

publications

Centre de santé et de services sociaux
de la Montagne

SÉRIE DE PUBLICATION
DU CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION
NUMÉRO 13

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

Myriam Hivon
Vania Jimenez

Février 2007

CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION
CSSS DE LA MONTAGNE
5700, chemin de la Côte-des-Neiges
Montréal, Québec
H3T 2A8

514 731-8531, poste 2340
crf_clsccdn@ssss.gouv.qc.ca

ISBN 2-922748-51-0
Dépôt légal - Bibliothèque du Canada, 2007
Dépôt légal - Bibliothèque et archives nationales du Québec, 2007

Conception graphique et mise en page: Jeanne-Marie Alexandre

©Tous droits réservés
Centre de recherche et de formation
CSSS de la Montagne

CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION
CSSS DE LA MONTAGNE
5700, chemin de la côte-des-Neiges
Montréal, Québec
H3T 2A8

514 731-8531, poste 2340
crf_clsccdn@ssss.gouv.qc.ca

ISBN 2-922748-50-2
Dépôt légal - Bibliothèque du Canada, 2006
Dépôt légal - Bibliothèque du Québec, 2006
Conception graphique et mise en page: Jeanne-Marie Alexandre

©Tous droits réservés
Centre de recherche et de formation
CSSS de la Montagne

Depuis juin 1999, le Centre de recherche et de formation publie une série intitulée «*Série de publication du Centre de recherche et de formation*» qui reprend les rapports de recherche, les comptes rendus de colloques ou autres textes extraits de travaux en lien avec sa thématique principale «Services de santé et services sociaux de première en contexte pluriethnique». Cette thématique soutient la pertinence à considérer la pluriethnicité du territoire comme milieu spécifique de l'intervention. Elle répond en priorité au souci d'utilité concrète pour les interventions sanitaires et sociales du CSSS de la Montagne et de ses partenaires compte tenu de la diversité des origines ethniques et culturelles de la population des quartiers qu'ils desservent et des questions qui lui sont inhérentes.

Série de publications du Centre de recherche et de formation :

- *La communication avec interprète dans l'intervention à domicile* – Louise Tremblay, Michèle-Isis Brouillet, Jacques Rhéaume, Marie-Emanuelle Laquerre - **Numéro 12, novembre 2006.**
- *Pratiques infirmières en milieu pluriethnique – volet 1 – Organisation des soins infirmiers de santé primaire en milieu pluriethnique* – Marguerite Cognet, Jocelyne Bertot, Yves Couturier, Jacques Rhéaume, Barbara Fournier - **Numéro 11, septembre 2005.**
- *Empowerment et femmes immigrantes. Projet de diffusion des connaissances. Rapport* – Jacques Rhéaume, Ginette Berteau, Brigitte Côté, Danielle Durand - **Numéro 10, octobre 2003.**
- *Young refugees seeking asylum: the case of separated youth in Quebec* - Catherine Montgomery – **Numéro 9, 2003.**
- *Les pratiques traditionnelles affectant la santé physique et mentale des femmes; l'excision et l'infibulation Situation actuelle et perspectives d'avenir* - Vissandjée Bilkis, Ndjeru Radegonde, Kantiébo Mireille - **Numéro 8, juillet 2001.**
- *La violence conjugale en contexte interculturel : facteurs liés à la persévérance des femmes des communautés ethnoculturelles dans l'intervention en service social* - My Huong Pham Thi - **Janvier 2001**
Services de santé et services sociaux en milieu pluriethnique. Bilan critique de recherche 1997 – 2000- Marguerite Cognet - **Numéro 7, mars 2001.**
- *La sociologie implicite des intervenants en contexte pluriethnique* - Jacques Rhéaume, Robert Sévigny, Louise Tremblay - **Numéro 6, novembre 2000.**
- *Les enjeux pour l'intervention : La pauvreté dans un quartier multiethnique* – Catherine Montgomery, Christopher McAll, Andrea Seminario, Julie-Ann Tremblay - **Numéro 5, décembre 2000.**
- *Pratiques professionnelles et relations interethniques dans le travail des auxiliaires familiaux* - Deirdre Meintel, Marguerite Cognet, Annick Lenoir-Achdjian - **Numéro 4, avril 1999.**
- *La paternité aujourd'hui. Bilan et nouvelles recherches. Actes du Colloque, 66^e Congrès de l'ACFAS, Université Laval, Québec, 12 mai 1998* - Jean-François Saucier, Nathalie Dyke- **Numéro 3, mai 1998.**
- *Évaluation de l'implantation du projet Répit : quand des partenaires unissent leurs forces pour le mieux-être des familles de Côte-des-Neiges* - Pauline Carignan, Myra Piat, Bilkis Vissandjée, Denise Beaulieu, Louise Couture, Claudette Forest, Isa Iasenza, Nadia Merah, My-Huong Pham Thi, Johanne Archambault, Suzanne Descoteaux, Monique Lapointe, Michel Laporte - **Numéro 2, mars 1999.**
- *Impact du fait d'être témoin de violence conjugale sur la santé mentale d'enfants âgés de 6 à 12 ans de familles d'immigration récente et québécoise* - Vania Jimenez, Jean-François Saucier, Jacques Rhéaume
D. Marleau, Catherine Murphy, Antonio Ciampi, Brigitte Côté, Guo Tong- **Numéro 1, février 1999.**

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

Par
Myriam Hivon et Vania Jimenez

Rapport de recherche présenté au
Conseil de recherche en sciences humaines du Canada

Hiver 2007

Série de publication du Centre de recherche et de formation
Centre affilié universitaire, affilié à l'Université McGill

Avant-propos

Ce rapport présente les résultats de la recherche *Perception d'une naissance ou naissance d'une perception : les femmes et leur rapport au discours en périnatalité*. Elle a été rendue possible grâce à une subvention du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH) (2002-2004). Outre les auteurs, **Abby Lippman**, professeure au département d'épidémiologie et de bio statistiques et professeure affiliée au département de médecine familiale de l'Université McGill ainsi que **Michael Klein**, professeur en pédiatrie et médecine familiale, chef du service de médecine familiale au Centre de soins et de santé aux femmes et aux enfants de la Colombie-Britannique ont participé activement au processus de recherche et d'analyse des résultats. **Marleen Dehertog**, sage-femme et coordonnatrice de la Maison de naissance Côte-des-Neiges et **Eugène Bereza**, médecin de famille et éthicien au CSSS de la Montagne et au département de médecine familiale de l'Université McGill ont également participé à plusieurs rencontres d'équipe en début de projet. **Nesrine Bessaïh**, étudiante en maîtrise au département d'anthropologie de l'Université McGill, a contribué au recrutement des participantes à Montréal ainsi qu'à l'analyse des entrevues. **Ann Kelly**, professionnelle de recherche, a coordonné le projet à Vancouver et **Nancy Duxbury**, assistante de recherche, s'est chargée du recrutement et des entrevues des participantes de Vancouver. Finalement, **Ouma Mayaki**, étudiante à la maîtrise au département de Sciences politiques de l'Université Laval, a effectué un stage au sein de l'équipe.

Nous tenons à remercier les sages-femmes de la maison de naissance Côte-des-Neiges ainsi que les responsables du secteur Enfance-famille et les infirmières des cours prénataux des CLSC Côte-des-Neiges, du Plateau, Villeray, Petite Patrie et Rosemont pour leur aide précieuse dans le recrutement des participantes. Merci également à Anne Préfontaine et Martine Legault qui ont assumé la transcription de toutes les entrevues dans des temps records et des conditions auditives parfois difficiles.

Finalement, notre reconnaissance la plus sincère va aux 38 femmes qui ont généreusement accepté de partager leur expérience de grossesse et d'accouchement avec nous. Elles ont accepté de participer à cette recherche dans l'espoir de contribuer à l'amélioration des services offerts aux femmes en périnatalité. Nous espérons que le présent rapport soit un pas dans cette direction.

Vania Jimenez, chercheuse principale, médecin de famille, professeure au département de médecine familiale de l'Université McGill, directrice des services cliniques de l'unité d'enseignement de médecine familiale du CLSC Côte-des-Neiges.

Myriam Hivon, anthropologue, professionnelle de recherche au Centre de recherche et de formation du CLSC Côte-des-Neiges ainsi qu'au Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) de l'Université de Montréal, responsable de la coordination du projet.

Table des matières

AVANT-PROPOS

RÉSUMÉ DES PRINCIPAUX CONSTATS DE LA RECHERCHE	1
---	----------

INTRODUCTION	4
---------------------	----------

Audience visée	5
----------------	---

Structure du rapport	6
----------------------	---

CHAPITRE 1 : LA MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE ET LE PROFIL DES PARTICIPANTES	7
---	----------

Recrutement des participantes à Montréal et Vancouver	7
---	---

Les entretiens	8
----------------	---

L'analyse des données	9
-----------------------	---

Description de l'échantillon	9
------------------------------	---

CHAPITRE 2 : LES TOUS PREMIERS CHOIX :LIEUX DE NAISSANCE ET INTERVENANTS	13
---	-----------

L'intervenant ou le lieu de naissance : deux portes d'entrée dans le système médical	13
--	----

Choisir entre l'hôpital et la maison de naissance ou le domicile	13
--	----

Ce que les femmes en pensent	21
------------------------------	----

Les sages-femmes : demande marginale, mais ressources manquantes	23
--	----

Conclusion	24
------------	----

CHAPITRE 3 : LA RECHERCHE D'INFORMATION COMME PRÉPARATION À L'ACCOUCHEMENT	26
---	-----------

Les informations recherchées : Quelles sont-elles?	26
--	----

Les sources d'information	29
---------------------------	----

Rôle de l'information	34
-----------------------	----

Conclusion	36
------------	----

CHAPITRE 4 : CHOIX ET DÉCISIONS PENDANT L'ACCOUCHEMENT	38
---	-----------

Les femmes ont-elles le sentiment d’avoir le choix?	38
Les décisions pendant l’accouchement	43
Conclusion	59
CHAPITRE 5 : OÙ EN SONT LES FEMMES?	61
Quelles connaissances les femmes avaient-elles de la grossesse et de l’accouchement?	61
L’information et le choix éclairé	62
Avant l’accouchement, trois découvertes	62
Pendant l’accouchement	64
Après l’accouchement	65
Des pratiques qui ont l’appui des femmes	65
Les limites de notre étude	68
CONCLUSION	68
RÉFÉRENCES	69
ANNEXE I : DÉPLIANTS DE RECRUTEMENT DES PARTICIPANTES	73
ANNEXE II : GRILLE D’ENTREVUE	79
Entrevue avant accouchement	79
Entrevue après l’accouchement	81
ANNEXE III : GRILLE D’ANALYSE	82

Bon de commande

Résumé des principaux constats de la recherche

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, depuis les 20 dernières années. 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. Deux questions de recherche nous intéressaient : Quelles connaissances les femmes avaient-elles de la grossesse et de l'accouchement? Dans quelle mesure ces connaissances acquises à travers différentes sources telles la lecture, les discussions avec l'entourage et les intervenants, les cours prénataux, etc., modelaient leur expérience d'accouchement? Nous avons répondu 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 présentés dans ce rapport 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.

La méthodologie (Chapitre 1) utilisée consistait à effectuer des entretiens semi directifs avant et après l'accouchement avec 26 femmes de Montréal et 10 de Vancouver. Au total, nous avons rencontré 33 primipares et 3 multipares, 16 étant suivies par des obstétriciens, 8 par des médecins de famille et 12 par des sages-femmes. Tous les entretiens, à l'exception de deux, ont été enregistrés, et transcrits à Montréal. Ils ont par la suite été codés à l'aide du logiciel ATLAS.TI suivant les principes de la théorie ancrée (*grounded theory*). Cette méthode nous a permis de développer, tout au long du processus de cueillette d'informations, des interprétations analytiques de nos données qui ont elles-mêmes alimenté la suite de notre collecte de données. À son tour, la collecte ultérieure d'informations a contribué au raffinement de l'analyse.

Au chapitre 2, nous examinons les premiers choix que les femmes ont à faire lorsqu'elles deviennent enceintes à savoir, le choix du lieu de naissance et/ou de l'intervenant qui les accompagnera tout au long de leur grossesse. Voici nos principaux constats.

- Contrairement aux femmes suivies par des médecins, les femmes qui ont choisi d'accoucher en maison de naissance ou à domicile, connaissaient l'existence des sages-femmes et leurs compétences avant même de devenir enceinte.
- La perception de ce qui est sécurisant diffère entre les femmes suivies par des sages-femmes et celles suivies par des médecins.
- Alors que les femmes choisissent l'hôpital principalement pour la sécurité que cette institution représente, les femmes se tournent vers les sages-femmes pour plusieurs raisons.
- Les femmes suivies par des sages-femmes ne perçoivent pas l'hôpital comme un lieu qui va de soi pour l'accouchement.
- Les femmes des trois groupes sont en faveur de l'accouchement à domicile, mais pas nécessairement pour elles-mêmes.
- Les femmes à qui nous avons posé la question sont en faveur de la pratique sage-femme en milieu hospitalier à condition que cela ne mette pas en péril la spécificité et la qualité du suivi offert par ces dernières.

- La maison de naissance semble occuper une place bien à elle dans le continuum des choix possibles, une place qui ne saurait être remplacée par la possibilité d'accoucher à domicile ou à l'hôpital accompagnée d'une sage-femme.
- Les sages-femmes tant à Montréal qu'à Vancouver ne suffisent pas à la demande même si cette dernière est encore marginale.

Au chapitre 3, nous présenterons le type d'information que recherche les femmes, la crédibilité qu'elles accordent aux différentes sources d'information et le rôle qu'elles attribuent à l'information dans la préparation à l'accouchement. Voici nos principaux constats.

Le type d'information recherché :

- Qu'elles soient suivies par des médecins ou des sages-femmes, les femmes ont à peu près toutes les mêmes préoccupations pendant la grossesse.
- Les femmes des trois groupes se préoccupent du fonctionnement de l'hôpital et de ses routines.
- Les informations sur les aspects psychologiques et émotifs de la grossesse et de l'accouchement semblent insatisfaisantes.
- Les femmes déploient beaucoup d'efforts pour trouver de l'information sur des situations qui les préoccupent.

Les sources d'information :

- Les femmes utilisent plusieurs sources d'information.
- L'expérience concrète de l'entourage permet de 1) relativiser l'information obtenue dans les livres, 2) d'orienter les choix de certaines répondantes et 3) de compenser pour l'absence de ressources.
- Le rôle d'informateur des médecins est perçu comme étant plus limité que celui des sages-femmes et des accompagnantes.
- Devant des informations contradictoires ou qui ne leur conviennent pas, les femmes se tournent vers l'expertise qui confirme leurs valeurs, leur intuition ou leur instinct pour prendre des décisions et faire des choix.

Le rôle de l'information :

- Les femmes suivies par des médecins de famille ou des obstétriciens recherchent de l'information avant tout pour *se rassurer*.
- Les notions de *choix et décisions* comme rôle de l'information apparaissent beaucoup plus nettement dans le discours des femmes suivies par des sages-femmes ou des accompagnantes que dans celui des femmes suivies par des médecins.
- Tout groupe de femmes confondu, certaines répondantes ont eu l'impression que la façon de transmettre l'information pouvait 1) créer des peurs, 2) culpabiliser ou 3) induire chez la femme, les comportements souhaités par les intervenants.

Nous analysons ensuite trois moments importants de décisions *pendant* l'accouchement soit le recours à l'induction, à l'épidurale et à la césarienne, et examinons dans quelles mesures l'information permet aux femmes de participer aux décisions et faire des choix (chapitre 4). Voici nos principaux constats :

- Dans nos trois groupes de répondantes (Ob, MF, SF), des femmes ont eu l'impression de prendre part aux décisions et d'avoir le choix.
- Le sentiment de ne pas participer aux décisions se retrouve surtout dans le groupe de femmes suivies par des obstétriciens et est exprimé plus systématiquement par les femmes qui ont été transférées de la maison de naissance vers l'hôpital.

L'induction

- L'information permet aux femmes d'évaluer les risques reliés à l'intervention ou la non intervention.
- Peu importe par qui elles sont suivies, l'information permet aux femmes qui souhaitent ardemment un accouchement naturel, de maximiser leur chance d'atteindre le scénario projeté.
- Les femmes ne sont pas toujours en état de recevoir l'information.

L'épidurale

- 69% des femmes suivies par des obstétriciens ont eu recours à l'épidurale contre seulement 33% des femmes dans les deux autres groupes.
- Dans les trois groupes de femmes, l'information relative à la progression du travail constitue un élément central de la décision d'avoir recours ou non à l'épidurale.
- Les femmes des trois groupes ont recours à l'épidurale lorsque les alternatives ne fonctionnent pas. Cependant, peu d'alternatives à l'épidurale sont proposées aux femmes qui accouchent en milieu hospitalier.
- Les femmes des trois groupes qui n'ont pas eu recours à l'épidurale partageaient les points suivants :
 - 1) elles étaient déterminées à accoucher avec le moins d'interventions possibles.
 - 2) elles bénéficiaient du soutien continu, tout au long du travail, de personnes qui connaissaient l'accouchement.
 - 3) elles ont été encouragées à utiliser plusieurs techniques de gestion de la douleur.
 - 4) la progression du travail était continue.

La césarienne

- Les femmes se renseignent peu sur la césarienne avant l'accouchement.
- Les femmes ont besoin d'explications pendant la césarienne.
- Les femmes ont un grand besoin de comprendre les raisons qui ont mené à une césarienne.
- Certaines femmes de notre échantillon pensent avoir évité la césarienne grâce à leurs connaissances ou à l'attitude des intervenants.

Nos constats nous amènent à conclure que les femmes en savent beaucoup, mais que cela n'implique pas nécessairement qu'elles ont accès à de l'information neutre et objective, basée sur des données probantes. Elles se retrouvent au centre de zones d'influence multiples et en dernier lieu, recherchent l'expertise qui confirme leur intuition, leur instinct ou leurs valeurs propres. On constate cependant que cet instinct baigne souvent dans une culture de la peur. L'information ne permet pas toujours de prendre des décisions. D'abord, nous constatons certains manques d'information notamment sur les alternatives à l'accouchement en milieu hospitalier et sur les alternatives à certaines interventions pendant l'accouchement. De plus, la notion de sécurité ainsi que la volonté même des femmes de participer aux décisions entravent parfois la prise de décision. Plusieurs femmes semblent davantage préoccupées de COMPRENDRE ce qui leur arrive que de prendre des décisions ou faire des choix. En ce sens, 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 le post-partum et appellent le milieu de la périnatalité à réfléchir sérieusement à cette *culture de la peur* qui le caractérise.

Introduction

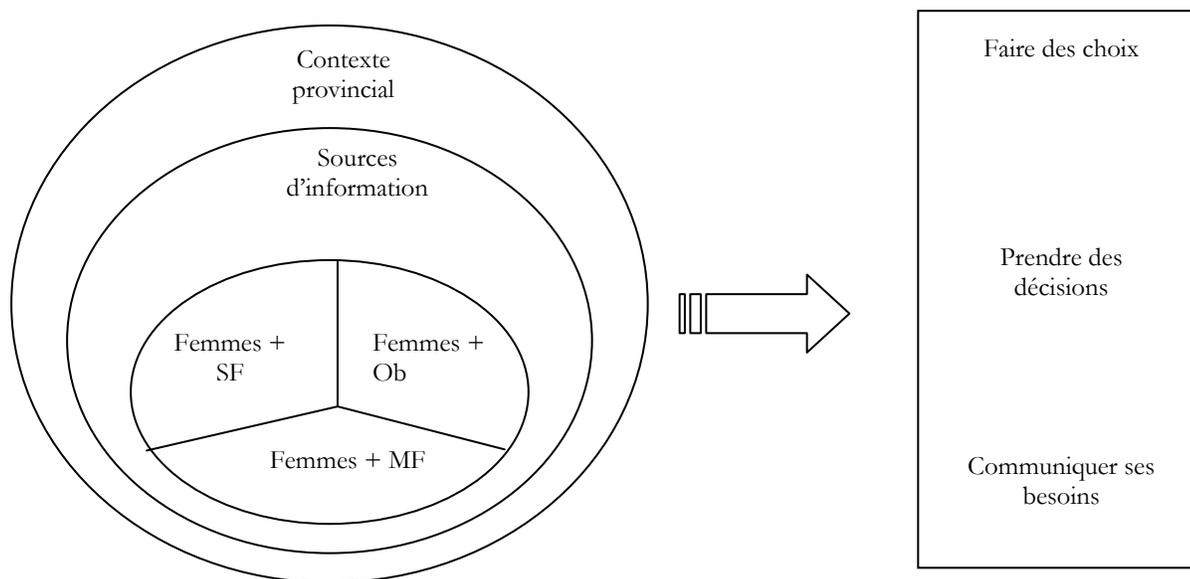
Le projet *Perception d'une naissance et naissance d'une perception : les femmes et leurs rapports au discours en périnatalité* est né d'une volonté de faire le point sur la perception que les femmes ont de l'accouchement suite aux nombreux changements qui ont vu le jour dans le domaine de la périnatalité au Québec, depuis les 20 dernières années. On constate en effet, que des mesures concrètes ont été prises afin de répondre aux revendications des mouvements de femmes qui, dans les années 70 et 80, militaient en faveur d'un retour à l'accouchement moins médicalisé et davantage centré sur les besoins des femmes et de leur famille (de Koninck, 1981; Saillant, 1987; Paradis, 1987; Queniart, 1988; Vadeboncoeur, 1989; Vadeboncoeur, 2004). On pense entre autre à la présence maintenant acquise 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 sage-femme et la mise en place de maisons de naissance (Blais et al, 1997, CEPP, 1997; Cornellier, 1999). Ces réformes visaient à redonner aux femmes le contrôle sur leur corps et le pouvoir de choisir, de participer aux décisions relatives à leur santé et à celle de leur famille. 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 pour justement permettre aux familles de faire des choix et de participer aux décisions relatives à cet événement (Dyke et Saucier, 1997). Nous étions donc intéressés de voir où en étaient les femmes dans ce nouveau contexte. Nous souhaitions également, indirectement, nourrir la question du consentement éclairé en examinant jusqu'à quel point l'information permettait aux femmes de prendre des décisions éclairées et de faire des choix.

Plus spécifiquement, deux questions de recherche nous intéressaient :

- 1) Quelles connaissances les femmes avaient-elles de la grossesse et de l'accouchement (connaissances la plupart du temps acquises pendant la grossesse)?
- 2) Dans quelle mesure ces connaissances acquises à travers différentes sources telles la lecture, les discussions avec l'entourage et les intervenants, les cours prénataux, etc., modélaient leur expérience d'accouchement?

En d'autres termes, nous cherchions à voir si l'information recueillie pendant la grossesse permettait aux femmes de faire des choix ou de prendre des décisions tout au long de la grossesse et pendant l'accouchement. Comme nous supposons que des femmes suivies par des médecins auraient accès à une information et des discours différents de celles suivies par des sages-femmes (SF), nous avons opté pour contraster l'expérience de femmes qui accouchent en milieu hospitalier à celle de femmes accouchant en maison de naissance. Nous avons également cru bon de distinguer les femmes suivies par des médecins de familles (MF) de celles suivies par des obstétriciens (Ob) à cause de la nature différente des relations qui existent entre ces deux types de praticiens et leur clientèle. En effet, alors que la relation entre le médecin de famille et la femme nouvellement enceinte a souvent débuté avant même la grossesse et s'inscrit dans la durée, celle de l'obstétricien et de sa cliente est ponctuelle et limitée à l'épisode de grossesse et à l'accouchement. Il en découle un suivi de grossesse différent, souvent moins anonyme dans le cas des médecins de famille et de leur clientèle qui peut avoir un impact sur le type et la quantité d'information recueillie pendant la grossesse et sur l'expérience même d'accouchement. Le schéma ci-dessous illustre notre raisonnement.

Cadre conceptuel



Finalement, nous avons également cru pertinent d'inclure dans notre étude un petit échantillon comparatif de femmes évoluant dans un contexte périnatal différent de façon à diminuer le biais du contexte politique fort polarisé qui prévalait au Québec au moment de la recherche. Nous avons donc choisi d'ancrer la perception des femmes dans un double exercice de contraste à savoir trois groupes de femmes suivies par des spécialistes différents et ce dans deux milieux différents, soit Montréal et Vancouver. En effet, si au Québec le débat opposant certains médecins/obstétriciens aux sages-femmes se jouait davantage autour de questions de sécurité et d'intégration des sages-femmes dans les équipes de périnatalité (CETS, 1999), la situation semblait très différente dans d'autres régions du Canada, notamment en Colombie-Britannique où la pratique des sages-femmes est intégrée dans le système de santé à plusieurs niveaux: l'accouchement à domicile par les sages-femmes n'a pas de statut de marginalité comme c'était le cas au Québec au moment de la recherche et ces dernières peuvent avoir des privilèges d'exercices dans les hôpitaux (Kornelsen et Carty, 2001; www.bcmidwives.com). Si moins de différences que ce que nous escomptions sont apparues entre les deux sites, cette comparaison nous a tout de même permis de mettre en perspective certaines particularités des soins périnatals québécois actuels que nous élaborerons dans la discussion de nos résultats.

Malgré notre exercice de contraste, il ressort de notre recherche qualitative, un portrait de femmes beaucoup plus complexe et nuancé, et beaucoup moins polarisé (approche naturelle versus médicalisée de l'accouchement), que nous le prévoyions. Nos questions de recherche de départ nous ont menés aussi loin sinon plus que nous le pensions. Elles ont ouvert une fenêtre sur tout un ensemble de perceptions; perception de l'accouchement, perception des intervenants, perception du lieu de naissance, perception de l'expérience d'accouchement etc., qui allait bien au-delà de la simple application de connaissances à un événement tel l'accouchement. Tout en partant de nos deux questions de recherche, c'est cette complexité que nous avons choisi d'élaborer dans ce rapport.

