

Résumé

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.

Mots clés Revue narrative systématisée, médicalisation des naissances, accouchement non assisté, obstétrique

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

AUDREY BUJOLD, CHRISTINE GERVAIS ET PIERRE PARISEAU-LEGAULT

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 femmes 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.(1-3) 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. »(4) Bien 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.(3,5,6) 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.(5,7)

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 omnipraticien·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 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 ». (8) 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. (9) 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. (9) 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. (10)

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 (11,12) 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. (5) 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. (13) 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. (13) 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. (1) 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. (1,14) 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. (15) 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. (16) L'accouchement lui-même constitue la principale cause d'hospitalisation, et la césarienne est la principale chirurgie avec hospitalisation. (16) Il est important de souligner qu'un consensus scientifique international, soutenu par l'Organisation mondiale de la santé (17), 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. (18) 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. (19,20) 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. (19,20) 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.(1,19-21) 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(22) évoquait qu'un « nombre croissant de femmes choisissent 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(23) 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(24) 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.(25,26) 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.(25,26) 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.(25) 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.(26)

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(25,26), et plus largement la théorie du point de vue situé(27), 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(25,26), 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.(25,26) 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.(27)

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.(28-30) 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.(28-30) 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. (28-30) 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.(28-30) 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. (31)

À cette fin, divers critères méthodologiques ont été élaborés pour identifier et sélectionner la littérature scientifique pertinente au sujet des ANA (voir figure 1). 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 (voir tableau 1).

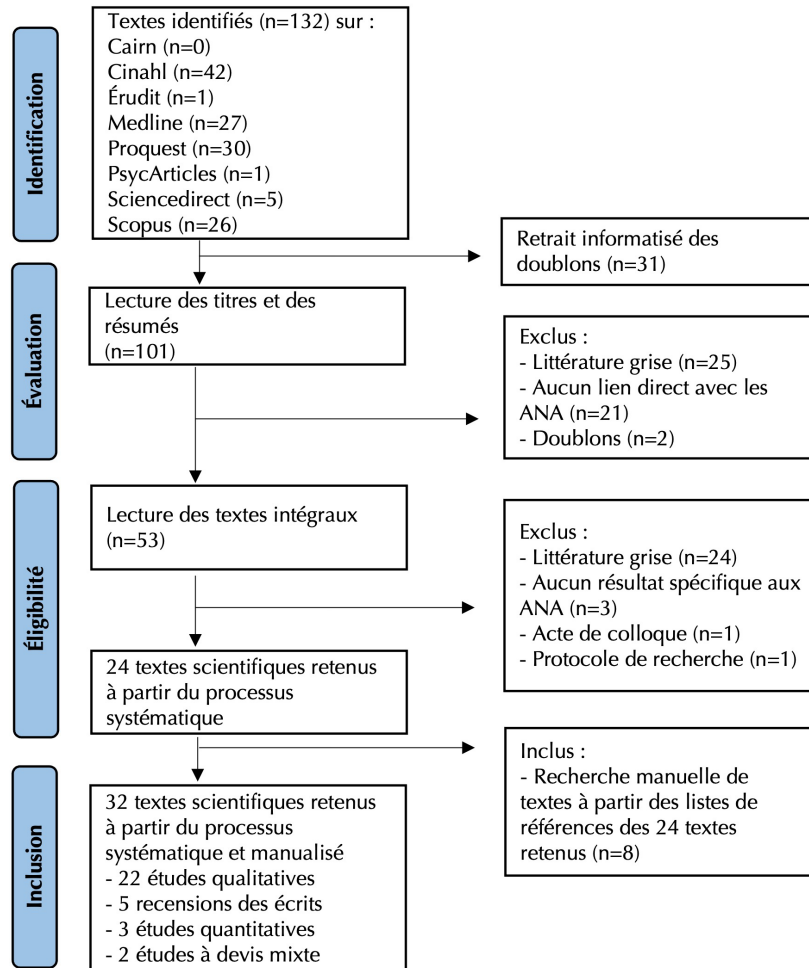
Sans restriction de date ou de langue de publication, trois critères de sélection des études ont été priorisés : (1) articles scientifiques incluant les mémoires, thèses et revues des écrits; (2) résultats directement liés au phénomène des ANA; (3) publiés au sein de journaux scientifiques. Au total, 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.

