Marilyne Paiement

Travail de rédaction
Présenté à
Amélie Blanchette
Isabelle Challut

Le corps enceinte à l'ère de la médicalisation des naissance: entre pathologisation, objectification et violences obstétricales

Cohorte de l'hiver 2025
21 septembre 2025

Introduction

Ce travail s'inscrit dans une remise en question des normes occidentales et québécoises entourant la grossesse et la maternité. À travers une lentille féministe, je tenterais d'éclairer les trois axes qui, selon moi, amènent des conséquences sur l'ensemble des dimensions du corps des femmes et des personnes qui donnent naissances.

Je tiens à nommer d'emblée ma posture actuelle en écrivant ces lignes: je m'inscris dans une démarche féministe décoloniale et l'ensemble de ce travail se situe dans cette direction. Cette approche sous-tend donc une dénonciation des systèmes de dominations coloniaux, patriarcaux et capitalistes. C'est à travers cette vision globale que je vais approcher l'ensemble des sujets qui seront abordés dans les prochaines pages.

Je me positionne aussi dans la réflexivité et l'humilité, sachant qu'en remettant le fruit de mes recherche, je serais encore (et toujours) en apprentissage et que le chemin que je marche sera inachevé parce que, comme la naissance et ses cycles nous l'enseignent: tout change et se transforme.

Je tiens également à mentionner que l'ensemble de mon action est gouverné par la perspective de la justice reproductive. Afin de bien saisir ma démarche, en voici une définition : « l'*état de bien-être physique, mental, spirituel, politique, économique et social des femmes et des filles. Elle devient une réalité lorsque chaque femme et chaque fille a le pouvoir et les ressources économiques, sociales et politiques nécessaires pour faire des choix sains à propos de son corps, de sa sexualité et de sa reproduction, pour elle-même, pour sa famille et pour sa communauté et dans toutes les sphères de sa vie.* » (CDP, 2021)

En ce sens, mon texte s'inscrit aussi dans une dénonciation des injustices que vivent les femmes ou les personnes avec un utérus qui sont multiplement oppressés par la société occidentale. Cette perspective intersectionnelle est nécessaire, à mon avis, pour créer des soins respectueux pour tout le monde.

Je considère mon sujet d'une grande importance, puisqu'il s'inscrit dans différentes sphères: politique, social et individuel. Il prend racine dans la sphère politique et sociale, mais à des conséquences directes sur les individus: autant sur le corps physique, mental, émotionnel et spirituel des femmes et des personnes enceintes que leurs bébés à naître.

À travers ce bref travail, je souhaite donc démontrer que les violences obstétricales et gynécologiques prennent racines dans un système qui dépasse les simples gestes ou comportements isolés et qu'il est possible de faire mieux, en voyant les choses autrement.

Mon intention est la suivante: que ce travail participe à protéger les femmes et les personnes qui donnent naissance en favorisant leur propre reprise de pouvoir sur leurs corps.

Pourquoi s'intéresser aux violences faites au corps des femmes durant la période périnatale?

Au-delà de comportements isolés, une étude récente (Lévesque, 2024) a mis en lumière l'ampleur des violences vécues par les femmes dans le contexte périnatal. Près d'une femme sur cinq au Québec rapporte avoir subi des gestes ou des comportements problématiques au cours de sa grossesse ou de son accouchement, et ce, indépendamment du type de suivi reçu : sage-femme ou médecin

Ces violences se manifestent sous diverses formes : commentaires discriminatoires liés, entre autres, au poids, à l'origine ethnique ou aux choix parentaux; interventions réalisées sans consentement éclairé, telles que les touchers vaginaux ou les décollements de membranes effectués sans avertissement préalable; non-respect des droits fondamentaux; accès restreint aux soins souhaités, notamment en ce qui concerne la difficulté à obtenir un suivi auprès des sages-femmes; et enfin, un manque de reconnaissance de l'autonomie décisionnelle des femmes dans le cadre de leurs soins (Lévesque, 2024).

Dans la même étude, 46 % des participantes ont indiqué que les interventions subies avaient eu des répercussions nuisibles sur la qualité de leur vie sexuelle. Elles ont notamment mentionné des effets négatifs sur la perception des touchers érotiques, sur leur rapport à la

masturbation et à l'utilisation de jouets sexuels, ainsi que, de manière plus générale, sur leurs relations sexuelles avec leur partenaire (Lévesque, 2024).