Audience visée

Ce rapport est d'intérêt pour tout intervenant(e) travaillant dans le domaine de la périnatalité : sages-femmes, médecins de famille, obstétriciens, infirmières, accompagnantes. Il est également d'intérêt pour toutes les femmes enceintes pour la première ou énième fois. À travers le témoignage des femmes que

nous avons rencontrées, elles reconnaîtront sans doute leurs propres préoccupations, peurs, anxiétés et attentes. Elles pourront également trouver réponses à certains de leurs questionnements et éclaircir certains pans obscurs de leur propre expérience de grossesse et d'accouchement. Il est à noter toutefois, que ce rapport traite de la réalité de deux grands centres urbains, Montréal et Vancouver, de sorte qu'il est possible que les intervenant(e)s et les femmes des régions n'y retrouvent pas autant de résonance avec leur propre réalité. Il s'agit là, d'une des limites de notre étude.

Structure du rapport

Nous présentons dans un premier temps la méthodologie de recherche ainsi que les femmes qui nous ont inspirés tout au long du projet. Nous nous penchons ensuite sur l'un des premiers choix que les femmes ont à faire lorsqu'elles deviennent enceintes à savoir, le choix du lieu de naissance et/ou de l'intervenant qui les accompagnera tout au long de leur grossesse (chapitre 2). À travers l'examen de ces choix, nous tenterons de mieux cerner qui sont ces femmes qui vont vers les médecins et qui sont celles qui se tournent plutôt vers les sages-femmes. Nous présenterons ensuite les données qui ont servi à répondre à notre principale question de recherche, à savoir dans quelle mesure l'information recueillie tout au long de la grossesse permet aux femmes de faire des choix et de prendre des décisions pendant l'accouchement. Dans un premier temps, nous regarderons le type d'information que recherche les femmes, la crédibilité qu'elles accordent aux différentes sources d'information et le rôle qu'elles attribuent à l'information dans la préparation et le déroulement de la grossesse (chapitre 3). Nous analyserons ensuite trois moments importants de décisions pendant l'accouchement et examinerons dans quelle mesure l'information ainsi amassée permet aux femmes de prendre des décisions et faire des choix (chapitre 4). Chacun de ces chapitres mettra 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). Nous ferons ressortir les différences entre les sites de Montréal et Vancouver, seulement là où elles sont nettement perceptibles. La discussion qui suivra ces synthèses (Chapitre 5) clarifiera les principaux constats qui émergent de cette complexité et fournira des pistes de réflexion qui, nous l'espérons, alimenteront le débat autour des soins et services offerts en périnatalité au Québec.

Chapitre 1

La méthodologie de recherche et le profil des participantes

La méthodologie établie consistait à effectuer des entretiens semi directifs avant et après l'accouchement avec 26 femmes de Montréal et 10 de Vancouver. Le choix de cette méthode visait à favoriser l'établissement d'un contact intime avec les participantes en leur permettant de s'exprimer le plus librement possible sans prédéterminer de l'importance à accorder aux différents aspects de la grossesse et de l'accouchement (Quivy et al., 1995). Cette méthode ouverte permettait également d'identifier avec le moins de biais idéologique possible toutes les variables susceptibles d'influencer la perception que ces femmes auraient de leur expérience d'accouchement. Nous nous sommes également inspirés de la théorie ancrée (*grounded theory*) en ce que tout au long du processus de recherche, nous avons développé des interprétations analytiques de nos données qui ont alimenté la suite de notre collecte d'information. À son tour, la collecte ultérieure d'informations a permis de raffiner l'analyse (Charmaz, 2000 : 509).

Recrutement des participantes à Montréal et Vancouver

L'une de nos hypothèses de base était que les femmes auraient accès à des discours différents selon qu'elles étaient suivies par des médecins ou des sages-femmes et qu'elles présenteraient aussi peut-être des valeurs différentes. C'est pourquoi, il nous importait de recruter des femmes suivies par une variété de professionnels de l'accouchement. À Montréal, nous avons effectué le recrutement des femmes dans les cours prénataux de cinq CLSC et d'une maison de naissance. Bien entendu, les femmes recrutées en maison de naissance étaient toutes suivies par une sage-femme tandis que celles recrutées en CLSC l'étaient dans la majorité des cas par un obstétricien et dans 3 cas par un médecin de famille. Nous avons sélectionné les CLSC sur la base de leur proximité avec nos bureaux de recherche ainsi que pour la grande diversité socio-économique de la clientèle qu'ils desservaient. Au total, 16 femmes ont été recrutées dans les CLSC et 10 dans une maison de naissance de la région.

La méthode de recrutement consistait à faire circuler un dépliant (examiné et accepté par le comité d'éthique de la Faculté de médecine de l'Université McGill) expliquant les objectifs et les implications de la recherche au début de chaque nouvelle session de cours prénatal (voir annexe I). À la fin de ce dépliant, un coupon-réponse invitait les femmes à indiquer par écrit si elles acceptaient ou non de participer à la recherche. Pour celles qui répondaient « oui » à cette première question, nous demandions ensuite de fournir leurs coordonnées de façon à pouvoir les contacter et prendre rendez-vous pour un premier entretien. Une période d'environ 10 minutes était octroyée aux femmes au début du cours afin de prendre connaissance du contenu du dépliant et d'y répondre. La partie détachable du dépliant était ensuite immédiatement remise à la responsable du cours prénatal qui se chargeait de nous l'acheminer. À la demande des CLSC, les dépliants ont été distribués directement par les responsables des cours prénataux et non par un membre de notre équipe. Cette préférence se justifiait par le fait que les cours étaient déjà fort chargés en contenu et qu'on voulait ainsi éviter d'en utiliser une trop grande partie pour notre recherche. Le premier coup de fil aux futures mères permettait toutefois de répondre à toutes leurs questions sur la recherche et de s'assurer qu'elles y participaient en toute connaissance de cause et entièrement volontairement. Les séances de cours prénataux regroupaient de 10 à 15 couples. Pour chacune de ces séances, nous arrivions à recruter en moyenne 4 à 6 femmes. Nous avons effectué le recrutement en CLSC de janvier à juin 2002 et avons complété nos entrevues par un recrutement intensif en maison de naissance au printemps 2003.

Contrairement à Montréal, le recrutement à Vancouver a été directement effectué par un membre de l'équipe, celle-là même qui se chargeait des entrevues. Plusieurs stratégies ont cependant dû être déployées. Dix participantes ont été retenues pour l'analyse. Six participantes ont été recrutées dans les cours prénataux organisés par un groupe communautaire de Vancouver, une par l'intermédiaire du réseau de connaissances de l'intervieweuse et trois autres dans deux bureaux d'obstétriciens. La version anglaise du même dépliant était utilisée pour ce recrutement. Le recrutement et les entretiens avec ces participantes se sont déroulés après celles de Montréal, soit de février 2003 à avril 2004.

Nous avons établi des critères de sélection très larges pour le recrutement des participantes. Nous souhaitions obtenir un échantillon de femmes diversifié en terme d'origine, d'âge, d'éducation, de niveau de revenu, de milieu familial etc. car des études ont démontré que ces variables influencent les valeurs des femmes en matière de maternité (Nelson, 1986; McClain, 1990; Zadoroznyi, 1999). Notre stratégie de recrutement nous a permis d'obtenir cette diversité sauf en ce qui a trait à l'éducation. Il semble en effet que les cours prénataux de même que les sages-femmes attirent une clientèle assez scolarisée ce qui fait que 18 femmes sur 26 possédaient un diplôme universitaire à Montréal, et 8 sur 10 à Vancouver. Cette dominance des femmes éduquées dans notre échantillon aura bien entendu des conséquences sur nos résultats de recherche. Nous y reviendrons à la fin de ce rapport lorsque nous discuterons des limites de notre étude.

Nous souhaitions également privilégier les femmes enceintes pour la première fois (primipares). Nous souhaitions ainsi discerner plus facilement l'influence de l'information externe sur l'expérience des femmes qui expérimentaient l'accouchement pour la première fois. Trois des femmes rencontrées en phase exploratoire à Montréal ne répondaient pas à ce dernier critère. Leur discours s'avérant fort instructif, nous avons choisi de les intégrer à notre corpus d'analyse.

Les entretiens

Deux professionnelles de recherche, l'une à Montréal et l'autre à Vancouver ont effectué les entretiens. Un premier travail d'équipe a permis d'élaborer les principaux thèmes à couvrir pendant l'entretien. La grille d'entretien ainsi établie servait de point de départ à la rencontre tandis que de nouvelles questions émergeaient tout au long de l'entretien en fonction du discours des participantes. Nous avons dans un premier temps testé la grille à Montréal auprès de cinq femmes et l'avons réajustée en fonction d'une analyse préliminaire des données. Nous avons ensuite effectué une quinzaine d'entrevues additionnelles à Montréal avant de traduire la grille en anglais et de former la professionnelle de recherche à Vancouver. La formation de cette dernière fut assurée par les membres de l'équipe de Vancouver.

Tous les entretiens à l'exception de deux (la participante n'ayant pas consenti à l'enregistrement des entretiens, ils ont été retranscrits le plus complètement possible pendant l'entrevue) ont été enregistrés et transcrits par la même personne à Montréal. Ils ont été ensuite remis aux participantes pour validation des informations, corrections ou précision au besoin. De Vancouver, on acheminait une copie de l'enregistrement des entrevues vers Montréal. Une fois la transcription faite, la responsable des entretiens à Montréal la révisait et discutait avec celle de Vancouver des ajustements à faire, lorsque nécessaire. Si l'on jugeait que des informations manquaient, on comblait ces vides lors du deuxième entretien. Cette façon de faire a permis d'uniformiser la méthode d'entrevue sur les deux sites ainsi que le type d'information à recueillir.

Les professionnelles de recherche ont rencontré chaque femme deux fois, soit 4 à 6 semaines avant l'accouchement et 6 à 8 semaines après cet événement. Les rencontres avaient lieu à l'endroit choisi par les participantes. Sur les deux sites, la majorité des entretiens ont eu lieu au domicile même des répondantes,

quelques uns ont été effectués dans nos bureaux du CLSC Côte-des-Neiges, dans un hôpital de Vancouver ou dans un restaurant.

La rencontre avant l'accouchement visait à mettre en lumière le point de vue des femmes concernant les aspects suivants (annexe II) : le contexte et le vécu de leur grossesse, leurs propres valeurs et leurs attentes face à l'accouchement ; les valeurs entourant la grossesse et l'accouchement véhiculées par leur entourage immédiat telles qu'elles les percevaient (conjoint, parenté, amis(es) intimes, etc.) ; leur compréhension du contenu des cours prénataux et leur opinion face à ce contenu; leur opinion face au contenu de la littérature parcourue au cours de la grossesse; la communication patiente/intervenant responsable du suivi de grossesse (qualité de la communication, discours des intervenants, opinion face aux positions des intervenants et aux services prodigués par ces derniers, etc.). L'entretien se terminait par la collecte de quelques données sur le profil sociodémographique de la participante et de son conjoint tel l'âge, le niveau d'éducation, le pays de naissance et l'occupation actuelle. La seconde rencontre mettait l'emphase sur l'expérience même de l'accouchement et des soins prodigués jusqu'à la sortie de l'hôpital ou de la maison de naissance telle que vécue et perçue par les femmes : description de l'accouchement dans leurs propres termes ; description des soins en post-partum ; adéquation entre leurs attentes et ce qu'elles avaient vécu, entre la préparation à l'accouchement et l'expérience comme telle ; évaluation de leurs expériences, etc.

L'analyse des données

L'analyse a commencé bien avant que tous les entretiens ne soient terminés. Deux personnes dont la responsable des entrevues à Montréal ont lu et relu les premières entrevues. Ces lectures et les discussions qui ont suivi ont permis de dégager les grands thèmes en lien avec nos objectifs de recherche : information, choix, décisions, attentes, expériences d'accouchement, etc. Ces thèmes ont ensuite permis de créer des codes et d'élaborer une grille d'analyse flexible que nous avons réajustée au besoin, à la lecture des nouveaux entretiens (voir annexe III). Les entretiens effectués dans les deux sites ont par la suite été systématiquement codés à l'aide du logiciel ATLAS.TI. Les professionnelles de recherche travaillaient ensemble et par la double codification de certaines entrevues, nous avons pu nous assurer que la codification était rigoureuse.

Suivant la logique de la Théorie ancrée, cet exercice de codification et d'analyse nous a permis de raffiner notre grille d'entrevue. En révélant de nouveaux questionnements, l'analyse nous permettait d'aller tester ces derniers auprès de nouvelles participantes et d'enrichir ainsi le matériel recueilli (Charmaz, 2000). Dans un deuxième temps, l'analyse nous a permis d'effectuer des comparaisons entre les différents groupes de femmes que nous avons rencontrés afin de faire ressortir les différences et les ressemblances entre les points de vue exprimés. Nous avons choisi de comparer systématiquement les points de vue des femmes suivies par des médecins de familles, des obstétriciens et des sages-femmes. Nous avons ensuite fait le même exercice de comparaison entre les femmes de Montréal et celle de Vancouver.

Étant donné qu'il s'agit d'une analyse qualitative, notre but n'était pas de généraliser sur la façon dont les femmes à Montréal ou Vancouver voient l'accouchement, font des choix ou prennent des décisions. Nous avons plutôt fait ressortir les différences et les similarités entre les thèmes émergeant du discours de nos répondantes sur ces questions.

Avant de procéder à l'examen de nos résultats, il convient de présenter le profil de nos répondantes dans les deux sites.

Description de l'échantillon

Comparaison Montréal/Vancouver

En général, les femmes rencontrées sur les deux sites présentent des caractéristiques sociodémographiques assez semblables (Tableau 1). À Montréal, 23 des 26 participantes étaient des primipares et la moyenne d'âge au moment de l'entrevue était d'environ 30 ans. Dix-huit (69%) possédaient au moins un diplôme universitaire, cinq (19%) avaient complété le CEGEP ou obtenu un diplôme professionnel et deux (8%) avaient leur diplôme de secondaire. À Vancouver, toutes les participantes en étaient à leur premier accouchement. La moyenne d'âge des participantes était légèrement plus élevée que celle de Montréal, soit 32 ans. 80% des femmes rencontrées possédaient un diplôme universitaire tandis que deux avaient complété un niveau secondaire (high school). En tout, trois femmes (30%) de Vancouver et cinq (19%) de Montréal n'étaient pas d'origine canadienne. Cependant, sur ce nombre, seulement deux (à Montréal) étaient d'immigration récente (3 ans et moins).

À Montréal, le suivi de grossesse de treize (50%) des participantes a été effectué par des obstétriciens, trois (12%) par des médecins de famille et dix (38%) par des sages-femmes. Deux (8%) avaient également choisi d'avoir recours à une accompagnante. Dix-neuf (73%) ont eu un accouchement vaginal et sept (27%) une césarienne. Sur ce nombre, deux (29%) avaient déjà subi cette intervention lors d'une grossesse précédente. En tout, cinq (19%) ont accouché en maison de naissance et 21 (81%) en milieu hospitalier. Ce nombre inclut toutefois cinq femmes suivies par des sages-femmes, mais qui ont été transférées à l'hôpital pendant l'accouchement. La moitié des femmes de Vancouver étaient suivies par des médecins de famille, tandis que trois (30%) l'étaient par des obstétriciens et deux (20%) par des sages-femmes. On constate également que quatre (40%) des participantes ont eu recours aux services d'une accompagnante. La moitié des femmes a accouché par voie vaginale tandis que l'autre moitié a eu un accouchement par césarienne. Ce haut taux de césariennes en Colombie-Britannique s'explique par le fait que toutes les femmes suivies par des obstétriciens avaient une grossesse à risques élevés. Ce type de grossesse augmente donc les risques de mener à une césarienne et c'est ce qui, dans les faits, est arrivé. Les maisons de naissance n'existant pas en Colombie-Britannique, neuf (90%) femmes ont accouché en milieu hospitalier et une à domicile. Une autre avait également prévu d'accoucher à domicile, mais a choisi d'aller à l'hôpital pour soulager la douleur pendant un accouchement qui s'éternisait.

	Femmes de Montréal	Femmes de Vancouver
Parité	23 primipares 3 multipares	10 primipares
Âge	En moyenne 30 ans	En moyenne 32 ans
Éducation	18 universitaires 5 CÉGEP ou diplômes professionnels 2 secondaires	8 universitaires 2 secondaires
Origine	5 femmes sont nées hors du Canada, mais seulement 3 étaient d'immigration récente (moins de 3 ans)	3 femmes sont nées hors du Canada
Suivi de grossesse	13 obstétriciens 3 médecins de famille 10 sages-femmes	3 obstétriciens 5 médecins de famille 2 sages-femmes
Type d'accouchement	19 accouchements vaginaux 7 accouchements par césarienne	5 accouchements vaginaux 5 accouchements par césarienne
Lieu de naissance	21 à l'hôpital (incluant 5 femmes transférées de la maison de naissance) 5 en maison de naissance	9 à l'hôpital (incluant un transfert du domicile) 1 à domicile

Tableau 1 : Profil des participantes Montréal versus Vancouver

Toutes les femmes suivies par des obstétriciens à Vancouver étaient à risques élevés, c'est-à-dire qu'elles avaient toutes subi une ou plusieurs fausses couches tardives (après le premier trimestre), ce qui n'est pas du tout le cas à Montréal où la majorité des femmes ont choisi d'être suivie par un obstétricien sans que leur grossesse ne présente de risque. De plus, il a été extrêmement difficile de trouver des participantes suivies par des médecins de famille à Montréal. En effet, la majorité des femmes rencontrées n'avaient pas de médecin de famille tandis que celles qui en avaient un se sont toutes vues référées à un obstétricien, leur médecin ne pratiquant plus d'accouchement. Les femmes de Montréal qui ont été suivies par un médecin de famille l'ont été par hasard, souvent référées à ce dernier en appelant à l'hôpital où elles souhaitaient accoucher. C'est dire qu'à Vancouver, l'obstétricien semble davantage considéré comme un spécialiste de la grossesse à risques élevés tandis qu'à Montréal, il est tout simplement considéré comme un spécialiste de la grossesse. C'est aussi dire que la pénurie de médecins de famille qui acceptent encore de faire des accouchements semble plus importante à Montréal qu'à Vancouver et a conduit les femmes, petit à petit, à se tourner vers des obstétriciens (ICIS, 2004).

Comparaison entre les femmes ayant choisi l'hôpital versus la maison de naissance ou le domicile

	Femmes ayant choisi l'hôpital	Femmes ayant choisi la maison de naissance ou le domicile
Parité	22 primipares 2 multipares	11 primipares 1 multipare
Âge	En moyenne 31 ans	En moyenne 29 ans
Éducation	16 universitaires 4 CÉGEP ou diplômes professionnels 4 secondaires	10 universitaires 2 diplômes professionnels
Origine	5 femmes sont nées hors du Canada, mais seulement 3 étaient d'immigration récente (moins de 3 ans)	3 femmes sont nées hors du Canada
Suivi de grossesse	16 obstétriciens 8 médecins de famille	12 sages-femmes
Type d'accouchement	14 accouchements vaginaux 10 accouchements par césarienne	10 accouchements vaginaux 2 accouchements par césarienne
Lieu de naissance	24 à l'hôpital	6 à l'hôpital (transfert de la maison de naissance ou du domicile) 5 Maison de naissance 1 à domicile

Tableau 2 : Profil des participantes ayant choisi l'hôpital versus la maison de naissance ou le domicile

Si nous comparons maintenant les femmes ayant choisi d'accoucher en milieu hospitalier (premier groupe) à celles qui ont accouché en maison de naissance (deuxième groupe), nous constatons quelques différences. La moyenne d'âge des femmes du premier groupe est légèrement supérieure à celle du deuxième groupe soit 31 ans et 29 ans respectivement. De plus, 92% des femmes suivies par des sages-femmes ont un niveau d'éducation universitaire contre seulement 67% des femmes suivies par des médecins. On constate également que 83% des femmes du deuxième groupe ont accouché par voie vaginale alors que ce fut le cas pour seulement 58% des femmes du premier groupe. Ces résultats ne sont toutefois pas surprenants dans la mesure où les sages-femmes ne s'occupent que des accouchements à faibles risques. Finalement, parmi les femmes ayant choisi un suivi avec sage-femme, la moitié ont accouché en maison de naissance (dont

une à domicile à Vancouver) tandis que la moitié de l'échantillon a transféré à l'hôpital soit suite à des complications, soit par choix, pour soulager la douleur pendant des accouchements très longs. Il est à noter que ces résultats ne sont pas tout à fait représentatifs de la réalité. Le taux de transfert des maisons de naissance vers les hôpitaux au Québec se situe plutôt autour de 25%. Nous attribuons ces résultats à la petite taille de notre échantillon.

Lors des entretiens, nous avons également recueilli quelques données sur le contexte social dans lequel s'inscrivaient les grossesses des répondantes ainsi que leur état de santé général. Nous n'avons cependant pas observé de tendances marquées dans un groupe ou dans l'autre. En général, nous pouvons dire que dans la majorité des cas, les grossesses se sont inscrites dans des contextes relativement bons. La majorité des femmes étaient en couple au moment de devenir enceinte et attendaient un bébé voulu et planifié par le couple. Presque toutes travaillaient au moment de devenir enceintes. Certaines ont pu bénéficier d'un arrêt de travail précoce, soit dû à la nature même de leur travail (restaurant, bar, coiffure, etc.), soit pour des raisons de santé (nausées sévères, problèmes de tension ou de diabète de grossesse). Dans les deux groupes également, des femmes ont parlé de leur horaire de travail relativement flexible qui leur avait permis de tenir le coup dans les moments physiquement plus difficile de la grossesse. D'un point de vue socio démographique, nous n'avons donc relevé aucune tendance qui semble caractériser un groupe plus que l'autre. D'ailleurs, si à bien des égards, qu'elles viennent de Vancouver ou Montréal, qu'elles soient suivies par des sages-femmes ou des médecins, toutes ces femmes se ressemblent, elles présentent parfois des visions des lieux de naissance, de l'information, de l'accouchement et des interventions qui diffèrent. C'est ce que nous allons démontrer dans les prochains chapitres.

Chapitre 2

Les tous premiers choix : Lieux de naissance et intervenants

L'un des premiers choix qui s'impose à la femme enceinte est celui du lieu de naissance et du type d'intervenant qui assurera le suivi de grossesse et accompagnera la femme à l'accouchement. Au Québec, la politique de périnatalité stipule que toute femme devrait pouvoir choisir où et avec qui elle souhaite passer à travers cette expérience (Gouvernement du Québec, 1993; CSF, 1993; RNR, 1992). Suivant ce principe, la femme peut choisir d'être suivie par son médecin de famille, un obstétricien ou une sage-femme. Elle devrait également pouvoir choisir entre donner naissance à l'hôpital, à la maison de naissance ou à domicile. En pratique, ce choix est beaucoup plus limité qu'il n'en a l'air. Au moment de l'étude, une femme qui choisissait d'être suivie par une sage-femme n'avait d'autre option que d'accoucher en maison de naissance, l'accouchement à domicile étant encore interdit légalement et les sages-femmes n'ayant pas encore le droit de pratiquer des accouchements en milieu hospitalier¹. De la même façon, une femme qui choisissait d'être suivie par un médecin de famille ou un obstétricien, n'avait d'autre choix que d'accoucher à l'hôpital, ces derniers ne pratiquant que dans ce milieu.

Pour les femmes de la Colombie-Britannique, le choix est différent. Elles peuvent choisir d'être suivie par une sage-femme et d'accoucher à la maison ou à l'hôpital, ces dernières pratiquant dans ces deux milieux. Les maisons des naissances sont inexistantes en Colombie-Britannique. Choisir d'être suivie par un médecin de famille ou un obstétricien, là-bas comme au Québec, se résume à choisir l'hôpital.

Les données qui suivent visent à illustrer la façon dont les femmes suivies par des médecins de famille (MF), des obstétriciens (Ob) ou des sages-femmes (SF) font leur choix dans ces deux contextes. À travers ces choix, nous cherchons également à saisir un peu mieux qui sont ces femmes qui vont vers les médecins et qui sont celles qui se tournent plutôt vers les sages-femmes.

L'intervenant ou le lieu de naissance : deux portes d'entrée dans le système médical

Nos données démontrent que les femmes enceintes pour la première fois utilisent l'une ou l'autre des portes d'entrée suivantes pour assurer leur suivi de grossesse : certaines choisissent le lieu de naissance soit la maison de naissance, le domicile ou l'hôpital et se voit attribuer un intervenant qui pratique dans ce lieu. D'autres recherche un intervenant en particulier et donne naissance dans le lieu où se dernier pratique. Une minorité a eu la possibilité de choisir et le lieu, et l'intervenant qu'elle souhaitait avoir. Nous avons constaté qu'à Montréal, la majorité des femmes rencontrées se met d'abord à la recherche d'un lieu de naissance contrairement à Vancouver où seulement 4 femmes sur 10 ont d'abord choisi le lieu de naissance. Toutes les autres ont, soit choisi un intervenant en particulier ou ont été référées à un intervenant qui a déterminé le lieu de naissance.