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(32) 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(33), 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.(33) Plus précisément, la synthèse narrative de Petticrew et Roberts(32) comporte trois étapes : (1) l'organisation des études en catégories logiques,

Tableau 1. Algorithmes de recherche

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

Figure 1. Diagramme de flux



(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(32), 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 socationumériques dans ce processus décisionnel.

Profil sociodémographique

Les femmes qui choisissent les ANA et qui ont participé à des projets de recherche sur ce sujet d'étude ont des caractéristiques similaires sur le plan sociodémographique. (34-54) 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) 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.(40) 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 considèrent comme pratiquant une religion.(36,39,54) .

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.(39,54,55) 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.(39) 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(21) : 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.(21,39) 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. (54,55) 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.(21) 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.(21)

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.(35,37,39,41,42,45,52,56) D'une part, selon Feeley et Thomson(37) ainsi que Freeze(39), 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.(35) ainsi que Jackson et ses collaboratrices(43-45), 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.(50) 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.(42,50) 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.(42,50) 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. (21,36,39,43-45,54,55,57) 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(43-45), 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(21), 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.(36) 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.(43-45)

Cinquièmement, pour un groupe plus restreint de femmes croyantes, l'accouchement est entièrement entre les mains de Dieu.(58) 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.(58) A contrario, selon Hollander et al.(59), 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(58) 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).(35) À cet égard, Lundgren(47) 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 risque ou d'autres enjeux logistiques comme le manque d'accès aux services offerts par des sages-femmes.(43-45,49,53,60-62) La rigidité des services hospitaliers et la disponibilité inégale des services d'accouchement à domicile (AAD) contribueraient ainsi à leur décision d'accoucher sans assistance professionnelle. À cet égard, Sassine et al.(53) 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.(53) Dahlen et al.(61) ainsi que Oboyle(49) 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(62) 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. (63) 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.(63) De surcroît, OBoyle(49) ainsi que Lindgren et al.(46) 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.(63)

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.(38,50,63) À cet égard, Feeley et Thomson(38) relatent que les professionnel·les investi·es 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.(38) En Australie, Plested et Kirkham(50) expliquent que trois de leurs participantes (n=10) ont été référées vers les services sociaux par des sage-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 sociaux numériques 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.(21,37-42,44,46,54,55,58,59,64) Les réseaux sociaux numériques permettraient donc d'inspirer, d'informer et de confirmer le processus décisionnel des femmes. À cet effet, les espaces sociaux numériques 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 sociaux numériques de soutien constitue l'un des principaux points de convergence à l'égard du processus décisionnel lié

à l'ANA.(37) 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(38) rapportent que toutes leurs participantes (n=10) ont su, grâce aux réseaux sociaux numériques, 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 sociaux numériques (p. ex. influence négative de « leaders » ou imposition de sujets tabous dans les groupes sociaux numériques 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.(65) Les chercheurs 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.(65) Un autre texte ayant exploré le refus parental de vaccination à la naissance contre l'hépatite B arrive des conclusions similaires.(66) Nos constats, soutenus par deux articles récents portant sur le refus de soins en contexte périnatal(65,66), 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.(11,12)