Dans cette continuité, les violences vécues ont également eu un impact notable sur la santé maternelle. Près de la moitié des femmes interrogées ont consulté un professionnel de la santé dans les 12 mois suivant les gestes problématiques, en raison de répercussions sur leur santé mentale et émotionnelle. De plus, environ 30 % de ces consultations étaient directement liées aux soins reçus durant la période périnatale (Lévesque, 2024).

Ces constats soulèvent plusieurs questions essentielles.

Dans quelle mesure ces gestes auraient-ils pu être évités? Connaissons-nous réellement l'ampleur des conséquences à long terme des violences obstétricales sur le corps des femmes et des personnes qui donnent naissance? Au-delà des impacts physiques immédiats, quelles sont les répercussions sur la relation mère-bébé, sur le développement du lien d'attachement, sur la dynamique du couple et de la famille, ainsi que sur les relations interpersonnelles?

Par ailleurs, il me semble nécessaire de s'interroger sur les effets systémiques de ces violences.

Quels en sont les impacts pour les systèmes de santé et de services sociaux, ainsi que pour le système économique dans son ensemble?

Il reste encore beaucoup à faire pour cerner adéquatement l'ensemble des conséquences de ces violences. Les recherches menées au Québec en sont encore à leurs balbutiements. Nommer ce qui est souvent invisibilisé, banalisé ou normalisé constitue un exercice complexe, exigeant, qui nécessite à la fois de l'énergie et des ressources personnelles.

Dans cette perspective, il m'apparaît primordial de commencer par analyser le système médical qui a contribué à la médicalisation de la grossesse et de la naissance, afin d'en examiner les répercussions sur les personnes qui en subissent les effets. Une première étape consiste à interroger la pathologisation de la grossesse.

1. **Pathologiser le corps enceinte: voir la grossesse comme une maladie.**

Dans l'histoire de l'humanité, il est récent de voir la grossesse comme un événement dangereux, qui nécessite de l'observation et de la surveillance. C'est au cours du XIXe siècle, avec l'éradication progressive de la pratique sage-femme et la prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement que ce mouvement prend véritablement de l'ampleur (Rivard, 2021).

Comme le souligne Julie Ouellette dans son mémoire, « *c'est à partir des années 1950 que plus de 50 % des accouchements se déroulent à l'hôpital et que cet événement devient une indication médicale pour l'hospitalisation des femmes* »

Dans son texte *Accoucher ou se faire accoucher* (2021), Andrée Rivard mentionne : « Si, au commencement des années 1950, c'était un peu plus de la moitié des naissances qui se déroulaient à l'hôpital, une dizaine d'années plus tard, l'institution hospitalière s'inscrivait déjà comme lieu quasi exclusif de l'accouchement ». Évidemment, cette reconstruction sociale de la naissance a amené de grands changements : entre autres, la difficulté de pouvoir donner naissance chez soi, une surveillance accrue des risques potentiels de la grossesse ou de la naissance, des interventions préventives souvent non nécessaires et, bien sûr, une forme de soumission des femmes aux normes proposées par la nouvelle élite médicale.

Dans ce même texte, l'auteure présente un canva d'accouchement qui était le même pour toutes les femmes rapidement après l'installation de l'ère médicale de la naissance : « dès son admission, la femme était prise en charge par le personnel médical et soumise à une panoplie de pratiques de prévention et de surveillance. Plusieurs médicaments destinés à réduire les douleurs et à réguler les contractions étaient invariablement administrés, avant qu'elle ne soit finalement endormie (cette pratique dangereuse sera strictement restreinte au début des années 1970). La femme, ayant été rendue inactive, il n'est pas rare que les forceps soient nécessaires pour extraire l'enfant. »

Portons attention aux mots utilisés : **surveillance, soumise, inactive, extraire**. Ce vocabulaire s'inscrit dans la logique de la pathologisation : la grossesse est alors perçue comme une maladie, un phénomène à contrôler, potentiellement dangereux, voire anormal. Cette pathologisation du corps enceinte entraîne immédiatement une forme d'objectification : on pèse, on calcule, on mesure, on impose des protocoles, et on rend les femmes inactives. Cela entraîne une perte de pouvoir considérable sur le déroulement de ce moment et sur leur propre corps, qui, pourtant, leur appartient.

