qui sont prises en considération par les étudiantes quant au choix que font les femmes d'être suivies par une sage-femme tout au long de leur grossesse. La qualité de la compétence professionnelle, d'ailleurs considérée comme l'une des caractéristiques les plus importantes pour les femmes dans leur choix d'une sage-femme (Brabant 1990; Saillant, Desjardins et O'Neill 1986) semble selon les réponses des étudiantes réservée aux professionnels médicaux comme le médecin, l'obstétricien, le gynécologue. Comme le fait remarquer Anne Quéniart, "on privilégie dorénavant la compétence du médecin et non plus ses qualités humaines". (Quéniart 1987 :200)

Ainsi, les étudiantes perçoivent le service du médecin comme garant d'une sécurité technique d'où sa compétence professionnelle alors que le service de la sage-femme est relégué à tout l'aspect social, négligeant sa compétence professionnelle. Selon elles, si les femmes ont recours aux sages-femmes c'est d'abord et avant tout pour ses qualités sociales. Pourtant, ce que les femmes recherchent dans le service d'une sage-femme recoupe l'ensemble des caractéristiques énumérées ci-dessus, n'en minimisant aucune. (Brabant 1990; Brabant 1987 a; Saillant, Desjardins, O'Neill 1986) En occurrence, il appert que l'image de la sage-femme s'est développée autour de certaines idées: la sage-femme arborant une approche psycho-sociale tandis que le médecin adopte une approche médicale et technique. S'il est incontestable que la sage-femme adopte une approche psycho-sociale de la naissance, elle ne néglige pas pour autant l'aspect médical et technique y étant relié comme semblent le prétendre les étudiantes. De l'avis des étudiantes, les sages-femmes ne sont donc pas reconnues pour leur compétence professionnelle mais pour d'autres qualités que l'approche médicale ne favorise pas.

Les qualités et compétences de la sage-femme

Poursuivant dans cette optique nous avons interrogé les étudiant·es sur les compétences des sages-femmes. Nous leur avons présenté différentes interventions, toutes relevant de la compétence d'une sage-femme (Brabant 1987a) afin de savoir si leurs perceptions de ses qualités techniques sont considérées comme limitées comme en témoignent leurs perceptions des motifs incitant les femmes à avoir recours à ses services. Or la majorité des étudiantes estime que les compétences techniques de la sage-femme sont les suivantes : prendre la pression artérielle; prendre le coeur foetal; pratiquer un massage du périnée; pratiquer la réanimation cardio-respiratoire; aider à l'expulsion du placenta en cas de nécessité; examiner un nouveau-né et reconnaître les problèmes de santé; retourner le bébé s'il se présente dans certaines positions. Par contre, les étudiantes estiment qu'une sage-femme n'a pas les compétences requises pour exercer les interventions suivantes: faire une analyse d'urine; mesurer le bassin; faire des points de suture; et intervenir en cas d'urgence.

Tableau 15

Perceptions des étudiantes sur les compétences professionnelles d'une sage-femme

	possède les compétences pour exercer cet acte	
	Nombre	%
retourner le bébé s'il se présente dans certaines positions	27	53%
faire une analyse d'urine	17	33%
prendre la pression artérielle	30	59%
prendre le coeur foetal	32	63%
mesurer le bassin à l'aide d'un pelvimètre	20	39%
faire des points de suture	10	20%
faire un massage du périnée	44	86%
pratiquer la réanimation cardio-respiratoire	28	55%
aider l'expulsion du placenta si nécessaire	28	55%
intervenir en cas d'urgence	15	29%
examiner un nouveau-né et reconnaître les problèmes de santé	33	65%
Total : (51)	(284)	

Source : questionnaire, q. 48.

Afin d'approfondir leurs connaissances de la pratique des sages-femmes nous avons sondé leurs perceptions des moyens mis en pratique par la sage-femme et par le médecin au moment de la naissance dans le but de favoriser la relation mère-enfant. A cet égard, la majorité des étudiantes (84%) croient que le médecin et la sage-femme déposent l'enfant dès sa naissance sur le ventre de sa mère; 57% des répondantes croient toutefois que seule la sage-femme retardera le moment de couper le cordon ombilical; 61% des étudiantes sont également d'avis que seule la sage-femme suggère à la femme de faire pénétrer la substance enduite sur le bébé; 65% des répondantes admettent aussi que seule la sage-femme encourage la mère à caresser son bébé et à lui exprimer son amour; finalement, 53% des étudiantes sont d'avis que seule la sage-femme encourage la mère à allaiter son bébé. Les étudiantes démontrent donc une forte conscientisation que la stimulation à des liens étroits et précoces entre la mère et l'enfant est surtout le fait de la sage-femme, le médecin prenant peu part à ces activités.

Tableau 16

Perceptions des moyens mis en pratique par le médecin et la sage-femme afin de favoriser la relation mère-enfant dès la naissance

	Médecin et sage-femme		Médecin		Sage-femme		ni l'un ni l'autre	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
déposer l'enfant sur le ventre de sa mère	43	84%	3	6%	5	10%	-	-
ne pas couper le cordon ombilical dès la naissance	13	25%	6	12%	29	57%	3	6%
suggérer à la mère de faire pénétrer la substance enduite sur le bébé	4	8%	4	8%	31	61%	12	24%
encourager la mère à caresser son bébé et lui exprimer son amour	16	31%	2	4%	33	65%	-	-
encourager la mère à allaiter son bébé	22	43%	-	-	27	53%	1	2%
Total :	(98)		(15)		(125)		(16)	

Source : questionnaire, q.51.

A notre avis, il appert que les étudiantes minimisent les compétences de la sage-femme. On comprend d'ailleurs mieux pourquoi les étudiantes privilégieraient un suivi de grossesse et l'accompagnement lors de l'accouchement avec une sage-femme et un médecin lorsqu'elles

considèrent que les sages-femmes ont l'avantage d'une approche plus humanisée mais qu'en même temps, elles ne possèdent pas toutes les qualités techniques pour venir en aide à la femme ou à l'enfant en cas de complication. Or, ces perceptions sont-elles le reflet du discours médical ou sont-elles la conséquence de l'ignorance sur la profession de sage-femme? Nous ne sommes malheureusement pas en mesure de répondre à cette question. Nous avons cependant remarqué un fait : les étudiantes semblent admettre que les compétences d'une sage-femme relèvent de la médecine douce, comme en témoigne la capacité à pratiquer un massage du périnée et retourner le bébé s'il se présente dans certaines positions et par conséquent, la majorité admet qu'elle n'a pas les capacités pour intervenir en cas d'urgence. Il serait donc plus risqué d'accoucher en dehors d'un centre hospitalier avec une sage-femme. Cette idée correspond largement au discours médical selon lequel l'accouchement revêt toujours un potentiel de complication et que dans cet esprit, il vaut mieux être prêt à toute éventualité. Par conséquent, accoucher à la maison avec une sage-femme est très risqué et déraisonnable puisque la sage-femme n'a ni le matériel technique à sa disposition, ni les qualités pour en faire usage. La notion de risque est donc d'autant plus renforcée lorsque la femme accouche avec une sage-femme.

A cet égard, il est intéressant de mentionner que la majorité des étudiantes estime qu'il est un peu risqué pour une femme d'accoucher à la maison, que ce soit l'occasion d'un premier ou d'un deuxième enfant. Néanmoins, elles croient que le taux de mortalité infantile n'est pas plus élevé dans les cas d'accouchements à la maison qu'en centre hospitalier. Par conséquent, il semble que les étudiantes respectent le choix de l'accouchement à la maison et ceci est fort étonnant alors qu'une telle expérience est généralement mal perçue et découragée.¹⁴ Or cette

étude peut fournir certains éclaircissements quant à la pertinence de ce prérequis car comme nous avons pu en faire constat, plusieurs idées touchant à la perception de la naissance auront à être recontestées afin d'engager les étudiantes dans une philosophie de la naissance propre aux sages-femmes.

Conclusion

La naissance a au cours des siècles et des sociétés revêtu différentes formes bien qu'il s'agisse toujours de mettre au monde un enfant. Dans la société québécoise la naissance est passée d'un processus naturel à un événement contrôlé, planifié. Par conséquent, le sens et la valeur rattachés à l'enfant s'en sont trouvés modifier. Les rites et les croyances entourant la naissance ont également été bouleversés. Hier, la femme qui accouchait était entourée de la communauté féminine et l'on faisait appel à la sage-femme et à l'au-delà pour lui venir en aide; aujourd'hui, l'accouchée se retrouve dans un environnement inconnu entourée d'étrangers et c'est vers la science que l'on se retourne afin d'assurer une issue de grossesse heureuse. Alors que cet événement relevait exclusivement du ressort des femmes, il est passé aux mains des experts : les hommes. La naissance a ainsi suivi l'évolution de la société québécoise. Plus encore, nous sommes à même de constater que la domination masculine de la naissance a également été influencée par cette évolution. Ainsi, l'assujettissement aux nombreuses maternités a glissé jusqu'au contrôle de la fécondité étant bien sûr toujours sous l'emprise masculine; le savoir empirique des femmes sur la naissance a été récupéré par la science masculine, le contrôle de l'avortement est encore régi par les hommes et plus récemment, le développement des nouvelles technologies de reproduction sont encore sous le contrôle des hommes. Cette domination masculine sur le corps des femmes s'infiltré ainsi subtilement dans toutes les sphères de la sexualité féminine.

La naissance est donc un moment particulièrement vulnérable à la domination masculine. Depuis que la science médicale a pris sous son contrôle la maternité afin d'en assurer le maximum de sécurité, les femmes ont perdu tout pouvoir de décision sur cet événement et leurs connaissances sont tombées en désuète face au savoir médical scientifique. Depuis, l'on assiste à une déshumanisation de la naissance. La maternité revêt alors un sens pathologique: elle est considérée comme une maladie. Le discours médical a alors appris aux femmes qu'il est dangereux d'accoucher et que pour leur bien-être et celui de leur enfant elles devaient s'en remettre aux experts, qui eux s'occuperaient de tout. Il en résulta le fait que les femmes ont perdu toute autonomie sur cet événement.

Mais depuis une dizaine d'années la perception de la naissance et les traitements entourant l'accouchement se transforment peu à peu. Les féministes ont fait ressortir le contrôle exercé par les hommes sur le corps des femmes. Cette prise de conscience touche directement la naissance. Depuis, les femmes ont remis en question le savoir et le pouvoir médical. Si bien que nous sommes aujourd'hui confrontées à deux approches dualistes de la naissance, soit l'approche médicale de la naissance et l'approche humaniste de la naissance. Cette dernière est le résultat d'une prise de conscience des femmes de l'appropriation masculine de la naissance au nom de la sécurité. Les femmes ne veulent certes pas compromettre cette sécurité mais elles sont par ailleurs atterrées des interventions médicales abusives pratiquées afin d'assurer le maximum de sécurité. En fait ces interventions ne sont pas sans risque et comme nous avons pu le constater, une intervention en appelle souvent une autre. Il en résulta ainsi une déshumanisation croissante de la naissance de même qu'une perte du sens de cet événement alors que les femmes se font

accoucher et qu'elles n'accouchent plus. Les femmes se sont donc organisées afin de créer un mouvement pour l'humanisation de la naissance. Elles se sont données les moyens pour discuter de leur insatisfaction face à la prise en charge de la naissance par la médecine et pour faire entendre leurs attentes et leurs droits. Parallèlement, les sages-femmes regagnent en popularité. C'est que pour plusieurs femmes, leur perception de la naissance correspond à leurs attentes. Elles font partie intégrante de tout le processus de l'humanisation de la naissance. La légalisation de la profession de sage-femme est alors revendiquée. A l'heure actuelle, le projet de loi 4 permettant la mise sur pied de projets-pilotes avec sages-femmes a été adopté en juin 1990. Les premiers projets-pilotes verront bientôt le jour. Malgré ce gain vers la légalisation de la pratique des sages-femmes tout n'est pas gagné. En fait, la Corporation professionnelle des médecins s'étant opposée fermement à de tels projets, elle nous avise qu'elle ne collaborera pas à leur succès. (Éthier 1990; Leroux 1990)

Or, comment les étudiantes en technique infirmière perçoivent-elles l'humanisation de la naissance et quelle image se font-elles de la sage-femme? Nous avons pu constater par les résultats de notre sondage que les étudiantes sont bel et bien favorables à l'insertion des sages-femmes dans notre système de santé. Néanmoins, leurs connaissances des compétences et habiletés professionnelles de cette intervenante sont restreintes. Il en est de même de plusieurs aspects fort importants du processus d'humanisation de la naissance. Ainsi, il ressort clairement que les étudiantes ne sont que très peu informées des attentes des femmes face à leur accouchement puisqu'elles considèrent ces dernières comme presque entièrement satisfaites de leur accouchement. Or cette ignorance quant aux besoins des femmes ne favorise aucunement les

transformations d'attitude et de mentalité face à cet événement, pas plus qu'elles n'engendrent de nouvelles pratiques. Par ailleurs, les interventions médicales ne font encore l'objet d'une remise en question sérieuse. Elles sont certes critiques face à certaines interventions mais sont encore très tolérantes. Par exemple, elles qualifient le taux de césariennes élevé mais ne questionnent pas pour autant les motifs entraînant un tel recours. Cette attitude peut s'expliquer par le fait qu'elles sont très imprégnées par l'idéologie médicale du risque. Le discours médical joue donc un rôle dominant dans les perceptions des étudiantes sur la naissance. Néanmoins, le discours sur l'humanisation de la naissance a eu quelques répercussions sur les étudiantes: elles adoptent plusieurs idées soulevées par ce mouvement bien que ces idées correspondent généralement à plusieurs innovations déjà mises en oeuvre. Aussi acceptent-elles peu à peu l'idée de centres de naissances à l'extérieur du milieu hospitalier de même que le droit pour celles qui le désirent d'obtenir les services pour un accouchement à la maison. Par contre, d'autres facteurs mis en évidence par le mouvement d'humanisation de la naissance sont négligés tels l'impact de l'environnement et l'insatisfaction des femmes face au déroulement de leur accouchement. Par conséquent, à notre avis il est possible d'admettre que le discours de l'humanisation de la naissance a marqué les étudiantes mais que leur perception de la naissance reste encore très influencée par le discours médical dominant.