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'accouchement à domicile (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.⁽⁶⁷⁾ 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.^(51,52) 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^(21,36,39,43-45,54,55) 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.⁽⁶⁸⁾ Gouilhers-Hertig⁽⁶⁸⁾ 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.⁽⁶⁸⁾ 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.^(21,37-42,44,46,54,55,58,59,64) 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 prolongé⁽⁷⁰⁾, le maternage proximal⁽⁷²⁾ et la non-scolarisation des enfants⁽⁷³⁾ 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.⁽⁷⁴⁾ 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.^(75,76) 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.⁽⁷⁷⁾ En ce sens, dans 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(11) et de santé des femmes(12) 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(33), quelques limites doivent être soulignées. D'abord, il importe de préciser qu'aucune triangulation entre chercheurs 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(32), 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 Ministère de l'Enseignement supérieur (MES), de l'Université du Québec en Outaouais (UQO), du Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ) et du Fonds de recherche en santé du Québec (FRQ-S). Les auteur·es n'ont aucun conflit d'intérêt à signaler.

Références

- 1.Rivard A. Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne. Québec: Les Éditions du Remue-ménage; 2014.
- 2.Al-Gailani S, Davis A. Introduction to "Transforming pregnancy since 1900". *Stud Hist Philos Biol Biomed Sci.* 2014; 47: 229-32.
- 3.Clesse C, Lighezzolo-Alnot J, de Lavergne S, Hamlin S, Scheffler M. The evolution of birth medicalisation: A systematic review. *Midwifery.* 2018; 66: 161-7.
- 4.Forget K. La pathologisation des accouchements de jumeaux au Québec 1930-1980 (M.Sc.). Québec, Canada: Université du Québec à Trois-Rivière; 2022.
- 5.Page L. From medicalisation to humanisation. *British Journal of Midwifery.* 2016; 24(10): 682.
- 6.Neczypor JL, Holley SL. Providing Evidence-Based Care During the Golden Hour. *Nursing for Women's Health.* 2017; 21(6): 462-72.
- 7.Odent M. *Can humanity survive socialised birth?* London: Pinter & Martin; 2023.
- 8.Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ). Définition d'une sage-femme. 2023. Disponible sur <https://www.osfq.org/fr/quebec-est-ce-qu-une-sage-femme>. Consulté le 30 décembre 2023.
- 9.Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Standards de pratique de l'infirmière : Soins de proximité en périnatalité. 2015. Disponible sur <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/4443-perinatalite-web.pdf/8a67229f-0fa7-0573-9013-cc2cff1316b0>. Consulté le 15 mars 2024.
- 10.OIIQ. L'infirmière praticienne spécialisée et sa pratique. Lignes directrices. 2021. Disponible sur <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2529-ips-lignes-directrices-web.pdf>. Consulté le 15 mars 2024.
- 11.Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS).

