

Université du Québec en Outaouais

Grossesses et accouchements non assistés au Québec : une étude de cas unique avec unités
imbriquées du point de vue situé des femmes concernées

Thèse doctorale

Présentée au

Département des sciences infirmières

Comme exigence partielle du doctorat en sciences de la famille

Par

© Audrey BUJOLD

Février 2026

Composition du jury

Grossesses et accouchements non assistés au Québec : une étude de cas unique avec unités imbriquées du point de vue situé des femmes concernées

Par Audrey Bujold

Cette thèse doctorale a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Sylvain Brousseau, PhD, président du jury, Département des sciences infirmières,
Université du Québec en Outaouais

Christine Gervais, PhD, directrice de recherche, Département des sciences infirmières,
Université du Québec en Outaouais

Pierre Pariseau-Legault, PhD, codirecteur de recherche, Département des sciences infirmières,
Université du Québec en Outaouais

Kévin Lavoie, PhD, examinateur, École de travail social et de criminologie,
Université Laval

Marie-Christine Brault, PhD, examinatrice externe, Département de sociologie,
Université Laval

« Avoir envie de parler de l'accouchement non assisté (ANA) comme d'une option existante dans le spectre des possibles ne doit pas être assimilé à du prosélytisme. [...] On ne « milite » pas pour l'ANA comme on milite, par exemple, pour l'humanisation des pratiques obstétricales ou pour un meilleur respect de l'autonomie décisionnelle des femmes en ce qui a trait à la maternité lorsqu'elles naviguent dans un système fondé sur la prise en charge. Néanmoins, l'empressement testimonial dont bon nombre d'entre nous ont fait preuve ne cache pas non plus une intention d'éveiller chez d'autres femmes un intérêt, une revisite de leur(s) propre(s) expérience(s) d'enfantement, un questionnement par rapport aux interférences que créent – inévitablement à notre sens – toute forme d'assistance et le suivi de la grossesse en général. Cela ne veut pas dire que cette assistance soit mauvaise dans l'absolu, incompatible avec l'autonomisation ou encore qu'il soit injustifié pour les femmes d'y recourir ou d'y trouver sécurité.

Je crois que la nuance est importante. »

Stéphanie St-Amant (2014, p.91)

Remerciements

Je tiens tout d'abord à exprimer ma profonde reconnaissance à ma directrice de recherche, Christine Gervais, pour son soutien, sa bienveillance et son écoute. Son humanité, son positivisme et sa disponibilité ont été des éléments essentiels à la réalisation de ce travail. Un énorme merci également à mon codirecteur, Pierre Pariseau-Legault, dont l'engagement constant, la curiosité intellectuelle et la motivation ont été une source d'inspiration tout au long de ce parcours. Ensemble, vous avez su former une équipe de recherche sensible et respectueuse de ma réalité de jeune maman de quatre enfants en bas âge, et cela a fait toute la différence.

Je tiens aussi à remercier les femmes et les personnes qui ont participé à cette recherche. Leur disponibilité, leur enthousiasme et leur sagesse ont enrichi cette étude d'une manière inestimable. Je leur suis profondément reconnaissante pour leur engagement et leur contribution.

Je souhaite également exprimer ma gratitude à ma belle-maman, Huguette, pour ses nombreuses relectures et son soutien. Sa grande disponibilité m'a permis de dégager un temps précieux pour travailler sans être dérangée par mes responsabilités de maman. Merci à ma mère, Hélène, pour son intérêt constant envers mes travaux et son temps précieux passé auprès de ses petites-filles. Merci à mon amie, Sandrine, pour son écoute attentive et ses précieux conseils.

Je tiens à exprimer des remerciements au Fonds de recherche du Québec (FRQ), à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), au ministère de l'Enseignement supérieur (MES), au Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ) et à l'Université du Québec en Outaouais (UQO) pour leur soutien financier tout au long de ce projet de recherche. L'octroi de ces bourses d'études constitue un facteur de succès déterminant et une véritable source de motivation pour poursuivre des études aux cycles supérieurs.

Enfin, un merci tout particulier à mon partenaire de vie, Pierre-Hugo, pour son soutien inconditionnel et sa présence constante. Ton engagement auprès de nos enfants et ton intérêt soutenu pour mes travaux ont été des moteurs essentiels à la réalisation de ce projet. À mes filles, Évelyne, Agathe et Adèle - et à toi, Gustave, mon garçon - vous êtes ma plus grande source d'inspiration. Mon aspiration à faire évoluer les réflexions autour des naissances au Québec est nourrie par l'espoir de contribuer à rendre l'expérience périnatale véritablement empuissante POUR VOUS, mes chériEs.

Résumé

Les grossesses sans suivi médical et les accouchements non assistés (GANA) désignent la décision intentionnelle de certaines femmes de vivre leur grossesse et/ou accouchement sans recourir aux services offerts par les professionnel·les de la santé, et ce malgré la disponibilité de structures médicales. Ce choix s'inscrit ainsi en rupture avec la norme sociétale de médicalisation des naissances. Bien que marginale, cette décision suscite cependant des débats scientifiques, médiatiques, sociaux et politiques opposant ceux qui la perçoivent comme un choix éclairé à ceux qui la jugent risquée pour la santé de la mère et de l'enfant.

Une revue narrative systématisée (n=32) révèle que le choix d'une GANA est souvent motivé par un désir d'intimité et d'autonomie lors de l'accouchement, ainsi qu'une remise en question des risques obstétricaux associés aux interventions médicalisées. Sur le plan de sociodémographique, ces femmes partagent des caractéristiques similaires comme l'appartenance à la classe moyenne et un niveau d'éducation élevé. En raison de la marginalisation de leur parcours, elles développent des stratégies de légitimation et de solidarité, notamment à travers les réseaux socionumériques. À la lumière de ce travail de recension, quatre principales lacunes ont été identifiées. Premièrement, aucune étude recensée n'a été réalisée dans un contexte québécois, canadien ou francophone. Deuxièmement, aucune enquête ne s'est intéressée à la réalité des grossesses non assistées. Troisièmement, toutes les études qualitatives recensées ont mobilisé l'entretien comme principale et souvent unique méthode de collecte des données. Quatrièmement, malgré l'importance démontrée des réseaux socionumériques dans la trajectoire décisionnelle des femmes qui choisissent les GANA, aucune recherche ne s'est spécifiquement attardée à l'influence des réseaux socionumériques sur leur processus décisionnel.

Considérant l'absence de recherches empiriques sur ce phénomène au Québec, au Canada et plus largement dans l'espace francophone, le but de cette thèse doctorale est de collectiviser les expériences périnatales des femmes qui n'ont pas recours, en partie ou totalement, aux soins et services périnataux, et de répondre à la question suivante : comment les femmes font l'expérience du processus de grossesse et/ou d'accouchement non assisté dans le contexte actuel de la médicalisation des naissances ? Les objectifs spécifiques de la thèse sont les suivants : (1) détailler le portrait sociodémographique et de santé périnatale (grossesse-accouchement) des femmes concernées par cette réalité; (2) analyser la trajectoire décisionnelle et les motivations sous-jacentes aux GANA; (3) décrire les tensions vécues par les femmes concernées dans leurs négociations du non-recours partiel ou complet aux soins et services périnataux; (4) contextualiser les principaux usages des femmes des réseaux socionumériques qui sont favorables aux GANA, et leurs répercussions sur le vécu des femmes concernées.

L'étude mobilise la théorie féministe du positionnement situé à titre de cadre épistémologique et théorique. Cette théorie reconnaît que le positionnement des femmes concernées par les GANA participe à l'élaboration d'un cadre collectif et d'un univers de sens valorisant une réinterprétation émancipatrice de la médicalisation des naissances. Sur le plan méthodologique, cette recherche repose sur une étude de cas unique à unités imbriquées. Trois méthodes de collecte des données ont été triangulées : les questionnaires sociodémographiques et de santé (n=64), les entretiens semi-dirigés (n=23) et les visites commentées (n=9). Un traitement statistique descriptif a été appliqué aux données quantitatives, alors que les données qualitatives ont été codifiées de manière

inductive selon une démarche en trois cycles. Chaque entretien a d'abord fait l'objet d'une analyse transversale approfondie, centrée sur les enjeux propres à chaque parcours. Cette analyse a ensuite été élargie par une lecture horizontale, permettant de repérer les régularités et les variations entre les différents entretiens.

Les résultats quantitatifs de cette thèse permettent, pour la première fois, de cerner les caractéristiques sociodémographiques et de santé de 64 femmes et personnes ayant vécu des GANA au Québec, et de les comparer à celles de la population générale. Les données qualitatives révèlent quant à elles les trajectoires décisionnelles, les motivations sous-jacentes et les tensions personnelles, relationnelles et institutionnelles rencontrées. Les GANA découlent fréquemment d'expériences périnatales antérieures négatives ou traumatiques et sont perçus comme une mesure de protection, à la fois pour soi et pour son bébé. Ce choix devient ainsi un acte d'empuissancement et de réappropriation de la maternité. Toutefois, les tensions associées au rejet du système médical et à la crainte de représailles, notamment en ce qui concerne les signalements à la direction de la protection de la jeunesse, révèlent les défis complexes que soulève cette décision. Enfin, les résultats mettent en évidence l'usage significatif des réseaux socionumériques, utilisés comme sources de soutien communautaire et d'information par les femmes concernées. Ces espaces contribuent à leur préparation émotionnelle et renforcent leur confiance dans le choix d'une GANA.

Enfin, cette thèse doctorale permet de mieux comprendre les enjeux liés aux GANA dans le contexte québécois et francophone, en soulignant comment la dimension linguistique influence l'accès à l'information et aux ressources de soutien. En intégrant les voix de femmes et de personnes souvent exclues des discours dominants, elle contribue à la création de nouvelles ressources herméneutiques sur une expérience encore largement invisibilisée dans le champ de la santé périnatale. Les résultats soulignent la nécessité d'une meilleure compréhension des droits légaux associés à la maternité, notamment le droit de refuser des soins, et mettent de l'avant l'importance pour les professionnel·les de la santé d'adopter des pratiques fondées sur l'ouverture et le respect envers des pratiques familiales alternatives.

Mots clés : étude de cas, revue narrative systématisée, théorie du positionnement situé, médicalisation des naissances, non-recours, accouchement non assisté, grossesse sans suivi, facteurs sociodémographiques, réseaux socionumériques

Summary

Freebirths (unassisted pregnancies and births) describe the intentional decision by some women to go through pregnancy and/or birth without using the services provided by healthcare professionals, despite the availability of medical infrastructure. This choice stands in contrast to the dominant societal norm of medicalized childbirth. While still marginal, freebirth raises significant scientific, media, social, and political debates, pitting those who see it as an informed and legitimate choice against those who consider it risky for the health of both mother and baby.

A systematized narrative review (n=32) reveals that the decision to pursue freebirth is often driven by a desire for privacy and autonomy during childbirth, as well as a questioning of the obstetric risks associated with medical interventions. From a sociodemographic standpoint, women who choose freebirth tend to share common characteristics, such as belonging to the middle class and having a high level of education. Due to the marginalization of their choices, they develop strategies of legitimation and solidarity, notably using social media. This review also highlights four major research gaps. First, none of the reviewed studies were conducted in a Québec, Canadian, or broader Francophone context. Second, no research focused on unassisted pregnancy specifically. Third, all qualitative studies relied primarily and often exclusively on interviews for data collection. Fourth, despite growing evidence that digital platforms play a central role in the decision-making process of those choosing freebirth, no research has focused specifically on the influence of these online networks.

In light of the absence of empirical research on this phenomenon in Québec, Canada, and more broadly in the Francophone world, this doctoral dissertation aims to collectivize the perinatal experiences of women who opt out, partially or entirely, of perinatal care services, and to answer the following research question: How do women experience unassisted pregnancy and/or birth in the current context of childbirth medicalization? The specific objectives of this dissertation are to: (1) describe the sociodemographic and perinatal health profiles (pregnancy–birth) of women concerned by this reality; (2) analyze the decision-making pathways and underlying motivations for choosing freebirth; (3) describe the tensions women experience in negotiating partial or complete non-use of perinatal care; and (4) contextualize women's use of social media platforms that are favorable to freebirth, and examine how these platforms influence their lived experiences.

This research draws on feminist standpoint theory as its epistemological and theoretical framework. This theory recognizes that the situated knowledge of women who choose freebirth contributes to the development of a shared framework of meaning that challenges dominant interpretations and offers emancipatory alternatives to the medicalization of childbirth. Methodologically, the study is designed as a single case study with embedded units of analysis. Three data collection methods were triangulated: sociodemographic and health questionnaires (n=64), semi-structured interviews (n=23), and trace interviews (n=9). Descriptive statistical analysis was applied to the quantitative data, while the qualitative data were inductively coded through a three-cycle process. Each interview was first subject to a transversal analysis focusing on the specific issues raised within each individual story. This was followed by a horizontal analysis to identify recurring themes and divergences across the interviews.

The quantitative findings from this dissertation provide, for the first time, a detailed profile of the sociodemographic and perinatal health characteristics of 64 individuals who have experienced freebirth in Québec, enabling comparison with the general population. The qualitative data shed light on decision-making trajectories, underlying motivations, and the personal, relational, and institutional tensions encountered. Freebirth often stems from previous negative or traumatic perinatal experiences and is perceived as a protective measure for both self and baby. This choice becomes a form of empowerment and a reclaiming of motherhood. However, the tensions associated with rejecting the medical system and the fear of repercussions, particularly reports to youth protection services, highlight the complex challenges surrounding this decision. Finally, the results underscore the significant role of social media platforms, which serve as key sources of information and community support. These digital spaces contribute to the emotional preparation of participants and strengthen their confidence in choosing freebirth.

This doctoral thesis helps to better understand the issues surrounding freebirth in the Québec and broader Francophone context, highlighting how the linguistic dimension influences access to information and support resources. By centering the voices of women and individuals often excluded from mainstream discourse, it contributes to the development of new interpretive resources around an experience still largely marginalized in the field of perinatal health. The findings highlight the need for a better understanding of legal rights related to motherhood and emphasize the importance for healthcare professionals to adopt respectful and open practices toward unconventional yet legal birth choices.

Key words: case study, systematic narrative review, standpoint theory, medicalization of childbirth, non-taken-up, freebirth, unassisted childbirth, pregnancy without follow-up, sociodemographic factors, social network

Table des matières

Remerciements	iv
Résumé	v
Summary.....	vii
Liste des tableaux.....	xiv
Liste des figures.....	xv
Liste des abréviations	xvi
Avant-propos général.....	xvii
Introduction générale	1
Mise en contexte	2
But, question et objectifs spécifiques de recherche	10
Approche méthodologique.....	12
Population, recrutement et collecte des données	14
Analyse et interprétation des données.....	18
Critères de scientificité	20
Considérations éthiques procédurales.....	22
Considérations éthiques pratiques.....	23
Chapitre 1 - Cadre épistémologique et théorique	26
Avant-propos.....	27
Résumé.....	28
Entre cadre disciplinaire et positionnalité critique.....	29
De l'expérience vécue à la recherche : ancrages théoriques et méthodologiques du projet doctoral	31
Théorie du positionnement situé : savoirs et expériences des groupes minorisés	33
Déconstruire l'hégémonie biomédicale : apports d'une lecture féministe et située	37
Réflexivité et positionnalité : naviguer entre expérience personnelle et recherche.....	43
Conclusion	46
Références.....	48
Chapitre 2 – Recension des écrits	53
Avant-propos.....	54
Résumé.....	55
Introduction.....	56
Cadre théorique.....	60
Méthodes.....	61

Résultats	64
Profil sociodémographique	64
Motivations liées aux ANA.....	65
Processus décisionnel lié à l'ANA.....	68
Risques socioculturels liés à l'ANA	69
ANA à l'ère numérique	70
Discussion	71
Remerciements.....	75
Références.....	76
Mise à jour de la revue narrative systématisée	82
Profil sociodémographique	89
Motivations liées aux ANA.....	90
Processus décisionnel lié à l'ANA.....	93
Risques socioculturels liés à l'ANA	96
ANA à l'ère numérique	97
Conclusion	98
Chapitre 3 – Résultats quantitatifs sociodémographiques et de santé.....	100
Avant-propos.....	101
Résumé.....	102
Introduction.....	103
Méthodologie	106
Recrutement et procédures.....	106
Collecte et analyse des données	107
Résultats	108
Données sociodémographiques.....	108
Données contextuelles et de santé.....	111
Discussion	115
Limites	119
Implications.....	120
Aide financière reçue et conflit d'intérêts.....	122
Références.....	123
Chapitre 4 – Résultats qualitatifs sur les motivations et les tensions sous-jacentes à une GANA.....	127
Avant-propos.....	128
Résumé.....	129

Introduction.....	130
Le système périnatal québécois : professions et modes d’accompagnement	132
Positionnement situé et empuissancement : comprendre les choix reproductifs au prisme des rapports de pouvoir	134
Méthodologie	137
Collecte des données.....	137
Analyse et interprétation des résultats	138
Résultats.....	139
Portrait des participantes.....	139
Entre autonomie et contraintes institutionnelles : le rôle des expériences antérieures dans le choix d’une GANA	142
Des trajectoires plurielles vers les GANA : entre choix, contraintes et redéfinitions.....	145
Préparer une GANA : de l’anticipation du risque à l’acceptation de l’incertitude	148
Des grossesses autodirigées aux suivis hybrides	151
Accoucher en autonomie : une expérience de puissance et de vulnérabilité	153
Le postpartum comme prolongement de l’autonomie et de ses défis	155
Choisir sans choix : vers un empuissancement situé	158
Limites	162
Références.....	163
Chapitre 5 – Résultats qualitatifs sur l’influence des réseaux socionumériques en contexte de GANA.....	167
Avant-propos.....	168
Abstract	169
Background.....	170
Theoretical framework and positionality	172
Methods.....	173
Data collection	173
Data analysis	176
Methodological Rigor	176
Results.....	178
Participant Profile	178
Description of SNS	179
Use of SNS.....	182
Roles of SNS in the Perinatal Experience.....	184
Discussion	190

Limitations of the study	196
Conclusions.....	196
Declarations	197
Ethics approval and consent to participate.....	197
Consent for publication.....	197
Availability of data and materials	197
Competing interests	198
Funding	198
Authors' contributions.....	198
Acknowledgements.....	198
Authors' information (optional)	198
References	199
Discussion générale	201
Implications sociétales	213
Macrosystème : médicalisation et rationalité néolibérale	214
Exosystème : non-recours et politiques publiques.....	219
Mésosystème : injustices épistémiques et relations professionnelles	225
Microsystème : réseaux socionumériques, communautés en ligne et mouvement social ..	227
Pertinence des sciences de la famille	231
Forces et limites de la thèse	233
Conclusion générale	237
Retombées de la thèse doctorale	239
Retombées disciplinaires et scientifiques	239
Retombées professionnelles.....	240
Retombées sociales et politiques	242
Futures recherches	243
Références	246
Annexe A - Approbation du CÉR de l'UQO	258
Annexe B - Renouvellement de l'approbation du CÉR de l'UQO.....	261
Annexe C - Affiche de recrutement pour les questionnaires	268
Annexe D - Affiche de recrutement pour les entretiens	270
Annexe E - Questionnaire sociodémographique et de santé.....	272
Annexe F - Schéma d'entretien semi-dirigé	282
Annexe G - Court formulaire sociodémographique et de santé pour les entretiens	287

Annexe H - Courriel préparatoire à la visite commentée.....	290
Annexe I - Schéma de la visite commentée.....	292
Annexe J - Formulaire de consentement pour l'entretien semi-dirigé	294
Annexe K - Formulaire de consentement pour la visite commentée.....	297
Annexe L - Preuve de soumission de l'article 1 (accepté sous réserve de modifications)	300
Annexe M - Preuve de publication de l'article 2	302
Annexe N - Preuve d'acceptation de l'article 3	304
Annexe O - Preuve de soumission de l'article 4 (en révision)	306
Annexe P - Preuve de publication de l'article 5	308

Liste des tableaux

Tableau 1. Algorithmes de recherche.....	62
Tableau 2. Synthèse des écrits recensés lors de la mise à jour	84
Tableau 3. Naissances à domicile selon l'accoucheur·se, Québec, 2011-2021	105
Tableau 4. Caractéristiques personnelles	108
Tableau 5. Caractéristiques géographiques.....	109
Tableau 6. Caractéristiques socioéconomiques.....	110
Tableau 7. Données contextuelles et de santé quantitatives	111
Tableau 8. Portrait obstétrical, déroulement de l'ANA et risques socioculturels associés	112
Tableau 9. Utilisation des services.....	114
Tableau 10. Profil des expériences de naissances des participantes	140
Tableau 11. Typology of private Facebook groups used by study participants experiencing freebirth.....	180
Tableau 12. Typologie explicative du non-recours (Warin, 2019).....	221

Liste des figures

Figure 1. Outils méthodologiques et critères de scientificité	20
Figure 2. Diagramme de flux	63
Figure 3. Diagramme de flux de la mise à jour	83

Liste des abréviations

AAD	Accouchement à domicile
ANA	Accouchement non assisté
AQAN	Association québécoise des accompagnantes à la naissance
AQD	Association québécoise des doulas
CÉR	Comité d'éthique de la recherche
CPM	Certified professional midwife
FRQ	Fonds de recherche du Québec
GANNA	Grossesse sans suivi médical et accouchement non assisté
GARE	Clinique des grossesses à risque élevé
GMF	Groupe de médecine familiale
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPS	Infirmières praticiennes spécialisées
MDN	Maison de naissance
MES	Ministère de l'Enseignement supérieur
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
<i>n</i>	Taille de l'échantillon
Odenore	Observatoire des non-recours aux droits et services
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
OSFQ	Ordre des sages-femmes du Québec
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RN	Registered nurse
RNR	Regroupement Naissances Respectées
RRISIQ	Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec
SF	Sage-femme
SNS	Social networking sites
UQO	Université du Québec en Outaouais

Avant-propos général

Cette thèse doctorale est rédigée sous la forme d'articles scientifiques, tel que stipulé dans les règlements des études de cycles supérieurs (Article 8.12) de l'UQO. Les articles ont été rédigés pour fins de publication dans des revues interdisciplinaires reconnues avec comité de lecture dans le champ des sciences de la famille. Tous les textes apparaissant dans cette thèse ont été rédigés après l'admission de l'étudiante-chercheuse au programme de doctorat en sciences de la famille, et sont directement issus de ses travaux de recherche au doctorat. L'étudiante-chercheuse est l'auteure principale de ces articles. Les seules personnes coauteurs de ces articles sont sa directrice de thèse, Christine Gervais, et son codirecteur, Pierre Pariseau-Legault. Tous les deux ont consenti à l'utilisation de ces articles dans cette thèse. L'utilisation des articles se fait dans le respect des droits d'auteurs.

Cette thèse doctorale comporte cinq articles scientifiques. Pour chacun de ces articles, la contribution de l'étudiante-chercheuse est fondamentale : conceptualisation de l'étude (incluant la stratégie de recension des écrits), collecte et analyse des données ainsi que rédaction, soumission et révision des articles. L'implication des personnes coauteurs fut exclusivement centrée sur l'encadrement des processus de recherche et de rédaction.

Introduction générale

Mise en contexte

Les enjeux entourant les droits reproductifs occupent aujourd'hui une place centrale dans l'espace public, en particulier dans un contexte nord-américain marqué par une remise en cause explicite du droit à l'avortement aux États-Unis. Cette fragilisation ne se limite pas à l'accès à une procédure spécifique : elle soulève des questions plus larges quant à la capacité réelle des femmes¹ enceintes à exercer leur autonomie décisionnelle tout au long de la grossesse et de l'accouchement, notamment lorsqu'il s'agit de refuser des soins obstétricaux (Minkoff, Vullikanti et Marshall, 2024; Paltrow, 2024). Plusieurs analyses montrent en effet que l'atteinte à un droit reproductif tend à affaiblir l'ensemble des droits qui lui sont étroitement associés, redessinant les frontières du consentement, de la responsabilisation et de l'agentivité reproductive (Minkoff, Vullikanti et Marshall, 2024; Paltrow, 2024).

Ces tensions s'inscrivent plus largement dans une hiérarchisation croissante des intérêts, où le meilleur intérêt de du fœtus tend à s'imposer comme principe organisateur des décisions périnatales, souvent au détriment de l'autonomie décisionnelle des femmes. Les femmes enceintes sont ainsi parfois incitées - voire sommées - de prioriser les besoins attribués au fœtus avant les leurs, dans un cadre institutionnel normatif (Minkoff, Vullikanti et Marshall, 2024; Paltrow, 2024), comment en témoigne Anne Quénart (1987, p. 248-249) :

« Au niveau de la maternité, il s'est produit, en ce qui a trait au risque, deux glissements de sens. On est d'abord passé, pour qualifier la grossesse, de la notion de pathologie (discours qu'on peut associer aux 18e - 19e siècles) à la notion du risque. Puis, plus récemment, on a déplacé le risque de la grossesse au fœtus : ce n'est plus tant la grossesse qui comporte des risques, sauf pour quelques femmes bien identifiées (on les appelle « les femmes à risques », voire même « les grossesses à risque élevé ») ; aujourd'hui, à l'heure de la « bébologie », cette prétendue science qui étudie, dès la conception, le « bébé » dans tous ses états et sous toutes ses formes, ce serait plutôt le fœtus qui court des risques si sa mère ne fait pas attention [...] »

Cela dit, cette logique ne peut être comprise indépendamment des transformations sociohistoriques plus larges qui ont significativement redéfini les contours de la famille et de la filiation. Depuis les années 1960-1970, le Québec est en effet passé d'un modèle de filiation centré

¹ Puisque l'accouchement est une fonction spécifiquement réservée aux personnes ayant une anatomie féminine du système reproducteur et que cette expérience est généralement imbriquée aux dimensions sociopolitiques de la reproduction, il importe pour l'étudiante-chercheuse de ne pas occulter son caractère genré. Dans le même ordre d'idées, considérant que les professions sage-femme et infirmière sont genrées au féminin, nous avons uniquement conservé les termes féminisés. L'écriture inclusive a été utilisée pour tous les autres termes genrés de cette thèse.

sur la conjugalité à un modèle centré sur la parentalité, dans lequel, comme le souligne Fabienne Berton (2021), c'est l'enfant qui constitue désormais le pivot de la famille. Cette centralité nouvelle de l'enfant ne relève pas uniquement d'un changement symbolique : elle agit comme un puissant vecteur normatif, structurant les attentes sociales à l'égard des parents, et plus particulièrement des mères, dès la grossesse. Dans ce contexte, la primauté accordée à l'enfant s'articule étroitement à une médicalisation accrue de la grossesse et de l'accouchement. L'arrivée au monde de l'enfant est encadrée par des dispositifs médicaux et institutionnels qui définissent ce que sont les « bons » choix, les comportements acceptables et les pratiques jugées responsables. Les femmes se trouvent alors placées dans une position où leur autonomie est constamment négociée à travers une grille de lecture biomédicale, dans laquelle la protection anticipée de l'enfant tend à primer sur l'expérience, le vécu et les choix des mères elles-mêmes. C'est précisément dans ce contexte de recentrage normatif sur le fœtus que la médicalisation des naissances prend tout son sens : elle fournit les catégories, les savoirs et les dispositifs permettant de traduire le « meilleur intérêt du fœtus » en normes d'action, en prescriptions de comportements et en critères de responsabilisation maternelle.

Dans cette perspective, la médicalisation peut être comprise comme un processus par lequel des expériences humaines, sociales ou corporelles sont progressivement prises en charge, définies et encadrées par le savoir et les pratiques médicales (Harlow, 2025; Kırılı et Kaya, 2025). Touchant particulièrement les femmes, dont les expériences corporelles et reproductives font l'objet d'une attention médicale soutenue, la médicalisation est étroitement liée aux progrès biomédicaux et à la professionnalisation des soins (Harlow, 2025; Kırılı et Kaya, 2025). Ce phénomène qui dépasse largement le cadre du « pathologique » s'étend à plusieurs dimensions de la vie quotidienne comme la ménopause, la grossesse, le vieillissement ou encore l'apparence physique (Kırılı et Kaya, 2025). Ce processus repose sur un enchevêtrement de causes internes (comme la perception du corps, les peurs ou le désir d'intervention) et externes (comme la pression sociale, l'industrie biomédicale ou les logiques médico-légales), qui contribuent à rendre « normale » la présence de la médecine dans des événements autrefois considérés comme physiologiques ou intimes (Kırılı et Kaya, 2025).

Parmi les formes les plus emblématiques de cette médicalisation, celle des naissances est particulièrement significative (Clesse et al., 2018; Harlow, 2025; Rivard, 2014). Alors que la grossesse et l'accouchement ont longtemps été des expériences communautaires, ancrées dans le

tissu social et familial, celles-ci se sont transformées en des actes techniques encadrés par des protocoles médicaux (Clesse et al., 2018; Kırılı et Kaya, 2025; Rivard, 2014). Le recours systématique aux technologies, aux diagnostics prénataux et aux interventions illustre cette volonté de maîtriser les risques associés à la reproduction, mais révèle aussi un certain contrôle du corps féminin (Clesse et al., 2018; Kırılı et Kaya, 2025; Rivard, 2014). Si plusieurs femmes trouvent dans cet encadrement un sentiment de sécurité, d'autres en questionnent la nécessité, dénonçant une dépossession de leur pouvoir d'agir, une invisibilisation de leur savoir corporel, et une réduction de leur autonomie décisionnelle (Clesse et al., 2018; Harlow, 2025; Kırılı et Kaya, 2025; Rivard, 2014). Ainsi, la médicalisation des naissances reflète une tension entre soins et contrôle, entre normes collectives et subjectivité vécue.

Cette tension se reflète également dans les politiques publiques en périnatalité, qui tentent d'apporter des réponses normatives à des enjeux complexes, à la croisée de considérations individuelles, sociales, professionnelles, économiques, culturelles et législatives. Au Québec, l'évolution des politiques périnatales au cours des cinquante dernières années illustre ce mouvement (Rivard, 2014). La première politique, en 1973, intitulée *La périnatalité - Une politique du ministère des Affaires sociales*, visait à réduire la morbidité et la mortalité périnatale (Blanchet, 1979; O'Neil et al., 1990; Rivard, 2014; Valentini, 2004). Rapidement, cette démarche a évolué vers une approche globale, intégrant les dimensions physique, psychologique, sociale et économique de la maternité, et plus largement de la parentalité en contexte périnatal (O'Neil et al., 1990; Rivard, 2014; Valentini, 2004). Au cours des années 1980, des colloques intitulés *Accoucher ou se faire accoucher* ont réuni plus de 10 000 personnes afin de porter une réflexion critique sur les soins obstétricaux (O'Neil et al., 1990; Rivard, 2014; Valentini, 2004). Plus particulièrement, les personnes participantes ont remis en question la médicalisation de l'accouchement et ont énoncé la volonté de redonner aux femmes la souveraineté de leur corps et de leur santé en contexte périnatal. La *Politique de périnatalité de 1993* a tenu compte de cette réflexion et a mis un accent sur l'importance de la liberté de choix des femmes et des familles (Rivard, 2014; Valentini, 2004).

Vingt ans plus tard, la *Politique de périnatalité 2008-2018* a renforcé cet engagement en mettant l'accent sur le bien-être de la femme enceinte, de l'enfant et de la famille, tout en visant l'optimisation des services de santé et le soutien des parents (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2008; Rivard, 2014). Bien que plusieurs réalisations significatives soient

attribuées à cette politique (p. ex. instauration de l'avis de grossesse informatisé), plusieurs cibles décrites dans cette politique n'ont pas été atteintes, notamment celles d'un suivi de grossesse mis en place rapidement pour toutes les femmes enceintes, d'un accès aux services sage-femme pour au moins 10 % de la population et d'un suivi postnatal systématique pour toutes les familles (MSSS, 2024). De surcroît, considérant que 70 à 80 % des grossesses sont considérées à faible risque de complications, une augmentation de l'offre de services de première ligne était projetée dans la *Politique de périnatalité 2008-2018* (MSSS, 2024). Cependant, en 2018, la répartition totale des accouchements au Québec se détaillait ainsi : environ 60 % étaient pris en charge par les gynécologues-obstétricien·nes, 35 % par des omnipraticien·nes et seulement 4 % par des sages-femmes (MSSS, 2024). Finalement, force est d'admettre que les enjeux de coordination, d'accès et d'interruption de services sont malheureusement encore d'actualité.

Ces défis révèlent la nécessité d'une réflexion politique continue et d'une action concertée pour surmonter les obstacles persistants et assurer une offre de services adaptée aux besoins évolutifs des familles québécoises en période périnatale. C'est dans cette logique que le MSSS souhaitait élaborer de nouvelles orientations. En mars 2024 est donc paru le *Plan d'action en périnatalité et petite enfance 2023-2028* (MSSS, 2024). Ce plan d'action renouvelé s'appuie sur les mêmes fondements que la précédente politique, c'est-à-dire la reconnaissance de la normalité de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement, du caractère multidimensionnel de la parentalité, de la compétence des parents et de l'importance du lien d'attachement de l'enfant avec ses parents. Valorisant la collaboration interdisciplinaire et le partenariat avec les familles, il comprend quatre principaux axes d'intervention : (1) renforcer le pouvoir d'agir, (2) innover pour améliorer l'accès aux soins et services, (3) soutenir les professionnel·les et les intervenant·es dans leurs interactions avec les familles et (4) développer des outils pour soutenir l'organisation des services. L'axe 1 se concentre sur le soutien à la maternité et à la parentalité, en particulier en contexte périnatal. L'axe 2 propose des stratégies visant à améliorer l'offre de soins et de services à la population en développant de nouvelles initiatives et en renforçant l'accès à celles déjà existantes. L'axe 3 propose des mesures de soutien aux professionnel·les et intervenant·es qui interagissent avec les familles dans des contextes nécessitant des compétences spécifiques. Enfin, l'axe 4 s'attache à établir des indicateurs et à perfectionner les outils et les données afin de garantir que les services dispensés par le système de santé et les organisations communautaires répondent efficacement aux besoins de la population.

Selon le *Plan d'action en périnatalité et petite enfance 2023-2028* (MSSS, 2024), les femmes enceintes au Québec peuvent choisir parmi une diversité de professionnel·les pour assurer le suivi prénatal : médecins, sages-femmes ou infirmières. En principe, elles conservent à tout moment le droit de modifier leur choix de professionnel·le ou de lieu de naissance sans craindre de représailles, et l'équipe soignante est tenue d'offrir un accompagnement respectueux, quel que soit le parcours choisi. Dans les faits, ce droit demeure parfois difficile à exercer pleinement. Prenons l'exemple d'une femme ayant amorcé un suivi médical dans un groupe de médecine familiale (GMF) qui, au deuxième trimestre, se voit offrir la possibilité d'un suivi avec des sages-femmes. Bien que ce changement soit permis, elle peut être confrontée à des commentaires dissuasifs de la part de son·sa médecin, en plus d'une attente de plusieurs mois avant d'intégrer les services d'une maison de naissance en raison de la rareté des places disponibles (Beaulne-Stuebing, 2021; Bussières McNicoll, 2025; CALACS, 2024; Cantin 2023; Giroux et Landry, 2023).

Toujours selon ce plan d'action (MSSS, 2024), les femmes peuvent donner naissance à l'hôpital, dans une maison de naissance ou à domicile. Lorsque plusieurs établissements sont accessibles dans une même région, il est généralement possible de choisir le lieu de naissance en fonction de ses préférences et de la disponibilité des ressources. Ce choix peut toutefois être influencé par l'état de santé de la mère ou du fœtus, auquel cas une orientation vers un établissement plus spécialisé peut être recommandée ou forcée. Les accouchements à l'hôpital sont pris en charge par des médecins omnipraticien·nes ou des obstétricien·nes, tandis que les sages-femmes peuvent accompagner les naissances à bas risque dans chacun de ces milieux. Bien que les sages-femmes offrent une alternative aux structures hospitalières, les maisons de naissance demeurent peu nombreuses, et leur accès reste limité et inégalement réparti sur le territoire québécois (MSSS, 2024). Quant à l'accouchement à domicile (AAD), il demeure conditionnel à la disponibilité des ressources sages-femmes et à la proximité géographique du domicile des parents avec la maison de naissance et du centre hospitalier dont elles relèvent (MSSS, 2024).

Considérant son caractère stratégique et politique, il semble essentiel de souligner les limites du plus récent *Plan d'action en périnatalité et petite enfance 2023-2028* (MSSS, 2024), et l'une d'entre elles constitue l'omission d'y inclure le choix de certaines femmes québécoises qui préfèrent des grossesses et des accouchements non assistés (GANA), c'est-à-dire sans aucune assistance professionnelle.  galement désignés par les personnes premières concernées sous le

terme d'enfantement libre en français ou de *freebirth* en anglais, les GANA désignent la décision intentionnelle de certaines femmes de vivre leur grossesse et/ou leur accouchement sans recourir aux services offerts par les professionnel·les de la santé, et ce malgré la disponibilité de structures médicales (St-Amant, 2014).

Dès lors, il convient de préciser ce que les GANA ne sont pas. Étant donné que l'intentionnalité de la décision est un aspect central de cette pratique, les accouchements survenant dans des circonstances de précipitation (p. ex. dans le véhicule en direction de l'hôpital ou de la maison de naissance) ou par accident (p. ex. un accouchement rapide à domicile) ne sont pas inclus dans cette définition (St-Amant, 2014). De même, les femmes migrantes contraintes de vivre une GANA dans le contexte où la couverture des services par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) est absente ou limitée ne sont également pas considérées comme faisant partie de cette catégorie (RAMQ, 2022). Les GANA se distinguent ainsi par un choix intentionnel, éclairé et autonome, qui diffère des situations d'urgence ou de contraintes socioéconomiques.

En raison de l'absence de catégorie administrative spécifique pour cette pratique, il n'existe pas de données très précises permettant d'estimer le nombre de femmes qui choisissent de vivre des GANA au Québec (voir chapitre 3), au Canada et ailleurs dans le monde. Selon McKenzie et ses collaboratrices (2020), les rares estimations disponibles tendent à les confondre avec des accouchements précipités ou des naissances survenant avant l'arrivée à l'hôpital, rendant leur ampleur difficile à mesurer. Cependant, malgré cette absence de données officielles, les GANA forment un phénomène social bien présent, comme en témoigne leur visibilité croissante dans les espaces numériques. Une brève incursion dans l'univers numérique permet d'identifier rapidement une multitude de sites Web, de forums de discussion et de vidéos amateurs consacrés aux GANA. On trouve aussi des groupes privés sur les réseaux socionumériques, des balados, des webinaires, des vidéos et des livres sur les GANA qui sont publiés partout dans le monde. Au Québec, deux ouvrages ont été publiés en 2020 et en 2024 pour inspirer et accompagner les femmes qui choisissent de vivre cette expérience (Durand, 2020, 2024). Le groupe privé *Enfantement autonome et accouchement non assisté* (s.d.) sur *Facebook*, dédié aux personnes concernées provenant du Québec et de la France, comprend plus de 5 000 membres. Sur *YouTube*, depuis 2023, une nouvelle chaîne dédiée aux GANA propose des témoignages de femmes québécoises ayant donné naissance sans assistance professionnelle (Florinaissance, 2023). Actuellement, cette

chaine compte près de 1 200 vues, et poursuit sa croissance. Toujours sur *YouTube*, une femme allemande a publié plusieurs vidéos de ses GANA : sa chaine compte plus de 70 000 personnes abonnées et son vidéo de GANA le plus regardé comptabilise presque huit millions de clics (Schmid, 2011). Ces pratiques reçoivent aussi une attention médiatique, bien que relativement limitée. Par exemple, au Québec, nous avons retracé un total de dix textes écrits au sujet des GANA depuis 2014 (Bélisle, 2025; Blanchette, 2015; Bouchard, 2019, 2020; Lesava, 2017, 2018; Lortie, 2014; Meunier, 2022; Petterson, 2016; Thibault-Delorme, 2024). Ces textes incluent différents types de publications, tels que des reportages journalistiques, des billets de blogue et des témoignages, dont certains comportent des passages d'entrevues avec l'étudiante-chercheuse elle-même. La teneur des propos varie : certains articles présentent des situations familiales singulières, d'autres visent à sensibiliser le public aux GANA, et quelques-uns adoptent un ton plus sensationnaliste s'appuyant sur des références culturelles populaires, telles que l'évocation d'accouchements « à l'époque des *Filles de Caleb* » (Bouchard, 2019) qui contribuent à folkloriser les GANA et à les inscrire dans un registre anachronique. Bien que la quantité de textes soit modeste, leur diversité permet toutefois de mettre en lumière les représentations médiatiques dans lesquelles s'inscrit l'objet d'étude, et d'éclairer le contexte social entourant les choix de GANA.

Cela dit, malgré cette couverture médiatique et numérique, les GANA demeurent peu documentés dans la littérature scientifique, particulièrement en contexte francophone. À ce jour, à notre connaissance, aucune étude n'a été menée sur le sujet au Québec, à l'exception d'un récit autoethnographique (St-Amant, 2014). Pourtant, s'intéresser aux femmes qui optent pour des GANA témoigne d'une volonté à reconnaître l'autonomie corporelle de toutes les femmes et de leur droit à prendre des décisions éclairées sur leur santé reproductive, tout en promouvant une société plus inclusive où chaque individu, quel que soit son parcours ou ses choix reproductifs, est respecté et soutenu dans ses droits fondamentaux. Tout comme d'autres groupes marginalisés, les femmes concernées par les GANA font face à des défis en matière de santé et de bien-être, souvent en raison du manque d'accès à des mesures de soutien appropriées. S'intéresser à leurs expériences participe donc à la reconnaissance de la diversité des expériences reproductives et à la promotion d'une compréhension plus complexe et respectueuse des besoins et des réalités de toutes les femmes en matière de santé.

Présentées en détail au deuxième chapitre de cette thèse, les recherches existantes, majoritairement issues de travaux anglo-saxons, australiens et états-uniens, abordent les GANA sous un prisme largement influencé par les perspectives de la pratique sage-femme (Bujold et al., 2024). Ces études se concentrent essentiellement sur les motivations des femmes ayant choisi cette voie, en cherchant à identifier les facteurs personnels, émotionnels ou idéologiques qui sous-tendent leur décision. Toutefois, cette focalisation sur les raisons individuelles s'accompagne souvent d'une posture normative ou défensive, qui tend à interpréter les GANA comme un refus du système biomédical plutôt que comme une réponse critique à des enjeux structurels comme la médicalisation croissante des naissances, les rapports de pouvoir dans les institutions de santé, ou encore la standardisation des trajectoires périnatales. Ainsi, ces recherches peinent à saisir les dimensions collectives, politiques et épistémiques de cette pratique émergente. Par ailleurs, les GANA sont fréquemment amalgamés à d'autres formes de naissances hors institutions, notamment les AAD assistés par des sages-femmes, ce qui tend à invisibiliser les spécificités de cette pratique et les logiques propres aux femmes qui la choisissent (Bujold et al., 2024). Ce flou conceptuel ne permet pas de reconnaître les particularités des GANA comme expérience reproductive fondée sur l'autodétermination, la revalorisation des savoirs corporels et la contestation de certaines normes biomédicales. En cela, les GANA constituent une pratique à la fois intime et politique, qui vient bousculer les représentations dominantes du risque obstétrical et interroger la normativité biomédicale.

À cet égard, bien que le plus récent plan d'action périnatal du MSSS (2024) affiche explicitement l'intention de refléter la diversité des expériences périnatales, l'omission des GANA contribue à invisibiliser les besoins spécifiques des femmes concernées, les laissant sans soutien formel du système de santé. En refusant de reconnaître les GANA comme une option légitime dans le panorama des possibilités en périnatalité, ce plan perpétue une conception étroite et médicalisée de la naissance, marginalisant de fait les expériences qui s'en écartent. Cette omission soulève une question fondamentale : relève-t-elle d'une conception restrictive de la maternité, d'une stratégie de gestion institutionnelle des risques, ou d'un simple manque de données empiriques sur ces pratiques ? Quelle qu'en soit la cause, cette absence de reconnaissance contribue à renforcer l'isolement et la précarité des femmes concernées.

Malgré cela, certain·es pourraient percevoir un paradoxe à vouloir intégrer dans une politique publique des personnes qui, par choix, se tiennent à l'écart des services qu'elle encadre. Or, ce paradoxe apparent mérite d'être interrogé. Il ne s'agit pas ici de revendiquer que les GANA soient reconnues comme modèle ou intégrées dans l'offre de soins, mais de souligner les effets négatifs de leur invisibilisation institutionnelle. L'absence de toute reconnaissance officielle contribue à renforcer la stigmatisation de ces parcours, à limiter l'accès à des ressources lorsque requis, et à alimenter une méfiance réciproque entre les femmes concernées et les institutions de santé. Ce silence politique participe à l'idée qu'il n'existerait qu'une seule manière socialement et médicalement légitime de vivre la maternité : médicalisée, supervisée et conforme aux normes établies. Les politiques publiques ont pourtant la responsabilité de reconnaître la pluralité des expériences, même lorsqu'elles échappent aux cadres conventionnels (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2023).

Aborder la question des GANA dans une perspective de politique publique ne signifie donc pas les normer ou les encadrer réglementairement, ce qui risquerait de légitimer des pratiques de repérage ou de contrôle, mais plutôt de reconnaître leur existence sociale et les tensions qu'elles soulèvent. Il s'agit d'ouvrir un espace de réflexion éthique et de dialogue sur la diversité des trajectoires périnatales, dans une optique de justice reproductive (INSPQ, 2023). Reconnaître ces expériences permettrait non seulement de mieux comprendre les besoins des femmes concernées, mais aussi de repenser les politiques de santé en matière de respect de l'autonomie, de pluralité des choix et d'équité dans l'accès à l'information, au soutien et à la protection, y compris en dehors du cadre médical conventionnel (INSPQ, 2023). Une telle reconnaissance, sans visée prescriptive, pourrait contribuer à construire un environnement social et institutionnel plus accueillant, où les trajectoires atypiques ne sont pas vues comme des dérives, mais comme des expressions légitimes de l'autonomie reproductive.

But, question et objectifs spécifiques de recherche

Cette étude s'inscrit précisément dans cette double perspective : par sa démarche, cette recherche contribue à pallier le manque de connaissances empiriques sur les GANA tout en interrogeant les normes dominantes qui encadrent la maternité au Québec. Son but est de collectiviser les expériences périnatales des femmes qui n'ont pas recours, en partie ou totalement, aux soins et services périnataux, afin de rendre visibles des vécus encore peu documentés dans

l'espace public et scientifique. En ce sens, il vise à répondre à la question suivante : comment les femmes font-elles l'expérience du processus de GANA dans le contexte actuel de la médicalisation des naissances ?

Plus précisément, les objectifs spécifiques de la thèse découlent directement des constats de la recension des écrits qui sont détaillés au deuxième chapitre de cet ouvrage et sont les suivants : (1) détailler le portrait sociodémographique et de santé (grossesse-accouchement) des femmes concernées par cette réalité; (2) analyser la trajectoire décisionnelle et les motivations sous-jacentes aux GANA; (3) décrire les tensions vécues par les femmes concernées dans leurs négociations du non-recours partiel ou complet aux soins et services périnataux; (4) contextualiser les principaux usages des femmes sur les réseaux socionumériques qui sont favorables aux GANA, et leurs répercussions sur le vécu des femmes concernées.

En plus de l'introduction, de la discussion et de la conclusion générale, cette thèse doctorale est organisée autour de cinq articles scientifiques, chacun constituant un chapitre. Le premier article, intitulé *Entre le personnel et le collectif : contributions de la théorie du positionnement situé à l'étude des grossesses et des accouchements non assistés*, décrit le cadre épistémologique féministe ainsi que l'ancrage théorique, soit la théorie du positionnement situé, qui soutiennent l'ensemble du projet. Ce texte retrace l'évolution de la démarche théorique de l'étudiante-chercheuse depuis le début de son parcours doctoral en 2021 et propose une mise en dialogue entre son expérience vécue de mère, sa positionnalité en recherche et la production de savoirs. La théorie du positionnement situé, notamment à travers le concept d'*outsider within* (Hill Collins, 1986, 2000), y est mobilisée comme levier pour penser les rapports de pouvoir dans la recherche et pour articuler des savoirs expérientiels à une posture scientifique rigoureuse. Cet article introduit ainsi les fondements épistémologiques et théoriques qui ont orienté les choix méthodologiques et analytiques de la thèse.

Le deuxième article, intitulé *Pourquoi certaines femmes choisissent d'accoucher sans assistance professionnelle ? Une revue narrative systématisée*, présente les résultats d'une revue narrative systématisée (n=32) qui porte précisément sur les GANA. L'objectif de cet article est de recenser les thèmes prédominants dans la littérature scientifique au sujet des GANA. Les résultats décrivent le profil sociodémographique des femmes qui choisissent les GANA, les motivations et

le processus décisionnel lié à ce choix, les risques socioculturels auxquels ces femmes sont exposées et la place qu'occupent les réseaux socionumériques dans ce processus décisionnel.

Permettant de répondre au premier objectif spécifique de cette thèse, le troisième article, intitulé *Profil sociodémographique et de santé des femmes québécoises qui choisissent de vivre des grossesses et des accouchements non assistés*, circonscrit les principales caractéristiques sociodémographiques et de santé des femmes québécoises ayant choisi de vivre une GANA (n=64), et analyse comment ces caractéristiques se distinguent ou se rapprochent de celles observées dans la population générale.

Permettant de répondre aux objectifs spécifiques 2 et 3 de cette thèse, le quatrième article, intitulé *Appréhender l'invisible : quand les grossesses et les accouchements deviennent un acte d'empuissancement*, propose une analyse qualitative des entretiens semi-dirigés de 22 femmes et d'une personne de genre fluide vivant au Québec et ayant vécu des GANA. Cet article présente les différentes trajectoires décisionnelles et motivations sous-jacentes à ce choix, en plus de décrire les tensions personnelles, relationnelles et institutionnelles auxquelles ces femmes font face.

Enfin, permettant de répondre au quatrième objectif spécifique de la thèse, le cinquième et dernier article de cet ouvrage, intitulé *Reconstituer l'autonomie reproductive par l'intermédiaire des réseaux sociaux : analyse qualitative des usages socionumériques des femmes qui font l'expérience de grossesses et d'accouchements non assistés* [traduction libre], décrit les principaux usages des femmes concernées par les GANA sur les réseaux socionumériques et leurs répercussions dans l'expérience périnatale de ces femmes. L'analyse qualitative s'appuie sur des entretiens semi-dirigés menés auprès de 23 participantes et de visites commentées réalisées avec neuf d'entre elles.

Approche méthodologique

Permettant la compréhension approfondie et élargie d'un point de vue situé qui, à notre connaissance, n'a jamais été étudié au Québec, l'étude de cas unique avec unités imbriquées a été priorisée. En effet, l'étude de cas permet une compréhension intensive, holistique et contextualisée d'un point de vue situé (Yin, 2018). Dans ce projet de recherche, le point de vue situé des femmes qui n'ont pas recours en partie ou totalement aux soins et services périnataux, soit le « cas » de

cette étude, est exploré dans le « contexte » particulier du dispositif² périnatal québécois. Conformément aux postulats de l'étude de cas qui statuent que les frontières entre un cas et son contexte ne peuvent être clairement définies (Yin, 2018), le choix de cette approche méthodologique s'avère judicieux afin de tenir compte des facteurs socioculturels inhérents aux GANA en territoire québécois. L'intérêt de documenter ce point de vue situé dans son inscription contemporaine, plutôt que dans une perspective strictement rétrospective, est également en adéquation avec cette approche méthodologique (Yin, 2018). L'étude de cas semblait ainsi la stratégie méthodologique la plus pragmatique et flexible pour répondre aux objectifs de la recherche.

Le choix d'une étude de cas unique avec unités imbriquées repose sur la volonté d'examiner un phénomène circonscrit en profondeur, tout en tenant compte de sa complexité interne. L'étude porte ainsi sur un seul cas empirique clairement défini - les femmes ayant vécu une forme de GANA -, tout en intégrant plusieurs unités d'analyse interdépendantes, soit des questionnaires, des entretiens semi-dirigés et des visites commentées. Cette structure imbriquée permet de documenter différentes dimensions du même phénomène, sans fragmenter l'objet d'étude, et favorise une compréhension contextualisée et située des expériences des participantes. Autrement dit, l'imbrication de plusieurs unités d'analyse permet d'assurer une forme de réplique analytique, en multipliant les points d'entrée empiriques sur un même cas, et de faire varier les angles d'analyse sans multiplier les cas. Cette triangulation méthodologique contribue à renforcer la robustesse interprétative, à atténuer les risques d'explications alternatives et à affiner les constructions théoriques à un niveau d'abstraction approprié (Yin, 2018).

Dans la lignée de Guetterman et Fetters (2018) qui soulignent la pertinence des études de cas mobilisant des méthodes de collecte multiples, la présente recherche s'appuie sur des matériaux empiriques de nature différente - principalement qualitatifs, mais comprenant également certaines données quantitatives - sans pour autant s'inscrire dans un devis mixte séquentiel ou concomitant au sens classique. Les données quantitatives recueillies ne visent ni la généralisation

² Un dispositif est « un ensemble résolument hétérogène comportant des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions réglementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, morales, philanthropiques ; bref, du dit aussi bien que du non-dit. » (Foucault, 2001, p.299) Dans cette thèse, le dispositif périnatal fait ainsi référence à l'ensemble des discours, des pratiques professionnelles, des aménagements architecturaux et des agencements relationnels élaborés pour gouverner les capacités procréatrices des femmes et pérenniser les effets de la médicalisation des naissances au Québec.

statistique ni l'intégration de paradigmes méthodologiques distincts, mais remplissent une fonction descriptive et contextualisante, au service de la compréhension approfondie du cas. Elles contribuent à situer les expériences des participantes et à éclairer certaines dimensions structurelles du phénomène étudié. L'objectif de la recherche ne réside donc pas dans une complémentarité paradigmatique entre méthodes qualitatives et quantitatives, mais dans l'analyse intensive et contextualisée d'un cas empirique unique, appréhendé à travers plusieurs niveaux d'analyse imbriqués.

Enfin, sur le plan onto-épistémologique, le choix de s'appuyer sur l'approche de Yin (2018) plutôt que sur celle de Stake (1995) mérite également d'être explicité. L'approche constructiviste de Stake (1995), fondée sur une ontologie relativiste, apparaît moins compatible avec les objectifs poursuivis par cette thèse. À cet égard, le réalisme logique de Yin (2018) se révèle plus cohérent avec une posture ancrée dans un réalisme historique, et plus compatible avec une approche féministe visant à analyser les rapports de pouvoir, les cadres normatifs et les dispositifs institutionnels qui structurent les expériences reproductives étudiées.

Population, recrutement et collecte des données

Conformément aux travaux fondateurs de Yin (2018), l'étude de cas doit mobiliser une multitude de méthodes de collecte des données dans le but de croiser les données entre elles (triangulation méthodologique). Les travaux de Yin (2018) ne ciblent pas une méthode particulière de collecte des données; il s'agit donc d'utiliser les méthodes les plus pertinentes pour rendre compte du point de vue situé sous étude. Dans cette optique, afin de répondre aux objectifs spécifiques de recherche, trois méthodes de collecte des données ont été mobilisées et triangulées dans ce projet : (1) les questionnaires sociodémographiques et de santé, (2) les entretiens semi-dirigés et (3) les visites commentées. Afin d'assurer l'exactitude et la rigueur des résultats, les données collectées à l'aide de ces méthodes ont également été mises en dialogue avec le récit autoethnographique et le journal de bord de l'étudiante-chercheuse.

Après avoir reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'UQO (annexes A et B), l'étudiante-chercheuse a contacté les administratrices des communautés en ligne qui sont investies par les femmes concernées dans le but de présenter l'étude et de demander la permission de diffuser les affiches de recrutement (annexes C et D) sur les réseaux en question. Les communautés en ligne qui ont été appelées à partager les affiches de recrutement sont celles

où les femmes qui choisissent de vivre des GANA sont les plus visibles. De fait, le Web a constitué la seule porte d'entrée pour cette recherche. Au total, huit communautés en ligne ont diffusé les affiches de recrutement sur leurs réseaux sociaux numériques.

Afin de cibler ces communautés, un travail de pré-terrain a été réalisé, s'appuyant sur l'expertise personnelle de l'étudiante-chercheuse en lien avec le phénomène d'intérêt, ainsi que sur des discussions informelles menées avec des administratrices de groupes et des femmes concernées. Cette démarche s'inscrit dans les recommandations formulées par Chancellor et ses collègues (2024), selon lesquelles les chercheur·es devraient s'impliquer activement dans les communautés qu'ils et elles souhaitent étudier, afin d'en comprendre les normes, de clarifier leur posture de recherche et de co-construire, dans la mesure du possible, les protocoles de recherche avec les membres concernés. Il est également recommandé d'obtenir l'approbation - ou à tout le moins, la reconnaissance - des personnes ayant un rôle d'influence dans ces espaces, comme les administratrices ou modératrices. Dans le cadre de ce projet, cette phase préparatoire a permis de mieux cerner les attentes et les réticences des participantes, notamment en ce qui concerne la protection de la vie privée, l'anonymat et le respect des espaces d'échange à accès restreint. En conséquence, la méthodologie adoptée écarte toute forme d'observation directe ou participante, au profit de modalités jugées plus respectueuses des normes collectives, telles que le recrutement en ligne et la réalisation de visites commentées. Cette posture s'inscrit également dans une approche de conception sensible aux valeurs, selon laquelle les décisions méthodologiques doivent tenir compte des résistances exprimées par les communautés : ces résistances peuvent alors être comprises comme des barrières éthiques à ne pas franchir (Chancellor et al., 2024).

Deux phases de recrutement indépendantes ont été réalisées avec l'aide des administratrices de ces communautés en ligne, l'une de trois mois (février à avril 2024) pour les questionnaires sociodémographiques et de santé ainsi qu'une autre de trois mois (mai à juillet 2024) pour les entretiens semi-dirigés et les visites commentées. Les critères d'inclusion étaient les mêmes pour les questionnaires sociodémographiques et de santé et les entretiens semi-dirigés : (1) être âgée de 18 ans et plus; (2) avoir vécu, par choix, une grossesse sans suivi professionnel en partie ou totalement et/ou un accouchement sans assistance professionnelle au Québec; (3) être en mesure de comprendre et de lire le français. Pour la participation à la visite commentée, les femmes devaient répondre aux deux critères d'inclusion suivants : (1) avoir participé à l'entretien semi-

dirigé de cette présente étude; (2) avoir fréquenté durant leur grossesse des espaces socionumériques (p. ex. *Facebook*, *Instagram*, *YouTube*, *Twitter* et autres) qui diffusent du contenu en lien avec les GANA. Afin d'assurer la réussite du doctorat dans les temps, seulement les femmes ayant participé aux entretiens semi-dirigés ont été invitées à la suite de leur entrevue à participer aux visites commentées qui ont eu lieu lors d'une rencontre ultérieure. Pour que toutes les femmes intéressées et concernées par les GANA au Québec puissent y participer, l'ensemble du processus de collecte des données a été effectué à l'aide d'outils numériques : communautés en ligne sur les réseaux socionumériques (recrutement), *LimeSurvey* (questionnaires) et *Zoom* (entretiens et visites commentées).

Mobilisant une stratégie d'échantillonnage de convenance, des objectifs en termes de taille d'échantillon ont été fixés pour chacune des méthodes de collecte des données : questionnaires ($n=30$), entretiens semi-dirigés ($n=12$) et visites commentées ($n=10$). Ces objectifs ont été définis en tenant compte du faible nombre absolu de femmes concernées par cette réalité, des contraintes temporelles liées à la réalisation d'une thèse de doctorat, ainsi que de la comparaison avec d'autres études sur les GANA (Bujold et al., 2024). Dans cette perspective, le principe de saturation des données n'a pas été intégré à la thèse : il présentait non seulement un risque de saturation prématurée (Karazi-Presler et Lomsky-Feder, 2024), mais il était également incompatible avec l'épistémologie féministe qui sous-tend ce projet, laquelle valorise la pluralité des expériences et l'inclusion de toutes les voix disponibles (Braun et Clarke, 2021). Cependant, face à l'enthousiasme rapide suscité par la recherche et à la diversité des profils et expériences des participantes, il a été décidé, en concertation avec les directeur·es de la thèse, d'inclure toutes les femmes souhaitant contribuer à la recherche pendant la période de collecte, même si cela dépassait les objectifs initiaux en termes d'échantillon. Cette décision s'inscrit pleinement dans l'approche féministe de cette recherche, mettant au centre les principes d'inclusivité et de justice sociale, et assurant que toutes les expériences pertinentes soient prises en compte.

Au total, nous avons obtenu un échantillon de 64 personnes pour les questionnaires, 23 personnes pour les entretiens semi-dirigés et 9 personnes pour les visites commentées. Pour les visites commentées, nous dénotons un échantillon ($n=9$) légèrement inférieur aux objectifs ($n=10$). À cet égard, des biais de mémoire ont été évoqués par plusieurs participantes pour justifier leur refus de participer à une visite commentée. D'autres participantes ont plutôt expliqué leur refus

d'y prendre part en soulignant que les réseaux socionumériques n'ont pas occupé une place importante dans le cadre de leur trajectoire de GANA.

Questionnaires sociodémographiques et de santé. Conformément au premier objectif spécifique de cette thèse, un questionnaire sociodémographique et de santé a été créé sur *LimeSurvey*. Le questionnaire a été diffusé durant une période de trois mois sur les huit communautés numériques ciblées. Les questions soulevées dans le questionnaire (annexe E) ont notamment été construites à partir des constats identifiés comme étant pertinents dans la recension des écrits (voir chapitre 2). D'une part, 11 questions ciblaient les données sociodémographiques des participantes dans le but de tracer un portrait des femmes québécoises qui choisissent les GANA en termes d'âge, d'orientation sexuelle, d'identité de genre, de région habitée, de scolarité, de revenus familiaux et d'ethnicité. D'autre part, 13 questions portaient sur les expériences de grossesses et d'accouchements des femmes. Ces questions visaient à identifier le nombre de grossesses sans suivi et d'accouchements non assistés encourus, la présence ou non de facteurs de risque, l'utilisation ou non des services périnataux ainsi que les conséquences possibles d'une GANA pour le fœtus et la mère.

Entretiens semi-dirigés. Conformément au deuxième, troisième et quatrième objectifs de ce projet, les personnes répondant aux critères d'inclusion ont été invitées à participer à un entretien individuel semi-dirigé sur la plateforme *Zoom* d'une durée approximative de 90 minutes. Le schéma d'entretien initial (annexe F) a été construit de manière à analyser la trajectoire décisionnelle et les motivations sous-jacentes aux GANA, à décrire les tensions vécues par les femmes concernées dans leur négociation du non-recours partiel ou complet aux soins et services périnataux ainsi qu'à contextualiser les principaux usages des femmes sur les réseaux socionumériques qui sont favorables aux GANA. Celui-ci contenait une banque de questions et de sous-questions pour chacun des trois objectifs spécifiques de façon à orienter et à soutenir le dialogue au besoin. La plupart des questions étaient ouvertes et non directives afin de s'assurer que le point de vue situé des femmes concernées soit exploré et compris dans toute sa complexité. Avant de réaliser l'entretien, les femmes ont été invitées à remplir un court questionnaire sociodémographique (annexe G) sur *LimeSurvey* qui a permis de contextualiser le propos des participantes lors de la restitution des résultats.

Visites commentées. Conformément au quatrième et dernier objectif de cette thèse, la méthode de la visite commentée a été mobilisée afin de permettre aux participantes d’observer, de commenter et d’interpréter leurs propres traces numériques. Cette démarche visait à faire émerger un discours interprétatif sur leurs pratiques en ligne liées aux contenus socionumériques portant sur les GANA. Inspirée des travaux de Gallant et al. (2020), la visite commentée cherchait à susciter une interaction tripartite entre l’étudiante-chercheuse, les participantes et leurs traces numériques. En plus d’éclairer les principaux usages des réseaux socionumériques par ces femmes, cette méthode a ainsi constitué un levier important pour approfondir la compréhension de leurs motivations, de leurs réflexions et de leurs rapports aux contenus socionumériques. Appuyées par un courriel préparatoire (annexe H) et un schéma d’entretien (annexe I), les visites d’une durée approximative de 60 minutes ont été réalisées sur la plateforme *Zoom*. Elles ont été effectuées après les entretiens semi-dirigés afin d’approfondir les propos déjà partagés concernant l’usage des réseaux socionumériques et d’enrichir la compréhension des pratiques numériques des participantes.

Analyse et interprétation des données

L’analyse et l’interprétation des données ont été menées de façon séquentielle, en commençant par les questionnaires, suivis des entretiens semi-dirigés, puis des visites commentées. Les données collectées par les questionnaires sociodémographiques et de santé ont été analysées à l’aide de statistiques descriptives visant à détailler le portrait des femmes concernées par les GANA. Ces analyses ont été effectuées avec les logiciels *Excel* et *LimeSurvey*. La moyenne, la médiane ainsi que la variance et l’écart-type ont été mobilisés pour décrire les variables continues. La distribution des fréquences a quant à elle été utilisée pour décrire les variables catégorielles et ordinales.

L’analyse et l’interprétation des données qualitatives provenant des entretiens semi-dirigés ont été réalisées sur la base des travaux de Saldaña (2021) sur le processus de codage en recherche qualitative. Plus précisément, le processus de codage inductif en trois cycles de Saldaña (2021) a été réalisé à l’aide du logiciel *NVivo 14*. Ce processus a été choisi pour sa flexibilité méthodologique et parce qu’il se situe à l’intersection de l’analyse thématique et de la théorisation enracinée. Dans son essence, cette approche partage avec l’analyse thématique une logique inductive d’identification et d’organisation de régularités dans les données, tout en empruntant à

la théorisation enracinée certains outils analytiques (notamment les cycles de codage) sans en adopter la finalité théorisante au sens strict (Saldaña, 2021). Ce choix est cohérent avec l'étude de cas retenue, envisagée comme la stratégie la plus pragmatique et flexible pour répondre aux objectifs de la recherche. La démarche est fondamentalement inductive : les catégories ont émergé du matériau empirique à travers un processus itératif de codage.

Avant de débiter ce processus analytique, les entretiens ont été transcrits intégralement par l'étudiante-chercheuse. Le premier cycle de codage (codage ouvert) a consisté à catégoriser les extraits narratifs en parties distinctes et à les étiqueter à des codes (p. ex. *in vivo*, processus, émotion, valeur, descriptif, etc.). Ce processus de codage ouvert nous a aidés à découvrir les éléments saillants et les schémas potentiels dans les données, en plus de comparer et d'opposer le matériel empirique. Le deuxième cycle de codage (codage axial) a permis de relier et d'organiser les codes entre eux afin de créer des catégories. Les catégories ont été créées à partir d'un code existant ou ont été construites sur la base d'un niveau d'abstraction plus important en englobant un certain nombre de codes différents. Ces catégories ont constitué les axes autour desquels gravitent les codes et le matériel empirique. Ce cycle a donc visé à organiser les données de manière plus structurée et à développer des schémas de relations entre les codes. Le troisième cycle de codage (codage sélectif) s'est concentré sur la sélection et le développement des catégories centrales les plus pertinentes et significatives. Ces catégories centrales ont été constituées à partir d'une catégorie existante prédominante ou constituaient en soi une nouvelle catégorie centrale dérivée de l'adéquation des autres catégories. Ce cycle a permis d'examiner de manière critique les catégories centrales émergentes pour déterminer celles qui étaient les plus importantes pour la compréhension du phénomène étudié. Ce processus de codage sélectif a contribué à affiner et à intégrer les catégories principales dans une structure théorique plus globale. Autrement dit, le troisième cycle de codage selon Saldaña (2021) a été utilisé comme un outil d'intégration et de structuration analytique, permettant de regrouper et d'articuler les catégories afin de produire une compréhension globale et cohérente du phénomène étudié, plutôt que de construire un modèle explicatif généralisant. La « structure théorique globale » renvoie ainsi à un cadre interprétatif intégré, à visée compréhensive et située. Ce processus analytique a d'abord été réalisé de manière transversale pour chacun des entretiens. Ensuite, l'analyse horizontale entre les entretiens a été effectuée en mettant de l'avant les points de convergence et de divergence entre les codes, les catégories et les catégories centrales dans le but de comprendre et de conceptualiser les données

de façon contrastée et complémentaire (Miles et al., 2020; Saldaña, 2021). Le processus d'analyse a été négocié en réunion d'équipe avec la codirection et révisé pour obtenir un consensus le cas échéant.

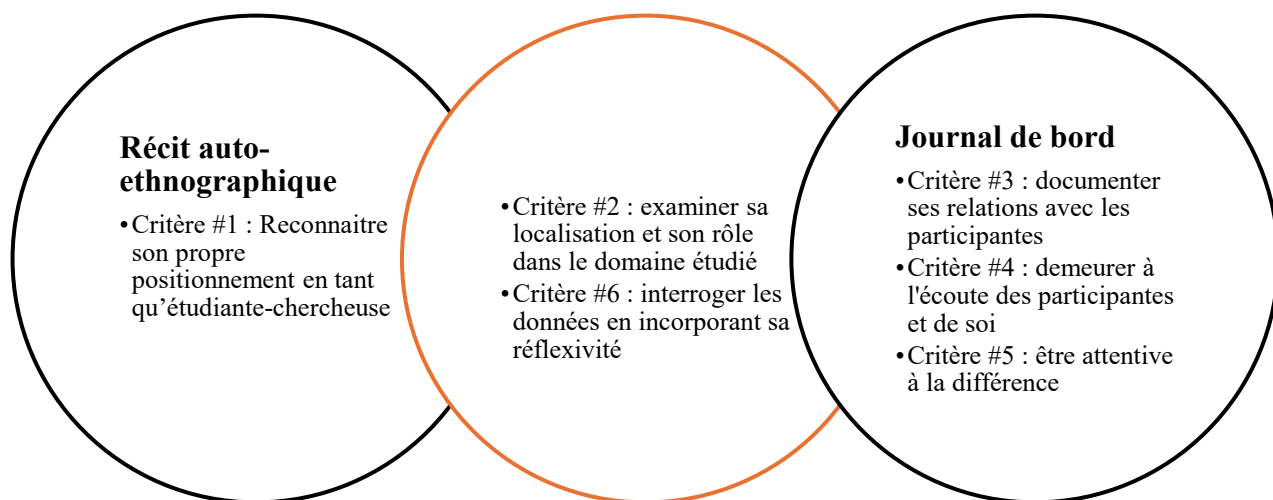
Finalement, l'analyse et l'interprétation des données issues des visites commentées ont été réalisées dans une visée descriptive et comparative des traces numériques. Plus précisément, les données ont été structurées à l'aide d'une base de données présentant un inventaire complet de chaque trace enregistrée. Cette base a permis de décrire le corpus dans son ensemble, puis de situer la place des traces dans l'expérience périnatale des femmes concernées par les GANA. De cette analyse a émergé une typologie des réseaux socionumériques et de leurs usages dans le contexte d'une GANA.

Critères de scientificité

Dans cette recherche, la rigueur méthodologique repose sur l'intégration de six critères de scientificité féministe (Hesse-Biber et Piatelli, 2012), cohérents avec la théorie du positionnement situé et le concept d'*outsider within* de Patricia Hill Collins (1986, 2000). Ces critères visaient à maintenir une posture réflexive tout au long du processus de collecte et d'analyse des données. Les six critères de scientificité étaient les suivants : (1) reconnaître son propre positionnement en tant qu'étudiante-chercheuse; (2) examiner sa localisation et son rôle dans le domaine étudié; (3) documenter ses relations avec les participantes; (4) demeurer à l'écoute des participantes et de soi; (5) être attentive à la différence; (6) interroger les données en incorporant sa réflexivité (Hesse-Biber et Piatelli, 2012).

Pour respecter cette rigueur académique, deux outils méthodologiques ont été mobilisés (figure 1). Ces critères et outils méthodologiques visaient à éviter que l'étudiante-chercheuse parle « au nom » des participantes, sans considérer les multiples formes d'oppression et de privilège qu'elles ont rencontrées dans leurs parcours de vie (Chbat, 2022). D'une part, le récit autoethnographique a permis à l'étudiante-chercheuse de situer son propre positionnement dans le contexte macrosocial de la production des savoirs, et de rendre compte de son implication personnelle dans la recherche (Pariseau-Legault, 2018). Le premier chapitre de cette thèse intègre plusieurs aspects de ce récit autoethnographique, et de cette démarche réflexive poursuivie tout au long de la thèse doctorale.

Figure 1. Outils méthodologiques et critères de scientificité



D'autre part, le journal réflexif a permis d'identifier et de remettre en question ses préjugés et privilèges tout au long du processus, tout en s'efforçant de respecter les besoins et désirs exprimés par les femmes concernées. Ce journal a également contribué à garantir que les interprétations restaient ancrées dans les réalités vécues par les participantes afin de partager avec plus de transparence et d'exactitude leur rapport à la maternité. Le journal de bord servait aussi à collecter les artefacts socioculturels liés aux GANA au Québec. Cette collecte des données ne visait pas à répondre à un objectif spécifique de recherche, mais avait plutôt pour but de bien circonscrire le contexte socioculturel québécois dans lequel cette étude de cas s'inscrit. Cette collecte des données ciblait spécifiquement la littérature grise (p. ex. documents produits par le gouvernement, les ordres professionnels et les unités des naissances), la littérature populaire (p. ex. articles de blogue, livres), et les artefacts sociaux (p. ex. balados, vidéos, émissions radiophoniques, films). La collecte de ces artefacts a été effectuée tout au long de la thèse jusqu'à son dépôt initial. Sans égard aux dates de publication, tous les artefacts socioculturels directement liés aux GANA qui ont été lus, regardés ou écoutés par l'étudiante-chercheuse ont été collectés. Minimale, des entrées ont été effectuées une fois par semaine au journal de bord. Il importe de souligner que cette collecte itérative et créative ne prétend en aucun temps à l'adoption d'une quelconque recension systématique des artefacts en question. Ces artefacts ont souvent été intégrés à la problématisation des cinq articles scientifiques.

Considérations éthiques procédurales

Puisque cette étude implique des sujets humains, celle-ci a été approuvée par le CÉR de l'UQO (annexes A et B). Les questionnaires sociodémographiques et de santé étaient anonymes. Comme le recommande le CÉR de l'UQO, le site de sondage en ligne *LimeSurvey* a été utilisé, puisque cette plateforme gratuite permet de conserver les données directement sur les serveurs de l'UQO. Avant de débiter le questionnaire, les femmes ont été invitées à lire un formulaire de consentement et à accepter les modalités de participation (annexe E). Si elles consentaient à participer à l'étude, elles devaient appuyer sur le bouton « suivant » comme le stipulaient les directives spécifiques du formulaire. Si elles ne consentaient pas à y participer, elles étaient plutôt invitées à fermer la page de leur navigateur Web.

En ce qui concerne les entretiens semi-dirigés et les visites commentées, des renseignements d'identification directe ont été collectés (p. ex. nom des participantes, numéro de téléphone, adresse courriel). Il importe de préciser que ces renseignements identificatoires ont été connus uniquement en raison des méthodes de collecte de données, mais n'ont pas été utilisés dans le cadre de la recherche. En effet, un processus d'anonymisation des participantes a été effectué dès la transcription des bandes audio réalisée par l'étudiante-chercheuse elle-même. Les entretiens semi-dirigés ont été enregistrés sur bande audio uniquement alors que les visites commentées ont été enregistrées sur bande audio et vidéo pour en faciliter l'analyse. Deux formulaires de consentement indépendants (entretiens semi-dirigés et visites commentées) ont été remis et expliqués aux participantes afin que leur accord de participation à cette étude soit libre, éclairé et continu (annexes J et K). Leur droit de se retirer en tout temps et sans conséquence ou de ne pas répondre à une ou plusieurs questions a également été réitéré.

Lors de la rédaction des articles et de ce présent ouvrage, l'étudiante-chercheuse a retiré toute information identificatoire liée aux participantes. En ce qui concerne plus spécifiquement les visites commentées, la nature indexable des contenus en ligne rend possible l'identification des personnes à partir de simples citations textuelles de leurs publications (Thoër et al., 2012). Dans ce contexte, afin de préserver l'anonymat des participantes et des groupes (Chancellor et al., 2024; Barrat et Lenton, 2010; Heritage, 2022; Thoër et al., 2012), aucune citation directe de traces numériques n'a été utilisée dans les productions issues de ce projet. L'étudiante-chercheuse a plutôt

adopté la stratégie proposée par Thoër et al. (2012), laquelle consiste à produire des exemples composites élaborés à partir de l'agrégation de plusieurs traces numériques.

Enfin, le processus de recrutement de cette recherche a été accessible à toute la population répondant aux critères d'inclusion. Toutes les personnes concernées ayant porté un intérêt pour y participer ont été incluses à cette étude. Aucun critère d'exclusion n'a été élaboré afin de préserver le principe de justice et de garantir le caractère inclusif de cette recherche à l'ensemble de la population concernée. Aucune compensation monétaire n'a été offerte aux participantes. Les bénéfices anticipés associés à la participation à cette étude reposaient sur le potentiel d'empuissancement généré par l'implication des personnes premières concernées, ainsi que sur la possibilité de contribuer à une évolution des normes sociales entourant les GANA, susceptible d'améliorer leur situation. Ce projet s'inscrivait dans le cadre d'une recherche à risque minimal, dans la mesure où la probabilité et la gravité des préjudices potentiels liés à la participation n'excédaient pas celles généralement associées aux expériences de la vie quotidienne des participantes (Conseil de recherches en sciences humaines, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et Instituts de recherche en santé du Canada, 2022). Ce risque minimal est notamment expliqué par le fait que les participantes ont été exclusivement recrutées au sein de communautés en ligne spécifiquement dédiées au partage d'expériences liées aux GANA. En ce sens, leur participation à cette recherche s'intègre dans un processus déjà entamé de dévoilement, d'introspection et de partage, ne générant ainsi aucun préjudice supplémentaire ou supérieur à ceux rencontrés dans leur quotidien.

Considérations éthiques pratiques

Dans la recherche, l'éthique ne se réduit pas aux seules obligations formelles, souvent perçues comme l'application stricte de règles et de protocoles institutionnels (Caldairou-Bessette et al., 2017). Bien que ces mesures soient indispensables pour protéger les droits fondamentaux des participant·es, elles relèvent d'une éthique procédurale, matérialisée principalement par l'évaluation et la supervision des comités institutionnels. En complément de cette dimension normative, l'éthique pratique concerne les décisions et dilemmes rencontrés directement sur le terrain, en particulier dans le cadre de recherches qualitatives (Caldairou-Bessette et al., 2017). Ce niveau, que l'on peut qualifier de micro-éthique, insiste sur l'attention portée aux participant·es,

le dialogue et la rencontre, plutôt que sur des règles prescriptives qui ne peuvent être anticipées ni régulées entièrement par les procédures institutionnelles (Caldairou-Bessette et al., 2017).

C'est dans ce cadre que, pour cibler les communautés pertinentes, un travail de pré-terrain a été réalisé. Il s'appuyait à la fois sur mon expérience personnelle en lien avec le phénomène des GANA et sur des discussions informelles avec les administratrices de groupes ainsi qu'avec des femmes concernées. Cette démarche, qui relève d'une posture réflexive et sensible aux contextes spécifiques, s'inscrit également dans les recommandations de Chancellor et ses collègues (2024), selon lesquelles les chercheur·es devraient s'impliquer activement dans les communautés qu'ils étudient afin de comprendre leurs normes, de clarifier leur posture et, dans la mesure du possible, de co-construire les protocoles de recherche avec les membres concernés.

Dans le cadre de ce projet, cette phase préparatoire a permis de mieux cerner les attentes et réticences des administratrices des réseaux ciblés, notamment en ce qui concerne la protection de la vie privée, l'anonymat et le respect des espaces d'échange à accès restreint. En effet, les administratrices des groupes ciblés étaient en désaccord avec toute forme d'observation directe des échanges, ce qui a conduit à prioriser la réalisation de visites commentées, offrant aux participantes la liberté de choisir de participer ou non au volet numérique de l'étude et de contrôler ce qu'elles souhaitaient partager à propos de leurs contenus socionumériques liés aux GANA. Autrement dit, cette approche a écarté toute observation, qu'elle soit participante ou non, au profit de modalités respectueuses des normes collectives et sensibles aux valeurs des communautés, selon lesquelles les résistances exprimées peuvent être comprises comme des barrières éthiques à ne pas franchir (Chancellor et al., 2024).

L'accès aux groupes a été grandement facilité par la position d'*outsider within* mobilisée dans la thèse. Cette posture a permis d'instaurer un climat de confiance, d'atténuer les inquiétudes des administratrices et des participantes, et de garantir une transparence quant aux mes intentions de recherche. L'accord formel des administratrices pour le recrutement a été obtenu avant toute démarche de sollicitation. Les réactions des membres des groupes ciblés ont été unanimement positives, avec des remerciements pour la mise en place d'un tel projet. Aucune internaute n'a exprimé d'inconfort vis-à-vis de la présence de l'étudiante-chercheuse et des appels à participation. Le compte *Facebook* utilisé par l'étudiante-chercheuse pour la recherche a été créé exclusivement

pour ce projet et supprimé après l'acceptation de la thèse, et servait uniquement à la gestion des questions et messages privés transmis via *Messenger*.

Enfin, une attention particulière a également été portée à la confidentialité des noms des groupes socionumériques ciblés, afin d'éviter une mise en visibilité de communautés déjà marginalisées et ciblées par des groupes « *anti-freebirth* », lesquels, adoptant souvent des positions pro-hôpital, tentent de déconstruire les choix liés aux GANA en les présentant comme dangereux ou irresponsables (Bujold et al., 2025). Cette vigilance a permis de préserver les espaces investies par les femmes concernées.

Chapitre 1 - Cadre épistémologique et théorique

Entre le personnel et le collectif : contributions de la théorie du positionnement situé à l'étude des grossesses et des accouchements non assistés

Avant-propos

Titre de l'article : Entre le personnel et le collectif : contributions de la théorie du positionnement situé à l'étude des grossesses et des accouchements non assistés

Auteur·es :

(1) Audrey Bujold, PhD(c), UQO

(2) Pierre Pariseau-Legault, PhD, professeur au Département des sciences infirmières, UQO

(3) Christine Gervais, PhD, professeure au Département des sciences infirmières, UQO

Revue de publication : Cahiers de recherche sociologique

Numéro thématique : Pour une sociologie des marges. Savoirs, engagements, méthode.

Date de soumission : 23 octobre 2024

Statut de l'article : Accepté sous réserve de modifications³ (annexe L)

Pertinence de la revue en sciences de la famille : La revue *Cahiers de recherche sociologique* de l'UQAM apparaît particulièrement pertinente pour cette thèse doctorale en sciences de la famille, étant donné son engagement envers une approche critique de la sociologie et ses réflexions sur la marginalité dans la production de savoirs. En effet, cette revue met en lumière des démarches de recherche qui échappent aux routines académiques et interrogent les rapports de pouvoir en recherche, notamment en ce qui concerne l'objectivité et la légitimité des savoirs. La publication de notre article est particulièrement adaptée pour une thèse qui interroge les pratiques marginalisées comme les GANA, et qui s'inscrit dans une dynamique de recherche située et réflexive.

³ Le manuscrit qui suit a été révisé à partir des demandes de modifications de la revue. Il s'agit de la version la plus récente soumise.

Résumé

Formée en sciences infirmières, j'ai rapidement intégré les perspectives dominantes sur la médicalisation des naissances. Toutefois, mon expérience de mère ayant choisi de vivre trois accouchements non assistés a remis en question ce cadre. Dans cet article, je retrace l'évolution de ma démarche théorique, ainsi que ses implications pratiques depuis le début de mon cursus doctoral en 2021. En plus de présenter les concepts clés de la théorie du positionnement situé qui ont façonné mon répertoire herméneutique, j'examine ses retombées théoriques, réflexives et pratiques dans ma recherche. À travers le concept d'*outsider within*, je montre comment cette théorie permet de (ré)concilier mon rôle de mère et celui d'étudiante-chercheuse, tout en questionnant les rapports de force dans la production des savoirs.

Mots clés : épistémologies situées, théorie du positionnement situé, réflexivité, médicalisation des naissances, accouchement non assisté

Entre cadre disciplinaire et positionnalité critique

Les savoirs médicaux sont souvent façonnés par une vision postpositiviste dominante qui privilégie les aspects techniques et la gestion des risques de la naissance au détriment des dimensions sociales, culturelles et émotionnelles du soin. Ceci est particulièrement vrai pour les soins périnataux, où plusieurs indicateurs démontrent la prégnance d'une médicalisation des naissances, voire une surmédicalisation selon Dessureault (2015). Au Québec, seules les sages-femmes offrent aux femmes la possibilité de choisir leur lieu d'accouchement (hôpital, maison de naissance ou domicile), mais cette décision est souvent limitée par des contraintes clinico-administratives (Ordre des sages-femmes du Québec [OSFQ], 2025). Les médecins, quant à eux, pratiquent exclusivement en milieu hospitalier. Ainsi, la grande majorité des bébés (96 %) naissent à l'hôpital, tandis qu'environ 2,8 % des accouchements ont lieu en maison de naissance et 0,7 % à domicile (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2024). En 2022-2023, le taux de césarienne au Québec a atteint 27 % des naissances, faisant de l'accouchement la principale cause d'hospitalisation, et de la césarienne la chirurgie la plus fréquente (Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], 2024a). Plus des trois quarts des femmes québécoises ont opté pour l'anesthésie épidurale lors de leur accouchement vaginal en 2022-2023 (ICIS, 2024b). Ces statistiques illustrent une vision largement biomédicale et pathologisée de la grossesse et de l'accouchement, où l'intervention technologique s'impose comme la norme.

Cette vision médicalisée est au cœur des programmes de formation des soignant·es et contribue à façonner, chez le personnel infirmier notamment, une perception de la grossesse et de l'accouchement souvent centrée sur la gestion du risque et l'application d'interventions médicales (González-Mesa et al., 2021). Pour leur part, les manuels de formation du personnel infirmier en périnatalité au Québec présentent également une structure et des contenus qui, bien que parfois orientés vers des soins holistiques et adaptés aux besoins des femmes et des familles, tendent à mettre l'accent sur les aspects pathologiques et la gestion des risques de la grossesse et de l'accouchement (Ladewig et al., 2020; Lowdermilk et al., 2019). Ces connaissances, bien que cruciales dans le traitement des situations cliniques complexes, négligent souvent l'importance de l'autonomie de la femme et de ses choix. À titre de comparaison, dans d'autres disciplines, comme la sociologie et l'histoire, davantage d'attention est portée aux rapports de pouvoir avec lesquels les femmes composent dans le processus de naissance, en soulignant les dimensions macrosociales et historiques de ceux-ci, qui échappent souvent à l'analyse biomédicale. Des travaux, comme ceux

de Béatrice Jacques (2007) et Andrée Rivard (2014), mettent en lumière les luttes féministes face à la médicalisation de l'accouchement et leurs efforts pour redéfinir la naissance.