Nous croyons également que le discours sur l'humanisation de la naissance a principalement attiré l'attention des étudiantes sur les sages-femmes. Toutes affirment avoir entendu parler des sages-femmes et plusieurs expriment le désir de devenir elles mêmes sages-femmes. Malgré cet intérêt, il ressort que leur perception de la sage-femme reflète une image

non conforme à ce qu'est réellement cette intervenante. Ainsi, son rôle et ses compétences sont limités à quelques aspects d'ordre psycho-social. Elles ne la considèrent pas comme une professionnelle au même titre qu'un médecin. Tout concorde à dire que ses qualités interpersonnelles ne peuvent être garantes d'une compétence technique. Il en ressort une vision de la profession de sage-femme comme non-scientifique, non-professionnelle. Comme le mentionne Isabelle Brabant, "On en est venu à considérer que professionnel voulait dire expert, loin, froid, désintéressé de la personne." (Brabant 1987 :426) Et à cette sage-femme d'ajouter:

Le sens premier et réel du mot professionnel s'est perdu; on en est même venu à penser que les deux pôles "chaleureux et humain" et "rationnel et scientifique" se repoussent l'un l'autre. (Brabant 1987 :426)

Cette vision de non-professionnelle accolée à la sage-femme semble bien présente à l'esprit des étudiantes. Or, les faits nous portent à croire que le pouvoir médical exerce un important contrôle social puisqu'à bien des égards, il semble que le modèle médical scientifique soit dominant dans la société québécoise actuelle. Par conséquent, nous sommes confrontés à un conflit de valeur mettant en opposition le savoir scientifique et l'approche globale de la santé. Ainsi, le modèle scientifique réfère au temps industriel et renvoi à une image de modernité et de progrès tandis que l'approche globale de la santé est davantage associée au temps agricole, nous renvoyant à une image du passé. C'est d'ailleurs de cette dualité que découle à notre avis les perceptions des étudiantes sur la pratique des sages-femmes comme étant une approche plus humaine mais aussi non-scientifique et donc beaucoup plus ancienne et risquée.

Or, nous comprenons mieux à la lueur de ces faits la prépondérance du discours médical scientifique dans les perceptions des étudiantes sur la naissance et la pratique des sages-femmes. Nous convenons aussi que des changements de valeur doivent s'ensuivre si nous voulons poursuivre le processus d'humanisation des naissances déjà amorcé et instaurer à nouveau la pratique des sages-femmes dans une optique de progrès et non de retour au passé.

NOTES

1. Ce pouvoir leur offrait également la possibilité de choisir la ou les positions d'accouchement. (Laforce 1985, Lemieux 1985) Et parmi les femmes qui entouraient l'accouchée se trouvaient les femmes les plus âgées, celles qui avaient eu le plus d'enfants et celles qui avaient assisté le plus d'accouchements. Entre toutes, l'une d'elle se démarquait et avait la responsabilité des soins; il s'agissait de la matrone ou de la sage-femme. (Laforce 1985, Laget 1982)
2. La pharmacopée traditionnelle était également une composante importante du déroulement de la naissance. Les connaissances traditionnelles de l'herbier local fournissaient une multitude de préparations servant à la purgation, à accélérer les contractions, à assurer l'expulsion rapide, à arrêter l'hémorragie. Elle se servait également de produits gras nécessaire pour lubrifier le sexe des femmes et les mains de celle qui accouche. (Laforce 1985, Laget 1982)
3. "La sage-femme Leake dans son traité sur l'art de l'obstétrique accuse les chirurgiens d'employer les forceps pour déclencher le travail prématurément et pour écourter la durée normale de la délivrance, ceci pour des raisons de convenances." (Laforce 985:79)
4. Les sages-femmes seront de ce fait reconnues comme "officiers publics" par le lieutenant-gouverneur et inscrites dans la gazette officielle. Elles occupent aussi un espace spécifique dans les annuaires officiels, dans la section des praticiens médicaux. Dans les villages, les sages-femmes continuent toujours d'être approuvées et contrôlées par l'Église aussi bien que recommandées par un médecin. (Laforce 1987: 168)
5. "Madame Grégoire nous a relaté l'exemple d'un jeune médecin qui, en tirant trop fort sur la jambe de l'enfant, l'arracha au passage." (Laforce 1985:107)
6. Cette idée que la modernité a transformé la "nature féminine" a également été reprise par Katherine Blunden dans son ouvrage Le travail et la vertu (1982). L'auteure nous démontre comment la Révolution industrielle a complètement transformé l'univers d'antan pour imposer ses propres règles, et comment ce bouleversement économique se répercutera sur le rôle même de la femme. La Révolution industrielle a ainsi appelé à une redéfinition du rôle et de la "nature" de la femme. (Blunden 1982) On assiste alors à l'émergence d'un nouveau type de femmes: celles qui ne produisent rien, du moins c'est ce qu'on en dit. Ces propos fort éloquentes démontrent bien le discours qui était tenu sur les femmes de cette époque.

La première historiquement et la dernière au bas de l'échelle sociale à faire l'objet de cette délégation d'oisiveté et de gaspillage est l'épouse. A elle reviendra la délicatesse de traits et de silhouette qui signale l'incapacité productive, à elle reviendra un habillement si peu fonctionnel que hauts talons et jupes étroites -- sans parler de la crinoline, de la tournure, ou des manches-gigots -- suffiront à assurer l'observateur de son inactivité totale, simultanément, un corset lacé si fort qu'il doit être lacé par autrui témoignera, avec les évanouissements et les bien réelles maladies qu'il entraîne, de son asservissement. Elle sera manifestement subordonnée, chère et inutile. (Blunden 1982:34)

7. Afin de recréer l'histoire sociale de l'obstétrique, les auteur-e-s de cette recherche ont procédé à une analyse comparative les 17 éditions du William's Obstetrics au cours du XXe siècle. Selon eux, ce manuel est l'outil de formation le plus utilisé en Amérique du Nord et représente en occurrence, les "normes et (...) pratiques de la communauté médicale". (Renaud et al. 1987: 182) Et chaque édition selon eux témoigne des "consensus de base".
8. Les rayons X permettent technologiquement dès 1926, de confirmer la grossesse, la position du fœtus ainsi que certaines malformations fœtales. On met également au point les premiers tests de grossesse. Finalement en 1930, on assiste aux premières transfusions sanguines et en 1941, on rapporte l'utilisation des antibiotiques et des sulfamides. (Renaud et al.1987:185)
9. Selon une étude réalisée par France Laurendeau, depuis 1926, le taux de mortalité maternelle et périnatale s'est considérablement amélioré. Ainsi en 1926, le taux de mortalité maternelle se lisait comme tel:

52 pour 10000 naissances vivantes alors que le taux de mortalité périnatale se situait à **63.4 pour 1000 naissances**. En 1970, le taux de mortalité maternelle tombait à **2.4 pour 10000 naissances vivantes** et le taux de mortalité périnatale se réduisait à **22.3 pour 1000 naissances**. Finalement, les dernières données pour 1978, font état d'un taux de mortalité maternelle de **.7 pour 10000 naissances vivantes**, et un taux de mortalité périnatale de **12.4 pour 1000 naissances**. (Laurendeau 1987:142)

10. Nous reviendrons d'ailleurs à cet effet, sur l'analyse de Anne Quéniart.
11. Le taux de césariennes pour la région du Québec, en 1986-87 était de 18.7% et pour la région de l'Outaouais, à cette même date, de 19.8%. Et "De 1965 à 1982, le taux de césariennes est passé de 5 à 18 pour cent", pour le Canada. (L'une à l'autre, 1986, 3-2:9)
12. Son étude est le fruit d'une réflexion visant à faire connaître l'opinion des femmes sur la maternité, le sujet ayant été abordé dans différentes perspectives mais jamais en égard de ce que vivaient vraiment les femmes. Elle a donc interrogé environ 150 femmes et rencontré quatre-vingts femmes dans des cours prénatals, afin de "dégager la signification qu'elles accordent à la maternité, comprendre comment elles construisent leur réalité sociale à partir d'expériences individuelles" (Quéniart 1987:215)
13. Insécurité quant à l'avenir et l'ensemble des responsabilités qui devront être prises en charge, peur que la maternité déforme son corps et qu'il ne retrouve pas sa forme, et inquiétude d'être jugée quant à la décision d'avoir un enfant. (Quéniart 1987,1988)
14. Même si la médecine considère l'échographie moins dangereuse que les rayons X pour le fœtus,

"les débats sont vifs concernant le nombre d'échographies nécessaires, surtout dans les grossesses considérées comme normales. Par ailleurs, toutes les techniques invasives (amniocentèse, biopsie chorale, prélèvement de sang fœtal) comportent un risque certain, même s'il diminue avec l'habileté des utilisateurs". (Renaud et al.1987:207)
15. Ainsi, la jaquette d'hôpital, le rasage de la vulve et parfois du pubis, le lavement, le soluté intra-veineux, la position couchée, l'interdiction de boire et de manger, la rupture artificielle des membranes, le transfert à la salle d'accouchement, l'anesthésie locale, l'épisiotomie et les points de suture ainsi que l'injection d'oxytociques dans le soluté après l'accouchement font partie de la routine que subissent durant les années 1970 la majorité des femmes qui accouchent. Et il s'agit d'un minimum. (Laurendeau 1987:134)

16. Bien qu'elle ne spécifie pas le type de méthodologie utilisée pour cette présentation, nous pouvons remarquer que les statistiques et les différentes observations dont elle fait mention, proviennent toutes d'une revue de littérature. Les données qu'elle nous présente sont donc le lot de recherches de la part d'autres auteur-e-s.
17. Ces statistiques trouvent leur source d'après une étude réalisée par Louise Saulnier (1982), alors qu'elle fit des recherches auprès de 8 centres hospitaliers et également, d'après une étude non publiée à cette date, produite par le Comité interministériel pour les sages-femmes.
18. Ces données sont le fruit d'une enquête réalisée par le ministère des Affaires sociales afin d'éclairer la situation prévalant dans les centres hospitaliers où se déroulent les accouchements.
19. On estime qu'il y aurait environ 200 sages-femmes au Québec. Une centaine d'entres-elles sont regroupées au sein de l'Association des sages-femmes du Québec et de l'Alliance des sages-femmes praticiennes. Une trentaine de sages-femmes exercent actuellement leur profession malgré l'absence d'un cadre légal. (Gagnon 11-2 1989:18)
20. Plusieurs critiques ont été dirigées contre ce sondage. Il semble en effet que la méthodologie de ce sondage soit en quelque sorte responsable des résultats obtenus et biaisés, et selon le Dr Boivin-Lesage du comité des femmes médecins. Ces résultats presque "parfaits" découlent du moment délibérément choisi pour mener le sondage, soit deux à trois jours après l'accouchement.

