

PERCEPTION D'UNE NAISSANCE ET NAISSANCE D'UNE PERCEPTION : OÙ EN SONT LES FEMMES?

Par Myriam Hivon et Vania Jimenez

publication synthèse

Centre de santé et de services sociaux
de Côte-des-Neiges, Métro et Parc-Extension

SYNTHÈSES DES PUBLICATIONS
DU CENTRE DE RECHERCHE
ET DE FORMATION

NUMÉRO 3, MARS 2007

Publication synthèse résume les faits saillants des principales recherches du Centre de recherche et de formation du CSSS de la Montagne.

Centre de recherche et de formation
CSSS de la Montagne
5700, ch. de la Côte-des-Neiges,
5^e étage
Montréal, Québec H3T 2A8
Tél.: 514 731-8531 poste 2340

Ce numéro a été rédigé par:
Myriam Hivon et Vania Jimenez

Directrice du Centre de recherche et de formation:

Spyridoula Xenocostas
Comité de publication:
Jeanne-Marie Alexandre, Catherine Montgomery, Jacques Rhéaume, Jean-François Saucier, Spyridoula Xenocostas.

Responsable de la publication et conception graphique:
Jeanne-Marie Alexandre

ISSN 1715-8648

Synthèse de la publication No. 13
(mars 2007)

Perception d'une naissance et naissance d'une perception: où en sont les femmes?

Par Myriam Hivon et Vania Jimenez

Disponible au Centre de recherche et de formation

Mise en contexte

Le projet de recherche ***Perception d'une naissance et naissance d'une perception : les femmes et leurs rapports au discours en périnatalité*** est né d'une volonté de faire le point sur la perception que les femmes ont de l'accouchement suite aux nombreux changements qui ont vu le jour dans le domaine de la périnatalité au Québec et au Canada, depuis les 20 dernières années. Des mesures concrètes ont été prises afin de répondre aux revendications des mouvements de femmes qui militaient en faveur d'un retour à l'accouchement moins médicalisé et davantage centré sur les besoins des femmes et de leur famille. On pense, entre autre, à la présence du père pendant l'accouchement, à la mise en place de chambre de naissance dans les hôpitaux et plus récemment, à l'adoption de la politique sur la pratique sages-femmes et la mise en place de maisons de naissance. Parallèlement à ces changements structuraux, nous avons également constaté une multiplication des sources d'information sur l'accouchement ainsi qu'une plus grande accessibilité à cette information. Nous étions donc intéressés de voir où en étaient les femmes dans ce nouveau contexte. Nous souhaitons nourrir la question du consentement éclairé en examinant jusqu'à quel point l'information foisonnante qui caractérise ce nouveau contexte permettait aux femmes de prendre des décisions éclairées et de faire des choix.

LES RÉSULTATS DE NOTRE ÉTUDE SONT PERTINENTS ET D'INTÉRÊT POUR TOUT INTERVENANT(E) TRAVAILLANT DANS LE DOMAINE DE LA PÉRINATALITÉ AINSI QUE POUR LES FEMMES ENCEINTEES.

Deux questions de recherche nous intéressaient : 1) Quelles connaissances les femmes avaient-elles de la grossesse et de l'accouchement? 2) Dans quelle mesure ces connaissances acquises par l'intermédiaire de différentes sources d'information modélaient leur expérience d'accouchement? Nous avons tenté de répondre à ces questions en mettant en lumière les convergences et les divergences entre trois groupes de femmes, soit celles suivies par des sages-femmes (SF), celles suivies par des médecins de famille (MF) et celles suivies par des obstétriciens (Ob), dans deux sites différents : Montréal et Vancouver.

Les résultats de notre étude sont pertinents et d'intérêt pour tout intervenant(e) travaillant dans le domaine de la périnatalité ainsi que pour les femmes enceintes. Il est à noter toutefois, qu'il traite avant tout de la réalité de deux grands centres urbains, Montréal et Vancouver.



Méthodologie

Notre recherche qualitative a consisté à effectuer des entretiens semi directifs avant et après l'accouchement avec 26 femmes de Montréal et 10 de Vancouver. Nous avons effectué le recrutement des participantes dans les cours prénataux de cinq CLSC et d'une maison de naissance à Montréal, et dans les cours prénataux d'un groupe communautaire et deux bureaux d'Ob à Vancouver. Tous les entretiens ont été enregistrés, et retranscrits à Montréal. Ils ont ensuite été codés à l'aide du logiciel ATLAS.TI suivant les principes de la théorie ancrée. Cette méthode a permis de développer, tout au long du processus de cueillette d'information, des interprétations analytiques de nos données qui ont elles-mêmes alimenté la suite de notre collecte d'information. À son tour, la collecte de données ultérieure a contribué au raffinement de l'analyse.