Cette surveillance accrue et ce contrôle des corps entraînent des comportements extrêmes, révélateurs d'une mentalité coloniale et patriarcale. À travers ce regard biaisé par un système qui a créé une forme de hiérarchie sociale, les médecins sont perçus comme étant ***ceux qui savent.*** Cette posture engendre des glissements dangereux, impactant la vie des femmes à un niveau qui nous dépasse. Une étude menée en 2022 par Suzie Basile et Patricia Bouchard, en collaboration avec 36 femmes autochtones, a révélé que la dernière stérilisation imposée sans consentement recensée chez une femme autochtone a eu lieu en 2019

C'était hier.

Bien que les années 1950 soient derrière nous et que la révolution féministe des années 1970 ait mis en lumière les problématiques liées au monde de la naissance, revendiquant son humanisation, les conséquences pour les femmes et pour celles qui sont marginalisées par la société demeurent particulièrement présentes aujourd'hui.

Malgré des changements importants, plusieurs problématiques persistent. En effet, certains hôpitaux présentent un taux anormalement élevé de césariennes, atteignant jusqu'à 25 % dans les Laurentides (2022), alors que la recommandation de l'OMS reste de 10 %.

Le corps enceinte est pris en charge par le système médical dans une perspective de contrôle des risques, ce qui entraîne une perte de pouvoir et d'autonomie pour les femmes et les personnes qui enfantent.

Il va sans dire que, loin d'être banale, cette pathologisation du corps enceinte entraîne de graves conséquences. Elle sous-tend un autre enjeu social : considérer la femme comme un objet.

2. Objectivé le corps : déshumaniser les soins

Objectiver le corps, c'est le percevoir comme un produit inerte, dépourvu de sensibilité et d'émotions. La science moderne tente de nous faire internaliser que seule la raison prédomine et qu'elle a plus de valeur que les émotions ou la subjectivité. La plupart de ce qui découle des émotions et de la réalité subjective n'est pas reconnu comme crédible, que ce soit socialement ou dans nos systèmes de soins. Pourtant, la grossesse et la mise au monde s'inscrivent dans un processus bien plus complexe et sensible que des colonnes de chiffres, des statistiques ou des tableaux.

D'ailleurs, une étude (Bélanger-Lévesque, 2021) s'est intéressée au processus spirituel de la mise au monde. La revendication d'une reconnaissance de la dimension spirituelle de l'enfantement est partagée par de nombreuses cultures à travers le monde. Au Québec, cette dimension semble avoir été écartée depuis la médicalisation des naissances. Pourtant, aujourd'hui, la science commence à en démontrer l'importance.

La naissance sollicite l'ensemble des dimensions de la femme et de la personne enceinte : physique, mentale, émotionnelle et spirituelle. Non seulement elle n'est plus perçue comme sacrée, mais elle est devenue un terrain sur lequel quelqu'un d'autre possède l'autorité.

Dans son texte *L'enfant à naître : dispositifs de contrôle dès que la vie paraît*, Raymonde Gagnon souligne l'impact de l'ère biomédicale sur le corps des personnes qui donnent naissance ainsi que sur le bébé à naître. Elle écrit : « *L'enfant à naître n'a jamais été autant surveillé pour en faire un enfant sans tares, un produit social contrôlé, surveillé*. »

C'est donc avec cette prémisse que je souhaite introduire le sujet de l'objectification : le corps de la femme n'est plus perçu comme un espace sacré et intime, mais plutôt considéré comme un vaisseau ou un canal par lequel passe le bébé, un espace qu'il faut surveiller, voire contrôler.

L'objectification du corps des femmes est un enjeu politique, social et individuel. En effet, le fameux slogan « le privé est politique » prend tout son sens lorsqu'il est question de reproduction. Comme le souligne Michel Foucault, le corps politique renvoie à la réglementation, à la surveillance et au contrôle des organes liés à la reproduction (Gagnon, 2020). Dans l'optique de réduire les décès périnataux, l'État s'est infiltré dans le processus de mise au monde des bébés (Gagnon, 2020).