Or des études démontrent clairement que cette façon de procé-der ne permet absolument pas de recueillir des résultats conformes à l'expérience vécue: les femmes sont toutes alitées, soumises à un horaire et à des règlements, dépen-dantes du personnel. Elles ne sont pas encore remises, ni physiquement ni émotivement, de l'accouchement qu'elles viennent de vivre. Elles ont leur bébé, et "c'est le princi-pal". (Brabant 3-2 1986:7)

Et comme le précise le Dr Boivin-Lesage, "il faut plusieurs mois et quelquefois des années pour évaluer l'impact véritable d'un tel événement et des interventions qui l'ont accompagné". De plus, "on s'est contenté de mesurer le taux de satisfaction des femmes de façon indirecte en "demandant à l'accouchée les choix qu'elle ferait dans l'éventualité d'une nouvelle grossesse". Or, dans le domaine de la santé, afin de mesurer la satisfaction, les chercheurs utilisent généralement au

moins une dizaine de facteurs, alors que cette étude n'en retenu qu'un seul. (Brabant 3-2 1986)

De plus, les résultats du sondage sont basés sur une seule question soit, "De façon globale, est-ce que votre accouchement en milieu hospitalier a été une expérience positive ou négative?" (Brabant 3-2 1986:7)

21. Parmi les publications, la FQII a produit les documents "Femmes et maternité. Féconder de nouveaux choix. Donner naissance à de nouvelles ressources" (1987) et "Rapport du Comité AD HOC "Sages-Femmes" (1988), la FSPIIQ publia quant à elle le document "Mémoire Sages-femmes" (1980) et "Vers un accouchement qui nous ressemble. Faire renaître les sages-femmes au Québec" (1984)
22. En tant qu'usagères, nous devons exiger d'être écoutées lors de consultations, nous devons revendiquer le droit de savoir, d'être informées dans un langage accessible. Nous devons exiger des réponses claires à nos questions et la possibilité de participer aux choix de notre traitement. En somme, nous devons devenir des agents actifs de notre propre guérison. En tant qu'infirmières, nous devons épauler les usagères, les informer de leurs droits et des alternatives possibles, refuser nous aussi des comportements sexistes et paternalistes, redéfinir notre espace en tant qu'intervenantes de la santé. Nous croyons avoir un rôle déterminant à jouer dans le processus de réhabilitation de la santé et nous voulons nous en saisir. (Eloy, 4-3 1987:9)
23. Un sondage effectué pour le CRSSSO dans l'Outaouais, a démontré que 62% des femmes de l'Outaouais choisiraient une sage-femme ayant une formation universitaire pour les assister lors de la grossesse et de l'accouchement (CRSSSO 1986:83)

Selon un sondage commandé par le Journal de Montréal en avril 1989,

huit Québécois sur dix ont indiqué qu'ils seraient favorables à la reconnaissance officielle des sages-femmes. Quatre-vingt-quatre pour cent des 1000 personnes interrogées jugent utile le rôle des sages-femmes lors de l'accouchement et dans une proportion de 60.5%, les femmes ont indiqué que si elles devaient accoucher, elles apprécieraient la présence d'une sage-femme.

24. Entre autres, les échantillons "accidentels", les échantillons de volontaires, les échantillons systématiques, les échantillons par choix raisonnés, les échantillons par quotas, les échantillons aléatoires simples, les échantillons aréolaires, les échantillons en grappes, les échantillons stratifiés. (Gauthier 1984, Selltitz et al. 1977)
25. Voir l'article d'André Blais, "Le sondage", dans Recherche sociale, 1984: 322.
26. Selon un sondage effectué pour le compte de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, 58% des femmes ayant accouché ont eu un rasage et 43.9% ont eu un lavement. (CPMQ 1985 :17)
27. Voici ce que révélait la World Federation for Ultrasound in Medicine and Biology en juillet 1985:

il est difficile et inapproprié de conclure à la sécurité clinique de l'ultrasonographie diagnostique en se basant sur les études expérimentales actuellement disponibles. (Corporation professionnelle des médecins du Québec 1987 :23)

L'on admet également qu'en 1983, tant aux Etats-Unis qu'au Canada, il n'existait aucune norme concernant les appareils de diagnostic aux ultrasons ou précisant leur usage clinique. Le ministère fédéral de la Santé et du Bien-Etre social a néanmoins publié des lignes directrices de sécurité lors de l'utilisation d'ultrasons. Le FDA américain et l'Américain College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG) conseillent fortement de "ne prescrire que les études diagnostiques nécessaires ou indiquées". (Klein 1984 :16)

28. Selon des statistiques récentes recueillies à travers différents centres hospitaliers au Québec, l'on peut noter que le taux de césariennes varie de 12.5% à 26.4% selon la région et le centre hospitalier dans lequel les césariennes sont pratiquées. Dans l'Outaouais, les taux varient entre 15.5% et 27.5%, la répartition étant comme suit:

C.H. Maniwaki 26.4%
 C.H. Gatineau 24.1%
 C.H. Régional Outaouais 17.2%
 Commun. Pontiac 15.7%
 C.H. Buckingham 15.5%

Pour une moyenne de 19.8%

Ces statistiques proviennent du Service de statistiques d'assurance-maladie du Québec pour la période couvrant le 1er janvier au 31 décembre 1984 et 1986. (Vadeboncoeur 1988 a :8-9)

29. Selon la Corporation professionnelle des médecins du Québec, "le diagnostic de dystocie est à la source de près 30% des césariennes." (CPMQ 1987 :8)

Aussi, il arrive que les intervenants posent le diagnostic de dystocie alors qu'en réalité il ne s'agit d'un travail en phase latente. La Corporation recommande donc aux médecins de poser le diagnostic avec le plus de précision possible et de faire preuve de patience afin d'éviter le recours à la césarienne. (CPMQ 1987)

D'autre part, comme le fait remarquer Hélène Vadeboncoeur,

en obstétrique, on se fie beaucoup à la courbe de Friedman et le travail moyen est considéré comme le seul travail normal. Ainsi, pour plusieurs médecins tout travail différent devient anormal donc prétexte à interventions qui, parfois, ne font que compliquer les choses. (Vadeboncoeur 1988 a :10)

Quant au diagnostic de détresse foetale, comptant pour 5 à 10% des césariennes, l'on reconnaît qu'avec l'utilisation croissante du monitoring foetal la fréquence avec laquelle on pose ce diagnostic augmenta, cette hausse étant liée à des interprétations erronées des tracés ou encore, du simple soupçon de souffrance foetale (CPMQ 1987 :10)

Ainsi,

Plusieurs recherches randomisées ont montré que son utilisation augmentait de deux à trois fois le risque de césarienne (par rapport aux bébés simplement auscultés) sans que l'état des bébés à la naissance ne justifie un tel recours. (Vadeboncoeur 1988 a :11)

30. La position de lithotomie peut ainsi générer les conséquences physiques suivantes:

1. agit de façon négative sur la pression de la mère en comprimant la veine cave.
2. décroît l'intensité normale des contractions.
3. gêne les efforts volontaires de la mère pour expulser son bébé spontanément.

4. augmente le besoin d'utilisation des forceps.
 5. empêche l'expulsion spontanée du placenta, donc nécessite une intervention et augmente de fait l'incidence des hémorragies foeto-maternelles.
 6. augmente le besoin d'une épisiotomie à cause de la tension accrue sur le plancher pelvien et le tissu périnéal. La distance normale entre les pieds pour une expulsion naturelle est de 15 à 16 pouces ce qui est beaucoup moins que l'espace habituel entre les étriers d'une table d'accouchement traditionnelle. (Cornellier 1982: 8)
31. La femme qui se déplace ainsi peut en retirer des avantages au plan du soulagement de la douleur et au plan psychologique. De plus, elle élimine, ou du moins retarde, le moment où elle doit s'aliter et jouer "le rôle de la malade". Certaines études ont démontré que la marche se révèle aussi efficace que l'ocytocine pour stimuler ou accroître l'intensité du travail. Bien que l'on diffuse largement de l'information sur ces faits, la réglementation hospitalière interdit souvent aux femmes de circuler après la rupture des membranes. (Klein 1984 :27)
 32. Production sociale, biologique ou encore construction bioculturelle, il demeure mal compris par les savants biomédicaux qui ne savent toujours pas avec précision ce qui provoque la douleur, pas plus qu'ils ne comprennent pleinement son système de communication entre le corps et l'esprit. (Capra 1981:22 cité par Valentini 1987 :357)
 33. Une étude a été réalisée par Sosa sur "l'impact de la présence active d'une personne amie sur les problèmes périnataux, la durée du travail et la relation entre la mère et son enfant".
Or,
Ils associent sa présence à une diminution remarquable des problèmes périnataux, dont le recours à la césarienne et la présence de méconium. Ils ont de plus remarqué une réduction de l'intervalle de temps depuis l'admission de la femme jusqu'à l'expulsion du bébé. Finalement, la mère et son enfant avaient une communication plus positive. (Klein 1984 :44)
 34. Les infirmières disent avoir une plus grande conscience de leur valeur - en tant que femmes et en tant qu'hommes dans des emplois "féminins" - et

elles exigent de plus en plus le respect qui leur est dû au travail. (Boston Nurse's Group 1981: 299)

35. A cet égard, il est intéressant de reprendre les résultats de l'étude d'Anne Quéniart [1988] selon lesquels il y a une division sexuelle des tâches en obstétrique:

Mes répondantes décrivent le rôle du médecin comme en étant un de "vérification du déroulement du travail", de "surveillance du côté physique"; par ailleurs, elles présentent celui de l'infirmière comme étant surtout d'ordre relationnel, affectif. (Quéniart 1989: 73)

36. Comme le fait remarquer Isabelle Brabant, "il faut plusieurs mois et quelquefois des années pour évaluer l'impact véritable d'un tel événement et des interventions qui l'ont accompagné". (Brabant 1986b : 7)

37. Selon Sullivan et Beeman (1982), le problème récurrent dans les études de satisfaction en périnatalité est la réticence habituelle des usagères de services à critiquer les dispensateurs de soins en général. Cette réticence s'accroît davantage encore dans les domaines de la grossesse et de l'accouchement, surtout lorsque le bébé est né en santé. Les niveaux de satisfaction sont donc en général très élevés. (Sailland, Desjardins, O'Neill 1986 b :110)

38. Pour réellement atteindre l'objectif de l'humanisation de la naissance, les chambres de naissance doivent combler les attentes de démedicalisation, d'environnement familial, d'autonomie des femmes, de respect du rythme de la femme et de l'enfant, d'intimité et pour ce faire, une évolution des mentalités s'impose. (Savard 1987; Cornellier 1982 b)

...il faut faire attention que la chambre de naissance ne soit pas qu'un camouflage et que l'on continue de noter une progression constante des actes médicaux entourant la maternité. Il y a de plus en plus de chambres de naissances et le nombre d'interventions n'a pas pour autant diminué dans l'ensemble du Québec. (CRESSO 1986 :130)

39. Les statistiques révèlent qu'elle touche environ 20%+ des femmes de façon plus ou moins sévère. Ce phénomène peut survenir immédiatement ou plus tardivement après l'accouchement; sa durée moyenne est de deux mois, mais peut persister pendant près d'une année. Les symptômes sont variés, on observe

surtout une tristesse profonde, du découragement, une diminution ou une perte d'intérêt, de l'anxiété diffuse, de l'hostilité plus ou moins consciente, du désintérêt pour le bébé ou de l'ambivalence manifeste par des préoccupations excessives pour ce dernier, et enfin de sérieuses difficultés à fonctionner dans la vie quotidienne. (Lemay, Reeves, Boulianne 1988 :13)

40. Pour la majorité des gens dans le Québec des années '80, l'accouchement à la maison est perçu comme un anachronisme, une aventure risquée, un "trip", une idée farfelue et dangereuse, un rêve romantique dont la réalité pourrait brutalement nous réveiller. (Brabant 1989b :13)

Bibliographie

- ASSEMBLÉE NATIONALE
1990 Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets-pilotes, Éditeur officiel du Québec.
- AZAD, Azâdée
1985 La paternité usurpatrice. L'origine de l'oppression des femmes, Montréal, Les éditions du remue-ménage.
- ARCHAMBAULT, André
1988 "Sages-femmes: l'Outaouais est ravi", Le Droit, 7 janvier.
- ARON, Jean-Paul
1984 Misérable et glorieuse. La femme du XIXe siècle, Bruxelles, Éditions Complexe.
- BÉGIN, Monique
1989 a "Les femmes et les sciences de la santé: une analyse politique", L'avenir-santé au féminin, Québec, Gaëtan Morin : 11-48.
1989 b La refonte des soins de santé destinés aux femmes, Ottawa, ICREF.
- BÉLISLE, Diane et Yolande PINARD
1985 "De l'ouvrage des femmes québécoises", Du travail et de l'amour, Montréal, Éditions Saint-Martin : 100-133.
- BLANCHET, Suzanne
1990 "Enfin une loi sur les sages-femmes!", L'Une à l'autre, 7-1 : 4.
- BLANCHET, Madeleine et Madeleine LEVASSEUR
1980 "Périnatalité: bilan et prospective", Carrefour des affaires sociales, vol.2, édition spéciale : 10-27.
- BLUNDEN, Katherine
1982 Le travail et la vertu. Femmes au foyer: une mystification de la Révolution industrielle, Paris, Payot.
- BRABANT, Isabelle
1989 a "Accoucher à la maison. Chaleur, liberté et responsabilité", L'une à l'autre, 5-4: 12-19.
1989 b "Les NTR jusque dans mon lit!", L'une à l'autre, 6-1: 18-19.