En m'appuyant sur un parcours académique dans le champ disciplinaire des sciences infirmières, qui va de la technique en soins infirmiers au Cégep jusqu'à la maîtrise en sciences infirmières et au doctorat en sciences de la famille, j'ai⁴ non seulement acquis des connaissances cliniques et théoriques, mais aussi intégré, de manière implicite, ces perspectives hégémoniques tant sur la médicalisation des naissances que sur l'autorité de la pratique fondée sur les résultats probants. Cette formation s'étalant sur plus de 10 ans, structurée autour des principes biomédicaux dominants, m'a amenée à percevoir la naissance principalement sous l'angle des risques et des interventions médicales, renforçant ainsi une vision pathologisée et technicisée du processus.

C'est toutefois l'imbrication de ce parcours académique avec mon expérience de la maternité - marquée par la naissance de quatre enfants durant mes études aux cycles supérieurs (deux à la maîtrise et deux au doctorat) - qui m'a amenée à remettre en question ces cadres dominants. D'abord circonscrite aux expériences de naissance elles-mêmes, cette remise en question m'a conduite à réexaminer de manière critique la place occupée par les pratiques médicalisées et à m'ouvrir à des approches alternatives intégrant des dimensions sociales, émotionnelles et culturelles largement marginalisées dans les discours cliniques et académiques. Progressivement, cette réflexion s'est élargie au-delà du seul champ périnatal pour interroger plus fondamentalement la prétendue neutralité axiologique valorisée par plusieurs disciplines, dont les sciences infirmières.

L'articulation de mes expériences de maternité avec mes études aux cycles supérieurs m'a ainsi conduite à reconnaître que la quête d'objectivité valorisée en sciences infirmières (et plus largement par les sciences médicales) relève moins d'un idéal atteignable que d'un cadre normatif participant à la reproduction de savoirs hégémoniques (Krol et Holmes, 2024; Nazon, 2020). Sans nier l'existence d'objectivités construites différemment dans d'autres traditions disciplinaires, cette prise de conscience m'a amenée à questionner la place prépondérante accordée à ce paradigme et à contester ses effets d'exclusion sur d'autres formes de savoirs et d'expertises. C'est

⁴ Le texte est rédigé à la première personne (« je »), puisqu'il fait directement référence au bagage personnel et au projet doctoral de la première auteure de cet article, qui revendique une position d'*outsider within* sur le terrain. Les deux autres personnes coauteures, qui codirigent son projet doctoral, ont contribué au manuscrit en orientant et en révisant le travail théorique et réflexif de l'étudiante-chercheuse. Cette collaboration a permis d'ancrer l'analyse dans une perspective située, tout en bénéficiant d'un dialogue avec les deux autres personnes coauteures pour enrichir la réflexion.

dans cette perspective que j'ai fait le choix d'une démarche de recherche doctorale explicitement située, engagée et militante, assumant pleinement ma positionnalité et l'intégration transparente de mon expérience de maternité comme ressource épistémique plutôt que comme biais à neutraliser.

Cette posture a directement orienté l'objet de ma recherche doctorale, qui porte sur les expériences de non-recours volontaires aux soins périnataux québécois. Ancrée dans une posture féministe et située, cette recherche à méthodes mixtes visait, entre autres, à comprendre le parcours décisionnel des femmes concernées et les tensions personnelles, relationnelles, professionnelles et institutionnelles inhérentes à ce processus. Plutôt que de présenter les résultats empiriques de la thèse, l'objectif de cet article est de documenter mes réflexions sur la pertinence de mobiliser la théorie du positionnement situé pour l'étude d'un groupe minorisé dans le champ disciplinaire des sciences infirmières⁵, et ce, à partir de mon expérience doctorale. Dans les prochaines sections, je retrace ainsi les contours de cette démarche inductive, amorcée en septembre 2021, en présentant brièvement la problématisation épistémologique et les choix méthodologiques du projet doctoral, les principaux concepts de la théorie du positionnement situé (*standpoint*, avantage épistémique, *outsider within*), puis leur mise en dialogue avec mon expérience de terrain.

De l'expérience vécue à la recherche : ancrages théoriques et méthodologiques du projet doctoral

Ma thèse doctorale avait pour objectif de collectiviser les expériences périnatales des femmes qui choisissent de vivre des grossesses et des accouchements non assistés (GANA) au Québec (Canada). Sur le plan méthodologique, une étude de cas unique à unités imbriquées a été privilégiée afin de développer une compréhension intensive, holistique et contextualisée de leur point de vue situé. La triangulation des méthodes de collecte, incluant 64 questionnaires, 23 entretiens semi-dirigés et 9 visites commentées, a permis de placer la voix des participantes au centre de l'analyse tout en veillant à ce que leurs expériences soient restituées avec transparence et sans surinterprétation.

⁵ Bien que j'aie choisi de réaliser un doctorat en sciences de la famille, il apparaît que les sciences infirmières, mon champ disciplinaire d'origine, exercent une influence marquée sur mon parcours doctoral. Cette influence se manifeste d'abord par le fait que le doctorat en sciences de la famille est cogéré par les départements de travail social et de sciences infirmières, mais également parce que mes collègues et encadrant-es de recherche proviennent majoritairement des sciences infirmières. Dans cet article, j'ai donc choisi de m'intéresser à la manière dont le champ disciplinaire des sciences infirmières a façonné mon parcours doctoral.

Dans ma thèse, il a par exemple été question de détailler le portrait sociodémographique et de santé des femmes concernées (Bujold et al., 2025). Les résultats révèlent plusieurs faits saillants concernant leur profil et leurs expériences. La majorité des participantes habitait en banlieue ou dans de petites municipalités. Elles étaient principalement francophones, nées au Canada et présentaient une surreprésentation notable sur le plan de la diversité sexuelle et de genre. Une partie importante de l'échantillon travaillait à temps partiel ou était mère au foyer, et environ un tiers vivait dans un ménage à faible revenu. La plupart avait déjà eu recours aux services offerts par les sages-femmes, et la moitié avait été accompagnée par une doula. Les participantes étaient majoritairement multipares et certaines présentaient des facteurs de risque obstétricaux. Lors de leur dernière GANA, elles avaient généralement recours à certains services périnataux, mais plusieurs avaient refusé des examens ou interventions jugés non nécessaires. Enfin, une proportion significative a rapporté avoir vécu des violences obstétricales ou des signalements aux services de protection de la jeunesse. Par ailleurs, ma démarche visait également à documenter l'usage des réseaux socionumériques par les personnes concernées afin de mieux comprendre leurs rôles dans l'expérience périnatale de GANA (Bujold et al., 2025). En plus de mettre en relief comment les groupes privés dédiés aux GANA sur Facebook favorisent le partage d'expériences et le soutien entre pairs, la visite commentée, également appelée entretien sur traces, y a été décrite comme une méthode de collecte des données innovante et relativement peu utilisée en recherche (Gallant et al., 2020). Elle a notamment permis aux participantes de commenter leur parcours en ligne, en lien avec les contenus socionumériques relatifs aux GANA, afin de mieux contextualiser leur production et de limiter les biais d'interprétation.

Cependant, force est de constater que la démarche doctorale met le plus souvent l'accent sur les résultats empiriques, reléguant au second plan les réflexions épistémologiques qui les rendent possibles. Or, cette mise en réflexion s'est révélée un passage nécessaire dans mon parcours, puisque ma formation universitaire ne m'avait ni initiée à la théorie critique ni exposée aux épistémologies féministes, pourtant centrales aux fondements de mon projet doctoral (Krol et Holmes, 2024; Nazon, 2020). À l'inverse, mon cursus était ancré dans une approche postpositiviste, parfois constructiviste, où la rigueur scientifique était principalement associée à la neutralité du chercheur·se et à l'effacement des subjectivités (Corry et al., 2019; Salzmann-Erikson, 2024). Plus encore, les assises épistémologiques et théoriques que je souhaitais utiliser dans mon projet doctoral ont souvent été perçues par mes collègues infirmier·ères comme un

obstacle à ma légitimité scientifique dans ce champ disciplinaire, notamment en remettant en question ma capacité à mener une recherche jugée rigoureuse sur ce sujet.

Pourtant, un retour sur les critiques féministes des sciences, notamment celles d'Emily Martin (1991) et d'Hélène Rouch (2011), m'a permis de comprendre comment les savoirs scientifiques, loin d'être neutres, sont traversés par des rapports de pouvoir et des biais sexistes. En marge de ma formation institutionnelle, et principalement à travers mes expériences personnelles de maternité, j'ai ainsi engagé une démarche réflexive de déconstruction des cadres normatifs dominants. En choisissant moi-même de vivre des GANA, j'ai fait de mon expérience personnelle le point de départ et l'objet même de mon projet doctoral, autour duquel se sont construits mes repères épistémologiques et théoriques.

Cette démarche m'a conduite à explorer les épistémologies féministes et, plus particulièrement, la théorie du positionnement situé, qui m'a offert un cadre pertinent pour articuler mon expérience personnelle à la production de savoirs scientifiques. Elle m'a également permis d'interroger les mécanismes par lesquels certaines formes de connaissances, notamment celles issues de l'expérience vécue, sont systématiquement délégitimées dans les espaces académiques.

Théorie du positionnement situé : savoirs et expériences des groupes minorisés

La théorie du positionnement situé (*standpoint theory*), qui a émergé durant les années 1970 à 1990 (Harding, 2004), vise à étudier de façon critique la production de savoir et les pratiques de pouvoir. Permettant de relier la connaissance scientifique à des visées émancipatrices, la production de savoir au sein de cette théorie s'appuie sur ce désir de valoriser les connaissances intéressées, partiales et partielles. La théorie du positionnement situé suggère ainsi que les enjeux politisés ne restreignent pas le développement d'une connaissance scientifique, mais contribuent plutôt à le stimuler (Harding, 2004). En ce sens, elle représente une voie d'empuissancement pour les groupes minorisés en leur permettant de rendre visibles leurs expériences et de mettre à profit le développement collectif d'une conscientisation divergente aux groupes dominants (Harding, 2004).

Bien que les théoriciennes du positionnement situé aient des perspectives conceptuelles assez différentes (Haraway, 1988; Harding, 2004; Hartsock, 1998; Hill Collins, 2000; Rose, 1983; Smith, 1987), cette théorie vise à construire des connaissances par et pour les femmes, et plus largement par et pour les groupes opprimés. Unanimement, elle propose que le savoir soit toujours

socialement situé; qu'il soit nécessaire d'étudier les phénomènes vers le haut (*study up*) afin d'accorder une importance centrale à la révélation des stratégies idéologiques qui sont déployées pour conserver les systèmes d'oppression actuels; qu'un engagement politique plutôt qu'une neutralité axiologique soit essentielle pour créer des connaissances visant à renverser les groupes dominants; et que l'émergence d'une conscientisation collective plutôt qu'individuelle permet de revendiquer un positionnement (Harding, 2004). Dans cette recherche, le concept de « positionnement situé » (*standpoint*) est privilégié à celui de « savoir situé » (*situated knowledge*), car il met l'accent sur les dynamiques relationnelles et stratégiques de la prise de position sociale et épistémique, au-delà de la seule production de connaissances depuis un lieu donné. De la même manière, les savoirs expérientiels ne sont pas mobilisés, puisqu'ils recentrent l'analyse sur la légitimité du vécu individuel, alors que l'intérêt porte ici sur les processus collectifs de conscientisation et de revendication.

Cela dit, un *standpoint* n'est pas une position située que les groupes peuvent simplement revendiquer par leur localisation. Il s'acquiert en fait par une réalisation pour laquelle les groupes minorisés doivent édifier une conscientisation collective et se battre à la fois politiquement et scientifiquement (Harding, 2004). Cette perspective s'enracine dans une lecture matérialiste de la production sociale de l'injustice, où les groupes dominés, par leur situation d'oppression, sont en mesure d'élargir leur compréhension des mécanismes structurels de l'exploitation, ce qui les place dans une position privilégiée pour dénoncer les inégalités systémiques. Le *standpoint* des groupes minorisés leur confère ainsi un avantage épistémique qui résulte de la reconnaissance critique de la valeur des expériences situées dans la production de savoirs (Hartsock, 1998; Harding, 2004; Haraway, 1988). Par exemple, Nancy Hartsock (1998) met en avant l'idée que la position sociale des femmes, marquée par des rapports de pouvoir genrés, leur permet de percevoir les mécanismes d'oppression avec davantage de clarté. Inspirée par la théorie marxiste, elle soutient que les groupes dominés développent, par leur expérience, une compréhension plus nuancée des structures sociales, ce qui leur donne un avantage épistémique dans l'analyse des rapports de pouvoir. Sandra Harding (1986, 1991, 1992) approfondit cette idée en proposant que les savoirs situés ne soient pas biaisés, mais plutôt ancrés dans des réalités sociales spécifiques, rendant ainsi visibles les angles morts de la science androcentrée. Donna Haraway (1988) rejoint cette perspective en insistant sur la nécessité de reconnaître la partialité inhérente à toute production de savoir. Elle met en garde contre la tentation de romantiser ces perspectives, rappelant que les savoirs situés

nécessitent une vigilance constante et une posture réflexive. Ensemble, ces trois auteures démontrent que l'avantage épistémique des groupes marginalisés ne réside pas dans une essence commune, mais dans la position critique qu'ils occupent vis-à-vis des structures de pouvoir, permettant ainsi de produire des connaissances capables de déconstruire les récits dominants et d'élargir les horizons épistémiques.

Dans le cas des femmes concernées par les GANA, l'oppression qu'elles subissent s'exprime notamment à travers la marginalisation de leurs trajectoires et la délégitimation de leurs savoirs (Bujold et al., 2024; Velo Higuera et al., 2024). Leurs expériences sont souvent disqualifiées par le discours biomédical, stigmatisées socialement puisque considérées comme déviantes ou irresponsables, et parfois même soumises à des mesures de contrôle institutionnel (Bujold et al., 2024; Velo Higuera et al., 2024). Ces dynamiques, qui visent à normaliser et encadrer la naissance dans un cadre strictement médicalisé, confèrent à ces femmes une position critique singulière, ou autrement dit un avantage épistémique, pour analyser et contester les structures de pouvoir qui façonnent la périnatalité. Si la théorie du positionnement situé est parfois critiquée pour son relativisme ou pour sa hiérarchisation des *standpoints* (Harding, 2004), ces critiques me semblent dépassées dans le contexte des GANA, puisque les récits des femmes ayant vécu ces expériences ne doivent ni être absolutisés, ni être réduits à des expériences individuelles isolées. En mobilisant le positionnement situé, je ne cherche pas à affirmer que ces savoirs sont intrinsèquement supérieurs aux savoirs médicaux ou académiques, mais plutôt à reconnaître qu'ils apportent une compréhension critique et complémentaire des structures qui façonnent les expériences périnatales. De la même manière, les expériences des femmes ne doivent pas être opposées aux discours biomédicaux de manière dichotomique, mais plutôt analysées en tenant compte des rapports de pouvoir et des contextes sociaux qui façonnent ces discours.

S'appuyant sur la théorie du positionnement situé sans prioriser le genre, Hill Collins (1986) propose un nouveau concept, celui de la position d'étrangère à l'intérieur des frontières du groupe dominant (*outsider within*). Ce concept décrit une position particulière où une personne, bien qu'intégrée au sein d'un groupe dominant, n'y détient pas le plein pouvoir accordé à ses membres. Cette position offre une compréhension unique des dynamiques de pouvoir et de savoir, en combinant proximité et distance critique. L'*outsider within* possède la capacité de dévoiler des croyances, des valeurs et des comportements invisibles pour ceux pleinement immergés dans la culture dominante. Cela permet de remettre en question les omissions, distorsions et

généralisations à propos des groupes minorisés. Cette posture est cruciale pour maximiser une objectivité située, car elle exige de naviguer entre les mondes du groupe dominant et ceux des groupes opprimés. Pour les intellectuelles minorisées, notamment les femmes noires, elle constitue un point de vue privilégié qui enrichit les discours disciplinaires. Cela dit, il ne suffit pas d'être simplement à l'intérieur ou à l'extérieur d'un groupe. C'est précisément en travaillant à la fois des deux côtés que l'on peut analyser les relations de pouvoir et leurs effets sur les groupes minorisés. De fait, les individus occupant cette position doivent avoir confiance en leur propre expérience personnelle et culturelle pour produire des savoirs significatifs, permettant de relier la connaissance scientifique à des visées politiques et émancipatrices.

Au fil de ma thèse, j'ai été en mesure de constater que les études explicitement informées par la théorie du positionnement situé qui se sont intéressées à la maternité sont peu nombreuses. Cependant, celles qui l'ont fait ont analysé des expériences périnatales qui sont généralement négligées ou mal interprétées dans le discours dominant entourant la maternité (p. ex. expériences périnatales traumatiques, violences obstétricales, expérience émotionnelle du « travail » lors de l'accouchement, femmes en situation d'handicap, maternités lesbiennes, etc.) (Buzzanell, 2003; Chbat, 2021; Dixon et al., 2014; Ferreira, 2023; Greenberg et al., 2021; Kuipers et al., 2023; Labrecque, 2018; Velo Higuera et al., 2024). Un seul article sur les GANA, a été théorisé à l'aide de la théorie du positionnement situé, mobilisant le *standpoint* pour guider l'interprétation des données en tenant compte des relations de pouvoir et de l'agentivité reproductive des femmes (Velo Higuera et al., 2024). Par ailleurs, il importe de souligner que la théorie du positionnement situé est aussi très peu utilisée dans le champ disciplinaire des sciences infirmières. La base de données *CINAHL Complete*, qui répertorie plus de 5 000 périodiques dédiés aux disciplines des sciences infirmières et des sciences paramédicales, ne compte que 43 publications mobilisant ou s'intéressant à la théorie du positionnement situé, sans restriction de date. De ce nombre, seulement sept publications ont été effectuées dans le champ disciplinaire des sciences infirmières. Ces articles s'intéressent à différents groupes minorisés : les infirmières elles-mêmes (Reed, 2022; Schlomann, 1996; van der Merwe, 1999), les femmes vivant avec des problèmes de santé mentale (van Daalen-Smith, 2011; van Daalen-Smith et al., 2020), les personnes étudiantes autochtones (Milne et al., 2016) et les femmes retraitées (Nateetanasombat et al., 2004). Dans ce contexte, il apparaît essentiel d'interroger l'avantage épistémique des personnes enceintes et qui accouchent, puisque leur position située contribue à dévoiler des dimensions de l'expérience périnatale qui

demeurent largement invisibilisées lorsqu'elles sont appréhendées uniquement à partir de savoirs professionnels.

Déconstruire l'hégémonie biomédicale : apports d'une lecture féministe et située

En examinant les phénomènes de la médicalisation des naissances et de la biologisation des corps, dans le cadre de ma thèse, je me suis attardée à déconstruire cette vision hégémonique des naissances, enracinée dans notre imaginaire collectif, selon laquelle la médecine obstétricale aurait sauvé les femmes en présentant leur corps comme à risque de défaillance et nécessitant une surveillance et une assistance constantes (Batram-Zantvoort et al., 2021; Dessureault, 2015). La médicalisation des naissances peut ainsi être comprise comme une forme de biologisation (Lemerle, 2016) de la maternité (Gomes et Jacques, 2023). En encadrant la grossesse et l'accouchement par des pratiques médicales standardisées, ce processus ne se limite pas à un contrôle technique : il transforme le corps et le vécu des femmes en objets de connaissance biologique. Chaque mouvement, chaque contraction, chaque indicateur physiologique devient mesurable, évalué et interprété à travers le prisme de la biologie médicale (Batram-Zantvoort et al., 2021 ; Dessureault, 2015). Cette biologisation ne se limite pas à la surveillance physiologique : elle naturalise certaines interventions médicalisées, hiérarchise les expertises et légitime la primauté des professionnel·les de la santé sur le corps féminin (Gomes et Jacques, 2023). En ce sens, médicalisation et biologisation contribuent à instaurer des rapports sociaux asymétriques, où les femmes, malgré leur expérience et la connaissance intime de leur corps, se voient assigner un rôle subordonné face à l'autorité médicale. Ces rapports de pouvoir façonnent non seulement les expériences périnatales, mais aussi les modalités d'adhésion, de négociation ou de distanciation à l'égard des soins offerts. Ils permettent ainsi de comprendre le non-recours aux soins périnataux non comme un simple retrait individuel, mais comme une réponse située à un cadre institutionnel perçu comme contraignant, disqualifiant ou en tension avec l'expérience vécue. Ces processus reproduisent des inégalités de pouvoir dans le champ périnatal et soulignent l'importance de comprendre comment les contextes macrosociaux influencent les expériences des femmes enceintes et accouchant.

À cet égard, dans sa thèse de doctorat, Stéphanie St-Amant (2013), sémiologue et experte en périnatalité, propose une réécriture critique et inédite de l'histoire de la médicalisation des naissances. À l'aide d'une cartographie métanarrative, elle s'appuie sur un vaste corpus de données

comprenant entre autres des textes sur le discours social de l'enfantement depuis la Renaissance, des récits d'accouchements au Québec, ainsi que des données issues d'études antérieures. Dans sa thèse, elle y explique qu'à partir du 16^e siècle, les hommes, et plus précisément les accoucheurs, ont progressivement pris le contrôle de l'univers féminin de la naissance en développant le langage de la performativité obstétricale. Ces accoucheurs, initialement étrangers à cet univers, se sont imposés avec pour objectif d'extraire l'enfant rapidement d'un corps féminin perçu comme défaillant et dangereux. Leur expertise s'est développée en parallèle avec l'invention d'outils et de techniques technocratiques destinés à sauver l'enfant d'un corps jugé inapte. Ces évolutions technologiques ont renforcé leur sentiment de supériorité, leur permettant de prendre en charge les capacités procréatrices des femmes. Cette transformation répondait en partie aux attentes de la noblesse et des autorités religieuses, qui cherchaient à distinguer les femmes nobles des paysannes, en les éloignant de la sauvagerie de l'accouchement traditionnel, où les femmes donnaient naissance à quatre pattes, à l'image des animaux. Les accoucheurs ont ainsi introduit cette notion d'auto-contrôle des corps dans ce moment clé qu'est la naissance, faisant en sorte que la bonne chrétienne accouchait désormais allongée et en silence. Ce processus, au cours duquel l'enfantement est devenu un accouchement⁶, a marqué l'appropriation du corps féminin en contexte périnatal par les hommes-accoucheurs.

St-Amant (2013) poursuit en expliquant qu'à partir du 19^e siècle, le corps des femmes a été fabriqué en tant qu'objet de recherche scientifique. Cette transformation a permis aux accoucheurs de bénéficier d'une légitimité scientifique, autorité indiscutable dans nos sociétés modernes. Le clivage entre accouchement normal et anormal est ainsi devenu la préoccupation centrale de la gynéco-obstétrique. Cette médicalisation des naissances a progressivement dépossédé les femmes de leur propre corps en contexte périnatal. La femme, effacée, est alors réduite à son corps, étudié et utilisé par et pour la médecine. L'historienne Andrée Rivard (2014) ajoute qu'après la Seconde Guerre mondiale, le scientisme a pris le dessus dans la pratique médicale autour de l'accouchement, favorisant une approche mécaniste qui mettait l'accent sur les imperfections physiologiques, anatomiques et psychologiques des femmes. Elle note également qu'au cours de la Révolution

⁶ Cette expression renvoie à la transformation historique de la naissance, passée d'un processus physiologique et collectif (*enfantement*) à un événement médicalisé (*accouchement*), où le corps féminin est progressivement contrôlé et normé par les praticiens masculins (Bessaïh et St-Amant, 2018). L'appropriation évoquée désigne à la fois le contrôle physique du corps, par des interventions et la surveillance, et le contrôle symbolique, par la définition de ce qui est considéré comme normal ou pathologique.

tranquille au Québec, les femmes ont assimilé cette perception médicale d'un corps défectueux. L'un des changements les plus significatifs a été le passage rapide de l'accouchement à domicile vers l'hôpital : la proportion de naissances à l'hôpital est passée de 41,2 % en 1948 à 95 % en 1962, entraînant un déclin marqué de l'entraide familiale autour de la naissance (Rivard, 2014). Ce processus a précipité l'émergence d'une nouvelle expérience de l'accouchement, désormais normalisée et technicisée. En somme, non seulement les femmes se retrouvent dans l'obligation de participer à cette médicalisation androcentrique⁷ de la naissance, mais elles doivent également constamment entendre et lire les éloges de cette approche, qui promet de résoudre tous les problèmes inhérents à la grossesse et à l'accouchement.

Aujourd'hui, la construction historique d'un corps féminin « défectueux » se prolonge dans certaines pratiques médicales contemporaines, où de nombreuses femmes vivent des expériences de naissance négatives ou traumatisantes lorsqu'elles tentent d'exercer leur autonomie (Ballesteros, 2022). Les conceptions biomédicales qui présentent l'accouchement comme hautement risqué, qui remettent en question la fiabilité des récits des femmes et qui valorisent les interventions médicales comme la voie la plus sûre, placent souvent les femmes dans une situation de double contrainte : agir selon leur propre jugement peut les exposer au stigmate d'irresponsabilité ou d'égoïsme (Ballesteros, 2022). Ce dilemme stigmatisant illustre la continuité entre l'historisation de la « défectuosité » du corps féminin et les contraintes contemporaines imposées à l'autonomie des femmes pendant la grossesse et l'accouchement. Cette historisation de la « défectuosité » est également renforcée par l'absence de narratifs construits à partir de la perspective des femmes elles-mêmes, capables de rendre compte de l'expérience incarnée de la grossesse et de l'accouchement (Ganz, 2025). La domination du récit médical et scientifique contribue à perpétuer l'image d'une femme enceinte « passive », « fragiles » et « peu fiables », et se traduisant par le silence ou l'effacement de leur témoignage dans les pratiques de soin (Ganz, 2025).

Dans une perspective matérialiste inspirée par la théorie du positionnement situé, j'affirme, dans le cadre de ma thèse de doctorat, que les femmes enceintes et celles qui accouchent peuvent être concernées par les cinq formes d'oppression identifiées par Iris Marion Young (1988) :

⁷ Il importe de souligner la persistance d'une médecine androcentrée malgré l'augmentation du nombre de professionnel·les de sexe féminin (Ehrenreich et English, 2010; Granger, 2022). En effet, l'androcentrisme médical ne se limite pas à la composition des effectifs : il s'inscrit dans un héritage institutionnel, culturel et discursif qui continue de structurer les pratiques et de façonner l'expérience des soins (Ehrenreich et English, 2010; Granger, 2022).

l'exploitation, la marginalisation, la violence, la perte de pouvoir et l'impérialisme culturel. Tout d'abord, les femmes peuvent être exploitées dans le cadre de la grossesse et de l'accouchement, dans la mesure où leur rôle est souvent subordonné et leur autonomie limitée (Eichinger et al., 2024; Niles et al., 2021; Schafer et al., 2024). Cette subordination se manifeste, par exemple, lorsque les femmes consentent à des examens ou interventions qu'elles jugent inutiles pour « être de bonnes patientes », lorsqu'on leur impose des positions d'accouchement malgré leurs refus explicites, ou lorsque leurs choix concernant la présence de personnel ou la gestion de leur accouchement sont remis en question (Eichinger et al., 2024; Niles et al., 2021; Schafer et al., 2024). Le travail reproductif et corporel qu'elles accomplissent, souvent invisibilisé, contribue paradoxalement à valoriser les médecins, dont l'intervention est perçue comme déterminante et héroïque dans le déroulement de la naissance, que ce soit dans les médias ou dans les histoires racontées au quotidien (Malacrida, 2015). Puisque cette supériorité médicale repose sur les bases patriarcales de la gynéco-obstétrique, elle peut également constituer une forme de violence systémique et de genre (Lévesque et Ferron-Parayre, 2021; Rivard, 2014; St-Amant, 2015). Le manque de respect et de reconnaissance du vécu émotionnel et expérientiel des femmes peut être interprété comme une manifestation concrète de cette dynamique (Lévesque et Ferron-Parayre, 2021). De surcroît, l'appropriation de son corps et de son processus reproductif peut entraîner une perte de liberté et d'autonomie, susceptible d'affecter négativement sa qualité de vie (Dessureault, 2015; Lévesque et al., 2018). Cette appropriation est souvent renforcée par l'argument du « meilleur intérêt de l'enfant à naître » (Madeley, 2022; Niles et al., 2021; van der Waal, 2024). Ce critère est mobilisé pour justifier que toute décision prise par la femme durant la grossesse et l'accouchement soit guidée par les bonnes pratiques médicales. Les choix de la femme ne sont alors pas considérés en fonction de ses propres besoins et désirs, mais parce qu'elle est perçue comme agissant avant tout pour autrui, c'est-à-dire pour son enfant. Cela peut contribuer à la délégitimation de son autonomie décisionnelle (Madeley, 2022; Niles et al., 2021; van der Waal, 2024). Au risque de vivre de la réprobation sociale, des blâmes et de l'isolement, cette médicalisation autoritaire peut fonctionner comme un outil de contrôle social sur les corps féminins et leur capacité reproductive (Lahaye, 2018; van der Waal, 2024). L'impérialisme culturel de la médicalisation amène de nombreuses femmes à accepter la primauté médicale en contexte périnatal, réduisant leur confiance en elles-mêmes et la reconnaissance socioculturelle de leur aptitude à accoucher (Niles et al., 2021; Rivard, 2014). Cette injonction peut, dans certains cas,

discréditer leurs savoirs et intuitions corporelles et limiter leur pouvoir décisionnel au moment de l'accouchement, les conduisant parfois à suivre les directives des accoucheur·ses plutôt qu'à faire respecter pleinement leurs choix (Niles et al., 2021; Shabot, 2016).

Dans cette logique, je soutiens dans ma thèse de doctorat, que les femmes enceintes et qui accouchent constituent un groupe minorisé en raison des dynamiques de pouvoir qui façonnent leur expérience périnatale. Cependant, il est essentiel de rappeler que l'avantage épistémique attribué aux groupes minorisés, selon la théorie du positionnement situé, ne découle pas automatiquement de leur position sociale, mais résulte plutôt d'un processus de prise de conscience collective (Toole, 2019). Autrement dit, bien que la plupart des femmes enceintes et qui accouchent soient soumises aux normes et contraintes d'un système valorisant la médicalisation des naissances, elles ne développent pas nécessairement une lecture critique commune de cette réalité. L'émergence d'un avantage épistémique repose sur la capacité d'un groupe à reconnaître le caractère structurel des oppressions vécues, à établir des liens entre leurs expériences et à intégrer cette conscience partagée à leur identité sociale (Toole, 2019).

C'est précisément ici que se distingue la position des femmes ayant choisi les GANA. Contrairement aux femmes enceintes et qui accouchent en général, elles se situent en rupture explicite avec le modèle biomédical dominant, en posant un choix qui remet en question ses fondements et ses mécanismes de contrôle (Bujold et al., 2024). Leur trajectoire décisionnelle implique souvent un travail approfondi de conscientisation sur les enjeux de la médicalisation, les rapports de pouvoir qui sous-tendent l'accouchement et les alternatives possibles (Bujold et al., 2024). Cette conscientisation ne se fait pas en vase clos : elle s'élabore au croisement de plusieurs espaces de partage, dont les communautés en ligne, où circulent récits d'accouchement, vidéos, témoignages et ressources critiques, mais aussi dans des rencontres locales, des cercles de parole, des groupes de soutien ou encore dans les réseaux militants de périnatalité alternative (Bujold et al., 2025). Ces espaces fonctionnent comme des lieux de transmission horizontale où le vécu intime est mis en commun et reconfiguré en savoir collectif par la circulation de récits personnels, la comparaison d'expériences et la reformulation des vécus individuels en ressources partagées. Concrètement, les témoignages de GANA deviennent des références pratiques pour d'autres femmes; les conseils se transforment en stratégie collective; et les émotions (peur, confiance, colère) sont réinterprétées comme des indicateurs politiques des rapports de pouvoir (Bujold et al.,

2025). Ce processus d'appropriation et de réélaboration collective permet de transformer des expériences individuelles en un répertoire commun de savoirs et de pratiques.

Ainsi, leur positionnement féministe, issu de cette prise de conscience et de cette remise en question active, constitue un point d'ancrage privilégié pour analyser les mécanismes sous-jacents à une médecine aux fondements androcentrés (Bracke et De La Bellacasa, 2013). Leur avantage épistémique ne réside donc pas seulement dans leur appartenance à un groupe minorisé, mais dans la manière dont elles ont collectivisé leur expérience d'oppression, tout en développant une compréhension critique des idéologies dominantes qui façonnent leur subjectivité (Gurung, 2020). Dans ma recherche, cet avantage épistémique a permis de dépasser la tendance à réduire ces trajectoires décisionnelles à des choix individuels ou marginalisés. Au contraire, la conscientisation collective des femmes choisissant les GANA a facilité l'analyse des enjeux sociopolitiques sous-jacents à leur expérience, notamment la manière dont elles remettent en cause l'idéologie obstétricale et les rapports de pouvoir entre femmes et institutions médicales. Cela m'a permis de déconstruire l'idée que la naissance relève uniquement d'un problème personnel et d'en faire un terrain d'analyse politique et social, en articulant les critiques féministes avec les dynamiques de pouvoir en jeu (Flores Espínola, 2012). Plus encore, ce positionnement féministe des femmes ayant choisi les GANA a constitué un pivot pour élaborer une approche de recherche qui ne soit pas seulement critique, mais aussi engagée. En me basant sur cette conscientisation collective, j'ai pu démontrer comment leur expérience d'oppression, vécue dans et par l'institution médicale, permet d'éclairer de nouvelles perspectives épistémologiques qui réévaluent les pratiques médicales et les idéologies dominantes. Ce processus a été particulièrement fécond dans ma recherche, car il a ouvert la voie à une relecture critique des savoirs médicaux en matière de périnatalité, tout en contribuant à une meilleure compréhension de la manière dont ces femmes transforment activement leur subjectivité et réinterrogent le rôle de la médecine dans la naissance. En somme, dans le cadre de ma thèse, la théorie du positionnement situé m'a permis de construire mon objet de recherche autour de l'empuissancement des femmes ayant choisi les GANA, en m'écartant des perspectives négatives souvent associées à cette pratique. Par exemple, au lieu de réduire ces femmes à des figures naïves ou mal informées, j'ai choisi de mettre en lumière leur capacité à questionner les normes médicales et à prendre des décisions éclairées en matière de santé, en dépit des pressions sociales et institutionnelles. Plutôt que de considérer ces choix comme des formes de négligence ou de dangerosité, ma recherche valorise la manière dont ces femmes

développent une expertise personnelle et une confiance en leur corps, ainsi que la force de leur démarche face aux discours médicaux dominants. J'ai également évité de limiter leur expérience à un manque d'éducation, en reconnaissant plutôt les formes d'éducation alternative qu'elles développent souvent en marge du système médical officiel. Ces exemples montrent que, loin d'être un acte irréfléchi ou irresponsable, le choix des GANA est souvent un processus réfléchi et empuissant, où les femmes prennent en main leur parcours périnatal, guidées par un savoir construit collectivement.

Réflexivité et positionnalité : naviguer entre expérience personnelle et recherche

En mobilisant la théorie du positionnement situé, il n'a jamais été question d'appuyer mon projet de recherche uniquement sur mon expérience personnelle de mère ayant donné naissance à trois de mes enfants sans assistance professionnelle. En effet, de façon consensuelle, la théorie du positionnement situé met de l'avant la conscientisation collective (et non individuelle) comme condition nécessaire à l'émergence de savoirs alternatifs. Mes identités sociales de mère ayant choisi les GANA et d'étudiante-chercheuse ont donc été soigneusement négociées de façon à rendre visibles l'expérience des femmes concernées par les GANA que j'ai rencontrées dans le cadre de ma thèse. Pour y arriver, la position *d'outsider within*, inspirée des travaux de Patricia Hill Collins (1986, 2000), m'a offert un cadre précieux pour naviguer cette positionnalité.

Ce concept est pertinent dans le cadre de ma recherche, car il souligne que ce n'est pas simplement une question de se situer à l'intérieur ou à l'extérieur d'un groupe, mais de travailler sur ces deux fronts. En ce qui me concerne, en tant qu'étudiante-chercheuse dans la communauté scientifique et infirmière (*within*) et en tant que mère ayant donné naissance à trois reprises sans assistance professionnelle (*outsider*), cette posture privilégiée m'a permis d'étudier la relation entre les activités médicalisées autour de la naissance et les expériences de femmes qui choisissent de vivre des GANA. Comme le souligne Hill Collins (1986), cette positionnalité m'a permis de rendre visibles des croyances, valeurs et comportements que ceux immergés dans le groupe dominant ont parfois du mal à percevoir. En tant qu'*outsider within* dans le cadre de mon projet doctoral, j'ai été en mesure de rapporter des omissions ou des distorsions de fait concernant les femmes qui choisissent de vivre des GANA, tout en contestant les généralisations souvent faites à leur égard. Un exemple concret de l'usage de mon statut d'*outsider within* concerne mes échanges avec l'OSFQ au sujet des GANA. En juillet 2025, l'OSFQ a publié un texte destiné aux sages-femmes qui présente les GANA de manière réductrice et stigmatisante :

Depuis la pandémie, le mouvement [des GANA] a pris de l'ampleur sur les réseaux sociaux et s'est entremêlé à d'autres courants idéologiques (libertariens, anti-vaccination, conspirationnistes, mouvances religieuses fondamentalistes ou d'extrême droite). Porté par la désinformation et malinformation, il s'inscrit dans une dynamique de méfiance profonde envers les institutions, la santé publique et les savoirs professionnels reconnus (OSFQ, 2025, p.10).

Ce texte qui diffuse des informations erronées et fondées sur des stéréotypes participe à la stigmatisation d'un groupe déjà minorisé, particulièrement dans un contexte politique polarisé. En effet, à l'instar de Joana Michel Costa (2023), ma propre recherche suggère plutôt que les femmes concernées par les GANA s'inscrivent généralement dans des mouvances anticapitalistes, écologistes et centrées sur une éducation bienveillante. À ma connaissance, aucun texte publié dans une revue avec comité de lecture ne soutient leur association à des mouvements conspirationnistes, religieux fondamentalistes ou d'extrême droite. Certains textes publiés aux États-Unis mentionnent des motivations religieuses, mais celles-ci ne sont pas pour autant fondamentalistes et demeurent très marginales, même dans ce contexte (Bujold et al., 2024). Ceci dit, grâce à ma position d'*outsider within*, j'ai initié une rencontre avec l'OSFQ pour signaler ces omissions et distorsions. J'ai également utilisé cette rencontre pour transmettre de nombreux articles scientifiques récents au sujet des GANA dans le but que les responsables du dossier à l'OSFQ puissent se constituer un répertoire empiriquement vérifié sur les femmes concernées par les GANA. Cette intervention illustre comment mon positionnement m'a permis de produire une lecture critique et nuancée des représentations institutionnelles stéréotypées, renforçant la légitimité de ces expériences dans le débat professionnel et scientifique.

Cette positionnalité m'a permis d'atteindre un équilibre entre proximité et distanciation, me permettant de rester attentive aux témoignages des femmes que j'ai rencontrées sans tomber dans le piège de « parler pour » les participantes. Pour faire face à ce risque, j'ai adopté plusieurs stratégies. D'abord, j'ai porté une attention particulière à la réflexivité, en questionnant constamment ma propre posture et les biais potentiels liés à ma formation et à mon vécu. Plus spécifiquement, le récit autoethnographique⁸ et le journal de bord ont été des outils méthodologiques centraux à cette démarche réflexive. D'une part, le récit autoethnographique m'a permis d'inscrire ma positionnalité dans le contexte macrosocial actuel de la production des

⁸ Le récit autoethnographique est une méthode de recherche qualitative qui met en lumière une expérience personnelle significative ancrée dans un contexte culturel et social déterminé. Il combine autoréflexivité et écriture pour explorer les liens entre l'expérience individuelle et l'expérience collective (Pariseau-Legault, 2018).

connaissances et de rendre compte de mon engagement personnel dans le processus de recherche (Pariseau-Legault, 2018). Ce récit, initié avant le début de la recherche doctorale, portait sur ma relation personnelle à la maternité. Il n'était pas lié aux participantes ni au terrain, mais constituait une base pour examiner ma posture épistémologique et les enjeux sous-jacents à mon intérêt pour le sujet. D'autre part, le journal réflexif m'a permis de reconnaître mes préjugés et mes privilèges tout au long du processus, de considérer et de respecter les besoins et les désirs réellement communiqués par les femmes concernées, en plus de demeurer enracinée aux interprétations des participantes elles-mêmes afin de partager avec une plus grande transparence et exactitude leur rapport personnel à la maternité dans leur contexte précis (Chbat, 2021). Contrairement au récit autoethnographique, ce journal était directement lié au processus de recherche. Il a été principalement utilisé lors du recrutement, de la collecte et de l'analyse des données, et a permis de documenter l'évolution de ma relation avec les participantes. L'utilisation de ces deux outils distincts était intentionnelle, puisque bien que les deux remplissent une fonction réflexive, ils opèrent à des niveaux et des temporalités différentes du processus de recherche.

Dans cette même logique, afin de maximiser cette posture, j'ai intégré à mon projet doctoral six critères de scientificité féministe, façonnés autour de la théorie du positionnement situé (Hesse-Biber et Piatelli, 2012) : (1) reconnaître mon propre positionnement en tant qu'étudiante-chercheuse; (2) examiner ma localisation et mon rôle dans le domaine étudié; (3) documenter mes relations avec les participantes; (4) demeurer à l'écoute des participantes et de moi-même; (5) être attentive aux différences entre les trajectoires de vie; et (6) interroger les données en incorporant ma réflexivité. Ces critères m'ont permis de relier la connaissance scientifique à des visées politiques et émancipatrices pour les femmes concernées par les GANA, tout en maintenant une posture critique vis-à-vis des enjeux de pouvoir et de privilège qui pouvaient s'insinuer dans la recherche.

Mon statut d'*outsider within* a aussi contribué de manière significative aux différentes étapes empiriques de ma recherche, du recrutement des participantes à l'analyse des résultats. D'abord, ma positionnalité a facilité le recrutement à la recherche en renforçant la confiance des participantes potentielles. Mon appartenance à la communauté des femmes ayant vécu des GANA a permis de légitimer ma démarche et d'atténuer les réticences face à une recherche académique. Ensuite, lors de la collecte des données, j'ai constaté que ma positionnalité a favorisé la création d'un lien de confiance et d'un rapport empathique, facilitant le partage d'expériences intimes et

nuancées. Cette proximité a aussi ouvert un espace de réciprocité, dépassant parfois les questions initialement prévues dans le guide d'entretien. À cet égard, j'ai parfois partagé certaines de mes expériences personnelles lorsqu'elles pouvaient enrichir l'échange, créant ainsi une dynamique plus horizontale entre chercheuse et participantes. Ce processus a également renforcé l'empuissancement des participantes, qui se sont senties reconnues dans leurs trajectoires. Sur le plan analytique, cette posture a permis d'opérationnaliser une approche contextualisée et dynamique des données. Loin d'une simple juxtaposition de récits individuels, l'analyse a reposé sur une articulation entre les dimensions micro et macro des expériences rapportées. D'un côté, ma positionnalité a permis une interprétation fine des trajectoires des participantes, en tenant compte des structures sociales, institutionnelles et discursives influençant leurs choix. De l'autre, cette perspective a facilité l'émergence d'unités de sens transversales, révélant des régularités et des tensions propres aux parcours des femmes ayant vécu des GANA. Cette analyse située a ainsi permis d'éclairer les dynamiques d'agentivité et de contraintes qui façonnent ces expériences, en évitant une lecture essentialiste ou homogénéisante des GANA.

Pour conclure, je n'ai jamais considéré ma posture d'*outsider within* comme le miroir du point de vue des femmes qui choisissent les GANA dans leur ensemble. Ma positionnalité m'a plutôt permis de capter la parole des participantes en occupant une position privilégiée, tout en reconnaissant que je partage seulement certains axes de minorisation avec les participantes à ma recherche. Mon travail réflexif ancré dans une démarche méthodologique structurée m'a permis de bien appréhender les dangers qui existent lorsqu'une chercheuse concernée personnellement par certains enjeux sur lesquels porte sa recherche « parle pour » sans réellement prendre en considération les différentes situations d'oppression et de privilège qui peuvent également marquer son parcours individuel (Chbat, 2021).

Conclusion

Cet article s'inscrit dans une volonté de repenser la structuration principalement postpositiviste des savoirs en sciences infirmières à travers une lecture critique de la médicalisation des naissances. En mobilisant la théorie du positionnement situé, ce projet doctoral soutient la pertinence de considérer l'avantage épistémique des groupes minorisés et de réfléchir à la pertinence d'une posture d'*outsider within* lorsque le ou la chercheur·se est directement concerné·e par son objet d'étude. Cette approche théorique permet de montrer que la connaissance scientifique peut être éclairée par des expériences situées, sans pour autant réduire la recherche à une

expérience personnelle. L'usage de cette théorie offre ainsi des bénéfices multiples : il favorise une lecture plus nuancée et contextualisée des phénomènes étudiés, soutient des démarches méthodologiques réflexives et éthiques, et ouvre des perspectives heuristiques pour la recherche en sciences infirmières. À travers ce prisme, il devient possible de concilier engagements personnels et rigueur académique, tout en attestant de la valeur d'une approche qui valorise les savoirs expérientiels et collectifs dans l'analyse des dynamiques sociales et institutionnelles. Plus largement, cette posture ouvre la voie à une épistémologie en sciences infirmières plus inclusive et critique, capable de reconnaître et de légitimer les voix des groupes minorisés tout en interrogeant les rapports de pouvoir à l'œuvre dans la production des savoirs. Elle souligne également l'importance de développer des cadres théoriques et méthodologiques qui permettent aux chercheur-ses de naviguer leurs propres expériences sans compromettre la rigueur scientifique.

Références

- Ballesteros, V. (2022). A stigmatizing dilemma in the labour room: Irrationality or selfishness? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 28(5), 875–882. <https://doi.org/10.1111/jep.13747>
- Batram-Zantvoort, S., Razum, O. et Miani, C. (2021). Un regard théorique sur l'intégrité à la naissance : médicalisation, théories du risque, embodiment et intersectionnalité. *Santé publique*, 33(5). <https://doi.org/10.3917/spub.215.0645>
- Bessaïh, N. et St-Amant, S. (2018). Déconstruire l'accouchement pour retrouver l'enfantement. *À Babord*, 72. <https://www.ababord.org/Deconstruire-l'accouchement-pour-retrouver-l-enfantement>
- Bracke, S. et De La Bellacasa, M. P. (2013). Le féminisme du positionnement. Héritages et perspectives contemporaines. *Cahiers du Genre*, 54(1), 45-66. <https://doi.org/10.3917/cdge.054.0045>
- Bujold, A., Gervais, C. et Pariseau-Legault, P. (2024). Pourquoi certaines femmes choisissent d'accoucher sans assistance professionnelle? Une revue narrative systématisée. *Aporia*, 16(2). <https://doi.org/10.18192/aporia.v14i2.7060>
- Bujold, A., Gervais, C. et Pariseau-Legault, P. (2025). Profil sociodémographique et de santé des femmes québécoises qui choisissent de vivre des grossesses et des accouchements non assistés. *Nouvelles pratiques sociales*, 35(1). <https://doi.org/10.7202/1121089ar>
- Bujold, A., Pariseau-Legault, P. et Gervais, C. (2025). Reconstructing reproductive autonomy through social networks: A qualitative analysis of the digital practices of women experiencing freebirth. *BMC Digital Health*, 3(44). <https://doi.org/10.1186/s44247-025-00184-2>
- Buzzanell, P. M. (2003). A feminist standpoint analysis of maternity and maternity leave for women with disabilities. *Women and Language*, 26(2), 53-65.
- Chbat, M. (2021). Maternités lesbiennes. Réflexions méthodologiques, éthiques et épistémologiques sur la production d'une recherche menée par une personne directement concernée. *Service social*, 67(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1087198ar>
- Corry, M., Porter, S. et McKenna, H. (2019). The redundancy of positivism as a paradigm for nursing research. *Nursing Philosophy*, 20(1), Article e12230. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/nup.12230>
- Dessureault, A.-M. (2015). La médicalisation de l'accouchement : impacts possibles sur la santé mentale et physique des familles. *Devenir*, 27(1). <https://doi.org/10.3917/dev.151.0053>
- Dixon, L., Skinner, J. et Foureur, M.(2014). The emotional journey of labour - Women's perspectives of the experience of labour moving towards birth. *Midwifery*, 30(3). <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.03.009>

- Eichinger, J., Büchler, A., Arnold, L. et Rost, M. (2024). Women's and provider's moral reasoning about the permissibility of coercion in birth: A descriptive ethics study. *Journal of Health Philosophy and Policy*, 32(3), 184–204. <https://doi.org/10.1007/s10728-024-00480-4>
- Ferreira, N. (2023). *Expériences d'accouchement en milieu hospitalier au Québec : asymétrie des rapports de pouvoir, injustice épistémique et violences obstétricales* [Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal]. Archipel. <http://www.archipel.uqam.ca/16359/>
- Flores Espínola, A. (2012). Subjectivité et connaissance : réflexions sur les épistémologies du 'point de vue'. *Cahiers du Genre*, 53(2). <https://doi.org/10.3917/cdge.053.0099>
- Gallant, N., Labrecque, K., Latzko-Toth, G. et Pastinelli, M. (2020). La visite commentée : documenter les pratiques numériques par l'entretien sur traces. Dans M. Millette, F. Millerand, D. Myles et G. Latzko-Toth (dir.), *Méthodes de recherche en contexte numérique* (pp. 195–210). <https://doi.org/10.1515/9782760642508-014>
- Ganz, C. (2025). Empowering women's narratives: Unravelling the dominant narrative on pregnancy and childbirth. *Rivista Di Estetica*, 88, 80–96. <https://doi.org/10.4000/14kb6>
- Gomes, M. et Jacques, B. (2023). Démédicaliser la naissance : une biologisation d'un fait social ? Dans L. Thizy, J. Vincent, G. Sinem et I. N. Balci. (dir.), *Biologisation(s)* (pp. 179-198). ENS Éditions. <https://doi.org/10.4000/books.enseditions.45846>
- González-Mesa, E., Cazorla-Granados, O., Blasco Alonso, M., Sabonet, L., Jimenez, J. S. et Diaz, C. (2021). Educating future professionals in perinatal medicine: The attitude of medical and nursing students towards childbirth. *Journal of Perinatal Medicine*, 49(4). <https://doi.org/10.1515/jpm-2020-0395>
- Greenberg, D., Clair, J. A. et Ladge, J. (2021). A feminist perspective on conducting personally relevant research: Working mothers studying pregnancy and motherhood at work. *Academy of Management perspectives*, 35(3), 400-417.
- Gurung, L. (2020). Feminist standpoint theory: Conceptualization and utility. *Journal of Sociology and Anthropology*, 14. <https://doi.org/10.3126/dsaj.v14i0.27357>
- Haraway, D. (1988). Situated knowledges: The science question in feminism and the privilege of partial perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575-599.
- Harding, S. (1986). *The science question in feminism*. Cornell University Press.
- Harding, S. (1991). *Whose science? Whose knowledge? Thinking from women's lives*. Cornell University Press.
- Harding, S. (1992). Rethinking standpoint epistemology: What is "strong objectivity?". *The Centennial Review*, 36(3), 437-470.
- Harding, S. (2004). Introduction: Standpoint theory as a site of political, philosophic, and scientific debate. Dans S. G. Harding (dir.), *The feminist standpoint theory reader: Intellectual and political controversies* (p. 1-15). Routledge.
- Hartsock, N. (1998). *The feminist standpoint revisited, and other essays*. Westview Press.

- Hill Collins, P. (1986). Learning from the outsider within: The sociological significance of black feminist thought. *Social problems*, 33(6). <https://doi.org/https://doi.org/10.2307/800672>
- Hill Collins, P. (2000). *Black feminist thought knowledge, consciousness, and the politics of empowerment*. Routledge.
- Jacques, B. (2007). *Sociologie de l'accouchement*. Presses universitaires de France.
- ICIS. (2024a). *Statistiques sur les hospitalisations, les chirurgies et les nouveau-nés, 2022-2023*. <https://www.cihi.ca/fr/sejours-hospitaliers-au-canada-2022-2023>
- ICIS. (2024b). *Hospitalisations et accouchements, 1995-1996 à 2022-2023 - statistiques supplémentaires*. <https://www.cihi.ca/fr/sejours-hospitaliers-au-canada-serie>
- INSPQ. (2024). *Portrait des accouchements au Québec*. <https://www.inspq.qc.ca/information-perinatale/fiches/preparation-accouchement/portrait>
- Krol, P. et Holmes, D. (2024). *Philosophies et sciences infirmières : contributions essentielles à la discipline*. Presses de l'Université Laval.
- Kuipers, Y. J., Thomson, G., Goberna-Tricas, J., Zurera, A., Hresanová, E., Temesgenová, N., Waldner, I. et Leinweber, J. (2023). The social conception of space of birth narrated by women with negative and traumatic birth experiences. *Women and Birth*, 36(1). <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.04.013>
- Labrecque, M. (2018). *Expériences négatives d'accouchements décrites par des femmes ayant accouché en milieu hospitalier : les liens avec le concept des violences obstétricales* [Mémoire de maîtrise, Université de Montréal]. Papyrus. <http://hdl.handle.net/1866/21340>
- Ladewig, P. W., London, M. L., Davidson, M. R. et Bouchard, C. (2020). *Soins infirmiers en périnatalité. Guide pratique*. Pearson ERPI.
- Lahaye, M.-H. (2018). *Accouchement : les femmes méritent mieux*. Michalon éditeur.
- Lemerle, S. (2016). Trois formes contemporaines de biologisation du social. *Socio*, 6. <https://doi.org/10.4000/socio.2329>
- Lévesque, S., Bergeron, M., Fontaine, L. et Rousseau, C. (2018). La violence obstétricale dans les soins de santé : une analyse conceptuelle. *Recherches féministes*, 31(1). <https://doi.org/10.7202/1050662ar>
- Lévesque, S. et Ferron-Parayre, A. (2021). To use or not to use the term “obstetric violence”: Commentary on the article by Swartz and Lappeman. *Violence against Women*, 27(8), 1009–1018. <https://doi.org/10.1177/1077801221996456>
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, K., Daigle, K., Pépin, J. et Brassard, Y. (2019). *Soins infirmiers : périnatalité* (2e éd.). Chenelière éducation.
- Madeley, A.-M. (2022). No is a complete sentence. *British Journal of Midwifery*, 30(2), 66–68. <https://doi.org/10.12968/bjom.2022.30.2.66>

- Malacrida, C. (2015). Always, already-medicalized: Women's prenatal knowledge and choice in two Canadian contexts. *Current Sociology*, 63(5), 636–651. <https://doi.org/10.1177/0011392115590075>
- Martin, E. (1991). The egg and the sperm: How science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles. *Signs*, 16(3), 485-501.
- Michel Costa, J. (2023). *Enfanter par soi-même : trajectoires, savoirs et pratiques de l'accouchement non assisté aujourd'hui en France* [Master Savoirs en société, École des hautes études en sciences sociales].
- Milne, T., Creedy, D. K. et West, R. (2016). Integrated systematic review on educational strategies that promote academic success and resilience in undergraduate indigenous students. *Nurse Education Today*, 36. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.10.008>
- Nateetanasombat, K., Fongkaew, W., Sripichyakan, K. et Sethabouppha, H. (2004). The lived experience of retired women. *Thai Journal of Nursing Research*, 8(2), 110-125.
- Nazon, E. (2020). Contribution des théories au développement des savoirs infirmiers : une analyse critique. *Aporia*, 12(1). <https://doi.org/10.18192/aporia.v12i1.4837>
- Niles, P. M., Stoll, K., Wang, J. J., Black, S., Vedom, S. et Ameh, C. A. (2021). "I fought my entire way": Experiences of declining maternity care services in British Columbia. *PLoS ONE*, 16(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252645>
- OSFQ. (2025). *Dossier spécial (juillet 2025) : la prévention, la surveillance et le traitement de l'exercice illégal de la profession sage-femme*. https://www.osfq.org/medias/iw/pratique-illegal-VF-web.pdf?utm_source=Cyberimpact&utm_medium=email&utm_campaign=Infolettre-juillet-2025
- OSFQ. (2023). *Futurs parents - Où accoucher?* <https://www.osfq.org/fr/ou-accoucher>
- Pariseau-Legault, P. (2018). De la clinique à la recherche : l'auto-ethnographie comme outil d'analyse des transitions identitaires du chercheur en sciences infirmières. *Recherche en soins infirmiers*, 135(4). <https://doi.org/10.3917/rsi.135.0038>
- Reed, P. G. (2022). Standpoint epistemology and nursing science. *Nursing Science Quarterly*, 35(1). <https://doi.org/10.1177/08943184211051361>
- Rivard, A. (2014). *Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne*. Éditions du remue-ménage.
- Rose, H. (1983). Hand, brain, and heart: A feminist epistemology for the natural sciences. *Signs*, 9(1), 73-90.
- Rouch, H. (2011). *Les corps, ces objets encombrants : contribution à la critique féministe des sciences*. Éditions iXe.
- Salzmann-Erikson, M. (2024). The intersection between logical empiricism and qualitative nursing research: a post-structuralist analysis. *International Journal of Qualitative Studies on*

- Schafer, R., Dietrich, M. S., Kennedy, H. P., Mulvaney, S. et Phillippi, J. C. (2024). "I had no choice": A mixed-methods study on access to care for vaginal breech birth. *Birth*, 51(2), 413–423. <https://doi.org/10.1111/birt.12797>
- Schlomann, P. (1996). Ethical decision making in a neonatal intensive care unit: The nurse's role. *Neonatal Intensive Care*, 9(4), 44-54.
- Shabot, S. C. (2016). Making loud bodies "feminine": A feminist-phenomenological analysis of obstetric violence. *Human Studies*, 39(2). <https://doi.org/10.1007/s10746-015-9369-x>
- Smith, D. E. (1987). *The everyday world as problematic: A feminist sociology*. University of Toronto Press.
- St-Amant, S. (2013). *Déconstruire l'accouchement : épistémologie de la naissance, entre expérience féminine, phénomène biologique et praxis technomédicale* [Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal]. Archipel. <http://archipel.uqam.ca/id/eprint/6134>
- St-Amant, S. (2015). Naît-on encore ? Réflexions sur la production médicale de l'accouchement. *Recherches familiales*, 12(1). <https://doi.org/10.3917/rf.012.0009>
- Toole, B. (2019). From standpoint epistemology to epistemic oppression. *Hypatia*, 34(4). <https://doi.org/10.1111/hypa.12496>
- van Daalen-Smith, C. (2011). Waiting for oblivion: Women's experiences with electroshock. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(7). <https://doi.org/10.3109/01612840.2011.583810>
- van Daalen-Smith, C., Adam, S., Hassim, F. et Santerre, F. (2020). A world of indifference: Canadian women's experiences of psychiatric hospitalization. *Issues in Mental Health Nursing*, 41(4). <https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1661047>
- van der Merwe, A. S. (1999). The power of women as nurses in South Africa. *Journal of Advanced Nursing*, 30(6). <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01226.x>
- van der Waal, R. (2025). The 'dead baby card' and the early modern accusation of infanticide: situating obstetric violence in the bio- and necropolitics of reproduction. *Feminist Theory*, 26(1), 124–141. <https://doi.org/10.1177/14647001241245581>
- Velo Higuera, M., Douglas, F. et Kennedy, C. (2024). Exploring women's motivations to freebirth and their experience of maternity care: A systematic qualitative evidence synthesis. *Midwifery*, 134, Article e104022. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104022>
- Young, I. M. (1988). Five faces of oppression. *The Philosophical Forum*, XIX(4), 270-290.

Chapitre 2 – Recension des écrits

Pourquoi certaines femmes choisissent d'accoucher sans assistance professionnelle ? Une revue narrative systématisée

Avant-propos

Titre de l'article : Pourquoi certaines femmes choisissent d'accoucher sans assistance professionnelle ? Une revue narrative systématisée

Auteur·es :

(1) Audrey Bujold, PhD(c), UQO

(2) Christine Gervais, PhD, professeure au Département des sciences infirmières, UQO

(3) Pierre Pariseau-Legault, PhD, professeur au Département des sciences infirmières, UQO

Revue de publication : Aporia

Date de soumission : 16 janvier 2024

Statut de l'article : Article publié (annexe M)

Pertinence de la revue en sciences de la famille : La revue *Aporia* de l'Université d'Ottawa constitue un lieu de diffusion tout à fait adéquat pour un article qui se situe à l'intersection des sciences de la santé, des sciences sociales et des études féministes, et qui cherche à interroger la légitimité et la pluralité des savoirs sur la naissance. Son engagement envers des paradigmes critiques, incluant les perspectives féministes, intersectionnelles, décoloniales, poststructuralistes et autres, s'aligne directement avec les préoccupations centrales de cette recherche, notamment l'analyse des rapports de pouvoir, la remise en question de la médicalisation normative de la naissance, et la valorisation des savoirs expérientiels et situés. De plus, *Aporia* cherche à estomper les frontières disciplinaires, ce qui fait écho à l'approche interdisciplinaire propre aux sciences de la famille.

Résumé

Les accouchements non assistés (ANA)⁹ font référence au fait que certaines femmes choisissent de vivre un accouchement en l'absence de professionnel·les de la santé alors que des structures médicales sont normalement disponibles pour les soutenir si elles le désirent. Ce choix s'inscrit en rupture du contexte actuel de médicalisation des naissances. À notre connaissance, aucune recension des écrits n'a été publiée à ce sujet dans l'espace francophone malgré les questionnements croissants concernant ce phénomène. Cet article présente ainsi les résultats d'une revue narrative systématisée (n=32) qui porte précisément sur les ANA. Nos résultats décrivent le profil sociodémographique des femmes qui choisissent les ANA, les motivations et le processus décisionnel lié à ce choix, les risques socioculturels auxquels ces femmes sont exposées et la place qu'occupent les réseaux socionumériques dans ce processus décisionnel. Nos résultats soulignent la nécessité, pour les professionnel·les de la santé, de développer une sensibilité accrue envers les motivations et les valeurs des femmes qui choisissent les ANA.

Mots-clés : revue narrative systématisée; médicalisation des naissances; accouchement non assisté; obstétrique

⁹ Aucune étude ne s'est intéressée à la réalité des grossesses et des accouchements non assistés (GANA). Cette section explicitera donc les données empiriques qui concernent spécifiquement les accouchements non assistés (ANA).

Introduction

Accoucher, ou plutôt « se faire accoucher », consiste à s'aliter pour mettre au monde un bébé. Cette simple expression expose des enjeux importants liés au contrôle et à l'autonomie des femmes¹⁰ sur leur corps durant l'accouchement, c'est-à-dire en accordant un rôle passif à la femme qui accouche, celui de se coucher, et un rôle actif aux professionnel·les de la santé, celui de procéder à leur science de l'accouchement. C'est dans ce contexte socioculturel que certaines femmes choisissent de vivre des accouchements non assistés (ANA), c'est-à-dire sans aucune assistance professionnelle. Ce non-recours aux services périnataux s'inscrit dans les marges de l'histoire de la médicalisation des naissances. En effet, au 20^e siècle, un véritable changement de paradigme s'est opéré dans l'univers périnatal au bénéfice de la médicalisation des naissances (Al-Gailani et Davis, 2014; Clesse et al., 2018; Rivard, 2014). La médicalisation réfère à la « redéfinition d'une expérience humaine en termes de pathologie ou de risque de pathologie, qui justifie des rapports sociaux inégaux entre les personnes concernées et des experts de la santé. » (Forget, 2022, p.1) Bien que ce contrôle médical s'inscrive dans une volonté d'améliorer et de protéger le bien-être des femmes et de leur bébé, il importe de souligner que cette médicalisation des naissances peut entraîner des conséquences négatives autant pour la parturiente que pour son enfant (Clesse et al., 2018; Neczypor et Holley, 2017; Page, 2016). À cet égard, l'un des nombreux angles morts de la médicalisation des naissances est que les relations humaines respectueuses sont souvent négligées et que les soins sont généralement fragmentés et standardisés (Odent, 2023; Page, 2016).

Au Québec, la médicalisation des naissances est associée à deux principaux groupes de professionnel·les de la santé dédiés au suivi et à l'assistance des femmes durant leur grossesse et leur accouchement : les obstétricien·nes et les omni praticien·nes accoucheur·ses. Un autre important groupe de professionnel·les de la santé du domaine périnatal québécois se situe dans une zone plus grise en ce qui concerne la médicalisation des naissances : les sages-femmes. D'un côté, conformément à la Loi sur les sages-femmes, elles doivent surveiller et évaluer la grossesse, le travail et l'accouchement à partir d'indicateurs obstétricaux, en plus de dépister toutes

¹⁰ Puisque l'accouchement est une fonction spécifiquement réservée aux personnes ayant une anatomie féminine du système reproducteur et que cette expérience est généralement imbriquée aux dimensions sociopolitiques de la reproduction, il importe pour les auteur·es de cet article de ne pas occulter son caractère genré. Dans le même ordre d'idées, considérant que les professions sage-femme et infirmière sont genrées au féminin, nous avons uniquement conservé les termes féminisés. L'écriture inclusive a été utilisée pour tous les autres termes genrés de cet article.

conditions anormales chez la femme et son enfant. De l'autre, leur ordre professionnel décrit explicitement leur approche comme étant « axée sur la normalité de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale. » (Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ), 2023a) Dans cet ordre d'idées, bien que leur cadre législatif soit lui aussi directement imbriqué à la médicalisation des naissances, leur pratique dédiée à la clientèle à bas risque demeure tout de même influencée par une approche différente de la médecine en se centrant sur la normalité de la grossesse et de l'accouchement plutôt que sur le pathologique. Il importe de souligner la contribution des infirmières et des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) aux soins de proximité en périnatalité (OIIQ, 2015). L'infirmière, en collaboration étroite avec un·e médecin, peut participer à diverses activités relatives au suivi de la grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal, mais n'a pas la pleine responsabilité et autonomie du suivi médical (OIIQ, 2015). De surcroît, sans pouvoir effectuer des accouchements, les IPS peuvent effectuer des suivis de grossesses, en fonction de leur classe de spécialité, et diriger la femme enceinte vers les professionnel·les de la santé approprié·es au besoin (OIIQ, 2021).

Cela dit, peu importe le groupe de professionnel·les de la santé impliqué·es en période périnatale (grossesse, accouchement et postpartum), le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2008, 2020) insiste depuis de nombreuses décennies sur l'importance d'offrir des soins humanisés qui reconnaissent le processus physiologique de la grossesse et de l'accouchement et qui respectent les croyances et les valeurs des femmes. Ces politiques publiques reconnaissent donc qu'il est essentiel d'allier la médicalisation des naissances à un processus d'humanisation des soins et services afin que ceux-ci préviennent non seulement la mort et promeuvent la santé, mais contribuent également au mieux-être de la femme, de son bébé et de sa famille (Page, 2016). Bien que l'humanisation des naissances soit un concept historiquement associé aux femmes qui ne désiraient pas d'interventions médicales, il est désormais reconnu que toutes les femmes, quel que soit leur parcours de soins, devraient avoir droit à des services humanisés et respectueux de leur santé émotionnelle et mentale (Curtin et al., 2020). L'humanisation des naissances qui se définit sous le prisme de l'autonomie, de la qualité relationnelle et de la bienveillance contribue donc à améliorer la satisfaction, la confiance et la sécurité des femmes (Curtin et al., 2020). C'est sous cette volonté que des efforts considérables, dans les cinquante dernières années, ont été déployés pour amorcer une dépathologisation de la grossesse et de l'accouchement au Québec et une humanisation des soins et des services offerts aux femmes et à leur famille durant la période

périnatale (Rivard, 2014). Or, malgré ces efforts de dépathologisation et d’humanisation des services ayant notamment ciblé l’usage des technologies, le consentement, la relation de soin et l’implication des pères, force est de constater que la médicalisation des naissances demeure particulièrement prépondérante, et que l’humanisation des naissances demeure quant à elle difficile à mettre en pratique (Curtin et al., 2022; Rivard, 2014). En effet, à ce jour, seules les sages-femmes offrent le choix du lieu de la naissance (hôpital, maison de naissance ou domicile) aux femmes, et ce, en respectant diverses contraintes clinico-administratives telle la distance du lieu de résidence avec la maison de naissance (OSFQ, 2023b). En 2022-2023, au Québec, le taux d’accouchement par césarienne, un autre indicateur important lié la médicalisation des accouchements, correspond à 27% des naissances (Institut canadien d’information sur la santé (ICIS), 2024a). L’accouchement lui-même constitue la principale cause d’hospitalisation, et la césarienne est la principale chirurgie avec hospitalisation (ICIS, 2024a). Il est important de souligner qu’un consensus scientifique international, soutenu par l’Organisation mondiale de la santé (OMS, 2015), situe le taux optimal de césarienne entre 10 et 15% : « Selon de nouvelles études, lorsque le taux de césarienne augmente pour s’approcher de 10% sur l’ensemble de la population, la mortalité maternelle et néonatale diminue. Cependant, aucune baisse supplémentaire de la mortalité n’est observée lorsque ce taux dépasse 10%. » Toujours dans ce même ordre d’idées, en 2022-2023, 77% des femmes québécoises ont eu recours à l’anesthésie épidurale pendant leur accouchement vaginal, ce qui constitue la moyenne provinciale la plus élevée au Canada (ICIS, 2024b). Ces statistiques nous rappellent ainsi que toute présence professionnelle aussi « humanisée » ou « délicate » soit-elle, demeure ancrée dans le dispositif de médicalisation des naissances et par conséquent, dans une vision pathologisée de la grossesse et de l’accouchement.

Ces statistiques québécoises en matière de périnatalité suggèrent que ces objectifs de dépathologisation et d’humanisation des naissances ne sont toujours pas atteints. Dans ce contexte actuel de médicalisation des naissances, certaines femmes expriment des expériences difficiles ou traumatiques et une perception de violence, qualifiée d’obstétricale, à leur endroit (Bergeron et al., 2019; Lévesque et al., 2018). Ces violences obstétricales réfèrent notamment aux expériences d’absence de consentement libre et éclairé lors d’une intervention, de manque de respect, de déséquilibre du pouvoir, de manque d’écoute et de participation aux décisions qui les concernent et de manque d’accès aux alternatives à l’accouchement médicalisé (Bergeron et al., 2019; Lévesque et al., 2018). De surcroît, des chercheuses avancent que la valorisation des discours

d'expertise en périnatalité a engendré une culture médicale du risque où le consentement aux interventions médicalisées est souvent perçu comme facultatif et donc où le pouvoir d'agir des femmes sur leur corps est généralement limité (Bergeron et al., 2019; Lévesque et al., 2018; Rivard, 2014; St-Amant, 2014). Alors que la prévalence des violences obstétricales au Québec et au Canada est inconnue, l'étendue et la fréquence des vagues de dénonciation ciblant spécifiquement ces violences qui se succèdent depuis quelques années, principalement sur les réseaux sociaux (#BalanceTonGynéco, #BalanceTonUtérus, #PayeTonUtérus, #StopVOG, #ViolencesObsétricales) indiquent leur importance dans le vécu périnatal des femmes.

Cette brève introduction historique du contexte socioculturel des naissances au Québec rappelle ainsi que les femmes qui choisissent de vivre des ANA le font généralement dans le but résister à cette norme de médicalisation des naissances et aux violences qui y sont associées. Au Québec et au Canada, aucun indicateur statistique ne permet de circonscrire la prévalence de ce phénomène. En revanche, déjà en 2011, un article du Journal de l'Association médicale du Canada (Vogel, 2011, p.648) évoquait qu'un « nombre croissant de femmes choisissaient d'accoucher sans l'aide de médecins ou de sages-femmes, en raison de leur insatisfaction à l'égard des soins obstétriques modernes, de leur crainte d'une intervention médicale inutile et de leur désir de récupérer la naissance en tant qu'acte privé et naturel. » Au Québec, l'Ordre des sages-femmes (OSFQ, 2021) a publié une chronique déontologique intitulée *Droits, devoirs et obligations concernant l'accouchement non assisté* en 2021 en raison de l'augmentation significative du nombre de questions des sages-femmes à leur ordre professionnel au sujet de leurs responsabilités lors d'un ANA. Étant donné les questions croissantes provenant de leurs membres, l'Association québécoise des doulas (AQD, 2021, p.6) a aussi récemment publié un énoncé de position afin de « clarifier sa position en lien avec l'ANA et susciter la réflexion auprès de ses doulas qui considèrent accompagner des client.es planifiant un ANA. »

Dans la langue française, à notre connaissance, aucune recension des écrits n'a été publiée malgré les questionnements croissants concernant ce phénomène. À partir des résultats d'une revue narrative systématisée des écrits, l'objectif de cet article est de présenter les thèmes prédominants dans la littérature scientifique au sujet des ANA.

Cadre théorique

S'inspirant des travaux issus du féminisme noir, cette recension des écrits incorpore la position d'étranger à l'intérieur des frontières du groupe dominant (*outsider within*) de Patricia Hill Collins (1986, 2000). L'*outsider within* se définit comme une personne qui, en raison de son identité ou de sa position sociale, se retrouve à la fois à l'intérieur et à l'extérieur des principaux groupes auxquels elle appartient (Hill Collins, 1986, 2000). Il ne suffit pas de se situer seulement à l'intérieur ou à l'extérieur des frontières d'un groupe; c'est précisément lorsque nous travaillons des deux côtés qu'émerge la possibilité d'étudier la relation dominante entre les activités et les croyances ainsi que les conséquences qui surgissent à l'extérieur sur les groupes opprimés (Hill Collins, 1986). Par exemple, en utilisant ce concept, Hill Collins a exploré comment les femmes noires, en tant que membres du mouvement féministe, étaient à la fois perçues comme des membres actifs du mouvement (*within*), mais aussi comme des étrangères (*outsiders*) à ce groupe en raison de leur marginalisation fondée sur la race (Hill Collins, 2000).

Ce concept est particulièrement important dans le cadre de cette recension des écrits, puisque la première auteure de cet article mobilise cette position d'*outsider within*. Mère de trois enfants, dont deux sont nées sans assistance professionnelle, elle occupe à la fois les rôles de membre actif de la communauté professionnelle et scientifique à titre d'infirmière et de candidate au doctorat en sciences de la famille (*within*), mais se retrouve également en posture d'étrangère (*outsider*) en raison de son choix marginalisé d'accoucher sans assistance professionnelle.

Au contraire de ce que prétend l'épistémologie positiviste, les assises conceptuelles promues par Hill Collins (1986, 2000), et plus largement la théorie du point de vue situé (Harding, 2004), nous rappellent que les intellectuel·les minorisé·es doivent avoir confiance en leur propre bagage personnel et culturel pour produire des savoirs signifiants. En effet, selon les travaux de Hill Collins (1986, 2000), ce positionnement privilégié procure des avantages épistémiques indéniables, notamment en rendant visibles les croyances, les valeurs et les comportements qui sont difficiles à détecter pour ceux qui sont immergés dans la culture du groupe dominant. Cette position peut également permettre de rapporter des omissions ou des distorsions de fait, ou encore de contester des généralisations à propos de leur groupe en question (Hill Collins, 1986, 2000). L'*outsider within* apporte ainsi à sa recherche la combinaison de proximité et d'éloignement, de préoccupation et d'indifférence, qui est essentielle pour maximiser l'objectivité. Concrètement, la

posture d'*outsider within* de la première auteure de cet article a influencé la lecture, l'analyse et l'interprétation des textes retenus dans le but de relier la connaissance scientifique à des visées politiques et émancipatrices à l'égard des femmes concernées par les ANA (Harding, 2004).

Méthodes

Une revue narrative systématisée, incluant les articles publiés au sein de journaux révisés par les pairs, les mémoires et les thèses, a été réalisée afin d'identifier toutes les recherches disponibles et pertinentes au sujet des ANA. La systématisation de cette revue narrative découle des critiques généralement formulées envers la qualité des conclusions établies des revues narratives traditionnelles (Framarin et al., 2021; Saracci et al., 2019; Snyder, 2019). Réduisant les biais de sélection des articles, le processus systématique lié à cette revue narrative visait précisément à produire une recherche documentaire rigoureuse, transparente et reproductible en identifiant, sélectionnant et analysant tous les écrits pertinents (Framarin et al., 2021; Saracci et al., 2019; Snyder, 2019). Considérant qu'il s'agit d'une revue narrative systématisée, nous n'avons pas formulé de questions ou d'objectifs de recherche spécifiques. En effet, alors qu'une revue systématique vise à répondre à des questions ou à des objectifs de recherche bien précis, l'objectif de cette revue narrative systématisée était d'identifier les thèmes prédominants dans la littérature scientifique au sujet des ANA (Framarin et al., 2021; Saracci et al., 2019; Snyder, 2019). Le fait de ne pas avoir limité la recension à des objectifs spécifiques nous a permis d'explorer plus largement les principales composantes de ce phénomène peu étudié (Framarin et al., 2021; Saracci et al., 2019; Snyder, 2019). Cette approche méthodologique propose donc une alliance entre les approches narrative et systématique, plutôt que de perpétuer la dichotomie entre les deux et leur hiérarchisation (Greenhalgh et al., 2018).

À cette fin, divers critères méthodologiques ont été élaborés pour identifier et sélectionner la littérature scientifique pertinente au sujet des ANA (figure 2). En premier lieu, les bases de données CAIRN, CINAHL, Érudit, MedLines, Proquest, PsycArticles, ScienceDirect et Scopus ont été ciblées pour conduire cette recension des écrits. En deuxième lieu, deux listes de mots-clés, l'une francophone et l'autre anglophone, ont été constituées à partir d'un travail initial de repérage documentaire : tous les mots-clés possiblement liés aux ANA ont donc été inclus à cette liste. Les champs de recherche ont été ajustés en fonction des spécificités de chacune des bases de données.

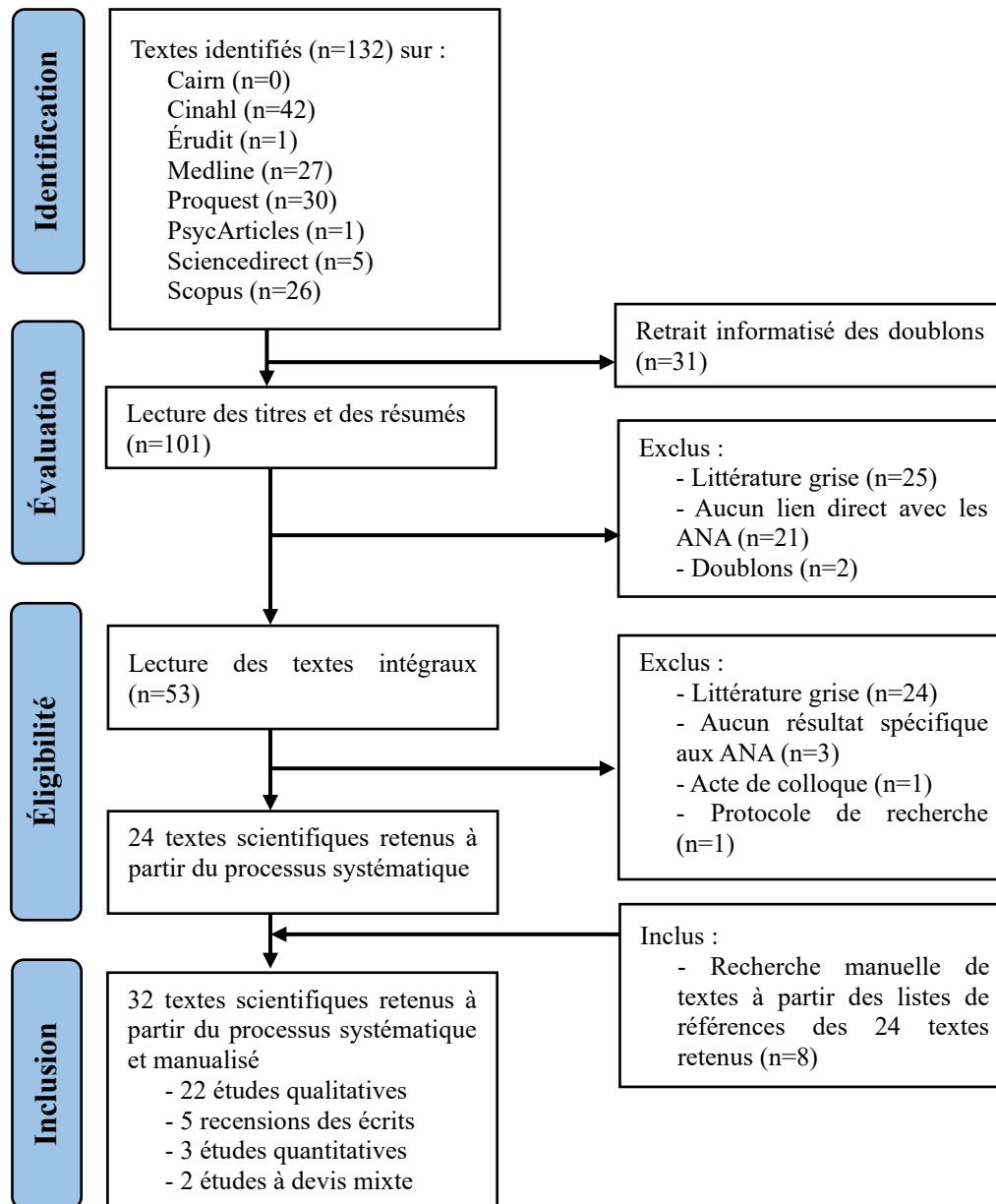
Une bibliothécaire a été consultée afin d’affiner nos algorithmes. Ci-dessous se trouvent les algorithmes utilisés pour chacune des bases de données (tableau 1) :

Tableau 1. *Algorithmes de recherche*

Bases de données	Mots-clés	Champs de recherche
CINAHL		
MedLines	freebirth OR unassisted homebirth	Dans le titre
PsycArticles	OR unattended birth OR unassisted	
ScienceDirect	birth OR unassisted pregnancy	
Scopus		
ProQuest	freebirth OR unassisted homebirth OR unattended birth OR unassisted birth OR unassisted pregnancy	Dans tous les champs, excepté texte intégral
CAIRN	accouchement non assisté OU	Dans tous les champs
Érudit	grossesse non assistée OU	
	accouchement libre OU freebirth	

Sans restriction de date ou de langue de publication, trois critères de sélection des études ont été priorisés : (1) articles scientifiques incluant les mémoires, thèses et revues des écrits; (2) résultats directement liés au phénomène des ANA; (3) publiés au sein de journaux scientifiques. Au total, 126 textes ont été recensés à l’automne 2022. En troisième lieu, la première auteure de cet article a effectué la lecture systématique des titres et des résumés afin d’évaluer la pertinence des textes concernant les ANA et la présence d’une démarche méthodologique. De cette lecture, 86 textes ont été retenus pour la suite du processus. À l’aide du logiciel de gestion bibliographique EndNote, la première auteure a ensuite procédé au retrait informatisé des doublons (n=31), et a entrepris la lecture des textes intégraux. Cette lecture a permis de retirer les articles relevant de la littérature grise (n=24), les actes de colloque (n=1), les protocoles de recherche (n=1), les doublons restants (n=2) ainsi que les études qui ne diffusaient aucun résultat spécifique lié aux ANA (n=3). En quatrième et dernier lieu, la première auteure de cet article a procédé à la recherche manuelle des études ayant possiblement été exclues du processus de recherche documentaire initial à partir des listes de références des 24 textes scientifiques retenus, ce qui a permis d’ajouter huit articles supplémentaires. Au total, 28 articles scientifiques, deux mémoires de maîtrise et deux thèses de doctorat ont été conservés pour le processus analytique. De ce nombre, seulement un texte a été publié dans la langue française.

Figure 2. Diagramme de flux



Sur le plan analytique, en raison de la diversité des écrits recensés (études qualitatives, études quantitatives, études à devis mixte et recensions des écrits), la synthèse narrative de Petticrew et Roberts (2006) a été employée pour analyser l'ensemble des textes portant sur les ANA. Fréquemment utilisée pour effectuer la synthèse des connaissances dans le cadre de recensions des écrits (Lisy et Porritt, 2016), la synthèse narrative repose principalement sur l'utilisation de mots et de textes pour résumer et expliquer les résultats de la synthèse. Cette approche textuelle vise ainsi à raconter l'histoire des résultats des études incluses à la recension des écrits (Lisy et Porritt,

2016). Plus précisément, la synthèse narrative de Petticrew et Roberts (2006) comporte trois étapes : (1) l'organisation des études en catégories logiques, (2) l'analyse transversale de chaque étude et (3) la synthèse intégrative des résultats des textes scientifiques. Dans le cadre cette revue narrative systématisée, les études ont donc d'abord été organisées en catégories logiques sur la base de leur pays de publication et de leurs objectifs de recherche. Ensuite, pour chacune des études, une analyse transversale a été effectuée à l'aide de fiches synthèses (auteur·es, date et pays de publication, objectifs, approche méthodologique et principaux résultats). Finalement, les fiches synthèses ont été regroupées inductivement en cinq catégories prédominantes sur la base de leurs principaux résultats. Comme le proposent Petticrew et Roberts (2006), un tableau synthèse (voir <https://osf.io/kz8dr/>) regroupe les principales caractéristiques des 32 textes ciblés.

Résultats

Cinq thèmes ont été consolidés à la suite de l'analyse des textes retenus : (1) le profil sociodémographique des femmes qui choisissent les ANA, (2) les motivations sous-jacentes à ce choix, (3) le processus décisionnel lié à ce choix, (4) les risques socioculturels auxquels ces femmes sont exposées et (5) la place qu'occupent les réseaux socionumériques dans ce processus décisionnel.