Choisir entre l'hôpital et la maison de naissance ou le domicile

Évidemment, nous souhaitons comprendre ce qui détermine que certaines femmes choisissent la maison de naissance ou le domicile tandis que d'autres vont plutôt vers l'hôpital. Nous avons cherché du côté des variables sociodémographiques pour voir s'il existait un type de femmes plus susceptible qu'un autre de choisir un suivi avec sage-femme. Cependant, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, il existe

¹ Il est à noter que vers la fin de notre étude des arrangements commençaient à se faire avec certains hôpitaux pour que les sages-femmes puissent travailler dans ce milieu et que l'accouchement à domicile fut légalisé en mai 2004. (Office des professions, 2004)

peu de différences sociodémographiques entre nos trois groupes de femmes. Nous nous sommes donc tournés vers leurs visions de l'une ou l'autre de ces institutions : hôpital, maison de naissance et domicile et y avons découvert des différences importantes. Voici ce que nous avons pu constater :

Constats :

- ✓ *Contrairement aux femmes suivies par des médecins, les femmes qui ont choisi d'accoucher en maison de naissance ou à domicile, connaissaient l'existence des sages-femmes et leurs compétences avant même de devenir enceinte.*
- ✓ *La perception de ce qui est sécurisant diffère entre les femmes suivies par des sages-femmes et celles suivies par des médecins.*
- ✓ *Alors que les femmes choisissent l'hôpital principalement pour la sécurité que cette institution représente, les femmes se tournent vers les sages-femmes pour plusieurs raisons.*
- ✓ *Les femmes suivies par des sages-femmes ne perçoivent pas l'hôpital comme un lieu qui va de soi pour l'accouchement.*

- ✓ ***Contrairement aux femmes suivies par des médecins, les femmes qui ont choisi d'accoucher en maison de naissance ou à domicile, connaissaient l'existence des sages-femmes et leurs compétences avant même de devenir enceinte.***

En effet, nous avons constaté que la majorité des douze femmes rencontrées ayant choisi la maison de naissance ou l'accouchement à domicile (dans le cas de Vancouver), connaissaient déjà l'existence des sages-femmes avant de devenir enceinte. Joelle et Janet de Vancouver, Wendy, Diane et Valérie de Montréal connaissaient toutes des femmes dans leur entourage qui avaient eu recours aux services d'une sage-femme. Marie, qui avait vécu quelques années en Ontario, avait pris le temps de s'informer de la situation des sages-femmes au Québec avant même de devenir enceinte. Pour Janet (Vancouver) qui travaille dans le milieu de la santé, le choix d'accoucher à domicile en compagnie d'une sage-femme semble avoir été le fruit de réflexions faisant suite à des lectures commencées plusieurs années avant sa grossesse :

I think just with my own personal interest in health and reproductive issues, I've done a lot of reading and I read a book, "For her own good" which is a classic from the 1970's by Barbara Ehrenreich and that was the first kind of introduction to midwifery care and home birth and those sorts of ideas that I had. This was before we were even concerned of having a family and we started considering it and that book popped back in my head and... (...) and I started looking into midwives and seeing whether we could have midwifery care here in BC and kind of went on from there. (Janet, Vancouver, SF)

À l'opposé, certaines femmes des deux autres groupes comme Jasmine (Vancouver, MF), Marylin (Vancouver, Ob), ou Brigitte (Ob) ne connaissaient pas même l'existence des sages-femmes. Elles n'en avaient jamais entendu parler :

Q: Maintenant au Québec, on peut aussi accoucher en maison de naissance et être suivies par des sages-femmes si on veut. Est-ce que c'est quelque chose que tu as envisagé à un moment ou un autre dans ta grossesse?

R: Pas du tout parce que j'ai pas eu d'information là-dessus. Pas toute. (...) ça fait que j'y ai même pas pensé. (Brigitte, Ob)

Quant à celles qui en connaissaient l'existence, elles avaient une idée floue du champ de compétence des sages-femmes. Par exemple, Line (Ob) vient d'une « famille de docteur » et avoue avoir de la difficulté à imaginer accoucher dans un endroit où il n'y aurait pas de médecins. Par ailleurs, après avoir lu pendant sa grossesse sur l'approche des sages-femmes, elle avoue qu'elle aurait peut-être contemplé cette option si elle avait été mieux informée dès le départ. Malgré ses lectures, Line demeure perplexe quant à la capacité des sages-femmes d'intervenir en cas de complications.

Je viens d'une famille de médecins, donc c'est certain que je n'aurais pas été capable d'aller accoucher à une maison de naissance. Mais peut-être à la lueur de toutes les lectures, puis de toutes les rencontres que j'ai faites.... J'aurais des questions à poser à une sage-femme si j'en rencontrais une, si j'allais dans une maison de naissance. Si je déchire jusqu'au rectum, qu'est-ce que tu fais?... On laisse la plaie béante? ... Qu'est-ce qu'elles font dans ce temps-là? (Line, Ob)

Johanna (Vancouver, MF) affirme avoir confiance en la science et n'avoir jamais considéré aller vers des sages-femmes. Elle explique que lors de son échographie, elle s'est avérée être à haut risque de donner naissance à un enfant atteint du Syndrome de Down. Les résultats de certains tests l'ont également conduite à faire une amniocentèse et à passer différents examens en médecine génétique et fœtale. Tout était en ordre, cependant, elle ne peut s'empêcher de se demander si une sage-femme aurait été en mesure de détecter ces choses et de l'orienter vers ces tests.

I trust science in the medical field (laugh). I never thought of a midwife. I'd rather have a doctor. (...). Yes, I'm glad I did because now that I have, I've got very good, I've been treated very well, and if there was anything wrong, then at least a doctor would have kept an eye on it, and if I had started off with a midwife and then they found out that I was at risk for stuff, I probably would have had to start to be seeing a regular doctor. (...). But I don't even know if midwives would sent me through a triple screen [ce qui a sonner l'alerte de risque potentiel pendant la grossesse] or what. (Johanna, Vancouver, MF)

Nos données suggèrent donc qu'une méconnaissance de l'existence même des maisons de naissance, des sages-femmes et de leurs compétences poussent plusieurs femmes à ne pas considérer cette option. En fait, le scénario que nous avons rencontré le plus fréquemment est celui de la femme enceinte pour la première fois qui ne sait absolument pas à quelle porte frapper pour entrer dans le système de santé. D'abord, de plus en plus de médecins de famille n'assurent plus le suivi prénatal et ne pratiquent plus d'accouchement à Montréal, ce qui fait que peu de femmes ont l'opportunité d'être suivies par ce dernier lorsqu'elles deviennent enceintes. Plusieurs, comme Brigitte (Ob), s'informent donc auprès de leur entourage sur la marche à suivre. Dans le cas de Brigitte, on lui suggère tout simplement d'appeler à l'hôpital. Elle choisit, comme plusieurs autres de nos répondantes, l'hôpital situé le plus près de chez elle.

“Au début justement, tu te demandes qu'est-ce qui se passe. Comme c'est pas mon médecin de famille qui va faire le suivi, je me demandais comment ça marche. Je me suis renseignée autour puis ils m'ont dit: “Bien t'appelles l'hôpital”. Ça fait que c'est ce que j'ai fait. Je me suis dit, l'hôpital X parce que c'est le plus proche”
(Brigitte, Ob)

Tout comme Brigitte, Alice (Ob) ne pouvait être suivie par son médecin de famille. Ce dernier a cependant pris l'initiative de la référer à un hôpital en particulier.

“Mon médecin régulier m’a dit: “Va à l’hôpital F pour ton suivi de grossesse.” Je suis allée à l’hôpital F, puis c’est à l’hôpital F que ça s’est fait par la force des choses. J’ai rien choisi là-dedans, là. J’ai suivi le cours...” (Alice, Ob)

Alice ne s’est pas questionnée outre mesure, elle a suivi la suggestion de son médecin. Force est de constater que celles qui n’ont pas encore une idée bien arrêtée de ce qui leur conviendrait ou de ce qu’elles veulent ont bien peu d’informations pour les aider à faire un choix. Elles ne savent ni quoi chercher, ni où aller, ni que faire. Le premier réflexe est de se tourner vers l’entourage immédiat (famille, amies) ou vers le médecin de famille pour se faire guider dans leur choix. Cependant, ce choix reste dicté par l’expérience professionnelle ou personnelle d’un tiers et non pas guidé par une vision précise de la grossesse et de l’accouchement comme, nous le verrons, c’est le cas chez les femmes suivies par des sages-femmes.

Ces constats s’appliquent également aux femmes qui ont d’abord choisi leur intervenant. À Vancouver, outre Jade (MF) qui a choisi un médecin en fonction du fait que la personne en question était une amie, toutes les autres répondantes ont été référées à leur médecin traitant par leur médecin de famille. Donc, tout comme à Montréal, plusieurs médecins de famille ne pratiquent plus d’accouchement. Toutefois, il semble y avoir une tendance à orienter la femme vers une personne en particulier et non pas vers une institution comme dans le cas d’Alice à Montréal.

Ceci dit, nous n’insinuons pas qu’une information additionnelle inciterait davantage de femmes à se tourner vers les sages-femmes. En effet, un autre facteur important entre en ligne de compte dans le choix que font les femmes du lieu de naissance et c’est la notion de sécurité.

✓ ***La perception de ce qui est sécurisant diffère entre les femmes suivies par des sages-femmes et celles suivies par des médecins.***

Nous avons constaté que la notion de sécurité n’était pas perçue de la même façon pour les femmes suivies par des sages-femmes et celles suivies par des médecins. Alice (Ob) explique que tout en connaissant l’existence des maisons des naissances, elle sait très peu de choses quant à leur fonctionnement. Comme plusieurs femmes rencontrées, elle se sent plus en sécurité à l’hôpital où tout est à portée de la main en cas de complications. *L’emphase est donc mise ici sur les complications possibles d’un accouchement* et il apparaît que le meilleur endroit pour faire face à ces dernières soit l’hôpital.

Les maisons de naissances, je savais que ça existait, mais je connaissais pas vraiment... Mais pour un premier bébé, je me sens plus sécurisée à l’hôpital. Parce qu’ils ont toute la technologie, parce que, s’il y a des problèmes, bien je suis déjà sur place... Donc la crainte de l’inconnu, j’aime mieux être dans un endroit où je sais qu’il y a tout à portée de la main. (Alice, Ob)

Pour Jacinthe (Ob), c’est une question de personnalité. Elle affirme ne pas avoir la confiance en elle ou le courage qu’elle imagine nécessaire pour accoucher en maison de naissance. Elle aussi se sent plus en sécurité à l’hôpital.

J’ai entendu parlé, évidemment, de la possibilité d’accoucher en Maison de naissance, mais je trouvais que c’était pas approprié pour moi, parce que je trouve que ça va bien aux femmes qui sont de nature confiante et calme. Moi, j’suis un peu plus (+) de nature angoissée, je trouve... en tout cas, en réfléchissant à mesure de ma grossesse, je suis venue à la conclusion... je suis trop capable d’imaginer tous les problèmes qui peuvent arriver. Ça me sécurise d’être à l’hôpital direct, là. (Jacinthe, Ob)

Il est intéressant de constater que pour les femmes ayant choisi la maison de naissance, la notion de sécurité est également importante et de la même façon qu'Alice et Jacinthe, ces femmes croient que l'hôpital est le meilleur endroit pour intervenir en cas de complications. La différence, cependant, réside dans le fait que *les femmes ayant choisi cette option perçoivent l'accouchement avant tout comme un événement naturel qui se passe bien dans la majorité des cas*. De plus, elles connaissent bien les procédures qui s'appliquent en maison de naissance en cas de complications et se disent totalement rassurées par les liens qui existent entre les maisons de naissances et les hôpitaux.

Pour moi une grossesse, c'est quelque chose de totalement naturelle. Si on est en forme, en santé, il n'y a aucune raison pour laquelle on devrait avoir à rentrer à l'hôpital puis avoir de l'aide médicalisée... Oui, ça peut aller mal, oui, tant mieux s'il y a des hôpitaux pour ça... puis c'est pour ça que ça m'a rassurée de savoir que les sages-femmes étaient jumelées à l'hôpital... mais si tout va bien, j'ai aucune raison d'aller solliciter l'aide d'un médecin; aucune. (Judith, SF)

C'est certain par contre que s'il arrivait quelque chose, je sais que je vais être transférée dans le milieu hospitalier, puis en quelque part, je trouve ça rassurant parce que je sais qu'ils ont l'équipement et qu'ils ont la formation et les compétences, (...). Puis en maison de naissance, t'as comme le meilleur des deux parce qu'on est proche, il y a des protocoles, si jamais il arrive quelque chose, bien je vais être transférée, mais si l'accouchement va bien, bien je vais pouvoir avoir tout ce que je voulais. Ça fait que dans ce sens-là, le partenariat [Maison de naissance/hôpital], je le trouve super intéressant. (Solange, SF)

De plus, il semble que pour les femmes optant pour la maison de naissance, la sage-femme elle-même, en tant qu'individu, incarne la sécurité. Sa compétence professionnelle et la connaissance qu'elle développe de la femme et de ses besoins au fil des rencontres pendant le suivi de grossesse rendent la femme confiante d'être entre bonnes mains.

Ça fait que je ne me sens pas, en mains non expertes ou en terrain inconnu. Je sais que les sages-femmes sont compétentes, je sais qu'elles ont une formation qui est super solide, autant que les infirmières même dans le sens que c'est spécialisé sur la naissance, ça fait que, non, je me sens en sécurité." (Solange, SF)

“Puis je sais que ça va être une de ces deux-là qui va être ma première sage-femme, puis qu'il y en aura une autre qui sera là pour aider, qui sera probablement une que j'ai déjà vue, parce que je les ai déjà toutes rencontrées, donc je les connais, donc c'est la même personne qui me connaît, qui m'a suivie depuis longtemps, qui a mon dossier, (...) c'est, j'ai l'impression d'être dans un terrain familier, où je suis, où on me connaît pour ce que je suis, je ne suis pas juste un ventre qui va accoucher puis le plus vite possible pour faire de la place au prochain, c'est pas ça.” (Renée, SF)

La sécurité est ici incorporée par la personne même de la sage-femme, tandis que pour les femmes suivies par des médecins, la notion de sécurité est désincarnée dans le sens où elle est représentée par une institution, l'hôpital, c'est-à-dire un ensemble d'individus majoritairement inconnus de la femme, relativement interchangeables en terme de compétences et appuyés par une technologie à la fine pointe des connaissances scientifiques.

- ✓ ***Alors que les femmes choisissent l'hôpital principalement pour la sécurité que cette institution représente, les femmes se tournent vers les sages-femmes pour plusieurs raisons.***

“Puis oui, j'suis un peu déchirée entre le fait que j'trouve que l'accouchement est souvent trop médicalisé, mais d'un autre côté, c'est quelque chose qui me rassure. C'est pour ça que pour moi, ça a pas été... j'avais pensé aux maisons de naissance et tout, mais il me manquait ce *gutz-là* (...) Je sais pas comment le dire, là. Fait que toutes ces choses-là, ces méthodes un peu alternatives pour l'accouchement, je m'y suis moins intéressée un peu, mais tout en pensant que ça peut vraiment convenir à bien des gens, puis que c'est bien que ça existe.”
(Nadine, Ob)

Comme Nadine (Ob), la majorité des femmes qui ont choisi d'accoucher en milieu hospitalier nous ont expliqué ce choix en fonction de l'aspect rassurant de l'hôpital ou de l'ignorance d'autres alternatives. En fait, pour la majorité des femmes rencontrées, le choix de l'hôpital pour accoucher va de soi. À l'opposé, le discours des femmes sur leur choix d'un suivi avec sage-femme est beaucoup plus élaboré et diversifié. Elles ont mille et une bonnes raisons qui justifient ce choix. Elles partagent, entre autre, une vision de l'accouchement comme d'un événement naturel qui doit par conséquent prendre place dans un milieu non médicalisé et non institutionnalisé. Pour Solange (SF) et Judith (SF), il s'agissait aussi d'une affaire de couple. Non seulement voulaient-elles prendre part activement à leur accouchement, mais elles souhaitaient également voir leur conjoint occuper une plus grande place dans la grossesse et l'accouchement, chose que semblait leur permettre l'approche des sages-femmes.

“...mais pour moi, puis pour mon chum aussi, c'était clair que c'était ça [accoucher en maison de naissance] qu'on voulait. (...) pour moi l'accouchement, c'est *pas un acte médicalisé*, en tout cas, dans un premier temps, qui devrait être médicalisé, ça fait que pour moi c'était normal d'accoucher *en compagnie de femmes*, dans un *lieu qui n'est pas institutionnel*, dans un lieu qui est plus familier où moi j'ai une *plus grande part active*, où mon chum aussi a une *part active* qui n'est pas juste d'être à côté de moi et de me tenir la main, où il peut participer, où il est dans le fond aussi important presque que moi dans l'accouchement. (Solange, SF)

Toutes les femmes appréciaient également la qualité et la continuité du suivi offert par les sages-femmes avant, pendant et après l'accouchement. Renée qui en était à sa deuxième grossesse en maison de naissance ne tarissait pas d'éloge sur cet aspect de la pratique des sages-femmes :

“...ce qui était important pour moi, c'était le avant l'accouchement, pendant l'accouchement et après l'accouchement. Et c'est là que je pense que, dans ces trois phases-là, les sages-femmes sont nettement, le service qu'elles offrent est nettement, nettement au-dessus de ce qu'on peut avoir dans le système normal. Et, une des raisons pour laquelle j'accepte de participer à cette étude, c'est parce que je pense que toutes les femmes devraient avoir accès à ça. Et toutes les femmes devraient savoir, connaître la différence de qualité. (Renée, SF)

Un autre aspect souvent mentionné par ces femmes était l'importance qu'elles accordaient au fait de connaître les intervenantes présentes à l'accouchement et d'être connues d'elles :

“...des gens qui vont me connaître quand je vais arriver pour accoucher, ils vont savoir qui je suis, que quand je vais avoir mes moments difficiles, ils vont comme

savoir quoi me dire, comment être avec moi pour que je passe à travers. C'était ça mon choix." (Valérie, SF)

✓ *Les femmes suivies par des sages-femmes ne perçoivent pas l'hôpital comme un lieu qui va de soi pour l'accouchement.*

Ces femmes suivies par des sages-femmes ont également en commun qu'elles perçoivent l'hôpital comme un milieu beaucoup moins confortable et propice à l'accouchement, voire même hostile. Diane qui a commencé son suivi à l'hôpital en attendant qu'une place se libère à la maison de naissance, compare son expérience dans ces deux endroits :

...j'ai beaucoup d'amis qui sont comme Hein! Mais t'as pas peur?! T'es pas à l'hôpital! Et c'est vraiment drôle, c'est vraiment l'inverse, j'avais peur à l'hôpital, je me sentais vraiment poignée, anxieuse, je me sentais, il y avait quelque chose dans mon système nerveux qui vibrait, qui faisait que c'était pas confortable et chaque fois que j'allais là-bas et quand je voyais les chambres d'accouchement puis les petits lits puis les affaires de même, puis c'était vraiment physiquement, mon corps l'acceptait pas. Quand je suis rentrée dans la maison de naissance, mon corps a fait vraiment un gros soupir et toutes mes cellules se sont toutes comme relâchées et puis ça a fait comme ok! C'est là où est-ce que, je me sentais... moins il y avait d'appareils, le plus en confiance que j'étais. (Diane, SF)

Where any other time I've been to a hospital, either I've been in really rough shape or someone else has and hasn't been enjoyable, it hasn't been positive, it hasn't been, you know it's just been quite scary and quite out of control. There's always somebody, there's always a doctor or a specialist who knows what's best and they're going to do that to you without always telling you what they're doing and why they're doing it and you know, they never ask you (laugh) if you think it's a good idea. (Joelle, Vancouver, SF)

Solange (SF), quant à elle, se demande si un accouchement à l'hôpital lui permettrait d'être aussi à l'aise qu'à la maison des naissances pour demander des soins particuliers ou encore d'être aussi libre de ses actions.

“Je ne sais pas si j'aurais pu marcher autant [à l'hôpital qu'à la maison de naissance], ou prendre un bain, ou que mon chum soit, comme couché avec moi en bobettes dans le lit, ou qu'il me fasse un massage. Je ne sais pas, j'aurais eu peur que ces choses-là gênent, alors qu'en maison de naissance, je le sais que ça va moins gêner. Il y a le fait aussi qu'en maison de naissance, je vais me sentir plus à l'aise d'exprimer certaines choses, comme des demandes. En hôpital, bien, je ne sais pas, c'est pas que je me sens intimidée, mais (rire) je ne sais pas, t'es comme plus petit par rapport à la masse puis je ne sais pas si j'aurais eu le courage ou j'aurais été capable de négocier des choses, alors qu'en maison de naissance, bien ça part de toi. Ça fait que c'est un peu pour ça que je préférerais de beaucoup accoucher en maison de naissance. (Solange, SF)

Tout comme Solange, plusieurs avaient l'impression qu'elles devraient se battre avec le personnel médical pour faire les choses à leur façon.

...j'voulais pas prendre le risque d'avoir à tout le temps négocier avec le personnel médical. (Wendy, SF)

L'épidurale, je ne la veux pas. Il y a l'injection, genre la vitamine K que je veux, les gouttes je ne les veux pas. Il y a comme plein de choses que, je ne sais pas, qu'en milieu hospitalier, ça, c'est comme un, c'est comme si c'était naturel que ça soit ça puis que tu dois t'opposer, tu dois signer un refus de traitement, tu dois dire non, je ne le veux pas. À la limite tu dois quasiment justifier tes choix, mais j'ai pas le goût moi, l'accouchement ça va me demander déjà beaucoup, j'ai pas le goût de ces choses-là. Là j'en ai déjà discuté avec ma sage-femme, ça fait que c'est, on sait les deux comment ça va être. (Solange, SF)

Il est intéressant de constater que plusieurs des femmes suivies par des médecins partagent également une vision de l'hôpital comme d'un milieu hostile où il est difficile de faire entendre sa propre voix. Pour Line (Ob), « les hôpitaux, ça reste tellement froid tout le temps pareil. (...) Je ne sais pas pourquoi on ne peut pas faire autrement que de se sentir comme des numéros. » Pour Amélie (Ob), les règles de l'hôpital sont incontournables. Elle craint même que si elle y déroge, elle pourrait recevoir de moins bons soins. Elle compte donc s'adapter en faisant le moins de vague possible parce qu'elle se sent trop vulnérable :

[L'infirmière répond à une question d'Amélie pendant la visite de l'hôpital] « Non, non, non, on prend le bébé, puis le premier bain, c'est pas le papa qui le donne, c'est l'infirmière, puis... » T'sais, c'est vraiment « c'est de même, c'est de même, c'est de même ». Mais là, on est tellement vulnérable, puis moi, ça m'inquiète cet accouchement. J'ai peur un peu de déchirer; la césarienne, j'espère seulement de pas en avoir. Mais là, là, on va être gentil! On va être fin avec eux autres [les intervenants], là, on va s'arranger pour qu'ils nous aiment, là, pour qu'ils nous fassent une bonne job! C'est vraiment comme ça... j'ai envie qu'on me pique bien, j'ai envie qu'on me fasse pas mal... Fait que c'est difficile de mettre des limites, puis de s'affirmer puis de s'imposer finalement, dans tout ça, puis de prendre sa place. J'ai comme pas l'impression que c'est vraiment mon accouchement. C'est un accouchement. Puis ça, j'trouve ça triste. (Amélie, Ob)

Amélie nous ramène à la question de sécurité. Malgré l'image très négative qu'elle présente de l'hôpital, elle se sent trop craintive et vulnérable pour aller du côté des sages-femmes. L'hôpital demeure le lieu le plus sécuritaire malgré sa rigidité.

Cependant, même si des femmes qui ont choisi d'accoucher en milieu hospitalier perçoivent également cet endroit comme un milieu hostile, plusieurs ont confiance qu'elles y seront traitées par des gens compétents qui ne souhaitent que leur bien. Marie-France (Ob), Sandra (MF) et Brigitte (Ob) se disaient tout à fait rassurées après leurs visites des lieux de naissance :

Où est-ce que t'accouches, c'est tout rénové, c'est beau! C'est super beau, les salles d'accouchement! Ça fait que, j'ai fait ouais, ok. Puis l'infirmière avec qui on jasait à la visite, elle était super fine, puis elle t'explique tout, puis, non, non, non, je ne m'inquiète pas pour l'accouchement, (...) tu vois que, ils [les intervenants] sont là.... (Brigitte, Ob)

Encouragée par son accompagnante à présenter un plan de naissance, Jacinthe exprime ses craintes d'arriver à l'hôpital avec un tel document. Elle démontre ainsi que pour elle, ce sont les intervenants qui ont le pouvoir et la connaissance dans cette institution. Cependant, contrairement aux femmes qui ont

choisi la maison de naissance ou le domicile, elle ne remet pas en cause cet état de fait. En bout de ligne, elle fait confiance aux intervenants.

C'est moi qui arrive dans leur milieu à eux [les intervenants], mais avec mon opinion de comment j'veux que ça se passe [exprimé dans son plan de naissance]. Fait que c'est ça que j'avais peur qui soit vu comme intrusif, là, alors que c'est eux les spécialistes, c'est eux qui sont là tout le temps, c'est eux qui en ont vu des milliers d'accouchements. Moi, c'est mon premier. Qu'est-ce que j'suis pour savoir d'avance ce que j'veux, T'sais? (Jacinthe, Ob, accompagnante)

Même si les femmes des trois groupes ne partageaient pas nécessairement la même vision des sages-femmes et de l'hôpital, celles à qui nous avons posé la question appuyaient le développement d'alternatives à l'accouchement traditionnel en milieu hospitalier soit l'accouchement à domicile et la présence de sages-femmes à l'hôpital.