- 1987 a "Femme et sage-femme: un lien à la couleur du quotidien", Accoucher autrement, sous la direction de Francine Saillant et Michel O'Neill, Montréal, Éditions Saint-Martin: 411-430.
- 1987 b "Ne touchez pas à ma douleur", L'une à l'autre, 4-1: 8-16.
- 1986 a "L'échographie: quelle histoire!", L'une à l'autre, 3-4: 16-17.
- 1986 b "Controverse. Un sondage menace sérieusement des projets importants en périnatalité", L'une à l'autre, 3-2: 7.
- 1983 "Les sages-femmes, une question féministe", L'une à l'autre, 2-2: 14.
- BRABANT, Danielle
1990 "Sages-femmes. Des artistes prennent position", L'une à l'autre, 6-3: 12-19.
- BRIERE, Paule
1988 "Qui a peur des nouvelles technologies de reproduction?", L'une à l'autre, 5-1: 6-9.
- 1987 "Des centres de maternité nouvelle mode", L'une à l'autre, 4-3: 20.
- 1986 "Il était une fois... Les maisons de naissance dépasseront-elles l'étape du rêve?", L'une à l'autre, printemps 3-2: 18-19.
- CAMERON, Sylvie
1983 "Que signifie humaniser?", L'une à l'autre, 2-3: 15.
- CARPENTIER, Jean
1981 "Pouvoir médical et impuissance médicale", Médecine et société. Les années 80, Montréal, Éditions Saint-Martin: 355-370.
- CHAMPAGNE, Michèle
1987 "Vers la légalisation des sages-femmes?", L'une à l'autre, 4-3: 8-9.
- CHAMPAGNE, Michèle et Sylvie BARRY
1987 "L'accompagnement à l'hôpital. On n'a jamais trop de support!", L'une à l'autre, 4-3: 12-17.

- CHARBONNEAU, Hubert, Bertrand DESJARDINS, André GUILLEMETTE, Yves LANDRY, Jacques LÉGARÉ et François NAULT
1987 Naissance d'une population. Les Français établis au Canada au XVIIe siècle, Paris, Presses Universitaires de France.
- CHAUVENET, Antoinette
1981 "La machine bureaucratique: effets de l'industrialisation de la médecine sur les rapports sociaux de production de soins", Médecine et société. Les années 80, Montréal, Éditions Saint-Martin: 339-354.
- CHOQUETTE, Diane
1989 "La périnatalité: entre le coeur et la raison", L'avenir-santé au féminin, Québec, Gaëtan Morin: 103-125.
- CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME
1989 "Sages-femmes. L'accouchement sur mesure", La Gazette des femmes, 11-2: 12-21.
- 1983 Essai sur la santé des femmes, Québec, Gouvernement du Québec.
- CONSEIL RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS
1986 Étude d'opportunité d'une maternité avec sages-femmes pour l'Outaouais.
- COQUATRIX, Nicole
1987 Épisiotomie. Les grands sous-entendus d'une petite coupure, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.
- 1985 "Les femmes et la reproduction: éléments d'interprétation de nos prétendues faiblesses", Les femmes et la santé, sous la direction de Colette Gendron et Micheline Beauregard, Québec, Gaëtan Morin: 53-81.
- 1980 "Peut-on humaniser une industrie?", Carrefour des affaires sociales, vol.2, édition spéciale: 29-32.
- CORNELLIER, Hélène
1989 "La saga des sages-femmes", L'une à l'autre, 6-2: 6.
- 1982 Depuis que le monde est monde, Montréal, Naissance-Renaissance.
- CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS DU QUÉBEC
1987 Exercice de l'obstétrique: le suivi de grossesse, l'échographie obstétricale, Montréal, Publication de la Corporation professionnelle des médecins du Québec.

- 1986 Exercice de l'obstétrique: la césarienne, l'anesthésie épidurale, l'induction du travail, le monitoring foetal, l'utilisation des forceps, l'épisiotomie, Montréal, Publication de la Corporation professionnelle des médecins du Québec.
- 1985 L'évaluation de la satisfaction de la parturiente relativement à son expérience vécue dans le système de santé québécois, Montréal, Publication de la Corporation professionnelle des médecins du Québec.
- COUILLARD, Lucie et Gertrude LAVOIE
1988 "Un premier centre de maternité à Québec: un projet conçu et proposé par des sages-femmes", L'une à l'autre, 5-3: 24.
- DAGENAIS, Huguette
1986 Approches et méthodes de la recherche féministe, Québec, Université Laval, Gremf.
- 1985 "Les femmes et le pouvoir dans le domaine de la santé" Les femmes et la santé, Québec, Gaëtan Morin : 107-118.
- 1981 "Quand la sociologie devient action: l'impact du féminisme sur la pratique sociologique", Sociologie et Sociétés, 13-2: 49-64.
- DANDURAND, Renée B.
1986 "Identité sociale et maternité sans alliance", Questions de culture 9. Identités féminines: mémoire et création, Québec, IQRC: 85-103.
- DE KONINCK, Maria
1987 "Multiplication des césariennes: phénomène chirurgical ou ... officine de laboratoire", Accoucher autrement, Sous la direction de Francine Saillant et Michel O'Neill, Montréal, Éditions Saint-Martin: 239-259.
- DESCARRIES, Francine
1988 "Maternité et technologie de la reproduction humaine: une réalité éclatée", Sortir la maternité du laboratoire, Gouvernement du Québec: 60-67.
- DESCARRIES-BÉLANGER, Francine
1985 "Bilan et enjeux des études féministes au Québec", Bilan et perspectives de recherches féministes, Ottawa, ICREF.
- DESCARRIES-BÉLANGER, Francine et Shirley ROY
1988 Le mouvement des femmes et ses courants de pensée: essai de typologie, Ottawa, ICREF.

- DE SEVE, Micheline
1985 "Prospectives de recherche féministe: vers un nouveau paradigme?" Bilan et perspectives de recherches féministes, Ottawa, ICREF.
- DE VILAINE, Anne-Marie
1986 a "De l'oubli du don maternel au refus de reconnaître la dette de la mère", Maternité en mouvement. Les femmes, la re/production et les hommes de science, Sous la direction de A.-M. de Vilaine, L. Gavarini, M. Le Coadic, Montréal, Presses Universitaires de Grenoble, Éditions Saint-Martin: 207-219.
- 1986 b "Femmes, une autre culture?", Maternité en mouvement. Les femmes, la re/production et les hommes de science, Sous la direction de A.-M. de Vilaine, L. Gavarini, M. Le Coadic, Montréal, Presses Universitaires de Grenoble, Éditions Saint-Martin: 17-21.
- DEVREUX, Anne-Marie
1986 "La maternité des femmes actives: un enjeu des rapports sociaux de sexes", Maternité en mouvement. Les femmes, la re/production et les hommes de science, Sous la direction de A.-M. de Vilaine, L. Gavarini, M. Le Coadic, Montréal, Presses Universitaires de Grenoble, Éditions Saint-Martin: 120-124.
- DROUIN, Jean
1987 "Les médecins de la vie...", Accoucher autrement, Sous la direction de Francine Saillant et Michel O'Neill, Montréal, Éditions Saint-Martin: 399-410.
- DUMAIS, Hélène
1989 "Langage et santé au féminin", L'avenir-santé au féminin, Sous la direction de Colette Gendron et Micheline Beauregard, Québec, Gaëtan Morin Éditeur: 1-10.
- EHRENREICH, Barbara et Deirdre ENGLISH
1982 Des experts et des femmes. 150 ans de conseils prodigués aux femmes, Montréal, Les éditions du remue-ménage.
- 1976 Sorcières, sages-femmes & infirmières. Une histoire des femmes et de la médecine, Montréal, Les éditions du remue-ménage.
- EHRENREICH, Barbara
1981 "L'objectivité médicale et les femmes", Médecine et société. Les années 80, Montréal, Éditions Saint-Martin: 81-92.
- ELOY, Martine
1987 "Prendre la parole, prendre notre place", L'une à l'autre, 4-3: 9.

- ETHIER, Chantal
1990 "Les ordonnances du docteur Roy", Châtelaine : 37-40.
- 1989 "Mères "indignes" levez-vous!", Châtelaine : 36-42.
- FÉDÉRATION DES INFIRMIERES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC
1988 Rapport du comité AD HOC "sages-femmes".
- FÉDÉRATION DES SYNDICATS PROFESSIONNELS D'INFIRMIERES ET D'INFIRMIERS DU QUÉBEC
1984 Vers un accouchement qui nous ressemble. Faire renaître les sages-femmes au Québec, Québec.
- FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES INFIRMIERES ET INFIRMIERS
1987 Femmes et maternité. Féconder de nouveaux choix. Donner naissance à de nouvelles ressources, Montréal.
- FERRAND, Michèle
1986 "Les "bénéfices" de la médicalisation de la procréation", Maternité en mouvement. Les femmes, la re/production et les hommes de science, Sous la direction de A.-M. de Vilaine, L. Gavarini, M. Le Coadic, Montréal, Presses Universitaires de Grenoble, Éditions Saint-Martin: 171-174.
- FILION, Dany
1990 "Isabelle Brabant. Une femme à la pointe du changement social", L'une à l'autre, 6-4 :8-9.
- GABOURY, Paul
1988 "Il y a de la place pour les sages-femmes", Le Droit, 14 septembre.
- GAGNON, Véronique
1990 "L'option hollandaise : Accouchez chez soi", Châtelaine: 43.
- GAUCHER, Dominique
1981 "La "vraie nature féminine" ou les dessous de la division du travail hospitalier au Québec", Médecine et société. Les années 80, Montréal, Éditions Saint-Martin: 313-337.
- GAUCHER, Dominique et France LAURENDEAU, Louise-Hélène TROTTIER
1981 "Parler de la vie. L'apport des femmes à la sociologie de la santé", Sociologie et Sociétés, 13-2: 139-152.
- GAUTHIER, Benoît
1984 Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données, Québec, Presses de l'Université du Québec.

- GAVARINI, Laurence
1986 a "Médecine - maternité - féminisme", Maternité en mouvement. Les femmes, la re/production et les hommes de science, Sous la direction de A.-M. de Vilaine, L. Gavarini, M. Le Coadic, Presses Universitaires de Grenoble, Montréal, Éditions Saint-Martin: 141-147.
- 1986 b "De l'utérus sous influence à la mère-machine... Le pas de côté des "nouveaux maîtres de la fécondité", Maternité en mouvement. Les femmes, la re/production et les hommes de science, Sous la direction de A.-M. de Vilaine, L. Gavarini, M. Le Coadic, Montréal, Presses Universitaires de Grenoble, Éditions Saint-Martin: 191-206.
- GÉLIS, Jacques
1987 "Préface", Accoucher autrement, Sous la direction de Francine Saillant et Michel O'Neill, Montréal, Éditions Saint-Martin.
- GENDRON, Colette
1985 "Contexte contemporain du mouvement de santé des femmes au Québec" Les femmes et la santé, Sous la direction de Colette Gendron et Micheline Beaugard, Québec, Gaëtan Morin : 7-13.
- GENDRON, Colette et Micheline BEAUREGARD
1989 L'avenir-santé au féminin, Sous la direction de Colette Gendron et Micheline Beaugard, Québec, Gaëtan Morin.
- 1985 Les femmes et la santé, Sous la direction de Colette Gendron et Micheline Beaugard, Québec, Gaëtan Morin.
- GIANINI-BELOTTI, Éléna
1986 "La nouvelle culture de la maternité", Maternité en mouvement. Les femmes, la re/production et les hommes de science, Sous la direction de A.-M. de Vilaine, L. Gavarini, M. Le Coadic, Montréal, Presses Universitaires de Grenoble, Éditions Saint-Martin: 70-73.
- GOYETTE, Line
1989 "Le post-natal, enfin!", L'une à l'autre, 6-1: 24.
- GUILLAUMIN, Colette
1981 "Femmes et théories de la société: Remarques sur les effets théoriques de la colère de opprimées", Sociologie et Sociétés, 13-2: 19-31.
- 1978 "Pratique du pouvoir et idée de Nature (1). L'appropriation des femmes", Questions féministes, 2:5-30.

- HARTING, Claire
1988 a "Omnipraticiens: non aux sages-femmes!", Le journal de Montréal, le 13 septembre.
- 1988 b "L'obstétricienne-gynécologue: la nouvelle génération des femmes médecins", Le journal de Montréal, le 24 mai.
- IEZZI, Dhyane
1990 "Femmes, enfantement et changement social", L'une à l'autre, 6-3: 20.
- JEAN, André
1987 "Baby shop ou Le bout de chou éprouvette", Accoucher autrement, Sous la direction de Francine Saillant et Michel O'Neill, Montréal, Éditions Saint-Martin: 261-274.
- JUTEAU-LEE, Danielle
1981 "Visions partielles, visions partiales: visions (des) minoritaires en sociologie", Sociologie et Sociétés, 13-2: 33-48.
- KLEIN M. et COLLABORATEURS
1984 Controverses obstétricales et les soins maternels, Montréal, CRSSSM.
- KNIBIEHLER, Yvonne
1986 "La mère définie par les médecins. Un rappel historique", Maternité en mouvement. Les femmes, la re/production et les hommes de science, Sous la direction de A.-M. de Vilaine, L. Gavarini, M. Le Coadic, Montréal, Presses Universitaires de Grenoble, Éditions Saint-Martin: 148-151.
- 1984 Cornettes et blouses blanches. Les infirmières dans la société française 1880-1980, France, Hachette.
- KNIBIELHER, Yvonne et Catherine FOUQUET
1977 Histoire des mères, France, Éditions Montalba.
- LABORIE, Françoise
1986 a "Peut-on penser les différences?", Maternité en mouvement. Les femmes, la re/production et les hommes de science, Sous la direction de A.-M. de Vilaine, L. Gavarini, M. Le Coadic, Montréal, Presses Universitaires de Grenoble, Éditions Saint-Martin: 22-26.
- 1986 b "La reproduction: les femmes et la science. Des scientifiques en mal de maternité?", Maternité en mouvement. Les femmes, la re/production et les hommes de science, Sous la direction de A.-M. de Vilaine, L. Gavarini, M. Le Coadic, Montréal, Presses Universitaires de Grenoble, Éditions Saint-Martin: 181-187.