Profil sociodémographique

Les femmes qui choisissent les ANA et qui ont participé à des projets de recherche¹¹ sur ce sujet d'étude ont des caractéristiques similaires sur le plan sociodémographique (Ahmad Tajuddin et al., 2020; Baranowska et al., 2022; Brown, 2009; Feeley et Thomson, 2016a, 2016b; Freeze, 2008; Greenfield et al., 2021; Henriksen et al., 2020; Hollander et al., 2017; Holten et de Miranda, 2016; Jackson et al., 2012; Jackson, 2014; Jackson et al., 2020; Lindgren et al., 2017; Lundgren, 2010; McKenzie et Montgomery, 2021; Oboyle, 2016; Plested et Kirkham, 2016; Rigg et al., 2017, 2020; Sassine et al., 2021). La plupart se situent dans la tranche d'âge 30-40 ans et dans la classe moyenne; sont blanches et en couple; ont obtenu un diplôme universitaire (quelques-unes ont obtenu des diplômes universitaires de cycles supérieurs); ont déjà accouché d'un enfant à l'hôpital ou avec l'assistance d'une sage-femme. La majorité des études ont présupposé le genre (cisgenre)

¹¹ Cette sous-section fait référence aux caractéristiques des femmes liées aux échantillons des études recensées. Aucune étude n'a précisément étudié le profil sociodémographique des femmes qui choisissent les ANA.

et l'orientation sexuelle (hétérosexuelle) des femmes. Cependant, une étude a rapporté que les personnes lesbiennes, bisexuelles, pansexuelles et queers étaient plus susceptibles d'avoir envisagé l'ANA que les femmes hétérosexuelles (Greenfield et al., 2021). Une hétérogénéité a été dénotée concernant les occupations des femmes (mère au foyer, emploi à temps partiel ou à temps complet) et leur localisation géographique (rurales, suburbaines et urbaines). Les femmes ayant accouché sans assistance professionnelle choisissaient généralement de nouveau l'ANA pour leurs accouchements subséquents. Dans tous les échantillons recensés, une mince proportion des femmes détient des connaissances en santé (p. ex. sage-femme, infirmière, médecin). Contrairement aux autres textes qui n'abordent pas les enjeux religieux, les études réalisées aux États-Unis rapportent pour leur part que la majorité des femmes concernées se considérait comme pratiquant une religion (Brown, 2009; Freeze, 2008; Holten et de Miranda, 2016).

Motivations liées aux ANA

Une pluralité de motivations souvent interdépendantes se situe à l'intersection du choix d'un ANA. Premièrement, l'appropriation intime de l'accouchement par la femme et sa famille occupe une dimension importante dans le récit des femmes concernées (Feeley et al., 2015; Freeze, 2008; Holten et de Miranda, 2016). En effet, plusieurs de ces femmes évoquent l'importance que le lieu de l'accouchement soit investi par des proches plutôt que des professionnel·les de la santé (Freeze, 2008). Dans cette logique, une proportion importante de ces femmes accorde une place significative à leurs enfants pendant l'accouchement; les enfants sont ainsi présents en partie ou totalement lors du travail et au moment de l'accouchement. Pour d'autres, ce souhait d'intimité fait davantage référence à une volonté de protection de la dimension sexuelle de l'accouchement (St-Amant, 2014) : certaines femmes suggèrent ainsi que l'accouchement devrait se dérouler dans des conditions propices aux relations sexuelles (p. ex. tamisage des lumières, réduction de bruits environnants, chambre fermée, communication verbale réduite et autres).

Deuxièmement, la valorisation du processus physiologique d'accouchement ainsi que la reconnaissance des savoirs intuitifs, mammaliens et émotionnels détenus par les femmes constituent un autre facteur motivationnel important (Freeze, 2008; St-Amant, 2014). À ce sujet, les femmes souhaitent être reconnues comme les souveraines de leur accouchement. De fait, la reconnaissance de leurs savoirs et de leurs responsabilités à l'égard de la naissance est perçue comme étant le reflet d'un véritable contrôle sur la prise de décision entourant leur accouchement

(Feeley et al., 2015; Holten et de Miranda, 2016). Plusieurs femmes mentionnent que pour avoir un réel sentiment d'autonomie, seul l'accouchement en l'absence de professionnel·les de la santé est possible. Cette souveraineté s'accompagne souvent d'une réappropriation et d'une requalification des signes liés à l'accouchement lui-même (p. ex. mouvements fœtaux, contractions, douleurs, etc.) ainsi que par une performance politique et féministe de la maternité (St-Amant, 2014). Cette performance politique et féministe est particulièrement visible dans l'argumentaire des femmes envers l'ANA : elles dépeignent fréquemment les rapports de pouvoir qui ont contribué à ce que l'accouchement devienne un événement médical plutôt qu'une expérience intime pour justifier leur décision (St-Amant, 2014).

Troisièmement, plusieurs textes recensés exposent l'influence des expériences antérieures d'accouchement, qu'elles soient positives ou négatives, en ce qui concerne le choix d'un ANA (Baranowska et al., 2022; Feeley et Thomson, 2016b; Freeze, 2008; Henriksen et al., 2020; Hollander et al., 2017; Jackson et al., 2020; McKenzie et al., 2020; Rigg et al., 2020). D'une part, selon Feeley et Thomson (2016b) ainsi que Freeze (2008), les expériences positives antérieures d'accouchement contribuent à cette décision. Par exemple, certaines femmes choisissent l'ANA, puisqu'elles font confiance à leur corps en raison d'une expérience d'accouchement antérieure positive. D'autre part, selon Baranowska et al. (2022) ainsi que Jackson et ses collaboratrices (2012, 2014, 2020), la décision des femmes d'accoucher librement se cristallise plutôt autour de leurs expériences négatives ou traumatiques antérieures en matière de soins périnataux. Les expériences vécues par les femmes dans les services de maternité font principalement écho à une atmosphère de peur qui trouve racine dans le discours sur les risques obstétricaux. Ce discours de risque mobilisant la peur des femmes serait ainsi utilisé comme une tactique d'effroi par les professionnel·les de la santé pour contraindre les femmes à faire des choix particuliers et les convaincre de suivre les parcours de soins conformes aux protocoles locaux (Plested et Kirkham, 2016). Or, ce discours serait souvent à l'origine de la perturbation émotionnelle (p. ex. tristesse, colère, panique, irritabilité) des femmes, surtout lorsqu'il a été reçu à titre de mesure d'autoprotection pour les professionnel·les de la santé plutôt qu'une véritable mesure de protection pour la femme et son bébé (Hollander et al., 2017; Plested et Kirkham, 2016). Autrement dit, les participantes ont l'impression que la sécurité des professionnel·les de la santé et de l'institution médico-étatique envers le risque de poursuites, par exemple, est prioritaire par rapport à leur situation personnelle (Hollander et al., 2017; Plested et Kirkham, 2016). Ces expériences de

naissance apprendraient aux femmes que les soins hospitaliers ne sont pas sécuritaires sur le plan émotionnel, et qu'elles risquent de subir d'autres traumatismes si elles retournent à l'hôpital.

Quatrièmement, à l'instar de l'influence des expériences antérieures d'accouchement, la reconceptualisation des perspectives sur les risques obstétricaux est un autre facteur motivationnel fréquemment mobilisé par les femmes (Brown, 2009; Cameron, 2012; Feeley et al., 2015; Freeze, 2008; Holten et de Miranda, 2016; Jackson et al., 2012, 2014, 2020; St-Amant, 2014). En effet, nombreuses femmes contestent le discours dominant sur le risque en soulignant que l'hôpital constitue un lieu dangereux. Selon Jackson et ses collaboratrices (2012, 2014, 2020), la principale motivation pour choisir l'ANA serait spécifiquement la recherche de sécurité pour vivre son expérience d'accouchement : les participantes avancent que la naissance comporte toujours un élément de risque, et ce même à l'hôpital, puisque l'interférence inhérente à la médicalisation des naissances est un risque en soi. Autrement dit, les femmes estiment qu'en accouchant en dehors du dispositif, elles font un choix qui les protège, elles et leur bébé, des risques associés à l'accouchement à l'hôpital. Selon les travaux de St-Amant (2014), l'ANA s'expliquerait notamment à l'aide de deux arguments centrés sur la perception des risques : d'une part, elle déplace la focale du risque en faisant la démonstration que des activités de la vie quotidienne sont associées à des risques plus importants pour l'humain que celui d'accoucher sans assistance médicale, et d'autre part, elle met en relief les risques associés aux interventions médicales de routine qui peuvent contribuer à l'inhibition des réflexes mammaliens et de l'intuition des femmes. Cela dit, il importe de préciser que les femmes qui choisissent l'ANA ne s'opposent généralement pas à l'intervention médicale lorsqu'elle est nécessaire, mais elles estiment que la grande majorité des interventions lors de l'accouchement sont aujourd'hui inutiles, et qu'elles sont potentiellement dangereuses (Brown, 2009). En résumé, ces études montrent que l'ANA permet aux femmes de vivre un accouchement sans intervention et moins risqué, en plus de demeurer près de leur famille et d'être reconnues comme l'autorité compétente lors de ce processus (Jackson et al., 2012, 2014, 2020).

Cinquièmement, pour un groupe plus restreint de femmes croyantes, l'accouchement est entièrement entre les mains de Dieu (Miller, 2009). Pour ces femmes, recourir à une aide médicale pour l'accouchement est associé à un manque de foi et à un refus de faire pleinement confiance à la volonté divine. Pour certaines de ces femmes, s'en remettre à Dieu consistait à s'en remettre à

leur époux en tant que chef de famille et décideur : l'époux remplacerait ainsi l'autorité médicale durant le processus d'accouchement (Miller, 2009). A contrario, selon Hollander et al. (2020), les femmes ne situant pas la religion comme principale motivation à l'ANA ont indiqué qu'une fois que les partenaires ont été convaincus par leur conjointe, ils ont joué un rôle de soutien important dans la reconnaissance de celle-ci comme l'autorité compétente du processus d'accouchement. En somme, à l'exception du texte de Miller (2009) qui positionne la religion comme principale motivation à l'ANA chez certaines femmes états-uniennes, nous pouvons affirmer que les résultats des études sur ce thème sont plutôt convergents.

Processus décisionnel lié à l'ANA

Pour la majorité des femmes concernées, l'ANA ne serait pas un choix immédiat ou évident. Au cours de leur parcours, ces femmes ont généralement constaté une inadéquation persistante entre leurs besoins, leurs souhaits et les services périnataux disponibles (p. ex. impossibilité d'accoucher à la maison, indisponibilité des services sages-femmes dans leur région) (Baranowska et al., 2022). À cet égard, Lundgren (2010) rapporte que les femmes attendent longtemps pour décider du lieu de l'accouchement, dans certains cas jusqu'au début des contractions. Malheureusement, selon de multiples études, les femmes seraient souvent contraintes à un ANA en raison de l'étiquette de grossesse à haut risque¹² ou d'autres enjeux logistiques comme le manque d'accès aux services offerts par des sages-femmes (Coddington et al., 2022; Dahlen et al., 2011; Jackson et al., 2012, 2014, 2020; Kornelsen et Grzybowski, 2006; Oboyle, 2016; Sassine et al., 2021). La rigidité des services hospitaliers et la disponibilité inégale des services d'AAD contribueraient ainsi à leur décision d'accoucher sans assistance professionnelle. À cet égard, Sassine et al. (2021) ont exploré les expériences des femmes qui choisissent l'AAD ou l'ANA en Australie. Les femmes ont déclaré avoir recours à l'ANA principalement parce qu'elles ont été exclues des programmes d'AAD pour les raisons suivantes : elles étaient hors des frontières géographiques strictes de l'AAD ou présentaient des facteurs de risque. La majorité de ces femmes ont indiqué qu'elles auraient préféré l'AAD à l'ANA. Leurs constats évoquent donc que si les femmes avaient toutes les options de naissance à leur disposition, moins de femmes envisageraient un ANA, et plus de femmes planifieraient un AAD (Sassine et al., 2021). Dahlen et al. (2011) ainsi

¹² Souvent, les seuls choix offerts aux femmes qui vivent une grossesse présentant des facteurs de risque sont soit d'accoucher en milieu hospitalier, soit d'accoucher sans être accompagnée par des professionnels de la santé.

que Oboyle (2016) avancent aussi que l'ANA serait une conséquence directe du manque d'accès aux services offerts par les sages-femmes et à la charge financière associée à l'AAD en Australie. Au Canada, Kornelsen et Grzybowski (2006) concluent que les femmes vivant en milieu rural qui ont choisi d'accoucher sans assistance professionnelle prennent cette décision par manque d'alternatives et n'auraient peut-être pas choisi de le faire si elles avaient reçu un soutien périnatal adéquat au sein de leur communauté rurale.

Risques socioculturels liés à l'ANA

Les femmes qui ont choisi l'ANA doivent composer avec une stigmatisation à plusieurs niveaux : la stigmatisation générale de l'AAD ainsi que la stigmatisation plus profonde de l'ANA (Miller, 2012). En effet, pour la population générale, les femmes qui soutiennent l'ANA seraient généralement considérées comme « folles » et « dangereuses », ce qui contraste avec l'image qu'elles ont d'elles-mêmes, soit des femmes responsables et bien informées qui veulent ce qu'il y a de plus sain et de plus sécuritaire pour leurs enfants (Miller, 2012). De surcroît, OBoyle (2016) ainsi que Lindgren et al. (2017) expliquent que toutes les femmes rencontrées ont identifié un degré important de désapprobation de la part de leur entourage. Elles étaient aussi conscientes que les professionnel·les de la santé considéraient leurs comportements comme risqués, dangereux et inacceptables. Les femmes utilisent donc trois principales stratégies pour gérer cette stigmatisation : le silence, faire semblant (faire croire qu'elle accouchera à l'hôpital ou avec une sage-femme) et la divulgation sélective (Miller, 2012).

Selon les textes recensés, la plus grande crainte des femmes qui choisissent l'ANA serait que le dispositif périnatal essaie de leur enlever leurs enfants en raison de leur choix d'accouchement : la peur de perdre leurs enfants a été signalée par la majorité des femmes interrogées comme la raison la plus importante pour laquelle elles évitaient de divulguer leur projet d'ANA, même à leur famille (Feeley et Thomson, 2016a; Miller, 2012; Plested et Kirkham, 2016). À cet égard, Feeley et Thomson (2016a) relatent que les professionnel·les investies dans le dispositif périnatal ne connaissent souvent pas les droits légaux des femmes à l'égard de l'ANA et confondent souvent ce choix avec des questions de protection de l'enfant. Dans leur étude au Royaume-Uni, elles rapportent notamment que toutes les femmes rencontrées (n=10) ont été victimes de harcèlement et de jugement entraînant des conséquences désastreuses pour certaines d'entre elles, dont des références vers les services sociaux et parfois même vers la police (Feeley et Thomson, 2016a).

En Australie, Plested et Kirkham (2016) expliquent que trois de leurs participantes (n=10) ont été référées vers les services sociaux par des sages-femmes en raison de leur choix d'ANA; toutes ces références ont été jugées inappropriées par la suite. Actuellement, aucun des écrits recensés ne précise la situation québécoise, canadienne ou états-unienne.

ANA à l'ère numérique

L'utilisation intensive des réseaux socionumériques et l'accès à diverses informations par le biais d'Internet ont joué un rôle significatif dans la croissance et l'influence des communautés en ligne qui sont favorables aux ANA. En effet, la quasi-totalité des études recensées ont mis en lumière que le fait que les femmes expriment unanimement ce besoin de partager leur expérience singulière d'accouchement auprès d'autres femmes concernées par le biais de réseaux sécuritaires et sécurisants à l'endroit de cette décision stigmatisée (Feeley et al., 2015; Feeley et Thomson, 2016a, 2016b; Freeze, 2008; Greenfield et al., 2021; Henriksen et al., 2020; Hollander et al., 2020; Hollander et al., 2017; Holten et de Miranda, 2016; Jackson, 2014; Lindgren et al., 2017; Miller, 2009; Norton, 2020; St-Amant, 2014). Les réseaux socionumériques permettraient donc d'inspirer, d'informer et de confirmer le processus décisionnel des femmes. À cet effet, les espaces socionumériques constituent généralement la principale source d'information des participantes. Plus précisément, les femmes concernées fréquentent ces espaces numériques consacrés à l'ANA pour poser des questions à d'autres femmes directement concernées, lire des récits de naissance et consulter des photos et des vidéos d'ANA. Accéder et participer à des réseaux socionumériques de soutien constitue l'un des principaux points de convergence à l'égard du processus décisionnel lié à l'ANA (Feeley et Thomson, 2016b). Ces espaces numériques permettent aussi aux femmes d'être sensibilisées à l'égard de leurs droits légaux, notamment ceux qui concernent l'autonomie décisionnelle des personnes sur leur corps. Par exemple, Feeley et Thomson (2016a) rapportent que toutes leurs participantes (n=10) ont su, grâce aux réseaux socionumériques, que l'ANA était un choix légal, que les services périnataux étaient volontaires, et que le fait de refuser des rendez-vous ou des soins était protégé par leurs droits humains. Par ailleurs, pour le moment, aucun article ne documente des exemples de désinformation en ligne (p. ex. mauvaise compréhension du droit ou de la médecine véhiculée par des femmes concernées) ou encore des dynamiques négatives observées au sein des réseaux socionumériques (p. ex. influence négative de « leaders » ou imposition de sujets tabous dans les groupes socionumériques privés).

Discussion

Les résultats de cette revue narrative systématisée qui portent sur les ANA s'avèrent particulièrement pertinents pour les professionnel·les de la santé travaillant dans l'univers périnatal. D'abord, sur le plan de leur profil sociodémographique, il est révélateur de constater que la plupart des femmes interrogées détenaient un diplôme universitaire, dont quelques-unes des diplômes de cycles supérieurs (maîtrise et doctorat). Le niveau d'éducation des mères semble ainsi être un facteur contribuant au rejet des soins proposés par le système médical. À l'instar de nos résultats, une recherche réalisée en France rapporte que les femmes susceptibles de refuser le dépistage de la trisomie 21 par dosage sérique maternel étaient aussi plus instruites que la moyenne nationale (Lafarge et al., 2022). Les chercheur·ses précisent que les motifs sous-jacents au refus de dépistage de la trisomie 21 vont au-delà des croyances religieuses et des attitudes négatives envers l'avortement et la médicalisation de la grossesse : la position des femmes semble plutôt être motivée par une conception holistique du suivi et sur le désir de rester maître de leur grossesse (Lafarge et al., 2022). Un autre texte ayant exploré le refus parental de vaccination à la naissance contre l'hépatite B arrive des conclusions similaires (Gilmartin et al., 2020). Nos constats, soutenus par deux articles récents portant sur le refus de soins en contexte périnatal (Gilmartin et al., 2020; Lafarge et al., 2022), rappellent ainsi que les femmes qui choisissent les ANA ne prennent pas cette décision en raison d'une mécompréhension cognitive des risques obstétricaux ou d'un niveau de littératie trop faible, mais plutôt sur la base d'une réappropriation du corps féminin en contexte périnatal. Les professionnel·les de la santé devraient donc être sensibles au fait que le choix de rejeter les soins offerts par le système médico-étatique durant l'accouchement ne constitue pas une décision sans discussion préalable, mais plutôt une décision réfléchie, et que les croyances et les valeurs des femmes se situent au centre de ce choix (MSSS, 2008, 2020).

Toujours sur le plan du profil sociodémographique, il est aussi intéressant de constater que les femmes interrogées présentaient souvent des facteurs de risque liés à la grossesse et à l'accouchement. À ce sujet, nos résultats tracent une interaction entre la présence de ces facteurs de risque et l'exclusion des femmes au sein des services d'AAD. Au Québec, la loi sur la pratique des sages-femmes prévoit spécifiquement un règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin (LégisQuébec, 2022). Or, nos résultats démontrent que ces transferts obligatoires pourraient mener certaines femmes à

choisir un scénario d'accouchement encore plus « risqué » d'un point de vue médical que l'AAD accompagné par une sage-femme, soit celui de sortir du système médical pour mener un ANA. Comme le démontrent Rigg et al. (2017, 2020) en Australie, certaines femmes choisissent même faire appel à des sages-femmes non réglementées lors de leur ANA, puisque celles-ci leur offrent ce qu'elles considèrent comme le meilleur des deux mondes : l'ANA avec une personne compétente qui n'est pas contrainte par des règlements et qui soutient leur vision de l'accouchement. Conséquemment, d'un point de vue médical et politique, il serait pertinent de réfléchir aux réglementations actuelles de la pratique sage-femme afin que ces mesures qui visent à protéger les femmes qui présentent des facteurs de risque puissent réellement contribuer à leur protection médicale, et non les orienter vers cette pratique alternative.

Par ailleurs, plusieurs études citées (Brown, 2009; Feeley et al., 2015; Freeze, 2008; Holten et de Miranda, 2016; Jackson et al., 2012; Jackson, 2014, 2020; St-Amant, 2014) dans cette recension des écrits mettent de l'avant une reconceptualisation des perspectives sur le risque en décrivant comment les femmes concernées par cette pratique considèrent protéger leurs enfants de certains risques liés à la médicalisation des naissances en faisant ce choix. Il est intéressant de constater que nous retrouvons ce même type de narratif dans les travaux qui portent sur l'AAD (Gouilhers-Hertig, 2014). Gouilhers-Hertig (2014) s'est précisément intéressée à cette « culture du risque personnalisée » lors d'un AAD, et a démontré, à l'instar des résultats de cette recension des écrits, que les femmes ne sont pas passives face aux risques. Elles peuvent notamment adopter des stratégies de protection face aux risques, et certaines accepteraient d'ailleurs un transfert en milieu hospitalier en cas de grave complication pendant l'accouchement (Gouilhers-Hertig, 2014). Ce constat rappelle ainsi que la décision des femmes d'accoucher sans assistance professionnelle est une négociation continue des risques inhérents à la naissance, et que généralement, bien que cette décision soit assumée, elle n'est que très rarement catégorique.

Finalement, les résultats de cette recension des écrits soulignent l'importance des réseaux socionumériques pour les femmes qui choisissent les ANA (Feeley et al., 2015; Feeley et Thomson, 2016a, 2016b; Freeze, 2008; Greenfield et al., 2021; Henriksen et al., 2020; Hollander et al., 2020; Hollander et al., 2017; Holten et de Miranda, 2016; Jackson, 2014; Lindgren et al., 2017; Miller, 2009; Norton, 2020; St-Amant, 2014). En effet, selon la littérature, ces espaces permettent aux femmes d'intégrer des réseaux perçus comme sécuritaires et sécurisants envers cette pratique

souvent jugée comme déviante pour faire résonner leur expérience avec d'autres, pour acquérir des informations et des ressources pertinentes à ce choix, pour reconceptualiser certaines croyances dominantes à l'égard de la naissance et pour obtenir du soutien et en offrir à d'autres. S'extirpant du discours hégémonique obstétrical et crédibilisant le choix de l'ANA, le Web permet à ces femmes d'intégrer des espaces sécuritaires et unitaires qui défendent leurs choix doublement stigmatisés, soit celui d'accoucher à la maison et sans assistance professionnelle. À cet égard, d'autres communautés en ligne qui sont favorables à des pratiques familiales alternatives comme l'allaitement prolongé¹³ (Black et al., 2020), le maternage proximal¹⁴ (Drentea et Moren-Cross, 2005) et la non-scolarisation des enfants (Glasman, 2018) permettent également d'offrir des espaces perçus comme étant positifs par les personnes concernées notamment en raison du partage d'informations fondées sur des preuves expérientielles, de l'obtention d'un soutien et de la normalisation entourant certaines réflexions liées au phénomène d'intérêt de la communauté. Le dialogue au sein de ces espaces participerait ainsi à la transformation de leurs expériences en leur offrant la possibilité de collectiviser leur vécu singulier de marginalité. Autrement dit, le sens produit et partagé sur ces espaces permettrait aux femmes de donner une signification collective à cette expérience et faciliterait son déracinement du registre du dangereux ou du déraisonnable (Pastinelli et Déry, 2016). Cependant, puisqu'aucune étude recensée ne s'est intéressée spécifiquement aux espaces socionumériques investis par ces femmes, il y a lieu de se questionner quant à l'influence réelle et potentielle de ces réseaux sur leurs choix en santé. En effet, comme le démontre la mouvance numérique antivaccin, ces communautés en ligne où des citoyens du numérique créent, consomment, communiquent et s'engagent avec d'autres personnes directement concernées sont potentiellement susceptibles d'encourager le recours à des sources non reconnues pour obtenir des informations sur la santé plutôt que de prendre en compte les sources scientifiquement consensuelles (Bradshaw, 2022; Leader et al., 2021). Ces communautés en ligne peuvent mobiliser des « experts » autoproclamés et reconnus par leurs pairs qui diffusent des messages expliquant que les conseils fondés sur des preuves empiriques et émanant de professionnel·les de la santé deviennent une opinion parmi d'autres (Kata, 2012). En ce sens, dans

¹³ Un allaitement prolongé concerne l'allaitement d'un enfant qui n'est clairement plus un nourrisson, mais plutôt un bambin qui commence à marcher à quatre pattes, et qui a généralement dépassé l'âge de 12 mois (Brockway et Venturato, 2016).

¹⁴ Le maternage proximal se définit comme une relation et des pratiques parentales portées vers l'enfant et qui impliquent une proximité physique, relationnelle et émotionnelle (Riquet et al., 2021).

de futures recherches, il s'avéra essentiel de dépasser la perspective microsociologique des ANA pour précisément s'intéresser à la collectivisation numérique de ces expériences.

En conclusion, cet article décrit, pour une première fois en français, une synthèse des connaissances au sujet des ANA. Nos résultats soulignent la nécessité pour les professionnel·les de la santé d'être sensibles aux motivations et aux valeurs des femmes qui choisissent les ANA. Dans de futures recherches sur le sujet, il pourrait être intéressant de s'inspirer de l'approche de réduction des méfaits afin de trouver des stratégies visant à minimiser les potentielles conséquences négatives liées aux ANA, sans chercher à réintégrer ces femmes au sein du système médical. À notre avis, cette réflexion pourrait notamment s'attarder aux enjeux liés à la mise sous tension de deux cultures - la médicalisation des naissances versus la naissance sans assistance professionnelle - et aux principes véhiculés au sein des politiques publiques en matière de périnatalité (MSSS, 2008) et de santé des femmes (MSSS, 2020) qui accordent une primauté au respect des croyances et des valeurs des personnes soignées.

Limites. Bien que l'approche méthodologique préconisée ait permis de mettre en exergue les points de convergence et divergence entre les études et d'explorer les relations entre les concepts (Lisy et Porritt, 2016), quelques limites doivent être soulignées. D'abord, il importe de préciser qu'aucune triangulation entre chercheur·ses n'a été effectuée pour cette revue narrative systématisée, ce qui limite la reconnaissance du caractère homogène du processus d'identification des articles retenus et exclus. La contribution des deux autres auteur·es de cet article s'est principalement située sur le plan de l'analyse des résultats et de la révision du manuscrit. De surcroît, les textes analysés n'ont pas été évalués sur le plan de leur qualité méthodologique. En effet, selon Petticrew et Roberts (2006), l'évaluation méthodologique ne s'avère pas judicieuse lorsque nous considérons le contexte méthodologique particulièrement hétérogène des articles recensés. Considérant que les ANA constituent un phénomène émergent, ce choix s'explique aussi par le fait qu'exclure des études sur cette pratique périnatale peu étudiée pouvait potentiellement nous éloigner de notre objectif.

Finalement, puisque les dispositifs périnataux sont fortement influencés par les contextes sociaux, culturels, professionnels, législatifs et économiques, il est possible de se questionner à savoir si les textes scientifiques retenus dans cette revue narrative systématisée sont transférables au contexte québécois. À cet égard, considérant que 31 des 32 textes sélectionnés ont étudié la

réalité des pays industrialisés, soit en Europe (n=16), en Australie (n=8), aux États-Unis (n=4), et au Canada (n=3), nous sommes d'avis que les résultats de cette revue narrative systématisée sont transférables au contexte québécois. Cela dit, il serait essentiel de situer, dans de futures recherches, le phénomène des ANA au contexte particulier du Québec; la thèse de la première auteure de cet article vise spécifiquement à répondre à cette lacune contextuelle.

Remerciements

Dans le cadre de ses études doctorales, la première auteure de cet article obtenu des bourses d'études du MES, de l'UQO, du RRISIQ et du FRQ. Les auteur·es n'ont aucun conflit d'intérêt à signaler.

Références

- Ahmad Tajuddin, N. A. N., Suhaimi, J., Ramdzan, S. N., Malek, K. A., Ismail, I. A., Shamsuddin, N. H., Abu Bakar, A. I. et Othman, S. (2020). Why women chose unassisted home birth in Malaysia: A qualitative study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 20(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02987-9>
- Al-Gailani, S. et Davis, A. (2014). Introduction to "transforming pregnancy since 1900". *Studies in history and philosophy of biological and biomedical sciences*, 47, 229-232. <https://doi.org/10.1016/j.shpsc.2014.07.001>
- AQD. (2021). *Code d'éthique et de déontologie de l'Association québécoise des doulas*. https://aqdoulas.com/wp-content/uploads/2021/05/AQD_code_ethique_2021.pdf
- Baranowska, B., Węgrzynowska, M., Tataj-Puzyna, U. et Crowther, S. (2022). "I knew there has to be a better way": Women's pathways to freebirth in Poland. *Women & Birth*, 35(4), e328-e336. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.07.008>
- Bergeron, M., Lévesque, S., Beauchemin-Roy, S. et Fontaine, L. (2019). Regard des intervenantes communautaires en périnatalité sur des expériences observées de violence obstétricale. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 38(4), 63-76. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2019-019>
- Black, R., McLaughlin, M. et Giles, M. (2020). Women's experience of social media breastfeeding support and its impact on extended breastfeeding success: A social cognitive perspective. *British Journal of Health Psychology*, 25(3), 754-771. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12451>
- Bradshaw, A. S. (2022). #doctorsspeakup: Exploration of hashtag hijacking by anti-vaccine advocates and the influence of scientific counterpublics on twitter. *Health Communication*, 1-11. <https://doi.org/10.1080/10410236.2022.2058159>
- Brockway, M. et Venturato, L. (2016). Breastfeeding beyond infancy: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 72(9), 2003-2015. <https://doi.org/10.1111/jan.13000>
- Brown, L. A. (2009). *Birth visionaries: An examination of unassisted childbirth* [mémoire de maîtrise, Boston College University]. eScholarship@BC. <http://hdl.handle.net/2345/722>
- Cameron, H. J. (2012). *Expert on her own body: Contested framings of risk and expertise in discourses on unassisted childbirth* [mémoire de maîtrise, Lakehead University]. DSpace. <http://knowledgecommons.lakeheadu.ca/handle/2453/526>
- Clesse, C., Lighezzolo-Alnot, J., de Lavergne, S., Hamlin, S. et Scheffler, M. (2018). The evolution of birth medicalisation: A systematic review. *Midwifery*, 66, 161-167. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.08.003>
- Coddington, R., Fox, D., Scarf, V. et Catling, C. (2022). Getting kicked off the program: Women's experiences of antenatal exclusion from publicly-funded homebirth in Australia. *Women and Birth*, S1871-5192(22)00109-3. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.06.008>
- Curtin, M., Savage, E. et Leahy-Warren, P. (2020). Humanisation in pregnancy and childbirth: A concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 29(9-10), 1744-1757. <https://doi.org/10.1111/jocn.15152>

- Curtin, M., Savage, E., Murphy, M. et Leahy-Warren, P. (2022). A meta-synthesis of the perspectives and experiences of healthcare professionals on the humanisation of childbirth using a meta-ethnographic approach. *Women and Birth*, 35(4), e369-e378. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.07.002>
- Dahlen, H., Schmied, V., Tracy, S. K., Jackson, M., Cummings, J. et Priddis, H. (2011). Home birth and the national Australian maternity services review: Too hot to handle? *Women and Birth*, 24(4), 148-155. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2010.10.002>
- Drentea, P. et Moren-Cross, J. L. (2005). Social capital and social support on the web: The case of an internet mother site. *Sociology of Health and Illness*, 27(7), 920-943. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2005.00464.x>
- Feeley, C., Burns, E., Adams, E. et Thomson, G. (2015). Why do some women choose to freebirth? A meta-thematic synthesis, part one. *Evidence Based Midwifery*, 13(1), 4-9.
- Feeley, C. et Thomson, G. (2016a). Tensions and conflicts in 'choice': Womens' experiences of freebirthing in the UK. *Midwifery*, 41, 16-21. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.07.014>
- Feeley, C. et Thomson, G. (2016b). Why do some women choose to freebirth in the UK? An interpretative phenomenological study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 16, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0847-6>
- Forget, K. (2022). *La pathologisation des accouchements de jumeaux au Québec, 1930-1980* [mémoire de maîtrise, Université du Québec à Trois-Rivières]. Cognito. <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/10599/1/eprint10599.pdf>
- Framarin, A. et Déry, V. (2021). *Les revues narratives : fondements scientifiques pour soutenir l'établissement de repères institutionnels*. Institut national de santé publique du Québec. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/4343023>
- Freeze, R. A. (2008). *Born free: Unassisted childbirth in North America* [these de doctorat, University of Iowa]. Iowa Research Online. <https://iro.uiowa.edu/esploro/outputs/doctoral/Born-free-unassisted-childbirth-In-North/9983777384702771>
- Gilmartin, C. E., Daley, A. J. et Leung, L. (2020). The hepatitis b birth-dose immunisation: Exploring parental refusal. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 60(1), 93-100. <https://doi.org/10.1111/ajo.13008>
- Glasman, D. (2018). La « non-sco » comme carrière. *Revue française de pédagogie*, 205(4), 65-79. <https://doi.org/10.4000/rfp.8626>
- Gouilliers-Hertig, S. (2014). Vers une culture du risque personnalisée : choisir d'accoucher à domicile ou en maison de naissance. *Socio-anthropologie*, 29, 101-119. <https://doi.org/10.4000/socio-anthropologie.1696>
- Greenfield, M., Payne-Gifford, S. et McKenzie, G. (2021). Between a rock and a hard place: Considering "freebirth" during covid-19. *Frontiers in global women's health*, 2, 603744. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2021.603744>

- Greenhalgh, T., Thorne, S. et Malterud, K. (2018). Time to challenge the spurious hierarchy of systematic over narrative reviews? *European Journal of Clinical Investigation*, 48(6), e12931. <https://doi.org/10.1111/eci.12931>
- Harding, S. (2004). Introduction: Standpoint theory as a site of political, philosophic, and scientific debate. Dans S. Harding (dir.), *The feminist standpoint theory reader: Intellectual and political controversies* (pp. 1-15). Routledge.
- Henriksen, L., Nordström, M., Nordheim, I., Lundgren, I. et Blix, E. (2020). Norwegian women's motivations and preparations for freebirth - a qualitative study. *Sexual & Reproductive HealthCare*, 25, 100511. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100511>
- Hill Collins, P. (1986). Learning from the outsider within: The sociological significance of black feminist thought. *Social Problems*, 33(6), S14-S32. <https://doi.org/10.2307/800672>
- Hill Collins, P. (2000). *Black feminist thought knowledge, consciousness, and the politics of empowerment*. Routledge.
- Hollander, M., de Miranda, E., Smit, A.-M., de Graaf, I., Vandenbussche, F., van Dillen, J. et Holten, L. (2020). 'She convinced me'- partner involvement in choosing a high risk birth setting against medical advice in the Netherlands: A qualitative analysis. *PloS one*, 15(2), e0229069. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229069>
- Hollander, M., de Miranda, E., van Dillen, J., de Graaf, I., Vandenbussche, F. et Holten, L. (2017). Women's motivations for choosing a high risk birth setting against medical advice in the Netherlands: A qualitative analysis. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 423. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1621-0>
- Holten, L. et de Miranda, E. (2016). Women's motivations for having unassisted childbirth or high-risk homebirth: An exploration of the literature on 'birthing outside the system'. *Midwifery*, 38, 55-62. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.03.010>
- ICIS. (2024a). *Statistiques sur les hospitalisations, les chirurgies et les nouveau-nés, 2022-2023*. <https://www.cihi.ca/fr/sejours-hospitaliers-au-canada-2022-2023>
- ICIS. (2024b). *Hospitalisations et accouchements, 1995-1996 à 2022-2023 - statistiques supplémentaires*. <https://www.cihi.ca/fr/sejours-hospitaliers-au-canada-serie>
- Jackson, M., Dahlen, H. et Schmied, V. (2012). Birthing outside the system: Perceptions of risk amongst Australian women who have freebirths and high risk homebirths. *Midwifery*, 28(5), 561-567. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.11.002>
- Jackson, M. (2014). *Birthing outside the system: Wanting the best and safest. A grounded theory study about what motivates women to choose a high-risk homebirth or freebirth* [thèse de doctorat, University of Western Sydney]. ResearchDirect. <http://handle.uws.edu.au:8081/1959.7/uws:29953>
- Jackson, M. K., Schmied, V. et Dahlen, H. G. (2020). Birthing outside the system: The motivation behind the choice to freebirth or have a homebirth with risk factors in Australia. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 20(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02944-6>

- Kata, A. (2012). Anti-vaccine activists, web 2.0, and the postmodern paradigm - An overview of tactics and tropes used online by the anti-vaccination movement. *Vaccine*, 30(25), 3778-3789. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2011.11.112>
- Kornelsen, J. et Grzybowski, S. (2006). The reality of resistance: The experiences of rural parturient women. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 51(4), 260-265. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2006.02.010>
- Lafarge, C., Larrieu, G. et Ville, I. (2022). Why do French women refuse to have down's syndrome screening by maternal serum testing? A mixed methods study. *Midwifery*, 110, 103351. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103351>
- Leader, A. E., Burke-Garcia, A., Massey, P. M. et Roark, J. B. (2021). Understanding the messages and motivation of vaccine hesitant or refusing social media influencers. *Vaccine*, 39(2), 350-356. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.11.058>
- LégisQuébec. (2022). *Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin*. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/S-0.1,%20r.%204>
- Lévesque, S., Bergeron, M., Fontaine, L. et 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>
- Lindgren, H. E., Nässén, K. et Lundgren, I. (2017). Taking the matter into one's own hands – women's experiences of unassisted homebirths in Sweden. *Sexual & Reproductive HealthCare*, 11, 31-35. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.09.005>
- Lisy, K. et Porritt, K. (2016). Narrative synthesis: Considerations and challenges. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 14(4), 201. <https://doi.org/10.1097/01.XEB.0000511348.97198.8c>
- Lundgren, I. (2010). Women's experiences of giving birth and making decisions whether to give birth at home when professional care at home is not an option in public health care. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 1(2), 61-66. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2010.02.001>
- McKenzie, G. et Montgomery, E. (2021). Undisturbed physiological birth: Insights from women who freebirth in the United Kingdom. *Midwifery*, 101. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103042>
- McKenzie, G., Robert, G. et Montgomery, E. (2020). Exploring the conceptualisation and study of freebirthing as a historical and social phenomenon: A meta-narrative review of diverse research traditions. *Medical Humanities*, 46. <https://doi.org/10.1136/medhum-2019-011786>
- Miller, A. C. (2009). "Midwife to myself": Birth narratives among women choosing unassisted homebirth. *Sociological Inquiry*, 79, 51-74. <https://doi.org/10.1111/j.1475-682X.2008.00272.x>
- Miller, A. C. (2012). On the margins of the periphery: Unassisted childbirth and the management of layered stigma. *Sociological Spectrum*, 32(5), 406-423. <https://doi.org/10.1080/02732173.2012.694795>

- MSSS. (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018. Un projet porteur de vie.* <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-918-01.pdf>
- MSSS. (2020). *Plan d'action en santé et bien-être des femmes 2020-2024.* <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-730-01W.pdf>
- Neczypor, J. L. et Holley, S. L. (2017). Providing evidence-based care during the golden hour. *Nursing for Women's Health*, 21(6), 462-472. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2017.10.011>
- Norton, J. (2020). Why women freebirth: A modified systematic review. *MIDIRS Midwifery Digest*, 30(4), 509-514. <https://insight.cumbria.ac.uk/id/eprint/5906>
- Oboyle, C. (2016). Deliberately unassisted birth in Ireland: Understanding choice in Irish maternity services. *British Journal of Midwifery*, 24(3), 181-187. <https://doi.org/10.12968/bjom.2016.24.3.181>
- Odent, M. (2023). *Can humanity survive socialised birth?* Pinter & Martin.
- OIIQ. (2015). *Standards de pratique de l'infirmière : Soins de proximité en périnatalité.* <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/4443-perinatalite-web.pdf/8a67229f-0fa7-0573-9013-cc2cff1316b0>
- OIIQ. (2021). *L'infirmière praticienne spécialisée et sa pratique. Lignes directrices.* <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2529-ips-lignes-directrices-web.pdf>
- OMS. (2015). *La césarienne: Une intervention à ne pratiquer qu'en cas de nécessité médicale.* <https://www.who.int/fr/news/item/09-04-2015-caesarean-sections-should-only-be-performed-when-medically-necessary>
- OSFQ. (2021). *Droits, devoirs et obligations concernant l'accouchement non assisté.* <https://www.osfq.org/medias/iw/ANA-docSyndique.pdf>
- OSFQ. (2023a). *Définition d'une sage-femme.* <https://www.osfq.org/fr/qu-est-ce-qu-une-sage-femme>
- OSFQ. (2023b). *Futurs parents - où accoucher?* <https://www.osfq.org/fr/ou-accoucher>
- Page, L. (2016). From medicalisation to humanisation. *British Journal of Midwifery*, 24(10), 682. <https://doi.org/10.12968/bjom.2016.24.10.682>
- Pastinelli, M. et Déry, C. (2016). Se retrouver entre soi pour se reconnaître : conceptions du genre et régulation des échanges dans un forum de personnes trans. *Anthropologie et Sociétés*, 40(1), 153-172. <https://doi.org/10.7202/1036375ar>
- Petticrew, M. et Roberts, H. (2006). *Systematic reviews in the social sciences: A practical guide.* Blackwell Pub.
- Plested, M. et Kirkham, M. (2016). Risk and fear in the lived experience of birth without a midwife. *Midwifery*, 38, 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.02.009>
- Rigg, E. C., Schmied, V., Peters, K. et Dahlen, H. G. (2017). Why do women choose an unregulated birth worker to birth at home in Australia: A qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1281-0>

- Rigg, E. C., Schmied, V., Peters, K. et Dahlen, H. G. (2020). A survey of women in Australia who choose the care of unregulated birthworkers for a birth at home. *Women and Birth*, 33(1), 86-96. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.11.007>
- Riquet, S., Roussel, M., Vigie, M., Zakarian, C. et Hassler, P. (2021). Le sommeil partagé : Parental proximal pour l'enfant dans ses 1 000 premiers jours. *Recherche en soins infirmiers*, 145(2), 79-90. <https://doi.org/10.3917/rsi.145.0079>
- Rivard, A. (2014). *Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne*. Éditions du Remue-ménage.
- Saracci, C., Mahamat, M. et Jacquério, F. (2019). Comment rédiger un article scientifique de type revue narrative de la littérature ? *Revue Médicale Suisse*, 15(664), 1694-1698. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2019.15.664.1694>
- Sassine, H., Burns, E., Ormsby, S. et Dahlen, H. G. (2021). Why do women choose homebirth in Australia? A national survey. *Women and Birth*, 34(4), 396-404. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.06.005>
- Snyder, H. (2019). Literature review as a research methodology: An overview and guidelines. *Journal of Business Research*, 104, 333-339. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.07.039>
- St-Amant, S. (2014). Nous sommes les freebirthers : Enfanter sans peur et sans reproche. *Recherches féministes*, 27(1), 69-96. <https://doi.org/10.7202/1025462ar>
- Vogel, L. (2011). "Do it yourself" births prompt alarm. *Canadian Medical Association Journal*, 183(6), 648-650. <https://doi.org/10.1503/cmaj.109-3820>

Mise à jour de la revue narrative systématisée

Puisque la recension publiée a été réalisée en 2022, une mise à jour de la revue narrative systématisée a été effectuée par l'étudiante-chercheuse en avril 2025, suivant la même démarche méthodologique que lors de l'exercice initial (figure 3). Les mêmes bases de données et mots-clés ont été utilisés. Cependant, une restriction de date a été ajoutée pour répertorier uniquement les articles publiés entre janvier 2022 et avril 2025. Les trois mêmes critères de sélection des études ont été prioritaires : (1) articles scientifiques incluant les mémoires, thèses et revues des écrits; (2) résultats directement liés au phénomène des ANA; (3) publiés au sein de journaux scientifiques.

Au total, depuis 2022, 97 textes ont été répertoriés. À l'aide du logiciel de gestion bibliographique *EndNote*, l'étudiante-chercheuse a procédé au retrait informatisé des doublons (n=25). Ensuite, celle-ci a effectué la lecture systématique des titres et des résumés afin d'évaluer la pertinence des textes concernant les ANA et la présence d'une démarche méthodologique. De cette lecture, 18 textes ont été retenus. À la suite de cela, elle a entrepris la lecture des textes intégraux. Cette lecture a permis de retirer les articles relevant de la littérature grise (n=3), ceux ne présentant aucun résultat spécifique aux ANA (n=3), ceux qui étaient déjà inclus à la recension initiale de 2022 (n=2) ainsi qu'un chapitre de livre (n=1). Comme dernière étape, l'étudiante-chercheuse a procédé à la recherche manuelle des études ayant possiblement été exclues du processus de recherche documentaire initial à partir des listes de références des neuf textes scientifiques retenus, ce qui a permis d'ajouter trois articles supplémentaires. Il est intéressant de souligner que, parmi ces trois articles, deux avaient déjà été publiés au moment de la recension initiale (Diamond-Brown, 2019; LeBlanc et Kornelsen, 2015). Ce constat met en lumière les limites inhérentes au choix des bases de données consultées ainsi qu'aux modalités d'indexation des articles. À toute fin de cette démarche, 12 articles scientifiques ont été conservés pour le processus analytique.

Sur le plan analytique, la même démarche d'analyse et d'interprétation des données a été appliquée aux nouveaux textes recensés sur les ANA. Afin d'assurer la cohérence de cette mise à jour avec les résultats présentés dans l'article scientifique publié dans ce chapitre, la synthèse narrative (Petticrew et Roberts, 2006) des textes retenus s'est appuyée sur les cinq mêmes thèmes que ceux initialement mobilisés : (1) le profil sociodémographique des femmes ayant recours aux ANA, (2) les motivations qui sous-tendent ce choix, (3) le processus décisionnel associé, (4) les

risques socioculturels auxquels ces femmes sont confrontées, et (5) le rôle des réseaux socionumériques dans leur parcours. Comme dans l'article publié, le tableau 2 présente les principales caractéristiques des 12 nouveaux textes retenus : le nom des auteur·es, la date et le pays de publication, l'objectif de l'étude, l'approche méthodologique, le profil sociodémographique des participantes, les résultats principaux, ainsi que l'influence des réseaux socionumériques.

Figure 3. *Diagramme de flux de la mise à jour*

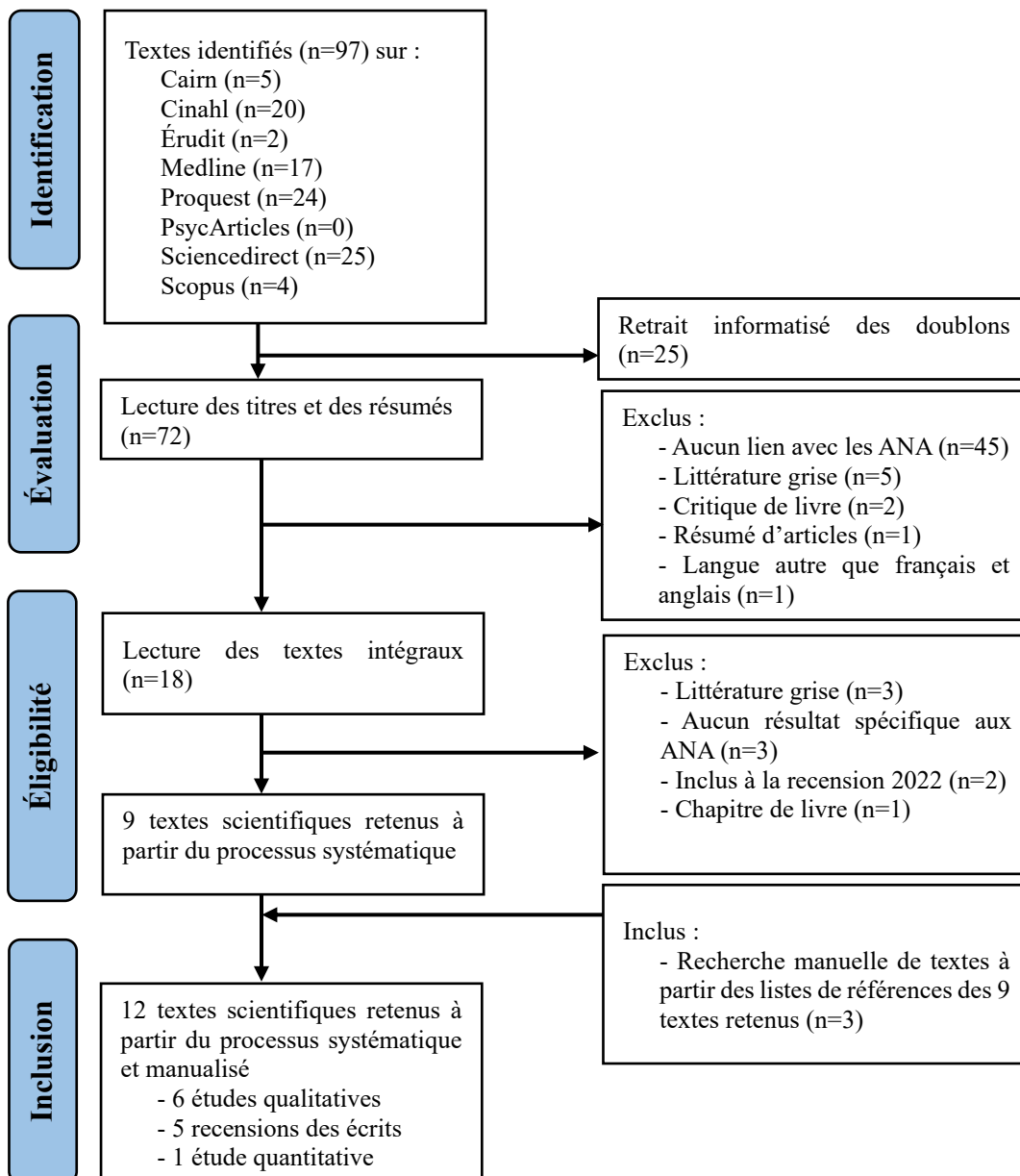


Tableau 2. *Synthèse des écrits recensés lors de la mise à jour*

Auteur·es, année et pays de publication	Objectif de l'étude	Approche méthodologique	Profil sociodémographique	Principaux résultats	Influence des réseaux socio-numériques
Diamond- Brown (2019) États-Unis	Examiner comment les limitations structurelles du système de santé états-uniens s'entrelacent avec les valeurs dans les processus de décision concernant l'ANA	Recherche qualitative, entretiens (n=9)	Au moment de l'entretien, les participant·es avaient entre 27 et 41 ans. Toutes les participant·es étaient mariées ou en couple. À l'exception d'une participant·e, toutes les femmes ont déclaré une religion. La majorité des participant·es possédaient des études secondaires ou collégiales. Une seule a des études universitaires. Toutes les participant·es s'identifient comme blanches. Deux femmes étaient primipares au moment de leur premier ANA. Les autres avaient des expériences à l'hôpital ou avec à domicile avec les sages-femmes.	Les femmes ayant choisi l'ANA étaient motivées avant tout par une quête d'autonomie, de respect et de liberté décisionnelle, plutôt que par une adhésion idéologique. Nombre d'entre elles valorisaient le modèle de la sage- femme, mais ont été confrontées à son inaccessibilité ou à des exclusions liées à leur historique médical. Des expériences négatives dans les hôpitaux, marquées par le manque de consentement et de respect, ont aussi contribué à leur décision. Certaines ont opté pour cette voie malgré l'accès à des sages-femmes, par désir d'isolement ou de contrôle absolu sur leur accouchement.	Sans objet
Johansson et al. (2023) Suède	Explorer l'expérience des femmes face à l'ANA	Recherche qualitative, entretiens (n=9)	Au moment de l'entretien, les participant·es étaient âgées de 27 à 64 ans (avec une moyenne de 38 ans) et avaient entre deux et huit enfants. Les femmes avaient vécu entre une et quatre expériences d'ANA. Les issues de grossesse pour les participant·es étaient toutes des accouchements vaginaux spontanés à terme, d'un seul bébé en position céphalique.	Les cinq principales catégories explorées étaient : (1) les expériences négatives précédentes des soins hospitaliers comme raison du choix de l'ANA; (2) le soutien pour la décision d'accoucher sans assistance était crucial; (3) le désir d'un accompagnement individualisé de la part d'une sage-femme; (4) accoucher dans la paix et le contrôle de soi; (5) un soutien utile pendant le travail et l'accouchement était apprécié.	Les groupes <i>Facebook</i> ont permis aux participant·es d'échanger et d'obtenir des conseils des femmes ayant vécu la même expérience, renforçant leur décision de choisir un ANA. Toutefois, elles ont signalé être sélectives dans leur recherche d'informations, car les données partagées étaient centrées sur les risques liés à l'ANA.

Knox-Kazimierzuk et al. (2023) États-Unis	Comprendre les défis rencontrés par les personnes accouchant pendant la pandémie	Examen de la portée (n=63)	Sans objet	Trois articles recensés ont abordé l'ANA comme une option pendant la pandémie. Aucun autre résultat sur l'ANA.	Sans objet
LeBlanc et Kornelsen (2015) Canada	Explorer les raisons des femmes qui prévoient un ANA au Nouveau-Brunswick (Canada)	Recherche qualitative, entretiens (n=9)	Sans objet	Les participantes avaient une variété de motivations et d'influences qui ont joué dans leur décision de vivre un ANA. Les participantes ont exprimé leur désir d'être le centre de contrôle de leur expérience d'accouchement et croyaient qu'elles pouvaient mieux accomplir cela en dehors du cadre hospitalier. Parmi les influences figuraient leur position idéologique vis-à-vis de l'accouchement, ainsi que les récits d'accouchement qu'elles avaient entendus.	Sans objet
Lou et al., (2022) Danemark	Explorer et comprendre les motivations et les préparations des femmes pour un ANA	Recherche qualitative, entretiens (n=10)	L'âge moyen des participantes était de 33 ans au moment de leur ANA (27-41). En termes d'éducation, 4 femmes avaient un niveau inférieur au baccalauréat et 6 avaient un niveau de baccalauréat ou plus. La majorité avait deux enfants ou moins.	Quatre thèmes ont été identifiés : (1) le système standard n'est pas fait pour moi; (2) rétablir la confiance en moi; (3) j'effectue mes recherches; (4) je crée mon espace sécuritaire.	Toutes les femmes ont décrit l'importance de lire les récits de naissance sur des communautés en ligne. Ces espaces autour de l'ANA étaient considérés comme des sources de savoirs et de solidarité.
Macdonald et al. (2023) Canada	Synthétiser les expériences d'ANA des pays à ressources élevées	Méta-synthèse (n=6)	Sans objet	Deux thèmes ont été identifiés : (1) naviguer entre les tensions internes et externe, entre soi et les systèmes; (2) intégrer et transcender les expériences physiques de l'accouchement.	Sans objet

McKenzie (2024) Royaume-Uni	Étudier la littérature sur la violence obstétricale dans le cadre de l'AAD	Revue narrative et exemples tirés d'archives et d'entretiens (n=9)	Sans objet	La violence obstétricale ne se limite pas aux accouchements en établissement et peut se manifester lors des AAD. Les exemples de violences obstétricales dans les expériences antérieures d'AAD des femmes concernées par les ANA en témoignent.	Sans objet
McKenzie (2025) Royaume-Uni	Comprendre les expériences des femmes ayant vécu un ANA au Royaume-Uni	Recherche qualitative, entretiens (n=16)	Quatre participantes étaient primipares lorsqu'elles ont accouché sans assistance, et les autres participantes avaient entre deux et quatre enfants.	Pour beaucoup des participantes, l'ANA a été une période d'obstacles et de résistance, mais aussi une période d'apprentissage, où elles ont puisé dans diverses sources d'information et créé des liens avec des personnes partageant les mêmes idées. Contrairement à une décision ferme prise à un moment donné, la prise de décision chez ces femmes était plus fluide. La plupart ont commencé leur grossesse en voulant vivre un AAD.	Certaines femmes ont trouvé un soutien dans des groupes en ligne, tels que des groupes <i>Facebook</i> et des podcasts comme le <i>Freebirth Society Podcast</i> . Ces histoires de naissance partagées en ligne ont été essentielles dans leur préparation.
Pintassilgo et al., (2023) Portugal	Décrire les caractéristiques de l'accouchement au Portugal en fonction du lieu de naissance et analyser l'association entre l'AAD/ANA et les taux de mortalité périnatale, néonatale et infantile.	Recherche quantitative corrélationnelle	Sans objet	6,7 % des naissances à domicile au Portugal se déroulent sans la présence d'un prestataire de santé. En considérant la période de 1995 à 2020, les AAD étaient négativement corrélés avec la mortalité périnatale, néonatale et infantile, tandis que les ANA montraient une corrélation positive avec ces taux de mortalité.	Sans objet

Shorey et al. (2023) Singapour, Lituanie, Turquie, Irlande et Royaume-Uni	Examiner les tendances actuelles en matière de naissance libre	Examen de la portée (n=25)	L'emploi et le niveau d'éducation sont associés aux ANA : les personnes ayant un faible niveau de scolarité et étant sans emploi ou en situation de sous-emploi présentaient des taux plus élevés d'ANA. Cette tendance a été principalement observée dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Les études menées dans les pays à revenu élevé offraient peu d'informations sur les caractéristiques sociodémographiques liées à la décision d'accoucher sans assistance. De manière générale, les femmes multipares étaient plus susceptibles de recourir à la naissance libre que les primipares.	Quatre thèmes ont été dégagés : (1) les déterminants géographiques et sociodémographiques, (2) les raisons motivant le choix de la naissance libre, (3) les facteurs faisant obstacle à ce choix, et (4) la préparation à la naissance libre ainsi que la diversité des expériences vécues.	Elles se préparaient avec soin à accoucher de manière autonome, en se renseignant sur la naissance libre par le biais d'Internet ou en consultant des membres de leur famille ou des amis ayant de l'expérience. Toutefois, l'information disponible en ligne était souvent biaisée, en particulier au sein des communautés qui soutiennent un type d'accouchement en particulier. Les femmes qui rejoignent des communautés favorables à la naissance libre peuvent ainsi être induites en erreur et en venir à croire que cette pratique est plus sécuritaire qu'elle ne l'est réellement.
Sperlich et Gabriel (2022) États-Unis	Explorer les raisons de choisir un AAD ou un ANA pour deux sous-groupes marginalisés de femmes : les femmes noires et les femmes ayant vécu des abus physiques ou sexuels dans l'enfance	Recherche qualitative, entretiens (n=18)	L'échantillon comptait 10 femmes blanches, sept femmes noires et une femme latine. De ce nombre, sept femmes ont vécu un ANA (4 femmes noires et 3 femmes blanches). Pour l'échantillon qui concerne précisément les ANA, l'exposition à des traumatismes de vie varie entre 2 et 18. Les femmes avaient entre deux à sept enfants. Elles avaient vécu entre un à trois ANA.	Les femmes peuvent choisir un AAD ou un ANA en raison d'un traumatisme antérieur, ou parce qu'elles se sentent discriminées par les prestataires de santé, en raison de la couleur de peau, de l'âge, de la grossesse, du poids, ou d'une autre condition de santé. Les femmes peuvent également choisir l'AAD ou l'ANA, car cela leur donne plus de contrôle pendant le processus d'accouchement.	Les femmes ont utilisé Internet pour rechercher des histoires éducatives et inspirantes, des articles et des vidéos. Elles ont également fréquenté des forums de discussion en ligne, comme celui associé à Laura Shanley, où des récits sur l'ANA sont publiés, des questions sont répondues et des connaissances pratiques sur comment-faire sont partagées.

Velo Higuera et al. (2024) Royaume-Uni	Explorer les motivations des femmes à choisir l'ANA	Méta-synthèse (n=22)	Le profil démographique de ces femmes est difficile à définir, car les données rapportées varient d'une étude à l'autre : 77 % des interviewées étaient multipares, environ 13 % primipares et dans 10 % des cas, la parité n'était pas mentionnée. L'ethnie a été rapportée dans seulement six études, reflétant une majorité de femmes blanches. Lorsque l'éducation était rapportée, la plupart des femmes étaient hautement éduquées.	Trois principaux thèmes analytiques ont été développés : (1) une quête pour une naissance plus sûre; (2) des sages-femmes puissantes et impuissantes; (3) des rites de protection de soi.	Les femmes puisaient dans diverses sources, tels que les conseils professionnels de sages-femmes soutenantes, les manuels de sage-femme et les réseaux informels (notamment en ligne) de soutien entre pairs. Cela permettait aux femmes d'utiliser à la fois des connaissances techniques et expérientielles pour prendre des décisions concernant leurs soins et élaborer des plans de naissance détaillés.
---	---	----------------------	---	---	---

Profil sociodémographique

Parmi les 12 études nouvellement recensées, sept fournissent de nouvelles informations sur certaines caractéristiques sociodémographiques des participantes (Diamond-Brown, 2019; Johansson et al., 2023; Lou et al., 2022; McKenzie, 2025; Shorey et al., 2023; Sperlich et Gabriel, 2022; Velo Higuera et al., 2024).

Points de convergence. En ce qui concerne le statut matrimonial, seule l'étude de Diamond-Brown (2019) aborde cette variable. Elle rapporte que toutes les participantes étaient mariées ou en couple, un résultat qui fait écho à ceux de notre recension précédente (Bujold et al., 2024). La même étude indique également que toutes les participantes s'identifiaient comme blanches, ce qui concorde avec les tendances relevées dans notre analyse initiale. De manière complémentaire, la métasynthèse de Velo Higuera et al. (2024), portant sur 22 études, souligne que l'ethnicité n'était rapportée que dans six d'entre elles, et reflétait majoritairement une population blanche. Cependant, une exception importante est à noter dans l'étude de Sperlich et Gabriel (2022), qui présente un échantillon ethnoculturellement diversifié. Leur recherche visait spécifiquement à explorer les raisons ayant mené à un AAD ou un ANA chez deux sous-groupes historiquement marginalisés : les femmes noires et celles ayant vécu des abus physiques ou sexuels durant l'enfance. Sur 18 participantes, nous retrouvions 10 femmes blanches, sept femmes noires et une femme latina. En isolant les participantes ayant vécu un ANA ($n=7$), nous constatons que quatre étaient noires et trois blanches. Par ailleurs, plusieurs études indiquent que la majorité des participantes étaient multipares au moment de leur ANA (Diamond-Brown, 2019; Johansson et al., 2023; McKenzie, 2025; Shorey et al., 2023; Velo Higuera et al., 2024).

Points de divergence. La principale divergence par rapport aux résultats de notre recension initiale (Bujold et al., 2024) concerne le niveau d'éducation des participantes. Alors que notre étude révélait une majorité de femmes détentrices d'un diplôme universitaire, les nouvelles études recensées présentent un portrait plus nuancé. Par exemple, Diamond-Brown (2019) rapporte que la plupart de ses participantes détenaient un diplôme d'études secondaires ou collégiales, une seule ayant fait des études universitaires. Lou et al. (2022) notent que quatre femmes sur dix avaient un niveau de scolarité inférieur au baccalauréat. Pour leur part, Shorey et al. (2023) observent que les personnes ayant un faible niveau de scolarité et vivant une situation de chômage ou de sous-emploi présentaient des taux plus élevés d'ANA, une tendance surtout marquée dans les pays à revenu

faible ou intermédiaire. Cependant, toujours selon Shorey et al. (2023), les études menées dans les pays à revenu élevé fournissent peu d'information sur les caractéristiques sociodémographiques associées au choix d'un ANA. Dans cette logique, la métasynthèse de Velo Higuera et al. (2024) vient nuancer ces constats en soulignant, en accord avec notre propre recension, que dans les études où l'éducation est documentée, la majorité des femmes étaient hautement éduquées. Enfin, aucune des études recensées ne rapporte d'informations sur l'identité de genre ou l'orientation sexuelle des participantes, ce qui constitue un angle mort important dans la documentation du profil sociodémographique des femmes ayant vécu un ANA.

Finalement, notre recension publiée (Bujold et al., 2024) ne comportait aucune donnée populationnelle sur les ANA. Cependant, deux études récentes ont apporté des éclairages intéressants à ce sujet. Shorey et al. (2023) ont observé que l'ANA suit une tendance inversée selon le niveau de revenu des pays : elle diminue dans les pays à revenu faible ou moyen grâce à l'amélioration de l'accès aux soins, tandis qu'elle connaît une légère hausse dans les pays à revenu élevé, souvent en lien avec des choix intentionnels. De son côté, Pintassilgo et al. (2023) ont analysé les accouchements à domicile (AAD et ANA) entre 1995 et 2020 et n'ont pas trouvé de corrélation significative entre le lieu d'accouchement et les taux de mortalité. Toutefois, leurs résultats montrent une association entre la (non)-assistance et les taux de mortalité infantile, périnatale et néonatale. Les AAD étaient associés à une diminution des taux de mortalité, tandis que les ANA présentaient une corrélation positive significative avec ces mêmes taux. Pintassilgo et al. (2023) soutiennent ainsi l'importance de l'assistance qualifiée lors des accouchements à domicile.

Motivations liées aux ANA

Au total, onze nouveaux textes ont spécifiquement abordé les motivations sous-jacentes aux ANA (Diamond-Brown, 2019; Johansson et al., 2023; Knox-Kazimierczuk et al. (2023); LeBlanc et Kornelsen, 2015; Lou et al., 2022; Macdonald et al., 2023; McKenzie, 2024, 2025; Shorey et al., 2023; Sperlich et Gabriel, 2022; Velo Higuera et al. 2023).

Points de convergence. À l'instar de nos résultats (Bujold et al., 2024), les motivations des femmes ayant choisi l'ANA relèvent d'abord d'une volonté d'autodétermination et de respect de soi, et non d'un idéal idéologique ou d'une conception romantisée de la naissance naturelle (Diamond-Brown, 2019). Ce choix est souvent enraciné dans les expériences périnatales

antérieures négatives avec le système de santé, incluant un manque de consentement éclairé, l'imposition de protocoles jugés invasifs, ou encore de traumatismes obstétricaux (LeBlanc et Kornelsen, 2015; Shorey et al., 2023). Pour plusieurs, l'ANA constitue une réponse active à une médicalisation perçue comme dévalorisante, leur permettant de préserver leur autorité sur le processus d'accouchement et d'éviter les contraintes hospitalières indésirées (LeBlanc et Kornelsen, 2015). Le désir de rester dans un environnement familial, de se sentir en contrôle et à l'écoute de leur corps, ainsi que la perception du transfert à l'hôpital comme une rupture inconfortable du travail, renforcent cette orientation vers une naissance conforme à leurs souhaits (Johansson et al., 2023).

Les expériences passées de grossesse et d'accouchement, qu'elles aient eu lieu à l'hôpital ou à domicile, ont souvent conduit à une remise en question du système périnatal et de l'hégémonie médicale (Lou et al., 2022). Si plusieurs femmes ont décrit les accouchements hospitaliers comme dégradants, intrusifs et marqués par l'absence de consentement éclairé, d'autres ont rapporté des expériences positives avec des sages-femmes (Diamond-Brown, 2019; Lou et al., 2022; McKenzie, 2025). Il est important de noter que tous les accouchements antérieurs n'étaient pas nécessairement abusifs ou traumatiques. Par exemple, pour certaines femmes, des accouchements précipités ont joué un rôle significatif dans leur choix de vivre à un ANA (McKenzie, 2025). Toutefois, le manque de continuité des soins et l'incapacité à établir une relation de confiance ont parfois compromis les modèles périnataux dominants, que ce soit avec les médecins ou les sages-femmes, incitant certaines à envisager l'ANA (Lou et al., 2022).

Si la violence obstétricale est fréquemment associée à l'hôpital, elle peut également survenir lors des AAD (McKenzie, 2024). Les récits de femmes ayant choisi l'ANA révèlent une continuité de ces violences - procédures sans consentement, infantilisation, négation de l'autonomie - qui s'ancrent dans des rapports de pouvoir sexistes plus larges (McKenzie, 2025). Dans certains cas, des parallèles sont établis avec la violence conjugale, soulignant que le domicile ne constitue pas nécessairement un espace de sécurité. Ces témoignages rappellent que ni le lieu ni le type d'assistance ne garantissent à eux seuls des soins respectueux et éthiques (McKenzie, 2024, 2025).

Au-delà de leurs expériences personnelles, plusieurs femmes ont nommé avoir fait preuve d'indulgence envers les professionnel·les de la santé, attribuant leurs manquements à des contraintes structurelles comme la surcharge de travail ou la formation biomédicale normative

(Lou et al., 2022). Toutefois, le discours dominant sur les risques a souvent été perçu comme un outil de dissuasion, sapant leur confiance en leur capacité à enfanter par elles-mêmes, et alimentant une désillusion croissante face au système médical, marquée par des tensions répétées autour de la négociation des soins souhaités (Lou et al., 2022).

À l’instar de nos résultats initiaux qui soulignent l’influence de la pandémie de COVID-19 sur le recours à l’ANA (Bujold et al., 2024), deux recensions des écrits proposent des constats similaires, notant que la peur de contracter le virus a pu amener certaines femmes à envisager cette option (Knox-Kazimierzuk et al., 2023; Shorey et al., 2023). Toutefois, bien que l’ANA soit mentionnée dans ces travaux, aucun ne propose une analyse approfondie des liens spécifiques entre la pandémie et cette pratique.

Enfin, tout comme dans notre recension (Bujold et al., 2024), la dimension spirituelle ou religieuse a également joué un rôle dans le parcours de certaines femmes. Deux études révèlent que leurs participantes ont déclaré une appartenance religieuse ou spirituelle (christianisme, chamanisme, spiritualité païenne, wicca, etc.) (Diamond-Brown, 2019; McKenzie, 2025). Cependant, seule une minorité d’entre-elles ont reconnu une influence directe de cette dimension dans leur préparation à la naissance.

Points de divergence. Contrairement aux résultats de notre recension initiale, selon lesquels les femmes concernées par les ANA estiment que c’est la décision la plus sécuritaire pour elles-mêmes et leur bébé (Bujold et al., 2024), l’étude de Diamond-Brown (2019) indique que ce choix n’est pas toujours perçu comme le meilleur ou le plus sûr, mais plutôt comme celui offrant le plus de contrôle sur leur corps, leur environnement et leur bébé. Alors que nos résultats mettaient principalement l’accent sur l’influence des expériences périnatales antérieures, Sperlich et Gabriel (2022) apportent une autre dimension en soulignant que certaines femmes optent pour un AAD ou un ANA en réponse à des traumatismes vécus durant l’enfance ou à des expériences de discrimination dans les soins, liées notamment à leur couleur de peau, leur âge, leur poids ou d’autres conditions de santé. Un autre aspect non abordé dans nos résultats initiaux est le rôle des familles, mis en lumière par l’étude de LeBlanc et Kornelsen (2015). Ces auteures révèlent que l’éducation familiale influence considérablement les croyances et les décisions des femmes en matière d’accouchement : les familles perçues comme indépendantes, éduquées, libérales et critiques vis-à-vis du système médical étant plus susceptibles de choisir un ANA.

Processus décisionnel lié à l'ANA

Huit textes ont discuté du processus décisionnel lié à l'ANA (Diamond-Brown, 2019; Johansson et al., 2023; LeBlanc et Kornelsen, 2015; Lou et al., 2022; Macdonald et al., 2023; McKenzie, 2025; Shorey et al. 2023; Velo Higuera et al., 2024).

Points de convergence. Comme le montrent nos résultats (Bujold et al., 2024) et ceux de McKenzie (2025), aucune des femmes interrogées n'avait initialement l'intention de vivre une grossesse menant à un ANA. Plutôt qu'une décision arrêtée à un moment précis, leur trajectoire décisionnelle s'est construite de manière fluide et évolutive. La majorité envisageait au départ un AAD, mais s'est progressivement tournée vers la naissance libre en réponse à des obstacles rencontrés au fil de leur parcours. En effet, cette option n'était généralement pas un choix de premier plan, mais le résultat de barrières structurelles et relationnelles à l'accès aux soins désirés (Velo Higuera et al., 2024). Dans cette perspective, Shorey et al. (2023) montrent que chaque visite prénatale supplémentaire augmenterait de 12 % la probabilité d'accoucher en présence d'un·e professionnel·le, ce qui souligne l'influence directe du suivi médical sur le lieu et le type d'accouchement.

À cet égard, de manière analogue à nos résultats (Bujold et al., 2024), plusieurs études rapportent d'importantes barrières d'accès aux services de sages-femmes (Diamond-Brown, 2019). Certaines femmes avaient déjà eu recours à ces professionnelles, mais s'en sont vues exclues pour diverses raisons : antécédents médicaux comme une césarienne, conditions de santé spécifiques, indisponibilité locale ou éloignement géographique (Diamond-Brown, 2019; Johansson et al., 2023). D'autres ont évoqué des contraintes financières, ne pouvant assumer les coûts associés à un accompagnement non couvert (Johansson et al., 2023). Dans certains contextes, l'accès aux sages-femmes était tout simplement inexistant en raison de leur non-légalisation dans la juridiction concernée (LeBlanc et Kornelsen, 2015). Les femmes interrogées ont alors exprimé leur frustration face à ce manque d'options, se sentant contraintes de choisir entre l'hôpital, un accompagnement illégal ou l'ANA (LeBlanc et Kornelsen, 2015). Ce sentiment d'impuissance, combiné à une forte volonté d'accoucher à domicile, a souvent mené à l'ANA comme solution par défaut. Bien que certaines aient par la suite remis en question leur désir initial d'être accompagnées par une sage-femme enregistrée, la majorité des femmes ont déclaré qu'elles auraient préféré une présence professionnelle lors de leur accouchement à domicile, si cela avait été possible (LeBlanc

et Kornelsen, 2015). De manière contrastée, d'autres résultats soulignent que même dans des contextes où l'AAD est un droit légalement reconnu et largement accessible, comme au Danemark, certaines femmes choisissent tout de même l'ANA (Lou et al., 2022).

Cela dit, comme dans nos résultats (Bujold et al., 2024), une fois la décision prise, les femmes exprimaient une confiance marquée envers le processus physiologique de la naissance. Ce choix n'était jamais fait à la légère, ni sans une préparation consciente et approfondie (Lou et al., 2022; McKenzie, 2025). Plutôt que de se laisser envahir par l'angoisse du « et si ? », perçue comme contre-productive et enracinée dans les discours médicaux dominants sur le risque, elles mettaient de l'avant la probabilité que « tout se passe bien ». Elles manifestaient une profonde confiance dans leur corps et leur bébé, convaincues qu'elles avaient créé un environnement optimal, c'est-à-dire paisible, intime et sécurisant, pour accueillir leur bébé (Lou et al., 2022). Cette préparation se matérialisait concrètement par l'aménagement de l'espace de naissance, la pratique de l'hypnothérapie, de la méditation, des techniques de respiration, ainsi que l'utilisation de piscines de naissance ou d'huiles essentielles (McKenzie, 2025). Les ANA décrits dans la littérature sont majoritairement présentés comme des expériences positives, empreintes de satisfaction, et exemptes de complications médicales majeures, bien que certaines femmes aient rapporté une douleur intense, qu'elles ont su gérer grâce à des stratégies adaptées (LeBlanc et Kornelsen, 2015; Lou et al., 2022; Macdonald et al., 2023; McKenzie, 2025). Plusieurs ont témoigné d'un profond sentiment de puissance, évoquant leur propre force, celle de leur partenaire, ainsi qu'un rapport particulier au temps. L'ANA y est décrit comme une expérience transcendante du corps et de l'esprit, marquée par la foi et l'émerveillement (Macdonald et al., 2023). Cette dimension vécue se reflète dans les termes employés par les participantes pour qualifier leur accouchement - « magnifique », « parfait », « émouvant », « guérisseur » - soulignant la portée profondément subjective et transformative de ces naissances (LeBlanc et Kornelsen, 2015). Celles ayant déjà accouché en milieu hospitalier ont affirmé avoir trouvé l'ANA plus calme et moins stressant, exprimant une nette préférence pour cette option dans l'avenir, y compris en cas de complications potentielles (LeBlanc et Kornelsen, 2015). Enfin, un élément significatif ressort de certains témoignages : le choix d'inclure leurs enfants plus âgés dans l'expérience, en leur permettant d'assister à l'ANA (McKenzie, 2025).

Points de divergence. En complément de nos résultats, l'étude de Velo Higuera et al. (2024) introduit une perspective novatrice sur l'ANA à travers le concept d'autosoin. Dans cette optique, les femmes ayant choisi une naissance libre ont non seulement défendu leur autodétermination reproductive par l'auto-éducation, mais ont aussi activement mis en œuvre des pratiques concrètes de soin : rituels favorisant la physiologie de la naissance, préparation d'un environnement propice, rassemblement de matériel et élaboration de plans d'urgence. Elles sont ainsi devenues, selon les termes des personnes auteures, des « sages-femmes pour elles-mêmes ». Cette approche, à la fois proactive et réfléchie, s'inscrit dans une logique salutogénique, visant à renforcer les ressources internes plutôt qu'à prévenir uniquement les risques. Leurs constats invitent ainsi à repenser les définitions dominantes de l'ANA, souvent limitées à l'absence de professionnel·les de santé ou assimilées à des comportements déviants. Velo Higuera et al. (2024) proposent plutôt de concevoir l'ANA comme une pratique d'autosoin, menée dans un contexte où les soins d'urgence restent accessibles. Cette redéfinition permet de déplacer le regard : au lieu de s'inscrire dans la problématique largement documentée du « trop peu, trop tard », elle ouvre la réflexion sur celle du « trop, trop tôt », caractéristique des systèmes de santé hautement interventionnistes. L'autosoin y apparaît alors comme une réponse éclairée à la surmédicalisation et aux risques de traumatismes obstétricaux, soulignant son potentiel comme voie alternative au sein de ces contextes.

L'étude de Velo Higuera et al. (2024) introduit une perspective complémentaire à nos résultats en mobilisant le concept d'autosoin pour penser l'accouchement non assisté. Si nos participantes ne mobilisent pas ce vocabulaire, plusieurs d'entre elles décrivent néanmoins des démarches comparables, marquées par une auto-éducation rigoureuse, la mise en place de conditions favorables à la naissance et l'anticipation des imprévus. Comme dans l'étude de Velo Higuera et al., nos résultats montrent que ces femmes ne se contentent pas de refuser les soins institutionnels : elles construisent activement des pratiques de soin centrées sur la physiologie, le lien à soi et à l'environnement, souvent en dialogue avec d'autres femmes ou avec des ressources disponibles en ligne. Toutefois, notre analyse qualitative permet d'aller plus loin en mettant en lumière la diversité des significations attribuées à ces gestes préparatoires. Pour certaines, ils constituent un moyen de reprendre confiance après des expériences de soins vécues comme violentes ou déshumanisantes ; pour d'autres, ils s'inscrivent dans un projet d'autonomisation plus large, souvent imbriqué à des réflexions éthiques, politiques ou spirituelles sur la naissance. Nos

résultats permettent ainsi de complexifier la notion d'autosoin, en montrant qu'elle ne relève pas uniquement d'une logique individuelle ou pratique, mais aussi d'une inscription relationnelle et située, façonnée par des parcours antérieurs, des valeurs et des rapports différenciés aux institutions de santé.

De surcroît, bien que nos résultats initiaux (Bujold et al., 2024) aient accordé peu d'attention au rôle des doulas, trois études récentes mettent en évidence l'importance cruciale de cet accompagnement pour une expérience positive de l'ANA (Johansson et al., 2023; Lou et al., 2022; McKenzie, 2025). En particulier, McKenzie (2025) souligne l'apport des doulas non seulement en tant que soutien émotionnel, mais aussi pour leur rôle éducatif, notamment en ce qui concerne les droits des femmes, un aspect souvent ignoré dans les services de maternité traditionnels. Cet accompagnement a permis aux femmes de se sentir soutenues à la fois physiquement et émotionnellement, tout en facilitant leur autonomie en les aidant à naviguer à travers les défis du système de santé et en les encourageant à revendiquer leurs droits. Lou et al. (2022) mettent aussi de l'avant l'importance du soutien « en attente » d'une doula lors de l'accouchement, un dispositif qui apportait aux femmes un filet de sécurité, tout en leur permettant de garder un contrôle sur leur expérience. En parallèle, Johansson et al. (2023) rapportent que certaines femmes ont eu la possibilité de recevoir un soutien à distance de sages-femmes via des messages textes, des vidéos ou des appels. Cette forme de soutien a permis aux femmes de maintenir une connexion avec des personnes expertes tout en accouchant dans un environnement familier, renforçant ainsi leur sentiment de reconnaissance et de sécurité. En somme, ces résultats convergent vers l'idée que le soutien, qu'il soit en personne ou à distance, est fondamental dans l'expérience de l'ANA. L'accès à des informations pratiques et émotionnelles a joué un rôle central pour permettre aux femmes de se sentir plus en confiance dans leur démarche d'autosoin, tout en garantissant une certaine sécurité en cas de nécessité d'intervention. Cet accompagnement a ainsi non seulement facilité l'autonomie des femmes, mais a aussi renforcé leur capacité à prendre des décisions éclairées et à faire face aux éventualités qui pouvaient surgir.

Risques socioculturels liés à l'ANA

Quatre études récentes (Lou et al., 2022; Macdonald et al., 2023; McKenzie, 2025; Shorey et al., 2023) approfondissent les risques socioculturels associés à l'ANA, prolongeant les constats de notre recension initiale (Bujold et al., 2024). Elles mettent en lumière la stigmatisation

persistante entourant le choix d'un ANA, laquelle pousse de nombreuses femmes à garder le silence sur leur projet, par crainte de jugements, de ruptures relationnelles ou d'interventions institutionnelles, notamment de la part des services de protection de l'enfance (Lou et al., 2022; McKenzie, 2025). Plusieurs participantes ont rapporté avoir évité d'en parler aux professionnel·les de santé ou à leur entourage, anticipant des réactions négatives ou des tensions (Shorey et al., 2023). Cette marginalisation sociale s'accompagne d'un retrait parfois partiel des réseaux de soins et d'un recentrage sur des ressources personnelles, familiales ou communautaires. Dans ce contexte, l'ANA est apparu comme une expérience marquée à la fois par la confiance en soi, dans son corps, dans son lien avec le bébé, mais également par une certaine incertitude, puisque les femmes doivent souvent naviguer seules entre les normes dominantes et leurs aspirations intimes (Macdonald et al., 2023).

ANA à l'ère numérique

Parmi les douze textes recensés, six soulignent le rôle central des réseaux socionumériques dans le parcours décisionnel et la préparation des femmes ayant choisi une ANA (Johansson et al., 2023; Lou et al., 2022; McKenzie, 2025; Shorey et al., 2023; Sperlich et Gabriel, 2022; Velo Higuera et al., 2024). En continuité avec notre recension initiale (Bujold et al., 2024), ces études montrent que les groupes en ligne, les podcasts, les forums et les récits de naissance diffusés sur des plateformes comme *Facebook* ont offert aux femmes un espace de soutien, de validation et de transmission de savoirs expérientiels. Les récits positifs d'autres femmes ont renforcé leur confiance et motivé leur décision à accoucher sans assistance (Johansson et al., 2023; McKenzie, 2025). Plusieurs femmes ont ainsi mobilisé des connaissances issues à la fois de la littérature médicale, des échanges avec des pairs en ligne, de sites spécialisés et de ressources comme le *Freebirth Society Podcast* (Lou et al., 2022; Sperlich et Gabriel, 2022). Elles ont activement recherché des conseils pratiques pour gérer des complications potentielles comme la déchirure du périnée (Velo Higuera et al., 2024). Toutefois, malgré le fait que la littérature numérique ne soit pas abordée, certaines mises en garde sont formulées, notamment par Shorey et al. (2023), qui rappellent que les communautés en ligne favorables à l'ANA peuvent présenter une vision biaisée de la sécurité de cette pratique. Malgré cette limite, les femmes ont majoritairement trouvé dans ces espaces numériques une précieuse source d'information, de confiance et de solidarité, leur permettant de naviguer entre savoirs techniques et savoirs expérientiels pour renforcer leur

autonomie décisionnelle (Johansson et al., 2023; Lou et al., 2022; McKenzie, 2025; Sperlich et Gabriel, 2022; Velo Higuera et al., 2024).

Conclusion

L'examen des études récentes apporte des éclairages précieux et nuancés sur le profil des femmes ayant vécu un ANA, ainsi que sur les motivations qui sous-tendent ce choix. Sur le plan sociodémographique, les nouvelles données confirment certaines tendances relevées dans notre recension précédente (Bujold et al., 2024), notamment une prédominance de femmes blanches, en couple et multipares. Toutefois, des nuances importantes émergent : alors que l'éducation universitaire semblait majoritaire dans les travaux antérieurs, plusieurs études récentes rapportent des profils scolaires plus variés, voire marqués par des conditions de précarité socioéconomique, surtout dans les contextes des pays à revenu faible ou intermédiaire. Par ailleurs, bien que l'ethnicité demeure sous-documentée dans la majorité des recherches, certaines études, comme celle de Sperlich et Gabriel (2022), offrent un aperçu de trajectoires de femmes issues de groupes historiquement marginalisés. Malgré ces apports, des angles morts subsistent, notamment en ce qui concerne l'identité de genre et l'orientation sexuelle des participantes, éléments encore absents de la littérature.

Les motivations qui sous-tendent le choix d'un ANA s'inscrivent dans une dynamique complexe, articulant à la fois des expériences antérieures avec le système de santé, une volonté d'autonomie corporelle et une quête de respect. Loin d'une idéalisation naïve de la naissance naturelle, ces choix sont souvent ancrés dans un rapport critique à la médicalisation, parfois à la suite de violences obstétricales, mais aussi en réponse à des accouchements précipités ou à des modèles de soins perçus comme insatisfaisants, même en contexte alternatif. Le besoin de sécurité émotionnelle, de continuité relationnelle et d'écoute sensible du corps émerge comme un moteur central du processus décisionnel. Certaines femmes, en particulier issues de groupes marginalisés, mobilisent leur expérience de discrimination ou de trauma comme fondement de leur choix. Si la spiritualité apparaît dans certains parcours, elle ne constitue qu'exceptionnellement une motivation première. Enfin, bien que l'ANA fut parfois envisagé comme une mesure de protection pendant la pandémie, peu d'études en ont approfondi l'impact réel de cette période et des mesures sociosanitaires sur cette pratique.