- Politique de périnatalité 2008-2018. Un projet porteur de vie. 2008. Disponible sur <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-918-01.pdf>. Consulté le 30 décembre 2023.
- 12.MSSS. Plan d'action en santé et bien-être des femmes 2020-2024. 2020. Disponible sur <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-730-01W.pdf>. Consulté le 30 décembre 2023.
- 13.Curtin M, Savage E, Leahy-Warren P. Humanisation in pregnancy and childbirth: A concept analysis. *J Clin Nurs*. 2020; 29(9-10): 1744-57.
- 14.Curtin M, Savage E, Murphy M, Leahy-Warren P. A meta-synthesis of the perspectives and experiences of healthcare professionals on the humanisation of childbirth using a meta-ethnographic approach. *Women and Birth*. 2022; 35(4): e369-e78.
- 15.OSFQ. Futurs parents - Où accoucher? 2023. Disponible sur <https://www.osfq.org/fr/ou-accoucher>. Consulté le 30 décembre 2023.
- 16.Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Statistiques sur les hospitalisations, les chirurgies et les nouveau-nés, 2022-2023. 2024. Consulté le 10 mars 2024.
- 17.Organisation mondiale de la santé (OMS). La césarienne: une intervention à ne pratiquer qu'en cas de nécessité médicale. 2015. Disponible sur <https://www.who.int/fr/news/item/09-04-2015-caesarean-sections-should-only-be-performed-when-medically-necessary>. Consulté le 10 mars 2024.
- 18.ICIS. Hospitalisations et accouchements, 1995-1996 à 2022-2023 - statistiques supplémentaires. 2024. Consulté le 10 mars 2024.
- 19.Bergeron M, Lévesque S, Beauchemin-Roy S, Fontaine L. Regard des intervenantes communautaires en périnatalité sur des expériences observées de violence obstétricale. *Canadian Journal of Community Mental Health*. 2019; 38(4): 63-76.
- 20.Lévesque S, Bergeron M, Fontaine L, Rousseau C. La violence obstétricale dans les soins de santé : une analyse conceptuelle. *Recherches féministes*. 2018; 31(1): 219-38.
- 21.St-Amant S. Nous sommes les freebirthers : enfanter sans peur et sans reproche. *Recherches féministes*. 2014; 27(1): 69-96.
- 22.Vogel L. "Do it yourself" births prompt alarm. *Canadian Medical Association Journal*. 2011; 183(6): 648-50.
- 23.OSFQ. Droits, devoirs et obligations concernant l'accouchement non assisté. 2021. Disponible sur <https://www.osfq.org/medias/iw/ANA-docSyndique.pdf>. Consulté le 30 décembre 2023.
- 24.Association québécoise des doulas. Code d'éthique et de déontologie de l'Association québécoise des doulas. 2021. Disponible sur https://aqdoulas.com/wp-content/uploads/2021/05/AQD_code_ethique_2021.pdf. Consulté le 30 décembre 2023.
- 25.Hill Collins P. Learning from the outsider within: The sociological significance of black feminist thought. *Social Problems*. 1986; 33(6): 514-532.
- 26.Hill Collins P. Black feminist thought knowledge, consciousness, and the politics of empowerment. New York: Routledge; 2000.
- 27.Harding SG. The feminist standpoint theory reader: Intellectual and political controversies. New York: Routledge; 2004.
- 28.Framarin A, Déry V. Les revues narratives : fondements scientifiques pour soutenir l'établissement de repères institutionnels. Institut national de santé publique du Québec. 2021. Disponible sur <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/4343023>. Consulté le 15 mars 2024.
- 29.Saracci C, Mahamat M, Jacquérior F. Comment rédiger un article scientifique de type revue narrative de la littérature ? *Revue Médicale Suisse*. 2019; 15(664): 1694-8.
- 30.Snyder H. Literature review as a research methodology: An overview and guidelines. *Journal of Business Research*. 2019; 104: 333-9.
- 31.Greenhalgh T, Thorne S, Malterud K. Time to challenge the spurious hierarchy of systematic over narrative reviews? *Eur J Clin Invest*. 2018; 48(6): e12931.
- 32.Petticrew M, Roberts H. Systematic reviews in the social sciences: A practical guide. Malden, MA: Blackwell Pub.; 2006.
- 33.Lisy K, Porritt K. Narrative synthesis: Considerations and challenges. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. 2016; 14(4): 201.
- 34.Ahmad Tajuddin NAN, Suhaimi J, Ramdzan SN, et al. Why women chose unassisted home birth in Malaysia: a qualitative study. *BMC Pregnancy & Childbirth*. 2020; 20(1): 1-12.
- 35.Baranowska B, Węgrzynowska M, Tataj-Puzyna U, Crowther S. "I knew there has to be a better way": Women's pathways to freebirth in Poland. *Women & Birth*. 2022; 35(4): e328-e36.
- 36.Brown LA. Birth visionaries: An examination of unassisted childbirth (PhD). Ann Arbor: Boston College; 2009.