Cette surveillance et ce contrôle se manifestent à travers différents comportements et interventions durant la grossesse : suivi du poids, échographies, dépistage du diabète gestationnel, surveillance du mode de vie, examens du col de l'utérus, contrôle de l'alimentation, entre autres.

Durant la naissance, cela se traduit par un monitoring en continu, des touchers vaginaux fréquents, une surveillance du temps du travail actif ou encore une poussée dirigée.

Malgré le fait que l'intention sous-jacente à ces comportements soit noble et justifiable, les conséquences sur les femmes et les personnes qui donnent naissance sont désastreuses.

Un mouvement de résistance face à la déshumanisation des soins a d'ailleurs vu le jour dans les années 1970 au Québec, suscitant des réflexions sociales et politiques importantes. Les femmes et les familles souhaitent se réapproprier leurs expériences de grossesse et d'enfantement. Ce mouvement a contribué à la résurgence de la pratique sage-femme au Québec et au projet pilote qui a suivi sa légalisation.

Pourtant, ce processus d'appropriation du corps des femmes et des personnes enceintes se perpétue, malgré la vague féministe des années 1970. Les conséquences de cette vision du corps s'étendent à l'ensemble des dimensions de la personne victime. En effet : « *Cela entraîne pour les femmes une perte d'autonomie et de la capacité à décider en toute liberté en ce qui concerne leur propre corps et leur sexualité, ce qui influe négativement sur leur qualité de vie* » (Lévesque et al., 2018).

Voir le corps comme un objet crée un terrain propice aux violences: on n'est plus sensible à la personne devant soi lorsqu'on la déshumanise.

3. Violences obstétricales et gynécologiques et ses conséquences

L'aboutissement de la pathologisation de la grossesse et de l'objectification du corps des femmes se trouve être les violences obstétricales et gynécologiques.

Malheureusement, elles sont encore bien présentes dans nos systèmes actuelles, autant dans le milieu médical que le suivi sage-femme. (Lévesque, 2024)

Elles comprennent, entre autres, des commentaires discriminatoires, le non-respect du consentement, des mauvais traitements, l'impossibilité de choisir un autre professionnel de suivi ou encore de se voir proposer une alternative d'intervention.

Rappelons ici que, pour qu'il y ait consentement, il est nécessaire d'avoir la possibilité de faire un choix éclairé. Celui-ci signifie : « 1) la personne doit être informée; 2) elle doit être en mesure de comprendre et de recevoir l'information; et 3) elle doit exprimer qu'elle la comprend » (Lévesque et al., 2018).

Sans ces trois conditions, on ne peut considérer que le choix a été fait de façon véritablement consentie.

Non seulement les VOG entraînent des conséquences sur la santé mentale des femmes — entre autres des troubles du sommeil ou de l'anxiété (Lévesque, 2024) —, mais elles impactent également leur vie sexuelle ainsi que leur expérience de la maternité.

En effet, près de 25 % des répondantes du projet PAROLES (Lévesque, 2024) ont mentionné que leurs derniers soins obstétricaux avaient eu des impacts sur leur vie sexuelle, et ce, à différents niveaux. Nous savons que le processus du devenir mère est un passage sensible, vulnérabilisant et déstabilisant, qui sollicite l'ensemble des capacités d'adaptation des mères et des parents. Lorsqu'on est victime de violence obstétricale ou gynécologique, ce processus se voit fragilisé d'autant plus.

Les violences obstétricales et gynécologiques entraînent aussi des conséquences psychologiques, générant chez les femmes victimes un profond sentiment de perte d'agentivité. On leur retire leur pouvoir d'agir, ce qui brime leur autonomie personnelle et invalide leur capacité à faire preuve de jugement et de crédibilité. Elles ne sont pas suffisamment entendues, crues ni validées dans leurs expériences de soins (Lévesque et al., 2018).

Le risque de retraumatisation est également présent. Lorsqu'une femme ou une personne enceinte a déjà vécu de mauvais traitements ou des abus sexuels durant son enfance, être victime de violences obstétricales et gynécologiques risque de raviver ces blessures, de la traumatiser à nouveau et de la revictimiser. Ces expériences peuvent même affecter la relation d'attachement avec son enfant ainsi que l'ensemble de son vécu postnatal.