LAFORCE, Hélène

1987 a "Naissance-Renaissance. 10 ans déjà", L'une à l'autre, 4-3: 12-19.

1987 b "L'accouchement traditionnel: d'hier à aujourd'hui", Accoucher autrement, Sous la direction de Francine Saillant et Michel O'Neill, Montréal, Éditions Saint-Martin: 31-37.

1987 c "Les grandes étapes de l'élimination des sages-femmes au Québec du 17e au 20e siècle", Accoucher autrement, Sous la direction de Francine Saillant et Michel O'Neill, Montréal, Éditions Saint-Martin: 163-180.

1985 Histoire de la sage-femme dans la région de Québec, Québec, IQRC.

LAGET, Mireille

1986 "La détermination des rôles dans l'histoire de l'accouchement", Maternité en mouvement. Les femmes, la re/production et les hommes de science, Sous la direction de A.-M. de Vilaine, L. Gavarini, M. Le Coadic, Montréal, Presses Universitaires de Grenoble, Éditions Saint-Martin: 152-155.

1982 Naissances. L'accouchement avant l'âge de la clinique, Paris, Éditions du Seuil.

CARMEL LAJOIE, Jean

1989 "L'infirmière auxiliaire", Le Droit, le 20 octobre.

L'ALLIANCE QUÉBÉCOISE DES SAGES-FEMMES PRATICIENNES

1987 "Dossier chaud: la formation des sages-femmes", L'une à l'autre, 4-2: 6-7.

LAROSE, Camille

1986 a "Etre reconnues", L'une à l'autre, 3-3: 6.

1986 b "Lorsque bébé paraît", L'une à l'autre, 3-3: 8-13.

1986 c "Centres de maternité: une alternative réaliste", L'une à l'autre, 3-3: 16-17.

LAURENDEAU, France

1987 "La médicalisation de l'accouchement", Accoucher autrement, Sous la direction de Francine Saillant et Michel O'Neill, Montréal, Éditions Saint-Martin: 125-162.

1978 Accoucher à l'hôpital, Thèse de maîtrise, Université de Montréal.

- LAZURE, Hélène
1985 "L'infirmière", Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie, Sous la direction de Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin, Québec, Presses de l'Université du Québec, IQRC, Presses Universitaires de Lyon: 631-643.
- LE BOSTON NURSES' GROUP
1981 "Le professionnalisme en nursing: une promesse illusoire", Médecine et société. Les années 80, Montréal, Éditions Saint-Martin: 293-311.
- LE COMITÉ DE LÉGALISATION DE L'ALLIANCE QUÉBÉCOISE DES SAGES-FEMMES PRATICIENNES
1986 "La sécurité, une question primordiale", L'une à l'autre, 3-4: 6-9.
- LE GOFF-ROUBAULT, Joëlle
1986 "Naître à la maison", Maternité en mouvement. Les femmes, la re/production et les hommes de science, Sous la direction de A.-M. de Vilaine, L. Gavarini, M. Le Coadic, Montréal, Presses Universitaires de Grenoble, Éditions Saint-Martin: 156-159.
- LEMAY, Céline, Nicole REEVES et Diane BOULIANNE
1988 "Les lendemains de la naissance", L'une à l'autre, 5-3: 10-17.
- LEMIEUX, Denise
1985 Les petits innocents. L'enfance en Nouvelle-France, Québec, IQRC.
- LENNEVILLE, Johanne
1989 "Les sages-femmes en ont assez d'attendre", Le Droit, le 24 février.
- LEROUX, Michèle
1990 "Le dernier bastion", L'Une à l'autre, 7-1 : 14-20.
- LEVASSEUR Madeleine et Madeleine BLANCHET
1979 "Sondage sur l'humanisation des soins", Carrefour des affaires sociales, 2-1: 28-33.
- LIFSHITZ-KRAMS, Anne
1986 "Techniques nouvelles et éthique de la reproduction", Maternité en mouvement. Les femmes, la re/production et les hommes de science, Sous la direction de A.-M. de Vilaine, L. Gavarini, M. Le Coadic, Montréal, Presses Universitaires de Grenoble, Éditions Saint-Martin: 175-177.
- MALBOEUF, Mariloup
1990 "Sages-femmes: projet de loi au mois de mars", Le Droit: 11, le 27 janvier.

- 1989 "Une maison de naissance autonome pour l'Outaouais?", Le Droit, le 15 décembre.
- MARCON, Eve
1989 "Femme et mère, passage de la fiction à la réalité", L'une à l'autre, 5-4: 10.
- MARTEL, Marie-Claude
1988 "Vous voulez des sages-femmes? Dites-le!", L'une à l'autre, 5-2: 6-7.
- MATHIEU, Nicole-Claude
1985 "Femmes, matière à penser... et à reproduire", L'arrondissement des femmes. Essai en anthropologie des sexes, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences sociales: 5-16.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
1989 La pratique des sages-femmes. Étude d'un moyen pour atteindre les objectifs en périnatalité.
- 1988 Position ministérielle relativement à la pratique des sages-femmes au Québec.
- MONTREUIL, Sylvie
1987 "Pourquoi donc vouloir accoucher avec une sage-femme?", Accoucher autrement, Sous la direction de Francine Saillant et Michel O'Neill, Montréal, Éditions Saint-Martin: 431-441.
- MORIN, Nicole
1986 "Qui consulte les sages-femmes?", L'une à l'autre, 3-1: 16.
- MORNEAULT, Monique
1983 "Les chambres de naissance", Carrefour des Affaires sociales, 5-3: 8-12.

NAISSANCE-RENAISSANCE

1987 "Le FQII et les sages-femmes", L'une à l'autre, 4-3: 4.

1986 "L'OIIQ se prononce", L'une à l'autre, 3-1: 20.

O'BRIEN, Mary

1981 La dialectique de la reproduction, Montréal, Les éditions du remue-ménage.

PARADIS, Louise

1987 A la recherche de l'accouchement idéal, Québec, Les Éditions Papyrus.

PERROT, Michelle

1984 Une histoire des femmes est-elle possible?, Paris, Éditions Rivages.

PICHÉ, Denise

1987 "Le lieu de l'accouchement: passé, présent, avenir", Accoucher autrement, Sous la direction de Francine Saillant et Michel O'Neill, Montréal, Éditions Saint-Martin: 317-342.

PICHETTE, Hélène

1983 "Une victoire possible", L'une à l'autre, 2-2: 9-10.

PILON, Chantal

1989 "La légalisation, ses enjeux", L'une à l'autre, 6-1: 6-7.

PIRES, Alvaro P.

1987 "Deux thèses erronnées sur les lettres et les chiffres", Cahiers de recherche sociologique, 5-2, 1987: 87-106.

PRESSE CANADIENNE

1989 a "Baccalauréat pour futures infirmières", Le Droit, le 21 juin : 27.

1989 b "Profession de sage-femme sur une base expérimentale", Le Droit, le 30 novembre.

1989 c "Statut des sages-femmes. Un projet de loi qui tarde à venir", Le Droit, le 7 juin.

1989 d "Québec légalisera la profession de sage-femme", Le Droit, le 10 mai.

1989 e "Le Dr Blais suspendu", Le Droit, le 12 avril.

- QUÉNIART, Anne
1989 a "Le traitement médical de la maternité: morcellement du corps, effacement des femmes", L'avenir-santé au féminin, Sous la direction de Colette Gendron et Micheline Beauregard, Québec, Gaëtan Morin : 67-81.
- 1989 b "L'importance du regard de l'Autre dans le rapport des femmes à la maternité", L'avenir-santé au féminin, Sous la direction de Colette Gendron et Micheline Beauregard, Québec, Gaëtan Morin : 83-102.
- 1988 Le corps paradoxal, Montréal, Éditions Saint-Martin.
- 1987 "La technologie: une réponse à l'insécurité des femmes?", Accoucher autrement, Sous la direction de Francine Saillant et Michel O'Neill, Montréal, Éditions Saint-Martin: 213-235.
- RENAUD, Marc et Suzanne DORÉ, Roxanne BERNARD, Odile KREMP
1987 "Regard médical et grossesse en Amérique du Nord: l'évolution de l'obstétrique prénatale au 20e siècle", Accoucher autrement, Sous la direction de Francine Saillant et Michel O'Neill, Montréal, Éditions Saint-Martin: 181-212.
- ROBINSON, Ann
1989 "Une sage-femme: pour quoi faire? les dessous d'un débat politique et sexiste", L'avenir-santé au féminin, Sous la direction de Colette Gendron et Micheline Beauregard, Québec, Gaëtan Morin : 127-150.
- ROCHELEAU-PARENT, Lucille
1980 "Accoucher ou se faire accoucher", Carrefour des affaires sociales, 2, édition spéciale : 4-9.
- SAILLANT, Francine
1985 "Le mouvement pour la santé des femmes", Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie, Sous la direction de Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin, Québec, Presses de l'Université du Québec, IQRC, Presses Universitaires de Lyon: 743-762.
- SAILLANT, Francine et Michel O'NEILL
1987 Accoucher autrement. Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec, éds., Montréal, Éditions Saint-Martin.
- 1987 "L'accouchement au Québec, repères historiques, sociaux et culturels", Accoucher autrement, Sous la direction de Francine Saillant et Michel O'Neill, Montréal, Éditions Saint-Martin: 17-25.

- SAILLANT, Francine, Michel O'NEILL et Danièle DESJARDINS
 1987 a "Entre le coeur et la raison: portrait de la clientèle d'une nouvelle sage-femme québécoise", Accoucher autrement, Sous la direction de Francine Saillant et Michel O'Neill, Montréal, Éditions Saint-Martin: 295-315.
- 1986 b Portrait de la clientèle d'une nouvelle sage-femme québécoise, Québec, Université Laval.
- SAVARD, Suzanne
 1987 "Accoucher à l'hôpital: où en sommes-nous aujourd'hui?", Accoucher autrement, Sous la direction de Francine Saillant et Michel O'Neill, Montréal, Éditions Saint-Martin: 279-293.
- SELLTIZ, C., Wrightsman, I.S., COOK, S.W.
 1977 Les méthodes de recherche en sciences sociales, Montréal, Les Éditions HRW.
- STANTON, Danielle
 "Accoucher ou se faire accoucher: le choix de 8 000 Québécoises", Carrefour des affaires sociales, 4-1: 36-39.
- STANTON, Julie
 1989 "Madeleine Blanchet ou l'histoire (en raccourci) d'une carrière partagée entre le service de l'individu et le service de la société.", Madame au foyer : 42-52.
- TABET, Paola
 1985 "Fertilité naturelle, reproduction forcée", L'arrondissement des femmes. Essai en anthropologie des sexes, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences sociales: 61-146.
- TREMBLAY, Johanne
 1983 Un savoir de sage-femme, Thèse de maîtrise, Université de Montréal.
- VADEBONCOEUR, Hélène
 1988 a "Un véritable casse-tête. A la recherche de statistiques gouvernementales.", L'une à l'autre, 5-3 :8-9.
- 1988 b "Accoucher par césarienne: pourquoi?", L'une à l'autre, 5-1: 10-11.
- 1988 c "Surtout... ne pas perturber l'accouchement", L'une à l'autre, 5-1: 20-21.
- 1987 a "Beaucoup de questions, enfin des réponses", L'une à l'autre, 4-3: 20.
- 1987 b "L'impact d'une césarienne sur la famille", L'une à l'autre, 4-3: 21.

- VALENSI, Jacqueline
1986 "Le pouvoir médical et les femmes", Maternité en mouvement. Les femmes, la re/production et les hommes de science, Sous la direction de A.-M. de Vilaine, L. Gavarini, M. Le Coadic, Montréal, Presses Universitaires de Grenoble, Éditions Saint-Martin: 168-170.
- VALENTINI, Hélène
1987 "De quoi parle-t-on dans les rencontres prénatales?", Accoucher autrement, Sous la direction de Francine Saillant et Michel O'Neill, Montréal, Éditions Saint-Martin: 343-365.
- 1985 "Carnet de voyage", L'une à l'autre, 2-4: 16-17.
- VANDELAC, Louise
1986 "L'enceinte de la maternité: sexes et sexualités", Maternité en mouvement. Les femmes, la re/production et les hommes de science, Sous la direction de A.-M. de Vilaine, L. Gavarini, M. Le Coadic, Montréal, Presses Universitaires de Grenoble, Éditions Saint-Martin: 220-233.
- VILLEDIEU, Yanick
1989 "Le Québec aura-t-il ses sages-femmes?", L'actualité, 64-72.
- VOILEAU, Sophie
1983 "Un savoir de sage-femme", L'une à l'autre, 2-2: 6.