Au total, nous avons rencontré 33 primipares et 3 multipares, 16 étant suivies par des Ob, 8 par des MF et 12 par des SF. La moyenne d'âge des femmes de notre échantillon était de 30 ans. 82% avait un niveau d'éducation universitaire, 17% possédaient un diplôme professionnel ou technique et 11%, un diplôme de secondaire. Huit (22%) d'entre elles étaient nées hors Canada. Vingt-cinq femmes ont accouché à l'hôpital (ce chiffre incluant cinq transferts de la maison de naissance), cinq ont accouché en maison de naissance et une à domicile, à Vancouver. Finalement, 66% ont eu un accouchement vaginal et 33%, une césarienne.

Faits saillants

Quelles connaissances les femmes ont-elles de l'accouchement?

Si les femmes ont l'occasion d'en apprendre beaucoup sur l'accouchement pendant leur grossesse, cela n'implique pas nécessairement qu'elles aient accès à de l'information neutre et objective, basée sur des données probantes. Elles se retrouvent au centre de zones d'influence multiples. La principale source d'information des femmes rencontrées vient de la lecture d'ouvrages et de dépliants sur la grossesse et l'accouchement. Arrivent ensuite les intervenants, en principe, détenteurs des données probantes. Cependant, contrairement aux SF, les médecins semblent ne jouer qu'un rôle limité dans la transmission de l'information. Les femmes expliquent souvent ce décalage entre les deux types d'intervenants par le **manque de temps** des médecins pour répondre à leurs questions. Il est permis de se demander si les médecins ont peu de temps parce qu'ils ont trop à faire (quelques centaines d'accouchements par année) ou au contraire, s'ils ont trop à faire parce qu'ils ne prennent pas suffisamment le temps de communiquer?

L'entourage constitue également une source d'information importante, non pas basée sur des données probantes mais bien sur l'expérience concrète. Ces informations permettent de relativiser l'information souvent rigide contenue dans la littérature, d'orienter les choix de certaines répondantes et de **compenser pour l'absence de ressources**. En effet, certaines femmes ont souligné la difficulté d'avoir accès à de l'information lorsque ce réseau social n'est pas disponible ou est inexistant. Ce rôle important de l'entourage, qui prend la relève en l'absence de la fiabilité du «système», jette un doute précisément sur le rôle joué par le système de santé dans une préoccupation de diffusion large de l'information pour un consentement éclairé.

En dernier lieu, on se rend compte que, données probantes ou non, les femmes recherchent l'expertise qui confirme leur intuition, leur instinct ou leurs valeurs propres. Force est de constater, toutefois, que dans bien des cas, cet instinct ou intuition est déjà programmé par une *culture de la peur*.

Dans quelle mesure ces connaissances acquises à travers différentes sources d'information modèlent l'expérience d'accouchement?

Nos données nous ont permis de comprendre certains des enjeux qui entravent l'utilisation de l'information avant, pendant et après l'accouchement.

Avant l'accouchement

A. Absence d'information sur les choix de lieu de naissance

On constate qu'encore aujourd'hui, s'il va de soi pour la majorité des femmes d'accoucher en milieu hospitalier, il existe dans les faits, bien peu d'information pour outiller les femmes enceintes pour la première fois sur la façon de rentrer dans le système de

L'ENTOURAGE CONSTITUE ÉGALEMENT UNE SOURCE D'INFORMATION IMPORTANTE, NON PAS BASÉE SUR DES DONNÉES PROBANTES MAIS BIEN SUR L'EXPÉRIENCE CONCRÈTE.

santé. La plupart des femmes ont le réflexe de se tourner vers leur entourage ou leur MF pour trouver un lieu de naissance ou un intervenant qui assurera le suivi. Si dans cet entourage, personne ne connaît d'alternative à l'hôpital, comme la possibilité d'accoucher en maison de naissance ou à domicile, il y a peu de chance que la femme obtienne cette information et puisse la prendre en considération dans ses démarches. Peut-on parler de choix réel lorsque toutes les alternatives ne sont pas connues?