Ce que les femmes en pensent

L'accouchement à domicile

L'accouchement à domicile n'était pas encore une option au Québec au moment de notre étude, mais il était en passe de le devenir. Nous étions donc intéressés à connaître l'opinion des femmes sur cette alternative.

Constats :

✓ *Les femmes des trois groupes sont en faveur de l'accouchement à domicile, mais pas nécessairement pour elles-mêmes.*

Les répondantes à qui nous avons posé la question se disaient en faveur de l'accouchement à domicile comme choix possible pour les femmes. Quant à choisir cette option pour elles-mêmes, les opinions divergent. Pour certaines comme Ingrid (Ob) qui travaille en milieu hospitalier, c'est hors de question. Elle ne se sentirait pas en sécurité à la maison, sachant tout ce qu'elle sait sur les complications possibles. Pour Charlotte (MF, accompagnante) toutefois, qui a également accouché en milieu hospitalier faute de place à la maison de naissance, l'accouchement à domicile est un idéal, un rêve qu'elle considérerait réaliser lors d'une deuxième grossesse à la condition d'avoir une accompagnante et une sage-femme ainsi qu'une grossesse sans complication.

Plusieurs des femmes ayant accouché en maison de naissance dont Marie, Diane et Solange, considéreraient l'accouchement à domicile lors d'une deuxième grossesse. Renée toutefois, se disait pleinement satisfaite et à l'aise à la maison de naissance et opteraient de nouveau pour cette option.

Je suis complètement d'accord pour que ce [l'accouchement à domicile] soit une possibilité, que les femmes aient le choix. Je pense que c'est important qu'elles aient le choix. Est-ce que c'est moi quelque chose qui m'intéresserait? Je ne sais pas, je n'y ai pas vraiment pensé. Je pense que mon conjoint aurait des réticences, mais je, non, c'est important, la maison de naissance, je me sens bien. Je me sens presque comme chez moi, donc, ça ne me dérange pas. (...) Mais bon, si jamais j'ai un autre enfant et que ça devient légal, là certainement je me poserais la question puis je ne suis pas sûre de quelle réponse j'y apporterais. Il faudrait que je fasse plus de recherche, etc. Je ne me décide pas non plus, je ne prends pas la parole de n'importe qui juste pour acquis comme ça. Il faudrait que je me renseigne plus puis

que je vois quels sont les plus et les moins et que j'en parle à mes amis un peu plus en détails, qui ont donné naissance [à domicile en Ontario] puis que je prenne ma décision à ce moment-là puis ça serait aussi une décision à deux qu'il faudrait prendre. Donc, j'ai pas vraiment de réponse à cette question. Mais je pense que c'est très bien que ça soit légalisé et ça devrait l'être. (Renée, SF)

Le confort de la maison, être dans ses choses, ne pas avoir à se déplacer sont les raisons citées qui inciteraient les femmes rencontrées à choisir cette option.

C'est juste le confort, que le bébé naisse chez lui ou chez elle. Même si j'étais extrêmement bien à la maison de naissance, chez moi je suis encore mieux, dans mes choses, prendre un bain dans mon bain, manger ce que je veux dans ma cuisine, me promener toute nue chez moi. Mais s'il fallait que je refasse dans une maison de naissance, je serais bien contente. Ah oui. (Marie, SF)

Parce que j'ai trouvé ça, j'ai trouvé ça un peu pénible, de sortir, monter, t'es comme chez toi dans ton lit, dans tes vêtements confortables puis là il faut, nous il fallait appeler le taxi, l'attendre, préparer les choses, partir, puis là en auto, bien ça fait mal, là, (...). C'est ça, pour retourner, sortir dehors, aller te réinstaller dans un lit là-bas, j'aurais aimé ça que ça soit ici, installée déjà. (...) Surtout pour un deuxième (...). Moi je préférerais être chez moi, là. (...) Parce que c'est ça, je regarde un accouchement comme le mien, il n'y a pas eu de problème. Il n'y a pas eu rien qui nécessitait une intervention médicale, donc à ce niveau-là, je ne vois pas pourquoi ça ne pourrait pas être fait ici. (Solange, SF)

Des sages-femmes en milieu hospitalier

Constats :

- ✓ *Les femmes à qui nous avons posé la question sont en faveur de la pratique sage-femme en milieu hospitalier à condition que cela ne mette pas en péril la spécificité et la qualité du suivi offert par ces dernières.*
- ✓ *La maison de naissance semble occuper une place bien à elle dans le continuum des choix possibles, une place qui ne saurait être remplacée par la possibilité d'accoucher à domicile ou à l'hôpital accompagnée d'une sage-femme.*

- ✓ ***Les femmes à qui nous avons posé la question sont en faveur de la pratique sage-femme en milieu hospitalier à condition que cela ne mette pas en péril la spécificité et la qualité du suivi offert par ces dernières.***

De la même façon que pour l'accouchement à domicile, les femmes à qui nous avons posé la question se disent généralement en faveur de voir les sages-femmes intégrer le milieu hospitalier. Elles expriment cependant certaines inquiétudes quant à la possibilité de maintenir le niveau et la qualité des services offerts par les sages-femmes dans un tel environnement.

En milieu hospitalier, j'ai des réserves. (...) C'est certain qu'au niveau des effectifs, c'est différent aussi. Si c'est pour un accouchement d'une femme à la maison de naissance, t'as 2 sages-femmes, mais c'est quoi le ratio qu'on va avoir en hôpital aussi? Est-ce qu'une sage-femme va devoir accoucher 4 femmes en même temps? Est-ce qu'on va perdre de la qualité, est-ce qu'on va perdre le support qui est dans le fond la raison pour laquelle les femmes vont en maison de naissance? Ça va être

intéressant aussi de voir ça. Je pense que l'idée est pas mauvaise, je pense que ça va être important, mais j'aimerais juste ça voir comment ça va se faire, que ça ne soit pas au détriment des services qui sont rendus dans les maisons de naissance. Parce que sinon on est peut-être mieux de garder ça en maison de naissance, mais en avoir plus, puis à la maison. Que le métier de sage-femme, que la profession ne perde pas sa spécificité pour répondre à des règles, à des quotas d'accouchements par journée ou je ne sais pas quoi, parce qu'on perdrait tout. (Solange, SF)

- ✓ ***La maison de naissance semble occuper une place bien à elle dans le continuum des choix possibles, une place qui ne saurait être remplacée par la possibilité d'accoucher à domicile ou à l'hôpital accompagnée d'une sage-femme.***

Il est également clair pour les femmes ayant opté pour la maison de naissance, que ces dernières doivent être maintenues. L'hôpital ne constitue par une option pour elle, et ce, même si l'accouchement se ferait avec l'aide d'une sage-femme. C'est ce milieu même qu'elles tentent d'éviter en se tournant vers les sages-femmes.

Un autre projet dont j'ai entendu parler, c'est d'avoir les sages-femmes dans le milieu hospitalier. Je suis moins, pour moi, ça ne me conviendrait pas, parce que le milieu hospitalier, c'est là où j'ai un problème, c'est là où je veux justement ne pas avoir à répondre à ces questions, ne pas être sous le contrôle d'un médecin. Je veux être dans un environnement différent, dans un environnement qui est normal, qui n'est pas avec des gens malades. Donc ça, je pense que c'est une possibilité qui est peut-être bonne pour certaines femmes, mais je ne suis pas contre sur le principe, mais pour moi, ça ne correspond pas à ce qu'il me faut. Pour moi, la maison de naissance est pour l'instant une très bonne solution. (Renée, SF)

Les sages-femmes : demande marginale, mais ressource manquante

Tout porte à croire que les sages-femmes sont et continueront d'être en demande (ICIS, 2004). Encore faudrait-il qu'elles puissent répondre à cette demande. Nous avons constaté en effet que huit de nos participantes en maison de naissance sur dix furent d'abord mises sur une liste d'attente avant d'obtenir une place.

Constat :

- ✓ *Les sages-femmes tant à Montréal qu'à Vancouver ne suffisent pas à la demande même si cette dernière est encore marginale.*

Dès que j'ai été enceinte, tout de suite j'ai appelé à la maison de naissance. Il y en a deux à Montréal, mais les deux étaient pleines....Je me disais: "Mon Dieu, il y en a, à la date d'ovulation, ils appellent pour faire leur réservation ou quoi?" (Rire) Fait que finalement, j'ai commencé un suivi avec un médecin de l'hôpital B. (Wendy)

Dans l'attente d'une place en maison de naissance, Wendy, comme toutes les autres, s'est donc tournée vers son entourage à la recherche de conseils pour trouver un bon médecin ou un bon hôpital où accoucher. Contrairement à Wendy, Mireille (Ob) et Charlotte (MF) n'ont pas été rappelées par la maison de naissance. Charlotte s'est donc tournée vers un médecin qu'elle connaissait avant de devenir enceinte.

Cependant, après quelques rendez-vous, il lui est apparu que ce médecin ne partageait pas ses vues sur la grossesse et l'accouchement. Elle s'est donc tournée vers son entourage et a finalement pu rencontrer un médecin qui partageait sa façon de voir. De son côté, Mireille s'est vue référée à un médecin en appelant à la clinique la plus près de chez elle. Bien qu'elle n'ait pas été satisfaite de son médecin, elle a préféré le garder pour limiter les dégâts, explique-t-elle :

C'est vrai que j'ai essayé de changer de médecin, mais je me trouvais quand même c'était hum... j'ai passé beaucoup de visites avec le même médecin et donc, je me suis dit : parce que comme ici, quand on choisit le médecin, ça veut dire « on choisit l'hôpital ». Donc, si je choisis un autre médecin, je suis obligée de changer d'hôpital et comme j'ai déjà fait ces analyses à l'hôpital, donc, je suis obligée de faire transférer toutes mes analyses, donc, je me suis dit « je vais limiter les dégâts! (Petit rire.) (Mireille, Ob)

Tout comme Charlotte et Mireille, Jennifer (Vancouver, MF) n'a pas pu avoir son premier choix qui était d'accoucher à domicile, faute de disponibilité des sages-femmes. Il est cependant intéressant de constater que contrairement au cas de Charlotte et Mireille qui ont dû trouver un autre intervenant par leurs propres moyens, les sages-femmes ont orienté Jennifer vers une pratique de médecins de famille avec qui elles entretenaient une étroite collaboration et qui partageaient une philosophie semblable à la leur:

I wanted to have a midwife, so I called around to the midwife practices in the Vancouver area and all of them were full by the time we came back. I was actually surprised at the small number of midwives in the city. I just expected there'd be more, but they were all full up, so they recommended a doctor practice, which was great. So I got in there and the doctors down there work with the midwives so they have a very similar philosophy. (Jennifer, Vancouver, MF)

Conclusion

On constate donc que dans une société où la majorité des accouchements se fait en milieu hospitalier (ICIS, 2004), il va de soi, pour la majorité des femmes, d'accoucher dans ce lieu. En fait, il existe bien peu d'informations pour outiller les femmes enceintes pour la première fois sur la façon de rentrer dans le système de santé. La plupart des femmes ont le réflexe de se tourner vers leur entourage ou leur médecin de famille 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 reçoive 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?

Comme nous l'avons cependant remarqué, nous n'insinuons pas que plus d'information sur l'approche des sages-femmes et les maisons de naissance mèneraient toutes les femmes à se tourner vers cette option. Nous avons vu qu'il existe des différences de perception importantes entre les femmes qui se tournent vers le milieu hospitalier et celles qui choisissent la maison de naissance ou le domicile, notamment, la perception de ce qu'est un accouchement sécuritaire. 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 sages-femmes se sentent complètement rassurées par le lien qui existe entre la maison de naissance et l'hôpital en cas de complication. Ce lien, en plus du professionnalisme de leur sage-femme et de la relation de confiance qu'elles établissent avec elle, suffit à les sécuriser entièrement. En d'autres termes, ces femmes choisissent d'investir dans une relation plutôt que dans une technologie. Est-ce que

plus d'informations sur l'aspect sécuritaire de la pratique sages-femmes inciterait davantage de femmes à choisir cette alternative? Pas nécessairement. 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'emphase est mise sur le côté naturel de l'accouchement, les complications ne constituant que des exceptions. Chose certaine, peu importe les perceptions ou les raisons qui ont pu influencer la décision d'accoucher en maison de naissance ou en milieu hospitalier, il n'en demeure pas moins que ce tout premier choix aura une incidence sur la préparation et l'expérience d'accouchement, comme nous le verrons dans les chapitres suivants.

Chapitre 3

La recherche d'information comme préparation à l'accouchement

La recherche d'informations constitue une composante importante de la préparation à l'accouchement pour les femmes que nous avons rencontrées. À travers la lecture, les cours prénataux, les discussions avec l'entourage plus ou moins immédiat sur leurs expériences d'accouchement, les rencontres avec les intervenants, les visites des lieux de naissance, les femmes cherchent à comprendre ce qui leur arrive, les changements qui s'opèrent en elles, ce qui les attend à l'accouchement et par la suite comme nouveaux parents (Dyke et saucier, 1997). Elles sont littéralement bombardées d'informations, des informations qu'elles vont tantôt chercher d'elles-mêmes ou qu'elles reçoivent de différentes sources. Avant de pouvoir aborder de front notre question de recherche à savoir dans quelle mesure l'information permet de faire des choix et de prendre des décisions, il convient de faire le point sur le type d'information recherchée, l'importance accordée aux différentes sources d'information disponibles ainsi que le rôle de l'information dans la préparation et le déroulement de la grossesse et de l'accouchement *tel que perçu* par les femmes rencontrées. En parallèle, nous poursuivons notre quête visant à mieux comprendre qui sont ces femmes qui accouchent en milieu hospitalier et en maison de naissance.

Il est à noter que nous n'avons pas effectué de comparaison systématique entre les femmes ayant un niveau d'éducation universitaire et les autres. On peut supposer que l'accès à l'information pourrait varier en fonction du niveau d'éducation des femmes. Cependant, la petite taille de notre échantillon ne nous a pas permis de mettre en évidence des différences notables à cet égard. Les femmes ayant un niveau d'éducation inférieur recherchaient le même genre d'information que les autres. Elles ont eu accès à un éventail de sources d'information et attribuaient à l'information le même rôle que les femmes de niveau universitaire. De là, nous ne pouvons toutefois pas conclure à une absence de différence. Des recherches additionnelles mettant l'accent sur la variable éducation sont donc souhaitables pour nuancer le portrait que nous proposons ici.

Les informations recherchées : Quelles sont-elles?

Cette catégorie d'analyse se penche sur le genre d'information que recherchaient les femmes enceintes rencontrées. Quels thèmes les intéressaient? Quelles étaient leurs préoccupations? Les répondantes, tant de Montréal que de Vancouver, se préoccupaient de leur santé physique (comprendre les petits malaises et les maux rencontrés pendant la grossesse); de connaître les étapes de l'accouchement et pour certaines de mieux comprendre l'accouchement naturel (c'est-à-dire avec le minimum d'interventions possibles); des exercices physiques (préparatoires, de remise en forme ou ce qu'il est permis de faire pendant la grossesse); du développement du bébé pendant les 9 mois de gestation; des changements qui s'opèrent dans le corps de la femme; des expériences concrètes vécues par d'autres femmes; de l'allaitement; des soins à apporter au bébé après l'accouchement; des interventions possibles pendant l'accouchement; des façons médicalisées ou non de gérer la douleur; du fonctionnement du lieu de naissance et de ses routines et finalement du rôle de parent qui les attendait. De ce thème sont ressortis quatre constats :

Constats

- ✓ *Qu'elles soient suivies par des médecins ou des sages-femmes, les femmes ont à peu près toutes les mêmes préoccupations pendant la grossesse.*
- ✓ *Les femmes des trois groupes se préoccupent du fonctionnement de l'hôpital et de ses routines.*
- ✓ *Les informations sur les aspects psychologiques et émotifs de la grossesse et de l'accouchement semblent insatisfaisantes.*

✓ *Les femmes déploient beaucoup d'efforts pour trouver de l'information sur des situations qui les préoccupent.*

✓ ***Qu'elles soient suivies par des médecins ou des sages-femmes, les femmes ont à peu près toutes les mêmes préoccupations pendant la grossesse.***

Du côté des femmes suivies par des médecins de famille ou des obstétriciens, les thèmes qui reviennent le plus souvent sont ceux de la santé physique, du développement de l'enfant pendant la grossesse, de l'accouchement comme tel et de l'allaitement. Il est intéressant de constater que plusieurs d'entre elles avaient recherché de l'information sur les façons non médicalisées de gérer la douleur, par l'exercice, la relaxation et la respiration. Charlotte (MF) et Mireille (Ob), qui n'ont pas eu la possibilité d'accoucher en maison de naissance faute de place, ont lu un livre sur l'accouchement naturel, écrit par une sage-femme.

Du côté des femmes suivies par les sages-femmes, ce sont les informations sur l'accouchement naturel qui semblent avoir le plus capté l'attention des participantes à l'étude. Le développement de l'enfant, l'allaitement ainsi que la santé physique de la mère semblaient également préoccuper une majorité d'entre elles. Nous avons également rencontré dans ce groupe, des femmes qui, comme Solange, ont avoué avoir systématiquement éliminé toutes les informations qui concernaient des complications possibles pendant la grossesse ou à l'accouchement. En parlant du livre, *Une naissance heureuse*, d'Isabelle Brabant (sage-femme), elle explique :

C'est pas un livre pour former des médecins, c'est un livre pour former des mères. Puis former, c'est même pas le mot dans le fond, c'est un livre pour rassurer, pour que les femmes, je ne sais pas, reprennent du pouvoir ou reprennent conscience que c'est quelque chose qui se passe depuis tellement longtemps qu'à part quelques décès malheureux qui surviennent, je veux dire, que c'est un événement naturel puis qu'on n'a pas à stresser puis à faire 25 millions de tests avant, ou à passer 8 échos ou t'sais, de juste se calmer. Moi en tout cas, c'est ce que je cherchais dans les livres, ça fait que les livres qui me parlaient de tout ce qui peut arriver, je les ai moins aimés, je les ai mis de côté. (Solange, SF)

✓ ***Les femmes se préoccupent du fonctionnement du lieu de naissance***

Plusieurs des répondantes ayant choisi d'accoucher en milieu hospitalier se préoccupaient de connaître le fonctionnement de l'hôpital, à savoir quelles interventions de routine on y pratiquait d'emblée et lesquelles faisait-on sur demande, afin de mieux se préparer à toutes les éventualités et de pouvoir se positionner au besoin par rapport aux choix possibles. À l'obstétricien qui assure le suivi de sa grossesse, Ingrid (Ob) demande : « Est-ce qu'on fait une épisiotomie d'emblée? Est-ce que j peux manger pendant que j suis en travail? Est-ce que j suis obligée d'avoir un soluté tout de suite aussitôt que j arrive? Est-ce que j suis obligée d'être *monitorée* avec le truc sur le ventre sans arrêt? » Elle explique : « J'avais envie de savoir où eux [les intervenants], ils se situaient. J me disais : s'ils se situent dans quelque chose dans laquelle j suis pas bien, j'ai mon mot à dire, puis j le dirai. C'est tout. J voulais juste savoir comment me préparer à ça. » (Ingrid, Ob)

Cette préoccupation rejoignait également les femmes suivies par des sages-femmes. Ces dernières n'étaient pas tant intéressées à connaître le fonctionnement de la maison de naissance, lieu qu'elles connaissent généralement très bien au moment de l'accouchement pour y avoir fait tout leur suivi de grossesse. Elles se préoccupaient davantage du fonctionnement de l'hôpital qui les accueillerait en cas de transfert. Joelle, l'une

de nos répondantes de Vancouver qui avait choisi l'accouchement à domicile, a trouvé très utiles les informations reçues en cours prénataux au sujet du fonctionnement du milieu hospitalier. Cela lui a permis de visualiser ce qui se passerait dans l'éventualité où elle devrait se rendre à l'hôpital :

I would say she [the instructor] did a fantastic job of talking about the different interventions that are possible (...), what people would be in the room if you were to have an episiotomy or if you were to have a c-section, so that you don't end up at the hospital and all of a sudden there's all sorts of different surgeons and extra support people in the room and you had no idea about that, (...) so that was, I would say that would be very useful information. (Joelle, Vancouver, SF)

✓ ***Les informations sur les aspects psychologiques et émotifs de la grossesse et de l'accouchement semblent insatisfaisantes.***

Tant à Montréal qu'à Vancouver, des femmes des trois groupes ont mentionné le manque d'information sur les aspects plus psychologiques et émotifs de la grossesse et de l'accouchement. Amélie (Ob) souligne : « J'trouve que tout l'aspect psychologique de dire à la femme « fais-toi confiance, t'es faite pour ça, ton corps est fait pour ça », ça, ça manque. Ça manque énormément. » Janet (Vancouver, SF) parle également du manque d'information sur les aspects plus spirituels ou émotifs de la naissance :

beyond kind of making decisions of what is the safest sort of birth, and as natural sort of birth and what needed to happen for that, I was looking for more information that was not so much on the medical side of pregnancy. I was looking more for the, not the spiritual aspects of birth, that's not quite the right word, but it's the closest. I see pregnancy and the whole process of labour and delivery as being a big transition in your life, and it's almost like going through an initiation to motherhood. And finding literature on that is actually very difficult, I found. (Janet, Vancouver, SF)

Pour Judith (SF), la littérature néglige la paternité, la vie de couple et la vie après l'accouchement, tandis que Line (Ob) aurait souhaité davantage d'informations sur la vie sexuelle du couple. Finalement, Mylène (Ob) souligne non pas le manque d'informations sur ce sujet, mais plutôt la façon infantilisante avec laquelle la littérature traite de ces aspects :

Pas que j'suis pas intéressée à l'aspect plus (+) humain, là, mais c'est la façon dont la littérature, souvent, traite cet aspect-là que j'trouve euh... moins intéressant ou des fois infantilisante (...) Y a le niveau de langage ... J'ai d'la difficulté à verbaliser (...). C'est vraiment une perception générale, des fois, en lisant un livre ou (...) quand j'parle de médical, c'est qu'y a une espèce d'objectivité, puis dans d'autres livres où y a une approche plus psychologique où on peut être objectif tout en ayant une approche plus psychologique, mais souvent, j'trouvais que ce l'était pas, objectif. Y avait comme une façon de voir les choses « bon, ça c'est pas bien, exemple, dire : il faut absolument pas laisser dormir son bébé, même pas une journée dans sa chambre, à côté de son lit ». T'sais, c'est... quand c'est pas pondéré, ça m'achalle, là, T'sais. Quand c'est des jugements, là. Ce qu'on retrouve moins, j'trouve, quand on traite d'un sujet de façon médicale (...). (Mylène, Ob)

- ✓ ***Les femmes déploient beaucoup d'efforts pour trouver de l'information sur des situations qui les préoccupent.***

Dans tous les cas, les femmes s'intéressaient aux informations générales, mais également celles plus spécifiques qui les concernaient tout particulièrement. Nous avons été impressionnés de constater l'énergie et les ressources qu'elles étaient prêtes à déployer pour trouver réponse à leurs questions. Par exemple, après avoir reçu des résultats limites pour un test de diabète de grossesse, Amélie (Ob) décide de téléphoner à l'Association des diabétiques du Québec pour savoir ce qu'il en retourne exactement :

Bien j'ai appelé... j'ai appelé l'association des diabétiques du Québec, pour demander : «c'est quoi l'intolérance au glucose? Comment on différencie le diabète de l'hypoglycémie? J'avais compris, c'était quoi. On sécrète plus (+), en fait, de sucre, pendant la grossesse à cause du placenta, puis le placenta fourni pas toujours assez d'insuline. C'est pour ça qu'y a du diabète de grossesse. Mais l'intolérance au glucose, c'est vraiment juste une... c'est une des variables sur 3, donc j'ai pas à me piquer, j'ai pas eu de suivi comme tel, mais fallait vraiment que je... que je réévalue toute, toute mon alimentation. (Amélie, Ob)

De la même façon, Jade (MF) qui est épileptique, voulait s'assurer que cela ne serait pas un problème pendant l'accouchement.

I know that really epilepsy isn't, is not necessarily going to be a factor in terms of seizure activity when I'm in labour. I've talked to my doctor about that, I've talked to midwives, I've talked to the instructors, and stuff like that. Kind of just searching that out like you know, have they seen women in labour have seizure and the chances of it or you know, those kind of things. (Jade, Vancouver, MF)

Les sources d'information

Ce thème visait non seulement à identifier les différentes sources d'information qu'utilisaient nos répondantes, mais également à déterminer quelle source devenait prépondérante lorsque des informations semblaient se contredire. Notre analyse nous a menés aux constats suivants :

Constats

- ✓ *Les femmes utilisent plusieurs sources d'information.*
- ✓ *L'expérience concrète de l'entourage permet de 1) relativiser l'information obtenue dans les livres, 2) d'orienter les choix de certaines répondantes et 3) de compenser pour l'absence de ressources.*
- ✓ *Le rôle d'informateur des médecins est perçu comme étant plus limité que celui des sages-femmes et des accompagnantes.*
- ✓ *Devant des informations contradictoires ou qui ne leur conviennent pas, les femmes se tournent vers leurs valeurs, leur intuition ou leur instinct pour prendre des décisions et faire des choix.*

- ✓ ***Les femmes utilisent plusieurs sources d'information.***

Qu'elles soient de Montréal ou Vancouver, suivies par un médecin ou une sage-femme, la lecture semble constituer une source importante d'information pour nos répondantes. Certaines se sont contentées des dépliants qu'on leur remettait lors des visites prénatales ou dans les cours prénataux. La majorité cependant

a aussi fait des démarches pour se procurer des livres de toutes sortes. Certaines ont également recherché des informations sur Internet. Il existe peu de différences marquantes entre nos groupes au sujet de la lecture sinon la raison pour laquelle certaines femmes ont choisi de lire peu. Alors que certaines femmes suivies par des médecins de famille ou des obstétriciens trouvaient qu'après un livre, les informations devenaient redondantes et ne voyaient donc pas la pertinence de lire davantage (Sandra, MF; Sophie, Ob; Brigitte, Ob), d'autres suivies par des sages-femmes ont avoué ne pas avoir lu beaucoup pour éviter les informations négatives (sur les risques de l'accouchement) ou laisser libre cours à leur instinct pendant l'accouchement (Diane; Solange; Vivianne).