ANNEXE

Ottawa, le 27 février 1989

Mesdames, Messieurs,

Sachant que le comité de déontologie doit se réunir prochainement, je vous prie de bien vouloir étudier ma demande d'approbation pour qu'il me soit possible d'effectuer dans les plus brefs délais, le pré-test de mon questionnaire, soit à partir du 3 avril prochain. Je me dois de procéder le plus rapidement possible puisque comme vous le verrez, l'un des groupes à l'étude doit débiter des stages de formation en obstétrique dès le 24 avril prochain et, pour le but de mon étude, je désire distribuer le questionnaire à ces étudiantes et ces étudiants avant même qu'elles aient et qu'ils aient débiter ces stages.

L'étude ici proposée vise à connaître les opinions des étudiantes et des étudiants de technique infirmière sur le processus de la naissance tel que vécu en milieu hospitalier. Je chercherai également à savoir quelles sont les connaissances de ces étudiants et de ces étudiantes sur les méthodes alternatives de naissances telles que l'utilisation des chambres de naissances, le service des sages-femmes, l'instauration des centres de naissances.

Si l'on en juge par les commentaires recueillis auprès des femmes ayant déjà accouché, il semble que peu d'information soit divulguée à la population en général sur les méthodes alternatives de naissances. Toutefois, je considère que s'il existe une population qui soit plus susceptible d'être informée sur le sujet, ce sont les étudiantes et les étudiants de technique infirmière puisque celles-ci et ceux-ci se trouvent dans l'obligation de recevoir une formation sur les soins en obstétrique.

Par ailleurs, ces dernières années, l'on a implanté dans les hôpitaux les chambres de naissances. La légalisation de la pratique des sages-femmes est également un sujet d'actualité. De plus, la plupart de ces étudiantes et de ces étudiants font partie des générations qui ont été bercées par les mouvements féministes. Il y a donc lieu de croire que ces étudiants et ces étudiantes connaîtront les différentes alternatives proposées afin d'humaniser la naissance. Peut-être même auront-ils et auront-elles une approche favorable envers ces alternatives?

Il n'en demeure pas moins que leur formation doit refléter le discours du pouvoir médical. Ayant à travailler en milieu hospitalier, auprès de médecins, les infirmières et les infirmiers doivent respecter les règlements de l'établissement et se conformer aux ordres des médecins. Pour ce faire, ils et elles doivent adhérer à la même logique qui sous-tend la pratique des médecins. Or les

convictions personnelles de ces étudiants et de ces étudiantes doivent parfois céder la place à l'idéologie du pouvoir médical afin d'être en mesure de fonctionner dans ce milieu.

Le but de mon étude est donc de savoir quelles sont les connaissances des étudiantes et des étudiants de technique infirmière sur le processus de la naissance en milieu hospitalier, connaître leurs opinions sur les interventions médicales qui sont pratiquées et savoir ce qu'elles et ce qu'ils connaissent des méthodes alternatives, de même que l'opinion qu'elles et qu'ils se font de ces méthodes.

Par la suite, il s'agira de déterminer la place qu'occupe le discours du pouvoir médical dans leurs perceptions de la naissance, ou encore, de connaître la place que joue le discours sur l'humanisation de la naissance sur leurs perceptions de ce processus.

Comme je l'ai mentionné précédemment, l'un des groupes à l'étude aura prochainement à exercer ses connaissances en obstétrique à l'aide de stages dans les hôpitaux. Je désire donc soumettre mon questionnaire à ces étudiantes et à ces étudiants avant qu'elles et qu'ils ne quittent le milieu scolaire pour aller faire leurs stages, puisque je considère que leur expérience pratique risque d'ébranler leurs perceptions de la naissance en milieu hospitalier. L'autre groupe à l'étude a déjà fait les stages en obstétrique, il sera donc possible de comparer les résultats des étudiantes et des étudiants qui ont fraîchement en mémoire les connaissances théoriques en obstétrique et l'autre groupe, qui en plus de posséder les connaissances théoriques, garde en mémoire les souvenirs des expériences de naissances auxquelles elles et ils ont assistées durant leurs stages.

C'est la raison pour laquelle je vous prie respectueusement d'étudier le plus tôt possible ma demande d'approbation.

Merci de votre attention
et de votre collaboration.

Josée Normand
étudiante à la maîtrise en
sociologie
125, boul. Mont-Bleu #314
Hull (Québec)
J8Z 1J9
771-2367

172
COMITÉ UNIVERSITAIRE DE DÉONTOLOGIE
DE LA RECHERCHE DES ÊTRES HUMAINS

QUESTIONNAIRE SUR LES MÉTHODES EMPLOYÉES
DANS LES RECHERCHES SUR LES HUMAINS

réponses dactylographiées de préférence. Veuillez répondre à toutes les questions.
Envoyez vos réponses sur une feuille en annexe si vous manquez d'espace.

Nom des chercheur-e-s principaux-ales Josée Normand	Département Sociologie	Adresse (bureau)	No de téléphone 7 7 1 2 3 6 7
---	----------------------------------	------------------	---

Titre de l'étude **Regards d'étudiantes et d'étudiants de technique infirmière sur le processus de la naissance tel que vécu aujourd'hui.**

Nommez, le cas échéant, la source de financement à laquelle est soumise la demande

Qui sont les sujets à l'étude? (soyez aussi précis que possible) (voir annexe)
Ils sont des étudiants et des étudiantes en technique infirmière de niveau collégial

Nombre de sujets à l'étude (voir annexe) **36 étudiantes et étudiants de deuxième année
30 étudiantes et étudiants de troisième année**

Méthode de recrutement des sujets (voir annexe) **Autorisation de deux professeures à distribuer le questionnaire à leurs étudiants et étudiantes**

Comment obtiendrez-vous le consentement éclairé des sujet(s) (et, s'il y a lieu, ceux des parents ou des tuteur-trice-s)? (voir annexe)
B. Veuillez annexer une copie de la formule de consentement éclairé ou de la feuille d'information devant servir à l'étude.
Présentation de l'étude. Distribution du questionnaire dans une enveloppe ainsi que la formule de consentement. Je les reprend une semaine plus tard.

Les principales méthodes employées avec les sujets comportent-elles des risques (aucun, légers, moyens ou élevés)?
Si oui, de quelle nature sont-ils (légal, physique, psychologique ou sociale)?
Justifiez le choix des méthodes et indiquez comment vous réduirez les risques.
Le questionnaire ne comporte aucun risque.

Les principales méthodes employées avec les sujets comportent-elles des malaises (aucun, légers, moyens ou élevés)?
Si oui, de quelle nature sont-ils (légal, physique, psychologique ou sociale)?
Justifiez le choix des méthodes et indiquez comment vous réduirez les malaises.
Le questionnaire ne comporte aucun malaise.

Comment l'anonymat des sujets et le caractère confidentiel de l'information seront-ils respectés? Dans le cas où les données ne sont pas traitées globalement, indiquez clairement comment sera assuré l'anonymat des sujets. Dans le cas d'entrevues, si vous avez l'intention de citer les sujets, indiquez comment sera assuré leur anonymat; si, au contraire, l'anonymat des sujets ne doit pas être conservé, indiquez de quelle façon vous obtiendrez l'autorisation de citer leurs paroles.
Les données seront traitées globalement.

Écrivez brièvement ce que vous attendez des sujets. Indiquez le nombre de séances auxquelles ils devront assister, ainsi que la durée de chacune.
Ajoutez en annexe une copie des protocoles, questionnaires ou autres documents pertinents qui seront remis aux sujets.
Ne remettez pas d'instruments mais donnez-en la description et la fonction si leur utilisation nécessite un contact physique direct ou indirect (par ex. électrodes, dispositifs sensoriels).
Répondre attentivement au questionnaire et me le remettre une semaine plus tard, tel que prévu.

Par la présente, j'accepte de me conformer aux méthodes, lignes directrices et code éthique du CUDREH et de son sous-comité et s'il y a lieu, à ceux de l'organisme de financement à qui sera soumise la demande, à ceux de ma profession ou discipline et à ceux de l'établissement ou sera conduite l'étude. Je comprends la responsabilité qui m'incombe de bien connaître ces normes. De plus, je m'engage à informer le CUDREH de tout changement dans l'utilisation d'êtres humains aux fins de l'étude et à fournir des renseignements ou de la documentation supplémentaires au CUDREH ou à son sous-comité s'ils en font la demande au cours de la présente étude.

NOM DES CHERCHEUR-E-S PRINCIPAUX-ALES **Josée Normand**

2 | 7 | 0 | 2 | 8 | 9
JOUR MOIS ANNÉE

ANNEXE

- No.1 Regards d'étudiantes et d'étudiants de technique infirmière sur le processus de la naissance tel que vécu aujourd'hui.
- No.2 Les sujets à l'étude dans ce projet sont des étudiantes et des étudiants de technique infirmière de niveau collégial. Le collège fréquenté est le CEGEP de l'Outaouais, situé au 333, boulevard Cité des Jeunes à Hull. Si j'ai arrêté mon étude sur la population d'étudiants et d'étudiantes en technique infirmière du CEGEP de l'Outaouais, c'est parce que je voulais que cette recherche porte sur la population québécoise, et plus spécifiquement dans l'Outaouais, y étant moi-même résidente. D'ailleurs dans l'Outaouais, le mouvement Naissance-Renaissance oeuvre vigoureusement à faire reconnaître et revaloriser la pratique des sages-femmes et il lutte également afin de faire accepter le projet d'implantation d'un centre de naissances dans la région.
- No.3 Il y aura en tout 66 étudiantes et étudiants à l'étude. De ce nombre, 36 sont présentement en deuxième année et reçoivent une formation sur les soins en obstétrique. Ils et elles devront également faire des stages en obstétrique, en milieu hospitalier, à la fin d'avril. J'aimerais pouvoir leur distribuer le questionnaire avant le début des stages de sorte que les étudiantes et étudiants n'aient en leur possession que des connaissances théoriques et non pratiques afin de répondre au questionnaire. J'aimerais qu'il en soit ainsi puisque je considère qu'une expérience pratique risque de modifier leurs perceptions sur le déroulement de la naissance et les pratiques médicales qui s'opèrent en obstétrique.
- Par contre, le deuxième groupe constitué de 30 étudiantes et étudiants de troisième année, aura déjà effectué les stages en obstétrique. On pourra alors observer si le stage en obstétrique modifie ou solidifie leurs opinions sur le déroulement de la naissance.
- No.4 Afin de distribuer le questionnaire à ces étudiantes et ces étudiants, j'ai rencontré deux professeures enseignant en technique infirmière au Cégep de l'Outaouais. Je leur ai expliqué quel était mon projet et je leur ai demandé si elles accepteraient de m'introduire à leur groupe d'étudiantes et d'étudiants à la fin d'une classe. Elles ont toutes deux accepté.

ANNEXE (SUITE)

No.5 J'ai donc l'intention d'intervenir à la fin d'un cours pour chacun des groupes et présenter aux étudiantes et étudiants mon projet. Suite à cette présentation, je leur distribuerai un questionnaire inséré dans une enveloppe, accompagné d'une autre enveloppe où se trouvera la formule de consentement éclairé. Les étudiants et étudiantes auront une semaine pour répondre au questionnaire. Ils et elles devront le remettre cacheté dans l'enveloppe accompagné du formulaire de consentement dans une autre enveloppe. Je reprendrai les questionnaires et les formulaires de consentement exactement une semaine plus tard, à la fin de la même classe. Ainsi cachetés, les étudiantes et les étudiants auront le choix de répondre ou non au questionnaire tout en conservant leur anonymat.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Lorsqu'une étude est réalisée par un, une ou des membres de l'Université d'Ottawa auprès de personnes ou d'entreprises, le comité de déontologie de l'Université exige le consentement des participantes et participants. Ceci n'implique pas que le projet comporte des risques ou qu'il soit gênant, mais vise plutôt à assurer le respect et la confidentialité des individu-e-s concerné-e-s.

Ce projet mené par Josée Normand, étudiante à la maîtrise à l'Université d'Ottawa, sous la direction de Cécile Coderre, professeure au département de sociologie, porte sur les étudiantes et étudiants en technique infirmière au nouveau collégial. Le projet cherche à étudier leurs connaissances et leurs perceptions sur les pratiques médicales exercées en obstétrique de même que sur les méthodes alternatives de naissance proposées par les mouvements de femmes.

Pour ce faire, je vous demande de répondre à un questionnaire qui touchera vos connaissances en obstétrique, vos opinions sur certaines pratiques en obstétrique et certains aspects de votre vie personnelle. Le questionnaire vous prendra entre trente et quarante-cinq minutes pour y répondre.

Votre participation est entièrement libre et vous pouvez vous retirer du projet en tout temps, sans craintes de représailles sur le plan académique. Il est entendu que vos réponses seront confidentielles et que vous ne pourrez pas être identifié dans la présentation des résultats.