Quant au processus décisionnel, les études recensées révèlent que le choix de l'ANA n'est que rarement une décision initiale et délibérée. Il émerge plutôt d'un processus décisionnel complexe, fluide et fortement contextuel, façonné par des contraintes structurelles et relationnelles, mais aussi par des aspirations profondes à l'autonomie, à la sécurité émotionnelle et au respect du rythme physiologique de la naissance. Ce parcours met en lumière un paradoxe fondamental : alors que les femmes souhaitent majoritairement être accompagnées par des professionnelles reconnues, leur cheminement les a souvent amenées à se retirer des soins institutionnels, faute d'options compatibles avec leurs besoins, valeurs ou réalités. Loin d'un geste imprudent ou isolé, l'ANA apparaît dans plusieurs travaux comme une démarche réfléchie, parfois même militante, marquée par une réappropriation du savoir, une préparation minutieuse, et une foi profonde en la capacité du corps à enfanter. Dans cette perspective, certaines femmes ont réinvesti leur pouvoir d'agir à travers des pratiques d'autosoin, redéfinissant ainsi le sens et les contours mêmes de la naissance libre. Les accompagnements, notamment par des doulas ou par un soutien professionnel à distance, ont joué un rôle clé pour plusieurs, en servant de médiation entre autonomie et sécurité, entre solitude et solidarité.

Si l'ANA reste associée à des risques socioculturels, telles que la stigmatisation ou la marginalisation des femmes qui la choisissent, elle s'inscrit aussi dans une dynamique d'empuissancement, notamment grâce aux communautés en ligne. Ces espaces numériques jouent un rôle clé en offrant soutien, validation et transmission de savoirs expérientiels, permettant aux femmes de renforcer leur autonomie dans un contexte où elles doivent souvent composer seules avec les normes dominantes. Ce corpus invite ainsi à concevoir l'ANA non pas comme une absence de soins ou d'accompagnement, mais comme une présence pleinement investie : celle de choix éclairés, de préparations minutieuses, de convictions profondes et d'un engagement actif dans le processus de mise au monde.

Chapitre 3 – Résultats quantitatifs sociodémographiques et de santé

Profil sociodémographique et de santé des femmes québécoises qui choisissent de vivre des grossesses et des accouchements non assistés

Avant-propos

Titre de l'article : Profil sociodémographique et de santé des femmes québécoises qui choisissent de vivre des grossesses et des accouchements non assistés

Auteur·es :

(1) Audrey Bujold, PhD(c), UQO

(2) Christine Gervais, PhD, professeure au Département des sciences infirmières, UQO

(3) Pierre Pariseau-Legault, PhD, professeur au Département des sciences infirmières, UQO

Revue de publication : Nouvelles pratiques sociales

Date de soumission : 11 juillet 2024

Statut de l'article : Article accepté (annexe N)

Pertinence de la revue en sciences de la famille : La revue *Nouvelles pratiques sociales* constitue un espace de diffusion particulièrement pertinent pour un article portant sur les caractéristiques sociodémographiques des femmes ayant vécu une GANA au Québec. En tant que revue centrée sur les dynamiques de marginalisation et les inégalités sociales, elle offre un cadre propice à la mise en lumière de pratiques de santé reproductive peu reconnues par les institutions, et souvent abordées à travers une logique de déviance ou de risque. Loin d'être anecdotiques, ces trajectoires témoignent de tensions sociales et institutionnelles majeures, qui interpellent directement les modèles actuels d'intervention sociale, ainsi que les frontières entre autonomie, médicalisation et responsabilité individuelle. Par son engagement envers un pluralisme des idées, elle représente un lieu idéal pour inscrire cette recherche qui vise à nourrir les débats publics et professionnels sur les choix en matière de périnatalité, tout en rendant visibles des voix et des expériences souvent absentes du discours dominant.

Résumé

Le non-recours au dispositif médical périnatal a rarement été examiné sous le prisme de la volonté intentionnelle de sortir de ce dispositif. Au Québec, nous ne détenons aucune donnée au sujet des femmes qui choisissent de vivre par choix des grossesses sans suivi et/ou des accouchements non assistés. Cet article a donc pour objectif de circonscrire, pour une première fois, leurs caractéristiques sociodémographiques et de santé (n=64) afin de les comparer à celles de la population générale. Nos résultats montrent que ce choix ne constitue pas un rejet en bloc du dispositif comme nous pourrions *a priori* le penser.

Mots-clés : non-recours, accouchement non assisté, grossesse sans suivi, obstétrique, facteurs sociodémographiques

Introduction

Les grossesses et les accouchements non assistés (GANA) désignent le fait de vivre une grossesse et/ou un accouchement en l'absence de professionnel·les de la santé ¹⁵. Ce choix s'inscrit dans un contexte sociohistorique précis où des structures médicales sont disponibles pour soutenir ces femmes ¹⁶ si elles le désirent. Ce choix constitue donc la décision intentionnelle de ne pas avoir recours, en partie ou en totalité, au dispositif médical périnatal. Les femmes qui choisissent de vivre des GANA ne sont pas seules face à leur grossesse et leur accouchement, puisqu'elles utilisent généralement un soutien non professionnel pouvant être offert par leur partenaire, des proches, des doulas ou d'autres femmes directement concernées par cette pratique.

Une récente revue narrative systématisée des écrits (n=32), réalisée par les mêmes auteur·es que ceux de ce présent article (Bujold et al., 2024), a mis en lumière que le choix d'un accouchement non assisté (ANA) est souvent motivé par une combinaison de facteurs sociodémographiques, personnels et culturels. Les femmes qui optent pour les ANA partagent généralement des caractéristiques sociodémographiques similaires, telles que l'appartenance à la classe moyenne et un niveau d'éducation élevé (Ahmad Tajuddin et al., 2020; Baranowska et al., 2022; Brown, 2009; Feeley et Thomson, 2016a, 2016b; Freeze, 2008; Greenfield et al., 2021; Henriksen et al., 2020; Hollander et al., 2017; Holten et de Miranda, 2016; Jackson, 2014; Jackson et al., 2012, 2020; Lindgren et al., 2017; Lundgren, 2010; McKenzie et Montgomery, 2021; Oboyle, 2016; Plested et Kirkham, 2016; Rigg et al., 2017, 2020; Sassine et al., 2021). Leur décision est également influencée par un désir d'intimité et d'autonomie lors de l'accouchement, qui est alors perçu comme un acte féministe et politique (Feeley et al., 2015; Freeze, 2008; Holten et de Miranda, 2016; St-Amant, 2014). Les expériences antérieures d'accouchement (Baranowska et al., 2022; Feeley et Thomson, 2016b; Freeze, 2008; Henriksen et al., 2020; Hollander et al.,

¹⁵ Les professionnel·les de la santé en contexte périnatal sont les omnipatricien·nes accoucheur·ses, les gynécologues-obstétricien·nes, les sages-femmes et les infirmières. Dans le cadre de nos recherches, il importe de préciser qu'une doula, ou accompagnante à la naissance, n'est pas une sage-femme ou une professionnelle de la santé. Son rôle consiste à offrir un soutien émotionnel et physique ainsi qu'un large éventail de mesures de confort aux femmes enceintes et qui accouchent : aucune responsabilité professionnelle ne découle donc de son exercice (Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ), 2023).

¹⁶ Puisque l'accouchement est une fonction spécifiquement réservée aux personnes ayant une anatomie féminine du système reproducteur, et que cette expérience s'inscrit généralement dans des dynamiques sociopolitiques de la reproduction, il importe pour les auteur·es de cet article de ne pas en occulter le caractère genré. Dans le même ordre d'idées, considérant que les professions de sage-femme et d'infirmière sont historiquement genrées au féminin, nous avons choisi de conserver uniquement les formes féminisées. L'écriture inclusive a par ailleurs été utilisée pour tous les autres termes genrés de cet article.

2017; Jackson et al., 2020; McKenzie et al., 2020; Rigg et al., 2020), ainsi que la reconceptualisation des risques obstétricaux (Brown, 2009; Cameron, 2012; Feeley et al., 2015; Freeze, 2008; Holten et de Miranda, 2016; Jackson, 2014; Jackson et al., 2012, 2020; St-Amant, 2014), jouent un rôle clé dans leur processus décisionnel. En effet, plusieurs femmes contestent le discours dominant sur le risque en soulignant que l'hôpital constitue un lieu dangereux parce que les interventions médicalisées de routine (p. ex. touchers vaginaux, monitoring du cœur fœtal) produiraient une interférence susceptible de nuire au déroulement physiologique de l'accouchement. À ce sujet, bien que les ANA soient généralement étudiés en termes de risques médicaux, certaines femmes concernées ont plutôt évoqué des risques socioculturels importants (p. ex. signalement aux services de protection de l'enfance) (Feeley et Thomson, 2016a; Lindgren et al., 2017; Miller, 2012; OBoyle, 2016; Plested et Kirkham, 2016), alors que d'autres se sont senties contraintes à ce choix, notamment en raison des limitations d'accès aux services des sages-femmes causées par l'éloignement géographique ou par la présence de facteurs de risque obstétricaux (Coddington et al., 2023; Dahlen et al., 2011; Jackson, 2014; Jackson et al., 2012, 2020; Kornelsen et Grzybowski, 2006; Oboyle, 2016; Sassine et al., 2021). Enfin, de nombreuses études recensées ont souligné l'apport favorable des réseaux socionumériques dédiés aux ANA dans leur processus décisionnel : ces réseaux ont facilité la diffusion d'information au sujet des ANA, en plus d'inspirer et de soutenir des femmes concernées par cette pratique (Feeley et al., 2015; Feeley et Thomson, 2016a, 2016b; Freeze, 2008; Greenfield et al., 2021; Henriksen et al., 2020; Hollander et al., 2017, 2020; Holten et de Miranda, 2016; Jackson, 2014; Lindgren et al., 2017; Miller, 2009; Norton, 2020; St-Amant, 2014).

Depuis 2011, au Québec, on compterait annuellement entre 46 et 104 naissances qui n'ont pas été assistées par un·e médecin, une sage-femme ou une infirmière (tableau 3). Lorsque comparées à la variation du nombre total de naissances par année au Québec (Institut de la statistique du Québec [ISQ], 2024a), ces données suggèrent que les ANA ne constituent pas un phénomène en croissance, et ce même dans le contexte pandémique entourant les années 2020 et 2021. Or, les ANA représenteraient tout de même entre 9,6 % et 19,3 % des naissances à domicile chaque année. Ces chiffres pourraient être sous-estimés, puisque certaines femmes réintègrent le dispositif médical périnatal après l'accouchement, notamment pour la déclaration de naissance.

Tableau 3. *Naissances à domicile selon l'accoucheur-se, Québec, 2011-2021*

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Médecin, infirmière, sage-femme	305	359	417	462	548	526	515	495	492	324	469
Autre, indéterminé	46	86	97	104	77	79	63	60	67	48	50
Total	351	445	514	566	625	605	578	555	559	372	519

Tiré de l'Institut de la statistique du Québec (2024 – données inédites)

Malgré la stabilité apparente du phénomène, les préoccupations liées aux ANA ont suscité l'attention de plusieurs groupes professionnels, tels que l'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ) et l'Association québécoise des doulas (AQD), qui ont pris position sur le sujet en 2021. À l'opposé, le tout nouveau *Plan d'action en périnatalité et petite enfance 2023-2028* du Gouvernement du Québec (2024) ne fait aucune mention des GANA, invisibilisant ainsi cette pratique qui concerne tout de même un nombre considérable de naissances à domicile au Québec. Cette absence est en contradiction avec les principes mêmes du plan, qui valorise la diversité des expériences périnatales et l'autonomie des femmes. En ne reconnaissant pas les GANA comme une option parmi l'éventail des choix périnataux, le plan perpétue ainsi la normativité médicale autour des naissances et marginalise les besoins des femmes concernées par les GANA, les laissant sans soutien formel de la part du dispositif médical périnatal.

En somme, au Québec et au Canada, à notre connaissance, aucune étude empirique, à l'exception d'un récit autoethnographique (St-Amant, 2014), n'a été publiée sur les GANA, ce qui révèle un besoin urgent de rendre visible ce phénomène encore largement ignoré. L'objectif de cet article est donc de détailler, pour une première fois, le portrait sociodémographique et de santé (grossesse-accouchement) des femmes québécoises concernées par cette réalité. Financée par le Fonds de recherche du Québec en santé (FRQ-S), cette publication s'inscrit ainsi comme point de départ d'un vaste projet de recherche visant à collectiviser les expériences périnatales des femmes qui n'ont pas recours, en partie ou en totalité, aux soins et services périnataux. Cet article vise à répondre à la question de recherche suivante : quelles sont les principales caractéristiques sociodémographiques et de santé des femmes québécoises qui choisissent de vivre des GANA, et en quoi ces caractéristiques se distinguent-elles ou sont-elles similaires à celles de la population générale ?

Compte tenu de la problématique et des données empiriques détenues sur les GANA ailleurs dans le monde (Bujold *et al.*, 2024), deux hypothèses théoriques ont été retenues pour alimenter notre travail d'analyse. D'une part, nous pensions que les femmes québécoises concernées par les GANA auraient majoritairement vécu des expériences de violences obstétricales lors de précédentes expériences périnatales. Ces soins irrespectueux pourraient les avoir incités à opter pour des GANA. En se détournant du dispositif médical, ces femmes chercheraient à échapper à des situations traumatisantes et à revendiquer un espace de bienveillance et de respect, où leur voix et leurs choix sont reconnus et valorisés. D'autre part, considérant l'accès limité aux services offerts par les sages-femmes au Québec, nous pensions que les femmes vivant dans des régions rurales ou rencontrant des difficultés d'accès aux services offerts par les sages-femmes seraient plus susceptibles d'opter pour des GANA. Cette hypothèse repose sur l'idée que des obstacles géographiques ou structurels à l'accès aux services offerts par les sages-femmes influenceraient le recours à des alternatives comme les GANA. Comme il en sera question dans la discussion, la première hypothèse a été confirmée alors que la seconde l'a été en partie.

Méthodologie

Cet article mobilise un devis quantitatif descriptif pour analyser les données sociodémographiques et de santé (grossesse-accouchement) de 61 femmes, deux personnes de genre fluide ainsi qu'une personne non-binaire ayant personnellement vécu des GANA.

Recrutement et procédures

Les participantes ont été recrutées par le biais d'une stratégie d'échantillonnage de convenance afin d'interroger toutes les personnes répondant aux critères d'inclusion, soit : 1) être âgée de 18 ans et plus; (2) avoir vécu, par choix, une grossesse sans suivi professionnel en partie ou totalement et/ou un accouchement sans assistance professionnelle au Québec; (3) être en mesure de comprendre et de lire le français.

Cette étude a été approuvée par le Comité institutionnel d'éthique à la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Outaouais. Toutes les participantes ont signé un formulaire de consentement : les données collectées dans le cadre de ce questionnaire en ligne étaient anonymes. Entre février et avril 2024, les femmes ont été recrutées au Québec à l'aide des réseaux socionumériques. Plus spécifiquement, après avoir reçu l'approbation des administratrices

des communautés en ligne qui sont investies par les femmes concernées, huit groupes privés sur *Facebook* ont diffusé l'appel à participation. De fait, les réseaux sociaux constituaient la seule porte d'entrée pour cette recherche. Un lien URL vers le questionnaire *LimeSurvey* était directement intégré à l'affiche de recrutement.

Collecte et analyse des données

Chaque participante a répondu à un questionnaire sociodémographique et de santé d'une durée d'environ dix minutes sur la plateforme *LimeSurvey*. Les questions ont été construites à partir des résultats d'une revue narrative systématisée effectuée par les mêmes auteur·es que cet article (Bujold et al., 2024). Cette recension a été menée sur les bases de données *CAIRN*, *CINAHL*, *Érudit*, *MEDLINE*, *ProQuest*, *PsycArticles*, *ScienceDirect* et *Scopus*, sélectionnées en raison de leur complémentarité disciplinaire. Deux listes de mots-clés, l'une francophone et l'autre anglophone, ont été élaborées à partir d'un travail initial de repérage documentaire, de manière à inclure tous les termes possiblement liés aux GANA. Au total, sans restriction de date ou de langue de publication, 32 documents ont été retenus pour l'analyse, soit 28 articles scientifiques, deux mémoires de maîtrise et deux thèses de doctorat. Parmi ceux-ci, seul un texte était publié en contexte québécois francophone (St-Amant, 2014) et deux en contexte canadien anglophone (Cameron, 2012; Kornelsen et Grzybowski, 2006). Cette recension témoigne ainsi à la fois d'un intérêt émergent pour la question à l'échelle internationale, mais aussi d'un manque de travaux localisés, notamment en contexte québécois et francophone.

Plus précisément, 14 questions ciblait le recueil de données sociodémographiques des participantes. Ces questions ont servi à identifier l'âge, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, la région sociodémographique habitée, la scolarité, les revenus familiaux et le lieu de naissance des participantes. Ensuite, 28 questions ont permis de détailler les expériences de grossesse et d'accouchement des femmes. Ces questions visaient à identifier le nombre de grossesses sans suivi et d'ANA encourus, la présence ou non de facteurs de risque, l'utilisation ou non des services périnataux ainsi que les conséquences socioculturelles liées à une grossesse sans suivi ou à un ANA. Dans une perspective de transparence et de reproductibilité scientifique, le questionnaire est disponible en ligne sur *Open Science Framework* (<https://osf.io/qptmw/>).

Les données collectées par les questionnaires sociodémographiques et de santé ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives visant à détailler le portrait des femmes concernées

par les GANA. La moyenne, la médiane ainsi que la variance et l'écart-type ont été mobilisés pour décrire les variables continues. La distribution des fréquences a quant à elle été utilisée pour décrire les variables catégorielles et ordinales. Les données présentées dans les tableaux subséquents ont été arrondies à la première décimale. En raison de ces arrondis, les totaux des fréquences absolues peuvent ne pas correspondre exactement à 100 %.

Résultats

Les 64 participantes ont rempli le questionnaire sociodémographique et de santé comprenant deux sous-sections, l'une concernant les données sociodémographiques et l'autre ciblant les données contextuelles et de santé. Plus précisément, la première sous-section au sujet des données sociodémographiques comprend les caractéristiques personnelles, géographiques et socioéconomiques des participantes. La deuxième sous-section détaille les données contextuelles et de santé quantitatives, le portrait obstétrical, le déroulement de l'ANA, les risques socioculturels associés et l'utilisation des services périnataux.

Données sociodémographiques

Sur le plan des caractéristiques personnelles (tableau 4), près de 20 % de nos participantes ont déclaré une orientation sexuelle autre qu'hétérosexuelle. De plus, deux participantes sur 64 ont déclaré un genre fluide et une personne s'est identifiée non-binaire. De plus, 62 des 64 participantes parlaient le français à la maison. L'âge moyen des femmes au moment de leur dernière grossesse sans suivi ou de leur dernier ANA était de 30,8 ans ($\sigma 4.31$, 22-42).

Tableau 4. *Caractéristiques personnelles*

	Modalités	Fréquences absolues (%)
Orientation sexuelle	Hétérosexuel·le	81,5
	Pansexuel·le	9,4
	Bissexuel·le	4,7
	Queer	1,5
	Polysexuel·le	1,5
	En questionnement	1,5
Identité de genre	Femme	95,3
	Genre fluide	3,1
	Non-binaire	1,5
Langue parlée à la maison	Français	96,9
	Anglais	3,1

Sur le plan des caractéristiques géographiques (tableau 5), 12,5 % des mères n'étaient pas nées au Canada. Onze femmes habitaient en Estrie lors de leur dernière grossesse sans suivi ou de leur dernier ANA; huit vivaient dans les Laurentides; sept provenaient respectivement de Lanaudière et de Montréal; six résidaient en Outaouais; cinq habitaient respectivement la Montérégie et la Capitale-Nationale. Une à trois participantes provenaient de chacune des autres régions, à l'exception de Laval et du Nord-du-Québec (aucune répondante). Dans cette même lignée, 42,2 % des femmes habitaient une municipalité de moins de 10 000 habitants au moment de leur dernière grossesse sans suivi ou de leur dernier ANA.

Tableau 5. *Caractéristiques géographiques*

	Modalités	Fréquences absolues (%)
Lieu de naissance de la mère	Au Canada	87,5
	À l'extérieur du Canada	12,5
Région administrative habitée lors de la dernière expérience de GANA	Estrie	17,2
	Laurentides	12,5
	Lanaudière	10,9
	Montréal	10,9
	Outaouais	9,4
	Montérégie	7,8
	Capitale-Nationale	7,8
	Saguenay-Lac-Saint-Jean	4,7
	Bas-Saint-Laurent	3,1
	Centre-du-Québec	3,1
	Côte-Nord	3,1
	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	3,1
	Mauricie	3,1
	Abitibi-Témiscamingue	1,5
	Chaudière-Appalaches	1,5
	Laval	0
	Nord-du-Québec	0
Taille de la municipalité habitée lors de la dernière expérience de GANA	Moins de 10 000 habitants	42,2
	Entre 10 000 et 100 000 habitants	25
	Plus de 100 000 habitants	23,4
	Ne sait pas	9,4

Sur le plan des caractéristiques socioéconomiques (tableau 6), 54,7 % des femmes et des personnes de genre fluide et non-binaires interrogées ont déclaré un niveau universitaire comme étant le plus haut diplôme obtenu. Seulement 11 % des participantes détenaient un diplôme d'études secondaires ou ne détenaient aucun diplôme. Nous avons demandé aux participantes de

choisir les énoncés qui décrivent le mieux leur occupation lorsqu'elles ne sont pas enceintes ou en congé parental : 40,6 % des répondantes ont indiqué travailler à temps plein; 32,8 % à temps partiel; 28,1 % à la maison; 9,3 % étaient étudiantes. Plus de la moitié des femmes travaillaient dans les secteurs de l'enseignement, de la santé, de l'assistance sociale et des administrations publiques. Finalement, au moment de leur dernière grossesse sans suivi ou de leur dernier ANA, 39 % des femmes interrogées ont déclaré un revenu familial avant impôts supérieur à 75 000 \$; 20 % ont déclaré un revenu se situant entre 55 000 et 75 000 \$; 36 % des participantes ont déclaré un revenu inférieur à 55 000 \$; environ 5 % des femmes ont préféré ne pas répondre. De surcroît, 86 % des participantes ont affirmé qu'elles étaient à l'aise financièrement ou que leurs revenus étaient suffisants.

Tableau 6. Caractéristiques socioéconomiques

	Modalités	Fréquences absolues (%)
Plus haut niveau de scolarité complété	Diplôme universitaire de 1er cycle	34,4
	Diplôme préuniversitaire ou technique	23,4
	Diplôme universitaire de 2e ou 3e cycle	20,3
	Diplôme d'une formation professionnelle	10,9
	Diplôme d'études secondaires	7,8
	Aucun diplôme	3,1
Occupation principale lorsqu'elles ne sont pas enceintes ou en congé parental	Travaille à temps plein	40,6
	Travaille à temps partiel	32,8
	À la maison	28,1
	Étudiant·e	9,3
	Autres	1,5
	En congé temporaire du travail	1,5
	Prestataire d'assurance-emploi	1,5
	Prestataire d'aide sociale	0
Domaine professionnel	Secteur de la santé	32,8
	Ne s'applique pas	21,9
	Enseignement, droit et services sociaux, communautaires et gouvernementaux	20,3
	Affaires, finance et administration	6,2
	Arts, culture, sports et loisirs	6,2
	Vente et services	4,7
	Ressources naturelles, agriculture et production connexe	4,7
	Métiers, transport, machinerie et domaines apparentés	1,5
	Préfère ne pas répondre	1,5
Revenu familial avant impôt lors de leur dernière expérience de GANA	Moins de 55 000 \$	35,9
	Supérieur à 100 000 \$	23,4

	55 à 75 000 \$	20,3
	75 à 100 000 \$	15,6
	Ne sait pas/préfère ne pas répondre	4,7
Perception de leur situation économique par rapport aux gens de leur âge	Revenus étaient suffisants	68,7
	Se considérait à l'aise financièrement	17,2
	Se considérait pauvre	10,9
	Se considérait très pauvre	3,1

En somme, ce portrait sociodémographique semble soutenir que les femmes concernées par les GANA : habitent généralement dans des municipalités de petite taille; détiennent un haut niveau d'étude; ont un engagement professionnel différent (mère à la maison) et moins soutenu (travail à temps partiel); investissent les secteurs de l'éducation, de la santé ou des services sociaux lorsqu'elles travaillent; ont un revenu familial peu élevé, mais se perçoivent tout de même à l'aise financièrement.

Données contextuelles et de santé

En moyenne, les participantes de notre échantillon avaient vécu trois accouchements (tableau 7). La médiane du nombre d'accouchements se situait elle aussi à trois. En ce qui concerne les ANA, plus de 75 % des répondantes avaient vécu un seul ANA et environ 50 % d'entre elles avaient vécu une grossesse sans suivi (total ou partiel). En moyenne, les femmes ont accouché à 40 semaines d'aménorrhée. L'accouchement a duré 10,1 heures en moyenne. Cependant, il importe de souligner que la moitié des femmes ont accouché en cinq heures et moins. Environ 20 % des répondantes étaient primipares, c'est-à-dire qu'elles accouchaient une première fois, lors de leur première expérience de GANA (tableau 8).

Tableau 7. *Données contextuelles et de santé quantitatives*

	Moyenne	Écart-type	Étendue
Parité	3	1,45	1,0-7,0
Nombre de grossesses sans suivi	0,67	0,75	0-3,0
Nombre d'accouchements non assistés	1,19	0,56	0-3,0
Semaines d'aménorrhée lors de la dernière expérience d'ANA	40	1,1	37,0-42,0
Nombre d'heures de l'accouchement lors de la dernière expérience d'ANA	10,07	13,15	0-72,0

Sur le plan du déroulement de l'accouchement (tableau 8), lors de leur dernier ANA, 56 des 64 participantes avaient accouché à domicile avec leur partenaire et plus de quatre femmes sur 10 ont accouché en présence de leurs enfants plus âgés. Lors de leur dernier ANA, plus de 80 % n'ont eu aucune crainte pour leur santé ou celle de leur bébé. Seulement huit participantes sur 64 ont déclaré des complications à la suite de leur ANA (p. ex. déchirure importante, hémorragie, autres complications médicales).

Au niveau du portrait obstétrical (tableau 8), le quart des femmes interrogées disait présenter des facteurs de risque liés à la grossesse (p. ex. fausses couches répétées, pathologie pouvant influencer le cours de la grossesse, indice de masse corporelle (IMC) élevé, prise de drogues ou alcool, grossesse multiple, hyperglycémie gestationnelle non contrôlée) et près de 20 % des femmes disaient présenter des facteurs de risque liés à l'accouchement (p. ex. rupture prolongée ou prématurée des membranes, arrêt de progression, rétention placentaire, pertes sanguines inhabituelles au cours du travail, toute présentation autre que céphalique).

Sur le plan des risques socioculturels liés aux GANA (tableau 8), lors de leurs expériences de grossesses sans suivi ou d'ANA, près de quatre femmes sur 10 ont déclaré avoir vécu des menaces ou des mesures coercitives par des instances gouvernementales (p. ex. signalement à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), refus de congé d'hôpital). Lors de leurs expériences périnatales, qu'elles concernent ou non une GANA, presque sept participantes sur 10 ont affirmé avoir vécu des soins obstétricaux irrespectueux ou des violences obstétricales (p. ex. gestes, paroles ou attitudes dénigrantes ou méprisantes).

Tableau 8. *Portrait obstétrical, déroulement de l'ANA et risques socioculturels associés*

	Modalités	Fréquences absolues (%)
Primipare lors de la première expérience de GANA	Oui	21,9
	Non	78,1
Présence de facteurs de risque liés à la grossesse lors de la dernière expérience de GANA	Oui	25
	Non	67,2
	Ne sait pas	7,8
Présence de facteurs de risque liés à l'accouchement lors de la dernière expérience de GANA	Oui	18,7
	Non	76,5
	Ne sait pas	4,7
Lieu de l'accouchement lors de la dernière expérience d'ANA	Domicile	87,5
	Autre	6,2
	En nature	3,1

	Domicile d'un membre de la famille	1,5
	Préfère ne pas répondre	1,5
Personnes présentes lors de la dernière expérience d'ANA	Partenaire	87,5
	Enfant·s	43,7
	Doula·s	28,1
	Ami·es	17,2
	Mère	9,4
	Préfère ne pas répondre	6,3
	Aucune	4,7
	Soeur·s	3,1
	Autres	3,1
Craintes pour leur propre santé lors de la dernière expérience d'ANA	Oui	10,9
	Non	81,2
	Préfère ne pas répondre	7,7
Craintes pour la santé de leur bébé lors de la dernière expérience d'ANA	Oui	6,2
	Non	85,9
	Préfère ne pas répondre	7,7
Complications liés l'accouchement lors de la dernière expérience d'ANA	Oui	12,5
	Non	76,5
	Préfère ne pas répondre	10,8
Menaces ou mesures coercitives par des instances gouvernementales	Non	60,9
	Signalement DPJ	17,2
	Refus d'un congé d'hôpital	6,2
	Menaces de mesures coercitives	9,4
	Autres mesures coercitives	12,5
	Préfère ne pas répondre	9,4
Soins obstétricaux irrespectueux ou violences obstétricales	Oui	68,7
	Non	25
	Préfère ne pas répondre	6,2

Sur le plan de l'utilisation des services (tableau 9), près des trois quarts des femmes interrogées ont obtenu un suivi médical offert par des sages-femmes, soit pour leur ANA, soit lors d'une grossesse antérieure. Au cours de leurs expériences périnatales, qu'elles concernent des ANA ou non, certaines femmes ont déclaré ne pas avoir eu accès aux services offerts par des sages-femmes. En effet, plus d'une femme sur 10 a déclaré avoir été exclue des services offerts par des sages-femmes, soit par faute de disponibilité, soit en raison de la présence de facteurs de risque obstétricaux. Par ailleurs, plus de 60 % des répondantes ont déjà été accompagnées par une doula (accompagnante à la naissance) lors de leurs expériences périnatales, qu'elles concernent ou non

des GANA. Cela dit, lors de leur dernière grossesse sans suivi ou de leur dernier ANA, la moitié des participantes a été accompagnée par une doula.

Toujours sur le plan de l'utilisation des services (tableau 9), lors de leur dernier ANA, plus de moitié des participantes a indiqué avoir obtenu un suivi de grossesse complet offert par un·e médecin ou une sage-femme. Pour le reste de l'échantillon, le quart des participantes ont indiqué avoir mis fin au suivi, soit lors du premier trimestre (n=5), du deuxième trimestre (n=5) ou lors du troisième trimestre (n=6), et 15,6 % (n=10) des femmes ont pour leur part choisi de n'avoir aucun suivi de grossesse. Lors de leur dernière grossesse sans suivi ou de leur dernier ANA, plusieurs examens médicaux de routine n'ont pas été effectués par les femmes et les personnes de genre fluide et non-binaire de notre échantillon. En effet, 20 % des femmes ont indiqué n'avoir effectué aucun examen médical. Seulement 12,5 % des femmes ont effectué le dépistage du diabète gestationnel. Environ le quart des participantes a effectué le dépistage prénatal de la trisomie 21 et un peu moins de la moitié d'entre elles a réalisé une échographie au premier trimestre. Finalement, après leur ANA, seulement quatre participantes ont contacté les services d'urgence (ambulance); 27 participantes ont consulté un·e médecin ou une sage-femme dans les 72 heures ayant suivi la naissance; 24 participantes n'ont sollicité aucun service en postpartum.

Tableau 9. *Utilisation des services*

	Modalités	Fréquences absolues (%)
Déjà obtenu un suivi sages-femmes (SF)	Oui	73,4
	Non	20,3
	En partie	6,2
Demandé un suivi SF, mais non obtenu faute de disponibilité	Oui	14
	Non	85,9
Exclu des services SF en raison de la présence de facteurs de risque	Oui	12,5
	Non	87,5
Déjà accompagné par une doula	Oui	34,4
	Non	37,5
	En partie	28,1
Accompagné par une doula lors de la dernière expérience de GANA	Oui	28,1
	Non	50
	En partie	21,9
Obtenu un suivi de grossesse par un·e médecin ou une sage-femme lors de la dernière expérience de GANA	Oui	56,2
	Non	14
	En partie	29,7
	Oui, durant le 1er trimestre	7,8
	Oui, durant le 2e trimestre	7,8

Mis fin au suivi de grossesse offert par un·e médecin ou une sage-femme lors de la dernière expérience de GANA	Oui, durant le 3e trimestre	9,4
	Non, suivi de grossesse complet	56,2
	Aucun suivi de grossesse	15,6
	Préfère ne pas répondre	3,1
Tests effectués lors de la dernière expérience de GANA	Prise de sang (1er trimestre)	53,1
	Prise de sang (2e trimestre)	26,7
	Prise de sang (3e trimestre)	15,6
	Échographie (1er trimestre)	45,3
	Échographie (2e trimestre)	65,6
	Échographie (3e trimestre)	17,2
	Dépistage prénatal de la trisomie 21	26,5
	Dépistage ITSS	21,9
	Dépistage du diabète gestationnel	12,5
	Dépistage du streptocoque B	26,7
	Aucun test	19,7
	Autres	1,5
Sollicité les services d'urgence, un·e médecin ou une sage-femme après la naissance lors de la dernière expérience d'ANA	Oui, les services d'urgence ont été appelés	6,2
	Oui, j'ai consulté un·e médecin ou une sage-femme dans l'heure qui a suivi la naissance	7,8
	Oui, j'ai consulté un·e médecin ou une sage-femme dans les premières 24 heures ayant suivi la naissance	26,5
	Oui, j'ai consulté un·e médecin ou une sage-femme dans les 48 heures ayant suivi la naissance	4,7
	Oui, j'ai consulté une sage-femme dans les 72 heures ayant suivi la naissance	3,1
	Oui, j'ai consulté un·e médecin ou une sage-femme dans la semaine ayant suivi la naissance	0
	Non	37,5
	Préfère ne pas répondre	14

Discussion

Conformément à notre question de recherche, cette discussion sera mobilisée pour mettre en lumière les similitudes et les différences entre les principales caractéristiques sociodémographiques et de santé des femmes québécoises qui choisissent de vivre des GANA et

celles de la population générale. Pour y arriver, nous avons retenu huit faits saillants issus de nos résultats qui seront comparés avec les caractéristiques de la population générale.

Premièrement, sur le plan des caractéristiques géographiques, nous retenons que les femmes qui choisissent de vivre des GANA habitent majoritairement en banlieue des grandes villes, et dans des municipalités de petite taille. En effet, nos participantes résidant en Estrie, dans les Laurentides et à Lanaudière représentaient 40,6 % de l'échantillon, alors que ces régions ne comptent que pour 18,4 % de la population québécoise (ISQ, 2023a). Contrairement à ce nous pourrions penser, il importe aussi de souligner que ces régions les plus concernées par les GANA sont celles desservies par les sages-femmes. Actuellement, au Québec, seulement quatre régions n'ont pas de services offerts par des sages-femmes : l'Abitibi-Témiscamingue, la Côte-Nord, Laval et le Nord-du-Québec (Gouvernement du Québec, 2023). Or, ces régions sont celles où on compte le moins de GANA dans notre étude. Dans la même logique, contrairement à la répartition générale de la population, où près d'un quart des résidents vit à Montréal, seulement 10,9 % des femmes dans notre étude habitaient cette région (ISQ, 2023a). Finalement, 42,2 % des femmes interrogées habitaient des municipalités de moins de 10 000 habitants au moment de leur dernière grossesse sans suivi et de leur dernier ANA, tandis que seulement 20,9 % de la population québécoise réside dans ces régions à faible densité démographique, révélant une prédominance des naissances dans des zones rurales par rapport à la répartition générale (ISQ, 2024b). Confirmant ces écarts, il est aussi pertinent de mentionner qu'en 2020-2021, près des trois quarts des nouveau-nés habitaient dans une zone urbaine de plus 100 000 habitants et seulement 16 % d'entre eux habitaient dans une zone rurale de moins de 10 000 habitants (ISQ, 2024c). Ce constat semble soutenir notre hypothèse théorique proposée dans l'introduction selon laquelle les femmes vivant dans des régions rurales seraient plus susceptibles d'opter pour des GANA.

Deuxièmement, sur le plan de la diversité, nous retenons que la diversité sexuelle et de genre est particulièrement visible dans nos résultats, contrairement à la diversité culturelle qui est pour sa part moins importante. En effet, les résultats de notre étude indiquent qu'environ 20 % des personnes ont déclaré une orientation sexuelle autre qu'hétérosexuelle et 5 % se sont identifiées comme étant non-binaire ou de genre fluide. Ces proportions sont largement supérieures aux statistiques nationales qui montrent qu'environ 4 % de la population canadienne s'identifie non hétérosexuelle et 0,33 % se déclarant non binaire ou transgenre (Statistique Canada, 2022). De

surcroît, dans notre étude, 12,5 % des mères n'étaient pas nées au Canada, une proportion nettement inférieure à la moyenne québécoise où environ un tiers des nouveau-nés ont au moins un parent né à l'extérieur du pays (ISQ, 2023b). Finalement, 97 % de nos participantes parlaient français à la maison, contrastant avec la réalité québécoise où environ 16 % des bébés ne sont pas exposés au français comme langue principale à domicile (ISQ, 2023b).

Troisièmement, sur le plan des caractéristiques socioprofessionnelles, nous retenons que les femmes concernées par les GANA rapportent une relation différente avec le travail et les ressources financières. Dans notre étude, une proportion significative des participantes travaillait à temps partiel (32,8 %) ou était mère au foyer (28,1 %), ce qui diverge de la réalité québécoise où huit mères sur 10 travaillent à temps complet (ISQ, 2024d). En se basant sur la mesure de faible revenu (MFR), nos données semblent indiquer que minimalement le tiers des participantes de notre recherche vivait dans un ménage à faible revenu, ce qui correspond à presque deux fois plus que la moyenne québécoise des parents où on estime qu'environ 17 % d'entre eux vivaient dans un ménage à faible revenu selon la MFR (ISQ, 2024d). Cela dit, la majorité de nos participantes (86 %) déclarait être à l'aise financièrement, contrastant avec la donnée populationnelle qui soutient que 27 % des parents au Québec estiment que leurs revenus sont insuffisants pour couvrir les besoins de base de leur famille (ISQ, 2024d).

Quatrièmement, sur le plan de l'utilisation des services offerts par des sages-femmes, nous retenons que le rejet de l'assistance offerte par des sages-femmes n'est pas seulement attribuable aux dimensions réglementaires ou législatives entourant leur pratique. En effet, le rejet de l'assistance professionnelle des sages-femmes par les femmes qui choisissent de vivre des GANA peut difficilement s'expliquer par le manque de disponibilité des services ou encore par la présence de facteurs de risque obstétricaux qui les excluent de ces services, car seulement une participante sur 10 a déclaré avoir fait face à ces enjeux. Ce constat nous amène à rejeter l'hypothèse théorique selon laquelle les femmes qui rencontrent des difficultés d'accès aux services offerts par les sages-femmes seraient plus susceptibles d'opter pour des GANA. Néanmoins, il est intéressant de noter que près des trois quarts de nos participantes avaient déjà obtenu un suivi offert par des sages-femmes. Ce constat démontre que les femmes concernées par les GANA ont très majoritairement déjà investi les services offerts par des sages-femmes au cours de leur parcours périnatal. À titre de comparaison, en 2022-2023, au Québec, ce sont seulement 7,9 % des suivis de grossesse et 4,6

% des accouchements qui ont été réalisés sous les soins de sages-femmes (Gouvernement du Québec, 2024).

Cinquièmement, sur le plan de l'utilisation des services non professionnels d'une doula, nous retenons que plusieurs femmes concernées par les GANA ont recours à cette assistance non professionnelle. Lors de leur dernière grossesse sans suivi ou de leur dernier ANA, la moitié des participantes ont été accompagnées par une doula. À notre connaissance, au Québec, aucune donnée populationnelle n'est disponible à ce sujet. Cependant, un rapport préliminaire sur l'accouchement en temps de pandémie (n=267), produit en 2020 par le Groupe MAMAN, le Regroupement Naissances Respectées (RNR) et l'Association québécoise des accompagnantes à la naissance (AQAN), indique que 33,2 % personnes répondantes avaient planifié être accompagnées par une doula avant le début de la pandémie (Groupe MAMAN et al., 2020).

Sixièmement, sur le plan obstétrical, nous retenons que les femmes concernées par les GANA sont généralement multipares et présentent parfois des facteurs de risque obstétricaux. À ce sujet, il convient de souligner que les participantes avaient en moyenne vécu trois accouchements, ce qui est largement supérieur à l'indice synthétique de fécondité au Québec qui était à 1,38 enfant par femme en 2023 (ISQ, 2024e). Lors de leur dernière grossesse sans suivi ou de leur dernier ANA, environ le quart des femmes interrogées présentait des facteurs de risque liés à la grossesse et près de 20 % présentaient des facteurs de risque liés à l'accouchement. À titre comparatif, dans le Plan d'action en périnatalité et petite enfance 2023-2028, il est énoncé que ce sont entre 70 à 80 % des grossesses qui sont considérées à faible risque de complications (Gouvernement du Québec, 2024).

Septièmement, sur le plan du déroulement de la grossesse et de l'accouchement, nous retenons que les femmes concernées par les GANA ont généralement recours à une certaine utilisation des services périnataux. À cet égard, plus de la moitié des participantes a obtenu un suivi de grossesse complet, le quart a obtenu un suivi de grossesse partiel et seulement 15,6 % ont choisi de ne pas avoir de suivi du tout. À notre connaissance, aucune donnée populationnelle n'est disponible afin de comparer le non-recours partiel ou total des suivis de grossesse au Québec. Cela dit, un nombre significatif des participantes n'a pas passé certains examens médicaux de routine. Par exemple, seulement le quart de nos participantes a effectué le dépistage prénatal de la trisomie 21 et moins de la moitié a effectué une échographie au premier trimestre, ce qui diffère

considérablement des données québécoises sur la participation à ces examens prénataux (MSSS, 2018). En effet, au Québec, entre 2012 et 2015, on estimait que le taux de participation à l'échographie de datation du premier trimestre s'était maintenu au-dessus de la norme de 70 % (MSSS, 2018). De plus, une proportion de 85 % des femmes aurait fait un test intégré de dépistage de la trisomie 21 en 2015 (avec ou sans clarté nucale) et elle semblait demeurer relativement stable pour l'ensemble du Québec depuis l'implantation du programme de dépistage prénatal (MSSS, 2018). Enfin, lors de leur dernière expérience d'ANA, la grande majorité des participantes n'a signalé aucune crainte pour sa santé ou celle du bébé lors du dernier ANA. Malgré cela, tout de même 48,3 % des femmes ont consulté un·e médecin ou une sage-femme dans les 72 heures ayant suivi la naissance, et 37,5 % des participantes n'ont sollicité aucun service. Cela semble témoigner de leur volonté d'être souveraine à l'égard de leurs expériences de grossesse et d'accouchement, et non pas d'un refus en bloc du système comme nous pourrions le penser.

Huitièmement, sur le plan des risques socioculturels liés aux GANA, nous retenons que les GANA incorporent une dimension socioculturelle particulièrement risquée, et que le parcours périnatal des femmes concernées intègre généralement des violences obstétricales. En effet, dans notre étude, un peu moins d'une femme sur cinq a vécu un signalement à la DPJ à la suite d'une expérience de grossesses sans suivi ou d'ANA. Par ailleurs, près de sept participantes sur 10 ont déclaré avoir subi des soins obstétricaux irrespectueux ou des violences obstétricales. Malheureusement, au Québec et au Canada, nous ne détenons pas de données populationnelles à ce sujet (Ferron-Parayre, 2023). À titre de comparaison, une étude réalisée aux Pays-Bas auprès de 12 239 femmes met de l'avant que 36,3 % d'entre elles ont vécu des soins obstétricaux irrespectueux ou des abus en contexte périnatal qui étaient considérés comme perturbants (van der Pijl et al., 2022). Ce constat confirme notre hypothèse théorique générée en introduction selon laquelle les femmes québécoises concernées par les GANA auraient majoritairement vécu des expériences de violences obstétricales lors de précédentes expériences périnatales.

Limites

La principale limite de cette recherche découle des choix méthodologiques effectués. En effet, la méthode de recrutement des participantes et l'échantillonnage non probabiliste peuvent avoir influencé les résultats. Étant donné que seules les femmes volontaires ont participé, il est possible qu'elles aient des expériences de GANA particulièrement marquantes, ce qui pourrait

biaiser les conclusions de notre article. De plus, ces choix méthodologiques ne garantissent pas que l'échantillon soit représentatif de la diversité de la population des femmes concernées par les GANA, ce qui limite la généralisation des résultats.

Implications

Sachant qu'il s'agit de la première étude, à notre connaissance, à brosser un portrait des femmes québécoises qui choisissent de vivre des GANA, nous croyons que ces données novatrices sont importantes, car elles permettent de rendre visibles des expériences marginalisées, mais aussi de potentiellement identifier des failles au dispositif actuel et de proposer des pistes d'amélioration afin de le rendre plus sûr et accueillant. Ces données permettent également d'évaluer les risques liés à ces expériences, ce qui semble essentiel pour réfléchir à l'élaboration de stratégies de réduction des risques. Finalement, ces données peuvent aussi guider la mise en place de politiques et de législations qui soutiennent et respectent les préférences et les choix des femmes. En somme, nous croyons que nos résultats soulignent plusieurs aspects cruciaux pour améliorer le dispositif médical périnatal.

Tout d'abord, la disparité géographique significative observée, avec une concentration élevée de participantes en provenance de régions rurales, semble encourager la nécessité d'une accessibilité accrue aux services d'accouchement à domicile (AAD) offerts par les sages-femmes. En ce sens, une attention particulière devrait être accordée à la réduction des obstacles géographiques (p. ex. habiter généralement à moins de 30 minutes d'une maison de naissance ou de l'hôpital de transfert pour se qualifier à l'AAD) et législatifs (p. ex. être exclue des services offerts par des sages-femmes en raison de la présence de facteurs de risque obstétricaux) qui peuvent empêcher les femmes d'accéder aux services offerts par des sages-femmes (LégisQuébec, 2024a, 2024b). En conséquence, ces obstacles pourraient mener certaines femmes à choisir un scénario d'accouchement encore plus « risqué » d'un point de vue médical que l'AAD accompagné par une sage-femme en région éloignée, soit celui de sortir du dispositif médical périnatal pour mener un ANA.

À l'instar de deux revues des écrits au sujet des ANA (Feeley et al., 2015; Velo Higuera et al., 2024), nous suggérons que des réflexions sociopolitiques plus larges devraient aussi être amorcées au sujet de la pratique sage-femme au Québec, car ces obstacles géographiques et législatifs aussi importants soient-ils ne semblent expliquer que seulement une décision sur 10 de

non-recours aux services offerts par les sages-femmes chez nos participantes. Autrement dit, nos résultats semblent soutenir que la philosophie sous-jacente à la pratique sage-femme au Québec cadre difficilement avec les souhaits de naissance de la majorité des femmes concernées par les GANA. Par exemple, selon Velo Higuera et al. (2024), les sages-femmes sont souvent reconnues par les femmes concernées par les GANA comme une autorité alignée avec le dispositif institutionnel ou encore comme des praticiennes impuissantes et désavantagées qui sont limitées dans leur capacité à soutenir des choix individualisés et non normatifs.

Toujours dans cette continuation, il serait aussi intéressant de réfléchir à la place importante qu'occupent les doulas dans l'expérience des femmes concernées par les GANA. Dans notre étude, une femme sur deux a fait appel à ce soutien non professionnel. Y aurait-il, par exemple, un amalgame entre doula et sage-femme procurant un sentiment de sécurité aux femmes en ce qui concerne le risque de complications obstétricales ? À cet égard, en Australie, Rigg et al. (2017, 2020) rapportent que certaines femmes choisissent de faire appel à des doulas (parfois appelées femmes sages ou encore sages-femmes non réglementées) lors de leur ANA, puisque celles-ci leur offrent ce qu'elles considèrent comme le meilleur des deux mondes : l'ANA avec une personne compétente qui n'est pas contrainte par des règlements et qui soutient leur vision de l'accouchement.

Par ailleurs, nos résultats révèlent des taux plus élevés que la moyenne nationale de femmes non hétérosexuelles et de personnes non binaires ou de genre fluide concernées par les GANA. Cela met en exergue la nécessité d'offrir des soins et des services inclusifs et sensibles à la diversité sexuelle et des genres. De futures études pourraient également mobiliser une lunette intersectionnelle pour comprendre de manière holistique comment les multiples vecteurs identitaires stigmatisés affectent les comportements et la santé des femmes et des personnes en contexte périnatal. De surcroît, les professionnel·les de la santé devraient recevoir des formations afin de fournir des soins respectueux, sans discrimination et adaptés aux besoins spécifiques de cette population.

Dans cette même logique, la prévalence alarmante de soins obstétricaux irrespectueux ou de violences obstétricales auprès des femmes concernées par les GANA souligne également un besoin urgent d'une approche centrée sur la personne où le respect des droits et la valorisation de l'autonomisation des femmes sont promus. La promotion d'une approche centrée sur la personne

est également cohérente avec le nouveau *Plan d'action en périnatalité et petite enfance 2023-2028* (Gouvernement du Québec, 2024).

En terminant, nous jugeons important de souligner que les femmes et les personnes concernées par les GANA et ayant participé à notre étude sont instruites et travaillent majoritairement dans les secteurs de la santé, des services sociaux ou communautaires et de l'éducation. Ces deux constats nous laissent penser que ces femmes concernées sont amplement informées des risques obstétricaux inhérents à leur décision, et que le choix d'une GANA est donc mûrement réfléchi et/ou découle probablement d'expériences particulièrement négatives des services périnataux, ou encore d'une perception différente des risques obstétricaux.

Aide financière reçue et conflit d'intérêts

Dans le cadre de ses études doctorales, la première auteure de cet article a obtenu des bourses d'études du MES, de l'UQO, du RRISIQ et du FRQ. Les auteur·es n'ont aucun conflit d'intérêts à signaler.

Références

- Ahmad Tajuddin, N. A. N., Suhaimi, J., Ramdzan, S. N., Malek, K. A., Ismail, I. A., Shamsuddin, N. H., Abu Bakar, A. I. et Othman, S. (2020). Why women chose unassisted home birth in Malaysia: A qualitative study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02987-9>
- AQD. (2021). *Code d'éthique et de déontologie de l'Association québécoise des doulas*. https://aqdouglas.com/wp-content/uploads/2021/05/AQD_code_ethique_2021.pdf
- Baranowska, B., Węgrzynowska, M., Tataj-Puzyna, U. et Crowther, S. (2022). "I knew there has to be a better way": Women's pathways to freebirth in Poland. *Women & Birth*, 35(4). <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.07.008>
- Brown, L. A. (2009). *Birth visionaries: An examination of unassisted childbirth* [Mémoire de maîtrise, Boston College University]. eScholarship@BC. <http://hdl.handle.net/2345/722>
- Bujold, A., Gervais, C. et Pariseau-Legault, P. (2024). Pourquoi certaines femmes choisissent d'accoucher sans assistance professionnelle ? Une revue narrative systématisée. *Aporia*, 16(2). <https://doi.org/10.18192/aporia.v14i2.7060>
- Cameron, H. J. (2012). *Expert on her own body: Contested framings of risk and expertise in discourses on unassisted childbirth* [Mémoire de maîtrise, Lakehead University]. DSpace. <http://knowledgecommons.lakeheadu.ca/handle/2453/526>
- Coddington, R., Fox, D., Scarf, V. et Catling, C. (2023). Getting kicked off the program: Women's experiences of antenatal exclusion from publicly-funded homebirth in Australia. *Women and Birth*, 36(1). <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.06.008>
- Dahlen, H., Schmied, V., Tracy, S. K., Jackson, M., Cummings, J. et Priddis, H. (2011). Home birth and the national Australian maternity services review: Too hot to handle? *Women and Birth*, 24(4). <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2010.10.002>
- Feeley, C., Burns, E., Adams, E. et Thomson, G. (2015). Why do some women choose to freebirth? A Meta-Thematic Synthesis, Part One. *Evidence Based Midwifery*, 13(1), 4-9.
- Feeley, C. et Thomson, G. (2016a). Tensions and conflicts in 'choice': Womens' experiences of freebirthing in the UK. *Midwifery*, 41. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.07.014>
- Feeley, C. et Thomson, G. (2016b). Why do some women choose to freebirth in the UK? An interpretative phenomenological study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 16. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0847-6>
- Ferron-Parayre, A. (2023). État des lieux et perspectives d'avenir sur les violences obstétricales et gynécologiques au Québec. *Journal du droit de la santé et de l'assurance-maladie*, 37(2). <https://doi.org/10.3917/jdsam.232.0056>
- Freeze, R. A. (2008). *Born free: Unassisted childbirth in North America* [Thèse de doctorat, University of Iowa]. Iowa Research Online. <https://iro.uiowa.edu/esploro/outputs/doctoral/Born-free-unassisted-childbirth-In-North/9983777384702771>

- Gouvernement du Québec. (2023, 6 mars). *Liste des services de sage-femme*. <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/services-de-sage-femme/liste-des-services-de-sage-femme>
- Gouvernement du Québec. (2024, 28 mars). *Plan d'action en périnatalité et petite enfance 2023-2028*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003708/>
- Greenfield, M., Payne-Gifford, S. et McKenzie, G. (2021). Between a rock and a hard place: Considering "freebirth" during covid-19. *Frontiers in Global Women's Health*, 2. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2021.603744>
- Groupe MAMAN, RNR et AQAN (2020, 25 septembre). *Rapport préliminaire. Accoucher en pandémie*. <http://accoucherenpandemie.ca/regard-sur-la-premiere-vague-un-rapport-preliminaire-suite-a-votre-participation-a-tous-tes>
- Henriksen, L., Nordström, M., Nordheim, I., Lundgren, I. et Blix, E. (2020). Norwegian women's motivations and preparations for freebirth - a qualitative study. *Sexual & Reproductive HealthCare*, 25. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100511>
- Hollander, M., de Miranda, E., Smit, A.-M., de Graaf, I., Vandenbussche, F., van Dillen, J. et Holten, L. (2020). 'She convinced me'- partner involvement in choosing a high risk birth setting against medical advice in the Netherlands: A qualitative analysis. *PLOS One*, 15(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229069>
- Hollander, M., de Miranda, E., van Dillen, J., de Graaf, I., Vandenbussche, F. et Holten, L. (2017). Women's motivations for choosing a high risk birth setting against medical advice in the Netherlands: A qualitative analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1621-0>
- Holten, L. et de Miranda, E. (2016). Women's motivations for having unassisted childbirth or high-risk homebirth: An exploration of the literature on 'birthing outside the system'. *Midwifery*, 38. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.03.010>
- ISQ. (2023a, 1^{er} juillet). *Estimations de la population des régions administratives, Québec, 1^{er} juillet 1986 à 2023*. https://bdso.gouv.qc.ca/pls/ken/ken213_afich_tabl.page?tbl?tbl_id=REPER17S1K21219569013558DJb9*&p_lang=1&p_m_o=ISQ&p_id_ss_domn=986&p_id_raprt=3595
- ISQ. (2023b, 16 octobre). *Portrait des enfants du Québec : de la grossesse aux premiers mois de la vie*. <https://statistique.quebec.ca/fr/produit/publication/portrait-enfants-quebec-grossesse-premiers-mois-vie>
- ISQ. (2024a, 8 mai). *Naissances et taux de natalité, Québec, 1900-2023*. <https://statistique.quebec.ca/fr/produit/tableau/naissances-et-taux-de-natalite-quebec>
- ISQ. (2024b, 31 mai). *Le Québec chiffres en main, 2024*. <https://statistique.quebec.ca/fr/document/le-quebec-chiffres-en-main>
- ISQ. (2024c, 19 mars). *Le milieu de vie des bébés. Un portrait à partir de l'étude Grandir au Québec*. <https://statistique.quebec.ca/fr/produit/publication/milieu-vie-bebes-portrait-grandir-au-quebec-faits-saillants>

- ISQ. (2024d, 17 juin). *Être parent au Québec en 2022. Un portrait à partir de l'Enquête québécoise sur la parentalité 2022*. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/etre-parent-quebec-2022.pdf>
- ISQ. (2024e, 8 mai). *Faits saillants tirés du Bilan démographique du Québec. Édition 2024*. <https://statistique.quebec.ca/fr/produit/publication/naissances-fecondite-bilan-demographique>
- Jackson, M. (2014). *Birthing outside the system: Wanting the best and safest. A grounded theory study about what motivates women to choose a high-risk homebirth or freebirth* [Thèse de doctorat, University of Western Sydney]. ResearchDirect. <http://handle.uws.edu.au:8081/1959.7/uws:29953>
- Jackson, M., Dahlen, H. et Schmied, V. (2012). Birthing outside the system: Perceptions of risk amongst Australian women who have freebirths and high risk homebirths. *Midwifery*, 28(5). <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.11.002>
- Jackson, M. K., Schmied, V. et Dahlen, H. G. (2020). Birthing outside the system: The motivation behind the choice to freebirth or have a homebirth with risk factors in Australia. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02944-6>
- Kornelsen, J. et Grzybowski, S. (2006). The reality of resistance: The experiences of rural parturient women. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 51(4). <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2006.02.010>
- LégisQuébec. (2024a, 1^{er} avril). *Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin*. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/S-0.1,%20r.%204>.
- LégisQuébec. (2024b, 1^{er} avril). *Règlement sur les normes de pratique et les conditions d'exercice lors d'accouchements à domicile*. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/S-0.1,%20r.%2014/>
- Lindgren, H. E., Nässén, K. et Lundgren, I. (2017). Taking the matter into one's own hands – women's experiences of unassisted homebirths in Sweden. *Sexual & Reproductive HealthCare*, 11. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.09.005>
- Lundgren, I. (2010). Women's experiences of giving birth and making decisions whether to give birth at home when professional care at home is not an option in public health care. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 1(2). <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2010.02.001>
- McKenzie, G. et Montgomery, E. (2021). Undisturbed physiological birth: Insights from women who freebirth in the United Kingdom. *Midwifery*, 101. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103042>
- Miller, A. C. (2009). “Midwife to myself”: Birth narratives among women choosing unassisted homebirth. *Sociological Inquiry*, 79. <https://doi.org/10.1111/j.1475-682X.2008.00272.x>
- Miller, A. C. (2012). On the margins of the periphery: Unassisted childbirth and the management of layered stigma. *Sociological Spectrum*, 32(5). <https://doi.org/10.1080/02732173.2012.694795>

- MSSS. (2018, 4 décembre). *Programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21. Bilan 2014-2015*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002229/?&date=DESC&type=rapport&critere=type>
- Norton, J. (2020). Why women freebirth: A modified systematic review. *MIDIRS Midwifery Digest*, 30(4). <https://insight.cumbria.ac.uk/id/eprint/5906>
- Oboyle, C. (2016). Deliberately unassisted birth in Ireland: Understanding choice in Irish maternity services. *British Journal of Midwifery*, 24(3). <https://doi.org/10.12968/bjom.2016.24.3.181>
- OSFQ. (2021, 30 juin). *Droits, devoirs et obligations concernant l'accouchement non assisté*. <https://www.osfq.org/medias/iw/ANA-docSyndique.pdf>.
- OSFQ. (2024). *Définition d'une sage-femme*. <https://www.osfq.org/fr/qu-est-ce-qu-une-sage-femme>.
- Plested, M. et Kirkham, M. (2016). Risk and fear in the lived experience of birth without a midwife. *Midwifery*, 38. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.02.009>
- Rigg, E. C., Schmied, V., Peters, K. et Dahlen, H. G. (2017). Why do women choose an unregulated birth worker to birth at home in Australia: A Qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1281-0>
- Rigg, E. C., Schmied, V., Peters, K. et Dahlen, H. G. (2020). A survey of women in Australia who choose the care of unregulated birthworkers for a birth at home. *Women and Birth*, 33(1). <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.11.007>
- Sassine, H., Burns, E., Ormsby, S. et Dahlen, H. G. (2021). Why do women choose homebirth in Australia? A national survey. *Women and Birth*, 34(4). <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.06.005>
- Statistique Canada. (2022, 23 novembre). *Coup d'œil sur le Canada 2022. Personnes LGBTQ2+*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/12-581-x/2022001/sec6-fra.htm>
- St-Amant, S. (2014). Nous sommes les freebirthers. *Enfanter sans peur et sans reproche. Recherches féministes*, 27(1). <https://doi.org/10.7202/1025462ar>
- van der Pijl, M. S. G., Verhoeven, C. J. M., Verweij, R., van der Linden, T., Kingma, E., Hollander, M. H. et de Jonge, A. (2022, 2022/07/08). Disrespect and abuse during labour and birth amongst 12,239 women in the Netherlands: A national survey. *Reproductive Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01460-4>
- Velo Higuera, M., Douglas, F. et Kennedy, C. (2024). Exploring women's motivations to freebirth and their experience of maternity care: A systematic qualitative evidence synthesis. *Midwifery*, 134. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104022>

Chapitre 4 – Résultats qualitatifs sur les motivations et les tensions sous-jacentes à une GANA

Appréhender l'invisible : quand les grossesses et les accouchements deviennent un acte
d'empuissancement

Avant-propos

Titre de l'article : Appréhender l'invisible : quand les grossesses et les accouchements deviennent un acte d'empuissancement

Auteur·es :

(1) Audrey Bujold, PhD(c), UQO

(2) Christine Gervais, PhD, professeure au Département des sciences infirmières, UQO

(3) Pierre Pariseau-Legault, PhD, professeur au Département des sciences infirmières, UQO

Revue de publication : Sciences sociales et santé

Date de soumission : 15 janvier 2025

Statut de l'article : Article en révision¹⁷ (annexe O)

Pertinence de la revue en sciences de la famille : La revue *Sciences Sociales et Santé* constitue un lieu de publication particulièrement pertinent pour la diffusion de résultats qualitatifs issus d'une recherche doctorale en sciences de la famille portant sur les GANA. Elle offre un espace privilégié de dialogue entre les sciences sociales, les sciences humaines et les sciences médicales, ce qui en fait un forum idéal pour aborder une thématique aussi complexe que celle des GANA. Le caractère marginalisé de ces pratiques, souvent invisibilisées ou marginalisées dans les discours médicaux et institutionnels, appelle à une réflexion nuancée sur les politiques de santé, les logiques de médicalisation et les rapports au soin. En ce sens, *Sciences Sociales et Santé* constitue un espace fécond pour faire dialoguer les savoirs situés des femmes avec les enjeux contemporains de la biomédecine et de l'intervention en santé, dans une perspective transdisciplinaire.

¹⁷ Le manuscrit qui suit a été révisé à partir des demandes de modifications de la revue. Il s'agit de la version la plus récente soumise.

Résumé

Les grossesses et accouchements non assistés (GANA) consistent à vivre une grossesse et/ou à donner naissance sans recourir (partiellement ou complètement) aux services des professionnel·les de la santé. Bien que marginale, cette pratique suscite des débats polarisés, opposant ceux qui y voient un choix éclairé, justifié par un souci de sécurité personnelle et de bien-être, à ceux qui considèrent cette pratique comme une décision risquée, voire irresponsable, pour la santé de la mère et de l'enfant. Mobilisant la théorie du positionnement situé, cette analyse qualitative réalisée auprès de 22 femmes et d'une personne de genre fluide vivant au Québec et ayant vécu des GANA présente les différentes trajectoires décisionnelles et motivations sous-jacentes à ce choix, en plus de décrire les tensions personnelles, relationnelles et institutionnelles auxquelles elles font face. Les résultats suggèrent que les GANA au Québec résultent souvent d'expériences périnatales négatives ou traumatiques. Ce choix, perçu comme une mesure de protection pour elle-même et leur bébé, devient un acte d'empuissancement et de réappropriation de leur maternité. Cependant, les tensions liées au rejet du système médical et à la crainte de représailles qui en découle témoignent des défis complexes liés à cette décision.

Mots clés : accouchement non assisté, grossesse sans suivi, non-recours, recherche qualitative, théorie du positionnement situé

Introduction

Les grossesses et accouchements non assistés (GANA), appelés *freebirth* en anglais, consistent à vivre une grossesse et/ou à donner naissance sans recourir (partiellement ou complètement) aux services des professionnel·les de la santé. Bien que marginale (Bujold et al., 2025), cette pratique suscite des débats polarisés, opposant ceux qui y voient un choix éclairé, justifié par un souci de sécurité personnelle et de bien-être, à ceux qui considèrent cette pratique comme une décision risquée, voire irresponsable, pour la santé de la mère et de l'enfant (Jenkinson et Fox, 2021). Dans ce contexte, les GANA représentent un phénomène social controversé, où la sécurité, l'autodétermination, et les droits parentaux sont mis sous tension avec les normes sociales et les interventions potentielles de l'État (Bujold et al., 2024; Michel Costa, 2023).

Aux États-Unis, les GANA demeurent dans l'absolu non réglementées. Cette situation doit toutefois être comprise à partir d'un contexte où le droit des femmes à disposer de leur corps est ouvertement contesté (Cantor, 2012; Diaz-Tello et Kumar-Hazard, 2021; Hickman, 2010; Paltrow et Flavin, 2013). Si certaines femmes concernées par les GANA estiment qu'elles ne risquent aucune conséquence légale en choisissant d'accoucher sans assistance professionnelle, il existe néanmoins des cas où certaines d'entre elles se sont vues imposer des soins médicaux en fin de grossesse (p. ex. césariennes, transfusions sanguines) ou ont même été poursuivies en justice pour ne pas avoir sollicité d'assistance professionnelle pendant l'accouchement ou après, et avoir manqué à leur responsabilité de protéger la vie du fœtus (Cantor, 2012; Diaz-Tello et Kumar-Hazard, 2021; Hickman, 2010; Paltrow et Flavin, 2013). Bien que les tribunaux états-uniens reconnaissent généralement le droit de refuser un traitement médical, celui-ci peut être limité par des motifs extraordinairement impérieux, incluant la protection d'un fœtus viable et l'obligation parentale de fournir les soins médicaux jugés essentiels (Cantor, 2012; Diaz-Tello et Kumar-Hazard, 2021; Hickman, 2010; Paltrow et Flavin, 2013). Ces doctrines servent donc de justification pour les interventions étatiques dans les cas de GANA. À cet égard, une étude ayant interrogé des obstétricien·nes (n=229) et des avocat·es (n=126) a révélé que plus de 51 % des répondant·es étaient en faveur d'une coercition judiciaire pour soumettre les femmes enceintes à des traitements médicaux (Samuels et al., 2007).

Les enjeux législatifs entourant les GANA, comparables dans leur essence aux débats sur le droit à l'avortement, trouvent aussi un écho au Canada. Influencées par le modèle états-unien, les

pratiques canadiennes en matière de périnatalité présentent cependant des particularités propres. La législation canadienne ne mentionne pas explicitement le droit d'accoucher sans assistance professionnelle. Cependant, contrairement aux États-Unis, aucune loi coercitive n'exige l'intervention médicale, laissant davantage de latitude aux femmes. Néanmoins, le cadre socioculturel québécois (Canada) est marqué par une pression normative forte en faveur d'une prise en charge médicale des naissances (Desgagné, 2021; Dessureault, 2015; Forget, 2022; Rivard, 2014), ce qui expose les femmes choisissant de vivre des GANA à des tensions institutionnelles et sociales, notamment lorsqu'elles expriment un non-recours total ou partiel aux soins périnataux. Cela dit, au Canada, lorsque les professionnel·les de la santé et les femmes ne s'entendent pas sur la conduite à tenir, c'est la femme qui aurait le dernier mot. De fait, lorsque les professionnel·les de la santé refusent de faire des concessions à propos des protocoles standardisés et des meilleures pratiques, certaines femmes choisissent, plutôt que de se conformer à leurs exigences, de se désaffilier de ces services en s'orientant vers une GANA et prennent ainsi plus de risques que ce qu'elles avaient initialement prévu (Bujold et al., 2024; Hollander, 2021; Michel Costa, 2023).

À l'échelle internationale, les GANA ont été étudiés dans divers contextes socioculturels, et les résultats convergent généralement vers des motivations similaires : le désir d'autonomie corporelle, la recherche d'une naissance physiologique et la volonté de se réapproprier son expérience périnatale (Bujold et al., 2024; Macdonald et al., 2023; Shorey et al., 2023; Velo Higuera et al., 2024). Dans l'espace francophone, Joana Michel Costa (2023), dont le mémoire de maîtrise récent analyse ce phénomène, souligne l'existence d'un continuum entre accouchements assistés et non assistés : son étude met en relief que les femmes suivent souvent un parcours progressif vers des pratiques moins médicalisées, partant d'expériences hospitalières traditionnelles pour s'orienter progressivement vers des accouchements à domicile (AAD), et ensuite vers des accouchements non assistés (ANA). Conséquemment, plusieurs femmes ayant déjà vécu un accouchement médicalisé adoptent un rapport nuancé au médical : elles ne rejettent pas systématiquement la médicalisation, mais aspirent à une prise en charge plus respectueuse de leurs choix, favorisant une collaboration avec les sages-femmes (SF) plutôt qu'un rejet radical du système (Michel Costa, 2023). Elle souligne également que les femmes concernées par les GANA mobilisent souvent une « rationalisation scientifique » pour convaincre les autorités médicales, leurs partenaires et la société des bénéfices de l'accouchement physiologique, notamment en

matière de régulation hormonale et de positions favorables à la naissance, tout en critiquant les effets de l'hypermédicalisation, même lorsqu'elle se veut douce (Michel Costa, 2023).

Afin de mieux comprendre ce qui caractérise le vécu des femmes qui choisissent de vivre une GANA au Québec (Canada), cette étude vise deux objectifs principaux : d'une part, analyser la trajectoire décisionnelle et les motivations sous-jacentes des femmes québécoises qui optent pour une GANA, et, d'autre part, décrire les tensions auxquelles elles font face dans leurs négociations pour éviter totalement ou partiellement les soins périnataux. Comme le souligne le professeur Mahmoud Fathalla, obstétricien reconnu à l'Organisation mondiale de la santé, « plutôt que de se demander pourquoi les femmes n'acceptent pas les services que nous leur proposons, la véritable question est : pourquoi ne proposons-nous pas des services que les femmes accepteraient » (Fathalla, 1998 : vii) ?

Le système périnatal québécois : professions et modes d'accompagnement

Au Québec (Canada), les femmes enceintes ont accès à différents types de professionnel·les de la santé pour assurer leur suivi prénatal, dont des médecins (omnipraticien·nes ou obstétricien·nes), des SF et, dans certains contextes, des infirmières praticiennes spécialisées (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2024). Il existe également trois lieux de naissance : l'hôpital, la maison de naissance (MDN) et le domicile. En théorie, les femmes peuvent choisir le·la professionnel·le et le lieu de naissance qui correspond à leurs préférences. En revanche, la réalité sur le terrain révèle des freins persistants à l'exercice effectif de ces droits, puisqu'il demeure notamment conditionné par la disponibilité des ressources et l'évaluation du niveau de risque obstétrical. Par exemple, les SF sont uniquement autorisées à accompagner les accouchements à bas risque dans chacun de ces milieux, mais leur présence demeure marginale dans le système périnatal québécois. Malgré les engagements de la Politique de périnatalité 2008-2018, visant notamment à renforcer l'offre de services de première ligne, plusieurs objectifs n'ont toujours pas été atteints comme celui de l'accès aux services SF pour au moins 10 % des naissances (MSSS, 2024). En effet, selon le MSSS (2024), la prise en charge des accouchements est assurée à 60 % par des obstétricien·nes, à 35 % par des omnipraticien·nes et à peine 4 % par des SF. Ces données illustrent l'écart persistant entre les intentions politiques et les pratiques effectives.

Dans ce contexte où la médicalisation des naissances demeure prédominante et où les options réellement accessibles pour les femmes enceintes apparaissent limitées, plusieurs travaux

soulignent que les conditions sont propices à l'émergence de pratiques obstétricales perçues comme irrespectueuses, voire assimilées à des formes de violences obstétricales. Le Québec ne constitue pas une exception à cet égard, comme en témoignent différentes recherches (Chancogne et Lévesque, 2024; Desgagnés, 2021; Dessureault, 2015; Grenier, 2019; Labrecque, 2018; Lévesque et al., 2018). Face à ce constat, un groupe de chercheuses élabore actuellement une « charte de consultation » visant à mieux définir les gestes respectueux dans les soins gynéco-obstétricaux offerts au Québec (La Presse canadienne, 2025). Ces enjeux se reflètent également dans les trajectoires de femmes ayant vécu une GANA pour qui l'expérience de violences obstétricales joue un rôle déterminant dans les choix de soins (Bujold et al., 2024, 2025; McKenzie, 2025; Michel Costa, 2023; Topçu et Michel Costa, 2023). Une étude quantitative descriptive menée auprès de 64 personnes ayant vécu une GANA a révélé que près de 70 % d'entre elles avaient subi des soins obstétricaux irrespectueux ou des violences obstétricales (Bujold et al., 2025). De manière analogue, Sezin Topçu et Joana Michel Costa (2023) avancent que l'ANA peut parfois représenter une tentative de « réparation » face à une expérience antérieure jugée traumatique.

En réponse aux limites du système périnatal formel, certaines femmes québécoises se tournent vers les doulas pour obtenir un soutien continu, individualisé et centré sur leurs besoins tout au long de la période périnatale. Bien que leur accompagnement ne relève d'aucune responsabilité professionnelle reconnue (Ordre des sages-femmes du Québec [OSFQ], 2025), elles jouent un rôle complémentaire en soutenant activement les droits et les volontés des femmes qui accouchent dans des contextes institutionnels surchargés (Bergeron et al., 2019). Contrairement aux services médicaux et SF couverts par le régime public d'assurance maladie, leur accompagnement est généralement payant, un suivi complet dépassant fréquemment 1 000 dollars canadiens. Si aucune donnée populationnelle n'est disponible sur la popularité des doulas au Québec, une étude quantitative sur les GANA a montré qu'elles occupent une place importante dans ce parcours : plus de 60 % des participantes avaient déjà été accompagnées par une doula lors d'une expérience périnatale, et la moitié d'entre elles l'ont spécifiquement été lors de leur dernière GANA (Bujold et al., 2025). Plusieurs travaux internationaux confirment également leur rôle pour une expérience positive de GANA (Johansson et al., 2023; Lou et al., 2022; McKenzie, 2025; Michel Costa, 2023). En particulier, Lou et al. (2022) mettent de l'avant l'importance du soutien « en attente » d'une doula lors de l'ANA, un dispositif qui apportait aux femmes un filet de sécurité,

tout en leur permettant de garder un contrôle sur leur expérience. En parallèle, Johansson et al. (2023) rapportent que certaines femmes ont eu la possibilité de recevoir un soutien à distance de doulas via des messages textes, des vidéos ou des appels pendant leur ANA. Cependant, il importe de préciser que certaines personnes concernées par les GANA perçoivent les doulas comme faisant partie, tout comme les SF, du champ des professionnelles de la naissance, puisqu'elles offrent un service rémunéré fondé sur un savoir-faire spécifique, et ce même si elles n'ont pas de formation médicale (Michel Costa, 2023). Cette perception soulève des enjeux quant à la définition même des GANA et aux frontières entre accompagnement non médical et intervention professionnelle. À cet égard, la présence des doulas lors d'ANA est devenue problématique pour l'OSFQ, qui a publié en juillet 2025, un dossier spécial en réponse à une hausse significative des signalements et plaintes pour ces contextes spécifiques (OSFQ, 2025). L'OSFQ (2025) reproche notamment à certaines doulas d'outrepasser leur périmètre d'intervention en exerçant des compétences d'évaluation, décisionnelles ou cliniques qui ne relèvent pas de leur statut non professionnel, et invite formellement les SF témoins de ces pratiques « non sécuritaires » et « illégales » à dénoncer ces dépassements.

Positionnement situé et empuissancement : comprendre les choix reproductifs au prisme des rapports de pouvoir

S'inscrivant dans les épistémologies féministes, cette recherche mobilise la théorie du positionnement situé pour relier la production de savoir scientifique à des visées politiques et émancipatrices (Harding, 1992). Cette théorie offre un cadre conceptuel solide pour dénoncer la prétention à une neutralité axiologique : elle souligne que toute connaissance est produite à partir d'une position sociale spécifique, inscrite dans des rapports asymétriques de domination et d'oppression, et ne peut donc jamais provenir d'un lieu neutre ou universel, mais toujours d'un contexte social, historique et politique déterminé (Harding, 2004). Reconnaître un positionnement situé implique ainsi d'admettre que certaines positions sociales offrent un accès privilégié à des dimensions de la réalité invisibilisées par les savoirs dominants. Plus encore, c'est précisément l'expérience de la minorisation, entendue comme une position sociale subordonnée, marginalisée ou exclue, qui rend possible le développement d'une conscience critique des rapports de pouvoir et des normes sociales hégémoniques (Harding, 2004).

Dans cette logique, nous soutenons que les femmes concernées par les GANA constituent un groupe minorisé face à l'autorité obstétricale. Cette minorisation se traduit par la marginalisation de leurs choix reproductifs, souvent incompris ou condamnés par les professionnel·les de la santé, ainsi que par l'invisibilisation et la dévalorisation de leurs savoirs, expériences et besoins (Bujold et al., 2024; Michel Costa, 2023; Velo Higuera et al., 2024). Leur point de vue situé représente dès lors un avantage épistémique (Harding, 2004), en ce qu'il permet de saisir des dimensions occultées par les savoirs dominants, en particulier ceux produits par le corps médical. Ce regard rend possible une compréhension plus globale des mécanismes de pouvoir qui traversent à la fois la non-assistance professionnelle et la médicalisation des naissances (Hill Collins, 2000), ouvrant la voie à des analyses inédites et critiques (Harding, 2004). Dans cette perspective féministe, les femmes deviennent les sujets de leur propre récit en contexte périnatal et contribuent à l'élaboration d'un cadre collectif permettant une réinterprétation émancipatrice de la médicalisation des naissances, historiquement construite par la discipline médicale autour de la pathologisation du corps féminin (Bracke et De La Bellacasa, 2013).

Cet avantage épistémique s'inscrit dans un débat critique plus large, ancré dans l'histoire de la médicalisation des naissances, largement documentée par la sociologie, l'anthropologie et les études féministes depuis les années 1970 (Davis-Floyd, 2022). Les travaux pionniers anglosaxons ont montré l'empreinte patriarcale de la « technocratie obstétricale », un modèle biomédical qui considère les femmes et leur corps comme des objets à contrôler durant la grossesse et l'accouchement (Davis-Floyd, 2022). Ils ont également mis en exergue la dimension sociale et culturelle de la naissance et de la pratique SF, occultée par la rationalisation biomédicale (Davis-Floyd, 2022). Dans ce prolongement, d'autres recherches soulignent les tensions persistantes entre progrès technique et respect de l'autonomie des femmes : les discours obstétricaux centrés sur la sécurité médicale tendent, par exemple, à occulter ou à minimiser certains vécus difficiles comme les violences obstétricales (Chancogne et Lévesque, 2024; Forget, 2022; Labrecque, 2018) ou encore les expériences de souffrance technologique (Topçu, 2021, 2023).

Dans la continuité de notre réflexion sur l'avantage épistémique des femmes concernées par les GANA, nous avons choisi de mobiliser le concept d'empuissancement, que nous préférons au terme anglophone empowerment, afin d'interroger la portée politique des trajectoires et des discours qui les concernent (Dormeau et Tehel, 2021). Alors que l'empowerment tend à généraliser

les dynamiques de pouvoir, l'empuissancement insiste sur leur dimension située, relationnelle et politique, toujours en tension avec les structures sociales dominantes. Ce cadre conceptuel permet ainsi de comprendre les espaces où aspirations à une autonomie reproductive transformatrice et formes de réappropriation partiellement façonnées par la médicalisation des naissances coexistent et s'entrelacent. Ainsi, l'empuissancement peut à la fois encourager une redéfinition de soi et perpétuer certaines structures de pouvoir. Rendre visibles des choix s'écarter des modèles reproductifs institutionnalisés constitue une stratégie de reprise de pouvoir, tout en restant encadrée par des normes sociales et culturelles susceptibles d'en limiter la portée subversive ou de la réabsorber dans des discours institutionnels ou médicaux (Dormeau et Tehel, 2021). C'est précisément cette zone d'ambivalence que nous identifions le « terrain de recherche » des dynamiques d'empuissancement liées aux GANA, et c'est avec cette conscience des possibles récupérations que nous avons analysé les paroles et pratiques des femmes rencontrées (Dormeau et Tehel, 2021).

Enfin, de manière cohérente avec la théorie du positionnement situé, il semble essentiel de discuter de la positionnalité de la première auteure de cet article, puisqu'elle se situe à l'intersection de plusieurs expériences contrastées : mère de quatre enfants, dont trois sont nés sans assistance professionnelle; candidate au doctorat en sciences de la famille; et infirmière. Cette double appartenance à la fois minorisée (femme concernée par les GANA) et intégrée aux milieux académique (doctorat) et médical (infirmière) nourrit un regard croisé et critique à la fois enraciné dans l'expérience vécue et orienté vers la production scientifique. Cette positionnalité d'outsider within (Hill Collins, 2000), articulée à la théorie du positionnement situé, a constitué un élément central de notre réflexion. Elle nous a conduits à accorder une attention particulière à la manière dont les voix des participantes étaient recueillies et restituées, une préoccupation clé en recherche qualitative (Chbat, 2022). À cet égard, bien que certains aspects du parcours de la première auteure, notamment liés à l'autonomie reproductive et à certaines étapes de la maternité, trouvaient des résonances dans les récits analysés, il nous a semblé important, dès les premières étapes du terrain, d'éviter toute posture consistant à « parler pour » les femmes rencontrées (Chbat, 2022). Cette vigilance repose sur la conscience que les expériences regroupées sous l'appellation de GANA ne constituent pas un ensemble homogène, mais varient considérablement selon les contextes sociaux, familiaux et culturels dans lesquels elles s'inscrivent.

Méthodologie

Cette publication s'inscrit au centre d'une vaste étude de cas unique avec unités d'analyse imbriquées (Yin, 2018) visant l'avancement des connaissances au sujet des GANA au Québec. Cet article présente une analyse qualitative des trajectoires décisionnelles et des tensions (personnelles, relationnelles et institutionnelles) liées au GANA à partir d'entrevues individuelles semi-dirigées menées auprès de 23 participantes, dont 21 femmes ayant vécu des GANA. En plus de ces 21 femmes, l'échantillon inclut les récits respectifs d'une femme et d'une personne de genre fluide ayant désiré vivre une GANA, mais dont l'expérience s'est avérée infructueuse¹⁸ (transfert vers l'hôpital au moment de l'accouchement et arrivée de la SF pendant l'accouchement). En respect à l'identité de genre de nos participantes, le terme « personne » et l'écriture inclusive ont été utilisés dans cet article uniquement lorsqu'ils concernaient spécifiquement le·la participant·e s'étant identifié·e comme une personne de genre fluide. Puisque les GANA concerne précisément l'autonomie reproductive des femmes, il importe pour les personnes autrices et participantes (dont la personne de genre fluide ayant participé à la recherche) de ne pas occulter son caractère genré.

Collecte des données

Au printemps 2024, la première auteure de cet article a contacté les administratrices des communautés en ligne investies par les femmes concernées dans le but de présenter l'étude et de demander la permission de diffuser les affiches de recrutement sur les réseaux en question. Au total, huit communautés en ligne sur Facebook ont diffusé les affiches de recrutement sur leurs réseaux socionumériques. Considérant le faible nombre de femmes québécoises qui ont choisi des GANA et qui répondent aux critères d'inclusion, une stratégie d'échantillonnage de convenance a été mise en place. L'échantillon a d'abord été fixé à 12 femmes, ce nombre étant approximatif afin d'assurer la réussite du doctorat dans les temps prescrits. Cependant, considérant le fort engouement pour la recherche, nous avons décidé d'inclure toutes les personnes ayant manifesté un intérêt et répondant aux critères d'inclusion suivants : (1) être âgée de 18 ans et plus; (2) avoir vécu, par choix, une grossesse sans suivi professionnel en partie ou totalement et/ou un accouchement sans assistance professionnelle au Québec; (3) être en mesure de comprendre et de

¹⁸ Les « tentatives qui se sont avérées infructueuses » désignent ici un projet de GANA dans l'intention et la planification de la naissance, mais partiel dans sa réalisation, permettant de rendre compte de l'expérience vécue des personnes concernées, même lorsque le projet initial n'a pu se concrétiser intégralement.

lire le français. Au total, 22 femmes et une personne de genre fluide ont participé à un entretien semi-dirigé.

Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés exclusivement à distance, via la plateforme Zoom, pour faciliter la participation de personnes géographiquement dispersées et réduire les contraintes logistiques liées aux déplacements. Chaque entretien a duré en moyenne 90 minutes. Le schéma d'entretien a été construit de manière à analyser la trajectoire décisionnelle et les motivations sous-jacentes aux GANA ainsi qu'à décrire les tensions vécues par les femmes concernées dans leur négociation du non-recours partiel ou complet aux services périnataux. Celui-ci contenait une banque de questions et de sous-questions pour chacun des objectifs de façon à orienter et à soutenir le dialogue au besoin. La plupart des questions étaient ouvertes et non directives afin de s'assurer que le point de vue situé des femmes concernées soit exploré et compris dans toute sa complexité. Avant de compléter l'entretien, les femmes étaient invitées à remplir un court questionnaire sociodémographique sur LimeSurvey visant à contextualiser le propos des participantes lors de la restitution des résultats.

Analyse et interprétation des résultats

L'analyse et l'interprétation des données ont suivi le processus de codage inductif en trois cycles décrit par Saldaña (2021), à l'aide du logiciel NVivo 14. Les entretiens ont d'abord été intégralement transcrits. Le premier cycle (codage ouvert) a permis de fragmenter les extraits narratifs et de les étiqueter (p. ex. in vivo, processus, émotion, valeur, descriptif), afin d'identifier les éléments saillants et schémas potentiels. Le deuxième cycle (codage axial) a consisté à relier et organiser les codes en catégories plus abstraites, structurant les données et faisant émerger des relations. Enfin, le troisième cycle (codage sélectif) a ciblé les catégories centrales les plus pertinentes, pour affiner et intégrer l'ensemble dans une structure théorique globale.

Ce processus analytique a d'abord été réalisé de manière transversale pour chacun des entretiens. Ensuite, l'analyse horizontale entre les entretiens a été effectuée en mettant de l'avant les points de convergence et de divergence entre les codes, les catégories et les catégories centrales dans le but de comprendre et de conceptualiser les données de façon contrastée et complémentaire (Miles et al., 2020; Saldaña, 2021). Sous la supervision des 2e et 3e personnes coautrices, toutes ces étapes ont été réalisées par la première auteure de ce texte, puisqu'il s'agit de son projet

doctoral. Le processus d'analyse a été négocié en réunion d'équipe et révisé pour obtenir un consensus le cas échéant.

Résultats

En plus du portrait des participantes, l'analyse des données qualitatives permet de relever six thématiques importantes afin de caractériser le vécu des femmes et de la participante de genre fluide. Celles-ci sont présentées de manière chronologique passant des expériences périnatales antérieures au processus décisionnel à la préparation d'une GANA, pour ensuite expliciter l'expérience de GANA comme telle, et finalement détailler le suivi en postpartum. De manière globale, ces thèmes visent à décrire les différentes trajectoires décisionnelles et à identifier les tensions personnelles, relationnelles et institutionnelles auxquelles elles font face.