Comme le recrutement se faisait majoritairement à l'intérieur des cours prénataux, toutes les femmes rencontrées ont également obtenu des informations par ces cours. À Montréal, les cours sont offerts dans les maisons de naissance pour les femmes suivies par des sages-femmes et dans les CLSC pour les autres. Certaines de nos répondantes suivies par des sages-femmes avaient déjà assisté au cours prénataux donnés dans les CLSC avant d'obtenir une place en maison de naissance (Wendy, SF; Nicole, SF). Elles ont donc participé à deux séries de cours. On remarque une plus grande variété de cours à Vancouver. Ces derniers sont offerts dans des centres prénataux ou en milieu hospitalier. Les femmes peuvent suivre les cours du soir à la semaine, comme dans le cas de Montréal, ou encore opter pour une journée intensive ou une fin de semaine de cours. Plusieurs nous ont également parlé d'un atelier spécifiquement dédié à l'allaitement maternel.

Les répondantes de nos trois groupes de femmes ont apprécié les cours surtout pour l'occasion qu'ils donnaient aux couples de rencontrer d'autres couples vivant la même situation et de partager des expériences concrètes. Plusieurs ont également avoué qu'ils représentaient une occasion pour leur conjoint de s'informer, ces derniers s'adonnant moins spontanément à la lecture. Certaines, comme Caroline (Ob), ont dit les avoir appréciés parce qu'ils leur procuraient un moment dans tout le brouhaha quotidien pour s'arrêter et réfléchir à leur grossesse et à ce qu'elles vivaient. Si les cours se sont avérés moins informatifs pour celles, qui comme Amélie (Ob) et Nadine (Ob) avaient beaucoup lu, d'autres comme Janet (Vancouver, SF), ont avoué avoir appris plus que ce à quoi elles s'attendaient. Pour la majorité cependant, les cours prénataux n'ont pas constitué la source d'information la plus importante.

✓ ***L'expérience concrète de l'entourage permet de 1) relativiser l'information obtenue dans les livres, 2) d'orienter les choix de certaines répondantes et 3) de compenser pour l'absence de ressources.***

L'entourage constituait pour plusieurs femmes de nos trois groupes, une source importante d'information. Les femmes qui avaient des sœurs, belles-sœurs ou amies qui avaient déjà des enfants ou avait accouché récemment, trouvaient très utile de discuter et d'échanger avec elles. Seules deux de nos répondantes soient Judith (SF) et Jennifer (Vancouver, MF) ont été confrontées à un entourage qui ne partageait pas nécessairement leur vue et qui donc ne s'est pas avéré une source d'information qu'elles ont considérée. « Il y a beaucoup de filles, quand elles me parlent, je ne les écoute même pas, parce que je veux dire, ça ne colle pas à ma réalité. » (Judith, SF)

Outre ces deux cas, plusieurs faits intéressants ressortent de nos données sur l'entourage comme source d'information. Le premier est qu'un tel entourage permet de relativiser ce qu'on retrouve dans les livres. De l'avis de plusieurs femmes, l'information présentée dans la littérature est souvent théorique et rigide. Elle donne l'impression qu'il n'y a qu'un scénario possible tandis que l'expérience d'autres femmes est concrète et permet de connaître d'autres scénarios et de nuancer la théorie. Elle renvoie également les femmes à leurs propres valeurs.

Ce qui est intéressant avec les témoignages de gens qui ont eu des enfants, c'est que ça te fait relativiser aussi quand même tout ce que tu lis. Parce que bon, tu lis des affaires qui sont quand même très rigides. C'est ça, puis c'est de cette façon-là que ça fonctionne et tout, vous devez faire ci, vous devez faire ça pour maximiser ou gna, gna, gna. Fait que t'sais, tu lis des choses théoriques qui te donnent une ligne directrice, mais les témoignages de gens t'apprennent aussi que c'est à toi de voir puis il faut que tu te fasses confiance aussi. Ton bébé, toi, il sera peut-être pas prêt ce mois-ci pour faire telle affaire. Ça te montre qu'il existe une flexibilité, là, dans tout ça, que t'es pas obligée de prendre tout au pied de la lettre non plus, puis de te faire confiance, puis de respecter aussi ce que tu penses puis tes valeurs aussi, là. (Nadine, Ob)

Deuxièmement, nous avons pu constater que dans certains cas, les expériences positives ou négatives vécues par leur entourage pouvaient amener les femmes à faire des choix importants. Par exemple, ce sont les expériences négatives de leur mère avec le milieu hospitalier qui ont incité Wendy et Janet à se tourner vers les sages-femmes pour accoucher.

Well she had very, I guess typical for the late 60's early 70's sort of birth stories where she was in the hospital, was very controlled by the physician, she wasn't allowed to move around, she wasn't even allowed to touch her stomach, they ended up strapping down her hands, she was told to not make noise, and those sorts of things, and it just didn't feel or sound right to me, and yes, that may be what influenced me to look for something different for myself, definitely. Because she said herself it wasn't a satisfactory experience. (Janet, Vancouver, SF)

Finalement, pour certaines, comme Sandra (MF) et Marie-Élisabeth (SF), l'entourage a joué un rôle important en l'absence d'autres ressources. Par exemple, c'est une amie qui a montré à Sandra comment sevrer son enfant. C'est encore cette même amie qui l'a rassurée lorsqu'elle a eu des caillots de sang de retour à la maison après l'accouchement. Si Sandra est très reconnaissante de l'aide apportée par son amie, Marie-Élisabeth est plus critique. Elle a été frappée par le peu d'informations disponibles sur les choix possibles de lieux de naissance, d'intervenants et finalement sur le fonctionnement du système de santé pour les femmes enceintes. Elle explique avoir été dérouterée en début de grossesse, ne sachant à quelle porte frapper pour rentrer dans le système de santé et assurer le suivi de sa grossesse. C'est finalement une amie qui l'a orientée vers un gynécologue. Elle croit cependant que le recours à l'entourage ne devrait pas être la voie à prôner pour la recherche d'information.

Je trouve ça drôle qu'on soit obligé aussi de se fier sur notre entourage et tout ça. Les gens ont leurs enfants de plus en plus tard, puis, on n'en a pas non plus beaucoup, ce qui fait qu'à quelque part, le réseau est assez petit. Comme par exemple dans mes amis, je suis parmi les premières à avoir un bébé puis pourtant j'ai 26 ans, je ne suis pas si jeune que ça. Ce qui fait que les réseaux ne sont pas, c'est pas aussi évident, que peut-être ça pourrait l'être si les familles étaient plus nombreuses ou peu importe. Je ne trouve pas que c'est la voie qui devrait être prônée pour trouver des ressources, parce que c'est ça, des accouchements puis des grossesses il n'y en pas tant que ça dans la vie des gens. Je trouve ça plus embêtant. (Marie-Élisabeth, SF)

✓ *Le rôle d'informateur des médecins est perçu comme étant plus limité que celui des sages-femmes et des accompagnantes.*

En ce qui concerne l'information obtenue des intervenants et intervenantes, on note une distinction entre le rôle informateur des sages-femmes et des accompagnantes, des médecins de famille et des obstétriciens. Alors que les sages-femmes semblent constituer une source d'information importante, le rôle informateur des médecins de famille et des obstétriciens semble plus limité.

Si la majorité des femmes suivies par des obstétriciens trouvaient ces derniers gentils, sympathiques et rassurants, seulement quatre d'entre elles ont affirmé se sentir complètement à l'aise de poser des questions. La plupart avaient l'impression, pendant les rencontres de suivi de grossesse, que l'échange devait se faire rapidement parce que le temps manquait. Certaines, comme Nathalie (Ob) et Caroline (Ob), ont déploré le fait que le médecin ne donne jamais plus d'information que ce qui est nécessaire et surtout qu'il n'aille jamais au devant des questions. « Il [le médecin] t'aide et on te donne l'information si tu le demandes, mais il n'élabore pas assez. Il ne va pas sur des points spécifiques, il tourne les coins ronds. » (Nathalie, Ob). Ce que cette situation a de déplorable, selon Caroline, c'est que « Tout le monde n'est pas toujours débrouillard pour aller chercher par soi-même toutes les informations. » (Caroline, Ob). Ingrid, qui travaille dans le milieu de la santé, ne se faisait pas d'illusion :

C'est sûr que les médecins sont toujours ouverts à répondre. C'est sûr que quand c'est du stress vague, y ont pas le temps, ils nous feront pas une consultation psychiatrique, là, y ont pas le temps pour vraiment montrer une empathie qui irait creuser, là, des interrogations vagues, de l'anxiété vague. C'est sûr que c'est pas les personnes pour ça, malheureusement, ils ont pas le temps, là. Je sais pas si ça les excuse, mais en tout cas, ça fonctionne comme ça présentement. Mais si t'as des questions précises, puis si t'as vraiment des anxiétés précises, des stress précis par rapport à des interrogations qui sont ciblées, ça, ils sont bien ouverts à répondre. Ils prennent le temps de répondre. (Ingrid, Ob)

La situation est semblable du côté des médecins de famille. Ici aussi, les femmes rencontrées ont majoritairement l'impression que le médecin dispose de peu de temps pour répondre à leurs questions. Plusieurs ont avoué se tourner davantage vers les infirmières des cours prénataux. Fait très intéressant, la moitié de notre échantillon de ce groupe (soit 4 femmes sur 8) avait également choisi d'avoir une accompagnante. De leurs propres aveux, cette dernière constituait donc une source d'information plus importante que le médecin (Julia, MF; Jennifer, MF; Jade, MF; Charlotte, MF).

Il faut également mentionner que les répondantes de Vancouver provenaient toutes de la clientèle d'une même équipe de médecins de famille qui organisait régulièrement un « Meet-the-doctors' night ». L'équipe de médecins se réunissait pendant une soirée avec toute la clientèle enceinte du moment, pour répondre aux questions et donner aux femmes l'occasion de rencontrer tous les médecins susceptibles d'être de garde le jour de leur accouchement. Les répondantes concernées ont fort apprécié le caractère convivial et informatif de cette soirée (Johanna, MF; Jasmine, MF; Julia, MF; Jennifer, MF; Jade, MF).

Finalement, le suivi des sages-femmes semble offrir un contexte plus favorable à la discussion et à l'échange d'information. Tant à Montréal qu'à Vancouver, les femmes visitent leur sage-femme une fois par mois et cette visite dure en moyenne une heure. Il s'établit alors une relation de confiance où la femme se sent tout à fait à l'aise de poser toutes les questions qui lui viennent en tête sans peur d'être jugée ou de déranger.

« Les rencontres avant, avec nos sages-femmes, donc pendant la période de la grossesse, c'est une heure si on a besoin, et puis c'est, chacun pose des questions, on a le droit de poser des questions, on n'est pas pressé par le temps, on a, on parle de ce qu'on veut, donc on a plus (+) parlé » (Renée, SF)

Les répondantes qui, comme Vivianne (SF) et Wendy (SF), ont eu l'occasion d'expérimenter des rencontres avec un médecin d'abord et une sage-femme ensuite ont constaté une différence à cet égard. Le temps alloué aux rencontres et la relation intime que cela permet de développer avec l'intervenante ressortent comme les facteurs importants permettant cet échange d'informations.

« D'abord à la clinique on attend longtemps, jusqu'à 3 heures et c'est un peu difficile. C'était une bonne gynécologue, mais la rencontre a duré 20 minutes. C'est pas comparable à 1 heure et demi. Tu veux poser des questions, mais tu sais que toutes ces autres femmes attendent aussi, donc tu n'oses pas prendre trop de temps. Tu n'es pas à l'aise pour poser des questions. » (Vivianne, MF)

Les échanges ne se limitent pas non plus à la condition physique de la femme. Pour reprendre les termes de Ingrid (Ob), citée plus haut, il semble que les sages-femmes disposent de plus de temps pour discuter des « anxiétés vagues » de leurs clientes.

Mais là, le rendez-vous avec la sage-femme, c'est toujours une heure. Fait que pendant une heure, bien on parle, c'est ça, de l'accouchement, on parle de l'allaitement, on parle de la vie de tous les jours, comment ça se passe, qu'est-ce que j'ai envie, comment j'vois ça, euh... tous les menus détails qui se sont passés. Peut-être que si j'avais duré avec le médecin, peut-être que ça aurait... que ce serait venu à ça parce que là, au début de grossesse, y a moins de questions. Peut-être. Mais euh... en tout cas, moi, j'étais déçue parce que j'me trouvais devant un bloc de glace puis aucune information à me donner, t'sais? (Wendy, SF)

✓ ***Devant des informations contradictoires ou qui ne leur conviennent pas, les femmes se tournent vers leurs valeurs, leur intuition ou leur instinct pour prendre des décisions et faire des choix.***

Mais qu'arrive-t-il quand toutes ces sources ne s'entendent pas, que des informations semblent contradictoires ou qu'elles vont à l'encontre des valeurs profondes des femmes ou de leur façon de voir? Nos données suggèrent qu'en dernier lieu, les femmes recherchent l'expertise qui confirme leur intuition, leur instinct ou leurs valeurs propres que cette expertise soit la littérature, le médecin, la sage-femme, l'accompagnante ou encore l'entourage. Line (Ob) qui en est à son deuxième accouchement en milieu hospitalier a beaucoup souffert de ne pas pouvoir manger pendant le travail lors de sa première expérience. Elle croit que sans en être la cause directe, cela a contribué à conduire à la césarienne qu'elle a subie et dont elle essaie de se guérir psychologiquement avant son prochain accouchement. Elle a lu dans des livres que manger n'est pas contradictoire avec le travail. Elle se propose donc, cette fois-ci de « se payer tout un snack » avant de se rendre à l'hôpital. Elle opte donc pour un compromis entre son besoin de manger et les règlements de l'hôpital. Face aux informations contradictoires qu'elle reçoit sur l'allaitement, Jennifer (Vancouver, MF) se tourne vers l'expertise de son accompagnante qui correspond davantage à ses propres vues sur le sujet.

And again I was told another story about how to breastfeed and what the best way of doing it is, and so I just listened and smiled and said ok, thank you very much

and I just kept doing what my doula said. *Because that made the most sense to me.*
(Jennifer, Vancouver, MF)

Sandra (MF) qui est très sportive, a continué de faire du vélo pendant sa grossesse malgré les conseils de son médecin de famille : « quelqu'un qui n'a jamais fait de vélo, il ne commence pas à faire du vélo enceinte, mais moi j'en avais fait beaucoup, ça fait que j'ai juste diminué. Puis, je suis quelqu'un d'instinctif, ça fait que si je ne m'étais pas senti à l'aise, je n'en aurais pas fait... » (Sandra, MF). Qu'elles soient suivies par un médecin ou une sage-femme, plusieurs de nos répondantes nous ont affirmé qu'en bout de ligne, il faut prendre l'information qui est bonne pour soi et laisser faire le reste. Il faut suivre son intuition :

C'est vrai que j'ai lu les dépliants, les petites idées par-ci, par-là. Je prends bien sûr des idées, mais *je prends ce que je veux et je laisse ce que je veux.* (Mireille, Ob)

Too much knowledge, c'est pire, parce qu'on met de côté notre intuition et on met de côté notre instinct puis dans le fond ça fait des millions d'années que les femmes ont des enfants... (Diane, SF)

Donc, si l'information renseigne et permet de se « faire une tête », les valeurs profondes des femmes ainsi que la fiabilité perçue des sources d'information lui font concurrence dans le processus décisionnel. En d'autres termes, les femmes n'utilisent pas l'information sans lui apporter un certain jugement critique modelé par leur confiance envers les sources d'information et leurs convictions profondes.

Rôle de l'information

Cette catégorie d'analyse explore la façon dont les femmes perçoivent le rôle de l'information dans la préparation et le déroulement de l'accouchement. Tant à Montréal qu'à Vancouver, le rôle que les femmes attribuent à l'information sur la grossesse et l'accouchement est varié, mais on remarque une emphase différente selon que les femmes sont suivies par des sages-femmes, des accompagnantes ou des médecins. Les données recueillies nous ont permis de faire les constats suivants :

Constats :

- ✓ *Les femmes suivies par des médecins de famille ou des obstétriciens recherchent de l'information avant tout pour se rassurer.*
- ✓ *Les notions de choix et décisions comme rôle de l'information apparaissent beaucoup plus nettement dans le discours des femmes suivies par des sages-femmes ou des accompagnantes que dans celui des femmes de l'autre groupe.*
- ✓ *Tout groupe de femmes confondu, certaines répondantes ont eu l'impression que la façon de transmettre l'information pouvait 1) créer des peurs, 2) culpabiliser ou 3) induire chez la femme, les comportements souhaités par les intervenants.*

- ✓ ***Les femmes suivies par des médecins de famille ou des obstétriciens recherchent de l'information avant tout pour se rassurer***

De la même façon qu'elles ont choisi d'accoucher en milieu hospitalier pour son aspect sécuritaire, les données recueillies démontrent que les femmes suivies par les médecins de famille et les obstétriciens recherchent de l'information pour se rassurer, pour s'assurer que ce qu'elles vivent est normal. Lorsqu'on lui demande ce qu'elle recherchait dans ses lectures, Jasmine (Vancouver, MF) répond : « Just kind of in general. You know, (...).. just, I guess just reassuring me that what I was going through was normal (laugh) more than anything. » Pour elle, comme pour Mylène (Ob), Nadine (Ob) ou Brigitte (Ob), le fait de savoir

et comprendre ce qui se passe ou d'anticiper ce qui peut arriver enlève du stress et sécurise. « Ça me rassure, j'imagine. Ça m'empêche d'avoir du stress. » (Mylène, Ob). « Je connais, j'suis bien informée. Fait que ça, ça me rassure. C'est ma façon à moi de me préparer. » (Nadine, Ob). « On dirait que c'est rassurant de savoir toutes ces affaires-là » (Brigitte, Ob).

- ✓ ***Les notions de choix et décisions comme rôle de l'information apparaissent beaucoup plus nettement dans le discours des femmes suivies par des sages-femmes ou des accompagnantes que dans celui des femmes de l'autre groupe.***

Les notions de choix et de décision comme rôle de l'information apparaissent beaucoup plus nettement dans le discours des femmes suivies par les sages-femmes comme Renée, Valérie ou Janet (Vancouver); « J'ai envie qu'on m'explique les choses. J'ai envie de faire partie, de pouvoir prendre les décisions ou une partie des décisions. » (Renée, SF); « Puis moi je suis très pro choix. Tu fais un vrai choix quand tu connais tes options. » (Valérie, SF). « It helped to think about those things ahead of time so that decisions were really easy at the time [of delivery] » (Janet, Vancouver, SF). Connaître les options permet de choisir réellement. On peut bien sûr faire confiance à l'intervenant, mais, selon Valérie (SF) c'est aussi « se déresponsabiliser » que de le suivre aveuglément. Elles apprécient toutes le fait de savoir qu'elles seront informées tout au long de l'accouchement ce qui leur permettra de prendre les décisions qui s'imposent.

Ces notions de choix et de décisions ressortent également du discours des femmes ayant fait appel aux services d'une accompagnante comme Charlotte (MF). « Puis on a beaucoup de choix. Donc pour faire des choix, faut que tu sois au courant. Donc, ça demande de la lecture, ça demande de s'informer... » (Charlotte, MF + accompagnante). Pour ces femmes, l'information sert à présenter les différentes alternatives possibles, pour pouvoir faire un choix éclairé et participer activement aux décisions. Pour Jennifer et Julia de Vancouver, toutes deux suivies par un médecin de famille et une accompagnante, l'information reçue avant l'accouchement a permis de ne pas se sentir dépasser par les événements pendant leur accouchement et d'être partie prenante des décisions qui s'imposaient :

So I don't know if I'd have been able to collect myself like that if I was on my own, without the back up of those classes, these books I had been reading and the doula and if it was just me and the doctor like that. I don't know, I would have been really overwhelmed. (...) So by the time we were faced with the [health care] system, we were empowered enough to be able to enter in the conversation equal with them [health care providers] and not feel like we're at their mercy, but to trust that they were there to do the right thing for us but we wanted to be a part of it. (Jennifer, Vancouver, MF + accompagnante)

I knew about the medications ahead of time, because we went to the « Meet-the-Doctors' night », the doctor who was looking after me during the pregnancy knew the options and medications. *We were informed ahead of time so nothing gave us a shock.* (Julia, Vancouver, MF + accompagnante)

- ✓ ***Tout groupe de femmes confondu, certaines répondantes ont eu l'impression que la façon de transmettre l'information pouvait créer des peurs, culpabiliser ou induire chez la femme, les comportements souhaités par les intervenants.***

Amélie (Ob) et Sara (MF) mettent en évidence le fait que l'information peut aussi faire peur. Trop d'informations amènent à mettre l'emphase sur les scénarios les plus négatifs. « C'est trop. C'est trop. Un

moment donné, faut se faire confiance, aussi. C'est ça que j'trouve difficile, c'est que c'est... on en a tellement, là, d'information, que... c'est dur de se faire confiance. » (Amélie, Ob)

Elles trouvent également que l'information peut être présentée de façon à ce que la femme adhère à ce que les intervenants souhaitent, donc à induire une certaine réponse chez la femme. En fait, à leur avis, les intervenants font volontairement peur pour que les femmes se plient à leur volonté. Dans la citation qui suit, Amélie (Ob) explique que la façon de présenter les interventions possibles pendant l'accouchement la porte à les accepter malgré elle.

Le bloc honteux, ils le font automatique, presque à tout le monde. Parce que ça brûle quand ça passe. Bien oui, mais c'est pas grave que ça brûle. « Pourquoi vous me dites ça de cette manière-là? » T'sais, c'est... C'est ça qui est plate. Oui, ça brûle, mais moi, on m'a toujours dit que la brûlure, c'était pas la fin du monde, puis ça durait une seconde! Mais là, elle me fait peur quand elle me dit ça, fait que ok, fais-moi le bloc honteux! J'sais pas si tu comprends, c'est... ils jouent entre la peur, la vulnérabilité, on sait pas où se placer. Moi, en tout cas, j'me sens vraiment de même. Fait que là, c'est comme j'avais arriver à l'hôpital, « bon, charcutez-moi. » C'est de même. (Amélie, Ob)

Sara (MF) qui en était à son quatrième accouchement, a dû être induite. Au moment de procéder à l'induction, les intervenants réalisent qu'elle a déjà eu une césarienne et donc, que ça augmente les risques de rupture utérine. Ils lui offrent alors le choix, en appuyant sur ce dernier aspect.

Bien c'est sûr que bon, eux, ils ont décidé que « césarienne un jour, césarienne toujours », t'sais, la façon de présenter l'information était de telle... y a une façon de présenter les choses qui font... qui vont induire une certaine réponse chez l'autre. C'était un peu alarmant, la façon de présenter, donc euh... (Sara, Ob)

Finalement, Marie-Élisabeth qui est suivie par une sage-femme, met en relief le fait que l'information peut être présentée d'une façon biaisée. Dans ce cas-ci, l'information ne fait pas nécessairement peur, mais elle culpabilise la femme qui n'atteint pas les standards établis par la voie de l'accouchement naturel. Relatant des informations données par un professeur de yoga très « pro naturel », elle explique :

...la manière dont admettons les gens les communiquent. Comme par exemple, dans le cours sur l'épidurale, bien l'article qu'on nous a donné était vraiment super. Il faisait vraiment le pour et le contre, c'était une synthèse des études qui ont eu lieu sur l'épidurale et tout ça, puis ça donnait, c'était objectif puis c'était des preuves à l'appui, les recherches à l'appui, puis moi j'ai trouvé ça très bien. Mais, c'est sûr que la personne qui l'offre, qui en parle, qui a eu déjà un accouchement, bien, (...) bien elle avait ses opinions assez claires sur ce qui était bien, puis je pense qu'elle voulait nous donner confiance, mais en fin de compte, ça donnait plus l'impression qu'il y avait une voie à suivre [celle de l'accouchement sans épidurale]. Puis c'est ça qui était un petit peu, qui me dérange parfois... (Marie-Élisabeth, SF)

Conclusion

À la lumière des données recueillies à Montréal et Vancouver, il semble que la recherche d'informations constitue effectivement une composante importante de la préparation à l'accouchement. Tout groupe confondu, les femmes ont à peu près les mêmes préoccupations et utilisent plusieurs sources

d'information. La petite taille de notre échantillon ne nous a pas permis de mettre en évidence des différences notables entre les femmes de niveaux d'éducation différents. L'entourage joue un rôle prépondérant dans la transmission d'information. Les femmes rencontrées semblent également percevoir le rôle d'informateur des médecins comme se limitant à des questions précises et ponctuelles tandis que celui des sages-femmes est perçu comme couvrant un spectre beaucoup plus large de sujet. Le temps alloué aux rencontres et la nature de la relations qui s'établit entre l'intervenant(e) et la femme enceinte semblent jouer un rôle important dans cette perception. En bout de ligne, peu de femmes utilisent l'information sans lui apporter un jugement modelé par leur confiance envers la source d'information et par leurs convictions et leurs valeurs profondes.