Vous pouvez communiquer avec moi ou ma directrice de thèse pour faire part de vos commentaires ou de vos questions à l'égard de la recherche.

Josée Normand
771-2367

Cécile Coderre
564-5985

Si vous désirez recevoir une copie du résumé des résultats de l'étude, veuillez remplir cette section.

NOM

ADRESSE



UNIVERSITÉ D'OTTAWA
UNIVERSITY OF OTTAWA

SERVICE DE LA RECHERCHE
RESEARCH SERVICES

Le 16 mars 1989

Madame Josée Normand
Département de sociologie
Université d'Ottawa
INTRA

Objet: Votre projet de Josée Normand "Etudiantes et Etudiants de technique infirmière et l'obstétrique".

Chère Madame,

Après examen du projet ci-dessus mentionné, le Comité universitaire de déontologie de la recherche sur les êtres humains approuve en principe votre recherche, mais il réclame certains changements et réserve sa décision finale.

Le Comité est d'avis qu'il n'est pas nécessaire d'obtenir la signature des personnes que vous désirez interroger; par conséquent, vous n'avez pas besoin d'obtenir un formulaire signé par chaque individu pour vos dossiers, mais vous devez néanmoins donner ce formulaire explicatif à chaque signataire. Vous pouvez dès lors supprimer les étoiles (***) qui séparent le dernier paragraphe expliquant votre recherche, du paragraphe indiquant le consentement de la personne (J'accepte librement...). Il faudrait modifier légèrement ce paragraphe et écrire:

"Votre participation est entièrement libre, et vous pouvez vous retirer du projet en tout temps, sans craintes de représailles sur le plan académique. Il est entendu que vos réponses seront confidentielles et que vous ne pourrez pas être identifié dans la présentation des résultats." (Ou encore: vos réponses seront confidentielles et la présentation des résultats ne trahira pas votre identité).

.../2

En d'autres termes, il s'agit simplement de réécrire ce paragraphe à la deuxième personne du pluriel. Il importe d'ajouter la sauvegarde "sans crainte de représailles sur le plan académique". La phrase: "Le sujet a reçu une copie de la formule pour garder" devient inutile.

Le Comité rendra sa décision finale après étude des modifications réclamées ci-dessus. N'hésitez pas à me contacter en cas de besoin. Vous pouvez m'appeler au numéro 564-7007 ou au 564-2348 si vous voulez laisser un message. Tout document peut être adressé au Service de la recherche, à l'attention de Marie-Claire Pommez.

Veillez agréer, chère madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

La présidente du CUDREH,

Ann Denis

Ann Denis

c.c. Cécile Coderre



UNIVERSITÉ D'OTTAWA
UNIVERSITY OF OTTAWA

SERVICE DE LA RECHERCHE
RESEARCH SERVICES

1990 04 12

Madame Josée Normand
Département de sociologie
Université d'Ottawa
INTRA

OBJET: Votre projet intitulé: "Etudiantes et étudiants de
technique infirmière et l'obstétrique"

Chère Madame Normand,

Au nom du Comité, je vous remercie d'avoir promptement
rempli notre questionnaire annuel. Ce faisant, vous nous avez
fourni un rapport final sur votre projet et, puisque ce dernier
est terminé, nous fermons votre dossier.

J'aimerais toutefois vous rappeler que vous devez respecter
toute promesse faite, à vos sujets de recherche, en ce qui
concerne la confidentialité et l'anonymité des informations
recueillies, tant en ce qui concerne la sauvegarde de vos
données, que la présentation et la publication des résultats de
votre recherche ou, s'il y a lieu, la communication de ces
résultats à ceux et celles qui ont été l'objet de votre enquête.

Veillez agréer, chère Madame Normand, l'expression de mes
sentiments les meilleurs.

La Présidente du Comité

Ann B. Denis

Ann B. Denis, Ph.D.

cc: C. Coderre

QUESTIONNAIRE

Ce questionnaire est confidentiel et anonyme

Voici quelques questions qui nous permettront de tracer un portrait des étudiantes et étudiants en technique infirmière de niveau collégial.

1. Quel est votre sexe?

- 1) homme
- 2) femme

2. A quel groupe d'âge appartenez-vous?

- 1) 16 ans à 20 ans
- 2) 21 ans à 25 ans
- 3) 26 ans à 30 ans
- 4) 31 ans et plus

3. Quel niveau de votre programme complétez-vous cette année?

- 1) première année
- 2) deuxième année
- 3) troisième année

4. Avez-vous déjà travaillé dans un hôpital?

- 1) oui
- 2) non

5. S'agit-il pour vous d'un retour aux études?

- 1) oui
- 2) non

Si vous avez répondu non à la question 5, passez à la question 7.

6. S'il s'agit pour vous d'un retour aux études, dites-nous quelle profession vous exerciez auparavant?

7. Avez-vous fait un ou des stages en obstétrique?

- 1) oui
- 2) non

Si vous avez répondu non, passez à la question 9.

8. A quel endroit avez-vous fait vos stages en obstétrique?

- 1) Centre Hospitalier Régional de l'Outaouais
- 2) Centre Hospitalier de Gatineau
- 3) autre, précisez _____

9. Quelle est actuellement la profession de votre mère; ou si elle est décédée, quelle était sa dernière profession?

10. Quelle est actuellement la profession de votre père; ou s'il est décédé, quelle était sa dernière profession?

11. Votre mère a-t-elle déjà accouché à la maison?

- 1)oui
- 2)non
- 3)je ne sais pas

12. Avez-vous des enfants?

- 1)aucun
- 2)un
- 3)deux
- 4)trois
- 5)quatre
- 6)cinq et plus

Si vous avez répondu "aucun" à cette question, passez à la question 18.

13. Quel âge ont-ils et ont-elles?

- 1)premier enfant _____
- 2)deuxième enfant _____
- 3)troisième enfant _____
- 4)quatrième enfant _____
- 5)cinquième enfant _____

14. Si vous avez déjà accouché d'un enfant, ou dans le cas contraire, si votre compagne a déjà accouché, dites-nous à quel(s) endroit(s) la ou les naissances ont eu lieu?

ex.: à l'hôpital, en salle d'accouchement, 1er enfant
à l'hôpital, en chambre de naissances, 2ième enfant

- 1)à l'hôpital, en salle d'accouchement _____
- 2)à l'hôpital, en salle de travail _____
- 3)à l'hôpital, en salle d'opération _____
- 4)à l'hôpital, en chambre de naissances _____
- 5)à la maison _____
- 6)autre(s) (ex.:voiture, urgence...) _____

15. avez-vous déjà assisté à un accouchement?

- 1)oui
- 2)non

Si vous avez répondu non, passez à la question 18.

16. Si vous avez déjà assisté à un accouchement, veuillez indiquer auquel ou auxquels vous étiez présent.
(Vous pouvez encercler plus d'une réponse)

- 1) premier accouchement
- 2) deuxième accouchement
- 3) troisième accouchement
- 4) quatrième accouchement
- 5) cinquième accouchement

17. Lors de votre accouchement ou d'accouchements où vous étiez présents ou présentes, dites-nous quel type d'accouchement fut vécu.
Faites un X dans la case appropriée pour chaque accouchement.

	1er	2ième	3ième	4ième	5ième
vaginal sans anesthésie					
vaginal avec anesthésie					
césarienne					
autre, précisez					

18. Désirez-vous éventuellement avoir un enfant, ou un autre enfant, dans le cas de ceux et celles qui en ont déjà un ou plusieurs?

- 1) oui
- 2) non
- 3) incertain ou incertaine

19. Avez-vous déjà entendu parler des sages-femmes?

- 1) oui
- 2) non

Si vous avez répondu "non", passez à la question 27.

20. Si vous avez répondu "oui" à la question 19, dites-nous qui vous en a parlé.
(Vous pouvez encercler plus d'une réponse)

- 1) ma mère
- 2) des amis
- 3) une professeure ou un professeur
- 4) les média: les journaux, la télévision, les revues, les livres, etc...
- 5) autre, précisez _____

21. Croyez-vous qu'il serait bénéfique d'instaurer une formation de sage-femme?

- 1) ce serait très bénéfique
- 2) ce n'est pas du tout nécessaire
- 3) ce serait au contraire nuisible
- 4) je ne sais pas

22. Seriez-vous intéressé(e) à devenir vous-même sage-femme ou sage-homme?

- 1) très intéressé(e)
- 2) pas du tout intéressé(e)
- 3) incertain(e)

23. Si vous ou votre compagne devait accoucher bientôt, préféreriez-vous, durant la grossesse, un suivi par:

- 1) un médecin
- 2) une sage-femme
- 3) un médecin et une sage-femme
- 4) autre, précisez _____

24. Si vous ou votre compagne devait accoucher bientôt, préféreriez-vous, lors de l'accouchement, un accompagnement par:

- 1) un médecin et une infirmière
- 2) une infirmière
- 3) une sage-femme
- 4) un médecin et une sage-femme
- 5) autre, précisez _____

25. Si vous décidiez d'être infirmière ou infirmier en obstétrique et que différentes alternatives d'accouchements étaient à la disposition de la femme enceinte, dans lequel de ces milieux préféreriez-vous travailler?

- 1) en milieu hospitalier
- 2) dans un centre de naissances à l'extérieur de l'hôpital
- 3) au domicile de la femme enceinte auprès d'une sage-femme ou d'un médecin

26. Explicitez votre choix à la question 25.

Entrons maintenant dans le contexte hospitalier. Nous désirons dans cette section, connaître vos opinions sur le déroulement de la naissance à l'hôpital.

27. Selon vous, lorsqu'une femme enceinte arrive à l'hôpital pour accoucher et qu'elle refuse catégoriquement toute intervention de routine telles que le rasage du pubis, le lavement et le soluté, devriez-vous lui accorder ce droit?

- 1) oui bien sûr
- 2) pas question
- 3) dans certaines circonstances seulement. Dites lesquelles: _____

28. Croyez-vous que le milieu hospitalier, et plus particulièrement la salle de travail et la salle d'accouchement traditionnelle, peuvent avoir un impact négatif sur le déroulement du travail et de l'accouchement tel qu'un ralentissement ou un arrêt complet du travail?

- 1) absolument pas
- 2) oui bien sûr
- 3) dans certaines circonstances seulement. Dites lesquelles: _____

29. Il y a un nombre croissant de césariennes pratiquées par les obstétriciennes et les obstétriciens au Québec. Croyez-vous que ce soit justifié?

- 1) ils ont évidemment des raisons très valables pour procéder ainsi
- 2) on intervient définitivement beaucoup trop rapidement
- 3) on retrouve aujourd'hui un taux de grossesses à risques beaucoup plus élevé qu'hier, et la césarienne n'est plus ce qu'elle était; on prend donc moins de risques, on intervient alors par prévention
- 4) autre, précisez _____

30. Quelle est votre position face à l'échographie?

- 1) c'est un examen qui nous permet de déceler à l'avance les anomalies chez le fœtus et de ce fait, c'est un excellent outil servant à rassurer la mère, le père et le médecin
- 2) cet examen nous permet un certain regard sur le fœtus qui se développe et nous permet de dépister l'existence d'anomalies congénitales. C'est pourquoi on devrait l'utiliser systématiquement
- 3) cet examen nous permet un certain regard sur le fœtus qui se développe et nous permet de dépister l'existence d'anomalies congénitales. Toutefois, son usage ne devrait pas être de routine mais n'être réservé qu'à certains cas

31. Croyez-vous que l'échographie a un effet nocif sur le foetus?
- 1) oui
 - 2) non
 - 3) dans certaines circonstances seulement. Dites lesquelles: _____
-
32. Quel est selon vous, le taux d'épisiotomies pratiquées en milieu hospitalier au Québec?
- 1) 50%
 - 2) 60%
 - 3) 70%
 - 4) 80%
 - 5) 90%
 - 6) 100%
33. Comment qualifiez-vous le taux d'épisiotomies pratiquées en milieu hospitalier au Québec?
- 1) tout à fait normal
 - 2) très excessif
 - 3) légèrement élevé
 - 4) peu élevé
 - 5) autre, précisez _____
34. Selon vous, dans les cas énumérés ci-dessous, une césarienne s'avère-t-elle inévitable?
- déformation du bassin?
- 1) oui
 - 2) non
- dystocie (arrêt ou ralentissement du travail, non descente...)
- 1) oui
 - 2) non
- césarienne précédente
- 1) oui
 - 2) non
- présentation par le siège
- 1) oui
 - 2) non
- présentation transversale (à l'horizontale)
- 1) oui
 - 2) non
- détresse foetale
- 1) oui
 - 2) non

35. Quel est selon vous, le taux de césariennes moyen pratiquées dans l'Outaouais aujourd'hui?

- 1) 05%
- 2) 10%
- 3) 15%
- 4) 20%
- 5) 25%

36. Selon vous, quelle est la position à adopter lors de l'accouchement pour favoriser l'expulsion du bébé?

- 1) position de lithotomie (couchée sur le dos)
- 2) latérale
- 3) accroupie
- 4) dans la position où la femme se sent le plus confortable, elle peut d'ailleurs changer de position aussi souvent qu'elle le désire
- 5) autre, précisez _____

37. Êtes-vous d'accord pour dire qu'en milieu hospitalier, et plus précisément en obstétrique, le ou la médecin délègue généralement au personnel infirmier la tâche d'apporter le support affectif et psychologique à la femme alors que la ou le médecin s'en préoccupe peu ou pas du tout?