- 37.Feeley C, Thomson G. Why do some women choose to freebirth in the UK? An interpretative phenomenological study. *BMC Pregnancy & Childbirth*. 2016; 16: 1-12.
- 38.Feeley C, Thomson G. Tensions and conflicts in 'choice': Womens' experiences of freebirthing in the UK. *Midwifery*. 2016;41: 16-21.
- 39.Freeze RAS. Born free: Unassisted childbirth in North America (PhD). Ann Arbor: The University of Iowa; 2008.
- 40.Greenfield M, Payne-Gifford S, McKenzie G. Between a rock and a hard place: Considering "freebirth" during Covid-19. *Frontiers in Global Women's Health*. 2021; 2: 603744.
- 41.Henriksen L, Nordström M, Nordheim I, Lundgren I, Blix E. Norwegian women's motivations and preparations for freebirth—A qualitative study. *Sexual & Reproductive HealthCare*. 2020; 25: e100511.
- 42.Hollander M, de Miranda E, van Dillen J, de Graaf I, Vandenbussche F, Holten L. Women's motivations for choosing a high risk birth setting against medical advice in the Netherlands: A qualitative analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2017; 17(1): e423.
- 43.Jackson M, Dahlen H, Schmied V. Birthing outside the system: perceptions of risk amongst Australian women who have freebirths and high risk homebirths. *Midwifery*. 2012; 28(5): 561-7.
- 44.Jackson MK. 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 (PhD). Sydney, Australia: University of Western Sydney; 2014.
- 45.Jackson MK, Schmied V, Dahlen HG. Birthing outside the system: the motivation behind the choice to freebirth or have a homebirth with risk factors in Australia. *BMC Pregnancy & Childbirth*. 2020; 20(1): 1-13.
- 46.Lindgren HE, Nässén K, Lundgren I. Taking the matter into one's own hands – Women's experiences of unassisted homebirths in Sweden. *Sexual & Reproductive HealthCare*. 2017; 11: 31-5.
- 47.Lundgren I. 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*. 2010; 1(2): 61-6.
- 48.McKenzie G, Montgomery E. Undisturbed physiological birth: Insights from women who freebirth in the United Kingdom. *Midwifery*. 2021; 101: e103042.
- 49.Boyle C. Deliberately unassisted birth in Ireland: Understanding choice in Irish maternity services. *British Journal of Midwifery*. 2016; 24(3): 181-7.
- 50.Plested M, Kirkham M. Risk and fear in the lived experience of birth without a midwife. *Midwifery*. 2016; 38: 29-34.
- 51.Rigg EC, Schmied V, Peters K, Dahlen HG. Why do women choose an unregulated birth worker to birth at home in Australia: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2017; 17(1): 1-14.
- 52.Rigg EC, Schmied V, Peters K, Dahlen HG. A survey of women in Australia who choose the care of unregulated birthworkers for a birth at home. *Women and Birth*. 2020; 33(1): 86-96.
- 53.Sassine H, Burns E, Ormsby S, Dahlen HG. Why do women choose homebirth in Australia? A national survey. *Women and Birth*. 2021; 34(4): 396-404.
- 54.Holten L, de Miranda E. Women's motivations for having unassisted childbirth or high-risk homebirth: An exploration of the literature on 'birthing outside the system'. *Midwifery*. 2016; 38: 55-62.
- 55.Feeley C, Burns E, Adams E, Thomson G. Why do some women choose to freebirth? A meta-thematic synthesis, part one. *Evidence Based Midwifery*. 2015; 13(1): 4-9.
- 56.McKenzie G, Robert G, Montgomery E. Exploring the conceptualisation and study of freebirthing as a historical and social phenomenon: A meta-narrative review of diverse research traditions. *Medical Humanities*. 2020; 46: 512-24.
- 57.Cameron HJ. Expert on her own body: Contested framings of risk and expertise in discourses on unassisted childbirth (M.Sc.). Ontario, Canada: Lakehead University; 2012.
- 58.Miller AC. "Midwife to myself": Birth narratives among women choosing unassisted homebirth. *Sociological Inquiry*. 2009; 79: 51-74.
- 59.Hollander M, de Miranda E, Smit A-M, et al. 'She convinced me'- partner involvement in choosing a high risk birth setting against medical advice in the Netherlands: A qualitative analysis. *PloS One*. 2020; 15(2): e0229069.
- 60.Coddington R, Fox D, Scarf V, Catling C. Getting kicked off the program: Women's experiences of antenatal exclusion from publicly-funded homebirth in Australia. *Women and Birth*. 2023; 36(1): e179-e85.
- 61.Dahlen H, Schmied V, Tracy SK, Jackson M, Cummings J, Priddis H. Home birth and the National Australian Maternity Services Review: Too hot to handle? *Women and Birth*. 2011; 24(4): 148-55.