Les femmes accordent deux rôles essentiels à l'information : celui de rassurer et celui de les aider à faire des choix et prendre des décisions. Il semble toutefois que les femmes suivies par des sages-femmes ou des accompagnatrices soient plus sensibles à cette dernière fonction de l'information que les autres. Voyons maintenant dans quelle mesure cette information permet aux femmes de prendre des décisions ou de faire des choix éclairés pendant l'accouchement.

Chapitre 4

Choix et décisions pendant l'accouchement

Le présent chapitre se propose de répondre à notre question de recherche principale, à savoir dans quelle mesure l'information recueillie tout au long de la grossesse permet aux femmes de faire des choix et de participer aux décisions au moment de l'accouchement. Lors de notre deuxième entretien avec les répondantes, nous leur demandions de nous faire le récit de leur accouchement comme bon leur semblait. Nous ne voulions pas influencer l'orientation de ce récit. Nous souhaitions que les femmes fassent ressortir d'elles-mêmes les aspects qu'elles jugeaient importants de relater. Une fois ce récit terminé, nous revenions sur les décisions qui avaient été prises pendant l'accouchement et leur demandions de nous décrire un peu plus en détails la façon dont ces dernières avaient été prises. Nous nous sommes particulièrement attardés sur les décisions relatives à des interventions pendant l'accouchement à savoir : les décisions d'induire ou d'accélérer le travail (induction, stripping, crever la poche des eaux, etc.); les décisions relatives à la gestion de la douleur (bain, positionnement, médication, épidurale, etc.); les décisions relatives à la naissance du bébé (utilisation de forceps, ventouse, épisiotomie, césarienne); et les décisions relatives aux soins donnés au bébé (vitamine K, clamping, allaitement, etc).

Nous présenterons donc ci-dessous, les résultats de cette démarche. Dans un premier temps, nous examinerons dans quelle mesure les femmes ont eu l'impression de participer aux décisions pendant l'accouchement. Dans un deuxième temps, nous analyserons la place qu'occupe l'information dans ces prises de décisions et mettrons en évidence les autres facteurs pris en considération dans ce processus. Nous avons sélectionné trois moments de décision qui ont concerné un bon nombre de nos répondantes pendant l'accouchement, soit le déclenchement du travail, la gestion de la douleur et la césarienne. Pour chacun de ces moments, nous avons examiné la façon dont les décisions ont été prises dans les trois groupes de femmes de notre étude. Cette analyse a révélé plusieurs similarités entre les trois groupes de femmes ainsi que quelques différences que nous développerons ci-dessous.

Les femmes ont-elles le sentiment d'avoir le choix?

Les récits d'accouchement des femmes ont fait ressortir deux scénarios où les femmes ont effectivement eu le sentiment de participer aux décisions et deux scénarios où elles ont eu le sentiment contraire, à savoir que les décisions avaient été prises sans qu'elles aient eu leur mot à dire.

Sentiment de participer aux décisions	Sentiment de ne pas participer aux décisions
Scénario 1 : La femme exprime une requête spécifique que les intervenants respectent.	Scénario 3 : La femme exprime une requête que les intervenants ne respectent pas.
Scénario 2 : Les intervenants consultent la femme et son conjoint sur les interventions qu'ils jugent approprié ou nécessaire de faire en leur expliquant les pourquoi et les comment.	Scénario 4 : Les intervenants font une intervention sans consulter la femme et son conjoint et sans explication.

L'examen minutieux de ces différents scénarios nous a mené aux constats suivants :

Constats :

- ✓ *Dans nos trois groupes de répondantes (Ob, MF, SF), des femmes ont eu l'impression de prendre part aux décisions et d'avoir le choix.*
- ✓ *Le sentiment de ne pas participer aux décisions se retrouve surtout dans le groupe de femmes suivies par des obstétriciens et est exprimé plus systématiquement par les femmes qui ont été transférées de la maison de naissance vers l'hôpital.*

- ✓ ***Dans nos trois groupes de répondantes (Ob, MF, SF), des femmes ont eu l'impression de prendre part aux décisions et d'avoir le choix***

Scénario 1 : La femme exprime une requête spécifique que les intervenants respectent

Le cas de Sandra (MF) illustre bien ce premier scénario. Elle est un exemple de femmes qui s'est sentie écoutée et partie prenante dans son accouchement. Quand elle a dit non à l'épisiotomie, son médecin l'a écoutée :

Elle (omnipraticienne) m'écoutait aussi, parce que, à la toute fin, elle allait faire l'épisiotomie qu'ils appellent, couper. Puis moi j'ai dit: « Non ». J'ai dit: « Non, j'ai l'impression que ça déchirera pas. J'aimerais mieux que tu coupes pas.» Puis elle a dit: “Moi aussi j'ai ce feeling-là, mais je me pose la question. Si tu me dis que t'aimes mieux pas, on le fera pas.” Puis elle l'a pas fait, puis j'ai déchiré un petit peu, mais moins que si elle avait coupé qu'elle m'a dit. (Sandra, MF)

Scénario 2 : Les intervenants consultent la femme et son conjoint sur les interventions qu'ils jugent approprié ou nécessaire de faire en leur expliquant les pourquoi et les comment.

Quatre semaines avant la date prévue de son accouchement, Jennifer (Vancouver, MF + accompagnante) est hospitalisée parce qu'elle fait de la haute pression. L'obstétricien sur place souhaite provoquer le travail, mais Jennifer tient à un accouchement le plus naturel possible et s'inquiète du fait que le bébé n'est pas encore à terme. Le médecin de famille qui la suit depuis le début ne voit pas, elle non plus, l'urgence d'induire le travail immédiatement. Tous ensemble, ils décident de suivre les choses de près et de prendre des décisions au jour, le jour. Jennifer est hospitalisée pendant une semaine, après quoi, sa pression diminue et elle est autorisée à rentrer chez elle. Dans l'extrait qui suit, elle explique à quel point elle et son conjoint ont été ravis du temps que le médecin de famille a pris pour examiner avec eux tous les scénarios possibles dans les circonstances :

When I was in the hospital, they wanted to sweep my membranes, so we talked a lot about that with the doctor and the obstetrician. My doctor wasn't as pressed as my obstetrician was. She said I don't think it's as much of an emergency as the obstetrician thinks it is. We had a long talk, she and I, and we were so pleased, they came in at 11:30 at night and my doula and my doctor and sat down and the four of us discussed all our options, in case 1, in case 2, in case 3 scenarios, you know, and they left about 1:00 in the morning and we were so pleased they gave us all that time and everything, so, part of that discussion was sweeping the membrane and it was discussed that in the event if certain things would happen, that would it be ok with her sweeping my membranes then, you know, and we said

yes, like we totally understand, but until those things happen, please no interventions at this time, so, by the time we left the hospital, we were really happy that we had kind of... we had survived that hurdle and we had a week at home...(Jennifer, Vancouver, MF + accompagnante)

Les cas de Sandra et Jennifer sont loin d'être marginaux. Toutes les femmes qui ont accouché en maison de naissance ou à domicile, ainsi que certaines des femmes qui avaient choisi d'accoucher en milieu hospitalier se sont senties partie prenante des choix à faire pendant l'accouchement et des décisions à prendre comme en témoigne Janet (Vancouver, SF) et Alice (Ob) ci-dessous :

What was nice about the midwives is they just said "Ok, here's where we're at, and these are your options". They really don't pressure you into making a decision one way or the other, and they support you no matter what you choose. So I find that style works really well for me, because I am informed and I like to make my own decisions. (Janet, Vancouver, SF)

J'ai accroché sur cette infirmière, parce que ça a été vraiment une perle. (...) Quand que je lui ai parlé de l'épidurale, elle m'a expliqué que ça pouvait ralentir le travail. Parce que t'es sous médicament, t'sais? Puis les contractions sont là, mais bon, en tout cas, ça peut ralentir le temps de travail, (...) c'est ce qu'elle me disait. Ça fait que, si je la voulais tout de suite, il n'y avait pas de problème, mais si je pouvais attendre encore un peu, elle me le proposait. Mais c'était vraiment pas, je sentais pas que j'étais obligée d'attendre ou quoi que ce soit. Ça fait que j'ai décidé d'aller prendre un bain thérapeutique en attendant, parce que je sais que dans le bain, ça pouvait me faire du bien. Puis effectivement avec les bulles, ça me faisait vraiment du bien! (Alice, Ob)

Nos données nous démontrent toutefois, qu'il y a des circonstances où les femmes et leur conjoint n'ont pas eu le sentiment ou l'occasion de prendre part aux décisions. Si certaines ont réagit avec dépit, d'autres se sont accommodées de cette situation.

- ✓ ***Le sentiment de ne pas participer aux décisions se retrouve surtout dans le groupe de femmes suivies par des obstétriciens et est exprimé plus systématiquement par les femmes qui ont été transférées de la maison de naissance vers l'hôpital.***

Scénario 3 : La femme exprime une requête que les intervenants ne respectent pas

Le cas de Nathalie (Ob) est particulier. Nathalie a été victime de violence conjugale pendant sa grossesse. Pour fuir un conjoint qui continuait de la harceler, elle avait planifié déménager dans un nouvel appartement deux semaines après la date prévue de son accouchement. Or, à 41 semaines, elle n'avait toujours pas accouché. Elle demande à son médecin d'être induite, ce qu'il accepte. Elle est accompagnée de sa mère et de sa sœur. Le travail est long, Nathalie est fatiguée et surtout, le cœur du bébé décélère à chaque contraction ce qui l'inquiète énormément. Pour ces raisons, elle demande une césarienne. Or les intervenants semblent juger qu'il n'y a pas pour l'instant de raisons médicales qui justifient une césarienne et lui suggèrent d'attendre encore un peu pour voir ce qui va se passer. Trois heures plus tard, le bébé montre de sérieux signes de détresse. On fait la césarienne. Pour Nathalie, cela semble avoir été trois heures d'angoisse et d'attente de trop. Lorsqu'elle nous fait le récit de son accouchement, elle est encore furieuse de la façon dont tout cela s'est passé et n'a vraiment pas l'impression d'avoir été écoutée.

J'avais demandé la césarienne pour 9h le matin, pis ils ont attendu jusqu'à peu près midi moins quart. (...) J'étais pas de bonne humeur, là. Ils m'écoutaient pas pan toute, pan toute. (...) J'étais épuisée. (...) Pis de me mettre à pousser, j'aurais même pas été capable de pousser probablement là, t'sais? Ils m'ont pas écoutée pan toute là. Je pense que j'avais le droit, si je voulais ça, j'aurais eu le droit, me semble, de décider pour moi qu'est-ce que je veux, là t'sais? Puis de toute façon, je savais que ça irait pas plus loin là. Mon autre soeur, elle a eu de la difficulté à accoucher elle avec, t'sais, probablement que c'est dans la famille, là t'sais? »
(Nathalie, Ob)

À qui appartient le choix dans une situation comme celle-ci? Est-ce que le contexte de grossesse de Nathalie et l'état psychologique dans lequel elle se trouvait au moment de l'accouchement justifiaient la césarienne qu'elle demandait? En d'autres termes, est-ce que la demande de Nathalie constituait un choix éclairé dans les circonstances? Si la réponse est non, aurait-on pu faire mieux pour qu'elle sente qu'on travaille dans le même sens qu'elle? Comme lui fournir davantage d'explications, la rassurer davantage? Était-on en mesure de faire autre chose pour elle sans connaître le contexte particulier dans lequel elle vivait son accouchement? Le cas de Nathalie met bien en lumière l'importance d'un soutien continu et personnalisé pendant l'accouchement.

Scénario 4 : Les intervenants font une intervention sans consulter la femme et son conjoint et sans explication.

Nous avons également relevé des cas où des interventions telles l'épisiotomie, l'induction voire même la césarienne ont été prises sans que les femmes soient consultées ou ait même l'occasion de réagir. Celles qui semblent avoir ressenti le plus de contrariétés face à ce scénario, sont certaines des femmes de la maison de naissance qui ont dû être transférées à l'hôpital. Ceci n'est pas étonnant puisque nous avons vu au chapitre précédent que de pouvoir participer aux décisions et être informée étaient beaucoup plus importants et prioritaires pour les femmes de ce groupe que pour les autres. C'était l'une des raisons qui avaient motivé leur choix de la maison de naissance. Par conséquent, plusieurs comme Judith (SF), Nicole (SF) et Valérie (SF) se sont senties, à un moment ou un autre, exclues des choix et des décisions à prendre. Valérie a dû être induite à 42 semaines de grossesse. Nous avons tenu à citer ce long extrait qui exprime l'état d'impuissance dans lequel elle s'est sentie dû au fait qu'on ne l'informait pas de ce qu'on lui faisait.

Puis le matin que ç'avait l'air inévitable qu'ils me brancheraient sur le Pitocin pour faire partir ça une fois pour toutes, moi je me sentais en contractions beaucoup plus fortes. Ça fait que j'avais dit au résident, qui lui était gentil, bien peux-tu attendre un peu? Moi je pense que ça pourrait partir tout seul, T'sais? Ça fait que là il avait dit bien écoute, là je me réveillais, il était 5h le matin, il dit prends une douche, on va t'amener dans la salle d'accouchement, on va t'installer, on va te faire un monitoring de 20 minutes, puis après ça, on va voir. Je vais revenir te voir, on va voir où est-ce que t'es rendue, comment sont tes contractions. J'ai dit ok, on va faire ça petit pas par petit pas. (...) Ça fait que là j'étais branchée sur le moniteur puis là j'avais des contractions, des bonnes contractions, bien pour moi, là, c'était des contractions plus, pas mal plus fortes que toutes celles que j'avais eu jusqu'à date. (...) Puis là, la sage-femme me dit ah! L'infirmière est en train de te partir le Pitocin. Ça fait que là je me tourne, je dis à l'infirmière non! Je pensais qu'on en discuterait, le résident avait dit qu'il reviendrait me voir et qu'on en discuterait. Là j'étais malheureuse! Puis là je pleurais! Puis j'ai dit bien là! T'es-tu en train de me partir ça puis tu ne me l'aurais même pas dit? Même si je le savais, là, que c'est ça qui m'attendait, t'aurais pu me dire oui, regarde là, je pèse sur le piton. Me dire qu'est-ce que tu fais, c'est la moindre des choses, là, c'est mon

corps, c'est à moi que tu fais des choses. Ça fait que là l'infirmière, elle a dit bien moi j'ai reçu des directives. J'étais comme absolument abasourdie qu'on puisse me traiter comme ça, traiter quelqu'un comme ça. Là j'ai dit non, non, je le veux pas, pas maintenant. Puis là l'infirmière insistait. La sage-femme a dit écoute, elle a le droit de refuser, c'est son corps, à la limite, si elle veut s'en retourner chez elle, elle a le droit. Le bébé va bien, elle va bien, ça fait que si elle dit non, c'est non. (Valérie pleure en racontant cette histoire) C'est drôle, parce qu'à chaque fois que je pense que j'ai fait le tour de la question, là, j'en reparle puis, je me dis encore que ç'a pas beaucoup de sens, là, d'être comme ça avec les gens. (Valérie, SF)

Ce témoignage met en évidence l'importance de l'information non seulement avant l'accouchement, (Valérie était très bien informée) mais également pendant l'accouchement. Pour Valérie, il était important d'être informée du déroulement des interventions.

Toutefois, certaines de nos répondantes, comme Brigitte (Ob), Ingrid (Ob) ou Jasmine (MF) ont plutôt eu tendance à faire confiance à leur médecin et à ne pas questionner ses décisions. Bien que Brigitte soit d'avis qu'il est préférable de consulter la patiente avant de pratiquer une épisiotomie, elle avoue que n'ayant pas d'idée bien arrêtée sur ce sujet, elle n'a pas été trop contrariée de cette pratique à son égard :

Oui, ils ont fait une épisiotomie, même, ils ne me l'ont même pas demandé par exemple. Ils ont comme, ils ont décidé, ils ont coupé puis, c'est tout. (...)

Q: T'avais tu un point de vue, toi, sur l'épisiotomie avant d'accoucher, ou ...

R: Pas vraiment. Je me disais que, justement, si t'en as besoin ils doivent le savoir là. Moi c'est ça que je me disais déjà avant, ça fait que ça m'a pas trop dérangé. Mais je me dis : quelqu'un qui veut pas pan toute, t'sais? Il me semble qu'ils devraient en parler. (Brigitte, Ob)

Nous n'avons relevé qu'un seul cas où les sages-femmes semblent avoir pris une décision sans vraiment consulter l'une de nos répondantes, Diane. Cette dernière ne s'en est pas offensée. Elle semble comprendre pourquoi cela a été fait et rapporte les faits de façon à démontrer que les sages-femmes l'ont fait pour elle, pour l'aider.

(Q) Et crever les eaux? Est-ce que c'est quelque chose que t'as demandé?

(P) Je ne sais pas, non. Oui, non c'est les deux sages-femmes qui se parlaient (...) puis ça faisait 20 quelques heures, puis j'étais à 7-8 cm, (...) Puis la jeune sage-femme, elle a dit bon OK, la poche d'eau est là, mais elle voulait continuer. Mais la plus ancienne sage-femme, elle a dit bien, ça fait assez longtemps qu'elle est en travail, elle est en santé, je pense que c'est correct, on va la percer et puis ça devrait, ça devrait faire commencer le travail, la poussée. Donc c'est la plus ancienne qui a pris la relève dans ça parce qu'elle a dit bon écoute, si ç'a pris 20 heures pour qu'elle dilate de 8 cm, on ne va pas la faire travailler un autre 6 heures pour 2 cm de plus. Donc ils ont décidé de me crever les eaux. J'avais peur un peu, puis finalement, tu ne sens absolument rien.

Si prendre part aux décisions est important, la confiance que l'on accorde à l'intervenant l'est aussi. Lorsque l'on est convaincue que ce dernier, à cause de son expérience, prendra les meilleures décisions dans les circonstances, ce besoin de participer aux décisions se fait peut-être moins sentir. Les sections

suivantes examinent plus en détails le rôle de l'information ainsi que les différents facteurs qui entrent en ligne de compte dans la prise de décision pendant l'accouchement.

Les décisions pendant l'accouchement

Le déclenchement du travail

Dans nos trois groupes de répondantes, nous avons rencontré des femmes qui ont été confrontées à la nécessité ou au désir de provoquer ou stimuler le début du travail soit 6 femmes suivies par des obstétriciens, une suivie par un médecin de famille et trois suivies par des sages-femmes. Alors que trois de ces femmes ont souhaité déclencher le travail, toutes les autres ont été encouragées à le faire par leur médecin ou leur sage-femme. Au neuvième mois de grossesse, le bébé de Sara (Ob) n'a pas grossi et l'échographie révèle un manque de liquide amniotique. Elle est induite dans les jours qui suivent. De son côté, Mireille (Ob) est à 40 semaines, mais souffre de diabète de grossesse. On lui suggère l'induction. Jennifer (Vancouver, MF) fait de la haute pression. À 38 semaines de grossesse, son médecin lui suggère d'essayer de déclencher le travail afin d'éviter d'avoir recours à des interventions plus importantes si la pression continue d'augmenter. Alice (Ob), Ingrid (Ob) et Valérie (SF) sont près de la 42^{ème} semaine de grossesse et n'ont aucun signe de début de travail. Finalement, Brigitte (Ob) est un cas à part dont nous traiterons plus en détails ci-dessous.

De leur côté, Nathalie (Ob), Janet (Vancouver, SF) et Marie-Élisabeth (SF) demandent que l'on déclenche le travail à 41 semaines de grossesse. Comme nous l'avons vu ci-dessus, Nathalie (Ob) espère ainsi être disponible pour son déménagement. Suite à une histoire de grossesse qu'elle n'a pas pu mener à terme, l'enfant étant mort dans son ventre, Janet souhaite intervenir dans le déclenchement du travail. Finalement, Marie-Élisabeth souffre d'urticaire de grossesse et demande à sa sage-femme s'il est possible d'aider au déclenchement du travail afin de mettre fin à cet inconvénient le plus rapidement possible.

L'analyse approfondie de tous ces cas nous a permis de faire les constats suivants :

Constats :

- ✓ *L'information permet aux femmes d'évaluer les risques liés à l'intervention ou la non intervention.*
- ✓ *Peu importe par qui elles sont suivies, l'information permet aux femmes qui souhaitent ardemment un accouchement naturel, de maximiser leur chance d'atteindre le scénario projeté*
- ✓ *Les femmes ne sont pas toujours en état de recevoir l'information*

- ✓ ***L'information permet aux femmes d'évaluer les risques liés à l'intervention ou la non intervention.***

Les cas de Mireille (Ob) et Ingrid (Ob) sont intéressants en ce qu'elles désiraient toutes deux un accouchement avec le moins d'interventions possible et s'étaient préparées en conséquence. Elles étaient donc déçues de la décision de leur médecin d'induire le travail. Des explications de son médecin, Mireille comprend qu'à 40 semaines, avec un diabète de grossesse, l'enfant continuera de grossir dans son ventre et cela peut comporter davantage de risques et de complications pour elle et l'enfant, y compris mener à une césarienne. Comme son mari et sa sœur s'opposent à cette induction, elle décide de se renseigner davantage. Elle appelle le CLSC et « d'autres gens » (qu'elle ne nomme pas) pour avoir un autre son de cloche. De son côté, son mari communique avec un médecin de sa connaissance. Tous confirment les explications du médecin. Mireille prend donc la décision de se rendre à l'hôpital pour y être induite.

Moi, c'est que quand le médecin m'a dit que le bébé allait... comme j'avais le diabète de grossesse plutôt, elle m'a dit que le bébé peut grandir dans l'utérus et il y aura des problèmes et puis il y aura peut-être une césarienne et tout, et puis quand le médecin m'a dit ça, moi je me suis renseignée, j'ai appelé le CLSC, j'ai parlé avec des gens et tout le monde me confirmait la même chose. C'est pour ça qu'à la fin j'ai dit à mon mari que j'ai pris ma décision. J'ai dit c'est vrai que c'est son fils aussi et tout, mais c'est plutôt mon corps aussi. J'aurais des problèmes moi aussi. Donc il a été convaincu à la fin. (Mireille, Ob)

Quand son médecin décide qu'elle doit être provoquée, Ingrid ne s'y oppose pas : « Ça fait que pour moi, c'était oui, invasif, oui j'étais déçue, mais je me suis dit, écoute là, non, ma conscience me disait, puis mon conjoint était d'accord avec ça, ma conscience me disait que bon, on va faire ça comme ça, puis c'est tout. » En tant qu'infirmière, elle connaît et accepte les raisons qui incitent à induire le travail après 40 semaines de grossesse.

C'est à dire qu'à 42 semaines, 42 semaines 1/2, le bébé, lui, il boit toujours un petit peu de liquide amniotique, à mesure de la grossesse, puis quand ça prolonge trop, il y a des bébés qui meurent par, par absence totale de liquide amniotique. Puis, bon, je pense que c'est pour prévenir des problèmes au niveau du bébé. Ça n'a rien à voir avec la mère, là. Je pense qu'ils veulent s'éviter ça, les médecins. Ils veulent s'éviter cette responsabilité-là, de prendre le risque que le bébé n'aille pas bien si on prolonge. (Ingrid, Ob)

Tout comme Mireille et Ingrid, Jennifer (Vancouver, MF + accompagnante) tenait à un accouchement avec le moins d'intervention possible. Nous avons déjà relaté le fait plus haut qu'elle avait dû être hospitalisée quatre semaines avant la date prévue de son accouchement à cause d'une hausse de pression. Deux semaines avant l'accouchement cette fois, la pression augmente légèrement. Son médecin craint que si on attend, la pression pourrait continuer d'augmenter et ainsi requérir des interventions qui ne sont pas encore nécessaires à ce stade-ci. Elle lui propose de décoller ses membranes (swept the membranes) dans un premier temps pour voir si ça ne déclencherait pas le travail. Elle lui explique que dans le cas d'une première grossesse, les chances de déclencher le travail sont de 50%. Jennifer évalue donc le risque de devoir avoir recours à des interventions plus importantes. Elle prend également en considération le fait que son bébé fait maintenant au moins six livres et accepte l'intervention.

I saw my doctor and she said well, your blood pressure is still a bit high, for me it was a little bit high and she said she was really concerned that it might keep creeping and if it did, that interventions would be absolutely necessary. But at the time, two weeks before my due date, they weren't necessary at all. So she said what do you think about sweeping the membranes and trying to bring labour on that way and Partner and I were pretty ready at this point, and said yes, we're very comfortable and if there has to be an intervention at some point then, yes, and she [son enfant] was already about 6 pounds at that point. And so, we were quite happy, so she swept my membrane that afternoon, she said with first pregnancies it is a 50/50 chance that it will bring on labour, but if it's going to, it'll come in about 12 hours. (Jennifer, Vancouver, MF).

Ces cas illustrent bien le rôle de l'information à ce stade de l'accouchement. L'information reçue ou déjà connue permet à Mireille, Ingrid et Jennifer d'évaluer les risques reliés au fait de ne pas intervenir et ainsi, de prendre leur décision. Il est intéressant de noter cependant, que dans ces trois cas, la décision prise va dans le même sens que ce que suggérait l'intervenant au départ.