- 1) tout à fait d'accord
- 2) assez d'accord
- 3) tout à fait en désaccord
- 4) assez en désaccord

38. Selon vous, la formation des obstétriciennes et des obstétriciens peut-elle les préparer à assister un accouchement "naturel", sans pratiquer aucune intervention médicale, au bon vouloir de sa cliente, et leur permettre suite à la naissance du bébé, d'avoir le sentiment d'avoir accompli et très bien réussi cet accouchement?

- 1) évidemment
- 2) pas du tout
- 3) c'est à en douter
- 4) je ne sais pas

39. Quelle est selon vous, l'intervention la plus couramment pratiquée par le personnel en obstétrique pour aider à soulager la femme en douleur lors de son travail et de son accouchement?

- 1)conseiller les respirations rythmées
- 2)administrer des analgésiques
- 3)pratiquer une anesthésie
- 4)appliquer des massages
- 5)conseiller à la femme de changer de position
- 6)autre, précisez _____

40. Quelle serait la première méthode que vous conseilleriez à la femme en douleur afin de lui apporter un soulagement?

- 1)la respiration rythmée
- 2)l'administration d'analgésiques
- 3)une anesthésie
- 4)un massage
- 5)changer de position
- 6)autre, précisez _____

41. Selon vous, suite à leur accouchement en milieu hospitalier, quelles sont les critiques généralement formulées par les nouvelles mères quant au déroulement de leur accouchement?
(Vous pouvez encercler plus d'une réponse)

- 1)le sentiment de n'être qu'un objet qu'on manipule
- 2)le manque de chaleur humaine
- 3)les horaires fixes du personnel ne permettent pas la présence rassurante d'une même personne puisque le personnel ne peut bien souvent demeurer présent tout le temps du travail et de l'accouchement
- 4)l'imposition de certaines interventions alors que la femme les refuse
- 5)on brise le contact mère/enfant en enlevant l'enfant à la mère beaucoup trop rapidement pour l'examiner
- 6)la difficulté à obtenir la cohabitation avec l'enfant
- 7)l'inconfort dû au transport de la salle de travail à la salle d'accouchement
- 8)le manque d'intimité
- 9)l'environnement très technique faisant ressortir le caractère dangereux de l'accouchement
- 10)la prise en charge complète de l'accouchement ne laissant aucune place à l'autonomie de la femme
- 11)l'entière satisfaction, aucune critique à présenter

Dans cette partie, nous désirons connaître vos opinions sur les alternatives de naissances.

42. Quels sont selon vous, les éléments qui motivent la femme enceinte à avoir recours à la sage-femme pour son suivi de grossesse?

(Vous pouvez encercler plus d'une réponse)

- 1) leur compétence professionnelle
- 2) leur intervention personnalisée
- 3) leur philosophie d'intervention
- 4) leur disponibilité
- 5) leur soutien psychologique
- 6) leur capacité d'écoute
- 7) la qualité des informations transmises
- 8) la relation d'amitié qui peut se développer
- 9) on ne devrait pas avoir recours aux sages-femmes pour aucune de ces raisons

43. Quels sont selon vous, les éléments qui motivent la femme enceinte à vouloir être assistée d'une sage-femme lors de son accouchement?

(Vous pouvez encercler plus d'une réponse)

- 1) leur compétence professionnelle
- 2) leur intervention personnalisée
- 3) leur philosophie d'intervention
- 4) leur disponibilité
- 5) leur soutien psychologique
- 6) elle est une excellente conseillère et guide
- 7) on ne devrait pas avoir recours aux sages-femmes pour aucune de ces raisons

44. Selon vous, dans le cas d'une primipare dont la grossesse se déroule très bien et qui ne laisse supposer aucun risque lors de l'accouchement, est-il risqué d'accoucher à la maison avec une sage-femme?

- 1) aucunement risqué
- 2) un peu risqué
- 3) beaucoup trop risqué
- 4) oui, dans certaines circonstances. Lesquelles?

45. Supposons qu'une femme en est à sa deuxième grossesse et que la première se soit très bien déroulée en salle d'accouchement. Cette fois-ci, prévoyant une grossesse comme la précédente, elle choisit d'accoucher chez elle avec une sage-femme. Considérez-vous que cette femme prend un risque:

- 1) qui ne consiste en aucun danger
- 2) qui soit peut élevé
- 3) qui soit très élevé
- 4) qui soit beaucoup trop élevé

46. Supposons que nous avons deux groupes de femmes enceintes présentant les mêmes caractéristiques; dans l'un de ces groupes, les femmes ont accouché à la maison assistées par une sage-femme. Dans l'autre groupe, les femmes ont accouché en salle d'accouchement. Selon vous, le taux de mortalité infantile s'est-il révélé plus élevé dans le groupe ayant accouché à domicile?

- 1) c'est tout probable
- 2) définitivement
- 3) je ne crois pas
- 4) pas du tout
- 5) le taux de réussite s'est sûrement révélé le même dans les deux groupes cependant, on a dû intervenir techniquement auprès des femmes dans une très grande majorité lorsque l'accouchement s'est déroulé en milieu hospitalier

47. Une des alternatives mise en opération afin d'humaniser la naissance est la création des chambres de naissances. Dites-nous, quelles sont les principales caractéristiques et les qualités du personnel dont devraient se prévaloir les chambres de naissances.

(Vous pouvez encercler plus d'une réponse)

- 1) chambre au décor gai qui s'apparente au décor d'une chambre à coucher
- 2) support affectif et psychologique apporté par tout le personnel à la femme
- 3) philosophie d'intervention qui fait place à l'autonomie de la femme (respect du rythme de l'accouchement, non médicalisation, liberté de mouvement, etc...)
- 4) permettre la cohabitation avec l'enfant 24 heures sur 24
- 5) permettre à la femme qui accouche d'avoir en sa présence les personnes qu'elle désire à ses côtés
- 6) permettre la présence stable du personnel auprès de la femme
- 7) avoir des critères d'admissions moins restrictifs

48. Quelles sont selon vous les compétences techniques des sages-femmes?

(Vous pouvez encercler plus d'une réponse)

- 1) retourner le bébé s'il se présente dans certaines positions
- 2) faire une analyse d'urine
- 3) prendre la pression artérielle
- 4) prendre le coeur foetal à l'aide d'un foetoscope
- 5) mesurer le bassin à l'aide d'un pelvimètre
- 6) faire des points de suture
- 7) faire des massages du périnée
- 8) pratiquer la réanimation cardio-respiratoire chez le nouveau-né
- 9) aider l'expulsion du placenta si cela s'avère nécessaire et l'examiner
- 10) intervenir en cas d'urgence comme: état de choc, hémorragie, dystocie de l'épaule, etc...
- 11) examiner un nouveau-né et reconnaître les problèmes de santé

49. Selon vous comment devons-nous aborder la douleur de l'accouchement?

- 1) éviter de prononcer le mot "douleur" et le remplacer par d'autres termes tels que "malaises", "contraction forte", etc...
- 2) aborder ouvertement le sujet de la douleur: on ne doit pas nier la douleur, on ne doit pas l'annuler, on doit apprendre à vivre avec, l'accepter et s'y adapter puisqu'elle annonce la naissance du bébé. En l'acceptant, la douleur sera par le fait même ressentie moins fortement
- 3) on peut l'annuler par des analgésiques et par une anesthésie
- 4) autre, précisez _____

50. Croyez-vous qu'il existe un lien entre le vécu de la naissance et le développement de la relation mère/enfant?

- 1) il existe un lien très grand
- 2) il n'existe aucun lien
- 3) il peut exister un lien mais pas dans tous les cas
- 4) je ne sais pas

51. Indiquez selon vous, à l'aide d'un X, les moyens utilisés par la sage-femme et le médecin afin de favoriser la relation mère/enfant dès la naissance.

	médecin	sage-femme
1) déposer l'enfant sur le ventre de sa mère		
2) ne pas couper le cordon ombilical dès la naissance du bébé		
3) suggérer à la mère de faire pénétrer la substance qui est enduite sur le corps du bébé		
4) encourager la mère à caresser son bébé et à lui exprimer son amour		
5) encourager la mère à allaiter son bébé		

52. Croyez-vous que la période post-partum mérite autant d'importance que la grossesse et l'accouchement?

- 1) c'est une période qui peut s'avérer plus noire pour certaines femmes, mais les dangers sont éloignés puisque le bébé est né. Alors je ne vois pas pourquoi on devrait lui accorder autant d'importance qu'aux autres périodes
- 2) cette période est cruciale pour le bon développement de la relation mère/enfant, il est donc indispensable de lui accorder toute son importance
- 3) la période post-partum n'a qu'une durée de quelques jours, aussi, c'est pourquoi les femmes sont gardées à l'hôpital après leur accouchement. Un peu de repos les remettra sur pied donc ce n'est pas nécessaire d'en faire toute une histoire
- 4) autre, précisez _____

Merci de votre collaboration et de votre participation.

Pour tout autre renseignement, veuillez communiquer
avec moi:

Josée Normand

771-2367.

Hull, le 6 novembre 1990

Chères étudiantes et chers étudiants,

je désire vous remercier sincèrement pour votre précieuse collaboration à mon projet de recherche réalisé dans le cadre de la thèse de maîtrise et intitulé Perceptions des étudiantes et étudiants en technique infirmière sur l'humanisation de la naissance et la pratique des sages-femmes.

La recherche étant présentement terminée, je vous fais parvenir un bref résumé des résultats obtenus. Si vous désirez en savoir davantage à ce sujet, ou encore me faire part de vos commentaires, vous n'avez qu'à communiquer avec moi à l'adresse ci-mentionnée.

Depuis notre rencontre, beaucoup de temps s'est écoulé et vos projets d'avenir se sont certes concrétisés. Aussi je vous souhaite tout le succès mérité dans la poursuite de vos études ou de votre carrière.

Veillez agréer chères collaboratrices et chers collaborateurs, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Josée Normand
125, boul. Mont-Bleu #314
Hull (Québec)
J8Z 1J9

P.J.

Perceptions des étudiantes et étudiants en technique infirmière
sur l'humanisation de la naissance
et la pratique des sages-femmes

Suite à une étude réalisée auprès d'étudiantes et d'étudiants en technique infirmière, nous avons constaté que le mouvement d'humanisation de la naissance avait réussi à imposer certaines transformations au niveau des perceptions sur la naissance. Mais malgré cela, le discours médical prédomine encore alors que l'idéologie du risque qu'il véhicule, reste bien intacte et à l'épreuve du mouvement pour l'humanisation de la naissance.

Selon les données recueillies, le discours de l'humanisation de la naissance a affecté les étudiantes et étudiants puisqu'elles/ils adoptent plusieurs idées soulevées par ce mouvement telles les chambres de naissances, la présence du père ou d'autres personnes auprès de l'accouchée, etc., et qu'elles/ils sont favorables à l'entrée des sages-femmes dans notre système de santé. Malgré cette sensibilisation au mouvement pour l'humanisation de la naissance, nous avons noté que l'idéologie du risque persiste dans leur esprit. Par conséquent, les interventions médicales ne font pas encore l'objet d'une remise en question sérieuse et les étudiantes et étudiants affichent une attitude encore très tolérante face aux taux très élevés de césariennes, d'épisiotomies, d'interventions de routine et d'ultrasons. De plus, d'autres facteurs mis en évidence par le mouvement d'humanisation de la naissance sont négligés, tels l'impact de l'environnement et l'insatisfaction des femmes face au déroulement de l'accouchement.

Les étudiantes et étudiants font néanmoins preuve d'innovation par rapport à l'institution médicale puisqu'elles/ils acceptent peu à peu l'idée de centres de naissances à l'extérieur du milieu hospitalier, de même que le droit pour celles qui le désirent, d'obtenir les services pour un accouchement à la maison.

Bien que toutes les étudiantes et étudiants aient entendu parler des sages-femmes et que plusieurs songent même à pratiquer ce métier, le rôle et les compétences attribués à la sage-femme sont sous-estimés. On observe ainsi chez elles/eux une tendance à ne pas considérer la sage-femme comme une professionnelle et spécialiste de la naissance normale au même titre que le médecin. Cette attitude se traduit dans leurs perceptions de cette intervenante alors qu'elles/ils limitent son rôle et ses compétences à quelques aspects d'ordre psycho-social. Ceci dit, elles/ils perçoivent la sage-femme comme une intervenante très humaine, sans toutefois accorder à cette approche différente de la naissance, la sécurité tant recherchée et soutenue par la médecine "scientifique".

Or ces résultats nous portent à croire que si les étudiantes et étudiants ont emboîté le pas de l'humanisation de la naissance, il reste encore toutefois beaucoup de chemin à parcourir avant de parvenir à la perception de l'accouchement comme étant un événement normal, telle que défini par le mouvement d'humanisation de la naissance.