B. La notion de sécurité

Un autre facteur vient également s'immiscer dans les choix à faire quant aux lieux de naissance et c'est la notion de sécurité. Nous avons remarqué une différence importante de perception du lieu de naissance entre les femmes qui se tournent vers le milieu hospitalier et celles qui choisissent la maison de naissance ou le domicile. En effet, la notion de sécurité est centrale dans le choix des femmes d'accoucher en milieu hospitalier. Malgré l'image de rigidité et de pouvoir qu'il dégage, l'hôpital demeure dans la perception de bien des femmes, le lieu sécuritaire par excellence pour mettre au monde leur enfant et cet aspect prend le dessus sur tout le reste. De leur côté, les femmes qui choisissent d'accoucher avec des SF se sentent complètement rassurées par le lien qui existe entre la maison de naissance et l'hôpital en cas de complications. Ce lien, en plus du professionnalisme de leur SF et de la relation de confiance qu'elles établissent avec elle, suffit à les sécuriser entièrement. Contrairement aux premières, ces femmes choisissent d'investir dans une relation plutôt que dans une institution. Est-ce que plus d'information sur l'aspect sécuritaire de la pratique sages-femmes inciterait davantage de femmes à choisir cette alternative ? Peut-être. Cependant, il faut également tenir compte du fait que ces perceptions du lieu d'accouchement s'accompagnent également de conceptions différentes de l'accouchement. Dans un cas, l'accent est mis sur les complications possibles, sur ce qui peut « mal tourner », conception qui baigne dans une culture de la peur. Dans l'autre cas, l'émotion est mise sur le côté naturel de l'accouchement, les complications ne constituant que des exceptions.

NOUS AVONS REMARQUÉ UNE DIFFÉRENCE IMPORTANTE DE PERCEPTION DU LIEU DE NAISSANCE ENTRE LES FEMMES QUI SE TOURNENT VERS LE MILIEU HOSPITALIER ET CELLES QUI CHOISISSENT LA MAISON DE NAISSANCE OU LE DOMICILE.

C. La volonté de participer aux décisions

Nous avons également constaté une différence importante, entre les trois groupes de femmes, quant à la volonté de participer ou non aux décisions et de faire des choix pendant l'accouchement. Il semble que d'être en mesure de prendre des décisions ou de faire des choix pendant la grossesse et au moment de l'accouchement ne constitue pas une préoccupation pour toutes les femmes. Seules celles suivies par des SF ou des MF et accompagnantes nous disaient s'informer pour être en mesure de prendre des décisions le moment venu. Les autres disaient s'informer pour se rassurer avant toute chose. Notre étude démontre cependant, que si dans une situation vulnérable comme l'accouchement, les femmes s'en remettent facilement à leur intervenant pour prendre des décisions importantes, elles souhaitent **comprendre** ces décisions. C'est peut-être de cette façon qu'elle garde un certain contrôle sur les événements?

Pendant l'accouchement

A. Comprendre ce qui arrive et absence d'information pour décider

Si l'information recueillie **pendant la grossesse** vise à permettre aux femmes de prendre part aux décisions pendant l'accouchement, elle n'est pas suffisante. Bien que la majorité des femmes comprennent le déroulement de l'accouchement et connaissent leurs options, elles semblent avoir besoin qu'on leur explique ce qui leur arrive à **elles**, ce qu'on leur fait à **elles**. Très peu de femmes dans notre échantillon ont d'emblée demandé une alternative à l'induction au Pitocin, à l'épidurale ou à toutes autres formes d'interventions. Si l'on n'offre pas ces alternatives **pendant** l'accouchement, les femmes ne le demandent pas nécessairement et ce, même si elles en connaissent l'existence. Elles ne semblent pas être en mesure ou en état de demander. Pour qu'une femme puisse faire un choix éclairé, il convient donc de fournir l'information non seulement pendant la grossesse, mais **pendant** l'accouchement également. Cette réflexion nous ramène rapidement à l'importance du soutien tout au long de l'accouchement. Les femmes de notre échantillon qui ont bénéficié du soutien continu d'une ou de plusieurs personnes (autre que le conjoint seul) pendant l'accouchement, ont bénéficié de plus d'information (se sont vues offrir des alternatives) et ont pu éviter certaines interventions.

B. Sentiment de non participation aux décisions

Qu'elles souhaitent ou non prendre part aux décisions, il n'en demeure pas moins que certaines de nos répondantes ont eu le sentiment d'être exclues du processus décisionnel pendant leur accouchement. On retrouve ce sentiment chez certaines des répondantes qui ont choisi d'accoucher en milieu hospitalier et de façon plus accentuée parmi les femmes qui ont dû être transférées de la maison de naissance vers l'hôpital. Dans tous les cas, ce sentiment résultait d'un manque de communication et d'é-

coule de la part des intervenants. Malgré les changements des dernières années, il semble y avoir encore du travail à faire de ce côté, surtout en milieu hospitalier, d'autant plus lorsque ce dernier est confronté à une femme transférée de la maison de naissance pour qui la participation aux décisions est primordiale.