Portrait des participantes

En moyenne, les participantes ont vécu 2,78 accouchements (1-5). Quatre participantes sont nées à l'extérieur du Canada. Les trois quarts de notre échantillon détiennent un diplôme collégial ou universitaire. Lorsque les participantes ne sont pas enceintes ou en congé parental, plus des trois quarts d'entre elles travaillent à temps partiel (n=9) ou à temps complet (n=9). Cinq participantes ont déclaré être mères à la maison et une autre a déclaré être bénéficiaire des prestations de solidarité sociale. La moitié des participantes se décrivent comme des doulas, tandis qu'une proportion équivalente indique que leur revenu familial avant impôts en 2023-2024 était inférieur à 65 000 dollars canadiens. Malgré ce faible revenu, 17 des 23 participantes ont estimé qu'il était suffisant. Finalement, le quart de notre échantillon a déclaré une orientation sexuelle autre qu'hétérosexuelle : bisexuelle (n=3), pansexuelle (n=1), polysexuelle (n=1) et queer (n=1).

En ce qui concerne la dernière expérience de GANA, la majorité de ces expériences a eu lieu en 2021. Seulement quatre participantes ont rapporté des expériences de GANA antérieures à 2020. Au moment de leur dernière expérience de GANA, les femmes étaient en moyenne âgées de 31 ans (20-40) et habitaient majoritairement des régions rurales de moins de 10 000 personnes habitantes. Quatre femmes ont rapporté des GANA dans le contexte d'une grossesse gémellaire et deux femmes ont déclaré avoir vécu une GANA à la suite d'une césarienne. Enfin, une femme a déclaré avoir vécu deux mortinaissances dans le cadre de GANA. Le tableau 10 expose le profil des expériences de naissance des personnes participantes.

Tableau 10. Profil des expériences de naissances des participantes¹⁹

P1	Hélène, mère de trois enfants, a vécu son premier ANA lors de son troisième accouchement, à domicile, avec son conjoint, ses enfants et une amie. En fin de grossesse, après avoir annoncé son intention d'ANA à sa SF, elle a perdu le suivi. Ses deux expériences antérieures incluent un suivi SF se concluant à l'hôpital (refus de déclenchement) et un AAD perçu comme intrusif.
P2	Cléo, mère de deux enfants, a vécu son premier ANA lors de sa première grossesse. Suivie par une SF, elle a accouché à domicile sans assistance médicale, faute d'AAD disponible pendant la pandémie, accompagnée de deux doulas (dont une présente à l'accouchement). Après cette naissance, sa SF a initialement mis fin au suivi, mais, après discussion au sein de la MDN, celui-ci a été poursuivi. Pour sa deuxième grossesse, elle a eu un suivi minimal : deux consultations à l'hôpital (doppler au 1er trimestre, mini-écho infirmant une grossesse gémellaire au 2e). Elle a accouché seule, la maisonnée dormant.
P3	Rachel, mère de deux enfants, a vécu son premier accouchement en MDN sous suivi SF, expérience marquée par des violences obstétricales. Son deuxième est né lors d'un ANA à domicile, en présence de son conjoint et d'un membre de la famille également doula. La deuxième grossesse a aussi été suivie par des SF. Elle rapporte des expériences négatives centrées sur le risque et la peur.
P4	Sarah, mère de trois enfants, a vécu sa première naissance en MDN, expérience difficile liée à des interventions non consenties. Ses deux grossesses suivantes se sont déroulées sans suivi médical, et se sont conclues par un ANA à domicile, accompagnée uniquement de son conjoint. Elle a recours à une doula uniquement pour l'accompagnement postnatal, sans lien avec l'accouchement.
P5	Lilas, mère de deux enfants, a vécu sa première grossesse sous suivi SF, donnant lieu à un accouchement en MDN qu'elle décrit comme positif. Lors de sa deuxième grossesse, suivie par une SF, elle a été exclue du suivi au 2e trimestre après avoir annoncé son intention d'ANA, contrainte de choisir entre poursuivre le suivi ou opter pour l'ANA. Elle a mené le reste de sa grossesse sans suivi médical jusqu'à l'accouchement, un ANA à domicile avec son conjoint. Souhaitant être accompagnée par une doula, elle a essuyé des refus en raison de son choix de GANA.
P6	Camille, mère de jumeaux, a vécu deux fausses couches, l'une à l'hôpital (expérience difficile) et l'autre à domicile. Lors de sa grossesse suivante, elle a débuté un suivi avec son MD pour sa grossesse gémellaire, mais, en raison de soins obstétricaux irrespectueux, y a mis fin au 2e trimestre. Son ANA s'est déroulé à domicile, accompagnée de son conjoint et d'une doula.
P7	Joanie, mère de trois enfants, a eu trois grossesses suivies par des SF. Ses deux premiers accouchements, en MDN, ont été vécus positivement. Pour le troisième, elle choisit de vivre un ANA à domicile avec son conjoint, en raison du refus des SF d'une présence « hands-off ». Après l'ANA, elle a contacté sa SF et déclaré un accouchement inopiné.
P8	Annie est mère de trois enfants vivants et a vécu deux mortinaissances. Ses deux premières grossesses sont suivies par des SF (pratique alors non réglementée au Québec). Prévu en AAD, chaque accouchement s'est terminé à l'hôpital par césarienne pour arrêt de progression. Sa troisième grossesse, principalement sans suivi (quelques RDV avec un MD), s'est également conclue par une césarienne après tentative d'ANA. Ses deux dernières grossesses, principalement sans suivi médical, ont donné lieu à un ANA à domicile avec décès néonatal, puis à une nouvelle tentative d'ANA se soldant par un transfert et une césarienne, l'enfant décédant peu après la naissance.
P9	Zoé, mère de quatre enfants, a vécu ses deux premières grossesses sous suivi SF avec accouchements en MDN. Souhaitant un AAD, elle n'y était pas admissible en raison de la distance entre son domicile et la MDN. Ses expériences, globalement positives, lui ont semblé marquées par trop de pression et de contrôle. Pour sa troisième grossesse, le suivi SF débute, mais une grossesse gémellaire entraîne son exclusion et un transfert à la clinique GARE, expérience très négative. Elle interrompt le suivi au 3e trimestre et effectue elle-même le monitoring (protéinurie, tension artérielle, cœur fœtal), menant à un ANA à domicile avec son conjoint et une doula.
P10	Émilie, mère de trois enfants, a vécu sa première grossesse sous suivi SF avec accouchement en MDN. Son expérience a été positive. Sa deuxième grossesse, également suivie par des SF, a débuté par un AAD mais s'est terminée par césarienne en milieu hospitalier pour complications obstétricales. Pour sa troisième

¹⁹ Des pseudonymes ont été attribués à chaque personne participante.

	grossesse, suivie par des SF, elle met fin au suivi au 2 ^e trimestre et effectue un ANA à domicile avec son conjoint et une doula. Son parcours, à l'hôpital comme avec les SF (2 ^e grossesse), a été marqué par des soins obstétricaux irrespectueux et des violences obstétricales.
P11	Katherine, mère de quatre enfants, a vécu sa première grossesse en suivi hospitalier, avec induction au 3 ^e trimestre pour retard de croissance intra-utérin. Sa deuxième grossesse, suivie par des SF, s'est conclue par un accouchement hospitalier sous soins SF. La troisième grossesse, également suivie par des SF, a donné lieu à un accouchement en MDN. Pour sa quatrième grossesse, suivie par des SF, la distance domicile-MDN ne respectant pas le protocole, elle a choisi un ANA à domicile avec son conjoint et une doula. Après l'accouchement, elle s'est rendue à l'hôpital pour vérifier l'état de santé du bébé, déclarant l'ANA comme accouchement inopiné. Ses expériences avec les SF ont été très positives. Elle aurait préféré un AAD plutôt que d'être contrainte à un ANA pour des raisons géographiques.
P12	Alice, mère de trois enfants, a vécu sa première grossesse sous suivi MD. Son travail induit à l'hôpital est marqué par des interventions médicales non consenties. Sa deuxième grossesse, suivie par des SF, s'est conclue par un accouchement en MDN. Pour sa troisième grossesse, en raison de l'impossibilité d'un AAD (distance domicile-MDN), elle a choisi un ANA à domicile avec son conjoint, une doula et ses deux enfants, le suivi postpartum étant assuré par les SF. Son parcours périnatal inclut également deux fausses couches vécues librement à domicile.
P13	Paula, mère de deux enfants, a vécu sa première grossesse sous suivi MD et a accouché à l'hôpital, expérience marquée par des soins obstétricaux irrespectueux et des violences obstétricales. Sa deuxième grossesse, également suivie par des MD (absence d'accès aux SF en raison de son statut précaire), s'est conclue par un ANA à domicile avec son conjoint et une doula. En postpartum, elle s'est rendue à l'hôpital pour un saignement persistant (rétention placentaire), présentant l'ANA comme un accouchement inopiné.
P14	Sandra, mère de quatre enfants, a vécu ses deux premières grossesses sous suivi SF avec accouchements en MDN. Pour sa troisième grossesse, elle débute un suivi SF, mais est exclue en raison d'une grossesse gémellaire et poursuit en clinique GARE. Son suivi, marqué par des violences obstétricales, notamment suite à son refus de déclenchement, la conduit à l'interrompre quelques jours avant son ANA, qui a lieu à domicile avec son conjoint et une doula.
P15	Maude, mère de trois enfants, a vécu sa première grossesse sous suivi SF et a réalisé un AAD, expérience marquée par des interactions négatives avec les SF lors de l'accouchement. Ses deux grossesses suivantes se sont déroulées sans suivi médical, avec des ANA à domicile en présence de son conjoint et de ses enfants.
P16	Mia, mère de deux enfants, a vécu sa première grossesse sous suivi SF avec accouchement en MDN, expérience globalement positive. Sa deuxième grossesse, sans suivi médical, s'est conclue par un ANA à domicile avec son conjoint et son autre enfant.
P17	Laurence, parent ²⁰ d'un enfant, a vécu sa première grossesse sous suivi MD, faute de disponibilité SF. Iel planifiait un ANA à domicile, mais a choisi un transfert à l'hôpital après 24 h de contractions, motivé par les craintes de son conjoint et de sa mère, présents lors de l'accouchement.
P18	Édith, mère de trois enfants et enceinte de son quatrième, a vécu ses deux premières grossesses sous suivi SF : le premier accouchement en MDN et le second en AAD. Sa troisième grossesse, également suivie par des SF, mène à un ANA, réalisé à domicile avec son conjoint et une doula. Après l'ANA, elle perd temporairement son suivi, retrouvé après discussions entre ses SF et l'OSFQ. Sa quatrième grossesse se déroule sans suivi médical, les SF refusant de négocier le suivi (espacement des RDV, examens diagnostics), et les cliniques médicales la refusant pour diverses raisons. Elle envisage un nouvel ANA.
P19	Emma, mère de trois enfants, a vécu sa première grossesse sous suivi SF avec accouchement en MDN, expérience globalement positive. Pour sa deuxième grossesse, suivie initialement par des SF, elle est exclue en raison d'une grossesse gémellaire et poursuit le suivi en clinique médicale et GARE. Son parcours médical est marqué par des violences obstétricales, la conduisant à interrompre le suivi au 3 ^e trimestre. Elle réalise un ANA à domicile avec sa mère et une membre de la famille également doula.
P20	Karine a deux enfants. Sa première grossesse est suivie en clinique médicale. Elle choisit de vivre un ANA à son domicile en présence de son conjoint et de deux doulas, en raison de l'indisponibilité des services SF dans sa région. Ayant déménagé, sa deuxième grossesse est suivie par des SF, et elle choisit de vivre un AAD. Son expérience est globalement positive avec les SF et le corps médical.
P21	Ariane, mère de trois enfants, a vécu ses deux premières grossesses sous suivi SF avec AAD, expériences globalement positives. Sa troisième grossesse se déroule sans suivi médical, sauf pour une échographie

²⁰ Personne de genre fluide

	morphologique. Elle réalise un ANA à domicile avec son conjoint et ses enfants endormis, accompagnée d'une doula en postpartum.
P22	Mégane, mère de deux enfants, a vécu sa première grossesse sous suivi MD, avec accouchement induit à l'hôpital, expérience marquée par des violences obstétricales. Sa deuxième grossesse, suivie par des SF, s'est conclue par un ANA à domicile avec son conjoint et son autre enfant ; elle a appelé la SF pendant le travail, qui est arrivée après la naissance.
P23	Martine, mère de deux enfants, a vécu sa première grossesse sous suivi SF, mais celle-ci s'est conclue par une césarienne à l'hôpital alors qu'elle souhaitait un AAD, expérience marquée par des violences obstétricales. Sa deuxième grossesse, également suivie par des SF, s'est terminée par un ANA à domicile avec son conjoint et la SF appelée en fin de travail.

Entre autonomie et contraintes institutionnelles : le rôle des expériences antérieures dans le choix d'une GANA

Les expériences périnatales antérieures des femmes, marquées par des tensions relationnelles avec les professionnel·les de la santé et des tensions institutionnelles en lien avec des pratiques protocolarisées et perçues comme déshumanisantes, influencent directement leur décision de recourir à une GANA. Ces expériences touchent à la fois aux services SF, et aux services médicaux traditionnels, notamment en contexte de fausses couches.

Un des éléments récurrents dans les expériences périnatales antérieures des participantes est la tension entre la volonté d'autonomie et la protocolarisation des interventions médicales. Dans certains cas, les participantes décrivent un respect de leur autonomie, notamment lors d'accouchements encadrés par des SF en MDN ou à domicile. Ces moments de liberté et d'autocontrôle sont vécus comme des expériences significatives dans leur parcours de maternité. Émilie ayant vécu trois suivis avec SF témoigne de la naissance de son premier enfant en MDN :

Elles [les SF] m'ont laissée accoucher à mon rythme, presque sans intervenir. Je me suis sentie maîtresse de mon corps, c'était comme si elles me faisaient confiance. Par exemple, elle m'a dit que j'avais une bande de col qui gênait un peu la sortie de mon bébé, mais elle n'est pas allée l'enlever. Elle m'a expliqué comment je pouvais faire, puis je suis allée moi-même avec mes doigts, j'ai tassé la bande, et hop, la tête est sortie plus facilement (Émilie).

Ces expériences positives, où l'intervention médicale est minimale, nourrissent leur désir d'autonomie et confortent leur choix de GANA pour des expériences périnatales futures. Comme l'exprime une autre participante : « *Après ces deux naissances hands-off [en MDN], ce que je m'étais dit, c'était que j'aurais pu être chez nous et le résultat aurait été le même* » (Sandra, mère de quatre enfants). Cependant, l'accès à ces alternatives n'est pas uniforme. Certaines femmes n'ont pas pu bénéficier d'un accouchement en MDN ou d'un AAD, en raison de critères

d'admissibilité, de disponibilité des SF ou de contraintes géographiques. Ces limitations peuvent renforcer la perception d'un système médical contraignant et favoriser le choix de GANA.

Cela dit, même lorsque ces alternatives sont accessibles, des tensions surgissent lorsque les femmes rencontrent des pratiques médicales plus interventionnistes que ce soit avec des médecins (MD) ou des SF. Ces moments où l'autonomie est mise sous tension par des protocoles imposés créent des sentiments de frustration et d'impuissance. Alice, mère de trois enfants, raconte une partie de son deuxième accouchement en MDN :

Le travail va partir, je vais me mettre en état d'hypnose, puis là, la SF va me demander comment ça va et va faire un monitoring, puis ça va me décrocher de mon hypnose, puis je vais pleurer une première fois. On [la SF] me dit constamment : « Je pense que ça va aller vite, c'est un deuxième bébé, ça va durer 4-5 heures ». Finalement, le travail dure 9 heures (Alice).

D'autres femmes relatent des pratiques déshumanisantes ou non souhaitées, aussi appelées violences obstétricales. En effet, plusieurs participantes ont décrit des expériences (p. ex. rompre les membranes, protocole de syntocinon, vitamine K au nouveau-né) où les décisions médicales ont été prises sans leur consentement explicite ou sans consultation préalable, ce qui crée un sentiment de dépossession. Ce type d'intervention non concertée renforce la perception de non-respect de l'autonomie des participantes et nourrit un sentiment d'infantilisation ou de négation de leur droit à la décision. Sarah, mère de trois enfants, exprime sa déception face à cette dynamique avec des SF lors de son premier accouchement en MDN :

Elles [les SF] ont pris des décisions sans me consulter, m'imposant un protocole [syntocinon dans la cuisse après la naissance]. Je ne savais même pas qu'elles allaient procéder à certaines interventions. Je l'ai appris environ un an plus tard, après avoir demandé l'accès à mon dossier, car j'avais de nombreuses questions et j'avais du mal à donner un sens à mon histoire d'accouchement. Le suivi était terminé depuis longtemps, mais il me restait beaucoup d'interrogations. J'avais l'impression que cela n'aurait pas dû se passer ainsi, sans vraiment savoir comment cela aurait dû se passer, puisque c'était ma première expérience (Sarah).

Ces pratiques déshumanisantes ou non souhaitées sont amplifiées par une communication parfois difficile avec les professionnel·les de la santé, notamment en ce qui concerne la négociation des interventions et la rationalisation de la médicalisation des naissances. Zoé, mère de quatre enfants, raconte sa première rencontre avec l'obstétricienne de la clinique des grossesses à risque élevé (GARE) lors de sa grossesse gémellaire :

C'était assez horrible. L'obstétricienne m'a expliqué comment ça se passait avec les jumeaux. Toutes les étapes. Devoir les pousser en salle d'opération sur la table en métal, avec, je pense, 15 personnes dans la salle qui supervisent tout le kit. C'était à 37 ou 38 semaines qu'elle me provoquait absolument. L'épidural, elle disait : « Vous n'êtes pas obligée, mais si nous autres [les MD], on fait des manœuvres, il va falloir les endurer. » Elle m'a même dit à un moment donné : « Je vois que tes accouchements d'avant, tu as accouché à la MDN, mais je t'avertis que ce ne sera pas comme ça avec les jumeaux. Ça va être pas mal différent. » Et quand je lui ai dit que je ne voulais pas accoucher en salle d'opération, elle m'a regardée comme si j'étais une extraterrestre, et elle m'a dit : « L'important, c'est d'avoir un bébé en santé. » (Zoé)

Tel qu'illustré dans l'exemple ci-haut, cette rationalisation de la médicalisation des naissances reflète souvent une pression sociale et professionnelle où la priorité est donnée à la survie du bébé, parfois au détriment des préoccupations personnelles de la femme, comme le soulignent plusieurs participantes qui expriment un sentiment de déconnexion entre leurs besoins émotionnels et les priorités médicales.

Finalement, certaines femmes ayant vécu des fausses couches se sentent particulièrement exposées à ces violences obstétricales, allant jusqu'à décider de se retirer du système médical pour vivre cette expérience dans l'intimité de leur domicile. Camille, mère de jumeaux, raconte son expérience de fausse couche à l'hôpital :

Avant ma grossesse de jumeaux, j'avais fait deux fausses couches. Puis, à ma première fausse couche, j'avais eu une expérience très ordinaire. J'étais allée à l'hôpital parce que j'avais des saignements, et j'ai eu des altercations avec le MD qui était là parce que je refusais qu'il me fasse un toucher vaginal. Pour moi, le toucher vaginal, c'est comme trop une intrusion dans mon intimité. J'allais là pour une échographie, pour voir ce qui se passait, si c'était vraiment la fin de ma grossesse. Moi, avant ça, j'avais commencé à traquer ma fertilité, puis j'allais palper la hauteur de mon col. J'étais quand même à l'aise avec mon corps. En plus, j'ai dit au MD : « Qu'est-ce que tu veux vérifier en allant palper ? » Il a répondu : « En allant faire un toucher vaginal, je veux voir si ton col est ouvert. » J'ai répondu : « Je suis capable d'aller le sentir. Moi, je suis capable d'aller m'auto-examiner, s'il est ouvert ou pas. » Il m'a répondu : « C'est bien cute, mais ça ne marche pas de même. » Cette expérience m'a confirmé que je ne retournerais plus jamais là-bas [à l'hôpital] (Camille).

Ces constats mettent de l'avant que le choix d'une GANA ne se limite pas à un simple rejet de l'hôpital. Il s'inscrit plutôt dans un continuum d'expériences périnatales, allant des accouchements hospitaliers aux MDN ou aux suivis à domicile avec SF. Dans ces parcours, l'autonomie des femmes, leur accès aux alternatives encadrées et la qualité des interactions avec les professionnel·les de santé occupent une place importante. Les décisions de recourir à une GANA reflètent donc à la fois les expériences positives et négatives vécues antérieurement, les

limites rencontrées dans les alternatives disponibles, ainsi que le désir de retrouver un contrôle sur leur corps et leur expérience de naissance.

Des trajectoires plurielles vers les GANA : entre choix, contraintes et redéfinitions

Les parcours des femmes ayant choisi de vivre des GANA sont caractérisés par une diversité d'expériences, de trajectoires et d'identités qui témoignent de la complexité de ce choix. Pour certaines, ce choix s'inscrit dans une démarche cohérente avec leur engagement professionnel ou militant dans le domaine périnatal. Ces femmes, souvent déjà doulas ou ayant une expertise en soins périnataux, avaient une vision claire de la naissance. Leur décision d'opter pour une GANA est ainsi l'aboutissement logique de leur savoir théorique et pratique, mais cet engagement prend une nouvelle dimension lorsqu'elles l'expérimentent elles-mêmes. L'expérience vécue transforme leur relation au savoir, un savoir qui devient incarné et profondément personnel. En ce sens, Alice, mère de trois enfants, explique son processus décisionnel vers l'ANA lors de sa troisième grossesse :

Je vais avoir un suivi SF en région cette fois-ci. Ce que j'apprécie de ce suivi-là, c'est que ces SF en région, elles ont plus de flexibilité sur le suivi. Je peux faire beaucoup de choix. Je fais des suivis très espacés, c'est respecté. Je pense qu'elles [les SF] savent que je suis très informée. Parce que ça fait plusieurs années maintenant que je suis doula, parce que j'en ai avalé des contenus. Mais là, je vais le vivre dans mon corps, entre la théorie et les études. J'avais l'impression d'être prête, mais rien ne me préparait vraiment à cette expérience-là, une fois que je l'ai vécue, ça a tout changé. [...] On savait déjà qu'on aimerait avoir notre enfant à la maison. Par contre, les SF ne vont pas jusque-là, parce que la MDN est à 1h15 de route de chez moi. Elles [les SF] ne se déplacent pas à domicile. Je peux aller en MDN, faire la route, ou je peux accoucher à l'hôpital avec les SF, si je veux. Mais je n'ai pas envie de faire cette route, de quitter mes lieux. Puis, la pandémie va arriver. Puis tout ça, en fait, ça va juste accentuer mon souhait d'ANA. Je vais en rêver tellement fort que ce sont des évidences qui vont s'imposer. C'est plus grand que moi (Alice).

Tout comme pour Alice, souvent, l'ANA ne représente pas une démarche planifiée, mais plutôt une réaction aux événements. Ce choix survient après des expériences décevantes ou traumatisantes avec le système traditionnel ou encore par des contraintes institutionnelles (p. ex. disponibilités et accès aux services SF, absence d'AAD en contexte de pandémie). Prenons l'exemple de Sandra, mère de quatre enfants, ayant vécu une grossesse gémellaire avec un suivi médical jusqu'à la fin de sa grossesse :

À 37 semaines, les MD voulaient me déclencher, mais moi je ne voulais pas. Alors j'ai refusé leur déclenchement, puis c'est là que la marde [le conflit] a un peu pogné, parce qu'ils voulaient absolument me déclencher. Malgré qu'ils m'avaient tout expliqué, puis que je

signais des refus de traitement, il y a eu beaucoup d'abus psychologiques, puis verbaux, des menaces que j'allais tuer mes bébés, que c'était dommage parce qu'ils ne pouvaient pas les sauver pendant qu'ils étaient dans mon ventre parce que c'est moi qui décidais, puis des choses comme ça. Pis finalement, mon rendez-vous de 41 semaines, je l'ai annulé. C'était trop, et je me disais que de toute façon c'était sûr que j'allais accoucher sous peu, que ça ne se peut pas de me rendre à 44 semaines avec des jumeaux. Pis je me suis dit, ça va être juste être du stress. Il n'y a aucun bénéfice pour moi à aller là. Pis le docteur m'a appelée quand même sur mon téléphone pour me donner de la marde [pour me chicaner]. Il était super condescendant. C'était un vieux monsieur, tu sais, un vieux de la vieille. Pis il m'a dit : « Écoutez, madame, moi, j'ai quatre enfants, pis ce soir, quand je vais rentrer à la maison, je vais leur faire un gros câlin pis je vais être content qu'ils soient en santé et en vie. On ne viendra pas vous chercher, madame. Si vous ne voulez pas venir, on ne viendra pas vous chercher, mais sachez que blablabla, que c'est super dangereux. Ça fait 27 ans que je fais ça, pis je n'ai jamais vu ça, des jumeaux passer 40 semaines! » Il m'a dit ça par rapport au fait que je refusais de venir me faire déclencher (Sandra).

Cette même participante explique donc que le choix de son ANA a été effectué en raison de ces violences obstétricales : *« Je n'avais pas l'intention de faire un ANA, je l'ai fait par dépit parce que l'équipe médicale n'a pas voulu me respecter »* (Sandra). Cela dit, cette participante ajoute : *« Finalement, ça a été une des plus belles expériences de ma vie pis vraiment déterminante. Finalement, je me dis tant mieux si toute la marde [toutes les difficultés] d'avant a mené à ça parce que ça, c'était vraiment une belle expérience »* (Sandra). Ce récit révèle comment un choix initialement perçu comme une réaction à des contraintes peut, a posteriori, être redéfini comme un acte d'émancipation, les GANA devenant un moyen de retrouver un sentiment de contrôle sur leur corps, perdu lors de leurs interactions avec le système médical.

Pour certaines, une GANA émerge d'un processus de réflexion plus profond, nourri par une confiance en soi, en son corps et dans la vie elle-même. Ces femmes évoquent souvent des motivations spirituelles, philosophiques ou écologiques, où les GANA deviennent un acte symbolique fort, en parfaite adéquation avec leurs valeurs personnelles. Mia, mère de deux enfants nés dans le contexte de GANA, explique :

C'est vraiment un choix, je te dirais, très personnel, dans le ressenti et le cœur plus que dans le mental. Je sens que c'est ça que je dois faire. Puis je suis aussi une personne qui est dans le développement personnel et spirituel de l'être humain. J'étais [une professionnelle de la santé] avant, et j'ai démissionné en 2019. Maintenant, je suis massothérapeute. J'offre aussi des espaces de transformation comme des voyages sonores, méditatifs, et des retraites de bien-être. Pour moi, ce choix-là, je le vois comme un aboutissement de tout mon développement des dernières années. Du fait que j'ai repris contact avec moi-même, la confiance en moi, la confiance au corps, à mon corps, la confiance à la vie aussi. Quand on fait ce choix-là, on est au courant des risques. Les gens peuvent nous prendre pour des « ouh

ouh » [des cinglées], mais absolument pas, c'est vraiment le contraire. Je pense que tout est calculé, si on peut dire. Tout est compris et conscientisé par rapport à qu'est-ce qui pourrait arriver, par rapport à ce que ça engendre (Mia).

Pour elles, vivre une GANA n'est pas seulement une question de pratique, mais une extension de leur vision de la vie, du corps et de la nature. Cependant, le processus décisionnel n'est pas pour autant linéaire, et pour plusieurs, il est parsemé de doutes et d'hésitations. Certaines femmes choisissent l'ANA de manière spontanée en fonction de leur ressenti au moment du travail. D'autres, au contraire, vivent une hésitation constante tout au long de leur grossesse, partageant un sentiment de confusion jusqu'à l'ultime moment. Elles oscillent entre la certitude et l'incertitude, entre la peur et le désir de se libérer des attentes sociales et médicales. Ariane, mère de trois enfants, témoigne de son processus décisionnel lors de sa troisième grossesse :

J'avais une amie SF qui était disponible pour venir à l'accouchement si jamais j'en ressentais le besoin, mais c'était clair que je n'étais pas inscrite nulle part. Ça allait être dans une optique de suivi hors système. Jusqu'à la dernière minute, je n'étais pas certaine de mon choix. J'avais tellement lu et c'était comme si je ne me m'étais pas avouée à moi-même mon choix d'un ANA. Mon chum [conjoint] m'a dit qu'il savait que je n'allais pas appeler personne, que c'était évident. Mais lorsqu'on discutait tous les deux, on ne l'a jamais explicitement dit que ça allait être un ANA. C'était comme « Ah bon, mon amie pourrait venir ou peut-être qu'elle va venir après pour voir si j'ai besoin d'une suture ou peut-être qu'elle ne viendra pas. » Finalement, quand je suis rentrée en travail, je ne me suis même pas posé la question. J'étais bien, un moment passait, j'allais jusqu'au prochain moment. Quand j'ai réveillé mon chum [conjoint], mon bébé est né trente minutes plus tard à peu près (Ariane).

Cette ambivalence témoigne de la complexité émotionnelle qui accompagne le choix des GANA, où la certitude de la décision coexiste avec des questionnements qui ne se dissipent souvent qu'au moment de l'accouchement. Elle met également en relief la force de la norme médicale sur le choix que font les femmes.

Ces récits nous montrent que les GANA sont bien plus qu'une simple alternative à l'accouchement médicalisé : elles incarnent une expérience profondément personnelle, où se mêlent savoirs, émotions, convictions, et parfois contradictions. Les femmes qui font ce choix n'y parviennent pas de manière uniforme, mais chaque parcours raconte une histoire unique d'émancipation, de réconciliation avec soi-même et parfois, de confrontation avec les institutions médicales.

Préparer une GANA : de l'anticipation du risque à l'acceptation de l'incertitude

Se préparer à une GANA implique un mélange d'introspection, de formation et de soutien. Pour plusieurs femmes, l'engagement envers cette expérience débute par une intuition profonde envers leur corps et leur bébé : « *Je faisais confiance que j'étais capable d'enfanter mon bébé et que mon enfant pouvait naître. C'était clair pour moi. Il n'y avait aucun doute* » (Maude, mère de trois enfants dont deux GANA). De surcroît, ces femmes se forment généralement à la physiologie de la naissance en cherchant des ressources spécialisées en ligne comme *Free Birth Society* et *Quantik Mama* ainsi qu'en lisant les livres de Cynthia Durand (experte de vécu), Frédérick Leboyer (obstétricien), Ina May Gaskin (SF), Michel Odent (obstétricien), Sarah Schmid (MD et experte de vécu), Stéphanie St-Amant (chercheuse en périnatalité et experte de vécu) et Yolande Norris-Clark (experte de vécu). Cette préparation s'accompagne généralement d'échanges avec d'autres femmes, pour se rassurer. Ce soutien joue un rôle crucial dans cette démarche, comme Édith, mère de trois enfants, en témoigne :

Je me suis follement renseignée. Je suis allée parler avec des femmes [des doulas et des SF] qui sont quand même plus connues par rapport à certaines craintes qui m'habitaient. Je suis allée déconstruire toutes les craintes que j'avais par rapport à la déchirure. J'avais peur, qu'est-ce que je fais s'il y a une déchirure? J'avais déjà entendu qu'on pouvait guérir naturellement, mais je n'avais jamais eu d'expérience autour de moi de femme qui m'avait dit que ça avait guéri naturellement. Ça me faisait peur. Je suis allée en Zoom avec une fille [une doula], puis elle m'a expliqué ça. Finalement, ça m'a rassurée. Je me suis dit : « Ok, that's good. » Je savais que j'allais déchirer parce que je déchire toujours à la même place à chaque fois. Finalement, ça s'est full bien résorbé, full facile. J'étais consciente de ce que je devais faire pour que ça se fasse bien (Édith).

En parallèle, le processus de déconstruction des peurs est central comme le raconte Camille, mère de jumeaux nés en ANA :

Quand j'avais une peur qui montait, je me disais, elle vient d'où cette peur-là ? C'est-tu vraiment moi ? C'est-tu comme une intuition ? C'est-tu juste une peur qu'on a dans la société en général ? Ça m'appartient-tu ? J'ai travaillé là-dessus à dire si ce n'est pas rationnel. Si c'est rationnel, par exemple, une de mes peurs, c'était l'hémorragie, surtout avec des jumeaux. Je me suis fait un plan de match (Camille).

Par exemple, pour surmonter les craintes liées à l'hémorragie, Camille met en place un plan d'urgence pour certaines complications ciblées :

J'avais fait un guide à mon chum. J'avais écrit hémorragie, les symptômes, pas nécessairement la quantité de sang. J'avais des petites plantes à prendre aussi. J'avais tout

sorti ça dans une petite pharmacie. Je savais où c'était. J'avais fait un petit guide de SOS (Camille).

Cela dit, ce ne sont pas toutes les femmes qui planifient cette gestion des risques médicaux. En effet, cette gestion (ou non) des risques médicaux dépend souvent des réflexions sur la mort que les femmes ont amorcées lors de leur processus décisionnel. Cette réflexion va au-delà de la simple gestion des risques physiques pour devenir une prise de conscience plus large, voire existentielle, des enjeux liés à la naissance et à la vie elle-même. Pour certaines femmes, intégrer la possibilité de la mort dans leur réflexion n'est pas une démarche effrayante ou paralysante, mais plutôt une reconnaissance lucide des incertitudes inhérentes à tout processus de vie. Cléo, mère de deux enfants nés en ANA, relate l'évolution de ses réflexions sur la mort :

Et puis quelque chose, tu sais, qui est particulier dans mon chemin vers l'enfantement libre, c'est que autant que pour mon premier enfant, s'il y avait une urgence, c'était évident que j'allais appeler l'ambulance. C'était évident que si mon feeling me disait qu'il y a quelque chose qui cloche, j'allais aller à l'hôpital. Mais à ma deuxième grossesse, pas nécessairement. Puis ça, c'est un gros shift [un gros changement de paradigme]. Pendant ma deuxième grossesse, on avait abordé la mort. Puis tu sais, déjà pour mon premier enfant, on s'était dit qu'avant 35 semaines, on n'allait pas nécessairement faire d'intervention sur bébé. On [mon conjoint et moi] s'était positionnés sur des trucs que beaucoup de parents ne se positionnent pas. Mais là, pour ma deuxième grossesse, si mon bébé naissait et qu'il avait besoin de soins... en fait, je ne suis même pas d'accord qu'il ait besoin de soins. Si moi, dans la mère, la femme que je suis, je n'arrivais pas à réanimer mon bébé intuitivement, pour moi, ça ne faisait même pas de sens de demander à quelqu'un d'autre de le faire. Puis ça, c'est une opinion pas super populaire, puis c'est une position pas super populaire, mais c'était quand même la nôtre. Ça ne faisait plus de sens pour moi d'avoir des ambulanciers dans ma maison qui réanimeraient peut-être mon bébé pendant 50 minutes, tu sais. [...] Moi, si mon bébé est mort, j'ai juste envie de le serrer dans mes bras et de faire un rituel en famille. Puis ça, pour moi, c'est un grand saut dans mon « lâcher-prise » sur cet enfantement-là. Et donc, pour ma première grossesse, s'il arrivait quelque chose, j'appelais quelqu'un. C'était sûr qu'il allait être vivant, tu sais. Mais là, pour mon deuxième bébé, je n'étais pas sûre qu'il allait être vivant. Il n'y a rien de sûr. Il n'y a jamais rien de sûr. Je ne vais pas me faire l'illusion que ça va être sûr, tu sais (Cléo).

Par ailleurs, cette approche peut également refléter une volonté de réappropriation de l'expérience de l'accouchement, en dehors des cadres médicalisés, où la mort est souvent perçue comme un échec à éviter à tout prix. Dans ce contexte, il ne s'agit pas de minimiser les risques, mais de redéfinir les paramètres de ce qui est jugé acceptable ou significatif. Les GANA deviennent alors un espace de négociation complexe et lucide entre les aspirations personnelles, les valeurs culturelles et les limites imposées par le corps. Ainsi, penser la mort dans le cadre d'une GANA

permet également de repenser la naissance comme un événement profondément ancré dans la dualité de l'existence. Karine, mère de deux enfants, discute de cette dualité :

C'était un choix difficile, mais c'était mon choix. Et même si l'issue n'était pas celle espérée, je savais que c'était la bonne décision pour nous. D'accueillir la vie, c'est d'accueillir la mort aussi. Pour moi, pour nous [mon conjoint et moi], ça incluait tout ça. Je me souviens qu'avant même de concevoir notre bébé, on avait eu cette discussion que le risque zéro n'existe pas ou que ce faux contrôle qu'on peut avoir n'existe pas (Karine).

Au-delà des réflexions sur la mort, plusieurs participantes ont mis de l'avant que leur plus grande crainte était le blâme sous-jacent au potentiel décès de leur bébé plutôt qu'à la mort elle-même :

En fait, c'est plus la peur que je sois blâmée que la peur que mon bébé meure. Je pense que mon bébé qui meurt, c'était toujours une possibilité dans tous mes accouchements [même ceux avec des SF] (Lilas, mère de deux enfants dont un ANA).

C'est sûr que si jamais il arrive quelque chose, par exemple, le bébé meurt à la naissance ou avant, il se peut qu'on [mon conjoint et moi] ait des problèmes. C'est paradoxal, je trouve, parce que ça arrive, des morts à l'hôpital, puis même en MDN. C'est fou qu'on puisse être accusé.es de... je ne sais pas quelles sont les accusations exactes qu'il peut y avoir, mais je trouve ça un peu fou (Joanie, mère de trois enfants dont un ANA).

C'était important pour moi aussi d'avoir ces conversations-là sur la mort avec mon conjoint. Si quelque chose arrive au bébé, on aimerait mieux qu'il meure avec nous, à la maison, sans stress. J'ai l'impression qu'avoir été en milieu hospitalier ou avec une SF, ça aurait été vraiment traumatisant pour tout le monde. Finalement, c'est une grosse affaire de responsabilité. Si le bébé meurt à la naissance à la maison, la mère va être traitée d'être irresponsable. Mais si le bébé meurt à l'hôpital, ils ont tout fait ce qu'ils pouvaient. En tout cas, on avait eu cette discussion-là parce que j'avais peur que si quelque chose arrive, qu'ils [les institutions] m'accusent. C'était important pour moi d'avoir cette discussion-là à savoir qu'on prenait la responsabilité totale de ce qui arrivait dans notre maison, avec notre famille, avec le bébé (Maude, mère de trois enfants dont deux GANA).

Annie, ayant vécu deux mortinaissances à la suite de tentatives d'ANA, critique fortement le système hospitalier centré sur les protocoles et la médicalisation excessive :

Je ne regrette pas du tout mes choix parce que l'alternative est pire. Comprends-tu? On ne s'en va pas dans un bon sens. On a des professionnel·les qui sont brûlé.es. Les protocoles ont zéro évolué. Le contexte hospitalocentriste, ça n'a pas sa place et c'est documenté scientifiquement que ça ne fonctionne pas. C'est un acte physiologique normal. Si les médecins consentaient à se garder les 2 femmes sur 10, là, ils auraient du temps. Là, ils seraient dans leur zone de force. Mais en les gardant, les 10 sur 10, ils vont contaminer les 8 sur 10 qui auraient pu vivre ça autrement. On dépossède. Pis t'sais, la notion de « Ah, on va redonner le pouvoir aux femmes », c'est une fucking joke. Quand tu donnes le pouvoir à quelqu'un, c'est que tu te l'es approprié. [...] Faites confiance aux femmes. On n'est pas en

train de faire des chirurgies cardiaques ou du cerveau là, où on a un haut besoin de technologies et de compétences. Ce sont des accouchements. Très peu vont dévier. Puis on ne parle même pas des effets iatrogéniques. Mais du côté humain, vous laissez des traumatismes chez les gens. Vous êtes des perturbateurs de processus. Ça induit la méfiance chez certaines femmes (Annie).

Ces récits illustrent comment ces femmes, à travers leur cheminement, adoptent une posture où la naissance et la mort sont reconnues comme des éléments indissociables de la condition humaine. En outre, ces témoignages attestent aussi des tensions personnelles auxquelles les femmes font face tout au long de leur préparation à une GANA.

Des grossesses autodirigées aux suivis hybrides

Les récits de femmes ayant vécu une grossesse dans le contexte d'une GANA révèlent une pluralité d'approches, qui vont de la décision de s'en remettre totalement à leur instinct, sans suivi médical, à une forme hybride où l'autonomie est combinée avec un accompagnement plus ou moins intensif. Ces témoignages mettent en lumière les multiples facettes de l'expérience de grossesse en dehors des circuits médicaux traditionnels, et soulignent les tensions qui émergent entre la volonté d'autodétermination des femmes et les normes médicales et institutionnelles qui encadrent le suivi prénatal.

D'un côté, certaines femmes optent pour une grossesse entièrement autodirigée, où la relation avec les professionnel·les de santé se limite au strict minimum, voire à l'absence de contact médical. Elles choisissent délibérément de ne pas avoir de suivi médical traditionnel, en refusant les examens de routine tels que les échographies, les prises de sang, et les contrôles standardisés. Ce choix est souvent motivé par un désir de se reconnecter à leur corps et de faire confiance à leurs instincts. Cette quête de réappropriation de l'expérience de la grossesse se traduit par un désir de se libérer des protocoles médicaux perçus comme intrusifs ou inutiles. Certaines de ces femmes prennent elles-mêmes en charge certains aspects de leur suivi, comme la prise de leur tension artérielle, ou optent pour des visites ponctuelles dans des contextes très spécifiques, mais elles évitent toute forme de suivi systématique. Mia, mère deux enfants, partage son expérience de grossesse sans suivi :

Tout se passait vraiment de manière fluide. Au départ, j'avais un petit peu de nausées, ce que je n'avais pas vécu dans la première grossesse, mais ça ne m'inquiétait pas. Il n'y avait aucun signe qui m'inquiétait. Dès le départ, j'avais comme objectif de le faire seule à la maison... mais j'ai tout de même laissé la porte ouverte. Si je ressentais dans ma guidance, dans mon instinct, si je ressentais que je devais aller consulter, c'était normal pour moi d'aller

demander de l'aide. Mais depuis le départ, ça a été tellement ouvert et avec beaucoup de conscience que je n'avais comme pas peur. J'avais confiance que si je devais faire quelque chose, ça allait venir et que je saurais quoi faire. [...] J'ai désappris beaucoup de choses pendant la grossesse pour pouvoir enfanter instinctivement. J'ai écouté mon corps et j'ai suivi ce qu'il me disait. Je n'ai jamais eu de doute sur le fait que mon bébé allait bien (Mia).

D'autres femmes choisissent un modèle hybride, où elles combinent la recherche d'autonomie avec un soutien professionnel partiel. Ce modèle leur permet de bénéficier d'un accompagnement respectueux de leurs choix tout en gardant un contrôle sur la manière dont elles vivent leur grossesse. Certaines optent pour des suivis espacés, ou demandent que le suivi soit centré sur des aspects spécifiques, comme la santé du bébé ou certaines questions pratiques. Ces femmes semblent chercher un équilibre fragile entre l'autonomie dans leur parcours et la recherche d'une sécurité émotionnelle et physique. Pour elles, la présence de SF, lorsqu'elles se montrent respectueuses des choix de la femme, peut être un soutien précieux, mais elles insistent sur le fait que ce soutien ne doit pas se transformer en une forme de contrôle. Le rôle des SF dans ce cadre est donc double : d'un côté, elles sont perçues comme des alliées dans la quête d'autonomie de ces femmes, mais de l'autre, leur rôle de garantes de la sécurité peut entrer en tension avec la volonté de respect des choix personnels. Ces tensions sont parfois des sources de conflits, notamment lorsque les SF, dans leur rôle de professionnelles, tentent de convaincre les femmes de l'importance de certains examens ou de soins.

Je suis allée au suivi avec la SF. Elle n'a rien fait. Elle m'a demandé à moi d'aller voir ma hauteur utérine pour la noter dans son dossier. Elle m'a posé des questions, elle m'a demandé quels tests je voulais faire, mais elle n'a rien fait. C'était juste parler. Et c'est moi qui me touchais, s'il y avait de quoi. Ça, c'était mon premier rendez-vous avec elle. Après ça, elle avait accepté qu'on espace le temps entre les autres rendez-vous. J'ai eu un autre rendez-vous beaucoup plus tard. Peut-être que j'en ai eu trois au total, mais elle n'a jamais fait aucun examen. Elle ne m'a jamais touchée. Finalement, on a décidé de finir le suivi parce qu'elle n'acceptait pas de ne pas être là à l'accouchement. Si je ne l'appelais pas à l'accouchement, elle terminait le suivi. Parce que moi, j'avais dit que mon besoin serait en postnatal, si jamais je déchire, si jamais il y a quelque chose, ou bien mettons que ça ne se passe pas comme je pense. Elle m'a dit : « Si tu ne m'appelles pas à l'accouchement, c'est sûr qu'il n'y a pas de post-natal. Le suivi va être fini. » (Hélène, troisième suivi SF)

Pour ma deuxième grossesse, ça a été difficile. Ça a été difficile parce que je devais faire accepter mes choix à toute l'équipe de SF. La SF [première SF] que j'appréciais était en équipe avec une autre SF [deuxième SF] qui était beaucoup plus... je ne sais pas si on peut dire réfractaire. Elle [la deuxième SF] nous a dit des affaires comme : « Si tu veux accoucher dans la jungle, ne te prends pas une SF. » Tu sais, c'était méchant. Mais je suis contente parce que notre SF [première SF] m'a dit à la dernière rencontre que je l'avais fait beaucoup réfléchir sur sa pratique. J'ai senti une belle ouverture. J'ai trouvé ça beau. J'ai donc trouvé

des SF qui respectaient mes choix, mais ça n'a pas toujours été facile. Certaines étaient inquiètes, elles pensaient que je prenais trop de risques. D'autres [SF] étaient contre mon choix d'ANA, elles avaient peur pour ma sécurité (Joanie, deuxième suivi SF).

Accoucher en autonomie : une expérience de puissance et de vulnérabilité

Dans notre échantillon, tous les ANA se sont déroulés à domicile, qu'il s'agisse de leur propre résidence ou, plus rarement, de celle d'un proche. Cette constante souligne que, pour ces femmes, la maison constitue le lieu privilégié pour vivre un ANA, à la fois pour des raisons de confort, de familiarité et de maîtrise de l'environnement. L'entourage présent variait selon les situations : la plupart étaient accompagnées de leur conjoint, parfois rejoints par une doula, un.e membre de la famille ou des ami.es proches. Dans certains cas, les enfants plus âgés assistaient également à la naissance. Quelques participantes ont accouché seules, la maisonnée dormant, illustrant la diversité des configurations choisies ou rendues possibles par les circonstances. Alice raconte l'ANA de son troisième enfant :

Et les contractions vont partir ce soir-là, il est à peu près 18h. Et je vais commencer à les souffler. Les enfants se couchent, mon amoureux part un feu, le sous-sol est prêt. Il nous prépare une petite pièce tamisée. J'ai envie d'écouter de la musique, je vais me mettre un casque. Je vais travailler beaucoup aussi avec de la stimulation clitoridienne pour m'aider à gérer les contractions une par une, toute la nuit comme ça. C'est la nuit, c'est doux. Les enfants dorment. L'ambiance est tamisée. J'ai l'impression que je descends dans ma grotte pour enfanter. Et mon amoureux s'endort et le matin arrive. Et là, les contractions deviennent plus fortes, mais la fatigue aussi. Et là, je pleure, mais à aucun moment je doute. Cet enfant-là, je sais qu'il sera en vie. Je pleure juste parce qu'il y a des choses qui doivent se pleurer et parce que, des fois, je me sens fatiguée. Mais je sens que ce bébé-là bouge. Il montre sa présence. Il va bien. Je me mets à entendre son cœur battre dans mon oreille. Je vais mettre ma main et je vais sentir mon col. Je trouve ça tellement agréable que ce soit juste moi qui mette ma main dans mon col, si j'ai envie de la mettre ou pas. Puis je vais sentir la dentelle de mon col qui s'ouvre. Je deviens un mammifère. Les instincts se mettent en place. Je suis dans mes odeurs. Je suis chez moi, avec mes enfants. C'est vraiment long. Mais pas un long de « je ne suis pas capable, il faut qu'on aille à l'hôpital ». Et ça va s'accélérer encore. Et là, tout va s'accélérer parce que ça va contracter beaucoup plus fort, beaucoup plus vite. Je me mets à rire. J'ai l'impression que je suis complètement comme droguée. L'effet est puissant. Puis finalement, après plusieurs poussées, la tête sort dans cet effet de ballon. Mon bébé naît coiffé dans sa poche. Il n'y a pas une SF devant pour me le tirer, pour me le récupérer, pour me dire quoi faire (Alice).

Une caractéristique centrale des témoignages recueillis est la confiance des femmes dans leur propre corps et leur capacité à donner naissance. Beaucoup expriment un sentiment de connexion avec elles-mêmes, une forme d'intuition qui leur permet de traverser l'expérience avec

une grande confiance en leur puissance intérieure. Par exemple, l'une d'elles raconte : « *J'avais cette certitude que mon corps savait ce qu'il devait faire, même si c'était difficile à certains moments* » (Rachel, lors de l'ANA de son deuxième bébé). Une autre ajoute : « *C'était comme une connexion profonde avec mon bébé, j'ai écouté mon corps et cela a été beaucoup plus facile que ce que je pensais* » (Martine, lors de l'ANA de son deuxième bébé). Pour certaines, cette confiance se traduit par une grande liberté d'action.

J'ai commencé à sentir que ça s'accélérait. On a juste allumé une petite lampe dans le salon, j'étais à quatre pattes sur le tapis, mon conjoint me massait le dos. C'était doux... et en même temps puissant. Je pouvais gémir fort sans me soucier de déranger qui que ce soit, sauf peut-être nos voisins [rires] (Paula, lors de l'ANA de son deuxième bébé).

Cependant, cette autonomie n'est pas sans ambivalence. D'autres témoignages soulignent l'importance de l'accompagnement émotionnel, de la présence de proches ou de doulas pour pallier un sentiment d'isolement. L'ANA peut ainsi apparaître comme un choix où la volonté d'indépendance se conjugue avec un besoin essentiel de soutien émotionnel. Une participante témoigne : « *Je savais que je pouvais le faire, mais j'avais vraiment besoin de sentir que j'étais entourée de personnes qui me soutiennent dans ce choix* » (Rachel, lors de l'ANA de son deuxième bébé). Dans certains cas, la présence d'enfants plus âgés est vécue comme un moment fort, comme cela a été le cas pour Maude lors de la naissance de son deuxième bébé :

Et là, c'est la phase de poussée qui a commencé. Évidemment, les enfants ne se sont pas endormis. Ils entendaient la lionne, comme on disait. Mais ils sont restés en haut dans les escaliers. Ils regardaient un petit peu vers le bas, mais je n'en avais pas conscience. Bref, ça s'est très bien passé. L'accueil du bébé, j'étais à quatre pattes, appuyée sur le divan, et j'ai moi-même attrapé le bébé. Mon conjoint était là, juste à côté. Il n'a rien fait. Il a juste tenu l'espace. Il y a un moment, avec la transition, où je disais « je ne sais pas, je ne sais pas, je ne sais pas, je ne sais pas, je ne sais pas » et il m'a juste dit « tu sais ». Après la naissance, on a juste accueilli ce moment-là, moi et mon conjoint. Ensuite, j'ai appelé les enfants. J'ai dit « les enfants [d'une union antérieure], vous pouvez venir » et ils sont venus. Ils ont rencontré leur petite sœur quelques minutes après qu'elle soit née (Maude).

Les récits de douleur et d'incertitude sont aussi présents dans le discours des femmes. Si certaines arrivent à vivre la douleur de manière presque méditative, comme un processus physiologique qui fait partie intégrante de la naissance, d'autres reconnaissent l'intensité de l'expérience et la manière dont elle les met à l'épreuve. Ces moments montrent que l'expérience de l'ANA, bien qu'accompagnée de grandes forces d'engagement, n'est pas exempte de défis.

Laurence qui planifiait un ANA pour son premier enfant a choisi de se rendre à l'hôpital, notamment en raison de la douleur et d'un « arrêt de progression » :

J'ai commencé à sentir des contractions le soir, pendant la nuit. Toute la journée, j'ai eu des contractions régulières que je gérais quand même bien, puis ça roulait, tu sais. Mais là, ça commençait à augmenter pas mal. Puis, on habite en appartement, il y a un peu la conscience des autres. Alors, on [mon ex-conjoint et moi] a comme craints d'être entendus ou dérangés. Puis, rendu le soir, c'est ma mère et mon ex-conjoint qui trouvaient que ça n'avancait peut-être pas tant. Je pense que je me suis un peu laissé.ee contaminer par leur peur. Puis là, moi, je commençais à être vraiment, vraiment fatigué.e de toute cette contraction-là. Mes bras tenaient plus, mes jambes tenaient plus. Alors, je commençais à avoir de la misère à gérer la douleur puis à me reposer entre les contractions pour la prochaine. On [ma mère, mon ex-conjoint et moi] a décidé d'aller à l'hôpital. J'avais un plan de naissance au cas où (Laurence).

Enfin, les femmes ayant vécu l'ANA expriment souvent une forme de satisfaction et de fierté. Nombreuses sont celles qui, une fois l'expérience vécue, en ressortent transformées, avec une plus grande confiance en leurs capacités et un sentiment d'accomplissement. Ce processus d'autonomisation est perçu comme un moyen de prendre en main non seulement l'accouchement, mais aussi l'ensemble de la grossesse, un cheminement qui n'est pas uniquement physique, mais aussi significativement émotionnel.

Moi, ça a complètement changé ma vie faire ça, de vivre ce processus-là. Puis, ça a beaucoup changé notre vie de famille aussi. Peut-être de se poser des questions sur pourquoi, pourquoi on fait ça ? Ça a complètement changé ma vie, mais pour le mieux, en fait. C'est juste une expérience comme positive, vraiment positive, avec une fierté reliée à ça. Pis quand tu le fais toi-même, puis que tu suis la physiologie puis que rien n'est entravé, c'est tellement merveilleux de vivre cette espèce de confiance puis de tranquillité d'esprit. En plus, tu peux être à 100 % avec ton enfant en postnatal. Tu ne te poses pas mille et une questions (Sarah, lors de ses deux GANA).

Le postpartum comme prolongement de l'autonomie et de ses défis

En postpartum, certaines choisissent de ne pas avoir de suivi médical, tandis que d'autres préfèrent l'accompagnement d'une SF ou retournent à l'hôpital pour des soins plus classiques. Ce choix s'exprime dans des termes nuancés, où l'autonomie personnelle, le désir de contrôle, et parfois la peur de l'intrusion médicale, se combinent avec la reconnaissance de certaines limites ou besoins perçus après la naissance.

Pour celles qui choisissent de ne pas avoir de suivi postpartum, la décision repose souvent sur une profonde confiance en leur propre corps et en leur capacité à guérir naturellement. Les femmes qui prennent cette décision ont souvent une perception très positive de leur expérience

d'accouchement, et l'absence de complications médicales les rassure. Cette approche s'aligne avec l'idée que la « *nature a son propre processus de guérison* » (Hélène, mère de trois enfants), et que le corps féminin est parfaitement capable de se rétablir sans aide extérieure. Cela dit, plusieurs participantes rapportent un contraste marqué entre la préparation intensive en amont de l'ANA et le vécu du postnatal immédiat. Alors que la grossesse et la naissance avaient été anticipées et planifiées avec minutie, les semaines qui suivent sont souvent décrites comme surprenantes, suscitant un sentiment d'inattendu, notamment pour les personnes primipares. Cette période est vécue à la fois comme un puissant rappel de la force éprouvée lors de la mise au monde, mais aussi comme une expérience d'isolement face aux autres récits d'enfantement et aux réactions sociales. Les femmes décrivent l'étonnement, parfois la sidération, des proches lorsqu'ils apprennent que la naissance a eu lieu seule, sans recours à des professionnel·les, réactions oscillant entre une forme d'admiration et un certain désarroi. Cléo, mère de deux enfants nés sans assistance professionnelle, raconte son expérience :

Je pense qu'il y a beaucoup de femmes qui font des ANA, comme moi, et qui se préparent intensément pour la mise au monde. Puis après ça, dans le postnatal, elles se disent : « Oh wow, on ne l'avait pas vu venir. » Puis on [les femmes concernées par les GANA] n'envisage pas comment on va se sentir après, ce reflet-là de la puissance qu'on a, mais aussi cet isolement du reste des autres, des autres histoires d'enfantement, du regard des autres, de soi, cette surprise, étonnement, ce « freeze » que les gens vont avoir quand ils comprennent que tu es restée tout seul chez vous puis tu n'as pas appelé personne, ou cette espèce d'admiration (Cléo).

Pour d'autres femmes, l'option de retourner en milieu hospitalier, ou de consulter leur SF en postpartum, est motivée par des préoccupations pratiques ou émotionnelles. Même après un ANA, certaines femmes ressentent le besoin d'une forme de validation médicale. Cette consultation est souvent perçue comme un moyen de s'assurer que la récupération postnatale se fait correctement. Le retour à l'hôpital ou vers les services SF peut aussi répondre à des préoccupations liées à l'allaitement, à des douleurs physiques persistantes, ou des questions liées à la santé du bébé. Il est essentiel de noter que les femmes qui retournent en milieu médical ne perçoivent pas forcément ce retour comme une contradiction à leur choix d'ANA, mais plutôt comme une réponse à un besoin spécifique et ponctuel. Deux participantes expliquent leur expérience postnatale avec les SF :

La SF va se déplacer même si j'ai fait un ANA. Elle va faire 1h45 de route pour venir me rencontrer chez moi dans ma maison. J'ai vraiment beaucoup apprécié ça des SF. J'ai

vraiment beaucoup de gratitude parce qu'elles n'étaient pas obligées [de se déplacer à mon domicile]. Elle a vérifié mon placenta et mon périnée. [...] Je ne voulais pas d'intervention pour mon périnée. J'ai mis du miel. Je savais comment m'en occuper, je savais quoi faire. Après mon accouchement, j'avais préparé mes armes, j'avais préparé mes plantes, j'avais préparé ce que je voulais. Je suis restée allonger. On m'a servi des soupes d'ortie. Je n'ai pas étendu mon suivi SF non plus après. Je n'ai pas fait les suivis six semaines après. Je suis retournée une fois pour faire vérifier mon périnée, et c'est tout (Alice, lors de sa troisième grossesse).

Moi, j'avais vraiment besoin que la SF me regarde et m'accompagne, qu'elle me donne ses trucs pour que mon bébé tète correctement. J'avais besoin de ça à ce moment-là. Je pense que c'est le cas de beaucoup de familles [concernées par les ANA]. On se prépare full pour la naissance, mais après ça, on a besoin de se faire prendre par la main pour la suite. Parce qu'on a évalué la prise en charge et les risques et conséquences de l'enfantement, mais après ça, il y a beaucoup de familles qui veulent avoir des tests, qui veulent avoir la suite (Cléo, lors de sa première grossesse).

Katherine raconte pour sa part son expérience à l'hôpital :

J'ai présenté ça comme une naissance inopinée. Je n'étais pas assez confortable pour de dire que c'était voulu, puis j'ai fait ça chez nous volontairement, tu sais. J'avais vraiment peur d'avoir des problèmes. Parce qu'on a toujours ça qui baigne au-dessus de notre tête. J'ai accouché à 2 heures du matin, puis je me suis rendue à l'hôpital pour faire un check-up à 8 heures, parce que je trouvais sa respiration rapide. Je voulais m'assurer que tout était correct (Katherine).

Les témoignages montrent aussi que le suivi postpartum est souvent influencé par des facteurs contextuels, comme la disponibilité des professionnel·les ou la qualité de la relation avec les intervenants. Dans certains cas, l'accès à une SF ou à un professionnel·les de la santé peut être limité ou difficile à organiser. Karine, mère de deux enfants n'ayant pas eu accès aux SF pour sa première grossesse, explique : « *Il n'y avait pas de SF disponible près de chez moi, donc j'ai dû tout gérer seule. Si j'avais eu un suivi, je crois que cela m'aurait aidée à me sentir moins isolée.* » L'isolement géographique ou le manque de ressources locales peut conduire certaines femmes à se retrouver sans le soutien qu'elles avaient espéré, les poussant parfois à chercher des solutions de suivi en urgence ou à s'engager dans une forme d'autosurveillance. Sandra explique son expérience à la suite de son ANA de jumeaux : « *Quand j'ai demandé de l'aide pour un suivi postnatal, on m'a fait comprendre que, puisque j'avais choisi d'accoucher seule, je devais aussi m'occuper des suites moi-même.* » Émilie, mère de trois enfants dont un ANA, ajoute : « *Parce que moi, ce que j'ai trouvé très dur, c'est qu'en m'extirpant du système, j'avais l'impression de ne plus y avoir vraiment accès.* » La peur de signalements à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) accentue leur isolement et limite leur recours à des soins postnataux, même en cas de besoin

médical. Karine témoigne à nouveau : « *J'ai hésité à aller à l'hôpital pour mes points de suture. J'avais peur qu'ils appellent la DPJ juste parce que je n'avais pas accouché dans leur cadre. Finalement, je trouvais que c'était trop risqué alors que je n'y suis pas allée.* » À cet égard, les craintes envers la DPJ sont très fréquentes chez les participantes :

Une de mes grandes craintes, c'est de me faire enlever mes enfants par la DPJ. Je n'étais même pas capable d'aller voir mon MD de famille. Et de lui dire qu'elle est née sans professionnel·le de la santé. Même si je n'aurais pas été obligée. On dirait que j'étais... Vont-ils avoir accès aux dossiers ? Vont-ils voir qu'elle n'a pas de dossier (Lilas, mère de deux enfants) ?

Il importe de souligner que dans notre échantillon, seulement une femme a vécu un signalement à la DPJ à la suite d'une GANA. Selon la participante concernée, le signalement a été effectué par un centre local de services communautaires (CLSC) après un appel des parents pour demander un suivi infirmier du nourrisson à domicile. À la suite de leur appel, deux personnes intervenantes de la DPJ se sont présentées à leur domicile dans la soirée. Après leur visite d'une durée de deux heures, le signalement n'a pas été retenu.

Choisir sans choix : vers un empuissancement situé

À la lumière de ces résultats, il semble avoir lieu de se questionner quant au réel choix sous-jacent à une GANA au Québec. Au sein de notre échantillon, de nombreuses femmes ont souligné des expériences antérieures d'accouchement et des suivis de grossesse (partiel ou total) négatifs, voire traumatiques, incluant souvent plusieurs formes de violences obstétricales : normalisation et banalisation, humiliation et dégradation, atteinte à l'autonomie et agression (Lévesque et Ferron-Parayre, 2021). Dans la perspective du positionnement situé (Harding, 2004), ces récits ne doivent pas être compris comme de simples témoignages individuels, mais comme une forme de savoir produit depuis une position marginalisée, offrant un avantage épistémique en rendant visibles des dynamiques de pouvoir que les savoirs dominants tendent à invisibiliser. En ce sens, nos participantes ont clairement souligné comment ces expériences les ont amenées à percevoir les GANA non pas comme une option parmi d'autres, mais plutôt comme une décision nécessaire pour se protéger, pour retrouver un sentiment d'autonomie et pour éviter la répétition de ces expériences négatives. Nos résultats convergent avec ceux d'une revue systématique des écrits sur le phénomène qui explique que les GANA étaient rarement le premier choix des femmes, mais plutôt la résultante d'expériences négatives antérieures et d'options limitées au sein des services de périnatalité (Velo Higuera et al., 2024). Dans ce contexte, et comme le souligne St-Amant (2014),

la majorité de nos participantes semblent avoir effectué une GANA par dépit, puisqu'on peut difficilement prouver qu'il s'agissait d'un choix exercé en toute liberté. Dans certains cas, à l'instar de Topçu et Michel Costa (2023), nous pouvons penser que ces décisions par dépit s'inscrivent potentiellement dans un processus de réparation des expériences antérieures de violences obstétricales. Cela dit, il est intéressant de constater comment cette décision a ensuite été réinvestie par nos participantes, non seulement comme un moyen d'assurer leur sécurité, mais également comme un acte d'émancipation et de réappropriation de son corps et de sa maternité. On peut penser que ce processus de réinvestissement s'inscrit dans une dynamique d'empuissancement visant à « rendre visible l'hors normalité, la marge ou les subalternités » (Dormeau et Tehel, 2021). En effet, l'empuissancement dépasse la simple récupération d'autonomie individuelle pour se comprendre comme un processus politique et relationnel. Les participantes réinvestissent leur pouvoir d'agir en réinterprétant la naissance non pas selon les normes institutionnelles, mais à partir de leurs expériences, de leurs besoins et de leur savoir situé (Harding, 2004). Cette dynamique implique une tension constante : elle permet de contester certaines logiques médicalisées et de reprendre le contrôle sur leur corps et leur maternité, tout en étant confrontée aux contraintes sociales, culturelles et institutionnelles qui encadrent la reproduction. L'empuissancement dans le contexte de GANA se manifeste ainsi par des gestes concrets de réappropriation : décider du lieu et des conditions de naissance, s'entourer de soutiens choisis (comme les doulas), et élaborer des pratiques corporelles et émotionnelles centrées sur le bien-être et la sécurité perçue. Il inclut également une dimension réflexive, car les femmes évaluent et négocient les risques, et redéfinissent ce que signifie pour elles « être protégée » ou « sécurisée » en contexte périnatal.

Dans ce prolongement, nos résultats révèlent que les femmes ayant opté pour une GANA rejettent en grande partie les cadres standardisés de gestion des risques imposés par le système médical, qu'elles perçoivent comme rigides et déshumanisants. Toutefois, plutôt que de nier totalement le concept de risque, nos participantes adoptent une approche réflexive, dans laquelle elles redéfinissent les priorités en fonction de leurs valeurs personnelles et de leurs besoins individuels. Dans une logique de savoirs situés (Harding, 2004), cette posture s'inscrit dans une reconfiguration de la notion même de risque : elle ne renvoie plus seulement aux normes biomédicales, mais intègre aussi le vécu émotionnel de la mère et de l'enfant, ainsi que la quête d'une autonomie décisionnelle. Ce processus implique donc de prendre en compte des dimensions

souvent ignorées par les institutions médicales, comme le vécu émotionnel de la mère et de l'enfant, ainsi que la quête d'une autonomie décisionnelle. Nos constats rejoignent ceux de Favier et Péaud (2025), qui montrent, dans le cadre d'AAD, que les femmes cherchent à déterminer un « juste degré de médicalisation » : elles ne rejettent pas totalement la médecine, mais la modulent pour qu'elle corresponde à leurs besoins, priorités et perception du risque. Cette approche est analogue à la « culture du risque personnalisée » décrite par Gouilhers-Hertig (2014) : les savoirs médicaux sont réinterprétés et intégrés de manière critique, afin de devenir des outils adaptés aux réalités de chacune. De même, nos résultats montrent que cette personnalisation des risques constitue, pour nos participantes, une forme de résistance au modèle dominant, tout en s'inscrivant dans une démarche visant à légitimer leur choix dans une société qui valorise la rationalité et la responsabilité parentale. Ainsi, qu'il s'agisse de GANA ou d'AAD, les femmes articulent leur critique de la médicalisation avec une gestion responsable des risques, négociant un équilibre entre autonomie, sécurité et encadrement médical (Favier et Péaud, 2025; Gouilhers-Hertig, 2014). Cette lucidité témoigne d'un positionnement construit sur la connaissance et non sur l'ignorance, ce qui illustre l'un des principes clés de la théorie du positionnement situé (Harding, 2004) : les savoirs issus des marges ne sont pas déficitaires, mais produisent une compréhension plus complète des enjeux sociaux.

Par ailleurs, un élément marquant de notre échantillon est la proportion élevée de participantes ayant une expérience professionnelle ou bénévole comme doula. Ce phénomène suggère que la posture d'accompagnante facilite elle-même l'accès à une GANA. La littérature sur les GANA souligne que certaines femmes concernées peuvent posséder une expérience en périnatalité ou en accompagnement, mais les études existantes insistent plutôt sur la présence de doulas embauchées pour soutenir une GANA, et non sur le fait que les femmes elles-mêmes soient doula (Bujold et al., 2024; Johansson et al., 2023; Lou et al., 2022; McKenzie, 2025; Velo Higuera et al., 2024). Nos résultats suggèrent que l'expérience en tant que doula confère une connaissance située du déroulement physiologique de l'accouchement, une familiarité avec les pratiques médicales et les gestes d'urgence, ainsi qu'une posture réflexive face au risque. Cette expérience semble permettre aux participantes d'explorer leurs propres limites, de renforcer la confiance en leurs capacités et de construire un savoir pratique directement mobilisable en contexte de GANA. Cependant, cette surreprésentation pourrait également refléter le contexte de recrutement : les participantes ont été recrutées au sein de groupes socionumériques investis par les femmes

concernées et étroitement liés aux communautés de doulas (Michel Costa, 2023), ce qui favorise naturellement la participation de femmes déjà engagées dans ces réseaux. À notre avis, la présence significative de doulas dans notre échantillon ne se limite pas à un simple constat descriptif; elle constitue un facteur explicatif central du recours aux GANA. Cette caractéristique influence non seulement le parcours décisionnel des femmes, mais aussi la manière dont elles reconfigurent leurs rapports au corps, à la médicalisation et au risque tout au long de leur trajectoire. Elle montre que l'expérience acquise comme doula n'est pas un simple contexte, mais un vecteur actif structurant l'expérience de GANA, un aspect que peu d'études antérieures ont exploré en profondeur et qui mérite d'être approfondi dans de futures recherches.

Enfin, nos résultats montrent que plusieurs femmes ayant opté pour une GANA au Québec ressentent une tension importante entre leur choix d'accoucher en dehors du système médical et la possibilité de réintégrer ce système en cas de besoin. Cette crainte découle souvent d'expériences antérieures négatives avec le système périnatal, mais aussi d'un sentiment d'exclusion ou de jugement potentiel si elles tentaient d'y retourner après avoir fait ce choix. Le risque de signalement à la DPJ est aussi une crainte importante pour la plupart de nos participantes. Certaines participantes ont exprimé que sortir du cadre institutionnel les plaçait dans une position vulnérable, où elles avaient le sentiment qu'un retour au système médical pourrait susciter des réactions hostiles. Ces constats rejoignent les observations de Feeley et Thomson (2016) ainsi que de Plested et Kirkham (2016), qui relatent comment des femmes ayant vécu des GANA au Royaume-Uni ont été confrontées à des signalements aux services sociaux ou à des interventions policières, renforçant leur impression qu'elles ne pouvaient pas demander de l'aide sans risquer des répercussions. En France, Joana Michel Costa (2023) relève un constat similaire où nombreuses de ses participantes ont vécu des signalements aux institutions à la suite d'un ANA. Dans notre recherche, bien qu'une seule des femmes interrogées ait vécu un signalement à la DPJ à la suite d'une GANA, nos participantes ont clairement indiqué qu'elles ressentaient une obligation de discrétion pour éviter toute stigmatisation ou incompréhension de la part des professionnel·les de la santé. Ce climat de méfiance souligne une problématique importante : une fois qu'elles sortent du système, ces femmes peuvent se sentir « enfermées » dans leur décision, incapables de réintégrer un cadre institutionnel sans crainte de jugement ou de répercussions. Ceci met en lumière l'importance d'une meilleure compréhension des droits légaux entourant la maternité et de la nécessité pour les professionnel·les de développer des attitudes d'ouverture et de respect envers

ces femmes ayant choisi de vivre une expérience différente, mais tout aussi légale. Cette situation rappelle également ce que Harding (1992) nomme l'« objectivité faible » : le regard dominant naturalise et invisibilise les rapports de pouvoir qui contraignent les trajectoires reproductives. En revanche, les récits situés de nos participantes révèlent ces asymétries et invitent à une « objectivité forte », qui consiste à intégrer la perspective des groupes marginalisés pour produire un savoir plus complet et plus juste sur la périnatalité. Les professionnel·les doivent ainsi prendre conscience des différentes trajectoires que peuvent prendre les femmes afin de résister aux pratiques oppressives, comme le témoignent les nombreuses participantes de cette étude.

Limites

Puisque cette recherche est de nature qualitative, elle mobilise un échantillon relativement petit. De fait, les résultats de cet article qui relève d'une stratégie d'échantillonnage non probabiliste ne peuvent être généralisés à l'ensemble de la population des femmes qui choisissent de vivre des GANA; ils sont plutôt transférables vers des contextes et des populations similaires (p. ex. population francophone, canadienne ou nord-américaine). Concernant la collecte des données, uniquement les personnes qui fréquentent les communautés en ligne ciblées ont été recrutées, ce qui contribue à limiter notre compréhension des femmes qui ne fréquentent pas ces espaces socionumériques. De plus, les impératifs d'anonymat et de confidentialité ont limité notre capacité à brosser un portrait social, économique, culturel et géographique des participantes, celles-ci ayant exprimé leurs craintes d'être identifiées par d'autres membres d'une communauté relativement restreinte. Finalement, le choix de mobiliser la théorie du positionnement situé a décidément contribué à l'analyse et à l'interprétation du point de vue situé sous étude : il est donc évident que les résultats de cet article sont alignés avec ce choix. Dans cette logique, il est possible d'affirmer que certaines conclusions ont été « générées » par ce positionnement, mais conjecturalement que d'autres auront été « évacuées » par celui-ci. Par exemple, une limite importante de ce cadrage théorique est qu'elle met l'accent sur les points de vue situés des femmes qui prennent la parole, tout en risquant d'occulter les angles morts liés aux expériences plus négatives ou conflictuelles, car les personnes ayant vécu ces situations sont souvent moins enclines de faire entendre leur voix.

Références

- Bergeron, M., Lévesque, S., Beauchemin-Roy, S. et Fontaine L. (2019). Regard des intervenantes communautaires en périnatalité sur des expériences observées de violence obstétricale. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 38(4), 63-76. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2019-019>
- Bracke, S. et De La Bellacasa, M. P. (2013). Le féminisme du positionnement. Héritages et perspectives contemporaines. *Cahiers du Genre*, 54(1), 45-66. <https://doi.org/10.3917/cdge.054.0045>
- Bujold, A., Gervais, C., et Pariseau-Legault, P. (2024). Pourquoi les femmes choisissent de vivre des accouchements sans assistance professionnelle ? Une revue narrative systématisée. *Aporia*, 16(2), 27-39. <https://doi.org/10.18192/aporia.v14i2.7060>
- Bujold, A., Gervais, C. et Pariseau-Legault, P. (2025). Profil sociodémographique et de santé des femmes québécoises qui choisissent de vivre des grossesses et des accouchements non assistés. *Nouvelles pratiques sociales*, 35(1).
- Cantor, J. D. (2012). Court-ordered care - A complication of pregnancy to avoid. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 67(10). <https://doi.org/10.1056/NEJMp1203742>
- Chancogne, Z. et Lévesque, S. (2024). « À chaque fois que j’y allais, c’était comme partir à la bataille » : une exploration qualitative des violences gynécologique et obstétricale au Québec. *Recherches Féministes*, 37(1), 181–201. <https://doi.org/10.7202/1114141ar>
- Chbat, M. (2022). Maternités lesbiennes. Réflexions méthodologiques, éthiques et épistémologiques sur la production d’une recherche menée par une personne directement concernée. *Service Social*, 67(1), 163–175. <https://doi.org/10.7202/1087198ar>
- Davis-Floyd, R. (2022). Chapter 10. The International Childbirth Initiative: An applied anthropologist’s account of developing global guidelines. Dans L. J. Wallace, M. E. MacDonald et K. T. Storeng (dir.), *Anthropologies of global maternal and reproductive health : From policy spaces to sites of practice* (pp. 179-197). Springer.
- Desgagné G., 2021. *Pour une éthique de l'enfantement. Une critique de la médicalisation des naissances et de la violence obstétricale* [Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Rimouski]. Sémaphore. <https://semaphore.uqar.ca/id/eprint/1940/>
- 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>
- Diaz-Tello, F. et Kumar-Hazard, B. (2021). What are women's legal rights when it comes to choice in pregnancy and childbirth? Dans H. G. Dahlen, B. Kumar-Hazard et V. Schmied (dir.), *Birthing outside the system: The canary in the coal mine* (pp. 273-293). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429489853>
- Dormeau, L. et Tehel, A. (2021). « Je suis le prototype » : femmes bioniques et « empuissancement » subalterne. *Recherches féministes*, 34(1), 255-272. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1085252ar>

- Fathalla, M. F. (1998). Preface. A new antenatal care model. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 12, vii-viii.
- Feeley, C. et Thomson, G. (2016). Tensions and conflicts in ‘choice’: Womens’ experiences of freebirthing in the UK. *Midwifery*, 41, 16-21. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.07.014>
- Forget, K. (2022). *La pathologisation des accouchements de jumeaux au Québec 1930-1980* [Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Trois-Rivières]. Cognito. <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/10599/>
- Gouilhers-Hertig, S. (2014). Vers une culture du risque personnalisée : choisir d’accoucher à domicile ou en maison de naissance. *Socio-anthropologie*, 29, 101-119. <https://doi.org/10.4000/socio-anthropologie.1696>
- Grenier, M. (2019). *Le consentement dans la formation médicale en gynécologie obstétrique et la reproduction sociale des violences obstétricales* [Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal]. Archipel. <https://archipel.uqam.ca/12949/>
- Harding, S. (1992). Rethinking standpoint epistemology: What is “strong objectivity?” *The Centennial Review*, 36(3), 437-470. <http://www.jstor.org/stable/23739232>
- Harding, S. (2004). Introduction: Standpoint theory as a site of political, philosophic, and scientific debate. Dans S. Harding (dir.) *The feminist standpoint theory reader: Intellectual and political controversies* (pp. 1-15). Routledge.
- Hickman, A. (2010). Born (not so) free: Legal limits on the practice of unassisted childbirth or freebirthing in the United States. *Minnesota Law Review*, 94(5), 1651-1681.
- Hill Collins, P. (2000). *Black feminist thought knowledge, consciousness, and the politics of empowerment*. Routledge.
- Hollander, M. H. (2021). Birthing outside the system in the Netherlands. Dans H. G. Dahlen, B. Kumar-Hazard et V. Schmied (dir.), *Birthing outside the system: The canary in the coal mine* (pp. 99-114). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429489853>
- Jenkinson, B. et Fox, D. (2021). Keeping the canary singing: Maternity care plans and respectful homebirth transfer. Dans H. G. Dahlen, B. Kumar-Hazard et V. Schmied (dir.), *Birthing outside the system: The canary in the coal mine* (pp. 320-343). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429489853>
- Johansson, M., Jansson, O., Lilja, F., Ekéus, C. et Volgsten, H. (2023). Freebirth, the only option for women who do not fit into common practice. A Swedish national interview study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 37. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100866>
- Labrecque, M. (2018). *Expériences négatives d'accouchements décrites par des femmes ayant accouché en milieu hospitalier : les liens avec le concept des violences obstétricales* [Mémoire de maîtrise, Université de Montréal]. Papyrus. <https://umontreal.scholaris.ca/items/072141e3-9f35-4eac-a0ce-5d8888efe770>

- La Presse canadienne. (2025). *Une charte pour protéger les femmes contre la violence obstétricale et gynécologique*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2167239/charte-protoger-femmes-violence-obstetricale-gynecologique>
- Lévesque, S., Bergeron, M., Fontaine, L. et 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>
- Lévesque, S. et Ferron-Parayre, A. (2021). To use or not to use the term “obstetric violence”: Commentary on the article by Swartz and Lappeman. *Violence Against Women*, 27(8), 1009-1018. <https://doi.org/10.1177/1077801221996456>
- Lou, S., Dahlen, H. G., Gefke Hansen, S., Ørneborg Rodkjær, L. et Maimburg, R. D. (2022). Why freebirth in a maternity system with free midwifery care? A qualitative study of Danish women’s motivations and preparations for freebirth. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 34, 100789. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100789>
- Macdonald, D., Helwig, M. et Snelgrove-Clarke, E. (2023). Experiences of women who have planned unassisted home births in high-resource countries: A qualitative systematic review. *JBIC Evidence Synthesis*, 21(9), 1732–1763. <https://doi.org/10.11124/JBIES-22-00246>
- McKenzie, G. (2025). Quest narratives and heroine journeys: The road to freebirth and the joy of undisturbed physiological birth. *Frontiers in Global Women’s Health*, 5, 1495914. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2024.1495914>
- Michel Costa, J. (2023). *Enfanter par soi-même : trajectoires, savoirs et pratiques de l'accouchement non assisté aujourd'hui en France* [Master Savoirs en société, École des hautes études en sciences sociales].
- Miles, M. B., Huberman, A. M. et Saldaña, J. (2020). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook*. SAGE.
- MSSS. (2024). *Plan d'action en périnatalité et petite enfance 2023-2028*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003708/>
- OSFQ. (2025). *Dossier spécial (juillet 2025) : la prévention, la surveillance et le traitement de l'exercice illégal de la profession sage-femme*. https://www.osfq.org/medias/iw/pratique-illegal-VF-web.pdf?utm_source=Cyberimpact&utm_medium=email&utm_campaign=Infolettre-juillet-2025
- Paltrow, L. M. et Flavin, J. (2013). Arrests of and forced interventions on pregnant women in the United States, 1973–2005: Implications for women's legal status and public health. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 38(2), 299-343. <https://doi.org/10.1215/03616878-1966324>
- Péaud, L. et Favier, I. (2025). Accouchements extra-hospitaliers en Isère : entre juste médicalisation et retour à la nature. *Anthropologie & Santé*, 30. <https://doi.org/10.4000/13w2d>
- Plested, M. et Kirkham, M. (2016). Risk and fear in the lived experience of birth without a midwife. *Midwifery*, 38, 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.02.009>

- Rivard, A. (2014). *Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne*. Éditions du remue-ménage.
- Saldaña, J. (2021). *The coding manual for qualitative researchers*. SAGE.
- Samuels, T. A., Minkoff, H., Feldman, J., Awonuga, A. et Wilson, T. E. (2007). Obstetricians, health attorneys, and court-ordered cesarean sections. *Womens Health Issues*, 17(2), 107-114. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2006.12.001>
- Shorey, S., Jarašiūnaitė-Fedosejeva, G., Akik, B. K., Holopainen, A., Isbir, G. G., Chua, J. S., Wayt, C., Downe, S. et Lalor, J. (2023). Trends and motivations for freebirth: A scoping review. *Birth*, 50(1), 16–31. <https://doi.org/10.1111/birt.12702>
- St-Amant, S. (2014). Nous sommes les freebirthers : enfanter sans peur et sans reproche. *Recherches féministes*, 27(1), 69-96. <https://doi.org/10.7202/1025462ar>
- Topçu, S. (2021). Adopting an ‘unlearner’ technology? Knowledge battles over pharmaceutical pain relief in childbirth in post-1968 France. *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 13, 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.rbms.2021.03.002>
- Topçu, S., 2023. Savoirs et ignorances disputés des médicaments ‘détournés’ en gynécologie-obstétrique. L’affaire du Cytotec en France. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 17(3). <https://doi.org/10.4000/rac.30640>
- Topçu, S. et Michel Costa, J. (2023). “Mon accouchement suivant a réparé le premier” : regard sociologique sur les formes de réparation de traumatismes obstétricaux. Dans S. Bisch, R. Gagnon et C. Schalck (dir.), *Violences Obstétricales et Gynécologiques : Que fait-on de la parole des femmes ?* (pp. 161-180). L’Harmattan.
- Velo Higuera, M., Douglas, F. et Kennedy, C. (2024). Exploring women's motivations to freebirth and their experience of maternity care: A systematic qualitative evidence synthesis. *Midwifery*, 134, e104022. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104022>
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods*. SAGE.

Chapitre 5 – Résultats qualitatifs sur l’influence des réseaux socionumériques en contexte de GANA

Reconstructing reproductive autonomy through social networks: A qualitative analysis of the digital practices of women experiencing freebirth

Avant-propos

Titre de l'article : Reconstructing reproductive autonomy through social networks: A qualitative analysis of the digital practices of women experiencing freebirth

Auteur·es :

(1) Audrey Bujold, PhD(c), UQO

(2) Pierre Pariseau-Legault, PhD, professeur au Département des sciences infirmières, UQO

(3) Christine Gervais, PhD, professeure au Département des sciences infirmières, UQO

Revue de publication : BMC Digital Health

Date de soumission : 2 avril 2025

Statut de l'article : Article publié (annexe P)

Pertinence de la revue en sciences de la famille : La revue *BMC Digital Health* constitue un vecteur stratégique de diffusion pour un article qualitatif explorant l'influence des réseaux socionumériques dans le parcours décisionnel des femmes ayant vécu une GANA. Spécialisée dans l'étude des technologies numériques appliquées à la santé, elle accorde une attention particulière aux usages des réseaux socionumériques et aux transformations qu'ils induisent dans les rapports au savoir, à l'autorité médicale et aux pratiques de soins. Cette revue contribue ainsi à élargir la réflexion sur la santé numérique en documentant un usage encore peu étudié des réseaux socionumériques, à savoir leur rôle dans l'émancipation reproductive et la reconfiguration des choix périnataux. Par son ouverture interdisciplinaire et sa portée internationale, *BMC Digital Health* offre un espace tout indiqué pour faire connaître cette recherche au croisement de la santé publique, des études numériques et des dynamiques sociales en périnatalité.

Abstract

Background. Freebirth refers to the decision to go through pregnancy or give birth without the presence of healthcare professionals. Although this choice remains marginal, it has been gaining increasing attention due to the issues it raises regarding reproductive autonomy, relationships with medical institutions, and the search for support. Given the marginalization of their experiences, women who choose freebirth develop strategies of legitimation and solidarity, notably by relying on social networking sites (SNS). Drawing on semi-structured interviews with 23 participants and trace interviews conducted with nine of them, this article examines the use of SNS in the context of freebirth to better understand their role in this perinatal experience.

Results. Our findings describe the SNS used by women who choose freebirth, their specific uses, and their roles in the perinatal experience. Two SNS are particularly significant for these women: Facebook and YouTube. On Facebook, participants engage in private online groups (dedicated to freebirth or broader perinatal topics) and follow professional pages related to childbirth and maternity care. Private Facebook groups serve as spaces for discussion where participants share testimonies, ask questions, and receive advice, fostering a sense of community and support. In contrast, professional Facebook pages and YouTube videos primarily provide educational content focused on perinatal empowerment, with participants generally engaging with this information in a more observational or reserved manner. These SNS shape the perinatal experience by facilitating emotional preparation, particularly through exposure to inspiring content and engagement in private groups. They also reinforce women's confidence in their decision to experience a freebirth.