62.Kornelsen J, Grzybowski S. The reality of resistance: The experiences of rural parturient women. *Journal of Midwifery and Women's Health*. 2006; 51(4): 260-5.

63.Miller AC. On the margins of the periphery: Unassisted childbirth and the management of layered stigma. *Sociological Spectrum*. 2012; 32(5): 406-23.

64.Norton J. Why women freebirth: a modified systematic review. *MIDIRS Midwifery Digest*. 2020; 30(4): 509-14.

65.Lafarge C, Larriue G, Ville I. Why do French women refuse to have Down's syndrome screening by maternal serum testing? A mixed methods study. *Midwifery*. 2022; 110: 103351.

66.Gilmartin CE, Daley AJ, Leung L. The hepatitis B birth-dose immunisation: Exploring parental refusal. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2020; 60(1): 93-100.

67.LégisQuébec. Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin. 2022. Disponible sur <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/S-0.1,%20r.%204>. Consulté le 30 décembre 2023.

68.Gouilliers-Hertig S. Vers une culture du risque personnalisée : choisir d'accoucher à domicile ou en maison de naissance. *Socio-anthropologie*. 2014; (29): 101-19.

69.Brockway M, Venturato L. Breastfeeding beyond infancy: A concept analysis. *J Adv Nurs*. 2016; 72(9): 2003-15.

70.Black R, McLaughlin M, Giles M. Women's experience of social media breastfeeding support and its impact on extended breastfeeding success: A social cognitive perspective. *British Journal of Health Psychology*. 2020; 25(3): 754-71.

71.Riquet S, Roussel M, Vigie M, Zakarian C, Hassler P. Le sommeil partagé : parental proximal pour l'enfant dans ses 1 000 premiers jours. *Recherche en soins infirmiers*. 2021; 145(2): 79-90.

72.Drenea P, Moren-Cross JL. Social capital and social support on the web: The case of an internet mother site. *Sociology of Health and Illness*. 2005; 27(7): 920-43.

73.Glasman D. La « non-sco » comme carrière. *Revue française de pédagogie*. 2018; 205(4): 65-79.

74.Pastinelli M, Déry C. Se retrouver entre soi pour se reconnaître : conceptions du genre et régulation des échanges dans un forum de personnes trans. *Anthropologie et Sociétés*. 2016; 40(1): 153-72.

75.Bradshaw AS. #DoctorsSpeakUp: Exploration of hashtag

hijacking by anti-vaccine advocates and the influence of scientific counterpublics on twitter. *Health Communication*. 2023; 38(10): 2167-77 .

76.Leader AE, Burke-Garcia A, Massey PM, Roark JB. Understanding the messages and motivation of vaccine hesitant or refusing social media influencers. *Vaccine*. 2021; 39(2): 350-6.

77.Kata A. Anti-vaccine activists, Web 2.0, and the postmodern paradigm - An overview of tactics and tropes used online by the anti-vaccination movement. *Vaccine*. 2012; 30(25): 3778-89.

Pour contacter les auteur-es:

Audrey Bujold, inf. PhD(c)
Université du Québec en Outaouais,
5, rue St-Joseph,
Saint-Jérôme, Québec,
J7Z 0B7
audrey.bujold@uqo.ca

Christine Gervais, RN, PhD
Université du Québec en Outaouais

Pierre Pariseau-Legault, inf., PhD
Université du Québec en Outaouais