Après l'accouchement

Finalement, notre étude a également relevé l'absence d'information pendant la période post-partum. Celle-ci est une période intensive d'apprentissage de l'allaitement et des soins à donner au bébé. On évacue rapidement l'accouchement pour se concentrer sur l'enfant. Or, plusieurs femmes qui ont accouché en milieu hospitalier nous ont dit avoir besoin de comprendre ce qui s'est passé pendant l'accouchement, surtout lorsqu'il y a eu complications ou césarienne. Dans ce dernier cas, elles ont besoin de se réconcilier avec les décisions qui ont été prises, de s'assurer qu'il n'y avait pas d'autres alternatives, qu'elles ont subi cette opération pour les bonnes raisons. Or, à moins d'insister pour voir leur dossier médical, aucun moment n'est accordé à la femme pour lui fournir des explications ou simplement répondre à ses questions sur l'accouchement. Il y a donc manque d'information de ce côté également.

Des pratiques qui ont l'appui des femmes

A. L'accouchement à domicile et les SF en milieu hospitalier

Nos rencontres nous ont également permis de discuter de certaines tendances dans le monde de la périnatalité qui semblent avoir l'appui des femmes. Les femmes à qui nous avons posé la question se sont dites en faveur de l'accouchement à domicile et de l'intégration de la pratique sages-femmes en milieu hospitalier. Certaines s'inquiètent cependant des répercussions que l'exercice de leur art en milieu hospitalier pourrait avoir sur la qualité des soins que prodiguent les SF. De plus, si la combinaison sage-femme/hôpital rassurerait plusieurs femmes qui se sont d'abord tournées vers les médecins, la majorité des femmes qui choisissent un suivi par les SF souhaitent précisément éviter l'hôpital. De plus, elles ne sont pas nécessairement à l'aise avec l'idée d'accoucher à domicile. C'est dire que la maison de naissance occupe une place bien à elle dans le continuum des services à la disposition des femmes enceintes et que la mise en place de nouveaux lieux d'accouchement ou de nouvelles professionnelles de l'accouchement dans les hôpitaux ne devrait pas mener à l'élimination de cette option.

B. Les accompagnantes

La moitié de notre échantillon de femmes suivies par des MF ont eu recours à des accompagnantes après s'être vues refuser une place chez les SF ou parce qu'elles souhaitaient un accouchement le plus naturel possible tout en se sentant plus en sécurité avec un médecin. Elles ont expliqué vouloir bénéficier du soutien continu d'une professionnelle de l'accouchement pour augmenter leur chance d'avoir un accouchement avec le moins d'intervention possible et pour avoir quelqu'un qui ferait entendre leur point de vue advenant le cas où elles-mêmes ne seraient pas en état de l'exprimer clairement. Or, d'autres femmes de notre échantillon auraient aimé avoir recours à cette alternative mais n'en avaient pas les moyens financiers, ce service n'étant pas couvert par l'assurance maladie, ni au Québec, ni en Colombie-Britannique. Il serait souhaitable de se pencher plus sérieusement sur le phénomène des accompagnantes. D'une part, plusieurs études ont démontré que leur soutien continu pendant l'accouchement diminue le nombre d'interventions. D'autre part, la combinaison médecins et accompagnante peut sembler pour plusieurs femmes un bon compromis à défaut d'avoir accès à une SF. S'il s'agit d'une tendance qui va continuer de se développer, il semble important qu'elle devienne financièrement accessible à toutes.

NOS RÉSULTATS METTENT EN ÉVIDENCE L'IMPORTANCE DE L'ÉCHANGE D'INFORMATION ENTRE LES INTERVENANTS ET LES FEMMES NON SEULEMENT AVANT, MAIS ÉGALEMENT PENDANT ET APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

Conclusion

Notre étude vient ajouter une voix au concert réclamant le bris de l'anonymat dans les soins en périnatalité. Nos résultats mettent en évidence l'importance de l'échange d'information entre les intervenants et les femmes non seulement avant, mais également pendant et après l'accouchement. Ils militent en faveur d'un soutien accru et continu des femmes pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum et appellent le milieu de la périnatalité à réfléchir sérieusement à cette *culture de la peur* qui le caractérise.