Conclusions. SNS contribute to deconstructing traditional medical norms by offering alternative perspectives on pregnancy and childbirth while supporting women in their efforts to reclaim birth. Far from being uncritical consumers of online content, these women actively engage in a reflective and critical process, allowing them to question prevailing perinatal norms.

Keywords: Social network, qualitative research, trace interview, freebirth, unassisted childbirth

Background

In Quebec (Canada), the landscape of childbirth options reflects evolving societal attitudes and includes a well-established medical system alongside alternative models of care (Rivard, 2014). Midwifery plays a central role in providing these alternatives, encompassing planned home births attended by midwives as well as births taking place in midwife-led birthing centers (*maisons de naissance*) outside of hospitals and without physician involvement (Rivard, 2014). However, access to midwifery services is regionally limited and regulated according to the presence or absence of risk factors, which can affect eligibility (Rivard, 2014). These services are publicly funded and free of charge for all women holding a valid Quebec health insurance card (Rivard, 2014). Nonetheless, despite these available and publicly supported options, some women deliberately choose not to engage with the medical system or midwifery services, opting instead for freebirth (Bujold et al., 2024). This choice, which exists alongside established care models, highlights complex personal, cultural, and systemic factors influencing childbirth decisions in Quebec, as well as in other parts of the world where free midwifery services are also available (Bujold et al., 2024).

More specifically, freebirth refers to the decision to carry a pregnancy or give birth without the presence of healthcare professionals. This choice is situated within a contemporary sociohistorical context where medical structures exist and are accessible to women who wish to utilize them. It represents a deliberate decision to forgo, either partially or entirely, the care provided by healthcare professionals. Due to the absence of a specific administrative category for this practice, there is no precise data available to estimate the number of women who choose freebirth. The few available estimates often conflate it with precipitous births or births occurring before reaching the hospital, making it difficult to measure the scope of this phenomenon (McKenzie et al., 2020). Despite this statistical invisibility, freebirth is gaining increasing attention, as evidenced by its presence in the media, grey literature, and more recently, in scientific literature (McKenzie et al., 2020).

Although this choice remains marginal, it raises significant issues related to reproductive autonomy, relationships with medical institutions, and the search for support (Bujold et al., 2024). It highlights the tensions between dominant biomedical norms and the aspirations of certain women for greater self-determination in their perinatal experience. By questioning the legitimacy

of experiential knowledge in relation to medical expertise, it engages in broader debates on the medicalization of childbirth and the power dynamics that shape access to care (Bujold et al., 2024). This choice also challenges the mechanisms of control and surveillance over women's bodies during the perinatal period, as well as the forms of resistance that emerge as a result (Bujold et al., 2024). In this context, women who choose freebirth develop strategies to legitimize and secure their journey, notably by relying on support networks and spaces for exchange, both online and offline.

Indeed, research on freebirth consistently points to the same conclusion: women who choose this path feel a strong need to share their experiences and legitimize them within supportive networks that recognize and endorse their often marginalized decision (Bujold et al., 2024). The majority of these women prioritize social networking sites (SNS) to build solidarity links with other pregnant women (Bujold et al., 2024). As indicated by Pastinelli and Déry (2016), exchanges in these digital spaces contribute to transforming these marginalized experiences by creating opportunities for sharing individual experiences and reinterpreting the dynamics of marginalization. These platforms provide women with the opportunity to make sense of their journey and to recognize it as valid and legitimate, in contrast to the pathologizing representations often conveyed by medical discourse (Pastinelli et Déry, 2016).

SNS thus become a key resource in supporting a decision-making process that is often iterative, typically beginning with a desire for bodily autonomy (Bujold et al., 2024). In this regard, the use of these social networking spaces often marks a pivotal stage in their reflection, as it is usually at this point that they first encounter the testimonies of other women with whom they identify or wish to identify (Bujold et al., 2024; Feeley et Thomson, 2016a, 2016b). These platforms offer both a perceived safe space and an opportunity to reconsider obstetrical risk and challenge dominant norms (Bujold et al., 2024; Feeley et Thomson, 2016a, 2016b). By exploring their own experiences, women develop a critical stance towards the often reductive interpretations conveyed by mainstream biomedical medicine, commonly referred to as conventional medicine (Pastinelli et Déry, 2016). These networks thus serve as a source of inspiration and information, reinforcing the legitimacy of their decision-making process. They also facilitate exchanges with others who share their concerns, including families and professionals. In some Northern European contexts, this includes doulas and homebirth midwives who are attuned to the values underlying

freebirth, such as decision-making autonomy, trust in the physiology of birth, and the reclamation of knowledge related to childbirth (Henriksen et al., 2020; Hollander et al., 2017).

Although these networks are a primary source of information and inspiration for these women, a recent review of the literature on freebirth shows that no study specifically examines the use of SNS in this context (Bujold et al., 2024). This article aims to fill this empirical gap by analyzing the use of SNS by women who have experienced freebirth. More specifically, the objective of this study is to describe the uses of SNS by women involved in freebirth and their impact on these women's perinatal experience.

Theoretical framework and positionality

Drawing on the work of Black feminism, this study utilizes the concept of "outsider within" developed by Patricia Hill Collins (2000). This concept refers to a particular position where an individual, although integrated within a dominant group, does not hold the full power granted to its members. It is not merely about being included or excluded from a group, but rather about occupying an intermediate position that allows for the analysis of power dynamics, dominant norms, and their effects on marginalized groups. Hill Collins (2000) illustrates this concept by showing how Black women, although active participants in the feminist movement (within), have long been perceived as outsiders due to their racial marginalization.

This positioning is particularly relevant in the context of this research, as the first author of this article embodies the posture of an *outsider within* herself. As a mother of three children, two of whom were born without professional assistance, she is both integrated into the scientific and professional community as a nurse and doctoral candidate in family sciences (within), while also being marginalized due to her choice of unassisted childbirth (outsider). This *outsider within* stance has influenced the entire research process, from data collection to result analysis. From an analytical perspective, this position allowed for a contextualized and dynamic approach to the data. Rather than merely juxtaposing individual narratives, the analysis facilitated a macrosocial reading of the participants' discourses, articulating an intimate understanding of their reality alongside a critical stance towards the power dynamics that shape their use of SNS. This positionality thus enabled a nuanced interpretation of the participants' trajectories, considering the social, institutional, and discursive structures influencing their use of SNS. In sum, this situated analysis

allowed for a deeper understanding of the dynamics of agency and constraint shaping their use of SNS, while avoiding a reductive or homogenizing reading.

Methods

This article is part of a larger single embedded case study (Yin, 2018) aimed at advancing knowledge on freebirth in Quebec (Canada). Based on semi-structured individual interviews conducted with 23 participants and trace interviews with nine of them on SNS, this text presents a qualitative analysis of the main uses of SNS that support freebirth and their roles in the perinatal experience of women who make this choice.

The trace interview, also known as a trace-based interview, is an innovative and lesser-known data collection method (Gallant et al., 2020). It relies on the analysis of digital traces left by the participants, which they are then invited to comment on. This approach allows for better contextualization of the production of these traces and helps mitigate interpretation biases, whether excessive or insufficient, from the analyst. In this study, the trace interview enabled participants to retrace and narrate their online journey related to social media content about freebirth, shedding light on how they navigated, engaged with, and interpreted various digital materials during their perinatal experiences. This method facilitated a tripartite interaction between the researcher, the digital traces, and the participants who explored them (Gallant et al., 2020). Ultimately, it not only allowed for the analysis of these traces but also enabled their use as support for the discussion. While the semi-structured interviews provided a broad understanding of SNS usage, the trace interviews made it possible to elicit specific examples and deepen the interpretation of selected content. This method thus enabled a more nuanced analysis of how women made meaning from their online experiences.

Data collection

In the spring of 2024, the first author of this article contacted the administrators of online communities frequented by women who had experienced freebirths to introduce the study and obtain their consent to publish recruitment posters on these platforms. A total of eight private Facebook® groups shared these posters. Given the limited number of Québécoise women who had experienced a freebirth and met the inclusion criteria, a convenience sampling strategy was adopted. The initial sample was expected to include 12 participants for individual interviews and

10 for the trace interviews. However, due to the swift participation wave sparked by the research, it was decided to include all individuals who expressed interest and met the following inclusion criteria: (1) aged 18 years or older; (2) had experienced, by choice, a pregnancy without professional care, either partially or completely, and/or a birth without professional assistance in Quebec; (3) were able to understand and read French. In total, 22 women and one gender-fluid person participated in a semi-structured interview. Of these, nine participated in a trace interview of their SNS usage. Memory biases were mentioned by several participants as reasons for refusing to take part in a trace interview. Other participants explained their refusal by emphasizing that SNS did not play a significant role in their freebirth trajectory.

Semi-structured interviews. The semi-structured interviews were conducted on the Zoom® platform during May and June 2024 and lasted an average of 90 minutes. The interview guide was designed to explore the primary uses of SNS that support freebirths and examine their influence on the perinatal experiences of the women. It included a series of questions and sub-questions aligned with the research objective, which helped guide and support the discussion when necessary. Most of the questions were open-ended and non-directive to ensure a thorough exploration of the situated perspectives of the participants and to capture the full complexity of their lived experiences. All interviews were audio-recorded and fully transcribed. Before completing the interview, participants were invited to fill out a short sociodemographic questionnaire on LimeSurvey® to provide contextual information for the interpretation of their responses in the analysis. The semi-structured interview guide, developed specifically for this research, and the sociodemographic questionnaire, also created for this study, are available in Additional Files 1 and 2.

Trace interviews. The trace interviews were conducted on the Zoom® platform between June and July 2024, lasting approximately 60 minutes each. They took place two to six weeks after the initial semi-structured interviews and aimed to complement them by exploring participants' SNS usage in greater depth. Prior to the interview, participants received a preparatory email instructing them to identify five to ten pieces of SNS content such as posts, comments, videos, or photos related to freebirths that had been particularly meaningful during their perinatal experiences. This content could include posts they had personally authored about their pregnancies or births, comments made on others' posts, or materials shared by others that had strongly

resonated with them or influenced their thinking. Participants were encouraged to consider content regardless of publication date, acknowledging that some traces might date back several years but still held ongoing significance in their engagement with freebirth discourse online. To identify these materials, participants were advised to review their social media histories, saved or bookmarked posts, message threads, or any other digital footprints from platforms they regularly used, including Facebook®, Instagram®, TikTok®, Twitter®, and YouTube®, among others.

During the trace interview itself, participants shared their screen to present the original digital traces they had prepared, reading aloud the post or commenting on videos or images, and showing their own comments beneath posts when applicable. The windows for each piece of content were generally already open on their computer, ready to be shared. They reflected on how each trace influenced their personal freebirth journey. Occasionally, participants introduced additional content they recalled during the discussion but had not initially selected. All content was viewed live during the interview, not beforehand or afterward.

One limitation of this online method concerns confidentiality. For example, Messenger® notifications sometimes appeared on screen if a participant received new messages during the interview. When searching live for unplanned content, recent search histories or other open tabs could become visible. In one instance, a participant's engagement with an alternative sexual online community led to discomfort, experienced by both the participant and the researcher. Such incidental or private information was immediately disregarded and excluded from the analysis to protect participant privacy.

This interactive format fostered a dynamic conversation, allowing the interviewer to prompt elaboration on specific elements, observe real-time emotional and cognitive reactions, and collaboratively clarify meanings. The online setting shaped the interview dynamics by enabling direct engagement with digital materials while giving participants control over what and how much they shared, thus supporting ethical considerations regarding privacy and consent.

Overall, this method enabled a nuanced analysis of how women made meaning from their online experiences. Beyond identifying main SNS usage patterns, the trace interviews deepened the interpretative discourse around participants' digital practices (Gallant et al., 2020). All trace interviews were recorded in audio and video and fully transcribed. The trace interview guide developed for this study is available in Additional File I.

Data analysis

The analysis and interpretation of data from individual interviews were conducted following Saldaña's (2021) framework, utilizing a three-cycle inductive coding process in qualitative research, supported by NVivo 14® software. This analytical approach was first applied transversally to each interview. Subsequently, a horizontal analysis was performed across interviews, identifying points of convergence and divergence among codes, categories, and core categories. This process allowed for a nuanced understanding and conceptualization of the data through a contrasting and complementary perspective (Miles et al., 2020; Saldaña, 2021). To analyze and interpret the data from the trace interviews from a descriptive and comparative perspective, we structured the dataset by developing a comprehensive database cataloging each recorded trace. This database facilitated a holistic description of the corpus while allowing us to contextualize the role of these traces within the perinatal experiences of women who engaged in freebirth. From this analysis, a typology of SNS platforms and their uses in the context of freebirth emerged.

The data from individual interviews related to SNS were cross-referenced with this typology within a methodological triangulation framework. While trace interviews provided an in-depth analysis of participants' digital practices on SNS, semi-structured interviews offered valuable insights into the decision-making processes underlying these practices. This integration of qualitative data, through cross-referencing and contextualization, mitigates the limitations of each method when considered in isolation and deepens the understanding of the social and digital dynamics shaping the choices of women engaged in freebirth. The articulation of these two data sources thus strengthened the robustness of the findings by offering a more holistic and nuanced perspective on the observed phenomena. All analytical steps were conducted by the first author of this article, under the supervision of the second and third co-authors, as part of her doctoral research. The analytical process was discussed in team meetings and revised to achieve consensus when necessary.

Methodological Rigor

In this study, methodological rigor is ensured through the integration of six feminist scientificity criteria (Hesse-Biber et Piatelli, 2012), which align with Patricia Hill Collins' (2000) concept of the *outsider within*. These criteria foster a reflexive stance throughout the data

collection and analysis process. The six scientificity criteria are as follows: (1) recognizing one's own positioning as a doctoral student-researcher; (2) examining one's location and role within the studied field; (3) documenting relationships with participants; (4) remaining attentive to both participants and oneself; (5) being mindful of difference; and (6) interrogating the data while incorporating reflexivity (Hesse-Biber et Piatelli, 2012).

To uphold this academic rigor, two methodological tools were employed. First, writing an autoethnographic narrative allowed the first author to situate her own positioning within the macrosocial context of knowledge production and to account for her personal involvement in the research process (Pariseau-Legault, 2018). This narrative, initiated prior to the doctoral research, focused on the first author's personal and embodied relationship to motherhood. It was not connected to the participants or the fieldwork but rather served as a foundation for examining her epistemological posture and the values underpinning her interest in the topic. As such, it is part of a broader reflexive effort to acknowledge the positionality from which the research emerges.

Second, a reflexive journal served to identify and critically examine biases and privileges throughout the study while striving to respect the needs and desires expressed by the women involved. In contrast to the autoethnographic narrative, this journal was directly tied to the research process. It was primarily used during recruitment, data collection, and analysis, and helped document the evolving relationship with participants. It also allowed the first author to reflect on potential tensions between her own lived experiences and those of the women interviewed, and to remain attentive to difference, power dynamics, and the risks of projection or overidentification. This journal also ensured that interpretations remained grounded in the lived realities of the participants, facilitating a more transparent and accurate representation of their relationship to motherhood.

The use of two distinct tools (an autoethnographic narrative and a reflexive journal) was intentional and methodologically grounded. While both served a reflexive purpose, they operated at different levels and temporalities of the research process. The autoethnographic narrative enabled the first author to examine her personal relationship to motherhood outside the immediate framework of the study, anchoring her positionality in a broader sociohistorical context. In contrast, the reflexive journal was directly tied to the empirical research and used throughout recruitment, data collection, and analysis. It allowed the researcher to document the dynamics with

participants, attend to moments of resonance or dissonance, and maintain ethical vigilance throughout. Together, these criteria and methodological tools aimed to prevent the researcher from speaking on behalf of the participants without considering the multiple forms of oppression and privilege that have shaped their life trajectories (Chbat, 2021).

Results

In addition to providing a brief overview of the participant profile, the results outline the description of SNS, their specific functions for the women involved, and their roles in the perinatal experience. Only two SNS are included in the results, as they were the only platforms reported by participants: Facebook (social network groups and professional pages) and YouTube. Other SNS, such as Instagram, TikTok, or Twitter, are not featured in this study's findings, as they were not identified as significant or useful by participants during either the semi-structured interviews or the trace interviews.

Participant Profile

The 23 participants who took part in the individual interviews had an average age of 31 years (20-40) at the time of their most recent freebirth experience. The majority of reported freebirth experiences occurred in 2021, with only four participants describing experiences prior to 2020. Four women reported undergoing freebirth in the context of a twin pregnancy, while two women had a freebirth following a previous cesarean section.

Regarding educational attainment, three-quarters of the sample held a college or university degree. This predominance of highly educated participants aligns with findings in the international literature suggesting that higher education levels are often associated with more active health-related decision-making and a greater likelihood to seek alternative birth options, including freebirth or homebirth without medical assistance (Bujold et al., 2024). Education may enhance access to diverse information sources and foster critical attitudes toward dominant medical models of birth, which could explain the overrepresentation observed here (Bujold et al., 2024).

Among the one-quarter of participants without post-secondary degrees, the group was characterized by a diversity of backgrounds, including women engaged in skilled trades, caregiving professions, or stay-at-home mothers. While smaller in number, this subgroup shared similar motivations for freebirth centered on autonomy, control over their birthing experience, and

skepticism toward medical interventions. Their inclusion underscores that freebirth choices transcend educational boundaries, though further research is needed to fully understand how socioeconomic factors intersect with birth choices.

Notably, among participants who agreed to take part in the trace interviews, most had more recent freebirth experiences, with three in 2022, two in 2023, and four in 2024. This suggests that women with more recent experiences may have been more motivated or able to engage in a digital follow-up interview. Additionally, three of the four women who reported freebirth in the context of twin pregnancies during the semi-structured interviews also participated in a trace interview. This is significant because twin pregnancies are generally considered higher risk, and the choice to undertake freebirth in this context reflects particularly strong convictions and complex decision-making processes, which were further explored in the trace interviews. These factors highlight the diversity within the sample and suggest avenues for future investigation into risk perception and birth choices.

Description of SNS

Facebook is an essential platform for women involved in freebirth. This SNS is primarily used for its social networking groups and professional pages. Table 11 presents a typology of the social networking groups utilized on this platform. All identified groups are private, meaning that members cannot share content from these groups on their personal Facebook pages. Additionally, the posts shared within these spaces are generally original, rather than reposted from other online groups. These groups are exclusively francophone and bring together an engaged community centered around this topic.

More specifically, during the semi-structured interviews and the trace interviews, almost all the participants indicated that they were members of the largest private group dedicated to freebirth, which has around 6,000 members. In addition to the main group, other smaller groups have emerged, characterized by greater flexibility in the types of narratives and comments allowed. One of these groups was created in response to the strict rules of the dominant group: *"This group was opened because the other one is quite strict. In this group, women are more allowed to post questions that don't necessarily align with the ideal of freebirth."* (trace interview)

In addition to the private groups dedicated to freebirth, two other types of social network groups were identified in this research: specialized groups and general groups. Specialized groups allow women involved in freebirth to explore specific topics such as multiple pregnancies, breech births, or practices related to the placenta. General parenting groups and birth month-based groups provide a space for discussions that go beyond freebirth-specific topics, encompassing broader aspects of pregnancy, birth, and early parenting. While these spaces are often framed as inclusive and supportive, they do not always welcome divergent experiences or perspectives. This observation comes primarily from the trace interviews, where several participants described encountering judgment, misunderstanding, or a lack of openness toward non-normative birth choices. They shared concrete examples of difficult interactions in these groups, which will be discussed in the following sections. Some women, for instance, recalled being criticized or questioned after mentioning their intention to give birth without professional assistance or for posting content related to physiological birth practices.

As shown in Table 11, most of the private groups included in this study are francophone and display a clear anchoring in the Quebec context. Our findings indicate that these private Facebook groups contain content that is specifically embedded in the socio-institutional realities of Quebec. For instance, participants discuss how to navigate the provincial healthcare system (e.g., access to midwifery care or regional hospital protocols), raise legal or bureaucratic concerns specific to Quebec (such as dealings with the Directeur de l'état civil), and share referrals to local resources, including Quebec-based doulas, perinatal educators, and alternative care providers. Many participants also recount birth stories that specify the geographic locations of their freebirth experiences, referencing local institutions or midwifery practices. These context-specific discussions contribute to a shared sense of regional experience and a form of localized collective knowledge, rooted in the linguistic and institutional realities of Quebec.

Tableau 11. *Typology of private Facebook groups used by study participants experiencing freebirth*

Group identifier	Number of members	Geographical location (determined based on the location of the moderators and administrators of these groups)	Number of posts per week
Groups dedicated to freebirth			
1	6,000	France, Quebec (Canada), and other French-speaking countries	7-10
2	700	France, Quebec (Canada), and other French-speaking countries	1-2
3	400	Québec (Canada)	1-2

4	50	France, Quebec (Canada), and other French-speaking countries	0-1
Groups dedicated to multiple pregnancies			
5	6,000	United States	45-50
6	5,000	Quebec (Canada)	65-70
Groups dedicated to home birth			
7	9,500	France, Quebec (Canada), and other French-speaking countries	12-15
8	5,000	France, Quebec (Canada), and other French-speaking countries	2-3
9	3,500	Quebec (Canada)	18-20
Group dedicated to breech births			
10	12,000	Canada and United States	3-5
Group dedicated to placentas			
11	3,000	France, Quebec (Canada), and other French-speaking countries	0-1
Groups based on the expected month of birth			
12	1,500	Quebec (Canada)	350-400
13	1,500	Quebec (Canada)	175-200
Parenting groups			
14	2,000	Québec (Canada)	25-30
15	800	Québec (Canada)	2-3

In addition to the private groups, several women are also subscribed to professional pages on Facebook. Unlike private groups, these pages are typically public or semi-public and managed by individuals who present themselves as professionals such as midwives, doulas, nurses, childbirth educators or holistic perinatal consultants. These individuals often claim expertise in physiological or undisturbed birth and use their pages to share educational content, promote services, or foster discussions aligned with their approach to birth and parenting. These professional pages can usually be identified through several markers: the use of professional titles such as certified professional midwife (CPM), registered nurse (RN), or doula, links to external websites or service offerings, branding elements including logos and consistent visual identity, and curated content that reflects a particular philosophy of care. While the posts on these pages are not always original and often consist of reposted materials from other platforms or sources, they contribute to a broader ecology of birth-related content by framing information within a professional or ideological perspective. As we discuss later in the manuscript, many of these professionals also act as digital influencers who cultivate an online presence blending personal narratives, professional authority and community engagement. Unlike private Facebook groups, which are predominantly francophone and often rooted in the Quebec context, most of the public pages or broader platforms consulted are in English and do not specifically reflect the realities of Quebec or the wider Francophone world. These English-language sources tend to adopt a more

global or North American perspective on freebirth, with fewer references to Quebec's healthcare system, legal environment, or local resources.

For its part, YouTube is used by about half of the participants to find and watch childbirth videos related to their freebirth choices. This social media platform serves as a key space where various videos on freebirths are available, offering a visual representation of these practices, often aligned with the values and desires of the women. Among the participants, videos by Sarah Schmidt, particularly the one showcasing a birth in a garden in Germany (2.1 million views) and the one about the birth of her twins (3.8 million views), were reported as being particularly significant. These videos, shared on YouTube, garnered special attention because of how they portray freebirths in unconventional or obstetrically risky contexts. Similarly, videos featuring water births, such as the one by Ellen Fisher in Hawaii (3.2 million views), were also watched by several women involved in freebirth. Some participants also mentioned using videos and recordings of positive affirmations and hypnosis shared on YouTube.

Use of SNS

Firstly, within Facebook groups, many participants actively engage in the communities to which they belong. Typically, they express appreciation for content by liking posts and writing comments to congratulate, encourage, or offer advice to other group members. These interventions are based either on their personal experiences or the knowledge they possess. Participants' involvement in these groups reflects an active exchange dynamic. They access these spaces not only to consult content but also to interact with other members. Discussions center around sharing experiences, advice, and support, thereby strengthening the cohesion and relevance of these platforms for the women involved. These SNS groups serve as spaces where various types of content circulate, including excerpts from books, birth stories, and photographs depicting key moments of the perinatal experience. During the trace interviews and semi-structured interviews, many participants indicated that they had shared their own freebirth stories on one or more of these groups.

In these groups, several participants mentioned using the "search" function to find specific answers to their inquiries. For example, one participant, pregnant with twins, used the "search" function to review stories related to multiple pregnancies: *"I read all the twin birth stories I could find. Some ended in the hospital, but it was mostly the ones from Quebec that left an impression*

on me." (trace interview) The activity of participants within these groups goes beyond mere social interaction: these spaces serve as places of exchange and support, where women can share their experiences and receive assistance from the community. The posts, whether personal stories or advice, contribute to the construction of a collective knowledge about freebirths. Notably, locally rooted narratives, such as those from Quebec, appear to resonate more deeply with participants. This is likely because they reflect a shared socio-institutional and cultural environment, which renders the information more immediately relevant, trustworthy, and actionable. Quebec-specific stories often mention particular hospitals, birthing centers, legal requirements, or interactions with local authorities, allowing participants to better imagine how their own situation might unfold. This relevance fosters a stronger emotional and practical connection to the content. In that sense, locality enhances the credibility and impact of the narratives shared. Yet, the private nature of these groups limits the circulation of content outside of these spaces, reinforcing their function as a trusted and semi-enclosed circle for those involved. The interactions within these groups illustrate a powerful process of sharing and mutual support, where personal narratives occupy a central role, not only as testimonies, but as localized knowledge tools guiding decision-making.

However, the use of these social media groups is not without its challenges. Some participants mentioned the negative impact of anti-freebirth groups on Facebook, which, often adopting a pro-science and pro-hospital stance, attempt to deconstruct choices related to freebirths, labeling them as dangerous or irresponsible. One participant reported that members of these groups capture posts from private freebirth groups to expose or publicly ridicule them. This phenomenon highlights the intrusion of hostile external groups into private spaces. This situation generates a sense of surveillance and mistrust among some participants, who previously perceived these spaces as safe. This climate of mistrust leads some to adopt precautionary strategies, such as limiting, anonymizing, or deleting the information they share. Furthermore, they fear that members affiliated with institutions, such as child protection services or healthcare professionals, may be monitoring their exchanges, which reinforces the need for some participants to ask questions anonymously or seek answers outside of social media platforms. The use of social media thus becomes a strategic issue aimed at preserving the anonymity and safety of women exploring freebirth practices.

Secondly, the use of professional pages on Facebook differs significantly from that of social media groups. Indeed, all participants described their interaction with these pages as minimal. They rarely like posts or videos they view, and comments are infrequent. As such, these pages are perceived as much less interactive spaces than private groups, where active participation is more common. Professional pages offer diverse content, including birth stories, videos, and testimonies related to freebirths, home births, or specific pregnancy situations (e.g., breech or multiple births). These pages, often more educational in nature, serve as platforms for discovering experiences and advice but do not encourage exchange or discussion to the same extent as private groups.

Thirdly, YouTube is described by the participants as a platform primarily used for viewing and acquiring information. They do not actively engage by posting, commenting, or sharing content. In their search for videos related to freebirths, they use search engines like Google® or directly utilize the search engine integrated into YouTube. However, some participants reported difficulties in finding non-medicalized birth videos through traditional search engines like Google. In contrast, when searching directly on YouTube, they found it easier to locate relevant videos. One participant shares her experience:

"I searched a lot for videos on Google. But I've almost come to the conclusion that Google doesn't want us to find those videos. Because when I searched with keywords like freebirth, nothing came up. But when I searched directly on YouTube, I was able to find relevant videos. It seems strange to me, like it's really hidden. For example, this video from [Sarah Schmidt], it has 3 million views, it's not an obscure or hidden video, yet it's very hard to find. Google would show me twin births, so-called 'natural,' but they were still very medicalized." (trace interview)

Access to non-medicalized birth videos remains a significant challenge for many of them, who report difficulties in finding suitable content through traditional search engines.

Roles of SNS in the Perinatal Experience

Facebook private groups dedicated to freebirth. Social media groups play a central role in the perinatal experience for women involved in freebirth, particularly those specifically dedicated to this practice. Some exchanges in these groups have had a particularly impactful effect. One participant recalls an excerpt from a book shared within the group, which helped to illuminate aspects of her own experience. This reading provided her with a new perspective and allowed her to rationalize some of the difficulties she encountered during her previous births: "*This passage*

allowed me to put into words what I went through in postpartum with my child. I understood why it had been so difficult." (trace interview)

One participant, pregnant with twins, was significantly impacted by a story accompanied by photos illustrating a freebirth in the context of a multiple pregnancy. For many participants, these stories serve as a reference point and help them anticipate their own birth by answering specific questions. For this expectant mother of twins, discovering a similar experience had a major impact, providing her with a sense of validation and hope: *"If it's possible for her, it's possible for me too."* (semi-structured interview)

Another participant, deeply affected by two neonatal death stories, used these testimonies to start a difficult conversation with her partner about what measures to take in case of an emergency: *"These stories made me think about what we would do if the baby was lifeless."* (semi-structured interview) Although rare, these neonatal death stories shared in the groups have a significant impact, prompting important reflections on risks and choices in perinatal care within the context of freebirth. The stories shared in these groups thus act both as mirrors, allowing women to see themselves in the experiences of others, and as catalysts, encouraging them to take ownership of their own perinatal journey.

Several participants have highlighted the sense of community felt within a specifically Quebec-based group dedicated to women experiencing freebirth in the province. The presence of local stories strengthens a sense of belonging and identification, thus creating an environment conducive to reflection and exchange. One participant explains: *"When I discovered this group, I finally found women who understood what I was going through. Reading the stories of those who had already made this choice in Quebec, in a context similar to mine, gave me confidence."* (trace interview) This space for sharing, grounded in locally lived experiences, thus contributes to the construction of collective knowledge and the empowerment of the women who identify with it.

The content shared in these spaces is not limited to testimonies; it also opens avenues for reflection and encourages the exploration of new practices. For example, the visible pride on a mother's face in a photograph shared not only inspired one participant but also led her to delve deeper into knowledge about placenta practices: *"That photo... her face spoke a thousand words. It really inspired me. I even went on to research the placenta and eventually found a book on it."* (trace interview) In some cases, these stories extend beyond the digital space and spark reflections

that continue outside of the group. For example, one participant showed a birth photo to her doctor to initiate a discussion about practices related to the umbilical cord.

Although largely perceived as a supportive space, the collective environment of these social media groups can sometimes be marked by tensions, particularly due to the implicit expectations set by the group administrators or moderators. One participant, who shared her story, received a particularly hurtful comment from an administrator: *"The day after my birth, I was told that my freebirth was a missed opportunity because I had called the midwife... That really affected my morale in the immediate postpartum."* (semi-structured interview) These interactions reflect a form of discursive control that can inhibit some women. As another participant explains: *"Many women hesitate to post for fear that their comments won't be well received."* (semi-structured interview)

In response to this, some more permissive groups have been created by the women directly concerned to address the need for narrative diversity expressed by several participants. One of them highlights the importance of being able to share stories that include difficult aspects or fears related to freebirth: *"There also need to be stories about what can scare us... The administrators shouldn't censor certain experiences. Women need to consider outcomes in the face of death."* (trace interview) This dynamic highlights the limitations of online groups as supportive spaces. While they offer a space for sharing, the presence of an editorial line weakens their role as *"safe spaces"*. Furthermore, the idea that these groups are not immune to infiltration and criticism emphasizes the tension between the need for support and the reality of public exposure, forcing participants to navigate their interactions carefully. This situation raises concerns about the safety of women and their ability to support each other in contexts that are often polarized and stigmatizing.

Despite these tensions, the group is largely perceived as a space of kindness and solidarity. One participant emphasizes the importance of positive comments and acts of support, such as fundraising efforts to help members in difficulty (e.g., serious illness). Some participants who have shared their own stories highlight that their experience was marked by enriching and inspiring exchanges: *"The comments under my story show how much these experiences motivate women to consider freebirth."* (trace interview)

In summary, private groups dedicated to freebirth play a crucial role in the dissemination of stories and knowledge, although their ideological alignment may sometimes exclude certain

experiences. These exchanges enrich the dialogue on possible choices, and the groups thus become spaces where alternative practices can be explored and validated. They serve as a valuable resource for women seeking information and validation, while also reflecting the complex dynamics of support, control, and negotiation that emerge within these online spaces.

General and specialized private groups on Facebook. Facebook private groups, whether general or specialized, provide discussion spaces that often extend beyond the issues directly related to freebirths. Although some exchanges may be marked by judgments or misunderstandings, participants frequently share information and respond to others' questions to raise awareness about the various options available for pregnancy and childbirth. These groups also facilitate the exchange of diverse experiences, offer advice, and allow for the deepening of knowledge on specific topics. For instance, one participant highlights the utility of groups dedicated to the placenta: *"It's about exchanging and asking questions regarding the placenta. It helped me transform it the first time. I use this group for specific questions, but freebirths become a secondary theme."* (trace interview) Additionally, some members use these spaces to offer birth-related services, such as support or placenta transformation. However, these groups, which are generally small, are sometimes discovered late, often just before childbirth, limiting their impact on women's preparation.

Although these groups allow for a wide range of discussions, tensions can arise, particularly when it comes to non-conventional choices such as freebirths. One participant recounted receiving negative comments after sharing her freebirth experience, highlighting the lack of understanding among some members regarding the decision to forgo medical supervision. Despite this, the same participant emphasized her appreciation for open discussions, as they enable awareness-raising and encourage broader reflection among group members. These online spaces thus serve as venues for the exploration of alternative practices, as illustrated by posts questioning standard medical procedures, such as one participant's intervention: *"Did you know that ultrasounds are not mandatory?"* (trace interview) Such contributions prompt women to consider alternative choices, including postpartum placenta practices, a topic that elicits diverse reactions within these groups.

Concurrently, certain groups specializing in topics such as twin pregnancies or multiple births are sometimes perceived as overly medicalized, creating a disconnect for those opting for practices such as freebirths. For instance, in a group dedicated to twin pregnancies, a participant

shared a request for testimonies from mothers who carried twins to 41 weeks. She received numerous alarmist responses: *"Half of the comments were from people saying it was extremely dangerous and that the risks were unacceptable after 38 weeks. In retrospect, posting there was not a good idea—it stressed me out."* (trace interview) A similar sentiment is echoed in another testimony from a group focused on multiple births: *"I don't feel like I belong in that group because the women are highly medicalized. I prefer safe spaces like freebirth groups."* (semi-structured interview) These reactions illustrate the tensions that exist between highly medicalized approaches and alternative practices such as freebirths.

Finally, while specialized groups provide valuable information, some may be perceived as restrictive or stressful, particularly when they promote highly medicalized perspectives. In contrast, groups specifically dedicated to freebirths are often seen as more inclusive and supportive, fostering an environment where women feel less judged and can share their experiences more freely.

Professional pages on Facebook. Although professional pages generate relatively low engagement, they play a role in disseminating testimonials and narratives related to freebirth. By sharing photos and videos, these pages contribute to the construction of a specific discourse of expertise, in which lived experience occupies a central place. These platforms enable women to reclaim childbirth and strengthen their confidence in perinatal autonomy.

In this way, professional pages contribute to the development of collective knowledge and the valorization of personal experiences. By showcasing a diversity of practices, they support women's decision-making power in the face of the dominant medical model. Some pages also address broader issues, such as racism in hospital settings, thereby exposing dimensions of birth narratives that are often rendered invisible.

However, the reception of these testimonials on public or semi-public pages can sometimes generate tensions. Negative comments frequently emerge, particularly when non-medicalized support is mentioned. One participant reported facing strong hostility in response to a freebirth narrative involving twins, especially regarding the presence of a doula. This experience led her to perceive certain pages as unwelcoming toward non-medicalized birth stories, highlighting the resistance and sometimes vehement judgments these narratives can provoke in public spaces.

Despite these forms of resistance, these pages remain a valuable educational resource. Participants find information and inspiring testimonials, strengthening their sense of competence and solidarity. These platforms serve as spaces for psychological and emotional preparation, supporting the reclamation of the perinatal journey.

YouTube viewing platform. The videos available on YouTube contribute to the normalization of homebirth by highlighting the simplicity and autonomy of the process. One participant notes: *"In her video, she shows how simple it is... I really like it. We even see the delivery of the placenta."* (trace interview) These content pieces reinforce women's confidence in their ability to give birth and help them reclaim their experience. By showcasing unmediated, natural childbirths, YouTube serves as a powerful tool in empowering women to trust their bodies and make informed choices about their birth plans.

For some women, these videos are both inspiring and transformative, challenging their initial perceptions of childbirth. One participant shares that a video of an outdoor birth in Germany profoundly altered her view of birth: *"It disturbed me, but I watched it often. It opened a door in my mind: if you're comfortable, you can even give birth outside."* (trace interview) Initially perceived as extreme, this scene gradually expanded her sense of what is possible, showing her that childbirth could take place outside traditional settings while still being safe and natural. Repeated exposure to this alternative reality allowed her to become more comfortable with the idea and integrate a new understanding of birth.

Others, however, perceive these videos as too emotionally detached, almost impersonal. One participant shares her reaction to a video that left her feeling perplexed: *"The video lacks emotion. It presents childbirth as something very mundane."* (trace interview) For her, the absence of emotional markers and narrative framing makes the experience less engaging, giving the impression that childbirth is portrayed as a mere physiological event, devoid of the emotional intensity that typically accompanies it. This contrast illustrates the diversity of expectations and sensitivities towards visual representations of birth.

Some participants actively seek videos that align precisely with their birth plan. One woman, who desired a water birth with her family present, shares: *"I searched for many home water birth videos with children present. I watched them with my daughter and my partner. It helped me deconstruct the myth about whether or not children should be present."* (semi-structured interview)

For her, these videos are not just sources of inspiration but also practical tools for preparation, helping to normalize the involvement of loved ones in the birth experience.

Other participants incorporate watching these videos into their daily routine as part of their active preparation for childbirth. One woman explains: "*These kinds of videos helped me a lot. I also specifically searched for videos where the partner was involved to prepare for childbirth.*" (trace interview) By showcasing a variety of practices and family configurations, these videos broaden the imagination around birth and provide an alternative visual repertoire to the dominant medical model. They thus play a role in the reclamation of childbirth, not only for the pregnant woman but also for her support network, facilitating the involvement of the partner and children in this crucial moment.

Videos featuring positive affirmations and hypnosis hold significant importance for some participants, playing a key role in psychological support and emotional preparation for childbirth. They help strengthen self-confidence and improve the experience of the final months of pregnancy, a period often marked by doubts and physical discomfort. One participant shares: "*I used them often during my pregnancy. The confidence in myself, in my body, in the decisions I make... it helped me a lot.*" (trace interview)

These videos are particularly appreciated for their calming effect in addressing the anxiety and uncertainties surrounding childbirth. Several women mention incorporating them into their daily routine to center themselves and manage stress. One participant emphasizes their importance during the final weeks before delivery: "*I was very anxious and uncomfortable in my body, I was in pain everywhere. These videos helped me a lot.*" (trace interview) Thus, beyond their informative function, these contents become a true emotional support tool, helping women cultivate a calmer mindset as they approach childbirth.

Discussion

Our findings reveal that women who choose freebirth primarily engage with two SNS: Facebook and YouTube. Facebook offers both private groups and professional pages related to freebirth or broader perinatal themes. Private groups serve as spaces for mutual support where women share experiences, ask questions, and exchange advice. YouTube and professional pages on Facebook, while not always involving direct interaction, offer content that participants described as both educational and emotionally resonant. Rather than being consumed passively,

these videos and posts were often critically engaged with, and valued for their calming effect, their role in normalizing undisturbed birth, and their contribution to emotional and psychological preparation. Together, these platforms help reframe childbirth beyond medicalized norms and support women in asserting greater control over their perinatal journey.

The predominant use of Facebook in this context aligns with findings from a quantitative study conducted in the United States by Baker and Yang (2018), who also identified Facebook as the primary SNS used by women during pregnancy and postpartum. Indeed, Facebook appears to be the preferred tool for establishing connections among women sharing similar experiences, where the exchange of information and support is facilitated. Furthermore, private groups on Facebook provide a secure environment that allows for more intimate discussions, where participants can explore sensitive topics and receive significant emotional support. This use of Facebook goes far beyond a simple informative role, becoming a key space for the creation of solidarity networks and the validation of personal choices in perinatal care. In this regard, our findings align with those of Gleeson et al. (2019), whose international integrative review highlights that while information-seeking is often the primary motivation for engaging in Facebook groups, the sharing and discussion of common experiences carry particular importance for participants. These exchanges not only allow for the acquisition of practical information but also provide valuable emotional support. Indeed, according to Gleeson et al. (2019), women engaged in these groups benefit from both emotional and instrumental support, which plays a crucial role in managing the uncertainty and challenges associated with pregnancy and childbirth. Through the sharing of experiences and the creation of connections, these virtual spaces offer a form of solidarity that goes beyond the simple acquisition of medical data, fostering an environment where participants feel heard and supported in their choices. In this regard, the value of emotional and instrumental support obtained on Facebook should not be underestimated, as it offers significant benefits to women involved in freebirth, contributing to strengthening their confidence and sense of autonomy in their perinatal journey (Gleeson et al., 2019).

However, the use of these Facebook social networks also carries risks, as some participants pointed out. A key challenge lies in the feeling of being an *outsider within*: a concept describing the experience of belonging to a community while simultaneously feeling marginalized or excluded from its core (Hill Collins, 2000). Many women described fearing negative judgment,

stigmatization, or exclusion when sharing experiences that diverge from the dominant norms upheld within these social network groups. Exposure to critiques, sometimes harsh or stigmatizing, can deeply affect women's morale, particularly during vulnerable periods such as the postpartum phase, thereby compromising the emotional and social support these groups are intended to provide. This dynamic highlights how these online spaces are not neutral but are sites where boundaries between 'core' members and 'marginalized' others are continuously (re)constructed, shaping who is recognized and who remains on the periphery. In response to these exclusionary dynamics, women often traverse multiple online communities, inhabiting simultaneously the positions of *insiders* and *outsiders* (Hill Collins, 2000). This fluid movement reflects their ongoing negotiation of belonging within complex social boundaries, as they seek to carve out safe and affirming digital spaces. Through this process, they actively resist marginalization and work to assert reproductive autonomy by finding communities where their diverse birth choices and embodied experiences are genuinely recognized, valued, and supported. This dynamic navigation underscores the tensions inherent in online spaces, where the desire for inclusion coexists with the persistence of normative pressures, highlighting how women continuously reconstruct their identities and solidarities in pursuit of empowerment and meaningful connection.

These challenges are further intensified by concrete mechanisms of control operating within these groups. In particular, the censorship of certain posts by administrators or moderators, often driven by normative expectations and community standards, curtails freedom of expression and narrows the diversity of testimonies shared within these spaces. This gatekeeping role is significant in that it contributes to shaping a collective and often homogenized image of non-medicalized birth, thereby enacting social norms that may silence or marginalize dissenting or less common birth experiences. This finding is analogous to the observations made by Cino and Formenti (2021) in their Italian study. This process of regulating digital narratives goes beyond mere information filtering. It constitutes a form of subtle social control that directly impacts women's reproductive autonomy in digital spaces. While these groups are sought out as alternatives to dominant medical discourses, places where women hope to reclaim control over their birth experiences, they simultaneously impose their own constraints, norms, and expectations (Cino et Formenti, 2021). Women find themselves negotiating their autonomy within these normative frameworks, revealing a tension between personal agency and collective regulation. This tension foregrounds important questions about the limits of reproductive autonomy as enacted online, raising the issue of how

much freedom women truly have to express divergent non-medicalized birth choices and experiences without facing marginalization or censorship. These dynamics underscore the complexity of managing collective intimacy and solidarity in virtual communities, where inclusion and exclusion are regulated through both explicit moderation policies and implicit social norms (Cino et Formenti, 2021).

Subscribing to professional pages on Facebook is another commonly reported use by our participants. According to Chee et al. (2023), in their international systematic review, these professional pages are typically managed by digital influencers. These influencers are individuals or groups who have built a digital audience by sharing curated content (reposts) on a specific topic or by sharing content from their daily lives (2023). Unlike traditional celebrities, the appeal of digital influencers lies in the way they establish direct communication with their audience. However, unlike the interactive engagement that these pages can generate (Chee et al., 2023), our participants reported that they subscribe to these pages not to actively engage with influencers, but to access specific educational content and birth stories. Furthermore, participants reported engaging with content on these professional pages in a more observational manner, often without directly interacting or commenting, but still reflecting critically on the information presented. According to Hong et al. (2023), in their quantitative study conducted in China, this more observational engagement is often motivated by concerns about the safety and privacy of their activities on these pages. Based on our findings, we suggest that this limited engagement may also stem from the combative interactions frequently observed within these spaces. Indeed, several of our participants reported having experienced or witnessed challenging exchanges related to freebirth with other users. Similarly to the findings of Chee et al. (2023), we observe that these combative interactions primarily occur when opposing viewpoints are expressed. Such conflictual exchanges marginalize certain voices and reduce opportunities for engagement, making these pages less welcoming for those seeking a calm environment for their perinatal preparation.

YouTube is another frequently used SNS by the women we interviewed. Our participants reported that this platform provides visual representations of unmedicated childbirth by exploring different birth modalities (e.g., breech, water birth, home birth, outdoor birth, family-centered birth). These videos influence the participants' perceptions of the normalcy and feasibility of freebirth. While our findings support that the use of YouTube has a positive impact on the

experience of women opting for unmedicated childbirth, the scientific literature on this topic, although scarce and published in the United Kingdom and the United States, primarily offers feminist critiques regarding the dissemination of unmedicated birth videos (Das, 2018; Lawrence et al., 2023; Mack, 2016). Their critiques highlight the dual role of social media platforms: while offering an alternative to the medicalized view of childbirth, they contribute to the creation of an idealized image of maternity, often performed in an individualistic manner. This is particularly evident in narratives of suffering aimed at transcending pain and achieving personal fulfillment (Das, 2018; Lawrence et al., 2023; Mack, 2016). It must be noted that our results do not support these critiques. On the contrary, our participants report that watching videos on YouTube contributes to empowering their decision-making process and serves as a form of digital community support.

Both on Facebook and YouTube, we observe that reading and sharing pregnancy and birth stories, whether they involve freebirth or not, plays a crucial role in the perinatal experience of our participants. According to the work of Cino and Formenti (2021), this practice is particularly popular among pregnant women, whether they are concerned with freebirth or not, in many societies in the Global North. Nonetheless, this trend raises important dilemmas regarding the intimacy and authenticity of the stories shared. Sharing the progression of one's pregnancy and childbirth online is a modern form of staging motherhood, a performative act that, historically, was expressed through practices such as personal diaries or family photo albums (Cino et Formenti, 2021). Our results show that, for women who have experienced a freebirth, this performance takes on significant dimensions. The majority of our participants used private Facebook groups to post detailed accounts of their journey, fostering a form of self-representation that goes beyond the traditional display of pregnancy and childbirth experiences by explicitly challenging the norms imposed by medicalized birth practices. This sharing of experiences becomes an active form of resistance, where each narrative helps to redefine the social and medical norms surrounding birth.

Finally, consistent with the findings of Gleeson et al. (2019), who conducted an international integrative review, and Johnson (2014), whose work is based on qualitative research in Australia, our results emphasize that women who use Facebook and YouTube are far from passive or credulous consumers of online educational content. Instead, they engage critically, selectively, and reflexively with the information they encounter. The concept of informational biocitizenship (Rose

et Novas, 2007) offers a valuable theoretical lens for understanding these behaviors, as it describes how individuals actively appropriate biomedical knowledge accessed through digital platforms, thereby becoming informed and empowered agents in managing their own health. This process reshapes traditional power dynamics between healthcare professionals and patients by enabling women to negotiate care on more equal terms and assert their autonomy within clinical interactions. We acknowledge that participants' direct use of SNS in interactions with healthcare professionals was not the central focus of our study, and thus this aspect was not extensively detailed in the findings section. However, our data nevertheless provide meaningful insights into how digital empowerment through SNS can and does influence real-world healthcare encounters. Several participants recounted concrete examples of integrating social media content, such as posts or images from private groups, into consultations with healthcare providers. These digital materials often served as tangible tools to initiate conversations, express birth preferences, challenge prevailing medical norms, or seek compromises. Following this logic, some women believe that communication with healthcare professionals could be improved if they are better informed in advance; therefore, they seek information beforehand on social networking platforms (Lee et Lee, 2022). For instance, one participant described presenting an image from a private Facebook group to her doctor, which facilitated a collaborative dialogue that acknowledged her knowledge and values. This exemplifies how informational biocitizenship manifests in clinical settings, transforming the patient-provider relationship into a more dialogical and reciprocal engagement (Rose et Novas, 2007). Beyond individual consultations, online environments function as collective spaces where women generate, validate, and disseminate experiential knowledge that both complements and contests biomedical expertise. This co-construction of knowledge supports not only informational needs but also emotional preparation, risk assessment, and the development of personalized strategies to navigate pregnancy and childbirth outside conventional medical frameworks. Thus, our findings illustrate that women's appropriation of medical knowledge transcends passive reception, representing a dynamic, reflective, and strategic process. Far from being mere consumers, women involved in freebirth actively mobilize digital knowledge to navigate complex healthcare landscapes, safeguard their reproductive autonomy, and negotiate care pathways. In this light, they embody a new form of citizenship, informational biocitizenship, that transcends traditional medical boundaries (Rose et Novas, 2007). Their active participation in online communities constitutes both an empowering practice and an act of resistance, enabling

them to proactively manage their health while challenging dominant perinatal norms. This conceptualization has important implications for healthcare professionals and systems. It underscores the necessity for greater openness, respect, and constructive dialogue with patients who come armed with digital knowledge and lived experience. Recognizing informational biocitizenship can help foster collaborative care models that better accommodate diverse birth choices and prioritize patient-centered decision-making (Rose et Novas, 2007). Furthermore, integrating this perspective early in research on digital health practices may enrich understanding of evolving patient-provider dynamics and inform strategies to support reproductive autonomy in contemporary healthcare contexts.

Limitations of the study

The study presents several limitations that should be noted. First, recall bias is possible, as individual interviews and trace interviews were conducted, in some cases, several years after the participants' perinatal experiences. This temporal gap may influence how they remember and interpret their use of SNS during their pregnancy and childbirth. Furthermore, it is possible that the women who participated in the trace interviews were the heaviest users of these platforms, which could lead to an overestimation of their role in the decision-making process of women who have experienced a freebirth. Our results also suggest that only two SNS, Facebook and YouTube, were significantly used by the participants. This concentration of digital activity on a limited number of SNS raises a limitation of the study. It is possible that this limitation is related to the recruitment process, which took place on Facebook, potentially restricting the diversity of perspectives gathered. Finally, the sample sizes for the trace interviews (n=9) and individual interviews (n=23) remain limited, which restricts the generalizability of these results.

Conclusions

This study highlights the use of SNS, specifically Facebook and YouTube, by women involved in freebirth, and their significant role in their perinatal experience. Although tensions sometimes arise, particularly through conflicting interactions on certain pages, these spaces are essential resources that promote information exchange, mutual support, and empowerment among participants. Our findings also provide nuance to some feminist critiques of the spectacle of birth on these platforms, emphasizing that the women interviewed are not passive spectators, but actively engage with these contents in a process of informational biocitizenship. They assess,

select, and reinterpret the available information based on their needs and experiences, using these resources as tools for preparation and asserting their reproductive autonomy. These conclusions pave the way for future research that delves deeper into the diversity of digital uses and experiences in perinatal care.

Declarations

Ethics approval and consent to participate

This study was approved by the Institutional Ethics Committee for Research Involving Humans at the University of Quebec in Outaouais (2024-3138) and is in accordance with the Helsinki Declaration. All participants signed a consent form for the individual interview and, where applicable, another for the trace interview. The signed consent was fully informed, in accordance with ethical guidelines. This consent included information that the study results would be published in scientific journals. In this article, any identifying information related to the participants or members of the targeted social media groups has been removed. Furthermore, all narrative excerpts used in the results are presented in an omniscient narrative style to maintain the anonymity of the participants. This measure is ethically necessary, as women and individuals who choose to experience freebirth in Quebec (Canada) belong to small online communities where they know and recognize each other. Additionally, the names of social media groups are not disclosed due to their private nature. However, the names of professional pages on YouTube are specified since they are public and do not carry implicit expectations of privacy protection.

Consent for publication

Not applicable

Availability of data and materials

The individual data from the semi-structured interviews and the trace interviews contain personal information about the participants' characteristics, which, when combined, could allow for their identification and establish links to sensitive data. For this reason, only aggregated data are presented in the manuscript. Furthermore, the consent forms signed by the participants did not include provisions for secondary use of the data.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Funding

This study was funded by the *Fonds de recherche du Québec* (326003). The *Fonds de recherche du Québec* is a Quebec-based government agency that finances and supports research. The first author of this article received this funding as part of her doctoral studies.

Authors' contributions

AB, CG, and PPL contributed to the study design and the interpretation of the results. AB conducted the qualitative analysis under the supervision of CG and PPL. AB wrote the manuscript under the supervision of CG and PPL. AB obtained the funding that led to this publication. All authors have read and approved the final version of the manuscript.

Acknowledgements

Not applicable

Authors' information (optional)

AB is a registered nurse and a doctoral candidate in family sciences at the University of Quebec in Outaouais. She is conducting her doctoral thesis under the supervision of CG and PPL, professors at the Department of Nursing at the same university.

References

- Baker, B. et Yang, I. (2018). Social media as social support in pregnancy and the postpartum. *Sexual & Reproductive HealthCare*, 17, 31-34. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.05.003>
- Bujold, A., Gervais, C. et Pariseau-Legault, P. (2024). Pourquoi certaines femmes choisissent d'accoucher sans assistance professionnelle ? Une revue narrative systématisée. *Aporia*, 16(2), 27-39. <http://dx.doi.org/10.18192/aporia.v14i2.7060>
- Chbat, M. (2021). Maternités lesbiennes. Réflexions méthodologiques, éthiques et épistémologiques sur la production d'une recherche menée par une personne directement concernée. *Service social*, 67(1), 163-175. <https://doi.org/10.7202/1087198ar>
- Chee, R. M., Capper, T. S. et Muurlink, O. T. (2023). The impact of social media influencers on pregnancy, birth, and early parenting experiences: A systematic review. *Midwifery*, 120, 103623. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103623>
- Cino, D. et Formenti, L. (2021). To share or not to share? That is the (social media) dilemma. Expectant mothers questioning and making sense of performing pregnancy on social media. *Convergence*, 27(2), 491-507. <https://doi.org/10.1177/1354856521990299>
- Das, R. (2018). Mediated subjectivities of the maternal: A critique of childbirth videos on youtube. *The Communication Review*, 21(1), 66-84. <https://doi.org/10.1080/10714421.2017.1416807>
- Feeley, C. et Thomson, G. (2016a). Tensions and conflicts in 'choice': Womens' experiences of freebirthing in the UK. *Midwifery*, 41, 16-21. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.07.014>
- Feeley, C. et Thomson, G. (2016b). Why do some women choose to freebirth in the UK? An interpretative phenomenological study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 16, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0847-6>
- Gallant, N., Labrecque, K., Latzko-Toth, G. et Pastinelli, M. (2020). La visite commentée : documenter les pratiques numériques par l'entretien sur traces. Dans M. Millette, F. Millerand, D. Myles et G. Latzko-Toth (dir.), *Méthodes de recherche en contexte numérique* (pp. 195–210). <https://doi.org/10.1515/9782760642508-014>
- Gleeson, D. M., Craswell, A. et Jones, C. M. (2019). Women's use of social networking sites related to childbearing: An integrative review. *Women and Birth*, 32(4), 294-302. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.10.010>
- Henriksen, L., Nordström, M., Nordheim, I., Lundgren, I. et Blix, E. (2020). Norwegian women's motivations and preparations for freebirth—a qualitative study. *Sexual & Reproductive HealthCare*, 25. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100511>
- Hesse-Biber, S. N. et Piatelli, D. (2012). The feminist practice of holistic reflexivity. Dans S. N. Hesse-Biber (dir.), *Handbook of feminist research: Theory and praxis* (pp. 557-582). SAGE.
- Hill Collins, P. (2000). *Black feminist thought knowledge, consciousness, and the politics of empowerment*. Routledge.

- Hollander, M., de Miranda, E., van Dillen, J., de Graaf, I., Vandenbussche, F. et Holten, L. (2017). Women's motivations for choosing a high risk birth setting against medical advice in the Netherlands: A qualitative analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1621-0>
- Hong, Y., Hu, J. et Zhao, Y. (2023). Would you go invisible on social media? An empirical study on the antecedents of users' lurking behavior. *Technological Forecasting and Social Change*, 187, e122237. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2022.122237>
- Johnson, S. A. (2014). “Maternal devices”, social media and the self-management of pregnancy, mothering and child health. *Societies*, 4(2), 330-350. <http://dx.doi.org/10.3390/soc4020330>
- Lawrence, V., Richardson, S. et Philp, L. (2023). How does social media influence expectations, decision making and experiences of childbirth? *British Journal of Midwifery*, 31(4), 210-219. <https://doi.org/10.12968/bjom.2023.31.4.210>
- Lee, J. Y. et Lee, E. (2022). What topics are women interested in during pregnancy: Exploring the role of social media as informational and emotional support. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04842-5>
- Mack, A. N. (2016). The self-made mom: Neoliberalism and masochistic motherhood in home-birth videos on youtube. *Women's Studies in Communication*, 39(1), 47-68. <https://doi.org/10.1080/07491409.2015.1129519>
- McKenzie, G., Robert, G. et Montgomery, E. (2020). Exploring the conceptualisation and study of freebirthing as a historical and social phenomenon: A meta-narrative review of diverse research traditions. *Medical Humanities*, 46. <https://doi.org/10.1136/medhum-2019-011786>
- Miles, M. B., Huberman, A. M. et Saldaña, J. (2020). *Qualitative data analysis : A methods sourcebook* (4e éd.). SAGE.
- Pariseau-Legault, P. (2018). De la clinique à la recherche : l'auto-ethnographie comme outil d'analyse des transitions identitaires du chercheur en sciences infirmières. *Recherche en soins infirmiers*, 135(4), 38-47. <https://doi.org/10.3917/rsi.135.0038>
- Pastinelli, M. et Déry, C. (2016). Se retrouver entre soi pour se reconnaître : conceptions du genre et régulation des échanges dans un forum de personnes trans. *Anthropologie et Sociétés*, 40(1), 153-172. <https://doi.org/10.7202/1036375ar>
- Rivard, A. (2014). *Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne*. Éditions du remue-ménage.
- Rose, N. et Novas, C. (2007). Biological citizenship. Dans A. Ong et S. J. Collier (dir.), *Global assemblages* (pp. 439-463). <https://doi.org/10.1002/9780470696569.ch23>
- Saldaña, J. (2021). *The coding manual for qualitative researchers* (4e éd.). SAGE.
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications : Design and methods* (6e éd.). SAGE.

Discussion générale

Cette thèse avait pour objectif de collectiviser les expériences périnatales des femmes qui ne recourent pas, en partie ou en totalité, aux soins et services périnataux, et de répondre à la question suivante : comment les femmes font-elles l'expérience du processus de grossesse et/ou d'accouchement non assisté dans le contexte actuel de médicalisation des naissances ?

Pour aborder ce phénomène, j'ai d'abord situé ma propre positionnalité en recherche. Étant moi-même directement concernée par les GANA, j'ai consacré le premier chapitre de cette thèse à l'évolution de mon parcours épistémologique et théorique, ainsi qu'à la manière dont j'ai cherché à réconcilier mes identités d'infirmière, d'étudiante-chercheuse au doctorat en sciences de la famille et de mère. Alors que la relève infirmière en recherche est souvent incitée à adhérer aux paradigmes dominants (postpositivisme et constructivisme) afin d'être reconnue comme légitime (Corry et al., 2019), ce premier chapitre exposait comment mes expériences de maternité, vécues au fil de mes études supérieures, avaient profondément bouleversé cette adhésion implicite. En marge de ma formation académique, j'ai découvert les critiques féministes des sciences (Martin, 1991; Rouch, 2011) et développé une posture réflexive, critique et engagée. Ces lectures m'ont amenée à revendiquer une démarche de recherche située, dans laquelle ma subjectivité n'était pas effacée pour satisfaire aux critères de scientificité dominants, mais consciemment intégrée au processus de production des savoirs.

Dans l'univers périnatal, cette ouverture critique apparaissait d'autant plus nécessaire, puisque la médicalisation des naissances façonne fortement les savoirs et les pratiques, marginalisant les dimensions sociales, émotionnelles et subjectives de l'enfantement (Dessureault, 2015). C'est dans cette perspective que mon projet doctoral s'est appuyé sur la théorie du positionnement situé pour examiner les expériences des femmes ayant choisi de vivre des GANA. Ancré dans le paradigme de la théorie critique, ce projet de recherche visait à rendre visibles des expériences marginalisées et à proposer une relecture émancipatrice de la médicalisation des naissances. Le premier chapitre retraçait ainsi les contours de cette démarche théorique, à la fois inductive et réflexive, et en explorait les implications pratiques tout au long de mon cursus doctoral, amorcé en septembre 2021. Il ne présentait donc pas de résultats empiriques, mais relatait mes réflexions sur la pertinence d'utiliser la théorie du positionnement situé pour étudier un groupe minorisé dans le champ disciplinaire des sciences de la famille.

Cette posture réflexive constituait en soi une démarche particulièrement novatrice dans le champ des sciences de la famille, en ce qu'elle remettait en question les normes épistémiques dominantes et réaffirmait la légitimité des savoirs situés (Hill Collins, 2012). En effet, les réflexions issues de cette thèse s'inscrivent dans le sillage d'une science de la famille transformationnelle, qui conçoit la recherche comme une praxis engagée au service des projets contemporains de justice sociale (Hill Collins, 2012). À l'instar de Hunter et al. (2022), le premier chapitre soulignait la pertinence de mobiliser des ancrages épistémologiques et paradigmatiques issus des marges, c'est-à-dire de personnes, groupes ou communautés historiquement marginalisés, subalternisés ou réduits au silence par les hégémonies disciplinaires. Il s'agissait ainsi de reconnaître la valeur épistémique des expériences minorisées et de les intégrer activement dans le processus de production de savoirs. Cette démarche s'inscrivait également dans une éthique engagée de la réflexivité, de la responsabilité et de la redevabilité, non seulement dans la formulation des énoncés de savoir, mais aussi dans les processus par lesquels ceux-ci étaient validés et diffusés (Hunter et al., 2022). Elle témoignait d'un engagement critique à interroger les rapports de pouvoir traversant la recherche, ainsi que les catégories sociales différenciées qui orientaient ce qui était perçu comme légitime, objectif ou universel. En ce sens, le premier chapitre participait à un travail de déconstruction des inégalités structurelles et systémiques inhérentes aux institutions de savoir et ouvrait la voie à une transformation épistémique visant à réarticuler les liens entre recherche, expérience vécue et justice sociale (Hunter et al., 2022).

Dans le prolongement d'une science de la famille transformationnelle, reconfigurer la discipline ne signifiait pas en proposer une nouvelle représentation idéalisée ou normative, mais bien s'engager dans un processus itératif d'exploration critique (Jones et al., 2022). Dans le contexte de cette thèse, ce processus s'est matérialisé à travers l'attention portée aux dissonances, aux tensions épistémiques et aux incompatibilités rencontrées entre les savoirs issus des institutions biomédicales et ceux produits par les femmes concernées par les GANA. Ces décalages ne constituaient pas des échecs à éviter ou à corriger, mais des révélateurs puissants de ce qui méritait d'être interrogé. De fait, ma démarche ne visait pas à aligner artificiellement des paradigmes hétérogènes, mais à tirer parti de ces tensions pour nourrir une praxis transformatrice (Jones et al., 2022). Les apprentissages tirés de ces écarts, qu'ils soient méthodologiques, théoriques ou personnels, sont devenus des outils critiques pour repenser la science de la famille de l'intérieur. Ils ont également été réinvestis tout au long cette recherche afin de faire émerger

une pratique renouvelée, ancrée dans une éthique de réflexivité, de responsabilité et de justice reproductive (Jones et al., 2022).

Sur cette base, j'ai ensuite réalisé une revue narrative systématisée, dans la mesure où, à notre connaissance, aucune recension des écrits n'avait encore été publiée en langue française, malgré un intérêt croissant pour le phénomène (AQD, 2021; OSFQ, 2021, 2025; Vogel, 2011). Cette revue, présentée au deuxième chapitre, visait à faire émerger les grands thèmes abordés par la littérature scientifique portant sur les ANA. Cinq thématiques ont ainsi été dégagées de l'analyse des 32 textes retenus dans la revue narrative systématisée : (1) le profil sociodémographique des femmes ayant recours aux ANA; (2) leurs motivations sous-jacentes; (3) le processus décisionnel lié à ce choix; (4) les risques socioculturels auxquels ces femmes sont exposées; et (5) le rôle des réseaux socionumériques dans ce processus. Cette revue témoigne d'un intérêt émergent à l'échelle internationale, tout en mettant en lumière un manque de recherches localisées, notamment en contexte québécois et francophone.

Cette revue narrative systématisée s'inscrit dans un champ de recherche encore en émergence. À ce jour, neuf recensions des écrits portant sur le phénomène des GANA ont été publiées, sans restriction temporelle ni géographique (Feeley et al., 2015; Holten et de Miranda, 2016; Knox-Kazimierczuk et al., 2023; Macdonald et al., 2023; McKenzie, 2024; McKenzie et al., 2020; Norton, 2020; Shorey et al., 2023; Velo Higuera et al., 2024). Parmi elles, trois adoptent une perspective plus large, en s'intéressant aux accouchements hors système dans leur ensemble, sans se concentrer spécifiquement sur les GANA (Holten et de Miranda, 2016; Knox-Kazimierczuk et al., 2023; McKenzie, 2024). Plusieurs de ces travaux sont issus de chercheuses provenant de la pratique sage-femme (Feeley et al., 2015; Holten et de Miranda, 2016; Norton, 2020; Velo Higuera et al., 2024) ou infirmière (Macdonald et al., 2023; Shorey et al., 2023). Cet ancrage disciplinaire tend à orienter l'analyse vers une lecture centrée sur les pratiques professionnelles, en mettant l'accent sur les motivations personnelles, philosophiques ou critiques à l'égard de la médicalisation.

Conséquemment, notre recension se démarque sur plusieurs plans. D'abord, elle adopte une posture à la fois interdisciplinaire et engagée en mettant de l'avant mon positionnement d'*outsider within* en tant que femme concernée par les GANA et étudiante-chercheuse au doctorat en sciences de la famille (Bujold et al., 2024). Ce positionnement épistémologique inédit se distingue de

l'ensemble des autres publications (Feeley et al., 2015; Holten et de Miranda, 2016; Knox-Kazimierczuk et al., 2023; Macdonald et al., 2023; McKenzie, 2024; McKenzie et al., 2020; Norton, 2020; Shorey et al., 2023; Velo Higuera et al., 2024) par sa capacité à relier la production de savoirs scientifiques à des visées politiques et émancipatrices pour les femmes concernées. Notre recension se distingue également des autres revues existantes par l'intégration, pour la première fois, d'une analyse approfondie des usages des réseaux socionumériques par les femmes qui optent pour une GANA. Si certaines recensions mentionnent brièvement l'accès à l'information en ligne pour contextualiser les choix (Feeley et al., 2015; Holten et de Miranda, 2016; Knox-Kazimierczuk et al., 2023; Macdonald et al., 2023; McKenzie, 2024; Norton, 2020), aucune ne s'attarde sur la fonction active de ces espaces numériques dans la production de savoirs expérientiels, la légitimation mutuelle et la politisation de la naissance hors cadre médical. Par ailleurs, deux recensions adoptent une perspective mondiale en intégrant des données provenant de pays à revenu faible ou intermédiaire (Knox-Kazimierczuk et al., 2023; Shorey et al., 2023). Bien que ces apports enrichissent la compréhension globale du phénomène, ils rendent également plus difficile la mise en commun des résultats, en raison des disparités structurelles importantes entre les contextes étudiés. En réponse à cette limite, notre revue propose une lecture située du phénomène, particulièrement pertinente pour les contextes occidentaux, tout en soulignant l'importance, pour les recherches futures, d'articuler plus finement les dynamiques locales et globales sans homogénéiser les réalités vécues par les femmes (Bujold et al., 2024). Notons également que seules deux recensions ont tenté d'identifier les caractéristiques sociodémographiques communes des femmes ayant recours à un GANA (Shorey et al., 2023; Velo Higuera et al., 2024), ce qui témoigne d'un angle encore peu exploré dans la littérature, et que notre propre recension a cherché à approfondir (Bujold et al., 2024).

Enfin, les constats issus de cette revue ont permis de cristalliser les objectifs spécifiques de la thèse, soit de : (1) détailler le portrait sociodémographique et de santé (grossesse-accouchement) des femmes concernées par cette réalité ; (2) analyser la trajectoire décisionnelle et les motivations sous-jacentes aux GANA ; (3) décrire les tensions vécues dans les négociations du non-recours aux soins périnataux ; et (4) contextualiser les usages des réseaux socionumériques favorables aux GANA, ainsi que leurs répercussions sur le vécu des femmes. Cette recension a également servi de base empirique à la conception des deux principaux outils de collecte de données de ce projet

de recherche : le questionnaire sociodémographique et de santé (annexe E), et le guide d'entretien semi-dirigé (annexe F).

Poursuivant dans cette logique de construction progressive, le troisième chapitre visait à brosser un premier portrait sociodémographique et de santé des femmes québécoises ayant vécu une GANA, en s'appuyant sur une analyse quantitative des 64 questionnaires recueillis. Deux hypothèses, formulées à partir de la revue précédente (Bujold et al., 2024), guidaient cette analyse : (1) les femmes concernées par les GANA ont un vécu périnatal marqué par des violences obstétricales les amenant à rejeter le système médical; (2) les femmes concernées par les GANA vivent principalement dans des régions rurales et ont donc un accès restreint aux services offerts par les sages-femmes, ce qui explique leur non-recours aux services périnataux. La première hypothèse a été confirmée, la seconde partiellement.

L'analyse a permis de dégager huit constats principaux. D'abord, les participantes résident majoritairement dans de petites municipalités, souvent desservies par des sages-femmes. Ce constat vient ainsi nuancer l'hypothèse selon laquelle le recours aux GANA serait principalement motivé par l'inaccessibilité des services périnataux, notamment ceux offerts par les sages-femmes. Il se distingue également des résultats de plusieurs études antérieures (Coddington et al., 2022; Dahlen et al., 2011; Diamond-Brown, 2019; Jackson et al., 2012, 2014, 2020; Johansson et al., 2023; Kornelsen et Grzybowski, 2006; Oboyle, 2016; Sassine et al., 2021), qui mettent l'accent sur les barrières géographiques ou institutionnelles pour expliquer le non-recours aux services pendant l'accouchement.

Par ailleurs, si le profil des participantes témoigne d'une certaine diversité en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre, il révèle une homogénéité culturelle marquée. Ce constat est novateur, puisque les recherches antérieures tendent à présumer l'hétérosexualité et la cisidentité des personnes concernées par les GANA (Bujold et al., 2024). À l'instar de nos résultats, la seule étude ayant interrogé ces caractéristiques a rapporté que les personnes lesbiennes, bisexuelles, pansexuelles et queers étaient plus susceptibles d'avoir envisagé l'ANA que les femmes hétérosexuelles (Greenfield et al., 2021). La blancheur de l'échantillon, quant à elle, s'inscrit dans la continuité de la majorité des études recensées (Brown, 2009; Diamond-Brown, 2019; Feeley et Thomson, 2016a, 2016b; Freeze, 2008; Greenfield et al., 2021; Hollander et al., 2017; Rigg et al., 2017, 2020; Sassine et al., 2021; Velo Higuera et al., 2024), à l'exception notable

d'une étude qui s'est spécifiquement penchée sur des sous-groupes racisés (Sperlich et Gabriel, 2022).

Notre étude se distingue méthodologiquement de la seule recherche antérieure qui s'est intéressée aux caractéristiques socioéconomiques de ses participantes (Freeze, 2008). Alors que celle-ci s'est appuyée sur des questionnaires autoadministrés demandant aux répondantes de se situer subjectivement dans les classes sociales « typiques » (pauvre, moyenne, aisée) (Freeze, 2008), nous avons recueilli des données déclarées sur le revenu, permettant de calculer une mesure objective de faible revenu, en plus de documenter la perception qu'ont les participantes de leur aisance financière. Il en ressort que plusieurs vivent avec un revenu modeste, mais se disent généralement à l'aise financièrement. Cette tension entre les données objectives et la perception subjective constitue un apport original à la compréhension des trajectoires GANA, jusqu'ici peu documentée et largement associées à la classe moyenne sur la seule base de déclarations auto-identifiées (Freeze, 2008).

La majorité des participantes avaient déjà eu recours aux services de sages-femmes auparavant, ce qui soutient l'idée, déjà présente dans plusieurs écrits (Diamond-Brown, 2019; Feeley et al., 2015; Johansson et al., 2023; LeBlanc et Kornelsen, 2015; Lou et al., 2022; Macdonald et al., 2023; McKenzie, 2025; Shorey et al. 2023; St-Amant, 2014; Velo Higuera et al., 2024), que le rejet de cet accompagnement professionnel peut relever davantage d'une posture idéologique ou expérientielle que de barrières institutionnelles. Environ la moitié d'entre elles ont été accompagnées par une doula. Ce type d'accompagnement reste peu exploré dans la littérature sur les GANA, bien que quelques publications récentes commencent à documenter le rôle des doulas dans des parcours de naissance alternatifs (Johansson et al., 2023; Lou et al., 2022; McKenzie, 2025). Certaines études signalent également une confusion fréquente entre doulas, sages-femmes non réglementées et autres figures périphériques, telles que les femmes sages (Johansson et al., 2023; Rigg et al., 2017, 2020).

Sur le plan obstétrical, les participantes sont majoritairement multipares, et un quart d'entre elles présentent des facteurs de risque. La multiparité est bien documentée dans les écrits sur les GANA (Ahmad Tajuddin et al., 2020; Baranowska et al., 2022; Diamond-Brown, 2019; Brown, 2009; Feeley et Thomson, 2016a, 2016b; Freeze, 2008; Henriksen et al., 2020; Hollander et al., 2017; Holten et de Miranda, 2016; Jackson et al., 2012, 2020; Johansson et al., 2023; Lindgren et

al., 2017; Lou et al., 2022; Lundgren, 2010; McKenzie et Montgomery, 2021; McKenzie, 2025; Oboyle, 2016; Plested et Kirkham, 2016; Rigg et al., 2020; Velo Higuera et al., 2024), tandis que la présence de facteurs de risque médicaux, bien que plus rarement abordée, est également observée dans certains échantillons (Hollander et al., 2017; Johansson et al., 2023; Oboyle, 2016; Rigg et al., 2020).

Concernant le suivi prénatal, si la majorité a reçu un accompagnement partiel ou complet, 15,6 % n'ont eu aucun recours aux services périnataux. Plusieurs ont également refusé certains examens jugés routiniers, comme les échographies ou les prises de sang. Cette donnée est significative, car à notre connaissance, aucune étude recensée sur les GANA ne documente de manière systématique le recours (ou non) aux services offerts pendant la grossesse (Bujold et al., 2024). Les écrits existants se concentrent exclusivement sur l'ANA, laissant dans l'ombre les trajectoires prénatales (Bujold et al., 2024).

Plusieurs participantes rapportent avoir vécu des violences obstétricales ou avoir été visées par des signalements à la DPJ. Ces expériences soulignent les risques socioculturels associés aux GANA. Les violences obstétricales apparaissent fréquemment comme un point de bascule vers le non-recours aux services, ce qui corrobore les conclusions d'autres travaux (Baranowska et al., 2022; Diamond-Brown, 2019; Feeley et Thomson, 2016b; Freeze, 2008; Henriksen et al., 2020; Hollander et al., 2017; Jackson et al., 2020; Lou et al., 2022; McKenzie, 2024, 2025; McKenzie et al., 2020; Rigg et al., 2020). Les signalements à la DPJ, quant à eux, rappellent que les choix liés à l'enfantement hors normes peuvent être perçus comme des déviances sociales et donner lieu à des conséquences juridiques, comme l'ont également observé quelques études à l'international (Feeley et Thomson, 2016a; Lou et al., 2022; McKenzie, 2025; Miller, 2012; Plested et Kirkham, 2016).

En somme, tel qu'exposé dans notre revue narrative systématisée (voir chapitre 2), aucune étude antérieure sur les GANA n'avait pour objectif de détailler le portrait sociodémographique des femmes concernées. De fait, ces résultats éclairent, pour une première fois, tant au Québec qu'à l'international, leurs caractéristiques. De plus, ces constats ont permis d'affiner le guide d'entretien semi-dirigé (annexe F), notamment en ajoutant des questions sur la qualité des services offerts par les sages-femmes, le rôle des doulas, et les risques socioculturels associés à la pratique des GANA.

Le quatrième chapitre prolongeait et approfondissait ces résultats grâce à une analyse qualitative de 23 entretiens menés auprès de femmes et de personnes concernées. L'objectif était de mieux comprendre ce qui caractérise leur vécu, en mettant en lumière leur trajectoire décisionnelle, leurs motivations et les tensions vécues dans leurs négociations avec le système périnatal. Cette analyse a permis de nuancer les discours polarisés sur les GANA, certains les présentant comme un choix éclairé pour le bien-être, d'autres les jugeant risqués (Jenkinson et Fox, 2021). À l'instar de la littérature scientifique sur les GANA, les résultats révèlent que, pour nombre de participantes, les GANA s'imposent comme une nécessité liée à des expériences antérieures douloureuses ou traumatiques (Baranowska et al., 2022; Diamond-Brown, 2019; Feeley et Thomson, 2016b; Freeze, 2008; Henriksen et al., 2020; Hollander et al., 2017; Jackson et al., 2020; Lou et al., 2022; McKenzie, 2024, 2025; McKenzie et al., 2020; Rigg et al., 2020). Il s'agit souvent d'une réponse à une absence d'options réellement satisfaisantes dans les services périnataux, comme l'ont également observé Velo Higuera et al. (2024) ainsi que McKenzie (2025). Si ce choix peut d'abord apparaître comme une solution par défaut (St-Amant, 2014), il est généralement réinvesti comme un acte d'empuissancement et de réappropriation du pouvoir d'agir (Dormeau et Tehel, 2021). Ce qui distingue toutefois nos résultats, c'est la manière dont les participantes expriment ce réinvestissement non pas comme un simple effet de circonstances, mais comme une démarche active, souvent assumée et revendiquée. Nos résultats montrent que même lorsque ce choix est contraint au départ, il peut devenir, au fil du processus, un levier de transformation personnelle et politique. Cette dynamique, documentée à partir des récits des femmes elles-mêmes, permet de dépasser la dichotomie entre choix éclairé et contrainte, en soulignant la capacité des femmes à redéfinir le sens de leur expérience malgré des contextes limités.

L'étude de Velo Higuera et al. (2024) introduit une perspective complémentaire à nos résultats en mobilisant le concept d'autosoin pour penser les GANA. Si nos participantes ne mobilisent pas ce vocabulaire, plusieurs d'entre elles décrivent néanmoins des démarches comparables, marquées par une auto-éducation rigoureuse, la mise en place de conditions favorables à la naissance et l'anticipation des imprévus. Comme dans l'étude de Velo Higuera et al. (2024), nos résultats montrent que ces femmes ne se contentent pas de refuser les soins institutionnels : elles construisent activement des pratiques de soin centrées sur la physiologie, le lien à soi et à l'environnement, souvent en dialogue avec d'autres femmes ou avec des ressources

disponibles en ligne. Toutefois, notre analyse qualitative permet d'aller plus loin en mettant en lumière la diversité des significations attribuées à ces gestes préparatoires. Pour certaines, ils constituent un moyen de reprendre confiance après des expériences de soins vécues comme violentes ou déshumanisantes ; pour d'autres, ils s'inscrivent dans un projet d'autonomisation plus large, souvent imbriqué à des réflexions professionnelles, politiques ou spirituelles sur la naissance. Nos résultats permettent ainsi de complexifier la notion d'autosoin, en montrant qu'elle ne relève pas uniquement d'une logique individuelle ou pratique, mais aussi d'une inscription relationnelle et située, façonnée par des parcours antérieurs, des valeurs et des rapports différenciés aux institutions de santé.

Finalement, à l'instar de nos résultats, plusieurs études sur les GANA mettent en lumière le rejet des cadres biomédicaux rigides et la redéfinition des risques selon des logiques subjectives et situées (Brown, 2009; Cameron, 2012; Feeley et al., 2015; Freeze, 2008; Holten et de Miranda, 2016; Jackson et al., 2012, 2014, 2020; St-Amant, 2014). Bien que centrée sur des femmes ayant choisi un AAD, l'étude de Gouilhers-Hertig (2014) apporte un éclairage précieux en introduisant la notion de « culture du risque personnalisée » pour décrire la manière dont les femmes redéfinissent les dangers associés à la naissance à partir de leurs propres valeurs, savoirs et expériences. Cette redéfinition du risque, qui repose sur des savoirs expérientiels et des stratégies concrètes de préparation, représente une manière de reprendre le contrôle sur leur expérience de la naissance. Toutefois, cette posture n'est pas sans ambivalence. Elle s'accompagne de tensions importantes, notamment liées à la peur du jugement, à la menace d'exclusion du système médical ou à la possibilité d'un signalement à la DPJ (Feeley et Thomson, 2016a; Plested et Kirkham, 2016). À l'instar d'autres études sur les GANA (Lou et al., 2022; Macdonald et al., 2023; McKenzie, 2025; Miller, 2012; O'Boyle, 2016; Shorey et al., 2023), plusieurs participantes rapportent ainsi avoir choisi la discrétion, voire le secret, autour de leur grossesse et de leur accouchement, afin de protéger leur autonomie. Cette dynamique met en lumière une tension structurante de leur expérience : alors même qu'elles cherchent à exercer un contrôle accru sur leur parcours, elles demeurent exposées à des formes de contrôle social et institutionnel qui ciblent particulièrement les pratiques jugées déviantes ou non conformes.

Le dernier chapitre de cette thèse examinait plus en profondeur le rôle des réseaux socionumériques dans les trajectoires décisionnelles et le vécu des femmes ayant choisi de vivre

une GANA. Ces espaces virtuels, souvent perçus comme alternatifs ou subversifs, constituent des lieux de socialisation, d'apprentissage et de validation mutuelle (Pastinelli et Déry, 2016). Ces plateformes numériques servent ainsi de contre-espace épistémique où circulent d'autres savoirs, ancrés dans les expériences vécues, les émotions partagées et les récits personnels. Elles permettent aussi de contourner les canaux institutionnels dominants, souvent jugés inaccessibles, insensibles ou hostiles aux parcours non médicaux (Feeley et Thomson, 2016a, 2016b).

En analysant les usages rapportés par les 23 participantes ayant participé à l'entretien semi-dirigé et ceux observés lors de la visite commentée menée auprès de neuf d'entre elles, le cinquième chapitre mettait en lumière la manière dont ces réseaux socionumériques soutiennent les femmes dans leur processus de réappropriation de la naissance. Plus spécifiquement, les résultats montrent que ces espaces ne se limitent pas à un rôle d'information. Ils offrent un soutien émotionnel, une reconnaissance symbolique et une légitimité sociale à des expériences souvent disqualifiées. Ils facilitent également la création de réseaux d'entraide où les femmes peuvent échanger sur les préparatifs logistiques, les enjeux de sécurité, ou encore les risques perçus et les stratégies de gestion de ceux-ci. En ce sens, ces communautés numériques agissent comme des lieux de résistance et de reconstruction identitaire, où les femmes peuvent revendiquer une autre manière d'habiter leur maternité (Pastinelli et Déry, 2016). Toutefois, cette recherche révèle également certaines limites liées à ces espaces : si la majorité des discours y sont solidaires et bienveillants, on y observe parfois une tendance à la survalorisation d'expériences idéalisées, ce qui peut renforcer le sentiment d'inadéquation ou de culpabilité chez certaines femmes, notamment lorsque leur expérience dévie de ces représentations valorisées. Ces résultats contribuent à combler une lacune importante dans la littérature scientifique, aucune recherche antérieure ne s'étant, à notre connaissance, spécifiquement penchée sur les usages des réseaux socionumériques dans le contexte des GANA (Bujold et al., 2024).

Cette mise en évidence du rôle central des réseaux socionumériques s'inscrit également dans une dynamique plus large : l'utilisation intensive de ces outils et l'accès à une diversité d'informations par le biais d'Internet ont largement contribué à l'essor et à l'influence des communautés en ligne favorables aux GANA. En effet, la quasi-totalité des études recensées souligne que les femmes expriment unanimement le besoin de partager leur expérience singulière d'accouchement auprès d'autres femmes concernées, dans des espaces sécuritaires et sécurisants,

où leur choix souvent stigmatisé peut être reconnu et validé (Feeley et al., 2015; Feeley et Thomson, 2016a, 2016b; Freeze, 2008; Greenfield et al., 2021; Henriksen et al., 2020; Hollander et al., 2017, 2020; Holten et de Miranda, 2016; Jackson, 2014; Lindgren et al., 2017; Lou et al., 2022; Miller, 2009; Norton, 2020; Shorey et al., 2023; Sperlich et Gabriel, 2022; St-Amant, 2014; Velo Higuera et al., 2024). Ces espaces numériques jouent donc un rôle central en inspirant, informant et confirmant le processus décisionnel des femmes. Nos résultats s'inscrivent en forte convergence avec ces constats : pour la majorité des participantes, les réseaux socionumériques constituent la principale source d'information et de soutien. Elles utilisent ces plateformes pour poser des questions à des pairs, lire des récits de naissance, ainsi que visionner des photos et vidéos d'accouchements non assistés. Ce recours actif à ces espaces permet aux femmes de mobiliser un mélange de savoirs techniques, issus notamment de la littérature médicale consultée en ligne, et de savoirs expérientiels partagés (Lou et al., 2022; Sperlich et Gabriel, 2022; Velo Higuera et al., 2024). Par ailleurs, ces plateformes participent aussi à leur sensibilisation juridique, en leur confirmant, par exemple, la légalité de leur choix et le caractère volontaire du suivi périnatal (Feeley et Thomson, 2016a).

Toutefois, malgré ces convergences, notre analyse met en lumière certaines divergences importantes par rapport à la littérature existante. Contrairement aux craintes exprimées par Shorey et al. (2023) quant à une possible désinformation ou à l'influence négative de leaders au sein de ces réseaux, nous n'avons observé ni dynamique de contrôle autoritaire ni propagation de fausses informations dans les groupes fréquentés par nos participantes. En revanche, nous avons relevé une tendance à la survalorisation d'expériences idéalisées, qui peut renforcer chez certaines femmes un sentiment d'inadéquation ou de culpabilité, notamment lorsque leur propre vécu s'écarte de ces modèles valorisés. Cette nuance souligne les limites intrinsèques à ces espaces, qui, malgré leur fonction de soutien, peuvent parfois générer des tensions émotionnelles.