- ✓ ***Peu importe par qui les femmes sont suivies, l'information permet aux femmes qui souhaitent ardemment un accouchement naturel, de maximiser leur chance d'atteindre le scénario projeté***

Nous avons également remarqué que les femmes qui souhaitent ardemment un accouchement naturel, utilisent l'information pour maximiser leur chance d'atteindre le scénario projeté. Ingrid est déçue de devoir avoir recours à l'induction parce qu'elle voit son beau scénario d'accouchement naturel s'envoler :

Moi je me disais, ma déception d'être provoquée, c'est parce que je me disais ça va faire vite très mal, je vais vite perdre le contrôle de ma douleur, ça sera probablement peut-être pas efficace de faire Bonapace ou on ne me laissera pas faire parce que si on me provoque puis le coeur foetal, souvent c'est plus dur pour le coeur foetal quand ils provoquent tes contractions. Là ils ne voudront pas, ils vont tout le temps *checker* le coeur foetal, je pourrai pas bouger, t'sais là? Je me voyais très, très, médicalisée avec beaucoup d'interventions. Ça fait que je me disais ça va être l'épidurale, c'est sûr. C'est comme si je voyais mon scénario déconstruit au complet, mais finalement, non. Tout le reste a pu se passer comme je l'avais pensé, ça fait que une chance. (Ingrid, Ob)

Bien qu'elle finisse par être provoquée, dans la semaine qui précède le rendez-vous pour induction, elle prend tous les moyens qu'elle connaît pour initier le travail autrement que le recours à la médication : acupuncture, natation, grand ménage, relations sexuelles, etc.

Janet (Vancouver, SF) et Marie-Élisabeth (SF) souhaitent toutes deux déclencher le travail à 41 semaine, l'une pour des raisons psychologiques l'autre pour mettre fin à un problème d'urticaire de grossesse. Elles souhaitent cependant ne pas accoucher à l'hôpital. Aussi prennent-elles la décision d'intervenir de façon à maximiser leur chance de pouvoir accoucher à domicile pour Janet et à la maison de naissance pour Marie-Élisabeth. Étant donné qu'accoucher à la maison est une chose à laquelle elle et son conjoint tiennent beaucoup, Janet ne veut pas attendre à la dernière minute et être induite au Pitocin à l'hôpital. La sage-femme lui propose donc de décoller ses membranes ou encore, de prendre un mélange d'huile de ricin et autres qui pourraient aider au déclenchement du travail. Janet choisit la première option qu'elle trouve plus naturelle.

Home birth was pretty important to us, so that's why we decided that we would not completely wait for things to start on their own, but actually when she swept the membranes I was already 2 cm dilated. So it was probably going to start pretty soon anyway. One of the reasons we decided to do the membrane sweep was to us it seemed the most natural way to get things going, rather than doing what the midwives call the "labour cocktail" which has castor oil and another oil in it and which was one of the options available to us and I didn't want to do a medical induction with Oxytocin and those sorts of things. So this was kind of Step 1 because it was getting very close to being one week overdue. (Janet, Vancouver, SF)

Contrairement à Janet toutefois, le col de l'utérus de Marie-Élisabeth n'est pas encore dilaté. Il faut donc procéder à cette première étape. Marie-Élisabeth se rend à l'hôpital où on lui donne le choix entre le Cervidil (un gel de prostaglandines) ou le ballonnet. Sa première préoccupation est de savoir laquelle de ces deux méthodes lui permettrait d'accoucher en maison de naissance si le travail se déclenchait. L'infirmière lui répond que les deux méthodes le permettent, mais qu'il y a plus de chance que le travail se déclenche

seul avec le Cervidil qu'avec le ballonnet. Marie-Élisabeth opte donc pour cette première méthode. On lui pose le Cervidil, elle retourne à la maison et les premières contractions débutent en fin de soirée, ce qui lui permet de se rendre à la maison de naissance.

Finalement, le cas de Valérie (SF) est également intéressant. Valérie a aussi passé la date prévue de son accouchement et aucun travail n'a encore été fait malgré le fait d'avoir eu recours à l'acupuncture, l'homéopathie et toutes sortes d'autres choses. Lorsqu'elle et sa sage-femme discutent de l'éventualité de devoir aller à l'hôpital, les sages-femmes n'étant pas autorisées à traiter des patientes au-delà de la quarante-deuxième semaine de grossesse, elles examinent ensemble tous les scénarios possibles. Dans un premier temps, tout est mis en place pour provoquer le travail de façon graduelle et la plus douce possible dans les limites de ce que les services hospitaliers offrent. Ainsi, la sage-femme explique à Valérie que si elle attend jusqu'à la toute dernière minute, soit d'atteindre les 42 semaines et que le travail ne s'est toujours pas déclenché, elle augmente ses chances d'être induite au Pitocin. Si par contre elle se rend quelques jours avant, les intervenants seront plus enclins à lui offrir d'abord une dose de gel de prostaglandine, voire même quelques unes, avant d'en arriver au Pitocin. Cette façon de faire augmente alors les chances de Valérie de pouvoir accoucher par voie vaginale plutôt que par césarienne, chose qu'ultimement, elle souhaite éviter à tout prix. C'est donc dans cet optique qu'elle se rend à l'hôpital à 41 semaines et 4 jours. Il est particulièrement intéressant de voir à quel point la perception du comportement des intervenants en milieu hospitalier oriente ce processus décisionnel.

Quand on a vu qu'on s'en allait vers ça, je me suis assis avec ma sage-femme et on a discuté des différentes possibilités, comment ça se passerait à l'hôpital si j'en arrivais là. Puis elle m'a dit, on est aussi bien de prendre un rendez-vous à 41 et 4 puis qu'ils te donnent le gel de prostaglandine, puis que t'aies une chance que ça te fasse déclencher spontanément, parce que si t'arrives à 42, ils ne voudront pas prendre 2 jours pour t'essayer deux doses ou plusieurs doses de 12 heures. Elle a dit : ils vont dire on est à 42, ils ont comme encore plus peur quand t'arrives à 42 parce que les risques augmentent que le bébé se mette à aller moins bien, que le liquide se mette à descendre, que le bébé fasse un méconium, ça fait qu'elle a dit là ils ne voudront pas perdre du temps à essayer des affaires. Ça fait qu'elle a dit si on commence avant que tu sois à 42, ils vont commencer juste à s'énerver à 42, vraiment. Ça fait qu'elle a dit si tu veux, si t'attends que la nature fasse son travail et qu'à 42 ça ne se fait pas, tu rentres à l'hôpital, bien tu vas peut-être passer direct au Pitocin puis peut-être à la césarienne ou tu y vas avant, puis t'as plus de chances d'accoucher naturellement, dans le sens par voie vaginale, pas de césarienne. Ça fait que j'ai dit ouais, parce que moi, rendu là, après tout ce que j'avais essayé, accoucher à la maison de naissance, j'aurais aimé ça, mais c'était plus d'éviter la césarienne que je voulais.

Toutes ces femmes se sont renseignées sur les options qui leur permettraient de maximiser les chances d'atteindre le scénario d'accouchement naturel. Ingrid tente d'éviter l'induction qui pourrait engendrer une série d'autres interventions. Janet et Marie-Élisabeth choisissent des méthodes d'induction qui augmentent les chances de ne pas accoucher en milieu hospitalier. Et Valérie (SF), après avoir fait le deuil d'un accouchement en maison de naissance, souhaite éviter à tout prix la césarienne.

✓ *Les femmes ne sont pas toujours en état de recevoir l'information*

Outre l'information, nos données mettent également en évidence l'importance de l'état de réceptivité de la femme dans le processus décisionnel. Alice (Ob) a une peur bleue de l'induction : « J'avais tellement peur de me faire provoquer, j'étais prête à essayer tous les moyens possibles... ». Elle choisit donc de prendre de

l'huile de ricin, suite à une suggestion de sa mère. Elle en parle également à un médecin de l'équipe qui a assuré son suivi de grossesse qui lui explique que l'huile de ricin ne fait pas accoucher, qu'elle peut provoquer des contractions parce qu'elle fait travailler les intestins, qu'elle fonctionne sur certaines femmes et non sur d'autres, et qu'elle peut en prendre, mais que c'est à ses « risques et périls ». Malgré ces informations qui ne sont pas en faveur de l'utilisation de l'huile de ricin, la peur l'emporte. Alice retient que ce n'est pas dangereux et à ses yeux, plus naturel que l'induction au Pitocin. Elle explique :

...au pire aller ce qui pouvait arriver, c'est que j'étais pour me vider, t'sais? Ça fait que, c'était pas dangereux. Ça fait que je l'ai essayé, puis, bien là, ça fonctionné. Ça fait que, bien ça fonctionné, oui puis non, t'sais? Les contractions ont arrêté à l'hôpital, là, mais au moins il y a eu un travail de fait. (...) Oui parce que j'étais dilatée, un petit peu. Pas beaucoup, mais au moins j'avais eu des contractions, j'avais perdu un petit peu d'eau, j'étais dilatée un petit peu, perdu le bouchon muqueux tout ça, là. T'sais? Le début était fait. Puis, ce qui n'était pas vraiment, pas fait la veille, là. C'était fermé, à zéro. (...) C'est une provocation, en fait, mais c'est plus naturel que le médicament, que je me disais à ce moment-là. Mais aujourd'hui, je me rends compte que je me suis provoquée moi-même, dans le fond, là, t'sais? (rire) (Alice, Ob)

Finalement, le cas de Brigitte illustre de façon éloquente l'importance de l'état de réceptivité de la femme à l'information. Brigitte est à terme et croit avoir du sang dans son urine. Après quelques coups de téléphone à l'hôpital et info santé où on l'assure que c'est impossible, que ce doit être la perte de son bouchon muqueux, elle décide de se rendre à l'hôpital tout de même et y passe la nuit. Au matin, elle est réveillée par le médecin. Toute endormie, elle lui explique qu'elle n'est pas rentrée pour accoucher, mais parce qu'elle pensait avoir du sang dans son urine. À ce moment, son conjoint ne se trouve pas dans la chambre. Le médecin lui demande alors si elle souhaite accoucher dans la journée et elle répond que bien sûr elle aimerait ça. Le médecin rompt alors ses membranes et c'est seulement à ce moment que Brigitte réalise qu'elle vient ainsi d'enclencher un processus irréversible. Voici ce qu'elle pense de cet événement à rebours :

... parce que moi elle m'a demandé tu veux-tu accoucher aujourd'hui? Je pensais pas, t'sais, c'était pas clair là. Elle m'a pas demandé tu veux tu qu'on crève tes eaux? C'est veux-tu accoucher aujourd'hui. Bien regarde, je suis ici depuis 11h hier soir, c'est sûr que j'aimerais accoucher aujourd'hui, mais t'sais, c'est comme, si elle m'avait demandé veux-tu qu'on te provoque? Ça aurait été non t'sais? Si t'as crevé tes eaux, ils n'ont pas le choix là, mais s'il avait fallu qu'ils me donnent du Pitocin ou quelque chose, j'aurais dit non t'sais? J'aurais attendu. Donc, ça fait que la question était pas claire, ça fait qu'elle a fait ok, on va crever tes eaux, mais là, regarde, si elle m'avait demandé bien, tu veux tu qu'on crève tes eaux, ça va probablement provoquer le, elle m'a pas rien expliqué de ça là, t'sais? (Brigitte, Ob)

Brigitte a donc été provoquée sans nécessité et sans comprendre tous les enjeux. Mieux informée et surtout mieux disposée à recevoir l'information (moins endormie), sa décision aurait été autre. On ne peut certainement pas parler de consentement éclairé ici.

L'épidurale

La gestion de la douleur pendant l'accouchement constituait une préoccupation centrale pour toutes les femmes que nous avons rencontrées. Que ce soit par des méthodes dites naturelles comme la relaxation, les bains, les changements de positions, la respiration ou des méthodes plus médicalisée comme l'utilisation de gaz et l'épidurale, toutes les femmes avaient en tête une liste d'option qu'elles étaient prêtes ou non à

considérer. L'épidurale était sans aucun doute la plus controversée de ces méthodes. Alors que certaines souhaitaient l'éviter à tout prix, pour ces effets potentiels sur la santé du bébé et de la mère ou par simple peur du procédé, d'autres laissaient la porte ouverte à cette éventualité selon l'intensité de la douleur et la durée du travail. Une minorité avait planifié en recevoir une d'emblée, ne voulant pas jouer à la « super women ». L'examen des décisions qui ont été prises autour de l'épidurale et d'autres formes de gestion de la douleur nous permet de faire les constats suivants :

Constats :

- ✓ *69% des femmes suivies par des obstétriciens ont eu recours à l'épidurale contre seulement 33% des femmes dans les deux autres groupes. Ces pourcentages excluent deux cas de césariennes planifiées (cas de siège) à Vancouver qui ont nécessité une épidurale d'emblée.*
- ✓ *Dans les trois groupes de femmes, l'information relative à la progression du travail constitue un élément central de la décision d'avoir recours ou non à l'épidurale*
- ✓ *Les femmes des trois groupes ont recours à l'épidurale lorsque les alternatives ne fonctionnent pas. Cependant, peu d'alternatives à l'épidurale sont proposées aux femmes qui accouchent en milieu hospitalier.*
- ✓ *Les femmes des trois groupes qui n'ont pas eu recours à l'épidurale partageaient les points suivants :*
 - ✓ *1) elles étaient déterminées à accoucher avec le moins d'interventions possibles*
 - ✓ *2) elles bénéficiaient du soutien continu, tout au long du travail, de personnes qui connaissaient l'accouchement*
 - ✓ *3) elles ont été encouragées à utiliser plusieurs techniques de gestion de la douleur*
 - ✓ *4) la progression du travail était continue*

- ✓ ***69% des femmes suivies par des obstétriciens ont eu recours à l'épidurale contre seulement 33% des femmes dans les deux autres groupes. Ces pourcentages excluent deux cas de césariennes planifiées (cas de siège) à Vancouver qui ont nécessité une épidurale d'emblée.***

Il apparaît en effet que 11 femmes suivies par des obstétriciens sur 16 (69%) ont demandé et reçu une épidurale, soit 9 à Montréal et 2 à Vancouver. De ce nombre, 7 accouchements se sont terminés en césariennes (5 à Montréal et 2 à Vancouver en plus de la césarienne planifiée). Du côté des femmes suivies par des médecins de famille, seulement deux femmes sur six (33%) ont demandé l'épidurale et un seul de ces deux accouchements s'est terminé en césarienne. Finalement, des douze femmes suivies par des sages-femmes, quatre (33%) ont eu recours à l'épidurale et l'une d'entre elle a eu une césarienne.

- ✓ ***Dans les trois groupes de femmes, l'information relative à la progression du travail constitue un élément central de la décision d'avoir recours ou non à l'épidurale***

La douleur, mais surtout la progression réelle ou potentielle du travail et la fatigue qui en découle sont les raisons les plus fréquemment invoquées pour expliquer le recours à l'épidurale dans les trois groupes de femmes. Mylène (Ob), Amélie (Ob) et Caroline (Ob) ont en commun un travail latent qui s'échelonne sur quelques jours. Les contractions sont présentes et suffisamment fortes pour les empêcher de dormir ou de se reposer. C'est donc fatiguées, voire même épuisées qu'elles arrivent à l'hôpital pour constater qu'elles ne sont toujours pas en phase active de travail. Elles acceptent qu'on perce la poche des eaux dans l'espoir d'accélérer le travail. Les contractions s'intensifient, mais le travail évolue lentement. Après quelques heures de ce scénario, elles demandent et reçoivent une épidurale. En bout de ligne, Mylène et Amélie auront toutes deux une césarienne.

Le cas de Valérie suivie par une sage-femme ressemble à bien des égards à celui d'Amélie et de Mylène. Cette dernière n'a pas pu débiter son travail à la maison de naissance comme prévu. Elle a dû être induite à près de 42 semaines. Elle a d'abord reçu 3 doses de gel de prostaglandine ce qui lui a valu de rester à l'hôpital quelques jours avant de débiter les injections de Pitocin. Ayant peu dormi pendant cette période et après quelques heures de contractions douloureuses, elle demande l'épidurale. Elle explique qu'à son avis, les conditions permettant à une femme de gérer sa douleur n'étaient pas réunies pour qu'elle puisse le faire sans épidurale.

Bon, c'est sûr que quand t'as le Pitocin, t'as des grosses contractions vite, t'as pas le temps, c'est pas progressif. Puis j'étais fatiguée, ça faisait 2 jours que j'étais à l'hôpital, puis le monde qui rentrent dans ta chambre comme dans un moulin toute la nuit, je ne m'étais pas reposée beaucoup. Puis j'avais quand même des contractions dans ces 2 journées-là, pas des grosses, mais ça prend ton énergie. Ça fait qu'il y avait de la fatigue... (Valérie, SF)

Pour Caroline (Ob) et Sandra (MF), ce sont non seulement les longues heures déjà passées à gérer des contractions soutenues qui les font se tourner vers l'épidurale, mais également la perspective de toutes celles à venir. Caroline explique, que lorsqu'on l'informe qu'il est possible que le travail prennent encore 24 heures et que dans ce cas, cela pourrait se terminer en césarienne, elle demande une épidurale pour tenir jusqu'au bout, malgré le fait qu'elle souhaitait au départ éviter cette intervention. Elle donne naissance, une heure et demie plus tard.

J'étais pas encore à 7. Alors j'ai demandé plus d'information à savoir qu'est-ce qui allait se passer, parce que j'avais comme un arrêt de dilatation et puis les contractions continuaient, parce que c'était pas les contractions qui manquaient, j'en avais beaucoup. (...) On m'a dit que c'était la nature (rire) donc ou bien ça allait se débloquer et que ça pourrait aller très vite ou bien je pouvais encore attendre, longtemps. Mais qu'on me donnait jusqu'à 24 heures, donc jusqu'à dimanche midi. Si j'avais pas accouché, j'allais avoir une césarienne. Donc, on était samedi midi et dimanche midi je le voyais loin (rire). Je le voyais très loin parce que je commençais vraiment à avoir mal sérieusement. Puis moi, je me suis résignée un petit peu. Bien, je me suis résignée. On a réfléchi un peu, mon mari et moi, j'ai accepté finalement de prendre la péridurale. Parce que je ne voulais rien du tout mais, ça commençait à faire long quand même, parce que je me fatiguais aussi; je devenais très épuisée, j'avais mal, en même temps je m'endormais, donc, (rire) ça devenait dur. (...) Mais j'aurais quand même tenu à savoir que j'allais accoucher le jour même, mais c'était surtout l'hésitation, vu que j'étais à 6 depuis le matin, je me disais finalement, si jamais je pars pour une césarienne, je vais quand même avoir attendu tout ça, j'aurai quand même eu toutes ces contractions pour rien, finalement (rire) et puis je serai très épuisée aussi pour une césarienne, donc, je me suis dit, bon on va quand même voir quelle solution prendre. Là, j'ai regardé tout ce qu'on m'avait proposé comme anti-douleur, finalement j'ai accepté (rire) la péridurale. (Caroline, Ob)

Sandra (MF) a des contractions soutenues sans progression réelle depuis une dizaine d'heures. Lorsqu'on lui dit qu'elle peut en avoir encore pour une douzaine d'heures, elle demande l'épidurale en espérant que cette intervention l'aide à tenir le coup jusqu'au bout.

Ça a pas commencé par des petites contractions. C'était des grosses, grosses contractions qui duraient une minute et demie, puis j'avais une minute et demie

pour récupérer. Ça a duré comme ça jusqu'à 6h le matin et là, ma femme médecin est arrivée entre temps, vers 4h environ dans la nuit, puis là, à 6h, ils m'ont dit que j'en avais encore pour 10-12 heures, parce que j'étais seulement dilatée à 1. Ça fait que moi, 10-12 heures, j'ai dit : Non, non, je serai plus (-) capable! Ça pas de bon sens! Ça faisait déjà toute la nuit, j'étais épuisée de la nuit, alors là, j'ai eu l'épidurale... (Sandra, MF)

Renée (SF), Judith (SF) et Marie-Élisabeth (SF) ont également décidé de transférer de la maison de naissance vers l'hôpital après de longues heures de contractions soutenues et un travail qui ne semble plus évoluer. Dans le cas de Renée, la tête du bébé est également mal positionnée et la poussée s'annonce difficile. Avant d'en arriver à cette alternative, Renée utilise le bain, les changements de positions et le ballon non seulement pour gérer ses contractions, mais également pour tenter de repositionner le bébé. Après de longues heures ainsi, la sage-femme qui a l'impression que le travail ne progresse plus, lui propose soit de prendre un remède homéopathique et d'attendre encore une demie heure, soit de se rendre immédiatement à l'hôpital. Renée, qui ne semble pas vraiment croire en l'efficacité de l'homéopathie, choisit l'hôpital. Une fois à l'hôpital, il va de soi pour elle d'avoir une épidurale. « À partir du moment où moi j'avais fait le choix, où j'avais accepté d'aller à l'hôpital, c'était évident pour moi que je voulais avoir une péridurale, parce que j'étais épuisée. » (Renée, SF)

De la même façon, Judith était en contractions depuis de nombreuses heures, mais le travail n'évoluait pas malgré les remèdes homéopathiques administrés par sa sage-femme pour augmenter la force des contractions. Elle décide de se rendre à l'hôpital : « Ils m'ont donné la péridurale, puis ils ont essayé de provoquer les contractions avec des ocytociques, puis ça ne faisait pas avancer le travail bien, bien gros. Quand ils m'ont donné des ocytocique puis la péridurale, j'ai dilaté à 6 cm. Mais c'est arrêté là. (Judith, SF). Judith a fini par avoir une césarienne.

Quand à Marie-Élisabeth, c'est également au bout de nombreuses heures de travail et de douleur, avec des contractions soutenues et rapprochées et un manque de sommeil, qu'elle décide de se rendre à l'hôpital afin de recevoir une épidurale. Marie-Élisabeth a l'impression que le travail avance trop lentement et qu'elle n'aura pas l'énergie nécessaire pour se rendre à la poussée ainsi. Dans l'extrait qui suit, elle explique également que de rompre les eaux et de recevoir des injections d'eau stérile dans le bas du dos ne l'ont pas aidée.

À 10h du matin, je leur ai demandé de vérifier j'étais rendue à combien, parce que je commençais vraiment à être découragée. Ça faisait 12 heures, mes contractions sont restées tout le long aux 5 minutes, 5 à 3 minutes là. C'a été tout le long comme ça. Ça faisait 12 heures de contractions sans dodo de la nuit d'avant puis tout ça, ça fait que je m'en venais vraiment fatiguée, puis là j'étais juste dilatée à 6 cm, ça fait que là je me suis un petit peu, j'ai réfléchi à si je serais capable de *tougher* ça jusqu'à la poussée, t'sais? Ça n'avancait tellement pas vite. Puis c'était tout dans le dos, j'étais pas capable d'avoir aucune position par en arrière, puis c'est ça, rompre les membranes avait pas vraiment aidé. Ç'avait pas permis au bébé de se tourner, ç'avait pas accéléré non plus la dilatation, puis on avait essayé aussi les, ils injectent des petites gouttes d'eau dans le dos, puis ç'avait pas fait effet du tout, du tout là, ç'avait rien, rien changé à la douleur. Ça fait que finalement, j'ai décidé d'aller à l'hôpital avec l'épidurale pour être sûre d'être capable de me rendre jusqu'au bout. (Marie-Élisabeth, SF)

Là où Renée (SF), Judith (SF) et Marie-Élisabeth (SF) semblent se distinguer le plus de leur consœurs qui ont choisi d'accoucher en milieu hospitalier, est qu'on semble leur avoir suggéré d'autres moyens de gérer la douleur et de faire progresser le travail avant d'en arriver à cette décision.

- ✓ ***Les femmes des trois groupes ont recours à l'épidurale lorsque les alternatives ne fonctionnent pas. Cependant, peu d'alternatives à l'épidurale sont proposées aux femmes qui accouchent en milieu hospitalier.***

Nous constatons en effet, que seulement 5 des 11 femmes suivies par des obstétriciens se sont vues offrir une alternative à l'épidurale. Outre Caroline, dont nous avons parlé ci-dessus, Marilyn (Vancouver, Ob) et Kate (Vancouver, Ob) ont d'abord eu recours à des gaz qui n'ont pas vraiment fait d'effet. Elles ont fini par demander une épidurale. Sophie (Ob) s'est fait offrir « une injection » dont l'effet, lui a-t-on expliqué, durerait environ une heure. Lorsqu'elle a demandé : « mais qu'est-ce que je vais faire après 1 heure? », ils lui ont alors proposé l'épidurale.

Ils m'ont dit, on pourrait te donner une injection, ça pourrait durer 1h, 1h30, puis ça va juste calmer, tout ça. Puis là j'étais là, mais qu'est-ce que je vais faire après 1 heure! Ça fait que là, finalement mon médecin est venu voir, puis là il a dit ah bien on va lui donner son épidurale tout de suite, je pense, parce qu'elle... j'avais trop mal, je vomissais quasiment à toutes les contractions.

De son côté, Alice (Ob) n'a que des éloges à faire à l'infirmière qui lui a d'abord suggéré de prendre un bain avant d'opter pour l'épidurale. Alice était sous induction. L'infirmière lui a donc expliqué que d'avoir une épidurale tout de suite pourrait ralentir le travail, qu'il valait peut-être mieux attendre encore un peu. Alice ne s'est pas sentie obligée d'attendre, mais a décidé de prendre un bain pour voir ce qu'il en serait. Si elle a tout de même fini par avoir recours à l'épidurale, elle en a retardé l'application.

C'est donc après avoir épuisé un certain nombre d'alternatives sans obtenir d'effets satisfaisants ou encourageants que ces femmes se sont tournées vers l'épidurale. On constate cependant, que seule une minorité, surtout dans le groupe suivies par des obstétriciens, se sont vu offrir d'autres alternatives.