Au Québec, le taux de dépression postnatale atteignait une femme sur quatre en 2019. Peut-on établir des liens avec les expériences de naissance? Portons-nous suffisamment notre attention sur les mères? Et surtout, comment pouvons-nous faire mieux?

Dénoncer la culture patriarcale, coloniale et capitaliste de nos systèmes nous permet de voir comment ces normes se sont internalisées en nous-même, s'inscrivant jusque dans nos pratiques de soins. Les violences faites aux femmes sont un problème systémique, politique et individuel. Les VOG s'inscrivent dans ce même continuum.

Faire autrement.

Si on souhaite œuvrer activement à changer les choses, on doit d'abord se questionner sur son propre positionnement et sur ses propres biais.

Le travail d'allié est un processus constamment inachevé. La posture féministe l'est aussi.

Ce sont des postures qui évoluent, fluctuent, s'améliorent et s'agrandissent avec le temps. On ne peut pas les contenir. Elles sont expansives.

Non seulement elles élèvent les esprits, mais elles ouvrent les cœurs et tissent les communautés.

S'inscrire dans ce cheminement est la mission de doula que je me donne.

Conclusion

Bien que ce travail se veuille une vulgarisation d'enjeux sociaux complexes, je souhaite qu'il s'inscrive dans une remise en question et dans une ouverture à l'autre. S'il peut permettre à d'autres personnes de trouver un peu d'apaisement, de réponses ou de fougue mobilisatrice et activiste, j'aurai accompli ma mission.
Toutes les femmes et les personnes qui enfantent méritent des soins respectueux, dignes de la grandiosité de la mise au monde.

Les bébés méritent de naître dans des environnements sécuritaires, avec une mère apaisée, baignant dans l'ocytocine et entourée de gens qui la supportent, la croient, l'entendent et la reconnaissent dans ses choix.

Évidemment, on ne peut pas garantir une telle promesse face à chaque naissance. Mais on peut activement et consciemment s'assurer de ne pas perpétuer les injustices et les violences systémiques dans nos pratiques de soins et agir comme un espace sécuritaire pour les femmes, les personnes qui enfantent et les familles.

C'est ce chemin que je marche, avec humilité et sensibilité.

Dessureault, A.-M. (2015). La médicalisation de l'accouchement : impacts possibles sur la santé mentale et physique des familles. Devenir, . 27(1), 53-68.https://doi.org/10.3917/dev.151.0053.

Fiche technique de la CDP, Justice réparatrice et sexuelle, 2021 Genre et pratique de l'AQOCI https://aqoci.qc.ca/wp-content/uploads/2021/02/Fiche_technique-JRS_CdPGenre-fevrier2021.pdf

Gagnon, R. (2019). L'enfant à naître : dispositifs de contrôle dès que la vie paraît. *Enfances, Familles, Générations*, (33). https://doi.org/10.7202/1067816ar

Lévesque-Bélanger, (2021), Le processus spirituel des femmes qui accouchent : théorisation ancrée sur l'expérience de l'accouchement vaginal au Québec (Canada), Anthropologie de l'expérience de l'accouchement dans le monde. https://journals.openedition.org/etudescaribeennes/22427

Lévesque, S, Regard sur les soins gynécologiques et obstétricaux au Québec : perspective des personnes patientes, SAS-Femmes, Université de Montréal, 2024

Lévesque, S., Bergeron, M., Fontaine, L. & Rousseau, C. (2018). La violence obstétricale dans les soins de santé : une analyse conceptuelle. *Recherches féministes*, *31*(1), 219–238. https://doi.org/10.7202/1050662ar

Ministère de la santé et des services sociaux, (2022) Distribution des acocuchements, césariennes, naissances vivantes, mortinaissances selon le région et le traitement ensemble du Québec, https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/statistiques/med-echo/2021-2022/rapports-statistiques/S15-distribution-accouchements-region-de-traitement.pdf

Ouelette, J, (2015) Réflexion sur les pratiques prenatale obstétricales et sage-femme dans le contexte de l'humanisation de la médicalisation, Université du Québec à Montréal https://archipel.uqam.ca/15408/1/M13948.pdf

Rivard, A. (2021). Accoucher ou se faire accoucher? Revendications féministes au XXe siècle au Québec. Cap-aux-Diamants, (145), 16–21.