Les sous-sections qui suivent présentent les principales implications sociétales de cette thèse, l'apport disciplinaire des sciences de la famille ainsi que les forces et les limites de ce projet de recherche.

Implications sociétales²¹

Les implications sociétales issues de cette recherche sont analysées à travers le prisme du modèle écologique du développement humain proposé par Bronfenbrenner (1979), un cadre largement mobilisé dans les sciences de la famille (Tong et al., 2024). Ce modèle permet d'examiner de manière systémique les multiples niveaux d'influence qui façonnent l'expérience des femmes ayant recours aux GANA. Bien que la théorie du positionnement situé ait guidé l'ensemble de la démarche de recherche, le recours à ce cadre en phase de synthèse ne constitue pas un déplacement théorique, mais une mise en relation complémentaire qui permet d'élargir la portée des constats empiriques (Marston et al., 2024). Il s'agit ici de situer les trajectoires individuelles dans des structures sociales, institutionnelles et culturelles plus larges, et de traduire les résultats en implications concrètes, tant politiques que sociales. Loin de proposer une nouvelle grille d'analyse, cette structuration offre une manière cohérente d'organiser les résultats et d'en dégager les enjeux sociétaux, tout en respectant l'ancrage féministe de la thèse (Marston et al., 2024). Intégrer un modèle écologique à une perspective féministe permet en effet de mieux rendre compte du caractère genré des pratiques de soin et de reproduction, encore peu étudié dans le contexte des GANA. En examinant les résultats à la lumière des différents niveaux du système écologique, ce cadre théorique contribue à faire émerger les idéologies dominantes qui encadrent l'expérience des femmes, et invite à reconnaître la diversité et la complexité des parcours reproductifs (Marston et al., 2024). Enfin, cette approche offre une base conceptuelle solide pour de futures recherches souhaitant penser l'autonomie reproductive dans ses multiples dimensions contextuelles, tout en identifiant les leviers possibles d'intervention dans une perspective éthique, interdisciplinaire et holistique.

Dans un premier temps, l'analyse se déploie à l'échelle du macrosystème, qui englobe les normes culturelles et les idéologies dominantes. Cette perspective met en lumière les liens entre le néolibéralisme et la médicalisation, en plus de discuter des injonctions normatives de la « bonne

²¹ Cette section, intégrée à la « discussion générale », vise à engager un dialogue interdisciplinaire avec la littérature scientifique en sciences humaines, sociales et de la santé. Puisque chacun des cinq articles composant cette thèse comporte déjà une discussion spécifique en lien avec les travaux existants sur les GANA, il nous a semblé pertinent d'élargir ici la réflexion au-delà des analyses individuelles. S'éloignant volontairement du format traditionnel de la discussion, cette approche permet d'éviter les répétitions tout en explorant les implications sociétales plus larges directement issues des résultats de cette recherche.

maternité » et de la « bonne mère ». Les GANA apparaissent ici comme un écart aux normes instituées, remettant en question les attentes sociétales envers les femmes enceintes.

Le niveau de l'exosystème, pour sa part, concerne les environnements sociaux qui ne sont pas directement fréquentés par les femmes, mais qui exercent une influence sur leur vécu. Dans ce cas, les politiques publiques périnatales, les structures administratives de santé et les mécanismes de surveillance étatique jouent un rôle clé. Ces dispositifs façonnent l'accès aux soins, la reconnaissance institutionnelle des trajectoires et, plus largement, les possibilités de choix reproductifs.

L'analyse du mésosystème s'intéresse aux dynamiques entre les différents milieux de vie, notamment aux interactions d'ordre épistémique entre les femmes concernées par les GANA et les professionnel·les de la santé. Ces relations sont souvent marquées par des tensions, des malentendus ou des conflits de valeurs, qui révèlent les limites du système de soins dans sa capacité à accueillir des pratiques alternatives à la médicalisation.

Enfin, bien que de nombreux microsystèmes puissent être identifiés dans l'étude des GANA, c'est celui des réseaux socionumériques qui apparaît comme particulièrement central dans les résultats de cette thèse. En effet, ces espaces numériques offrent non seulement un lieu d'échange, mais aussi un mécanisme de soutien, souvent décisif dans la construction des savoirs et des stratégies d'émancipation face à la médicalisation des naissances.

Macrosystème : médicalisation et rationalité néolibérale

Le néolibéralisme et la médicalisation sont deux phénomènes qui, bien qu'issus de sphères apparemment distinctes (l'un économique et politique, l'autre médical et social), sont profondément interdépendants dans leur fonctionnement et leurs effets (Ariaans et Reibling, 2023; Barbee et al., 2018; Nye, 2003; Vandebroek, 2024). Tous deux prennent racine dans les transformations structurelles majeures qui ont marqué les sociétés occidentales depuis le milieu du XXe siècle et participent ensemble à la redéfinition des rapports entre l'individu, l'État, et les institutions. D'une part, le néolibéralisme se caractérise par une valorisation de l'autonomie individuelle, une réduction des responsabilités collectives de l'État et une forte croyance dans les mécanismes du marché comme régulateur principal des relations sociales (Ariaans et Reibling, 2023; Barbee et al., 2018; Nye, 2003; Vandebroek, 2024). Il repose sur des logiques de

responsabilisation, d'optimisation des performances, de gestion des risques et de reddition de comptes, qui s'infiltrent bien au-delà de la sphère économique, jusque dans les pratiques de santé et les vécus corporels. D'autre part, la médicalisation, quant à elle, désigne un processus par lequel des expériences humaines autrefois considérées comme naturelles ou sociales (p. ex. la grossesse, l'accouchement ou la parentalité) sont progressivement prises en charge, encadrées et redéfinies par le savoir médical et les institutions de santé (Ariaans et Reibling, 2023; Barbee et al., 2018; Nye, 2003; Vandebroek, 2024). Ce processus implique la standardisation des pratiques, la surveillance technologique accrue des corps, l'autorité accordée aux professionnel·les de la santé au détriment des savoirs expérientiels, et une tendance à considérer les variations physiologiques comme des anomalies à contrôler ou corriger. Ces deux dynamiques se renforcent mutuellement : le néolibéralisme alimente la médicalisation en promouvant une vision du corps comme objet de performance et de gestion individuelle, tandis que la médicalisation contribue à maintenir l'illusion d'un contrôle absolu sur les processus vitaux, en particulier ceux liés à la parentalité (Ariaans et Reibling, 2023; Barbee et al., 2018; Nye, 2003; Vandebroek, 2024). Ensemble, elles participent à une dépolitisation des enjeux de santé, en déplaçant la responsabilité des risques et des décisions vers les personnes elles-mêmes, tout en les soumettant à des normes médicales rigides. Ainsi, le choix, loin d'être pleinement libre, s'inscrit dans un cadre contraint par des impératifs à la fois biomédicaux et néolibéraux.

Dans ce contexte, la santé publique n'échappe pas aux logiques néolibérales. La privatisation progressive des services, la mise en concurrence des institutions, l'introduction d'indicateurs de performance et de rentabilité transforment en profondeur la manière dont les soins sont prodigués, évalués et vécus. C'est dans ce terreau idéologique que s'inscrit la médicalisation croissante des naissances, processus par lequel des événements corporels et sociaux sont saisis par l'institution médicale comme des objets de surveillance, de standardisation et d'intervention (Forget, 2022). Loin d'être un simple progrès technique ou une avancée humanitaire, la médicalisation des naissances devient, dans le cadre néolibéral, un instrument de gestion des risques à l'échelle individuelle et populationnelle (Rivard, 2014). Le modèle biomédical, fondé sur l'objectivation du corps et la prévention des déviations par rapport à une norme statistique (Canguilhem, 2009), s'inscrit alors parfaitement dans la logique de rationalisation et d'optimisation qui caractérise l'ère néolibérale. Le corps des femmes enceintes, en particulier, est appréhendé comme un site à risque, un territoire qu'il faut surveiller, contrôler, normaliser (St-Amant, 2014). L'accouchement,

autrefois perçu comme un événement physiologique et relationnel, devient une opération technique à gérer dans un environnement hautement médicalisé.

Cette médicalisation ne se fait pas sans effet sur les subjectivités. Elle produit un mode particulier de gouvernance des corps, que Michel Foucault (1975) a conceptualisé sous le nom de biopouvoir : un pouvoir qui s'exerce non pas uniquement par la discipline, mais par la production de normes, de savoirs et de discours qui incitent les individus à se conformer volontairement aux attentes institutionnelles. Plus spécifiquement, ce pouvoir s'exerce à la fois par des mécanismes disciplinaires et par une régulation biopolitique des populations (Genel, 2004). Dans le champ périnatal, les stratégies disciplinaires se manifestent à travers l'éducation à la santé (p. ex. les cours de préparation à la naissance) et l'application de protocoles médicaux, autant de dispositifs qui orientent les manières de se comporter, de ressentir et de penser la grossesse et l'accouchement. Parallèlement, une logique biopolitique comme pouvoir massifiant opère à l'échelle populationnelle, notamment par la production et la mobilisation de données statistiques, qui servent à définir des normes sanitaires et à ajuster les politiques publiques en fonction d'objectifs de santé collective. Cette collecte massive de données permet une surveillance diffuse et un ajustement constant des pratiques professionnelles et des attentes sociales envers les corps reproducteurs, souvent au nom de la prévention des risques. Ainsi, loin d'être univoque, le biopouvoir périnatal conjugue discipline et biopolitique, individualisation et massification, dans un mouvement qui façonne à la fois les trajectoires personnelles et les représentations collectives de la naissance (Genel, 2004).

Or, sous l'influence du néolibéralisme, ce biopouvoir prend une tournure particulière : il responsabilise les individus en leur transférant la charge de la gestion des risques. Ce ne sont plus uniquement les institutions qui décident, mais les femmes elles-mêmes, en tant qu'agentes responsables, qui doivent faire les « bons choix » pour leur santé et celle de leur enfant. Comme le soulignent Rabinow et Rose (2006), le biopouvoir contemporain fonctionne sur un mode néolibéral : il ne se contente pas de prescrire des conduites, il forme des sujets capables de se surveiller eux-mêmes, de se conformer aux normes, de s'autoévaluer. Dans cette logique, la femme enceinte devient un « entrepreneuse d'elle-même », appelée à gérer sa grossesse comme un projet personnel, rationnel, efficace (en bref, comme une entreprise). Cependant, cette responsabilisation apparente masque mal la persistance de rapports de pouvoir inégalitaires, car si la femme est libre

de choisir, ce choix est toujours cadré par des normes institutionnelles puissantes, par des protocoles médicaux rigides, et par des représentations sociales de la « bonne mère » (Ballesteros, 2022; Vandenbroeck, 2024). Dans les faits, l'autonomie revendiquée devient un fardeau : celui de la conformité permanente, de la performance maternelle, de la vigilance constante face aux dangers réels ou présumés. La maternité, loin d'être un espace d'émancipation, devient une scène d'auto-contrôle où la déviation est perçue comme irresponsabilité, et l'écart à la norme comme mise en danger. Ce contrôle ne s'exerce pas toujours de manière explicite ou coercitive. Il prend souvent la forme de recommandations bienveillantes, de conseils apparemment neutres, de discours sécuritaires qui dissimulent leur pouvoir prescriptif sous les atours de la science, du bon sens ou de la sollicitude professionnelle (Rabinow et Rose, 2006). Pourtant, ces discours participent à la construction d'un ordre social dans lequel les corps des femmes sont constamment surveillés, et leur autonomie conditionnée à leur capacité à intérioriser et reproduire les normes dominantes.

Ainsi, la médicalisation des naissances, soutenue et amplifiée par la rationalité néolibérale, agit comme un puissant dispositif de normalisation sociale. Elle impose aux femmes une série d'injonctions : être informées, responsables, prévoyantes, prudentes, productives, performantes. Ces attentes se traduisent concrètement dans des parcours de soins standardisés, dans des évaluations constantes de la conformité des comportements, et dans des discours culpabilisants à l'encontre de celles qui choisissent de s'écarter des chemins tracés (Vandenbroeck, 2024). Loin de permettre un réel choix éclairé, ce cadre réduit la maternité à un ensemble de gestes à bien exécuter, sous peine d'être jugée comme une « mauvaise mère ». Cette injonction à la bonne maternité s'incarne dans des figures sociales construites et valorisées, où la mère idéale est celle qui se conforme aux recommandations médicales, qui planifie son accouchement selon les normes établies, qui allaite dans les temps prescrits, qui consulte, qui s'informe, qui évite les risques à tout prix (Ballesteros, 2022; Vallée-Ouimet, 2019). Elle est jugée non seulement à l'aune de ses décisions, mais aussi de leurs effets mesurables : un bébé en santé, une grossesse bien suivie, un accouchement « réussi ». Cette performance maternelle est renforcée par les discours des médias, des réseaux socionumériques, des professionnel·les de la santé, mais aussi par les politiques publiques qui valorisent certaines formes de parentalité au détriment d'autres.

La maternité devient alors un lieu privilégié de reproduction des hiérarchies sociales, où les femmes qui s'ajustent aux normes biomédicales, qui accouchent dans les temps, au bon endroit,

avec les bons professionnel·les sont érigées en modèles de réussite, tandis que d'autres sont pathologisées, jugées, surveillées, voire sanctionnées. Les femmes concernées par les GANA en sont un exemple probant. Ce choix, souvent présenté dans l'espace public comme marginal, extrême, voire irresponsable, apparaît au contraire, à la lumière de ce qui précède, comme une forme radicale de résistance. Il s'agit d'une réponse à une double tension : d'une part, le sentiment d'être dépossédée de son corps, de son rythme, de ses décisions dans un système médicalisé perçu comme intrusif; d'autre part, la conscience que les espaces institutionnels, en dépit de leur rhétorique d'autonomie, laissent peu de place à des trajectoires véritablement autodéterminées.

Nos résultats montrent, par exemple, que certaines femmes déplacent l'expérience de la naissance généralement centrée sur le fœtus vers elles-mêmes, se mettant au centre de la grossesse et de l'accouchement. Ce déplacement épistémologique évoque une rupture majeure par rapport au modèle biomédical classique, où l'enfant est souvent priorisé au détriment de l'expérience de la mère (Quéniart, 1987). Plus encore, certaines de nos participantes vont jusqu'à accepter des situations où l'enfant pourrait ne pas survivre à la naissance, illustrant que leur choix repose avant tout sur leur propre autonomie décisionnelle, et non sur la conformité aux normes médicales. Dans ce cadre, les GANA apparaissent comme une forme de résistance à la fois aux normes médicales et néolibérales. Ce choix permet de révéler l'effacement institutionnel des femmes, mis en parallèle avec l'attention quasi-exclusive portée au fœtus dans le dispositif institutionnel actuel. Cette dynamique questionne également la légitimité des normes biomédicales à définir ce qui est « sécuritaire » ou « acceptable » pour une grossesse (Quéniart, 1987).

Mais ce choix n'est pas sans risques sociaux. Pour plusieurs femmes, la crainte, parfois fondée, de faire l'objet d'un signalement à la DPJ plane comme une menace constante sur leur projet de naissance. En choisissant une voie perçue comme déviante, ces femmes se retrouvent potentiellement accusées de mettre en péril l'« intérêt supérieur de l'enfant », une notion mobilisée pour justifier l'ingérence institutionnelle, mais rarement interrogée dans sa construction normative (Bernheim, 2017; Vandenbroeck, 2024). Ce cadrage contribue à délégitimer les choix personnels des mères en les opposant à un idéal abstrait de sécurité infantile, comme si les deux étaient nécessairement incompatibles. Dans une perspective foucauldienne, cette dynamique s'inscrit dans un dispositif plus large de contrôle social, au croisement du savoir, du pouvoir et de la norme (Foucault, 1975; Genel, 2004). Le soupçon devient ici un opérateur disciplinaire central : il

fonctionne comme une technologie de gouvernance, incitant à la conformité par anticipation de sanctions possibles, et ce même en l'absence d'un événement problématique ou d'un risque avéré. Les mécanismes de surveillance, les pratiques de documentation et les logiques de signalement participent à un agencement institutionnalisé visant à normaliser les comportements maternels (Bernheim, 2017). Ce dispositif produit une forme d'auto-régulation, où les femmes ajustent leurs décisions reproductives non seulement en fonction de leurs besoins ou de ceux de leur enfant, mais aussi en fonction des attentes implicites d'un système qui associe déviance et danger. À travers lui, la médicalisation des naissances apparaît comme une expression complémentaire d'un même mode de gouvernementalité.

Les femmes qui s'orientent vers le GANA ne rejettent pas nécessairement toute forme de soin : elles interrogent plutôt la manière dont les soins sont pensés, organisés et imposés. Leur démarche souligne les contradictions d'un système qui parle de choix tout en prescrivant des conduites, qui valorise l'autonomie tout en pénalisant la déviation. Elle met aussi en lumière une asymétrie persistante : celle entre la reconnaissance de l'autorité médicale et l'invisibilisation des savoirs incarnés, des expériences vécues et des capacités réflexives des femmes. Ces femmes posent alors une question essentielle : qui décide de ce qui est sécuritaire, acceptable, légitime ? Et selon quelles normes, souvent implicites, ces décisions sont-elles prises ?

Cela nous conduit à une interrogation centrale : comment permettre aux femmes de retrouver du pouvoir sur leur corps et leur maternité dans un contexte où le système, tout en leur parlant d'autonomie, restreint en réalité leurs possibilités d'agir autrement ? Comment déconstruire les normes de la « bonne mère » sans mettre en péril le souci légitime de sécurité et de bien-être ? Et surtout, comment penser des pratiques de soin qui ne soient pas des mécanismes de contrôle, mais des outils d'émancipation ? Ces questions, que posent en actes les femmes ayant recours aux GANA, ne peuvent être éludées si l'on souhaite construire une société dans laquelle la naissance devient un moment de puissance et non de dépossession.

Exosystème : non-recours et politiques publiques

Pour mieux comprendre les dynamiques structurelles qui entourent les trajectoires de non-recours aux soins périnataux, il est utile d'élargir l'analyse au niveau des politiques publiques et des dispositifs institutionnels qui façonnent l'accès aux ressources. Le concept de non-recours permet ici d'interroger non seulement l'absence de recours aux services disponibles, mais aussi

les logiques d'exclusion, de dissuasion ou de retrait volontaire qui sous-tendent ces absences, en particulier dans les parcours des femmes qui s'éloignent des normes périnatales dominantes (Warin, 2016).

Le concept de non-recours émerge historiquement dans le champ des politiques sociales, et plus précisément dans celui des prestations financières destinées à des populations ciblées comme les personnes au chômage ou sans emploi ainsi que celles en situation d'handicap (Observatoire des non-recours aux droits et aux services (Odenore, 2010; Warin, 2016). Il désignait d'abord la situation dans laquelle une personne éligible à une aide sociale ne la reçoit pas. Cette définition reposait sur un critère central : l'éligibilité formelle, fondée sur des règles de droit précises (p. ex. revenus, composition familiale, âge, statut légal et autres) qui déterminaient qui a droit à quoi. Cette notion visait à évaluer l'efficacité des politiques publiques à atteindre leurs objectifs, dans une perspective managériale centrée sur l'efficacité de l'allocation des ressources. L'enjeu principal était alors de mesurer l'écart entre les publics visés et les bénéficiaires réels, notamment pour les aides conditionnelles (Odenore, 2010; Warin, 2016).

Toutefois, cette approche initiale s'est avérée rapidement trop étroite pour rendre compte de la complexité des situations concrètes de non-recours. Deux grandes raisons ont conduit à l'élargissement progressif du champ d'application du non-recours (Odenore, 2010; Warin, 2016). D'abord, la définition orthodoxe limitait son usage aux cas où l'on peut identifier de manière rigoureuse une population éligible aux prestations sociales, ce qui est loin d'être toujours possible dans d'autres secteurs d'action publique. Ensuite, de nombreux acteurs, dans divers domaines (p. ex. santé, éducation, justice, etc.), ont commencé à relever des situations récurrentes où des individus ne recouraient pas à des services ou droits disponibles, sans que cela ne relève d'un problème de légalité ou d'éligibilité formelle. Ces constats ont permis de redéfinir le non-recours comme un phénomène transversal, pouvant s'exprimer dans toute interaction entre une offre publique et ses personnes bénéficiaires réelles ou potentielles (Odenore, 2010; Warin, 2016).

Afin de dépasser les limites analytiques de ce cadre restreint, les travaux de l'Odenore et de son co-fondateur Philippe Warin (2019) ont abouti à une typologie explicative articulée autour de quatre formes principales de non-recours : la non-connaissance (l'offre n'est pas connue), la non-demande (l'offre est connue mais non sollicitée), la non-proposition (l'offre n'est pas proposée ou activée par l'intermédiaire social) ainsi que la non-réception (l'offre est demandée mais non

obtenue) (tableau 12). Ce modèle dynamique met en lumière les multiples facteurs qui peuvent intervenir dans la relation entre les individus et les dispositifs publics. Il ne s'agit plus seulement de mesurer un taux d'accès, mais de comprendre les logiques qui sous-tendent les écarts entre droits théoriques et droits effectivement mobilisés. Dans l'analyse du non-recours, il est difficile d'isoler une seule forme, car elles ont tendance à s'entrelacer ou à se succéder. Plus encore, cette grille évolutive permet également d'identifier différentes formes de non-recours volontaires, dont l'enjeu principal n'est plus l'accès en soi, mais la pertinence perçue de l'offre, la confiance envers les institutions, ou encore l'adéquation entre les besoins exprimés et les réponses disponibles.

Tableau 12. *Typologie explicative du non-recours (Warin, 2019)*

Forme	Définition	Explications potentielles en lien avec les GANA
Non connaissance	L'offre n'est pas connue en raison d'un manque d'information sur son existence ou son mode d'accès.	- Non-connaissance des services offerts par les sages-femmes - Non-connaissance des mécanismes d'accès aux services offerts par les sages-femmes (p. ex. liste d'attente, contacter directement la maison de naissances) - Non-connaissance des critères de grossesses à bas risque pour se qualifier à un service offert par les sages-femmes (p. ex. admissibilité possible après un accouchement par césarienne) - Non-connaissance des droits en contexte de grossesse (p. ex. droit à l'information, droit de choisir le lieu de naissance, droit à l'accompagnement, droit de consentir à des soins de santé ou de les refuser, droit à la sécurité et à la dignité)
Non demande	L'offre est connue, mais n'est pas sollicitée par choix ou par contrainte.	- Non-demande par choix, car les femmes concernées (1) n'adhèrent pas aux principes médicalisés de l'offre de services offerts dans le dispositif périnatal québécois, (2) ne sont pas en accord avec les conditions d'accès à l'offre (p. ex. tensions vécues dans la négociation du non-recours partiel avec les professionnel·les de la santé), (3) valorisent leur souveraineté dans ce processus et (4) préfèrent l'alternative d'un accompagnement non-professionnel offert par une doula. - Non-demande par contrainte, car les femmes concernées (1) sont découragées devant la complexité d'accès (p. ex. liste d'attente, distance) aux services offerts par les sages-femmes, (2) appréhendent les exigences de l'offre et ne se sentent pas confortables à y répondre (p. ex. « bonne patiente » qui accepte les examens de routine), (3) sont craintives à l'idée de revivre des violences obstétricales ou des soins irrespectueux et (4) redoutent de faire face à un dénigrement de leurs capacités au profit d'une vision médicalisée des naissances.
Non proposition	L'offre n'est pas proposée ou activée par l'intermédiaire social.	- Non-proposition, car les services demandés par les femmes concernées ne sont pas offerts dans la région ou le centre intégré de santé et de services sociaux en question. - Non-proposition, car les soins obstétricaux « à la carte » en prénatal et/ou postpartum sont jugés par les professionnel·les de la santé comme des demandes illégitimes ou inadaptées.
Non réception	L'offre est demandée, mais n'est pas obtenue.	-Non-réception, car les femmes concernées abandonnent leur demande de services « à la carte » en raison (1) de problèmes administratifs (p. ex. retard de traitement, lourdeur administrative), (2) de leur non-adhésion à la proposition des professionnel·les de la santé (p. ex. exigence d'une visite à domicile pour obtenir un soutien téléphonique à l'allaitement)

Le non-recours volontaire, en particulier sous la forme de non-demande, encourage une lecture résolument politique des phénomènes (Odenore, 2010; Warin, 2016). Il ne s'agit plus d'un simple « oubli » ou d'un dysfonctionnement du système, mais d'un rapport critique, parfois conflictuel, à l'offre institutionnelle elle-même. Ce rapport peut traduire un désaccord idéologique avec les valeurs portées par les dispositifs, un sentiment de disqualification symbolique, ou encore une volonté d'autonomie face à une norme jugée contraignante. La typologie permet par ailleurs de distinguer un non-recours choisi, assumé et revendiqué, d'un non-recours contraint, subi dans un contexte de pressions sociales, de méfiance, de discriminations ou de désinformation. En cela, le non-recours ne se limite pas ni à une problématique managériale ni à une question individuelle de choix ou de refus libre et éclairé : il devient ainsi un point révélateur de tensions démocratiques, de rapports inégalitaires à l'État et à ses institutions, et potentiellement, d'expériences de rupture de citoyenneté (Odenore, 2010; Warin, 2016).

Le non-recours s'avère particulièrement pertinent pour éclairer les parcours des femmes qui choisissent de vivre des GANA. Loin d'un retrait passif ou d'un simple défaut d'information, la non-demande dans ce contexte relève souvent d'une posture critique vis-à-vis des normes biomédicales de la naissance, d'un rejet des modalités relationnelles institutionnelles (p. ex. manque de respect, infantilisation, standardisation des pratiques), ou d'une quête d'autonomie radicale. Ces femmes ne sont pas toujours « en dehors » du système, mais elles composent avec lui, négocient, refusent, contournent. Leur non-recours est situé, argumenté, parfois contraint par les conditions d'accès elles-mêmes, mais toujours porteur d'un rapport social et politique à l'offre publique. C'est en ce sens que l'analyse des GANA à travers la grille du non-recours permet de dépasser les lectures pathologisantes ou individualisantes de ces choix, pour les inscrire dans une réflexion plus large sur l'effectivité, la légitimité et la justice des services périnataux offerts.

Actuellement, les interventions des décideur·euses politiques pour lutter contre le non-recours s'appuient principalement sur les formes subies du phénomène, c'est-à-dire celles qui relèvent de la non-connaissance, de la non-demande involontaire ou de la non-réception. Ces approches visent surtout à améliorer l'accès à l'information, à simplifier les démarches administratives, ou à renforcer le suivi et l'arrimage entre les services. En périnatalité, cette

orientation s'est concrétisée par la mise en place, en 2022, du service gouvernemental *Ma grossesse* (Gouvernement du Québec, 2022). En s'y inscrivant, les femmes enceintes permettent aux établissements de santé de planifier leur offre en fonction des besoins recensés. Présentée comme une porte d'entrée simplifiée, cette plateforme centralise les services disponibles afin d'en faciliter l'accès. Ce dispositif s'inscrit dans la continuité des objectifs définis par la *Politique de périnatalité de 2008-2018*, qui visait notamment un accès rapide au suivi de grossesse pour toutes les femmes, la disponibilité de services sages-femmes pour 10 % de la population, et un suivi postnatal systématique pour toutes les familles.

Ces orientations politiques traduisent une volonté de renforcer la couverture universelle des services périnataux, mais elles reposent sur une conception implicite du non-recours comme une anomalie à corriger, un dysfonctionnement temporaire du système. Autrement dit, cette compréhension du non-recours n'encourage pas les personnes décideuses à remettre en question les pratiques de soins et les dynamiques de pouvoir qui s'y jouent. Plus encore, une telle approche tend à occulter les formes volontaires ou choisies de non-recours, qui ne relèvent ni d'un défaut d'information ni d'un accès difficile, mais bien d'un rapport critique à l'offre publique elle-même. Dans cette perspective, les parcours de femmes ayant choisi de vivre une GANA apparaissent comme largement invisibilisés par les politiques actuelles. Ces trajectoires, qui s'inscrivent dans une critique plus ou moins explicite du modèle biomédical dominant, interrogent non seulement la pertinence des services existants, mais aussi les modes de gouvernance, de surveillance et d'encadrement des maternités.

En ce sens, ces choix de non-recours volontaire interrogent significativement les présupposés normatifs des politiques publiques, et la place laissée à la diversité des rapports au soin, des conceptions de la maternité, et des formes d'expertise mobilisées par les femmes elles-mêmes. Le risque, en négligeant ces formes de dissidence, est de renforcer une normativité implicite autour de la maternité médicalement suivie, sans reconnaître la pluralité des besoins ni la légitimité des choix minoritaires.

L'analyse du non-recours dans le contexte des GANA appelle ainsi à élargir le regard, au-delà des logiques gestionnaires, pour interroger ce que signifie réellement « offrir un service » dans un contexte où certaines personnes choisissent consciemment de s'en passer. Cette réflexion devient d'autant plus pertinente dans le cadre de la mise en œuvre du *Plan d'action en périnatalité*

et petite enfance 2023-2028 du gouvernement du Québec (2024). Ce plan aura sans doute un effet de cascade sur les différentes strates du modèle bioécologique de Bronfenbrenner (1979), notamment au niveau exosystémique. Toutefois, comme le rappelle Artois (2016), une approche descendante (*top-down*) ne garantit pas un changement effectif ou harmonieux : elle peut au contraire renforcer des déséquilibres ou ignorer les résistances locales. Il importe donc de questionner cette influence systémique avec attention, afin d'éviter que l'élargissement de l'offre ne se fasse au prix d'une uniformisation des réponses et d'une invisibilisation des voix dissidentes.

Par ailleurs, cette perspective invite également à penser le non-recours volontaire comme un phénomène qui ne se limite pas à un moment isolé ou à une seule sphère d'intervention publique (Odenore, 2010; Warin, 2016). Dans plusieurs des entretiens réalisés, il est apparu que les GANA constituent souvent un point de bascule vers d'autres pratiques familiales alternatives, amorçant un repositionnement plus large vis-à-vis de différentes institutions normatives, en particulier celles associées à la santé, à l'éducation ou à la petite enfance. Plusieurs femmes ayant choisi de vivre une GANA ont mentionné avoir par la suite refusé la vaccination de leurs enfants, décliné les visites médicales recommandées dans le cadre du suivi 0-5 ans, ou encore opté pour l'école à la maison. Ces choix ne relèvent pas nécessairement d'un même système de croyances, mais s'inscrivent dans une dynamique commune de distanciation, voire de résistance, à l'égard de normes perçues comme intrusives, standardisées ou non ajustées aux valeurs familiales.

Ce continuum de non-recours volontaires témoigne d'un rapport critique transversal aux formes de médicalisation de la vie quotidienne. Il ne s'agit plus simplement d'un rejet ponctuel d'un service ou d'un soin, mais bien d'un repositionnement plus global sur la manière dont les familles souhaitent exercer leur autonomie, gérer les risques, et définir par elles-mêmes ce qui constitue un accompagnement pertinent, respectueux ou souhaitable. De fait, ces pratiques rappellent que la médicalisation ne touche pas uniquement la naissance, mais l'ensemble du cycle de vie, en particulier les premières années de l'enfant, fortement encadrées par des protocoles de suivi, des mesures de dépistage, et des politiques de prévention standardisées.

Malheureusement, ces éléments de trajectoires « postérieures » n'ont pas fait l'objet d'une analyse approfondie dans le cadre de cette thèse, puisqu'ils ne faisaient pas partie des objectifs spécifiques définis initialement. Ils représentent néanmoins une piste féconde pour de futures recherches. L'analyse de ces autres formes de non-recours volontaires, en lien avec les GANA,

permettrait de mieux comprendre comment s'articulent les logiques de refus, de retrait partiel ou de réappropriation des savoirs et des pratiques, au sein de familles engagées dans des démarches critiques à l'égard des normes biomédicales et institutionnelles.

Dans ce prolongement, on peut envisager le non-recours volontaire non pas comme un acte isolé ou marginal, mais comme une modalité d'action située sur un continuum de résistance, de réappropriation ou d'invention de formes alternatives de soin et d'éducation. Cela suppose de repenser les cadres d'analyse habituels souvent fondés sur l'adhésion présumée des citoyen·nes aux offres publiques pour y intégrer une pluralité de rapports aux institutions, incluant des formes conscientes de désengagement. C'est aussi à cette condition qu'il sera possible de reconnaître, dans ces trajectoires, non pas des déviations à corriger, mais des expressions politiques de subjectivités qui réinterrogent la place du soin, du savoir et de la normativité dans nos sociétés contemporaines.

Mésosystème : injustices épistémiques et relations professionnelles

Sur le plan du mésosystème, il importe de souligner que la collectivité ne se limite pas à des environnements particuliers; elle contribue plutôt aux relations qui s'établissent entre les différents microsystèmes, lesquels s'inscrivent dans des contextes sociaux, politiques, économiques et culturels spécifiques. Dans cette perspective, la relation entre les femmes concernées par les GANA et les professionnel·les de la santé devient un lieu particulièrement révélateur des tensions systémiques. Plus précisément, je porterai mon attention sur la dynamique (non)collaborative entre ces femmes et les intervenant·es du système de soins, afin de mettre en lumière les logiques d'asymétrie, les rapports de pouvoir, ainsi que les formes d'injustices épistémiques qui s'y jouent.

Pour analyser ces tensions, je mobilise les concepts d'injustice épistémique développés par Fricker (2007) et repris par Medina (2013), lesquels permettent d'interroger les conditions sociales de la crédibilité, de la reconnaissance et de la participation dans les processus de production et de circulation des savoirs. La notion de pouvoir constitue l'assise conceptuelle sur laquelle repose l'analyse des injustices épistémiques. Selon Fricker (2007), le pouvoir social désigne une capacité située à orienter ou contrôler les actions, les croyances ou les attitudes d'autrui. Ce pouvoir peut s'exercer de manière active ou passive, de façon intentionnelle ou non, et se manifeste autant dans les relations interpersonnelles que dans les structures sociales. L'imaginaire collectif joue un rôle

central dans cette dynamique : il cristallise des schèmes de perception et de signification qui nourrissent les préjugés sociaux, lesquels influencent à leur tour les interactions concrètes. Ces préjugés sont incorporés par les individus, souvent de manière implicite, et se traduisent dans les attitudes adoptées envers les personnes perçues comme non conformes aux normes dominantes, comme les femmes qui choisissent d'accoucher sans supervision médicale.

Dans le contexte des GANA, l'enjeu du pouvoir se manifeste dans la manière dont les professionnel·les de la santé interprètent, accueillent ou disqualifient les récits, les choix et les connaissances de ces femmes (Carel et Kidd, 2014; Freeman, 2015; Kidd et Carel, 2017). Le refus du suivi médical conventionnel, le rejet de certains examens ou interventions, ou encore la volonté de reprendre un pouvoir décisionnel sur leur corps et leur accouchement sont souvent perçus comme irrationnels, irresponsables, voire dangereux. Cette posture d'incrédulité systémique relève de ce que Fricker (2007) nomme une injustice épistémique de type testimonial, c'est-à-dire une injustice qui survient lorsqu'un·e locuteur·trice est jugé·e non crédible en raison d'un préjugé qui s'inscrit à l'encontre de son identité sociale. Dans le cas présent, le fait d'être une femme enceinte refusant les protocoles biomédicaux peut suffire à amoindrir la valeur épistémique de son témoignage ou de ses préoccupations.

Cette forme d'injustice se double parfois d'une injustice herméneutique, soit une injustice structurelle qui résulte d'un déséquilibre dans les ressources interprétatives disponibles pour nommer et comprendre certaines expériences (Fricker, 2007). En l'absence de cadres institutionnels ou langagiers permettant de légitimer des pratiques alternatives comme les GANA, les femmes concernées peuvent éprouver des difficultés à faire reconnaître la cohérence, la rationalité ou la portée éthique de leurs choix. Elles se trouvent ainsi marginalisées dans leur capacité à formuler un sens partagé autour de leur expérience, ce qui contribue à leur invisibilisation dans les espaces de soins et de discussion publique. Mais comment comprendre les conditions sociales qui rendent possible une telle disqualification des savoirs, et surtout, comment y résister collectivement ?

À cet égard, l'analyse de Fricker (2007) a été critiquée pour sa tendance à individualiser la responsabilité des injustices épistémiques et à trop miser sur des vertus morales (comme la vigilance ou l'humilité épistémiques) pour y remédier. Conséquemment, les travaux de Medina (2013) offrent un complément essentiel. Plutôt que de se centrer uniquement sur les biais cognitifs

des individus, Medina met l'accent sur les écologies épistémiques : des contextes sociaux où s'articulent différents régimes de pouvoir, de savoir et de résistance. Il s'intéresse ainsi à la manière dont les savoirs situés, produits depuis les marges, peuvent devenir des vecteurs de transformation et de contestation de l'ordre épistémique dominant. Ce déplacement permet d'envisager les GANA non pas comme un repli individuel ou une simple rupture avec la médecine, mais comme une pratique collective de résistance et de reconfiguration des normes de validité, de sécurité et de responsabilité.

Dans cette logique, la (non)collaboration entre les femmes concernées et les professionnel·les de la santé peut être comprise comme un symptôme d'un conflit épistémique plus large. Ce conflit oppose non seulement des conceptions divergentes du risque, du corps et de l'expertise, mais aussi des rapports inégaux quant à la légitimité de prendre des décisions concernant la grossesse et l'accouchement. La dynamique de méfiance mutuelle, souvent décrite dans les témoignages de femmes ayant vécu une GANA, témoigne moins d'une incapacité à dialoguer que d'une asymétrie profondément enracinée dans les institutions. L'expertise biomédicale y est investie d'un pouvoir prescriptif qui laisse peu de place aux formes de savoirs expérientiels, intuitifs ou communautaires développés par les femmes.

Ainsi, les GANA peuvent être lus comme des pratiques de réappropriation épistémique : des manières de revendiquer un droit de regard sur sa propre santé, de redéfinir ce qui constitue un savoir valide et de s'opposer aux mécanismes de silencisation ou de délégitimation. Les GANA incarnent, pour reprendre les termes de Medina (2013), une forme de dissidence épistémique, c'est-à-dire une pratique de refus face aux conditions épistémiques d'injustice, qui cherche à ouvrir d'autres possibilités de connaissance, de reconnaissance et de vie. Loin d'être le symptôme d'un manque ou d'une ignorance, ces trajectoires signalent au contraire la richesse, la résilience et la complexité des formes de rationalité qui émergent en dehors des institutions médicales. Elles rappellent que la santé, et plus encore la naissance, est un terrain politique, traversé de luttes pour le savoir, la parole et l'autonomie.

Microsystème : réseaux socionumériques, communautés en ligne et mouvement social

Initialement, le concept de communauté renvoyait à des relations sociales concrètes, localisées, entre des personnes perçues comme similaires sur le plan social ou culturel. Jusqu'aux années 1970, la majorité des définitions du terme « communauté » étaient ainsi géographiquement

circonscrites : quartiers, villages ou autres espaces physiques étaient alors considérés comme des formes typiques de communauté (Wellman et Leighton, 1979). Toutefois, l'émergence d'Internet, puis plus récemment des réseaux socionumériques, a profondément transformé cette conception. Ces environnements numériques permettent aujourd'hui à des individus éloignés géographiquement d'entrer en relation, de partager des expériences et de construire des liens durables. La prolifération de ces relations à distance a conduit les chercheurs à repenser la communauté en soulignant que les groupes localisés ne sont pas nécessairement plus cohérents ou solidaires que ceux formés en ligne (Wellman et al., 2001; Wilson et Leighton, 2002).

Dans ce contexte, Jones (1997) propose que la reconnaissance d'une communauté en ligne repose sur l'existence d'un « établissement virtuel » répondant à quatre conditions : (1) interactivité, (2) présence d'au moins deux communicateurs, (3) espace public commun pour les échanges, et (4) engagement soutenu dans le temps. Toutefois, la seule existence d'un tel espace ne suffit pas à faire communauté : un « sentiment de communauté » doit également émerger, c'est-à-dire un lien symbolique et émotionnel entre les membres. McMillan et Chavis (1986) identifient quatre éléments constitutifs de ce sentiment : un sentiment d'appartenance, la perception que ses actions comptent pour le groupe, une forme de soutien mutuel, et le partage d'une histoire ou d'expériences communes.

En combinant ces perspectives, Gruzd et al. (2011) montrent que les réseaux socionumériques permettent d'articuler les notions d'établissement virtuel (Jones, 1997) et de sentiment de communauté (McMillan et Chavis, 1986). Dans la lignée de Wellman et Leighton (1979), ils contribuent à faire évoluer la définition du concept de communauté : celle-ci ne repose plus exclusivement sur un ancrage géographique, mais peut s'appuyer sur des formes relationnelles fondées sur des expériences partagées, une solidarité construite et un sentiment d'appartenance, qu'elles se déploient en ligne ou hors ligne.

À la lumière de ces définitions, les espaces fréquentés par les femmes ayant vécu des GANA, notamment les groupes privés sur *Facebook* (voir chapitre 5), s'apparentent clairement à des communautés en ligne, au sens développé par Jones (1997) ainsi que McMillan et Chavis (1986). L'analyse de leur point de vue situé révèle que ces communautés jouent un rôle central dans leur processus d'émancipation et de reconfiguration des normes périnatales. Loin de se réduire à de simples lieux d'information ou de soutien ponctuel, ces espaces numériques constituent des lieux

de socialisation, au sein desquels se construisent des liens durables, des savoirs partagés et des formes de reconnaissance mutuelle.

Le processus de socialisation au sein de ces communautés dépasse donc la simple transmission d'informations : il s'agit d'un apprentissage collectif où les femmes intègrent progressivement des normes, valeurs et pratiques alternatives à celles dominantes. Cette socialisation permet aussi la construction d'une identité commune, fondée sur l'expérience partagée du GANA, qui confère un sentiment d'appartenance et de légitimité. Par le biais d'échanges réguliers, de récits vécus et de conseils pratiques, ces communautés façonnent un cadre symbolique et émotionnel qui soutient les membres dans leurs parcours, renforce leur confiance en leurs capacités, et contribue à leur empuissancement.

Autrement dit, ces communautés en ligne ne se résument pas à des agrégats d'individus partageant des opinions similaires. Elles prennent plutôt la forme de collectifs structurés autour de normes implicites, de pratiques communes et de récits mobilisateurs. L'expérience vécue, en particulier celle d'avoir donné naissance sans assistance médicale, devient un levier identitaire et politique. Ces récits, loin d'être anecdotiques, constituent des outils de subjectivation et de légitimation : ils incarnent une forme de savoir situé (Haraway, 1988), enraciné dans l'expérience corporelle des femmes et opposable aux savoirs médicaux hégémoniques.

Le recours aux réseaux socionumériques permet donc à ces femmes d'échanger des savoirs, de partager des récits, mais aussi de trouver validation, légitimité et solidarité dans un monde où leur choix demeure marginalisé, voire pathologisé (Pastinelli et Déry, 2016). Ce processus collectif s'inscrit dans ce que Hara et Huang (2011) ainsi que Li et al. (2021) identifient comme des communautés en ligne fondées sur un vécu partagé, et sur une identité forgée à travers les interactions numériques. Ces communautés se distinguent ainsi par leur capacité à articuler des dimensions affectives, cognitives et politiques. L'entraide prend souvent la forme d'un accompagnement épistémique : les femmes y apprennent à nommer leurs expériences, à déconstruire les discours dominants sur le risque obstétrical, à interpréter des signes corporels et à s'approprier des savoirs alternatifs concernant la physiologie de la naissance, la gestion autonome des urgences, ou encore le droit à l'autodétermination en matière de santé reproductive.

Ainsi, ces communautés en ligne ne se contentent pas de soutenir des choix atypiques : elles deviennent les vecteurs d'une contestation active de l'ordre médical établi (Hara et Huang, 2011 ;

Li et al., 2021). Par leurs pratiques numériques (p. ex. témoignages, diffusion de vidéos d'accouchement, débats sur les risques et les responsabilités), les femmes concernées par les GANA endossent un rôle d'actrices d'un mouvement social de « naissances hors systèmes », que l'on pourrait qualifier d'informel. Elles redéfinissent les contours du pouvoir obstétrical et questionnent les frontières entre savoirs légitimes et savoirs profanes. Ce mouvement, bien qu'informel et non institutionnalisé, constitue une force politique identifiable (Hara et Huang, 2011; Li et al., 2021; Mendes et al., 2018). Il repose sur des logiques de partage horizontal, la transmission de compétences autodidactes, et la mise en récit d'expériences singulières. En ce sens, ces femmes ne forment pas seulement une communauté d'intérêt : elles incarnent les contours d'un mouvement social décentralisé, fluide, et porté par des personnes qui, sans toujours se revendiquer militantes, participent activement à une dynamique contestataire (Hara et Huang, 2011; Li et al., 2021; Mendes et al., 2018).

L'expérience des GANA devient ainsi le catalyseur d'une reconfiguration politique de la maternité : ces femmes politisent l'intime, transforment la sphère personnelle en espace de résistance, et affirment leur capacité à redéfinir ce qu'est une naissance sécuritaire et légitime. Cet activisme numérique, qualifié de « discret » ou « informel », contribue à produire un contre-discours structuré en périnatalité (Hara et Huang, 2011; Li et al., 2021; Mendes et al., 2018). Finalement, l'articulation entre communauté en ligne et mouvement social informel permet de comprendre les GANA comme un lieu de résistance : résistance à l'institutionnalisation des corps, aux normes de surveillance médicale, mais aussi à l'assignation des femmes à une position de passivité ou d'incompétence face à leur propre santé. En collectivisant les parcours individuels et en valorisant les savoirs issus de l'expérience, ces communautés participent à un déplacement des lignes de pouvoir entre médecine, maternité et technologie.

Malgré leur rôle essentiel comme lieux de socialisation, de soutien et d'émancipation, il convient néanmoins de souligner certaines tensions inhérentes à ces espaces numériques (Bayard et al., 2019; Douville et al., 2021; Facca et al., 2023; Lehto, 2019; Özen Çınar et Özkaya Bozkurt, 2025). Ces communautés peuvent parfois véhiculer une vision idéalisée des GANA susceptible d'engendrer des impératifs de performance. Cette idéalisation peut susciter chez certaines femmes des sentiments d'insuffisance ou de culpabilité lorsque leurs expériences ou leurs choix ne correspondent pas aux normes valorisées au sein du groupe. À l'image des tensions observées dans

d'autres contextes numériques liés à la maternité (p. ex. allaitement, soutien aux pratiques parentales), ces espaces peuvent cristalliser des enjeux complexes liés à la surveillance mutuelle, à la comparaison sociale et à la quête d'une « bonne maternité » idéalisée (Bayard et al., 2019; Douville et al., 2021; Facca et al., 2023; Lehto, 2019; Özen Çınar et Özkaya Bozkurt, 2025). Cette dynamique peut ainsi paradoxalement reproduire certaines formes de normativité et d'exclusion, alors même que ces communautés se veulent des refuges pour des parcours marginaux. Ces tensions traduisent la difficulté d'articuler un soutien collectif à la fois inclusif, bienveillant et respectueux des diversités de parcours, dans un contexte où la visibilité et la reconnaissance sociale demeurent des enjeux cruciaux. Ainsi, l'expérience des GANA dans ces communautés numériques révèle à la fois les promesses d'émancipation et les limites des espaces en ligne, qui requièrent une attention critique pour ne pas reproduire les mêmes logiques de contrôle et de stigmatisation que celles qu'elles contestent.

Pertinence des sciences de la famille

Les racines historiques interdisciplinaires des sciences de la famille ont indéniablement joué un rôle central dans l'établissement de ses objets de recherche comme une discipline à la fois distincte et innovante (Hamon et Smith, 2017). En effet, la reconnaissance de l'interdisciplinarité comme condition *sine qua non* pour appréhender la complexité inhérente aux objets d'étude de cette discipline a constitué un des arguments essentiels pour sa légitimation académique et institutionnelle (Hamon et Smith, 2017). Cette vision interdisciplinaire n'a pas seulement facilité la compréhension des phénomènes familiaux, mais elle a également permis de repenser les pratiques de recherche en mobilisant une diversité de méthodologies et de théories provenant de champs aussi variés que la sociologie, la psychologie, l'anthropologie, le droit, la médecine, et même les sciences naturelles.

Dans cette perspective, ce projet de recherche s'inscrit pleinement dans cette logique d'interdisciplinarité. En effet, le cadre théorique adopté, celui du féminisme du positionnement, se trouve précisément à l'intersection de multiples disciplines, chacune contribuant à une meilleure appréhension de la complexité des trajectoires des femmes en contexte périnatal. Ce cadre, tout en s'appuyant sur le féminisme et la sociologie de la connaissance (Harding, 2004), intègre également des concepts provenant de la philosophie politique, de la philosophie des sciences, ainsi que des méthodologies issues des sciences naturelles et sociales. Loin de se limiter à une perspective

unique, ce projet s'efforce de rendre compte de la pluralité des savoirs et de leurs interactions, cherchant à transcender les frontières disciplinaires traditionnelles.

Cette approche interdisciplinaire et réflexive a permis de remettre en question la division souvent présente dans les milieux académiques en encourageant une confrontation constructive des savoirs issus de disciplines différentes. Plutôt que de privilégier une démarche compétitive, le projet a adopté une posture collaborative visant à enrichir les connaissances à travers une approche holistique et non exclusive. Cette dynamique a également été renforcée par la soumission de cinq articles scientifiques dans des revues interdisciplinaires, confirmant la pertinence d'une approche intégrée et transversale.

Dans cette logique, cette thèse rencontre les quatre principes fondamentaux des sciences de la famille tels que définis par Hamon et Smith (2017) : (1) l'analyse des relations périnatales a pris en compte le contexte sociohistorique des femmes et la multiplicité des relations qu'elles entretiennent; (2) la recherche a mis en lumière les dynamiques qui se jouent entre la femme et les différents systèmes (micro, méso, macro) autour d'elle, avec une attention particulière à la reconnaissance de ses forces et de sa résilience ; (3) le projet s'est appuyé sur une posture interdisciplinaire forte permettant de relier des perspectives parfois antagonistes tout en tirant profit de leurs complémentarités; (4) enfin, la dimension translationnelle a été intégrée dès le début avec la conviction que l'étudiante-chercheuse ne se limite pas à produire du savoir, mais doit aussi œuvrer à améliorer le bien-être des femmes participantes et, plus largement, des communautés concernées.

Le champ disciplinaire des sciences de la famille, dans lequel ce projet s'inscrit, apporte ainsi une contribution significative et internationalement pertinente à la compréhension des GANA, en s'appuyant sur une approche interdisciplinaire et translationnelle. Il permet de mieux saisir les réalités cachées et souvent invisibilisées des choix périnataux en dehors des circuits médicaux traditionnels. De plus, il propose des liens entre des concepts auparavant considérés comme séparés, tout en mettant en lumière les implications sociales, culturelles et politiques des décisions des femmes en matière de naissance (Knapp, 2009). Par exemple, la décision d'accoucher à l'hôpital, à domicile ou dans une maison de naissance ne se limite pas à un « simple » choix d'un lieu; elle renvoie aussi à des considérations pratiques (proximité des services, sécurité perçue), à des dimensions sociales (présence ou absence de proches, soutien du conjoint ou de la

communauté) et à des implications politiques (rapports avec les institutions de santé et reconnaissance des choix reproductifs des femmes).

Enfin, cette thèse fournit une analyse nuancée et multiforme des influences visibles et invisibles qui façonnent la vie familiale des femmes dans le cadre périnatal en se basant sur les témoignages et les vécus des femmes elles-mêmes. Cette approche permet de dégager une compréhension enrichie des dynamiques familiales en contexte périnatal, tout en offrant un éclairage théorique et pratique sur les forces, les résistances et les stratégies de résilience déployées par ces femmes face aux systèmes de soins. La richesse des perspectives croisées permet ainsi de réinterroger les normes sociales et médicales qui régissent la naissance, et d'envisager des alternatives qui respectent à la fois les choix individuels et la diversité des parcours maternels (Knapp, 2009).

Forces et limites de la thèse

Les forces et les limites de cette recherche trouvent leurs racines principalement dans l'approche méthodologique choisie dans le cadre de ce doctorat en sciences de la famille. La thèse repose sur une étude de cas unique avec unités imbriquées, une approche qui permet une exploration approfondie du phénomène des GANA, tout en prenant en compte la diversité des expériences des femmes qui y participent. En conceptualisant l'étude autour d'un cas unique, l'idée sous-jacente est que les femmes concernées par les GANA au Québec partagent un même contexte socioculturel, avec des caractéristiques communes influençant leurs trajectoires décisionnelles et leurs vécus de la grossesse et de l'accouchement. Cette approche présente une force indéniable : elle permet une analyse détaillée des dynamiques sociales, politiques et économiques spécifiques à la population des femmes québécoises ayant choisi cette voie. Elle met en lumière les facteurs qui influencent de manière significative leurs décisions et expériences, offrant ainsi une compréhension plus fine des enjeux qui façonnent ces trajectoires.

Cependant, cette conceptualisation de l'étude de cas unique, plutôt que multiple, comporte également une limite importante : elle suppose que toutes les femmes concernées par les GANA au Québec partagent une expérience homogène au sein d'un même contexte socioculturel. Une telle approche peut ainsi négliger des nuances cruciales entre sous-populations, telles que celles issues de milieux socioéconomiques plus défavorisés, vivant en milieu rural, ou encore celles provenant de communautés culturelles diversifiées. En concentrant l'analyse sur un échantillon

supposé homogène, il existe un risque d'uniformiser des réalités sociales distinctes, d'exclure des expériences variées liées à des différences socio-économiques, culturelles ou géographiques, et ainsi de limiter la portée des conclusions. Cette limite pourrait être atténuée par une approche comparative ou intersectionnelle, qui enrichirait la compréhension des multiples facettes de cette pratique, en élargissant la portée des résultats.

Il importe de souligner que ce choix méthodologique est cohérent avec la théorie du positionnement situé (Harding, 2004). En effet, la théorie du positionnement situé propose de dépasser les différences d'âge, d'identité sexuelle et de genre, de classe sociale ou de religion entre les membres d'un groupe minorisé, pour plutôt mettre l'accent sur les pratiques sociales communes qui entravent leur épanouissement (Hill Collins, 2000). Autrement dit, cette approche invite à reconnaître les expériences partagées qui structurent la position sociale du groupe en tant que collectif, tout en tenant compte des manières diverses dont ces expériences peuvent être vécues ou exprimées par les individus qui le composent.

Un autre atout majeur de cette approche méthodologique réside dans la capacité à recueillir des récits détaillés et nuancés des expériences vécues, offrant ainsi une vision complexe des enjeux sociaux et des dynamiques sous-jacentes aux GANA. Toutefois, cette approche exploratoire, bien qu'efficace pour plonger dans des réalités spécifiques, présente également une limitation importante : l'échantillon restreint et non probabiliste empêche la généralisation des résultats à l'ensemble de la population des femmes ayant opté pour les GANA. L'objectif de la recherche n'étant pas la généralisation, mais le transfert des connaissances à des contextes similaires, les conclusions sont donc spécifiquement valables pour l'échantillon étudié. Ainsi, il revient aux personnes utilisatrices de ces résultats de questionner la pertinence et l'applicabilité de ces conclusions dans d'autres contextes (Bourgeois, 2016). De plus, le fait que l'échantillon soit constitué exclusivement de femmes faisant partie de communautés en ligne dédiées aux GANA limite la portée des résultats, qui sont alors principalement transférables à des populations proches, comme celles des francophones, des Canadiennes ou des Nord-Américaines. Le biais de mémoire peut aussi intervenir, car les entretiens ont parfois eu lieu plusieurs années après l'expérience de GANA, ce qui peut affecter la manière dont les participantes se rappellent certains événements, influençant ainsi leur perception du parcours périnatal.

En outre, cette étude s'inscrit dans un paradigme critique, qui remet en question les approches traditionnelles des sciences humaines et sociales, notamment celles privilégiant une vision postpositiviste de la recherche. Ce choix paradigmatique met de l'avant la richesse des récits subjectifs et des négociations autour de l'autonomie face à un système médical normatif. Toutefois, il est important de souligner que cette recherche ne vise pas à établir des relations causales, comme le ferait une étude quantitative sous un paradigme postpositiviste. Elle cherche plutôt à comprendre les significations sociales qui façonnent les décisions des femmes et leur vécu de la grossesse et de l'accouchement, tout en offrant une lecture contextuelle et complexe de ces phénomènes.

Le cadre théorique mobilisé, soit la théorie du positionnement situé, a exercé une influence déterminante sur l'ensemble du processus de recherche, de sa conceptualisation à l'analyse des résultats. Il a permis de mettre en lumière des perspectives marginalisées et de situer les décisions et expériences des participantes dans leurs ancrages sociaux et historiques. Ce choix théorique s'articule également étroitement avec la positionnalité de l'étudiante-chercheuse, dont l'expérience vécue a orienté les choix méthodologiques, les angles d'analyse privilégiés et l'interprétation des données. Cette implication est revendiquée comme une force épistémologique, en cohérence avec les épistémologies féministes qui reconnaissent la légitimité des savoirs situés (Haraway, 1988; Harding, 2004; Hill Collins, 2000).

Consciente toutefois du risque de « parler pour » ou « au nom de » (Chbat, 2022), l'étudiante-chercheuse s'est appuyée sur des critères de scientificité féministe visant à renforcer la rigueur de l'analyse tout en respectant les voix des participantes : documenter les relations établies au fil du terrain, demeurer à l'écoute des femmes rencontrées et de ses propres résonances internes, rester attentive aux différences d'expérience et de position, et interroger en continu les données à la lumière de sa réflexivité (Hesse-Biber et Piatelli, 2012). Ces principes ont permis de maintenir une vigilance éthique et épistémologique tout au long du processus, tout en reconnaissant que certaines dimensions ont pu être mises en lumière en raison de leur résonance avec le parcours de l'étudiante-chercheuse, tandis que d'autres sont peut-être restées en marge de l'analyse. Il importe ainsi de reconnaître que cette subjectivité assumée façonne les contours de la connaissance produite, en même temps qu'elle en dévoile la richesse et les angles morts (Haraway, 1988; Harding, 2004; Hill Collins, 2000).

En ce qui concerne le profil sociodémographique et de santé des participantes (chapitre 3), les résultats présentés sont de nature purement descriptive, ce qui peut participer à une certaine évacuation de la complexité des situations et de leurs aspects dynamiques et temporels. À cet égard, la présentation de tableaux croisés aurait permis de mettre en relation certaines variables et d'offrir une description plus complexe des trajectoires menant aux GANA, notamment reliant des facteurs sociaux, géographiques ou obstétricaux. Cela dit, le choix de privilégier des tableaux de fréquences simples constitue une décision méthodologique assumée. L'objectif de cette section n'était pas d'identifier des relations ou des facteurs explicatifs, mais bien de proposer une description prudente et exploratoire du phénomène, dans un contexte où les effectifs demeurent limités et où certaines variables présentent une forte hétérogénéité. La réalisation de tableaux croisés aurait pu suggérer des liens interprétatifs dépassant la portée descriptive que nous souhaitions maintenir à ce stade.

En conclusion, cette recherche permet d'obtenir une vision détaillée et contextuellement riche des GANA, grâce à plusieurs forces méthodologiques et théoriques. La triangulation des méthodes de collecte des données, incluant des questionnaires, des entretiens et des visites commentées, offre une richesse et une diversité de perspectives qui permettent de mieux comprendre les dynamiques des GANA. De plus, la triangulation des perspectives entre l'étudiante-chercheuse et ses superviseur·es de recherche renforce la rigueur de l'analyse, en assurant une réflexion critique et un dialogue constant sur les interprétations des données. La continuité de l'engagement de l'étudiante-chercheuse, qui a non seulement développé l'étude mais aussi collecté et analysé les données, a permis une immersion profonde et une compréhension intime des réalités vécues, ce qui constitue une force importante de la démarche. De surcroît, sa transparence épistémologique et théorique garantit une approche rigoureuse et honnête de la recherche.

Conclusion générale

Cette étude doctorale a permis de caractériser le point de vue situé des femmes qui n'ont pas recours, en partie ou totalement, aux services périnataux offerts au Québec : l'objectif général et les objectifs spécifiques ont été répondus à l'aide d'une étude de cas unique avec unités imbriquées, permettant de croiser les approches quantitatives et qualitatives. Chaque chapitre de la thèse se construit ainsi autour de cette méthodologie triangulée, en prenant en compte la perspective de l'étudiante-chercheuse et de son engagement situé dans le processus.

Le premier chapitre, centré sur la positionnalité de l'étudiante-chercheuse, examine l'évolution de son parcours théorique et épistémologique. L'étudiante-chercheuse, elle-même concernée par les GANA, met en lumière son cheminement intellectuel qui l'a amenée à adopter une posture de recherche située. Le deuxième chapitre présente une revue narrative systématisée de la littérature existante sur les GANA, une thématique encore sous-explorée dans le contexte francophone. Le troisième chapitre porte sur une analyse quantitative des 64 questionnaires visant à brosser un portrait sociodémographique et de santé des femmes et des personnes québécoises ayant vécu une GANA. Le quatrième chapitre propose une analyse qualitative des trajectoires décisionnelles à travers 23 entretiens semi-dirigés. Enfin, le cinquième chapitre, basé sur l'analyse de 23 entretiens et de 9 visites commentées, se concentre sur le rôle des réseaux socionumériques dans la construction du vécu des femmes concernées.

Dans son ensemble, cette thèse met en exergue l'importance de comprendre et de rendre plus visibles les expériences des femmes ayant choisi de vivre des GANA, en prenant en compte non seulement leurs parcours individuels, mais aussi les contextes sociaux, culturels et institutionnels dans lesquels elles évoluent. Elle propose une réflexion approfondie sur les rapports de pouvoir en périnatalité, sur les formes d'empuissancement vécues par ces femmes, et sur l'importance de la reconnaissance de leurs savoirs situés dans la construction des pratiques périnatales. En mobilisant une posture critique et située, cette thèse contribue à enrichir la compréhension d'un phénomène encore marginalisé dans les milieux académiques et dans la société en général. Elle met en lumière la pluralité des parcours, des motivations et des réalités vécues par les femmes concernées. Elle souligne également les tensions socioculturelles, politiques et professionnelles qui traversent ces choix, révélant les contours d'un système de santé encore peu accueillant à la diversité des pratiques périnatales.

Dans un contexte québécois marqué par des débats persistants sur l'autonomie reproductive, la médicalisation de la naissance et l'organisation des soins périnataux, ces résultats ouvrent des pistes de réflexion importantes pour l'avenir des politiques publiques et des pratiques professionnelles, en invitant à repenser les cadres actuels afin qu'ils puissent mieux reconnaître la pluralité des trajectoires de naissance et le droit des femmes à faire des choix éclairés, y compris lorsqu'ils s'écartent des normes institutionnelles dominantes.

Retombées de la thèse doctorale

Ce travail ouvre des pistes de réflexion importantes pour les professionnel·les de la santé, les décideur·euses politiques et les chercheur·ses intéressé·es par les enjeux liés à l'autonomie et la justice reproductive, à la médicalisation des naissances et aux pratiques familiales alternatives. Il invite à repenser la naissance à partir du point de vue des femmes concernées par les GANA, en plaçant leurs voix au centre du débat.

Retombées disciplinaires et scientifiques

Cette thèse doctorale a significativement enrichi la compréhension du vécu des femmes concernées par les GANA dans le contexte québécois. En comblant des lacunes importantes identifiées dans la littérature existante (voir chapitre 2), cette thèse propose des perspectives inédites sur les processus décisionnels de ces femmes ainsi que sur leurs interactions avec le système de santé. Elle met aussi en lumière l'interdépendance entre ces décisions et les usages des réseaux socionumériques, qui jouent un rôle crucial comme espaces de soutien, d'échange et de mobilisation. D'un point de vue méthodologique, le recours aux visites commentées, une méthode qualitative innovante encore peu exploitée en sciences sociales, humaines et de la santé, constitue une avancée notable. Cette méthode permet d'étudier de manière approfondie l'interaction tripartite entre les traces numériques, les personnes concernées et l'équipe de recherche, ouvrant ainsi de nouvelles pistes pour l'analyse des traces numériques « denses » (plutôt que massives) en lien avec la santé. Sur le plan théorique, cette recherche valorise l'expression d'expériences souvent marginalisées dans le champ scientifique, notamment celles de femmes choisissant de refuser la médicalisation normative des naissances. L'inclusion de ces voix situées contribue à valoriser leur avantage épistémique, enrichissant ainsi le débat sur l'autonomie reproductive et la pluralité des expériences en santé périnatale. En intégrant des critères de scientificité féministe

dans une recherche en sciences de la famille, cette thèse offre une rigueur épistémologique renouvelée, fondée sur l'inclusivité des savoirs et la critique des rapports de pouvoir.

Au-delà de ces contributions spécifiques, cette thèse doctorale s'inscrit dans une réflexion disciplinaire plus large propre aux sciences de la famille, un champ transdisciplinaire caractérisé par la cohabitation d'intérêts parfois divergents et par la présence de tensions épistémologiques latentes (Hunter et al., 2022; Jones et al., 2022). Ces tensions, qui questionnent les savoirs légitimés et les voix incluses dans la discipline, sont mises en lumière par l'étude des GANA. En révélant les écarts entre savoirs biomédicaux dominants et expériences marginalisées, la recherche ouvre la voie à une transformation épistémique et sociale, qui dépasse la simple prise de conscience pour viser une intégration active de ces tensions dans la praxis scientifique. Les sciences de la famille, par leur ancrage dans des contextes variés, détiennent un potentiel crucial pour influencer les politiques sociales et publiques. En documentant les expériences des femmes ayant choisi les GANA, cette thèse expose les limites des dispositifs actuels, notamment en termes de santé périnatale, de reconnaissance des savoirs expérientiels et d'autonomie reproductive. Ces trajectoires révèlent également les effets cumulatifs de la médicalisation normative et des logiques de surveillance reproductive. Ainsi, une science de la famille engagée dans un projet de justice sociale peut non seulement dénoncer les conséquences néfastes de ces inégalités, mais aussi rendre visibles les formes de résistance et d'empuissancement qui s'y opposent.

Retombées professionnelles

Les résultats de cette recherche offrent des retombées significatives pour les professionnel·les de la santé œuvrant en périnatalité. En documentant les parcours de femmes ayant choisi de vivre des GANA, cette étude permet de mieux comprendre les motivations, les expériences et les besoins qui sous-tendent ces choix, souvent mal compris ou stigmatisés dans les milieux cliniques. Cette compréhension approfondie ouvre la voie à des pratiques professionnelles plus nuancées, respectueuses et adaptées. Premièrement, cette recherche contribue à sensibiliser les intervenant·es à la diversité des profils de femmes qui vivent des GANA. Contrairement à une image souvent homogène ou caricaturale, les trajectoires recueillies dans le cadre de cette recherche mettent en lumière une grande hétérogénéité quant aux motivations, aux parcours de santé antérieurs, aux contextes sociaux, familiaux et géographiques. Cette reconnaissance de la diversité favorise une posture plus ouverte et évite les jugements rapides basés sur des

préconceptions. Deuxièmement, en mettant en relief les différentes formes de non-recours aux services médicaux conventionnels, cette recherche donne aux professionnel·les des clés de compréhension essentielles. Que ce soit en raison d'expériences passées de violences obstétricales, de sentiment d'illégitimité, de contraintes structurelles, ou d'un désir d'autonomie, les femmes interrogées expriment des raisons complexes, souvent imbriquées. Comprendre ces raisons permet aux professionnel·les d'entrer en dialogue avec elles sans chercher à convaincre ni à corriger, mais plutôt à écouter et à accompagner de manière informée et respectueuse. Troisièmement, les résultats offrent des pistes pour adapter les pratiques cliniques, notamment en contexte de suivi postnatal ou lors de consultations ponctuelles avec des femmes concernées par les GANA. En tenant compte des tensions vécues par ces femmes dans leur rapport au système de santé, les professionnel·les peuvent ajuster leur approche, proposer un accueil sans jugement et construire un lien de confiance, même a posteriori. Cela peut aussi permettre d'éviter le non-recours complet en créant des espaces de soins plus sécurisants pour les femmes qui hésitent à consulter. Quatrièmement, cette recherche encourage la reconnaissance des droits des femmes en contexte périnatal, notamment leur droit de refuser certaines interventions ou de choisir où et comment enfanter. En sensibilisant les professionnel·les à ces dimensions légales et éthiques, la recherche contribue à promouvoir une culture de soins plus respectueuse de l'autonomie des personnes et de leur capacité à prendre des décisions éclairées, même lorsqu'elles s'écarterent des normes médicales dominantes. Cinquièmement, un apport important de ce travail réside dans la mise en lumière du rôle des réseaux socionumériques dans les parcours décisionnels. Les professionnel·les sont invité·es à penser ces espaces numériques non pas comme des sources d'information concurrentielles ou menaçantes, mais comme des lieux de socialisation, de soutien et de construction identitaire, qui influencent les représentations du risque, les choix en matière de santé et le rapport aux institutions. Cette reconnaissance peut enrichir le dialogue entre patientes et soignant·es, en tenant compte des savoirs et expériences que les femmes mobilisent en ligne. Enfin, cette recherche fournit des résultats probants en faveur d'une approche plus inclusive en santé périnatale, en intégrant des perspectives encore trop souvent invisibilisées. En donnant voix à des femmes qui refusent certaines normes médicales et sociales en matière de naissance, elle permet aux professionnel·les de mieux saisir les enjeux contemporains de la justice reproductive et de réfléchir à leurs propres pratiques à travers une lentille critique. De fait, ce travail ne se contente pas de documenter des pratiques alternatives : il propose des outils de réflexion et d'action pour

des milieux professionnels en transformation, dans une perspective de dialogue, de respect et de reconnaissance des savoirs expérientiels. Il invite à construire des ponts entre les institutions de soins et les trajectoires de vie des femmes, en dépassant les oppositions stériles pour favoriser une éthique de la relation et une ouverture aux pluralités reproductives.

Enfin, sans que cela ne soit approfondi dans le cadre de cette thèse, ces résultats présentent également un potentiel particulièrement fécond pour l'amélioration des pratiques éducatives destinées aux futur·es professionnel·les de la santé, notamment les sages-femmes, les infirmières et les médecins. Les matériaux empiriques recueillis pourraient, par exemple, servir à la construction de vignettes cliniques pédagogiques permettant d'aborder concrètement les dimensions éthiques et légales du non-recours en contexte périnatal. Ces vignettes offriraient un support privilégié pour réfléchir aux droits périnataux des femmes, incluant le droit de refuser des soins ou des interventions, même lorsque les professionnel·les estiment que ces décisions pourraient compromettre la santé du fœtus.

Retombées sociales et politiques

Cette recherche génère aussi des retombées sociales et politiques qui sont importantes à souligner. En rendant visibles des trajectoires souvent marginalisées, elle participe à une redéfinition des normes sociales entourant la naissance, tout en alimentant une réflexion critique sur la médicalisation, l'autonomie reproductive et les formes de reconnaissance institutionnelle. D'abord, cette étude met en lumière la diversité sociodémographique, culturelle et de santé des expériences de grossesse et d'accouchement, contribuant à déconstruire les stéréotypes sociétaux souvent associés aux femmes qui choisissent des parcours non médicaux. Loin d'un choix uniforme, les GANA sont traversés par des facteurs multiples, personnels, sociaux, économiques, historiques, que cette étude documente finement. En cela, elle participe à une réduction potentielle de la stigmatisation entourant ces choix et ouvre la voie à une acceptation sociale élargie des trajectoires alternatives de naissance. Ensuite, en offrant une analyse des motivations des femmes, cette recherche contribue à une meilleure reconnaissance des parcours non traditionnels dans les politiques publiques en matière de santé reproductive. Elle alimente les réflexions sur les droits reproductifs, en particulier sur le respect du choix des femmes en matière de périnatalité, tout en soulignant les tensions inhérentes entre reconnaissance des trajectoires individuelles et visée populationnelle des politiques publiques. À cet égard, il est important de reconnaître que les

politiques de périnatalité ont une mission collective, celle de soutenir la santé de l'ensemble des familles. Toutefois, cela ne devrait pas se faire au détriment de la pluralité des expériences ni au prix de la marginalisation de certaines trajectoires. Le choix des GANA, même s'il demeure minoritaire, soulève des enjeux importants en matière de justice reproductive, d'accès à l'information, de prévention des violences obstétricales et de reconnaissance des savoirs expérientiels. Il ne s'agit donc pas d'exiger une promotion active de cette pratique dans les politiques publiques, mais bien de reconnaître son existence, de réduire les obstacles systémiques qui y sont associés, et d'offrir un cadre souple permettant un accompagnement respectueux lorsque cela est souhaité. Autrement dit, cette recherche ouvre la voie à une réflexion politique élargie sur les finalités des politiques publiques : plutôt que de viser exclusivement des trajectoires standardisées, ces politiques pourraient s'orienter vers une reconnaissance active de la pluralité, en assumant leur responsabilité d'accompagner équitablement les choix reproductifs, y compris ceux qui sortent des sentiers balisés. Des pistes concrètes pourraient ainsi être intégrées aux politiques périnatales :

- Reconnaissance explicite de la diversité des parcours de naissance, y compris ceux en dehors des institutions médicales, afin de cesser d'invisibiliser les GANA et de mieux comprendre les besoins de ces familles.
- Formation continue des professionnel·les de la santé portant sur les motivations des femmes qui choisissent une GANA, afin de favoriser des interactions respectueuses, même en contexte de non-recours. Possibilité d'inclure des femmes concernées par les GANA afin qu'elles partagent leurs expériences dans une visée de dialogue constructif.
- Accessibilité à un suivi prénatal et postnatal volontaire, sans condition préalable à la nature de l'accouchement ou du suivi de grossesse, afin de garantir une continuité de soins pour les mères et les nouveau-nés.

Futures recherches

Les futures recherches sur les GANA devraient poursuivre l'exploration des dynamiques complexes entre les femmes concernées et le système de santé, en approfondissant la compréhension des facteurs sociaux, culturels, institutionnels et historiques qui influencent leurs choix. Il serait, par exemple, pertinent de mener une analyse socio-historique de la médicalisation

des naissances, afin de situer les pratiques actuelles dans leur évolution historique et de comprendre comment les rapports de force entre professions de santé, souvent situés à l'intersection de l'adhésion et de la résistance à l'hégémonie biomédicale, ont façonné les parcours décisionnels et les expériences des femmes. Dans cette logique, il serait également pertinent d'étudier plus systématiquement les interactions entre les femmes ayant recours aux GANA et les professionnel·les de la santé, notamment en intégrant la perspective du groupe dominant, afin de mieux comprendre les tensions, les résistances et les mécanismes de légitimation à l'œuvre.

Un autre angle demeuré relativement en retrait dans cette thèse concerne le rôle des partenaires dans les trajectoires menant aux GANA. Bien que les femmes soient souveraines de leurs décisions reproductives, et que cette autonomie constitue un principe central de l'analyse, il serait pertinent d'explorer la place qu'occupent les partenaires dans ces projets de naissance. Des recherches futures pourraient ainsi examiner si certains partenaires, notamment lorsqu'ils disposent de formes spécifiques de capital (p. ex. formation en santé, expérience professionnelle, familiarité avec le système médical), contribuent au sentiment de sécurité, à la motivation ou à la capacité des femmes à envisager une GANA. À l'inverse, ces travaux pourraient également documenter les situations où les partenaires constituent un frein, une source de tension ou un obstacle au projet de GANA, permettant ainsi de mieux saisir les dynamiques conjugales et relationnelles qui entourent ces choix.

Dans le prolongement de ces réflexions, il serait également pertinent d'approfondir l'étude des dynamiques familiales plus larges, incluant la fratrie, les proches, la parenté élargie et les réseaux de soutien, qui peuvent influencer positivement ou négativement les décisions reproductives. De surcroît, il serait possible de s'attarder à une exploration plus approfondie des différentes formes de non-recours aux soins en contexte périnatal et durant la petite enfance, afin de mieux comprendre la continuité ou la transformation de ces pratiques au-delà du moment de l'accouchement.

Des recherches longitudinales pourraient également être envisagées pour suivre l'évolution des trajectoires décisionnelles des femmes au fil de leur expérience périnatale et analyser l'impact à plus long terme des choix de GANA sur leur santé, leur bien-être et leur rapport aux institutions. Par ailleurs, l'intégration des réseaux socionumériques dans le processus décisionnel mériterait d'être approfondie, notamment en explorant plus en détail les pratiques de soutien, les formes de

solidarité, mais aussi les tensions, les mécanismes de régulation et les rapports de pouvoir qui structurent ces communautés en ligne.

Enfin, une piste de recherche future importante serait d'explorer plus en profondeur la surreprésentation des personnes issues de la diversité sexuelle et de genre dans cette étude sur les GANA. Une approche intersectionnelle permettrait d'analyser comment les expériences de marginalisation, les rapports aux institutions et les enjeux d'autonomie reproductive propres aux personnes LGBTQIA+ influencent leurs choix en matière de soins périnataux. Une telle investigation contribuerait à mieux comprendre les obstacles spécifiques rencontrés par ces populations et à dégager des pistes pour des pratiques de soins plus inclusives, sensibles à la diversité et ancrées dans une perspective de justice sociale.

Références

- Ahmad Tajuddin, N. A. N., Suhaimi, J., Ramdzan, S. N., Malek, K. A., Ismail, I. A., Shamsuddin, N. H., Abu Bakar, A. I. et Othman, S. (2020). Why women chose unassisted home birth in Malaysia: A qualitative study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 20(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02987-9>
- AQD. (2021). *Code d'éthique et de déontologie de l'Association québécoise des doulas*. https://aqdouglas.com/wp-content/uploads/2021/05/AQD_code_ethique_2021.pdf
- Ariaans, M. et Reibling, N. (2023). Neoliberalism and social investment: Paving the way for medicalization and psychologization. Dans N. Reibling et M. Ariaans (dir.), *Toward a biopsychosocial welfare state? How medicine and psychology transform social policy* (pp. 165–190). Palgrave Macmillan/Springer Nature. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-32793-37>
- Artois, P. (2016). Les pratiques évaluatives et leurs effets dans l'intervention sociale. *Nouvelles pratiques sociales*, 28(2), 227–242. <https://doi.org/10.7202/1041189ar>
- Ballesteros V. (2022). A stigmatizing dilemma in the labour room: Irrationality or selfishness? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 28(5), 875–882. <https://doi.org/10.1111/jep.13747>
- Baranowska, B., Węgrzynowska, M., Tataj-Puzyna, U. et Crowther, S. (2022). "I knew there has to be a better way": Women's pathways to freebirth in Poland. *Women & Birth*, 35(4), e328-e336. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.07.008>
- Barbee, H., Moloney, M. E. et Konrad, T. R. (2018). Selling slumber: American neoliberalism and the medicalization of sleeplessness. *Sociology Compass*, 12(10). <https://doi.org/10.1111/soc4.12622>
- Barratt, M. J. et Lenton, S. (2010). Beyond recruitment? Participatory online research with people who use drugs. *International Journal of Internet Research Ethics*, 3, (1), 69-86.
- Bayard, C. (2018). Les mères célèbres sur Instagram : ce que nous révèlent leurs mises en scène de l'allaitement. *Enfances, Familles, Générations*, 31. <https://doi.org/10.7202/1061781ar>
- Beaulne-Stuebing, L. (2021, 3 mars). SOS sages-femmes? Voici la liste d'attente! *Affaires universitaires*. <https://www.affairesuniversitaires.ca/articles-de-fond-fr/sos-sages-femmes-voici-la-liste-dattente/>
- Bélisle, M. (2025, 26 avril). Elles ont accouché à la maison... sans assistance médicale. *La Tribune*. <https://www.latribune.ca/actualites/sante/2025/04/26/elles-ont-accouche-a-la-maison-sans-assistance-medicale-7NSPGURDY5BSPNAO752PS45FGQ/>
- Bernheim, E. (2017). Sur la réforme des mères déviantes : les représentations de la maternité dans la jurisprudence de la Chambre de la jeunesse, entre différenciation et responsabilité. *Revue générale de droit*, 47, 45–75. <https://doi.org/10.7202/1040517ar>
- Berton, F. (2021). Introduction. Dans F. Berton (dir.), *Faire famille aujourd'hui*. Presses universitaires de Rennes. <https://doi.org/10.4000/books.pur.148982>
- Blanchet, M. (1979). L'influence des politiques gouvernementales sur la santé maternelle. *La vie médicale au Canada français*, 8(1), 24-47.

- Blanchette, J. (2015, 8 mai). Annie et sa smala. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/opinion/chroniques/439438/annie-et-sa-smala>
- Bouchard, C. (2019, 9 février). Comme à l'époque des Filles de Caleb, elles accouchent à la maison... et parfois seules. *Journal de Québec*. <https://www.journaldequebec.com/2019/02/09/accoucher-comme-a-lepoque-des-filles-de-caleb>
- Bouchard, C. (2020, 10 mai). Un accouchement à la maison, hors du stress de la pandémie. *Journal de Québec*. <https://www.journaldequebec.com/2020/05/10/un-accouchement-a-la-maison-hors-du-stress-de-la-pandemie>
- Bourgeois, L. (2016). Assurer la rigueur scientifique de la recherche-action. Dans I. Carignan, M.-C. Beaudry et F. Larose (dir.), *La recherche-action et la recherche-développement au service de la littérature* (pp. 6-20). Les éditions de l'Université de Sherbrooke.
- Braun, V. et Clarke, V. (2021). To saturate or not to saturate? Questioning data saturation as a useful concept for thematic analysis and sample-size rationales. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 13(2), 201–216. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1704846>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Brown, L. A. (2009). *Birth visionaries: An examination of unassisted childbirth* [mémoire de maîtrise, Boston College University]. eScholarship@BC. <http://hdl.handle.net/2345/722>
- Bussières McNicoll, F. (2025, 6 mai). Les sages-femmes inquiètes pour des projets de maisons de naissance mis sur la glace. Radio-Canada. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2162459/maisons-naissance-sages-femmes>
- Bujold, A., Gervais, C. et Pariseau-Legault, P. (2024). Pourquoi certaines femmes choisissent d'accoucher sans assistance professionnelle ? Une revue narrative systématisée. *Aporia*, 16(2), 27–39. <https://doi.org/10.18192/aporia.v14i2.7060>
- CALACS. (2024, 9 octobre). La pratique sage-femme : Une histoire de lutte féministe à poursuivre. *La Gazette de la Mauricie*. <https://gazettemauricie.com/la-pratique-sage-femme-une-histoire-de-lutte-feministe-a-poursuivre/>
- Caldairou-Bessette, P., Vachon, M., Bélangier-Dumontier, G. et Rousseau, C. (2017). La réflexivité nécessaire à l'éthique en recherche : l'expérience d'un projet qualitatif en santé mentale jeunesse auprès de réfugiés. *Recherches Qualitatives*, 36(2), 29–51. <https://doi.org/10.7202/1084436ar>
- Canguilhem, G. (2009). *Le normal et le pathologique*. Presses universitaires de France.
- Cantin, V. (2023, 5 mars). Six groupes veulent favoriser l'accès aux sages-femmes en région. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/societe/784181/-six-groupes-de-sages-femmes-veulent-une-rencontre-avec-dube?>
- Carel, H. et Kidd, I. J. (2014). Epistemic injustice in healthcare: A philosophical analysis. *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 17(4), 529–540. <https://doi.org/10.1007/s11019-014-9560-2>

- Chancellor, S., Konstan, J. A., Terveen, L. et Yarosh, S. (2024). Do know harm: Considering the ethics of online community research. *Communications of the ACM*, 67(6), 35–38. <https://doi.org/10.1145/3635303>
- Chbat, M. (2022). Maternités lesbiennes. Réflexions méthodologiques, éthiques et épistémologiques sur la production d’une recherche menée par une personne directement concernée. *Service social*, 67(1), 163–175. <https://doi.org/10.7202/1087198ar>
- Clesse, C., Lighezzolo-Alnot, J., de Lavergne, S., Hamlin, S. et Scheffler, M. (2018). The evolution of birth medicalisation: A systematic review. *Midwifery*, 66, 161–167. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.08.003>
- Coddington, R., Fox, D., Scarf, V. et Catling, C. (2022). Getting kicked off the program: Women’s experiences of antenatal exclusion from publicly-funded homebirth in Australia. *Women and Birth*, S1871-5192(22)00109-3. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.06.008>
- Conseil de recherches en sciences humaines, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et Instituts de recherche en santé du Canada. (2018). *Énoncé de politique des trois conseils : éthique de la recherche avec des êtres humains*. https://ethics.gc.ca/fra/policy-politique_tcps2-eptc2_2018.html
- Corry, M., Porter, S. et McKenna, H. (2019). The redundancy of positivism as a paradigm for nursing research. *Nursing Philosophy*, 20(1), Article e12230. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/nup.12230>
- Dahlen, H., Schmied, V., Tracy, S. K., Jackson, M., Cummings, J. et Priddis, H. (2011). Home birth and the national Australian maternity services review: Too hot to handle? *Women and Birth*, 24(4), 148-155. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2010.10.002>
- Dessureault, A.-M. (2015). La médicalisation de l’accouchement : impacts possibles sur la santé mentale et physique des familles. *Devenir*, 27(1). <https://doi.org/10.3917/dev.151.0053>
- Diamond-Brown, L. A. (2019). Women’s motivations for “choosing” unassisted childbirth: A compromise of ideals and structural barriers. *Reproduction, Health, and Medicine*, 20. <https://doi.org/10.1108/S1057-629020190000020010>
- Dormeau, L. et Tehel, A. (2021). « Je suis le prototype » : femmes bioniques et empuissancement subalterne. *Recherches féministes*, 34(1), 255-272. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1085252ar>
- Douville, L., Rocheleau, K. et Normand, A. (2021). L’utilisation d’Internet et des réseaux sociaux comme soutien aux pratiques parentales : expérience des mères d’enfants d’âge préscolaire. *Revue québécoise de psychologie*, 42(3), 115–138. <https://doi.org/10.7202/1084582ar>
- Durand, C. (2020). *Petit traité de la naissance libre: Parce que les femmes savent enfanter*. Amazon Digital Services.
- Durand, C. (2024). *Et si l’on enfantait dans l’intimité...: Petit traité de la naissance libre 2*. Amazon Digital Services.
- Enfantement autonome et accouchement non-assisté. (s.d.). À propos [page Facebook]. *Facebook*. <https://fr-fr.facebook.com/groups/223027465169628/>

- Facca, D., Hall, J., Hiebert, B. et Donelle, L. Understanding the tensions of “good motherhood” through women’s digital technology use: Descriptive qualitative study. *JMIR Pediatrics and Parenting*, 6. <https://doi.org/10.2196/48934>
- Feeley, C., Burns, E., Adams, E. et Thomson, G. (2015). Why do some women choose to freebirth? A meta-thematic synthesis, part one. *Evidence Based Midwifery*, 13(1), 4-9.
- Feeley, C. et Thomson, G. (2016a). Tensions and conflicts in ‘choice’: Womens’ experiences of freebirthing in the UK. *Midwifery*, 41, 16-21
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.07.014>
- Feeley, C. et Thomson, G. (2016b). Why do some women choose to freebirth in the UK? An interpretative phenomenological study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 16, 1-12.
<https://doi.org/10.1186/s12884-016-0847-6>
- Florinaissance. (2023). Récits d’enfantement libres au Québec. *YouTube*.
<https://www.youtube.com/@Florinaissance/videos>
- Forget, K. (2022). *La pathologisation des accouchements de jumeaux au Québec, 1930-1980* [mémoire de maîtrise, Université du Québec à Trois-Rivières]. Cognition. <https://depote.uqtr.ca/id/eprint/10599/1/eprint10599.pdf>
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir*. Éditions Gallimard.
- Foucault, M. (2001). Le jeu de Michel Foucault. Dans M. Foucault, D. Defert, F. Ewald et J. Lagrange (dir.), *Dits et écrits II* (pp. 298-329). Gallimard.
- Freeman L. (2015). Confronting diminished epistemic privilege and epistemic injustice in pregnancy by challenging a "panoptics of the womb". *The Journal of Medicine and Philosophy*, 40(1), 44–68. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhu046>
- Freeze, R. A. (2008). *Born free: Unassisted childbirth in North America* [these de doctorat, University of Iowa]. Iowa Research Online.
<https://iro.uiowa.edu/esploro/outputs/doctoral/Born-free-unassisted-childbirth-In-North/9983777384702771>
- Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford University Press.
- Gallant, N., Labrecque, K., Latzko-Toth, G. et Pastinelli, M. (2020). La visite commentée : documenter les pratiques numériques par l’entretien sur traces. Dans M. Millette, F. Millerand, D. Myles et G. Latzko-Toth (dir.), *Méthodes de recherche en contexte numérique* (pp. 195–210). <https://doi.org/10.1515/9782760642508-014>
- Genel, K. (2014). Le biopouvoir chez Foucault et Agamben. *Methodos*.
<https://doi.org/10.4000/methodos.131>
- Giroux, J. et Landry, S. (2023, 27 septembre). Non à la mise sous tutelle médicale de la pratique sage-femme ! *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/dialogue/opinions/2023-09-27/reforme-en-sante/non-a-la-mise-sous-tutelle-medicale-de-la-pratique-sage-femme.php>
- Gouilliers-Hertig, S. (2014). Vers une culture du risque personnalisée : choisir d’accoucher à domicile ou en maison de naissance. *Socio-anthropologie* 29, 101-119.
<https://doi.org/10.4000/socio-anthropologie.1696>

- Gouvernement du Québec. (2022). *Service de soutien à Ma grossesse*. <https://magrossesse.safir.ctip.ssss.gouv.qc.ca/fr>
- Greenfield, M., Payne-Gifford, S. et McKenzie, G. (2021). Between a rock and a hard place: Considering "freebirth" during covid-19. *Frontiers in global women's health*, 2, 603744. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2021.603744>
- Gruzd, A., Wellman, B. et Takhteyev, Y. (2011). Imagining twitter as an imagined community. *American Behavioral Scientist*, 55(10), 1294-1318. <https://doi.org/10.1177/0002764211409378>
- Guetterman, T. C., & Fetters, M. D. (2018). Two methodological approaches to the integration of mixed methods and case study designs: A systematic review. *American Behavioral Scientist*, 62(7), 900–918. <https://doi.org/10.1177/0002764218772641>
- Hamon, R. R. et Smith, S. R. (2017). Family science as translational science: a history of the discipline. *Family Relations*, 66(4), 550–567. <https://doi.org/10.1111/fare.12273>
- Hara, N. et Huang, B.-Y. (2011). Online social movements. *Annual Review of Information Science and Technology*, 45(1), 489-522. <https://doi.org/10.1002/aris.2011.1440450117>
- Haraway, D. (1988). Situated knowledges: The science question in feminism and the privilege of partial perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575-599. <https://www.jstor.org/stable/3178066>
- Harding, S. (2004). Introduction: Standpoint theory as a site of political, philosophic, and scientific debate. Dans S. Harding (dir.), *The feminist standpoint theory reader: Intellectual and political controversies* (pp. 1-15). Routledge.
- Harlow, M. J. (2025). Birthing resistance: An autoethnographic exploration of homebirth as embodied defiance of medicalization. Dans L. Lazzari et G. Po DeLisle (dir.), *Unmasking (new) maternal realities* (pp. 209-223). Palgrave Macmillan, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-73671-1_11
- Henriksen, L., Nordström, M., Nordheim, I., Lundgren, I. et Blix, E. (2020). Norwegian women's motivations and preparations for freebirth - a qualitative study. *Sexual & Reproductive HealthCare*, 25, 100511. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100511>
- Heritage, F. (2022) Name that Community? Critical Reflections on the Ethics about Disseminating Research into Online Fetish Communities. *Journal of Positive Sexuality*, 8(2). <https://doi.org/10.51681/1.821>
- Hesse-Biber, S. N. et Piatelli, D. (2012). The feminist practice of holistic reflexivity. Dans S. N. Hesse-Biber (dir.), *Handbook of feminist research: Theory and praxis* (pp. 557-582). SAGE.
- Hill Collins, P. (1986). Learning from the outsider within: The sociological significance of black feminist thought. *Social problems*, 33(6). <https://doi.org/https://doi.org/10.2307/800672>
- Hill Collins, P. (2000). *Black feminist thought knowledge, consciousness, and the politics of empowerment*. Routledge.
- Hill Collins, P. (2012). Looking back, moving ahead: Scholarship in service to social justice. *Gender & Society*, 26(1), 14–22. <https://doi.org/10.1177/0891243211434766>

- Hollander, M., de Miranda, E., van Dillen, J., de Graaf, I., Vandenbussche, F. et Holten, L. (2017). Women's motivations for choosing a high risk birth setting against medical advice in the Netherlands: A qualitative analysis. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 423. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1621-0>
- Holten, L. et de Miranda, E. (2016). Women's motivations for having unassisted childbirth or high-risk homebirth: An exploration of the literature on 'birthing outside the system'. *Midwifery*, 38, 55-62. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.03.010>
- Hunter, A. G., Tarver, S. Z. et Jones, J. (2022). Transformational family science: Praxis, possibility, and promise. *Journal of Family Theory & Review*, 14(3), 384–403. <https://doi.org/10.1111/jftr.12476>
- Jackson, M., Dahlen, H. et Schmied, V. (2012). Birthing outside the system: Perceptions of risk amongst Australian women who have freebirths and high risk homebirths. *Midwifery*, 28(5), 561-567. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.11.002>
- Jackson, M. (2014). *Birthing outside the system: Wanting the best and safest. A grounded theory study about what motivates women to choose a high-risk homebirth or freebirth* [thèse de doctorat, University of Western Sydney]. ResearchDirect. <http://handle.uws.edu.au:8081/1959.7/uws:29953>
- Jackson, M. K., Schmied, V. et Dahlen, H. G. (2020). Birthing outside the system: The motivation behind the choice to freebirth or have a homebirth with risk factors in Australia. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 20(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02944-6>
- Jenkinson, B. et Fox, D. (2021). Keeping the canary singing: Maternity care plans and respectful homebirth transfer. Dans H. G. Dahlen, B. Kumar-Hazard et V. Schmied (dir.), *Birthing outside the system: The canary in the coal mine* (pp. 320-343). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429489853>
- Johansson, M., Jansson, O., Lilja, F., Ekéus, C. et Volgsten, H. (2023). Freebirth, the only option for women who do not fit into common practice- A Swedish national interview study. *Sexual & reproductive healthcare*, 37, 100866. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100866>
- Jones, J., Hunter, A. G. et Tarver, S. Z. (2022). Dismantling the master's house: Epistemological tensions and revelatory interventions for reimagining a transformational family science. *Journal of Family Theory & Review*, 14(3), 318–340. <https://doi.org/10.1111/jftr.12473>
- Jones, Q. (1997). Virtual-communities, virtual settlements & cyber-archaeology: A theoretical outline. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 3(3). <https://doi.org/10.1111/j.1083-6101.1997.tb00075.x>
- Kidd, I. J. et Carel, H. (2017). Epistemic injustice and illness. *Journal of Applied Philosophy*, 34(2), 172–190. <https://doi.org/10.1111/japp.12172>
- Kırlı, G. et Kaya, Ş. D. (2025). Medicalization of female life stages: A qualitative research. *BMC Health Service Research*, 25. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-12181-8>
- Knapp, S. J. (2009). Critical theorizing: Enhancing theoretical rigor in family research. *Journal of Family Theory & Review*, 1(3), 133–145. <https://doi.org/10.1111/j.1756-2589.2009.00018.x>

- Knox-Kazimierczuk, F., Trinh, S., Odems, D. et Shockley-Smith, M. (2023). Challenges and lessons learned birthing during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *Health Science Reports*, 6(7), e1387. <https://doi.org/10.1002/hsr2.1387>
- Kornelsen, J. et Grzybowski, S. (2006). The reality of resistance: The experiences of rural parturient women. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 51(4), 260-265. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2006.02.010>
- LeBlanc, K. et Kornelsen J. (2015). Giving birth outside the health care system in New Brunswick: A qualitative investigation. *Canadian Journal of Midwifery Research and Practice*, 14(3), 6–13. <https://doi.org/10.22374/cjmrp.v14i3.83>
- Lehto, M. (2020). Bad is the new good: negotiating bad motherhood in Finnish mommy blogs. *Feminist Media Studies*, 20(5), 657–671. <https://doi.org/10.1080/14680777.2019.1642224>
- Lesava, K. (2017, 26 août). Accoucher en présence d'enfants, quand la naissance est un événement familial. *Quantik Mama*. <https://quantikmama.com/accoucher-en-presence-de-ses-enfants/>
- Lesava, K. (2018, 5 janvier). Ces femmes qui accouchent seules: quand l'enfantement est un événement familial. *Quantik Mama*. <https://quantikmama.com/femmes-accouchent-seules-famille/>
- Li, M., Turki, N., Izaguirre, C. R., DeMahy, C., Thibodeaux, B. L. et Gage, T. (2021). Twitter as a tool for social movement: An analysis of feminist activism on social media communities. *Journal of community psychology*, 49(3), 854-868. <https://doi.org/10.1002/jcop.22324>
- Lindgren, H. E., Nässén, K. et Lundgren, I. (2017). Taking the matter into one's own hands – women's experiences of unassisted homebirths in Sweden. *Sexual & Reproductive HealthCare*, 11, 31-35. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.09.005>
- Lortie, M.-C. (2014, 12 mai). Annie, ses hommes et une fille. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/debats/chroniques/marie-claude-lortie/201405/12/01-4765852-annie-ses-hommes-et-une-fille.php>
- Lou, S., Dahlen, H. G., Gefke Hansen, S., Ørneborg Rodkjær, L. et Maimburg, R. D. (2022). Why freebirth in a maternity system with free midwifery care? A qualitative study of Danish women's motivations and preparations for freebirth. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 34, e100789. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100789>
- Lundgren, I. (2010). Women's experiences of giving birth and making decisions whether to give birth at home when professional care at home is not an option in public health care. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 1(2), 61-66. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2010.02.001>
- Macdonald, D., Helwig, M. et Snelgrove-Clarke, E. (2023). Experiences of women who have planned unassisted home births in high-resource countries: A qualitative systematic review. *JB I Evidence Synthesis*, 21(9), 1732–1763. <https://doi.org/10.11124/JBIES-22-00246>
- Marston, E., Mkandawire-Valhmu, L. et Polfuss, M. (2024). Integrating ecological and feminist perspectives to study maternal experiences feeding children with Down syndrome. *Journal of Holistic Nursing*. [10.1177/08980101241258389](https://doi.org/10.1177/08980101241258389)

- Martin, E. (1991). The egg and the sperm: How science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles. *Signs*, 16(3), 485-501.
- McKenzie, G. (2024). Learning from obstetric violence in UK births at home: Reaffirming and challenging current understanding of abuse during the maternity period. *Journal of Gender-Based Violence*, 8(3), 337-353. <https://doi.org/10.1332/23986808Y2023D000000014>
- McKenzie G. (2025). Quest narratives and heroine journeys: The road to freebirth and the joy of undisturbed physiological birth. *Frontiers in Global Women's Health*, 5, e1495914. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2024.1495914>
- McKenzie, G. et Montgomery, E. (2021). Undisturbed physiological birth: Insights from women who freebirth in the United Kingdom. *Midwifery*, 101. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103042>
- McKenzie, G., Robert, G. et Montgomery, E. (2020). Exploring the conceptualisation and study of freebirthing as a historical and social phenomenon: A meta-narrative review of diverse research traditions. *Medical humanities*, 46(4), 512–524. <https://doi.org/10.1136/medhum-2019-011786>
- McMillan, D. W. et Chavis, D. M. (1986). Sense of community: A definition and theory. *Journal of community psychology*, 14(1), 6-23. [https://doi.org/10.1002/1520-6629\(198601\)14:1<6::AID-JCOP2290140103>3.0.CO;2-I](https://doi.org/10.1002/1520-6629(198601)14:1<6::AID-JCOP2290140103>3.0.CO;2-I)
- Médina, J. (2013). *The epistemology of resistance: Gender and racial oppression, epistemic injustice, and resistant imaginations*. Oxford University Press.
- Mendes, K., Ringrose, J. et Keller, J. (2018). #Metoo and the promise and pitfalls of challenging rape culture through digital feminist activism. *European Journal of Women's Studies*, 25(2), 236-246. <https://doi.org/10.1177/1350506818765318>
- Meunier, H. (2022, 22 février). Accoucher en nature. *Urbania*. <https://mollo.urbania.ca/article/accoucher-en-nature>
- Miles, M. B., Huberman, A. M. et Saldaña, J. (2019). *Qualitative data analysis. A methods sourcebook* (4e éd.). Sage Publications.
- Miller, A. C. (2012). On the margins of the periphery: Unassisted childbirth and the management of layered stigma. *Sociological Spectrum*, 32(5), 406-423. <https://doi.org/10.1080/02732173.2012.694795>
- MSSS. (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018. Un projet porteur de vie*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000730/>
- MSSS. (2024). *Plan d'action en périnatalité et petite enfance 2023-2028*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003708/>
- Norton, J. (2020). Why women freebirth: A modified systematic review. *MIDIRS Midwifery Digest*, 30(4), 509-514. <https://insight.cumbria.ac.uk/id/eprint/5906>
- Nye, R. A. (2003). The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 39(2), 115–129.

- Oboyle, C. (2016). Deliberately unassisted birth in Ireland: Understanding choice in Irish maternity services. *British Journal of Midwifery*, 24(3), 181-187. <https://doi.org/10.12968/bjom.2016.24.3.181>
- Odenore. (2010). Le non-recours : définition et typologie. <https://www.aide-sociale.fr/wp-content/uploads/2019/02/typologies-non-recours-41.pdf>
- O'Neill, M., Saillant, F., Pelletier, L., Leclerc, D. et Lepage, L. (1990). La périnatalité au Québec : une série d'études significatives à plusieurs égards. *Service social*, 39(2), 217-234. <https://doi.org/10.7202/706486ar>
- OSFQ. (2021). *Droits, devoirs et obligations concernant l'accouchement non assisté (ANA)*. <https://www.osfq.org/medias/iw/ANA-docSyndique.pdf>
- OSFQ. (2025). *Dossier spécial (juillet 2025) : la prévention, la surveillance et le traitement de l'exercice illégal de la profession sage-femme*. https://www.osfq.org/medias/iw/pratique-illegal-VF-web.pdf?utm_source=Cyberimpact&utm_medium=email&utm_campaign=Infolettre-juillet-2025
- Özen Çınar, İ. et Özkaya Bozkurt, E. (2025). Digital motherhood in the postpartum period: A descriptive study. *Maternal and Child Health Journal*, 29(3), 376-385. <https://doi.org/10.1007/s10995-025-04058-x>
- Pariseau-Legault, P. (2018). De la clinique à la recherche : l'auto-ethnographie comme outil d'analyse des transitions identitaires du chercheur en sciences infirmières. *Recherche en soins infirmiers*, 135(4), 38-47. <https://doi.org/10.3917/rsi.135.0038>
- Pastinelli, M. et Déry, C. (2016). Se retrouver entre soi pour se reconnaître : conceptions du genre et régulation des échanges dans un forum de personnes trans. *Anthropologie et Sociétés*, 40(1), 153-172. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1036375ar>
- Petterson, G. (2016, 29 juillet). Pourquoi j'ai accouché à la maison. *Chatelaine*. <https://fr.chatelaine.com/societe/pourquoi-jai-accouche-a-la-maison/>
- Pintassilgo, S., Santos, M. J. D. S., Trindade, I. et Neves, D. M. (2023). Home birth in Portugal - A comprehensive analysis based on official statistical data. *Social Sciences*, 12(6). <https://doi.org/10.3390/socsci12060314>
- Plested, M. et Kirkham M. (2016). Risk and fear in the lived experience of birth without a midwife. *Midwifery*, 38, 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.02.009>
- RAMQ. (2022). Portrait des femmes enceintes sans couverture santé au Québec. Gouvernement du Québec. <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/sujet-328/>
- Rabinow, P. et Rose, N. (2006). Biopower Today. *Biosocieties*, 1(2), 195-217. <https://doi.org/10.1017/S1745855206040014>
- Rigg, E. C., Schmied, V., Peters, K. et Dahlen, H. G. (2017). Why do women choose an unregulated birth worker to birth at home in Australia: A qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1281-0>

- Rigg, E. C., Schmied, V., Peters, K. et Dahlen, H. G. (2020). A survey of women in Australia who choose the care of unregulated birthworkers for a birth at home. *Women and Birth*, 33(1), 86-96. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.11.007>
- Rivard, A. (2014). *Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne*. Éditions Remue-Ménage.
- Rouch, H. (2011). *Les corps, ces objets encombrants : contribution à la critique féministe des sciences*. Éditions iXe.
- Saldaña, J. (2021). *The coding manual for qualitative researchers* (4e éd.). SAGE.
- Sassine, H., Burns, E., Ormsby, S. et Dahlen, H. G. (2021). Why do women choose homebirth in Australia? A national survey. *Women and Birth*, 34(4), 396-404. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.06.005>
- Schmid, S. (2011). *Alleingeburt im Wohnzimmer* [vidéo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=zFMHB4RqpjI&t=6s>
- Shorey, S., Jarašiūnaitė-Fedosejeva, G., Akik, B. K., Holopainen, A., Isbir, G. G., Chua, J. S., Wayt, C., Downe, S. et Lalor, J. (2023). Trends and motivations for freebirth: A scoping review. *Birth*, 50(1), 16–31. <https://doi.org/10.1111/birt.12702>
- Sperlich, M. et Gabriel, C. (2022). “I got to catch my own baby”: A qualitative study of out of hospital birth. *Reproductive Health*, 19(43). <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01355-4>
- St-Amant, S. (2014). Nous sommes les *freebirthers* : enfanter sans peur et sans reproche. *Recherches féministes*, 27(1), 69–96. <https://doi.org/10.7202/1025462ar>
- Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. Sage.
- Thibault-Delorme, G. (2024, 8 janvier). Le freebirthing, ou l'accouchement sans assistance médicale. *Urbania*. <https://urbania.ca/article/le-freebirthing-ou-laccouchement-sans-assistance-medicale>
- Thoër, C., Millerand, F., Myles, D., Orange, V. et Gignac, O. (2012). Enjeux éthiques de la recherche sur les forums internet portant sur l'utilisation des médicaments à des fins non médicales. *Revue de communication sociale et publique*, 7(7), 1–22. <https://doi.org/10.4000/communiquer.1085>
- Tong, P. et An, I. S. (2024). Review of studies applying Bronfenbrenner's bioecological theory in international and intercultural education research. *Frontiers in psychology*, 14, 1233925. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1233925>
- Valentini, H. (2004). Notre force de changement. L'évolution de la périnatalité au Québec : 1973-2003. *Santé, société et solidarité*, 3(1), 49–55. <https://doi.org/10.3406/oss.2004.1221>
- Vallée-Ouimet, S. (2019). *Une analyse situationnelle du discours des mères ayant choisi une alternative à l'allaitement maternel exclusif : enjeux pour la pratique infirmière* [mémoire de maîtrise, Université du Québec en Outaouais]. Dépôt institutionnel de l'UQO. <https://di.uqo.ca/id/eprint/1121>
- Vandenbroeck. (2024). *Être parent dans notre monde néolibéral*. Érès.

- Velo Higuera, M., Douglas, F. et Kennedy, C. (2024). Exploring women's motivations to freebirth and their experience of maternity care: A systematic qualitative evidence synthesis. *Midwifery*, 134, e104022. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104022>
- Vogel L. (2011). "Do it yourself" births prompt alarm. *Canadian Medical Association Journal*, 183(6), 648–650. <https://doi.org/10.1503/cmaj.109-3820>
- Warin, P. (2016). *Le non-recours aux politiques sociales*. PUG.
- Warin, P. (2019). *Agir contre le non-recours aux droits sociaux : scènes et enjeux politiques*. PUG.
- Wellman, B., Haase, A. Q., Witte, J. et Hampton, K. (2001). Does the internet increase, decrease, or supplement social capital? Social networks, participation, and community commitment. *American Behavioral Scientist*, 45(3), 436-455. <https://doi.org/10.1177%2F00027640121957286>
- Wellman, B. et Leighton, B. (1979). Networks, neighborhoods, and communities: Approaches to the study of the community question. *Urban Affairs Quarterly*, 14(3), 363-390. <https://doi.org/10.1177/107808747901400305>
- Wilson, S. M. et Leighton, C. P. (2002). The anthropology of online communities. *Annual Review of Anthropology*, 31, 449-467.
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6e éd.). SAGE.

Annexe A - *Approbation du CÉR de l'UQO*



Le 19 février 2024

À l'attention de :
Audrey Bujold
Étudiante, Université du Québec en Outaouais

Objet : Approbation éthique de votre projet de recherche

Projet #: 2024-3138

Titre du projet de recherche : Point de vue situé des femmes qui choisissent de vivre des grossesses et des accouchements non assistés au Québec : une étude de cas unique avec unités d'analyse imbriquées

Votre projet de recherche a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains par le CER de l'UQO. Suivant l'examen de la documentation reçue, nous constatons que votre projet de recherche rencontre les normes éthiques établies par l'UQO.

Un certificat d'approbation éthique qui atteste de la conformité de votre projet de recherche à la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains* de l'UQO est par conséquent émis en date du 19 février 2024. Nous désirons vous rappeler que pour assurer la validité de votre certificat d'éthique pendant toute la durée de votre projet, vous avez la responsabilité de produire, chaque année, un rapport de suivi continu à l'aide du formulaire *F9 - Suivi continu*. Le prochain suivi devra être fait au plus tard le :

19 février 2025.

Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre certificat.

Si des modifications sont apportées à votre projet, vous devrez remplir le formulaire *F8 - Modification de projet* et obtenir l'approbation du CER avant de mettre en œuvre ces modifications. Finalement, lorsque votre projet sera terminé, vous devrez remplir le formulaire *F10 - Rapport final*.

Notez qu'en vertu de la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains*, il est de la responsabilité des chercheurs d'assurer que leurs projets de recherche conservent une approbation éthique pour toute la durée des travaux de recherche et d'informer le CER de la fin de ceux-ci.

Nous vous souhaitons bon succès dans la réalisation de votre recherche.



CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

La présente atteste que le projet de recherche décrit ci-dessous a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains et qu'il satisfait aux exigences de notre politique en cette matière.

Projet # : 2024-3138

Titre du projet de recherche : Point de vue situé des femmes qui choisissent de vivre des grossesses et des accouchements non assistés au Québec : une étude de cas unique avec unités d'analyse imbriquées

Chercheuse principale :

Audrey Bujold
Étudiante, Université du Québec en Outaouais

Directrice et codirecteur de recherche :

Christine Gervais; Pierre Pariseau-Legault
Professeur.e.s, Université du Québec en Outaouais

Date d'approbation du projet : 19 février 2024

Date d'entrée en vigueur du certificat : 19 février 2024

Date d'échéance du certificat : 19 février 2025

Caroline Tardif
Attachée d'administration, CÉR
pour André Durivage, Président du CÉR

Signé le 2024-02-19 à 09:37

Annexe B - *Renouvellement de l'approbation du CÉR de l'UQO*



Formulaire de demande de renouvellement de l'approbation éthique

Titre du protocole : **Point de vue situé des femmes qui choisissent de vivre des grossesses et des accouchements non assistés au Québec : une étude de cas unique avec unités d'analyse imbriquées**

Numéro(s) de projet : **2024-3138**

Formulaire : **F9-15502**

Identifiant Nagano : **Étudiants au doctorat - Grossesses et accouchements non assistés**

Date de dépôt initial du formulaire : **2025-01-17**

Chercheur principal (au CER Éval) : **Audrey Bujold**

Date de dépôt final du formulaire : **2025-01-17**

Date d'approbation du projet par le CER : **2024-02-19**

Statut du formulaire : **Formulaire approuvé**

Suivi du BCER

1.

OBJET: RENOUELEMENT DE L'APPROBATION ÉTHIQUE

2.

Statut de la demande:

Demande approuvée

À la suite du dépôt de votre formulaire de renouvellement, le comité d'éthique de la recherche de l'UQO constate le bon déroulement du projet et vous autorise à poursuivre vos activités de recherche pour une période d'un an.

Le renouvellement de votre approbation éthique est valide jusqu'au:

2026-02-19

RENOUVELLEMENT ANNUEL: Pour maintenir la validité de votre approbation éthique, vous devez obtenir le renouvellement de votre approbation éthique à l'aide du formulaire F9, et ce avant la date d'échéance. Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre approbation éthique.

MODIFICATION: Si des modifications sont apportées à votre projet de recherche, vous devez soumettre les modifications au CER, et ce, AVANT la mise en œuvre de ces modifications en complétant le formulaire F8 - Demande de modification au projet de recherche.

FIN DE PROJET: Vous devez remplir le formulaire F10-Rapport final afin d'informer le CER de la fin de votre projet de recherche.

3.

La demande a été traitée par :

Caroline Tardif

date de traitement:

2025-01-28

Section A: Identification

1. **Veillez indiquer le titre complet du projet de recherche.**

Quel est le titre du projet?

Point de vue situé des femmes qui choisissent de vivre des grossesses et des accouchements non assistés au Québec : une étude de cas unique avec unités d'analyse imbriquées

2. **Veillez indiquer le nom du (de la) chercheur(e) responsable du projet à l'UQO. (L'article 3.1 de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains précise qu'un(e) « chercheur(e) » inclut, aux fins des présentes, les professeur(e)s, les étudiant(e)s aux cycles supérieurs ou au premier cycle, ou toute personne impliquée dans les activités de recherche couvertes par la présente Politique.)**

Qui est le (la) chercheur(e) principal(e) de ce projet à l'UQO?

Bujold, Audrey

- 3.

En plus du (de la) chercheur(e) principal(e), y a-t-il d'autres personnes dans votre équipe de recherche?

Non

4. **Veillez sélectionner le type de chercheur(e) qui correspond à la situation du (de la) chercheur(e) principal(e).**

Le (la) chercheur(e) principal(e) est :

Étudiant(e) de 3e cycle

Validation fin de projet

1. **Est-ce que votre projet de recherche est terminé?**

Non

Section B: Directeur(s)

1. **Veillez indiquer le nom de votre directeur(trice) de recherche ou des codirecteur(e)s de votre projet. Si un(e) codirecteur(trice) n'est pas professeur(e) de l'UQO, veuillez seulement indiquer son nom ici en l'ajoutant comme contact. Seuls les professeur(e)s de l'UQO peuvent être ajoutés comme utilisateur(trice)s à un projet.**

Saisir les premières lettres du nom d'abord

Gervais, Christine

Saisir les premières lettres du nom d'abord

Pariseau-Legault, Pierre

Section C: Déroulement des travaux

1. **Veillez préciser le statut actuel de la collecte de données en indiquant votre choix ci-dessous.**

Quel est le statut actuel de la collecte de données?

- ☐ Débutera dans les 12 prochains mois
☐ Débutera dans plus d'une année
☐ Est en cours
☒ Est terminée
☐ Le projet n'implique pas de collecte de données, mais plutôt l'utilisation de bases de données impliquant des sujets humains.

2. **Veillez indiquer si des participant(e)s se sont retirés du projet ou si vous avez dû retirer des participant(e)s du projet? Si oui, indiquez pour quelles raisons.**

Est-ce que des participant(e)s se sont retirés du projet ou avez-vous dû retirer des participant(e)s du projet?

Non

3. **Veillez indiquer si des participant(e)s ont subi des effets indésirables ou des inconvénients? Si oui, veuillez les décrire et nous indiquer comment il vous a été possible d'y remédier.**

Est-ce que des participant(e)s ont subi des effets indésirables ou des inconvénients?

Non

4. **Veillez indiquer si vous avez rencontré des situations où la confidentialité a été compromise? Si oui, dans quelles circonstances et qu'avez-vous pu y faire?**

Avez-vous rencontré des situations où la confidentialité a été compromise?

Non

5. **Veillez indiquer si vous avez rencontré d'autres difficultés. Si oui, précisez lesquelles.**

Avez-vous rencontré d'autres difficultés?

Non

Section D: Financement

1. **Veuillez indiquer la ou les sources de financement du projet**

- ☐ Aucun financement
- ☐ FRQNT
- ☐ FRQSC
- ☒ FRQS
- ☐ MITACS
- ☐ CRSH
- ☐ CRSNG
- ☐ IRSC
- ☐ Chaire institutionnelle
- ☐ Démarrage de projet
- ☐ Dépannage
- ☐ Contribution institutionnelle (regroupement)
- ☐ Équipes
- ☐ Fonds de recherche (cours en appoint)
- ☐ Fonds de recherche (DFCP)
- ☐ Centre de recherche
- ☐ Autre ministère ou organisme fédéral
- ☐ Autre ministère ou organisme provincial
- ☐ Autre

2. **Veuillez fournir l'unité budgétaire (si disponible).**

Section E: Modifications au projet

1. **Est-ce que votre projet de recherche s'est déroulé comme prévu lors de l'approbation éthique initiale ou en fonction des modifications préalablement apportées et approuvé par le CER?**

Oui

2. **Veuillez indiquer si vous envisagez apporter des modifications à votre projet de recherche.**

Avez-vous l'intention d'apporter des modifications à votre projet de recherche?

Non

Section F: Projet sous la responsabilité d'un autre CÉR

1. **Si votre projet de recherche a fait l'objet d'une évaluation par un autre comité d'éthique que celui de l'UQO. Veuillez déposer le document qui démontre que le certificat d'éthique a été renouvelé par l'autre établissement (ex. autres universités, CISSS, etc).**

Section H: signature du directeur/ codirecteur[s]

1. **Seuls le (la) directeur(trice) ou les codirecteurs(trices) peuvent signer à cet endroit. LE FORMULAIRE NE DOIT PAS ÊTRE DÉPOSÉ TANT QUE LE (LA) DIRECTEUR(TRICE) DE RECHERCHE N'A PAS SIGNÉ. N'oubliez pas de déposer le formulaire une fois complété.**

IMPORTANT : Avant de signer et déposer ce formulaire, veuillez vous assurer de bien lire les réponses de l'étudiant(e), car vous partagez la responsabilité du projet avec l'étudiant(e).

AVIS AUX ÉTUDIANT(E)S : LE FORMULAIRE NE DOIT PAS ÊTRE DÉPOSÉ TANT QUE LE (LA) DIRECTEUR(TRICE) OU CODIRECTEUR(TRICE) DE RECHERCHE N'A PAS SIGNÉ LE FORMULAIRE. Seul le (la) directeur(trice) ou codirecteur(trice) peut remplir cette section. Si vous signez à la place de votre directeur(trice) OU QUE VOUS DÉPOSÉ LE FORMULAIRE SANS LA SIGNATURE DU (DE LA) DIRECTEUR(TRICE) OU CODIRECTEUR(TRICE) DE RECHERCHE, vous ne ferez que retarder le traitement de votre dossier.

Signature électronique du (de la) directeur(trice) ou du (de la) codirecteur(trice) :

Professeur(e) :
Christine Gervais
2025-01-17 16:54

Annexe C - *Affiche de recrutement pour les questionnaires*

APPEL À PARTICIPATION – PREMIÈRE PHASE

Point de vue des femmes qui choisissent de vivre des **Grossesses**
et des **Accouchements Non Assistés** au Québec (**GANa**)

*SVP, NE PAS IDENTIFIER D'AUTRES PERSONNES CONCERNÉES SOUS LA PUBLICATION

Vous avez envie de contribuer à l'évolution des normes sociales, culturelles et scientifiques en lien avec les GANA ? Vos expériences nous intéressent!

Nous sommes présentement à la recherche de femmes âgées de 18 ans et plus qui ont vécu, **par choix**, une **grossesse sans suivi professionnel** en partie ou totalement [ET/OU] un **accouchement sans assistance professionnelle** au **Québec***. Les participantes doivent être en mesure de comprendre et de lire le **français**.

Plus précisément, le but du projet est de collectiviser les expériences périnatales des femmes qui n'ont pas recours, en partie ou totalement, aux soins et services périnataux. **Votre participation implique la complétion d'un questionnaire sociodémographique et de santé d'une durée d'environ 10 minutes. Ci-dessous se trouve un code QR vers le questionnaire :**



Ce projet est mené par Audrey Bujold, candidate au doctorat en sciences de la famille de l'Université du Québec en Outaouais (UQO). Il est supervisé par Christine Gervais et Pierre Pariseau-Legault, professeur-es au Département des sciences infirmières de l'UQO, et a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'UQO. Pour en savoir plus, veuillez contacter Audrey Bujold par courriel (audrey.bujold@uqo.ca) ou par téléphone [REDACTED].

* Par assistance professionnelle, nous faisons référence aux soins et services offerts par les gynécologues, omnipraticiens, sages-femmes et infirmières qui travaillent en milieu périnatal. L'accompagnement offert par les doulas ne constitue pas de l'assistance professionnelle dans le cadre de cette étude.

Annexe D - *Affiche de recrutement pour les entretiens*



APPEL À PARTICIPATION – DEUXIÈME PHASE

Point de vue des femmes qui choisissent de vivre des **G**rossesses et des **A**ccouchements **N**on **A**ssistés au Québec (**GAN**A)

*SVP, NE PAS IDENTIFIER D'AUTRES PERSONNES CONCERNÉES SOUS LA PUBLICATION

Vous avez envie de contribuer à l'évolution des normes sociales, culturelles et scientifiques en lien avec les GANA ? Vos expériences nous intéressent!

Nous sommes présentement à la recherche de femmes âgées de 18 ans et plus qui ont vécu, **par choix**, une **grossesse sans suivi professionnel** en partie ou totalement [ET/OU] un **accouchement sans assistance professionnelle** au **Québec***. Les participantes doivent être en mesure de comprendre et de lire le **français**.

Plus précisément, le but du projet est de collectiviser les expériences périnatales des femmes qui n'ont pas recours, en partie ou totalement, aux soins et services périnataux. **Votre participation implique la réalisation d'un court questionnaire sociodémographique (5 minutes) et d'un entretien individuel (enregistré sur support audio) sur la plateforme Zoom d'une durée approximative de 60 minutes. Le moment de la participation sera identifié à votre convenance.**

Ce projet est mené par Audrey Bujold, candidate au doctorat en sciences de la famille de l'Université du Québec en Outaouais (UQO). Il est supervisé par Christine Gervais et Pierre Pariseau-Legault, professeur-es au Département des sciences infirmières de l'UQO, et a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'UQO.

Pour en savoir plus ou si vous désirez participer à cette recherche, veuillez contacter Audrey Bujold par courriel (audrey.bujold@uqo.ca) ou par téléphone [REDACTED].

* Par assistance professionnelle, nous faisons référence aux soins et services offerts par les gynécologues, omnipraticiens, sages-femmes et infirmières qui travaillent en milieu périnatal. L'accompagnement offert par les doulas ne constitue pas de l'assistance professionnelle dans le cadre de cette étude.

Annexe E - *Questionnaire sociodémographique et de santé*

A) Formulaire de consentement



Case postale 1250, succursale HULL, Gatineau (Québec) J8X 3X7
www.uqo.ca/ethique
Comité d'éthique de la recherche

Formulaire de consentement

Point de vue situé des femmes qui choisissent de vivre des grossesses et des accouchements non assistés au Québec : une étude de cas unique avec unités d'analyse imbriquées

Équipe de recherche :

Audrey Bujold, inf., M. Sc., PhD(c)
Candidate au doctorat en sciences de la famille, Département des sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais

Christine Gervais, inf., Ph. D.
Professeure et directrice de la thèse, Département des sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais

Pierre Pariseau-Legault, inf., Ph. D.
Professeur et codirecteur de thèse, Département des sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais

Nous sollicitons par la présente votre participation au projet de recherche en titre, qui vise à collectiviser les expériences périnatales des femmes qui n'ont pas recours, en partie ou totalement, aux soins et services périnataux. Ce projet est subventionné par le Fonds de recherche en santé du Québec (FRQS). Les objectifs de ce projet de recherche sont :

1. détailler le portrait sociodémographique et de santé (grossesse-accouchement) des femmes concernées par cette réalité;
2. analyser la trajectoire décisionnelle et les motivations sous-jacentes aux GANA;
3. décrire les tensions vécues par les femmes concernées dans leur négociation du non-recours partiel ou complet aux soins et services périnataux;
4. contextualiser les principaux usages des femmes sur les réseaux socionumériques qui sont favorables aux GANA, et leurs répercussions sur le vécu des femmes concernées.

Vous êtes invitée à participer à un projet de recherche qui consiste à compléter un questionnaire sociodémographique et de santé en ligne d'une durée approximative de dix minutes. Le remplissage du questionnaire se fera en ligne.

La confidentialité des données recueillies dans le cadre de ce projet de recherche sera assurée conformément aux lois et règlements applicables dans la province de Québec et aux règlements et politiques de l'Université du Québec en Outaouais. Notamment à des fins de contrôle, et de vérification, vos données de recherche pourraient être consultées par le personnel autorisé de l'UQO, conformément au Règlement relatif à l'utilisation des ressources informatiques et des télécommunications. Tant les données recueillies que les résultats de la recherche ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Aucun renseignement collecté ne permettra d'identifier les participantes que ce soit par une combinaison d'identificateurs indirects (p. ex. date de naissance,

lieu de résidence, adresse courriel, numéro de téléphone) ou directs (p. ex. nom, numéro d'assurance sociale, numéro d'assurance maladie, photographie du visage). Également, dans les publications ultérieures incluant la thèse, les données sociodémographiques et de santé collectées seront uniquement présentées sous la forme de statistiques générales de la population.

Les données recueillies ne seront utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent formulaire de consentement.

Les résultats seront diffusés par le biais d'une thèse, d'articles de journaux scientifiques ou professionnels, ainsi que lors de conférences. Les données seront conservées sous clé dans le bureau du chercheur principal, ainsi que sur un ordinateur protégé par mot de passe. Les seules personnes qui y auront accès sont la chercheuse principale et ses superviseur-ses. Les données seront détruites au plus tard cinq ans après la fin du projet de recherche; les données en format papier seront déchiquetées de façon transversale, alors que les données numériques seront détruites via l'utilisation d'un logiciel d'effacement sécuritaire des données.

Votre participation à ce projet de recherche se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et de vous retirer en tout temps sans préjudice. Les risques associés à votre participation sont minimaux puisque la probabilité et l'ampleur des préjudices éventuels découlant de la participation à la recherche ne sont pas plus grandes que celles des préjudices inhérents aux aspects de votre vie quotidienne. La contribution à l'avancement des connaissances au sujet des GANA sont les bénéfices directs anticipés. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée pour la participation à ce projet.

Puisque les informations collectées seront anonymes, il ne sera pas possible demander la destruction partielle ou complète des données fournies, à la suite de la transmission du questionnaire. Il sera également impossible de demander d'avoir accès à vos données.

Ce projet de recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique. Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, communiquez avec Audrey Bujold par téléphone ([REDACTED]) ou par courriel (audrey.bujold@uqo.ca). Si vous avez des questions concernant les aspects éthiques de ce projet, veuillez communiquer avec monsieur André Durivage, président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais, par téléphone (1-819-595-3900, poste 3970) ou par courriel (Andre.durivage@uqo.ca).

Le fait de cliquer sur le bouton « envoyer » à la fin du questionnaire atteste que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation au projet de recherche et indique que vous acceptez d'y participer. Elle ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer les chercheur-ses ou les responsables de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps du projet de recherche sans préjudice. Votre participation devant être aussi éclairée que votre décision initiale de participer au projet, vous devez en connaître tous les tenants et aboutissants au cours du déroulement du projet de recherche. En conséquence, vous ne devrez jamais hésiter à demander des éclaircissements ou de nouveaux renseignements au cours du projet.

Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche, je consens à participer en poursuivant et en complétant mon questionnaire.

B) Données relatives aux critères d'inclusion*

1. Êtes-vous âgée de 18 ans et plus ?

- Oui; Non

2. Avez-vous déjà vécu une grossesse sans suivi au Québec ?

- Oui; Non; En partie

3. Avez-vous déjà vécu un accouchement non-assisté au Québec ?

- Oui; Non; En partie

** Si la participante répond « non » à la question #1 ou « non » aux questions #2 et #3, elle ne sera pas invitée à poursuivre le questionnaire.*

C) Données sociodémographiques

4. Quel âge aviez-vous au moment de votre dernière grossesse sans suivi et/ou accouchement non-assisté ?

- Âge exact; Préfère ne pas répondre

5. Quelle région administrative du Québec habitiez-vous au moment de votre dernière grossesse sans suivi et/ou accouchement non-assisté ?

- Abitibi-Témiscamingue; Bas-Saint-Laurent; Capitale-Nationale; Centre-du-Québec; Chaudière-Appalaches; Côte-Nord; Estrie; Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine; Lanaudière; Laurentides; Laval; Mauricie; Montérégie; Montréal; Nord-du-Québec; Outaouais; Saguenay-Lac-Saint-Jean; Préfère ne pas répondre

6. Habitez-vous une... ?

- Municipalité de moins de 10 000 habitants; Municipalité entre 10 000 et 40 000 habitants; Municipalité entre 40 000 et 100 000 habitants; Municipalité de plus de 100 000 habitants; Ne sait pas/ne se souvient pas; Préfère ne pas répondre

7. Comment définiriez-vous votre orientation sexuelle ?

- hétérosexuel·le; lesbien·ne; gai·e; bisexuel·le; pansexuel·le; queer; polysexuel·le; questionnement; asexué·e; autosexuel·le; autre; préfère ne pas répondre

8. Laquelle des options suivantes décrit le mieux votre identité de genre au moment de votre dernière grossesse sans suivi et/ou accouchement non assisté ?

- Femme; Homme; Non-binaire; Genre fluide; Agenre; Identité autochtone ou culturellement spécifique (p. ex. bispirituel·le ou personne-aux-deux-esprits); Je préfère utiliser un autre terme; préfère ne pas répondre

9. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété ou diplôme que vous avez obtenu ?

- Aucun diplôme (niveau primaire); diplôme d'études secondaires; diplôme ou certificat d'études d'une école de métier ou de formation professionnelle (p.ex. DEP); diplôme préuniversitaire ou technique d'un CÉGEP (p. ex. DEC); diplôme universitaire de 1^{er} cycle; diplôme universitaire de 2^e ou de 3^e cycle; ne sait pas/ne se souvient pas; préfère ne pas répondre

10. Êtes-vous née... ?

- au Canada; à l'extérieur du Canada; ne sait pas/ ne se souvient pas; préfère ne pas répondre

11. Un de vos deux parents (père ou mère) est-il né à l'extérieur du Canada ?

- oui; non; ne sait pas/ ne se souvient pas; préfère ne pas répondre

12. Quelle langue parlez-vous le plus souvent à la maison ?

- français; anglais; autre; préfère ne pas répondre

13. Quel énoncé décrit le mieux votre occupation principale lorsque vous n'êtes pas enceinte ou en congé parental?

- travaille à temps plein; travaille à temps partiel; étudiant·e; à la maison; en congé temporaire du travail (p. ex. congé maladie); prestataire d'assurance-emploi (chômage); prestataire d'aide sociale (ou prestataire de solidarité sociale); autre; ne sait pas/ne se souvient pas; préfère ne pas répondre

14. Dans quel domaine professionnel s'inscrit votre occupation principale ?

- Membres des corps législatifs et cadres supérieurs; Affaires, finance et administration; Sciences naturelles et appliquées et domaines apparentés; Secteur de la santé; Enseignement, droit et services sociaux, communautaires et gouvernementaux; Arts, culture, sports et loisirs; Vente et services; Métiers, transport, machinerie et domaines apparentés; Ressources naturelles, agriculture et production connexe; Fabrication et services d'utilité publique; Ne s'applique pas; Préfère ne pas répondre

15. Est-ce que votre revenu familial avant impôts se situe... ?

- à moins de 15 000\$; de 15 à 25 000 \$; de 25 à 35 000 \$; de 35 à 45 000 \$; de 45 à 55 000 \$; de 55 à 65 000 \$; de 65 à 75 000 \$; de 75 à 100 000 \$; de 100 à 150 000 \$; 150 000 et plus; ne sait pas/ne se souvient pas; préfère ne pas répondre

16. Si vous pensez à votre situation économique par rapport aux gens de votre âge, diriez-vous que...

- vous vous considérez à l'aise financièrement; vos revenus sont suffisants; vous vous considérez pauvre; vous vous considérez très pauvre; ne sait pas/ne se souvient pas; préfère ne pas répondre

D) Données contextuelles et de santé

17. Au total, combien d'accouchements avez-vous vécu ?

- Nombre exact d'accouchements; préfère ne pas répondre

18. Au total, combien de grossesses sans suivi avez-vous vécu ?

- Nombre exact de grossesses sans suivi; préfère ne pas répondre

19. Au total, combien d'accouchements non-assistés avez-vous vécu ?

- Nombre exact d'accouchements non-assistés; préfère ne pas répondre

20. Étiez-vous primipare* lors de votre première grossesse sans suivi et/ou accouchement non-assisté ?

- Oui; Non; préfère ne pas répondre

* Qui accouche pour la première fois

21. Avez-vous déjà obtenu un suivi sage-femme ?

- Oui; Non; En partie; préfère ne pas répondre

22. Avez-vous déjà demandé un suivi sage-femme, mais non obtenu faute de disponibilité ?

- Oui; Non; préfère ne pas répondre

23. Avez-vous déjà été exclue des services sages-femmes en raison de la présence de facteurs de risque liés à la grossesse et/ou à l'accouchement ?

- Oui; Non; préfère ne pas répondre

24. Avez-vous déjà été accompagnée par une doula ?

- Oui; Partiellement; Non; Préfère ne pas répondre

25. Lors de votre dernière grossesse sans suivi et/ou accouchement non-assisté, avez-vous été accompagnée par une doula ?

- Oui; Partiellement; Non; Préfère ne pas répondre

26. À votre connaissance, lors de votre dernière grossesse sans suivi et/ou accouchement non-assisté, présentiez-vous des facteurs de risque liés à la grossesse ? (exemples : fausses couches répétées, problèmes au niveau du col de l'utérus, pathologie pouvant influencer le cours de la grossesse, ITSS, problèmes de santé mentale, IMC élevé, prise de drogues ou alcool, polyhydramnios ou oligohydramnios, toute anomalie fœtale diagnostiquée, présentation autre que céphalique après 37 semaines, grossesse à 42 semaines, grossesse multiple, décollement prématuré d'un placenta normalement inséré, placenta prævia, retard de croissance intra-utérine, hyperglycémie gestationnelle non-contrôlée, pré-éclampsie ou éclampsie, ETC.)

Oui; Non; Ne sait pas; Préfère ne pas répondre

27. À votre connaissance, lors de votre dernière grossesse sans suivi et/ou accouchement non-assisté, présentiez-vous des facteurs de risque liés à l'accouchement ? (exemples : rupture prolongée ou prématurée des membranes, arrêt de progression, rétention placentaire, l'accouchement a eu lieu entre 34 et 36 6/7 semaines, travail débute après 42 semaines, liquide amniotique méconial épais ou particulière, pertes sanguines inhabituelles au cours du travail, toute présentation autre que céphalique, herpès génital actif, hypertension ou

autres signes ou symptômes de pré-éclampsie ou éclampsie, procidence du cordon; arrêt de la descente du fœtus à l'expulsion, ETC.)

Oui; Non; Ne sait pas; Préfère ne pas répondre

28. Lors de votre dernière grossesse sans suivi et/ou accouchement non-assisté, avez-vous obtenu un suivi de grossesse offert par un·e médecin ou une sage-femme ?

- Oui; Partiellement; Non; Préfère ne pas répondre

29. Le cas échéant, à quel moment avez-vous mis fin au suivi de grossesse offert par un·e médecin ou une sage-femme ?

- Aucun suivi de grossesse; Durant le 1^{er} trimestre de grossesse; Durant le 2^e trimestre de grossesse; Durant le 3^e trimestre de grossesse; Ne s'applique pas; Préfère ne pas répondre

30. Lors de votre dernière grossesse sans suivi et/ou accouchement non-assisté, quel(s) test(s) avez-vous effectué?

- Échographie (1^{er} trimestre); Échographie (2^e trimestre); Échographie (3^e trimestre); Prise de sang (1^{er} trimestre); Prise de sang (2^e trimestre); Prise de sang (3^e trimestre); Dépistage prénatal de la trisomie 21, de la trisomie 18 et de la trisomie 13; Dépistage du diabète gestationnel; Dépistage du streptocoque B; Dépistage des ITSS

31. Lors de votre dernier accouchement non-assisté, à quel endroit avez-vous accouché ?

- À votre domicile; au domicile d'un amis; au domicile d'un membre de la famille; dans un centre de villégiature; en nature; autre; préfère ne pas répondre; ne s'applique pas

32. Lors de votre dernier accouchement non-assisté, quelle(s) personne(s) étai(en)t présente(s) ?

- Aucune; Partenaire; doula(s); enfant(s); sœur(s); frère(s); mère; père; belle-mère; beau-père; belle(s)-sœur(s); beau(x)-frère(s); ami(es); voisin(es); autres; préfère ne pas répondre; ne s'applique pas

33. Lors de votre dernier accouchement non-assisté, à combien de semaines d'aménorrhée (SA) avez-vous accouché?

- Nombre exact de semaines d'aménorrhée; Ne s'applique pas; Préfère ne pas répondre; Ne s'applique pas

34. Lors de votre dernier accouchement non-assisté, combien d'heures a duré votre enfantement ?

- Nombre exact d'heures; Ne s'applique pas; Préfère ne pas répondre

35. Lors de votre dernier accouchement non-assisté, avez-vous eu des craintes pour votre santé ?

- Oui; Non; Préfère ne pas répondre; Ne s'applique pas

36. Lors de votre dernier accouchement non-assisté, avez-vous eu des craintes pour la santé de votre bébé ?

- Oui; Non; Préfère ne pas répondre; Ne s'applique pas

37. À votre avis, lors de votre dernier accouchement non-assisté, avez-vous subi des complications liées à l'accouchement (p. ex. déchirure importante, hémorragie, autres complications médicales) ?

- Oui; Non; Préfère ne pas répondre; Ne s'applique pas

38. Lors de votre dernier accouchement non-assisté, avez-vous sollicité les services d'urgence, un·e médecin ou une sage-femme après la naissance ?

- Oui, les services d'urgence ont été appelés; Oui, j'ai consulté un·e médecin ou une sage-femme dans l'heure qui a suivi la naissance; Oui, j'ai consulté un·e médecin ou une sage-femme dans les premiers 24 heures ayant suivi la naissance; Oui, j'ai consulté un·e médecin ou une sage-femme dans les 48 heures ayant suivi la naissance; Oui, j'ai consulté un·e médecin ou une sage-femme dans les 72 heures ayant suivi la naissance; Oui, j'ai consulté un·e médecin ou une sage-femme dans la semaine ayant suivi la naissance; Non; Ne s'applique pas; Préfère ne pas répondre

39. Avez-vous déjà vécu le décès in utero de votre bébé lors d'une grossesse sans suivi ?

- Oui; Non; Préfère ne pas répondre; Ne s'applique pas

40. Avez-vous déjà vécu le décès de votre bébé lors d'un accouchement non-assisté ?

- Oui; Non; Préfère ne pas répondre; Ne s'applique pas

41. Lors de vos expériences de grossesses sans suivi et/ou d'accouchements non-assistés, avez-vous déjà vécu des menaces ou la mise en place de mesures coercitives par des instances gouvernementales ?

- Signalement DPJ; Refus de congé d'hôpital; Menace de mesures coercitives; Autre mesure coercitive; Non; Préfère ne pas répondre; Ne s'applique pas

42. Lors de vos expériences périnatales, avez-vous déjà vécu des soins obstétricaux irrespectueux ou des violences obstétricales (p. ex. gestes, des paroles ou des attitudes dénigrantes et/ou méprisantes) ?

- Oui; Non; Préfère ne pas répondre

Merci beaucoup pour votre participation à ce projet de recherche. Nous vous invitons à demeurer à l'affût de la prochaine phase de recrutement qui aura lieu autour du [MOIS] [ANNÉE]. Durant cette phase, vous serez appelée à participer à un entretien individuel. Si vous désirez déjà partager vos coordonnées pour y participer, vous pouvez contacter Audrey Bujold par courriel (audrey.bujold@uqo.ca) ou par téléphone ([REDACTED]).

Annexe F - *Schéma d'entretien semi-dirigé*

Préambule

- Validation du consentement libre, éclairé et continu de participation à la recherche
- Rappel du but et des objectifs spécifiques de la recherche

Mise en contexte

1. Question principale : Décrivez-moi vos expériences de grossesses sans suivi et/ou d'accouchements non-assistés (GANA) ? En quelles années ont-elles eu lieu ?

Sous-questions de relance : Décrivez-moi les principaux points marquants liés à ces expériences de GANA ? Quelles personnes étaient présentes lors de votre accouchement non-assisté (p. ex. doula, enfants) ? À votre connaissance, présentiez-vous des facteurs de risque liés à la grossesse ou à l'accouchement ? Avez-vous une expérience professionnelle ou pertinente avec les GANA (p. ex. sage-femme, doula, aide-natale) ? Pourriez-vous me décrire cette expérience le cas échéant ? Avant de poursuivre, d'autres éléments semblent-ils importants à aborder afin de bien comprendre votre vécu ? Si oui, expliquez-moi ces éléments ?

Objectif 1 : analyser la trajectoire décisionnelle et les motivations sous-jacentes aux GANA

2. Question principale : À quel moment avez-vous choisi de réaliser une grossesse sans suivi et/ou un accouchement non-assisté ?

Sous-questions de relance : Quels ont été les points tournants liés à cette décision ?

3. Question principale : Racontez-moi vos expériences antérieures en matière de grossesses et d'accouchements (p. ex. expérience personnelle, expérience professionnelle, expérience associée à la famille, expérience associée aux proches ou aux amis, messages diffusés dans les médias) ?

Sous-questions de relance : Dans quelle mesure certains éléments liés à vos expériences antérieures en matière de grossesses et d'accouchements ont-ils influencé votre décision à l'égard des GANA ? Si oui, lesquels ?

4. Question principale : Quelles étaient vos motivations à choisir une grossesse sans suivi et/ou un accouchement non-assisté ?

Sous-questions de relance : Pourquoi avez-vous choisi de vivre une grossesse sans suivi et/ou un accouchement non assisté ? Pourriez-vous m'expliquer ce que signifie pour vous une grossesse

sans suivi et/ou un accouchement non assisté ? À votre avis, quelles valeurs se situaient au centre de votre décision ?

5. *Question principale* : Expliquez-moi le processus décisionnel lié à votre choix d'une grossesse sans suivi et/ou d'un accouchement non assisté ?

Sous-questions de relance : Quelles ont été vos principales sources d'information ? Quels ont été les moments charnières de ce processus ? Quels ont été les éléments déclencheurs ou facilitateurs ? Quels ont été les moments de doute, d'incertitude ou de remise en question ? Comment avez-vous exploré l'enjeu de la légalité des GANA au Québec, et en quoi la légalité de cette pratique a façonné votre processus décisionnel ?

6. *Question principale* : Pourriez-vous m'expliquer en quoi cette décision s'insère (ou non) dans un mode de vie alternatif ou marginal plus large que le fait d'avoir choisi de vivre une GANA ?

Sous-questions de relance : Pourriez-vous me décrire ce mode de vie ? Comment celui-ci s'inscrit en marge ou en rupture des normes actuelles (p. ex. faible revenu, ruralité, mode de vie écolo, autres pratiques familiales alternatives comme le cododo, l'allaitement non-écourté, l'école à la maison ou l'antivaccination) ?

Objectif 2 : décrire les tensions vécues par les femmes concernées dans leur négociation du non-recours partiel ou complet aux soins et services périnataux

7. *Question principale* : Lors de votre grossesse sans suivi et/ou votre accouchement non-assisté, quels sont les services (professionnels ou non) dédiés à la grossesse ou à l'accouchement que vous avez sollicités ?

Sous-questions de relance : Décrivez-moi plus amplement les services utilisés ainsi que les raisons pour lesquelles vous les avez sollicités ? Décrivez-moi la durée et les modalités entourant ces services ?

8. *Question principale* : Lors de votre grossesse sans suivi et/ou accouchement non assisté, décrivez-moi vos contacts (ou vos relations) avec les professionnel·les de la santé ?

Sous-questions de relance : Comment avez-vous dévoilé votre décision de GANA, le cas échéant ? Quelles ont été les réactions ? Comment avez-vous caché cette décision ? Racontez-moi des exemples de rapports que vous entreteniez avec les professionnel·les de la santé ? Décrivez-moi

vos perceptions et vos attitudes à l'égard du rôle des professionnel·les de la santé en contexte périnatal (p. ex. médecin, sage-femme, gynécologue, infirmière, ambulancier) ?

9. Question principale : Décrivez-moi la participation (de votre partenaire; de votre famille; de votre doula; de vos amis) à ce processus décisionnel ?

Sous-questions de relance : Comment ces personnes privilégiées dans vos vies ont réagi à votre décision ? Quelles étaient vos craintes ou vos appréhensions à l'égard de votre grossesse sans suivi et/ou accouchement non assisté ? Quelles étaient les craintes (de votre partenaire; de votre famille; de vos amis) à l'égard de votre décision ? Comment avez-vous composé avec ces tensions intérieures et extérieures ?

10. Question principale : Décrivez-moi de manière plus spécifique votre rapport aux services des sages-femmes au Québec.

Sous-questions de relance : Comment ces services (ou l'absence de ces services) ont influencé votre décision de ne pas avoir recours au dispositif périnatal ? Quels sont vos enjeux personnels en lien avec l'offre de service, la disponibilité, la vision et les limites de la pratique des sages-femmes au Québec ?

10. Question principale : Décrivez-moi votre rapport à la grossesse et à l'accouchement avant votre GANA ? Décrivez-moi ce que signifie maintenant pour vous la grossesse et l'accouchement, à la suite de votre GANA ?

Sous-questions de relance : Qu'est-ce qui est différent désormais ? En quoi votre expérience de GANA est-elle conforme ou différente de vos attentes initiales ? Quels constats tirez-vous de cette expérience de GANA ?

Objectif 3 : contextualiser les principaux usages des femmes sur les réseaux sociaux numériques qui sont favorables aux GANA, et leurs répercussions sur le vécu des femmes concernées

11. Question principale : Dans quelle mesure avez-vous consulté les informations accessibles sur les réseaux sociaux (p. ex. facebook, twitter, youtube, instagram, tiktok) ?

Sous-questions de relance : Quels ont été les réseaux sociaux qui partagent du contenu lié aux GANA que vous avez fréquentés? Expliquez-moi votre participation à ces réseaux sociaux ?

Pourquoi fréquentez-vous ces espaces ? Quels bénéfices avez-vous tirés de cette participation ? Quels sont les avantages et inconvénients ? Qu'en est-il des risques associés à ces espaces ?

12. Question principale : Décrivez-moi les principaux thèmes des échanges sur les réseaux qui sont favorables aux GANA ?

Sous-questions de relance : Expliquez-moi les principales actions de contribution sur les réseaux sociaux que vous fréquentez (p. ex. témoignage, récit d'expérience, demande d'information, mise en garde, incitation aux GANA et autres) ? À votre avis, quelle était la nature des savoirs mobilisés sur les réseaux sociaux que vous fréquentez (p. ex. expérientiels, scientifiques, mammaliens, intuitifs, émotionnels et autres) ?

Conclusion

- En définitive, qu'aimeriez-vous dire aux femmes qui, comme vous, envisagent une grossesse sans suivi et/ou un accouchement non-assisté ? Qu'aimeriez-vous dire aux professionnel·les de la santé à l'égard des GANA ? D'autres éléments dont nous n'avons pas discuté semblent-ils importants à aborder ? Si oui, expliquez-moi ces éléments ?

Remerciements et participation à la visite commentée

- Si la participante rencontrée répond aux critères d'inclusion de la visite commentée, la solliciter pour une participation à cette méthode de collecte des données

- Remerciements pour la participation au projet de recherche

Annexe G - *Court formulaire sociodémographique et de santé pour les entretiens*

1. Quel âge aviez-vous au moment de votre dernière grossesse sans suivi et/ou accouchement non-assisté ?

- Âge exact; Préfère ne pas répondre

2. Quelle région administrative du Québec habitiez-vous au moment de votre dernière grossesse sans suivi et/ou accouchement non-assisté ?

- Abitibi-Témiscamingue; Bas-Saint-Laurent; Capitale-Nationale; Centre-du-Québec; Chaudière-Appalaches; Côte-Nord; Estrie; Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine; Lanaudière; Laurentides; Laval; Mauricie; Montérégie; Montréal; Nord-du-Québec; Outaouais; Saguenay-Lac-Saint-Jean; Préfère ne pas répondre

3. Habitez-vous une... ?

- Municipalité de moins de 10 000 habitants; Municipalité entre 10 000 et 40 000 habitants; Municipalité entre 40 000 et 100 000 habitants; Municipalité de plus de 100 000 habitants; Ne sait pas/ne se souvient pas; Préfère ne pas répondre

4. Comment définiriez-vous votre orientation sexuelle ?

- hétérosexuel·le; lesbien·ne; gai·e; bisexuel·le; pansexuel·le; queer; polysexuel·le; questionnement; asexué·e; autosexuel·le; autre; préfère ne pas répondre

5. Laquelle des options suivantes décrit le mieux votre identité de genre au moment de votre dernière grossesse sans suivi et/ou accouchement non assisté ?

- Femme; Homme; Non-binaire; Genre fluide; Agenre; Identité autochtone ou culturellement spécifique (p. ex. bispirituel·le ou personne-aux-deux-esprits); Je préfère utiliser un autre terme; préfère ne pas répondre

6. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété ou diplôme que vous avez obtenu ?

- Aucun diplôme (niveau primaire); diplôme d'études secondaires; diplôme ou certificat d'études d'une école de métier ou de formation professionnelle (p.ex. DEP); diplôme préuniversitaire ou technique d'un CÉGEP (p. ex. DEC); diplôme universitaire de 1^{er} cycle; diplôme universitaire de 2^e ou de 3^e cycle; ne sait pas/ne se souvient pas; préfère ne pas répondre

7. Êtes-vous née... ?

- au Canada; à l'extérieur du Canada; ne sait pas/ ne se souvient pas; préfère ne pas répondre

8. Un de vos deux parents (père ou mère) est-il né à l'extérieur du Canada ?

- oui; non; ne sait pas/ ne se souvient pas; préfère ne pas répondre

9. Quelle langue parlez-vous le plus souvent à la maison ?

- français; anglais; autre; préfère ne pas répondre

10. Quel énoncé décrit le mieux votre occupation principale lorsque vous n'êtes pas enceinte ou en congé parental?

- travaille à temps plein; travaille à temps partiel; étudiant·e; à la maison; en congé temporaire du travail (p. ex. congé maladie); prestataire d'assurance-emploi (chômage); prestataire d'aide sociale (ou prestataire de solidarité sociale); autre; ne sait pas/ne se souvient pas; préfère ne pas répondre

11. Dans quel domaine professionnel s'inscrit votre occupation principale ?

- Membres des corps législatifs et cadres supérieur·es; Affaires, finance et administration; Sciences naturelles et appliquées et domaines apparentés; Secteur de la santé; Enseignement, droit et services sociaux, communautaires et gouvernementaux; Arts, culture, sports et loisirs; Vente et services; Métiers, transport, machinerie et domaines apparentés; Ressources naturelles, agriculture et production connexe; Fabrication et services d'utilité publique; Ne s'applique pas; Préfère ne pas répondre

12. Est-ce que votre revenu familial avant impôts se situe... ?

- à moins de 15 000\$; de 15 à 25 000 \$; de 25 à 35 000 \$; de 35 à 45 000 \$; de 45 à 55 000 \$; de 55 à 65 000 \$; de 65 à 75 000 \$; de 75 à 100 000 \$; de 100 à 150 000 \$; 150 000 et plus; ne sait pas/ne se souvient pas; préfère ne pas répondre

13. Si vous pensez à votre situation économique par rapport aux gens de votre âge, diriez-vous

que...

- vous vous considérez à l'aise financièrement; vos revenus sont suffisants; vous vous considérez pauvre; vous vous considérez très pauvre; ne sait pas/ne se souvient pas; préfère ne pas répondre

Annexe H - *Courriel préparatoire à la visite commentée*

Objet : PRÉPARATION À LA PARTICIPATION - Projet de recherche - Point de vue des femmes qui choisissent de vivre des grossesses et des accouchements non assistés au Québec*

* les participantes ont reçu le courriel suivant dans les jours précédents la visite commentée

Bonjour madame [prénom, nom de famille],

En prévision de notre rencontre prévue ce [jour de la semaine, date, heure] sur Zoom [lien zoom], il serait fort apprécié que vous identifiez un total de cinq à dix contenus sur les réseaux sociaux (publications, commentaires, vidéos ou photos) liés aux grossesses sans suivi et/ou aux accouchements non-assistés qui ont été particulièrement significatifs lors de vos propres expériences périnatales. Les contenus peuvent notamment avoir été publiés sur *Facebook*, *Instagram*, *Twitter*, *YouTube* et *Tiktok*. Lors de notre rencontre, ce sera l'occasion d'explorer de manière approfondie vos ressentis, perceptions et répercussions en lien avec ces contenus socionumériques.

J'en profite pour vous rappeler que :

- Le but du projet est de collectiviser les expériences périnatales des femmes qui n'ont pas recours, en partie ou totalement, aux soins et services périnataux;
- L'entretien individuel sous forme de visite commentée sera enregistré sur support audio et vidéo;
- Vous devriez planifier environ 60 minutes pour la réalisation de cet entretien;
- Ce projet est mené par Audrey Bujold, candidate au doctorat en sciences de la famille de l'Université du Québec en Outaouais (UQO). Il est supervisé par Christine Gervais et Pierre Pariseau-Legault, professeur·es au Département des sciences infirmières de l'UQO, et a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'UQO.

N'hésitez pas m'écrire ou m'appeler pour toute question.

Cordialement,

Audrey Bujold, infirmière et candidate au doctorat en sciences de la famille

Audrey.bujold@uqo.ca

Téléphone : [REDACTED]

CAMPUS DE
SAINT-JÉRÔME

UQO

Annexe I - *Schéma de la visite commentée*

Préambule de la visite commentée

- Validation du consentement libre, éclairé et continu de participation à la recherche
- Rappel du but et des objectifs spécifiques de la recherche
- Explication du déroulement de la visite commentée

Visite commentée

Pour chaque contenu socionumérique ciblé :

- Pourriez-vous me montrer le contenu en question ?
- Pourquoi ce contenu est-il significatif pour vous ?
- Qu'est-ce que ce contenu évoque à votre avis ? Que doit-on en comprendre ?
- En quoi ce contenu a influencé ou non votre trajectoire décisionnelle en regard à votre grossesse sans suivi et/ou à votre accouchement non assisté ?
- De quelle façon avez-vous interagi avec ce contenu sur vos réseaux sociaux (p. ex. mention j'aime, republication, commentaire) ? Quelles étaient vos motivations liées à cette interaction ?

Conclusion

- De façon globale, de quelle manière les réseaux sociaux ont contribué à vos expériences de grossesse sans suivi et/ou d'accouchements non-assistés ?
- D'autres contenus provenant des réseaux sociaux dont nous n'avons pas discuté semblent-ils importants à aborder ? Si oui, présentez-moi ces éléments ?
- Remerciements pour la participation au projet

Annexe J - *Formulaire de consentement pour l'entretien semi-dirigé*



Case postale 1250, succursale HULL, Gatineau (Québec) J8X
3X7

www.uqo.ca/ethique

Comité d'éthique de la recherche

Formulaire de consentement

Point de vue situé des femmes qui choisissent de vivre des grossesses et des accouchements non assistés au Québec : une étude de cas unique avec unités d'analyse imbriquées

Équipe de recherche :

Audrey Bujold, inf., M. Sc., PhD(c)
Candidate au doctorat en sciences de la famille, Département des sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais

Christine Gervais, inf., Ph. D.
Professeure et directrice de la thèse, Département des sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais

Pierre Pariseau-Legault, inf., Ph. D.
Professeur et codirecteur de thèse, Département des sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais

Nous sollicitons par la présente votre participation au projet de recherche en titre, qui vise à collectiviser les expériences périnatales des femmes qui n'ont pas recours, en partie ou totalement, aux soins et services périnataux. Ce projet est subventionné par le Fonds de recherche en santé du Québec (FRQS). Les objectifs de ce projet de recherche sont :

1. détailler le portrait sociodémographique et de santé (grossesse-accouchement) des femmes concernées par cette réalité;
2. analyser la trajectoire décisionnelle et les motivations sous-jacentes aux GANA;
3. décrire les tensions vécues par les femmes concernées dans leur négociation du non-recours partiel ou complet aux soins et services périnataux;
4. contextualiser les principaux usages des femmes sur les réseaux socionumériques qui sont favorables aux GANA, et leurs répercussions sur le vécu des femmes concernées.

Vous êtes invitée à participer à un projet de recherche qui consiste à compléter un court questionnaire sociodémographique d'une durée d'environ 5 minutes et à participer à un entretien individuel d'une durée de 60 minutes. L'entrevue sera enregistrée sur support audio. La rencontre aura lieu sur la plateforme Zoom. Le moment de la participation sera identifié à votre convenance.

La confidentialité des données recueillies dans le cadre de ce projet de recherche sera assurée conformément aux lois et règlements applicables dans la province de Québec et aux règlements et politiques de l'Université du Québec en Outaouais. Notamment à des fins de contrôle, et de vérification, vos données de recherche pourraient être consultées par le personnel autorisé de l'UQO, conformément au Règlement relatif à l'utilisation des ressources informatiques et des télécommunications. Tant les données recueillies que les résultats de la recherche ne pourront en

aucun cas mener à votre identification. Les noms et les prénoms seront remplacés par des noms fictifs, des pseudonymes. Les données recueillies ne seront utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent formulaire de consentement.

Les résultats seront diffusés par le biais d'une thèse, d'articles de journaux scientifiques ou professionnels, ainsi que lors de conférences. Les données seront conservées sous clé dans le bureau du chercheur principal, ainsi que sur un ordinateur protégé par mot de passe. Les seules personnes qui y auront accès sont la chercheuse principale et ses superviseur-ses. Les données seront détruites au plus tard cinq ans après la fin du projet de recherche; les données en format papier seront déchiquetées de façon transversale, alors que les données numériques seront détruites via l'utilisation d'un logiciel d'effacement sécuritaire des données.

Votre participation à ce projet de recherche se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et de vous retirer en tout temps sans préjudice. À tout moment jusqu'au dépôt initial de la thèse, vous pourrez demander le retrait partiel ou complet de vos données, et/ou demander d'avoir accès à vos données (transmission de l'enregistrement et de sa transcription), en formulant une demande par courriel directement auprès de l'étudiante-chercheuse. Les données demandées seront envoyées par courriel protégé. Les risques associés à votre participation sont minimaux, puisque la probabilité et l'ampleur des préjudices éventuels découlant de la participation à la recherche ne sont pas plus grandes que celles des préjudices inhérents aux aspects de votre vie quotidienne. La contribution à l'avancement des connaissances au sujet des GANA sont les bénéfices directs anticipés. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée pour la participation à ce projet.

Ce projet de recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique. Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, communiquez avec Audrey Bujold par téléphone (514-926-6823) ou par courriel (audrey.bujold@uqo.ca). Si vous avez des questions concernant les aspects éthiques de ce projet, veuillez communiquer avec monsieur André Durivage, président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais, par téléphone (1-819-595-3900, poste 3970) ou par courriel (Andre.durivage@uqo.ca).

CONSENTEMENT À PARTICIPER AU PROJET DE RECHERCHE :

Le fait de cliquer sur le bouton « je consens » du présent formulaire de consentement atteste que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation au projet de recherche et indique que vous acceptez d'y participer. Elle ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer les chercheur-es ou les responsables de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps du projet de recherche sans préjudice. Votre participation devant être aussi éclairée que votre décision initiale de participer au projet, vous devez en connaître tous les tenants et aboutissants au cours du déroulement du projet de recherche. En conséquence, vous ne devrez jamais hésiter à demander des éclaircissements ou de nouveaux renseignements au cours du projet. Vous recevrez un exemplaire signé du formulaire de consentement en format PDF au moment de la visite commentée. Nous vous invitons à en conserver une copie.

Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche, je clique sur le bouton « je consens » signifiant que j'accepte librement d'y participer.

Annexe K - *Formulaire de consentement pour la visite commentée*



Case postale 1250, succursale HULL, Gatineau (Québec) J8X 3X7

www.uqo.ca/ethique

Comité d'éthique de la recherche

Formulaire de consentement

Point de vue situé des femmes qui choisissent de vivre des grossesses et des accouchements non assistés au Québec

Équipe de recherche :

Audrey Bujold, inf., M. Sc., PhD(c)
Candidate au doctorat en sciences de la famille, Département des sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais

Christine Gervais, inf., Ph. D.
Professeure et directrice de thèse, Département des sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais

Pierre Pariseau-Legault, inf., Ph. D.
Professeur et codirecteur de thèse, Département des sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais

Nous sollicitons par la présente votre participation au projet de recherche en titre, qui vise à collectiviser les expériences périnatales des femmes qui n'ont pas recours, en partie ou totalement, aux soins et services périnataux. Ce projet est subventionné par le Fonds de recherche en santé du Québec (FRQS). Les objectifs de ce projet de recherche sont :

5. détailler le portrait sociodémographique et de santé (grossesse-accouchement) des femmes concernées par cette réalité;
6. analyser la trajectoire décisionnelle et les motivations sous-jacentes aux GANA;
7. décrire les tensions vécues par les femmes concernées dans leur négociation du non-recours partiel ou complet des soins et services périnataux;
8. contextualiser les principaux usages des femmes sur les réseaux sociaux numériques qui sont favorables aux GANA, et leurs répercussions sur le vécu des femmes concernées.

Vous êtes invitée à participer à un projet de recherche qui consiste à participer à un entretien individuel sous forme de visite commentée d'une durée approximative de 60 minutes. Lors de cette visite, ce sera l'occasion d'explorer de manière approfondie vos ressentis, perceptions et répercussions en lien avec les contenus sociaux numériques liés aux GANA. La visite commentée sera enregistrée sur support audio et vidéo. La rencontre aura lieu sur la plateforme Zoom. Le moment de la participation sera identifié à votre convenance.

La confidentialité des données recueillies dans le cadre de ce projet de recherche sera assurée conformément aux lois et règlements applicables dans la province de Québec et aux règlements et politiques de l'Université du Québec en Outaouais. Notamment à des fins de contrôle, et de vérification, vos données de recherche pourraient être consultées par le personnel autorisé de l'UQO,

conformément au Règlement relatif à l'utilisation des ressources informatiques et des télécommunications. Tant les données recueillies que les résultats de la recherche ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Les noms et les prénoms seront remplacés par des noms fictifs, des pseudonymes. Les données recueillies ne seront utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent formulaire de consentement.

Les résultats seront diffusés par le biais d'une thèse, d'articles de journaux scientifiques ou professionnels, ainsi que lors de conférences. Les données seront conservées sous clé dans le bureau du chercheur principal, ainsi que sur un ordinateur protégé par mot de passe. Les seules personnes qui y auront accès sont la chercheuse principale et ses superviseur-ses. Les données seront détruites au plus tard cinq ans après la fin du projet de recherche; les données en format papier seront déchiquetées de façon transversale, alors que les données numériques seront détruites via l'utilisation d'un logiciel d'effacement sécuritaire des données.

Votre participation à ce projet de recherche se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et de vous retirer en tout temps sans préjudice. À tout moment jusqu'au dépôt initial de la thèse, vous pourrez demander le retrait partiel ou complet de vos données, et/ou demander d'avoir accès à vos données (transmission de l'enregistrement et de sa transcription), en formulant une demande par courriel directement auprès de l'étudiante-chercheuse. Les données demandées seront envoyées par courriel protégé. Les risques associés à votre participation sont minimaux, puisque la probabilité et l'ampleur des préjudices éventuels découlant de la participation à la recherche ne sont pas plus grandes que celles des préjudices inhérents aux aspects de votre vie quotidienne. La contribution à l'avancement des connaissances au sujet des GANA sont les bénéfices directs anticipés. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

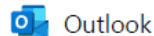
Ce projet de recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique. Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, communiquez avec Audrey Bujold par téléphone ([REDACTED]) ou par courriel (audrey.bujold@uqo.ca). Si vous avez des questions concernant les aspects éthiques de ce projet, veuillez communiquer avec monsieur André Durivage, président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais, par téléphone (1-819-595-3900, poste 3970) ou par courriel (Andre.durivage@uqo.ca).

CONSENTEMENT À PARTICIPER AU PROJET DE RECHERCHE :

Le fait de cliquer sur le bouton « je consens » du présent formulaire de consentement atteste que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation au projet de recherche et indique que vous acceptez d'y participer. Elle ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer les chercheur-es ou les responsables de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps du projet de recherche sans préjudice. Votre participation devant être aussi éclairée que votre décision initiale de participer au projet, vous devez en connaître tous les tenants et aboutissants au cours du déroulement du projet de recherche. En conséquence, vous ne devrez jamais hésiter à demander des éclaircissements ou de nouveaux renseignements au cours du projet. Vous recevrez un exemplaire signé du formulaire de consentement en format PDF au moment de la visite commentée. Nous vous invitons à en conserver une copie.

Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche, je clique sur le bouton « je consens » signifiant que j'accepte librement d'y participer.

Annexe L - *Preuve de soumission de l'article 1 (accepté sous réserve de modifications)*



Re: Votre proposition d'article avec les CRS

De Revue Cahiers de recherche sociologique du Département de sociologie <crs@uqam.ca>

Date Mar 2025-09-16 17:33

À Bujold, Audrey <audrey.bujold@uqo.ca>

Cc Gervais, Christine <Christine.Gervais@uqo.ca>; Pariseau-Legault, Pierre <pierre.pariseau-legault@uqo.ca>

 2 pièces jointes (265 ko)

CRS - Rapport evaluations_AB-CG-PP.pdf; AB-CG-PP Comment2.docx;

Attention L'émetteur de ce courriel est externe à l'Université du Québec en Outaouais.

Bonjour Audrey,

J'allais justement vous écrire, je viens de recevoir votre rapport d'évaluation aujourd'hui!

Alors au nom de l'équipe des Cahiers de recherche sociologique, je vous remercie pour votre proposition d'article intitulée "Entre le personnel et le collectif : déconstruire la médicalisation des naissances" et j'ai le plaisir de vous informer que celle-ci a été retenue sous réserve de modifications majeures en vue de la publication du numéro *Pour une sociologie des marges. Savoirs, engagements, méthodes*, sous la direction de Natacha Chetcuti-Osorovitz et Cynthia Colmellere (ECS-IDHES-ENS Paris-Saclay).

Vous trouverez en pièce jointe le rapport contenant les commentaires des responsables du numéro et ceux issus des évaluations en double aveugle. Nous vous invitons donc à retravailler votre proposition en tenant compte de ces demandes de modification, et à nous la renvoyer d'ici le 20 octobre, à l'adresse courriel de la revue (CRS@UQAM.ca). Il vous est demandé de surligner en couleur les passages modifiés de votre texte, autant que possible svp.

Merci de confirmer ou infirmer dès que possible votre intention de revoir votre proposition, dans les délais prévus, et n'hésitez pas à me contacter pour toute information supplémentaire.

Bien à vous,

Mélusine Dumerchat

Adjointe à l'édition des CRS
Université du Québec À Montréal

Annexe M - *Preuve de publication de l'article 2*

Pourquoi certaines femmes choisissent d'accoucher sans assistance professionnelle ? Une revue narrative systématisée

[PDF \(Français \(Canada\)\)](#)**Published:** Oct 27, 2024**DOI:** <https://doi.org/10.18192/aporia.v14i2.7060>**Keywords:**

Revue systématique,
Médicalisation des naissances,
Accouchement non assisté,
Sages-femmes

Audrey Bujold

Université du Québec en Outaouais
<https://orcid.org/0009-0002-8059-9342>

Christine Gervais

Université du Québec en Outaouais
<https://orcid.org/0000-0001-5695-9358>

Pierre Pariseau-Legault

Université du Québec en Outaouais
<https://orcid.org/0000-0001-9833-0187>

Abstract

Les accouchements non assistés (ANA) font référence au fait que certaines femmes choisissent de vivre un accouchement en l'absence de professionnel·les de la santé alors que des structures médicales sont normalement disponibles pour les soutenir si elles le désirent. Ce choix s'inscrit en rupture du contexte actuel de médicalisation des naissances. À notre connaissance, aucune recension des écrits n'a été publiée à ce sujet dans l'espace francophone malgré les questionnements croissants concernant ce phénomène. Cet article présente ainsi les résultats d'une revue narrative systématisée (n=32) qui porte précisément sur les ANA. Nos résultats décrivent le profil sociodémographique des femmes qui choisissent les ANA, les motivations et le processus décisionnel lié à ce choix, les risques socioculturels auxquels ces femmes sont exposées et la place qu'occupent les réseaux socionumériques dans ce processus décisionnel. Nos résultats soulignent la nécessité, pour les professionnel·les de la santé, de développer une sensibilité accrue envers les motivations et les valeurs des femmes qui choisissent les ANA.

Issue

Vol. 16 No. 2 (2024)

Section

Articles



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](#).



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](#).

Authors retain copyright and grant the journal right of first publication with the work simultaneously licensed under a [Creative Commons Attribution License](#) that allows others to share the work with an acknowledgement of the work's authorship and initial publication in this journal.

Language

[English](#)[Français \(Canada\)](#)

Information

[For Readers](#)[For Authors](#)[For Librarians](#)

Annexe N - *Preuve d'acceptation de l'article 3*



Montréal, 24 septembre 2025

OBJET : Attestation de publication

Bonjour,

La présente atteste que l'article « Profil sociodémographique et de santé des femmes québécoises qui choisissent de vivre des grossesses et des accouchements non assistés », dont l'une des personnes autrices est Audrey Bujold, a été accepté pour publication au sein de la revue *Nouvelles pratiques sociales*.

L'article sera publié dans le volume 35 numéro 1 intitulé « Peuples autochtones et souveraineté des données : enjeux de recherche et souveraineté numérique » à paraître à l'automne 2025.

Nous vous prions d'agréer l'expression de nos meilleurs sentiments.

Bien cordialement,

Félix Maheu
Secrétaire de rédaction

Revue *Nouvelles pratiques sociales*
Case postale 8888, succursale Centre-Ville
Montréal (Québec) H3C 3P8

Annexe O - *Preuve de soumission de l'article 4 (en révision)*

Dashboard

Submitting and resubmitting manuscripts

[Read more ...](#)



<https://orcid.org/0009-0002-8059-9342>

Start a new submission

	Submission/Title/Type	Status	Action
Delete [Author files]	Confirmed as: Corresponding Author Manuscript ID: SSS-2025-2 - (152) Appréhender l'invisible : quand les grossesses et les accouchements deviennent un acte d'empuissancement Apprehending the invisible: When pregnancy and childbirth become an act of empowerment Type: Article scientifique varia Authors: Audrey Bujold (Corresponding Author), Christine Gervais (Co-author), Pierre Pariseau-Legault (Co-author) Submitted: 2025-01-15	In review	See progress

Annexe P - *Preuve de publication de l'article 5*

RESEARCH

Open Access



Reconstructing reproductive autonomy through social networks: a qualitative analysis of the digital practices of women experiencing freebirth

Audrey Bujold^{1*}, Pierre Pariseau-Legault¹ and Christine Gervais¹

Abstract

Background Freebirth refers to the decision to go through pregnancy or give birth without the presence of healthcare professionals. Although this choice remains marginal, it has been gaining increasing attention due to the issues it raises regarding reproductive autonomy, relationships with medical institutions, and the search for support. Given the marginalization of their experiences, women who choose freebirth develop strategies of legitimation and solidarity, notably by relying on social networking sites (SNS). Drawing on semi-structured interviews with 23 participants and trace interviews conducted with nine of them, this article examines the use of SNS in the context of freebirth to better understand their role in this perinatal experience.

Results Our findings describe the SNS used by women who choose freebirth, their specific uses, and their roles in the perinatal experience. Two SNS are particularly significant for these women: Facebook and YouTube. On Facebook, participants engage in private online groups (dedicated to freebirth or broader perinatal topics) and follow professional pages related to childbirth and maternity care. Private Facebook groups serve as spaces for discussion where participants share testimonies, ask questions, and receive advice, fostering a sense of community and support. In contrast, professional Facebook pages and YouTube videos primarily provide educational content focused on perinatal empowerment, with participants generally engaging with this information in a more observational or reserved manner. These SNS shape the perinatal experience by facilitating emotional preparation, particularly through exposure to inspiring content and engagement in private groups. They also reinforce women's confidence in their decision to experience a freebirth.

Conclusions SNS contribute to deconstructing traditional medical norms by offering alternative perspectives on pregnancy and childbirth while supporting women in their efforts to reclaim birth. Far from being uncritical consumers of online content, these women actively engage in a reflective and critical process, allowing them to question prevailing perinatal norms.

Keywords Social network, Qualitative research, Trace interview, Freebirth, Unassisted childbirth

*Correspondence:

Audrey Bujold
audrey.bujold@uqo.ca

¹Department of Nursing, University of Quebec in Outaouais, Saint-Jerome, QC, Canada