Le cas de Kate (Vancouver, Ob) démontre de façon éloquente ce dernier constat. En effet, si plusieurs options existent, elles ne sont pas nécessairement proposées à la femme qui accouche. Toutefois, si cette dernière connaît des alternatives et en fait la demande, elle peut obtenir ce qu'aucune autre femme ne s'est vue offrir. Kate reste à la maison une dizaine d'heures avant de se rendre à l'hôpital où elle réclame un anti-douleur. On lui offre un gaz qui ne fait aucun effet sur elle. Elle demande donc l'épidurale. Alors que l'anesthésiste est sur le point de lui installer le cathéter, son mari, sachant qu'elle souhaite rester le plus en contrôle possible pendant l'accouchement, mentionne un type d'épidurale, le « walking epidural », dont il a entendu parler. D'emblée l'anesthésiste accepte de faire cette intervention à la grande surprise de l'accompagnante et de l'infirmière en place. Kate est ravie de cette intervention et ne s'explique pas pourquoi on ne la propose pas plus souvent aux femmes.

My husband said you know, we've read a lot about this walking epidural, but we understand that not many people are given the walking epidural. She [the anaesthesiologist] said: Oh I can do that. And the doula was shocked. She said in 16 years of attending births, she'd only ever seen 2 walking epidurals being administered. And I don't know if that's common or not, but, she gave me the walking epidural and the nurse, as I remember, was actually really surprised as well. So that was great, because I could, I didn't feel probably quite as panicky as

I would have with the full epidural right away and ending up having to get a lot more freezing drugs, but anyway, so in the next 4 or 5 hours, it was just great and I just was relaxed a bit, and I was able to walk to the bathroom and go to the bathroom, and, I really don't know why they don't do the walking epidural more often. I thought it was great! (Kate, Vancouver, Ob)

Donc parce qu'elle avait déjà l'information, Kate a pu bénéficier d'une intervention qu'on ne lui aurait jamais proposée autrement.

Nos données démontrent que parmi les trois groupes, cinq femmes ont demandé l'épidurale sans l'obtenir et ce pour trois raisons. D'abord, il y a Nadine (Ob) et Jasmine (Vancouver, MF) qui, au moment de demander l'épidurale se retrouvent complètement dilatées et prêtes pour la poussée. Nadine accouche dans les minutes qui suivent et Jasmine accepte le gaz hilarant qu'on lui propose pour se détendre un peu.

Line (Ob) et Joelle (Vancouver, SF) quant à elles, font face à un problème de disponibilité des ressources. En effet, au moment où Joelle demande l'épidurale après avoir essayé le Demerol et des injections d'eau stérile dans le bas du dos, l'anesthésiste n'est pas disponible. Elle doit donc attendre quelques heures pendant lesquelles elle se rend à dilatation complète. La sage-femme lui explique alors que les sensations reliées à la poussée seront bien différentes de ce qu'elle a ressenti jusqu'à maintenant et lui propose d'utiliser plutôt du « nitrous oxide » pour cette prochaine étape. Joelle accepte :

So in the space of 3 hours I guess, I've completely dilated, which is great. And so the midwife says: You know, this next phase is going to feel different. Do you still want to go ahead with the epidural? I think we can do it without and we can get you some nitrous oxide instead. And so I said: Ok, cool, like I trust you. (Joelle, Vancouver, SF)

Line, quant à elle, est informée par l'infirmière du départ imminent de l'anesthésiste. Si elle compte avoir recours à l'épidurale, elle doit le demander maintenant, ce qu'elle fait. Elle explique cependant que si les circonstances avaient été autres, elle aurait attendu encore un peu avant d'avoir l'épidurale.

Ça faisait bien mal. Puis là, un moment donné, là, l'infirmière elle m'a dit « Bien là, si tu veux avoir une épidurale, il faudrait que tu viennes tout de suite parce que sinon, l'anesthésiste s'en va, puis ça va peut-être prendre 3 heures après, là. » Parce que, là, l'anesthésiste était là. Là, ça faisait très mal, t'sais, fait que j'ai fait « bon, ok, j'vais prendre l'épidurale, au moins... » (...) C'est sûr que peut-être que si l'anesthésiste avait été là, j'aurais été capable de *tougher* peut-être une heure de plus (+). (Line, Ob)

Les cas de Marie-France et Mireille sont plus troublants. Elles se voient refuser l'épidurale qu'elles demandent. Marie-France a perdu ses eaux et selon le protocole de l'hôpital, elle devrait accoucher dans les 24 heures suivantes. Lorsqu'elle la demande, on lui explique que de lui donner l'épidurale avant qu'elle ne soit dilatée à 4 risque de ralentir le travail et que dans les circonstances, il serait préférable d'attendre. Elle comprend. Le médecin propose de lui donner un calmant pour l'aider à attendre, mais ce dernier ne fait pas effet sur elle. Marie-France est ensuite laissée à elle-même pour les trois prochaines heures pendant lesquelles son col se dilate complètement. Lorsque le médecin revient, elle est prête pour la poussée mais, complètement paniquée, elle refuse de le faire sans épidurale.

Puis là j'étais plus du tout en air de m'obstiner avec quelqu'un. Puis là, j'étais tiquée là-dessus, je veux dire, je veux pas croire que je vais accoucher naturel, je veux pas!

Là je disais minute, non, non, non! J'accouche pas là! Vous m'avez pas donné mon épidurale! La docteur dit : Madame, vous êtes à 10, on vous le donne pas, il est trop tard! Non, non, non, non! Je veux pas accoucher! Elle était là, non, non, c'est fini! Le bébé arrive! Non, non, je veux pas! Là, je voulais rien savoir de ce qu'elle disait, j'écoutais rien. (...) Là elle disait, oui, mais ça va bien! Vous allez vite, vous êtes mon record de la soirée! J'ai dit : Je veux pas être le record de la soirée! Je veux avoir mon épidurale! (rire). Je voulais rien savoir. Elle a dit : Je vais vous geler. Finalement elle m'a gelée, elle a gelé juste la sortie ce qui a été très efficace, parce que j'ai absolument rien senti. (...) Ça fait qu'elle m'a très bien gelée, elle a eu le temps à peine de finir puis, ma fille est passée (rire). Puis même une fois qu'elle est passée, j'étais là, oui, mais j'en voulais une épidurale! (Rire) J'étais restée poignée là-dessus, je le croyais pas que j'allais accoucher sans épidurale, ça pas de bon sens. (Marie-France, Ob)

De son côté, Mireille se voit refuser l'épidurale parce que son col est trop dilaté. Contrairement à Marie-France, on ne lui offre pas d'alternative et elle ne demande rien. Tout comme Marie-France, elle panique un peu à l'idée de passer à travers un accouchement sans épidurale :

J'ai regardé mon mari, comme ça, les larmes aux yeux. J'ai dit je vais accoucher sans péridurale? Parce que c'était dans ma tête, la péridurale. J'étais pas préparée, quoi. Je croyais que... et puis... il [son mari] me regarde et il me dit oui, oui, tu vas arriver à le faire. J'ai dit je vais vivre tout ça? (Mireille, Ob)

Toutes deux ont été très insatisfaites de la façon dont elles ont été traitées à l'hôpital. Elles se sont senties oubliées, abandonnées et se sont promis, dans l'éventualité d'une seconde grossesse, de changer d'hôpital. En examinant le cas des femmes qui n'ont pas eu recours à l'épidurale par choix, on constate en effet l'importance du soutien de tierces personnes dans la gestion de la douleur.

- ✓ ***Les femmes des trois groupes qui n'ont pas eu recours à l'épidurale partageaient les points suivants : 1) elles étaient déterminées à accoucher avec le moins d'interventions possibles; 2) elles bénéficiaient du soutien continu, tout au long du travail, de personnes qui connaissaient l'accouchement 3) elles ont été encouragées à utiliser plusieurs techniques de gestion de la douleur; 4) la progression du travail était continue.***

De toutes les femmes suivies par des obstétriciens, seules Jacinthe et Ingrid n'ont pas demandé l'épidurale même si elles avaient laissé la porte ouverte à cette éventualité. Nous avons pu constater qu'elles partageaient plusieurs points en commun avec Charlotte, Jade (Vancouver) et Jennifer (Vancouver) suivies par des médecins de famille et Solange, Vivianne, Marie, Diane, Wendy et Janet (Vancouver) suivies par des sages-femmes. En plus du fait que toutes souhaitaient ardemment un accouchement avec le moins d'intervention possible, elles bénéficiaient également, en plus de leur conjoint, du soutien d'une personne qui connaît l'accouchement, soit une accompagnante dans le cas de Jacinthe (Ob), Charlotte (MF), Jade (MF) et Jennifer (MF), soit une amie, infirmière en obstétrique, dans le cas d'Ingrid (Ob). Nos participantes de Vancouver ont également bénéficié du support additionnel de leur mère et belle-mère, de leurs sœurs ou d'une amie. Comme Janet (Vancouver, SF), les femmes suivies par des sages-femmes attribuent une partie de leur capacité à gérer la douleur au soutien et aux encouragements de ces dernières tout au long de l'accouchement:

It was only really in retrospect that I thought "I never got scared, I never felt overwhelmed, I never felt like I couldn't do it or I wanted medication" or anything like that. The midwives were so supportive and they did some acupressure points,

and assisted me in the different positions that they recommended and just massaging the back and hot compresses with essential oils, and their presence was very, very powerful and supportive and just kept me relaxed. (Janet, Vancouver, SF)

Ces femmes ont également mis en pratique toutes les techniques de gestion de la douleur apprises pendant la grossesse et ce souvent grâce aux suggestions des accompagnantes ou des sages-femmes présentes à l'accouchement. Ingrid (Ob) avait reçu une formation sur la méthode Bonapace² que son amie infirmière et son conjoint ont appliqué tout au long de l'accouchement. Jacinthe (Ob) avait accès aux remèdes homéopathiques et aux suggestions de son accompagnante de varier les positions, d'utiliser le ballon et le bain. Charlotte (MF), pour qui le travail a duré 20 heures, a géré sa douleur par la respiration, les massages, quelques remèdes homéopathiques fournis par son accompagnante ainsi qu'un peigne d'acupuncture qu'elle pouvait tenir dans ses mains et serrer très fort. Jade (Vancouver, MF), quant à elle explique s'être inspirée d'un livre sur la pratique sage-femme qui suggérait de percevoir les contractions non pas comme une douleur, mais comme une sensation intéressante et nécessaire : « Try not to think of it as pain, but as an interesting sensation that needs to happen . » Elle avait également lu que relaxer la bouche, avait pour résultats de relaxer la région du vagin. Elle s'est donc beaucoup concentrer à appliquer ce principe. Jennifer (Vancouver, MF) explique avoir géré sa douleur en prenant différentes positions, en buvant et en utilisant le ballon et la douche toujours avec les encouragements de son accompagnante, son conjoint, sa mère et ses deux sœurs. Finalement, les massages, les changements de positions, le bain, les points d'acupression, les injections d'eau stérile dans le bas du dos et certains remèdes homéopathiques constituent les principaux moyens de gestion de la douleur utilisés par les participantes suivies par les sages-femmes.

Ce qui semble également distinguer ces femmes de celles qui ont eu recours à l'épidurale, est la progression du travail. En effet, bien que pour la majorité d'entre elles, le travail ait été long, il n'a jamais cessé de progresser. Certaines, comme Jade (Vancouver, MF) et Jennifer (Vancouver, MF) sont arrivées à l'hôpital prêtes pour la poussée. D'autres comme Ingrid (Ob) et Jacinthe (Ob) ont envisagé l'épidurale à un moment. Elles ont alors demandé qu'on vérifie la dilatation de leur col et après avoir constaté une bonne progression du travail, elles ont décidé de poursuivre sans cette intervention.

Quand je suis revenue du bain tourbillon, en tout ça faisait une heure et demie qu'ils m'avaient mesurée la première fois. Quand ils m'ont remesurée, là j'étais rendue à 8. Ça fait que là, à ce moment-là, je me suis dit : Ok bon, je prendrai pas l'épidurale, je suis correcte là, je vais « tougher la run ». (Jacinthe, Ob)

Ah! J'ai dit : Ça pas de bon sens! Ça fait tellement mal, je ne pourrai pas. Elle me réexamine. Elle dit : T'es à 2, mais t'es ENCORE à 2? (Rire) Mais t'es toute effacée. J'ai dit bon, ça doit donner quelque chose. Ça fait que là on s'est un petit peu assis, t'sais? On a changé de position parce qu'avec le bassin, quand tu dénivelles le bassin, des fois, la pression du bébé se réinstalle différemment sur le col, puis ça dilate plus vite. Bon, on va faire ça, puis là, bien en 20 minutes, de 2 à 6, ça fait que là c'était (...) C'était, t'sais, c'était encourageant. Bon. J'ai dit ok, on va continuer, ça fait qu'on a fait toute, un peu toute cette routine-là, d'un petit peu de changements de positions, euh, puis de peser sur le sacrum, bon, on a continué à faire comme ça. (Ingrid, Ob).

² Cette méthode consiste à appliquer des pressions sur des points précis du corps. Ces points sont douloureux, ce qui a pour effet de porter l'attention sur une autre douleur que celle des contractions.

Ces témoignages mettent en évidence, encore une fois, l'importance de l'information sur la progression du travail dans le processus décisionnel.

La césarienne

De toutes nos répondantes, douze ont eu une césarienne, soit 7 femmes suivies par des obstétriciens, 3 par des médecins de famille et deux par des sages-femmes. Sur ce nombre, deux césariennes étaient planifiées. Johanna (Vancouver, MF) et Sue (Vancouver, Ob) ont effectivement opté pour cette alternative parce que leur bébé se présentait par le siège. Pour Julia (Vancouver, MF), Marylin (Vancouver, Ob) et Judith (SF), la césarienne constituait un choix, c'est-à-dire qu'après de longues heures de contractions qui ne semblaient pas faire avancer la dilatation, elles avaient le choix entre continuer ainsi pour plusieurs heures encore ou y mettre fin par une césarienne. Pour Mylène (Ob) et Kate (Vancouver, Ob), la césarienne a constitué le dernier recours après l'échec des forceps. De leur côté, Amélie (Ob), Nathalie (Ob) et Nicole (SF) ont subi une césarienne alors que leur bébé montrait des signes de fatigue (décélération du cœur). Finalement, Line (Ob) et Sara (MF) ont également opté pour une deuxième césarienne parce que le cœur de leur bébé décélérait. Toutes deux avaient également en toile de fond, la peur d'une déchirure utérine.

Il y aurait bien entendu, beaucoup à dire sur la césarienne comme telle. Nous avons cependant choisi de nous en tenir au sujet qui nous préoccupe à savoir le rôle que l'information joue dans une telle procédure. Nous n'avons cependant pas relevé de différences marquantes entre les 3 groupes de femmes. Voici les constats auxquels nous sommes arrivés à la lumière de nos données :

Constats :

- ✓ *Les femmes se renseignent peu sur la césarienne avant l'accouchement*
- ✓ *Les femmes ont besoin d'explications pendant la césarienne*
- ✓ *Les femmes ont un grand besoin de comprendre les raisons qui ont mené à une césarienne*
- ✓ *Certaines femmes de notre échantillon pensent avoir évité la césarienne grâce à leurs connaissances ou à l'attitude des intervenants.*

✓ *Les femmes se renseignent peu sur la césarienne avant l'accouchement*

Si bien des femmes comme Amélie (Ob), Mylène (Ob), ou Kate (Ob) se disaient prêtes à toute éventualité, elles ont tout de même réalisé, après avoir eu une césarienne, qu'elles s'étaient très peu renseignées sur le sujet.

Ah mon Dieu, hum, bien en tout cas, si j'avais un conseil à donner aux gens qui doivent accoucher, il faut, moi je pense qu'il faut vraiment te laisser toutes, toutes les portes ouvertes, puis la césarienne, il faut lire sur ça. Moi j'avais pas lu sur la césarienne. J'avais refusé ça, j'étais comme Non! J'en n'aurai pas! Puis, une grosse tête dure. Et le conseil que je donne, c'est vraiment de, même les pires affaires, je pense que c'est important d'être informée... (Amélie, Ob)

De son côté, Nicole (SF) est complètement prise par surprise lorsque les médecins décident devant elle, mais sans la consulter, d'aller en césarienne. Elle ne comprend absolument pas ce qui lui arrive. Elle explique qu'à la poussée, le cœur du bébé commence à montrer des signes de défaillance. Les médecins ne savent pas si c'est le cordon ombilical qui étouffe ou retient le bébé. Le bébé n'est engagé qu'à un centimètre ce qui fait qu'on ne peut utiliser les forceps. Les médecins décident donc d'y aller pour la

césarienne. Il n'est pas question d'épidurale puisque ça prendrait au moins 20 minutes à agir. Cependant toutes ces conversations et ces décisions se déroulent devant Nicole, sans qu'on ne lui explique quoi que ce soit, et sans qu'on lui demande son opinion. « On [elle et son mari] était comme exclus. » Elle a du mal à comprendre ce qui arrive. Personne ne lui parle. On finit par l'amener à la salle d'accouchement. Son mari et la sage-femme restent derrière. Elle ne comprend pas pourquoi ils ne viennent pas avec elle. Elle se sent complètement isolée, seule, abandonnée. La dernière chose dont elle se souvient, c'est cette infirmière qui veut lui mettre un masque sur la bouche. Elle demande à l'infirmière ce que c'est. « L'infirmière me dit que c'est de l'oxygène alors qu'on est en train de m'endormir. » En d'autres termes, Nicole n'est même pas avertie qu'elle sera endormie pendant la procédure. Elle se réveille sans savoir où est son mari et si son enfant est vivant. Cela prend trois heures avant qu'ils puissent être enfin réunis tous les trois.

Bref, ces témoignages suggèrent qu'une meilleure préparation à l'éventualité d'une césarienne par le recours à l'information aurait peut-être contribué à atténuer l'anxiété que cette opération provoque chez Amélie et Nicole.

✓ *Les femmes ont besoin d'explications pendant la césarienne*

Plusieurs des femmes qui ont eu une césarienne ont été insatisfaites de la circulation de l'information pendant la césarienne. Elles ont vécu des expériences semblables à savoir qu'elles étaient un peu assommées par la fatigue et l'épidurale, elles tremblaient beaucoup et étaient anxieuses. Elles entendaient discuter autour d'elles sans vraiment comprendre ce qui se passait. Elles partageaient avec les intervenants un sentiment d'urgence ce qui les inquiétait d'autant plus. Elles croient que si on avait pris le temps de leur expliquer ce qu'on leur faisait et ce qui se passait, elles auraient été moins anxieuses, plus rassurées. Mylène (Ob) qui dit ne pas avoir eu le choix d'avoir une césarienne après près de trois heures de poussée et l'échec de la ventouse et des forceps, explique son état de panique pendant la césarienne. Les propos qu'elle entendait suggéraient qu'il y avait un problème, mais personne ne lui expliquait ce qui se passait.

C'est l'espèce de sentiment comme je disais de l'urgence de la [le bébé] sortir, là. Ça m'énervait! J'avais peur qu'il y ait quelque chose qui aille mal. Puis durant la césarienne... elle [l'obstétricienne] a dit : Ah non ça marche pas... t'sais? Je sentais que ça n'allait pas, puis il fallait qu'ils ouvrent... bon, l'incision un petit peu plus large. Puis là, à un moment donné, ils essayaient avec... je ne sais pas ce qu'ils faisaient, mais ils essayaient de la sortir. Ça je le sais, c'est qu'ils essayaient d'aller la chercher, puis je pense qu'il y a quelque chose... avec de la succion... une machine ou un appareil qui ne fonctionnait pas, puis quelqu'un a dit : Veux-tu que j'aille te chercher l'autre? Elle [obstétricienne] a dit : Non, ça va être trop long... là ça fonctionne pas, il n'y a pas de succion dans ton affaire. J'étais comme... sacrifice! Sortez-la! Là c'était encore plus énervant. C'était rien pour me rassurer pendant que ça se passait, ce qui se disait là. J'avais comme pas l'impression que ça se passait bien là. (Mylène, Ob)

Judith (SF), quant à elle, se sentait physiquement très mal pendant une césarienne qu'elle avait elle-même demandée après de longues heures de travail qui n'évoluait plus, mais qui, contrairement à Mylène, ne revêtait pas un caractère d'urgence. Elle aurait souhaité qu'on la rassure sur son état et qu'on l'informe de ce qu'on était en train de lui faire.

Là, ils te rentrent dans la salle, là ils te gèlent, ils te mettent un drap, ils ne t'expliquent rien, ils ne disent pas ce qui va se passer, comment ça va se passer. Ma sage-femme elle expliquait à mon conjoint, mais moi il n'y a personne qui me le

disait. Là, ils avaient augmenté ma dose de péridurale, j'avais des, bien je tremblais, là, j'avais de la misère à respirer, j'étais sûre que mon cœur allait exploser. Puis là, je disais, je ne suis pas capable de me contrôler, je ne suis pas capable de contrôler, mais il n'y en a pas un qui venait me dire bien c'est normal, parce que ta dose de péridurale est élevée puis c'est un effet secondaire, t'as plus de convulsions et à cause que t'es fatiguée, c'est normal. Puis, j'avais de la misère à respirer. Puis j'étais vraiment en panique. Mais il n'y a personne qui s'est assis à côté de moi pour me rassurer ou me parler. Personne. (Judith, SF)

Le rôle rassurant de l'information prend ici toute son importance.

✓ *Les femmes ont un grand besoin de comprendre les raisons qui ont mené à une césarienne*

Quelles soient de Vancouver ou de Montréal, suivies par des obstétriciens, médecins de famille ou sages-femmes, toutes les femmes de notre échantillon qui ont subi une césarienne avait un grand besoin d'en connaître les raisons.

And I'm still stunned that I had a c-section. Like I'm still, I'm waiting to go and see my doctor, my obgyn, I go in 2 or 3 weeks, and I want to know more. Like I guess they have to file reports and I want to know more about what exactly was in the report and why and... you know, I was always one of those people where I thought you got to do what you got to do to have a healthy baby and to have a safe delivery and all that sort of stuff. But in the back of my head, it just never occurred to me that I would have a c-section. I don't know why. Did never, you know I always told myself, oh well if you have to have it you have to have it, but I didn't even give it a more, a moment's more thought than that. I just, I don't know why I ended up with one. (Kate, Vancouver, Ob)

Bien que Mylène (Ob) comprenne qu'elle ait eu une césarienne d'urgence et qu'il peut être difficile pour un intervenant dans ces conditions de commenter ses faits et gestes pendant l'opération, elle se désolait que personne n'ait pris le temps après la césarienne, voire même dix minutes, pour venir lui expliquer ce qui c'était passé:

Puis j'avais comme plein de questions parce que j'ai même pas... sur le coup, tu penses aussi juste au bébé. On dirait que tu penses pas à revenir sur poser des questions, sur comment s'est passée l'opération. Mais il n'y a personne qui m'a dit bon, bien ça s'est bien passé ou... j'ai entendu qu'il avait fallu qu'ils fassent une incision plus longue, quand ils se parlaient durant l'opération. Il n'y a personne qui me l'a dit après ou qui est revenu me voir pour me dire bon, bien ça été difficile, ça fait qu'on entendait bon, bien ok, on a plus de misère à la sortir, là, elle est bien mal engagée. Ça fait que t'sais, c'est toutes des choses qu'on a entendues, mais il n'y a personne qui nous l'a dit, à nous. J'aurais apprécié que la personne qui a fait l'opération vienne, qu'elle reste disons 10 minutes pour me faire (rire) comme un petit topo de comment ça s'était passé puis... ou ce qu'ils ont fait, parce que je ne le savais pas... (Mylène, Ob)

Amélie (Ob) a même demandé à lire son dossier pendant qu'elle était à l'hôpital. Si plusieurs facteurs semblaient expliquer la raison de sa césarienne, petit bassin, gros bébé, cordon autour du cou etc., elle souhaitait comprendre quel facteur avait prévalu dans la décision. Comme elle l'explique, c'est pour elle, la

seule façon d'être en mesure de prendre une décision lors d'une grossesse ultérieure, d'opter pour une césarienne planifiée ou d'essayer à nouveau de donner naissance par voie vaginale.

Mais je sais que c'est marqué [dans son dossier], le cordon était comme ça, mais elle [obstétricienne], elle m'a parlé de mon bassin. Mais là, il y a la grosseur du bébé, il y a comme plusieurs phénomènes qui expliquent la césarienne, mais moi, dans le fond, c'est important de savoir c'est lequel qui prévaut sur les autres, parce que c'est ça qui va faire que je vais décider pour le prochain [bébé]. Si c'est le cordon autour du cou, puis que c'est rien d'autre, bien je vais m'essayer [par voie vaginale] pour le prochain, surtout si c'est une petite fille. (Amélie, Ob)

✓ ***Certaines femmes de notre échantillon pensent avoir évité la césarienne grâce à leurs connaissances ou à l'attitude des intervenants.***

Pour certaines femmes de notre échantillon, la césarienne s'est présentée comme une option possible à un moment de leur accouchement. Il est intéressant de constater qu'elles expliquent avoir évité cette intervention par deux facteurs, soient la volonté des intervenants à les mener au bout de l'accouchement sans en venir à la césarienne, ou dans le cas de Valérie suivie par une sage-femme, ses propres connaissances des options à tenter avant d'en arriver à cette opération.

Sandra (MF) et Marie-Élisabeth (SF) ont toutes deux l'impression que l'attitude des intervenants a joué dans le fait qu'elles ont fini par mettre au monde leur enfant par voie vaginale malgré de longues heures de contractions. Alors que le chirurgien lui faisait miroiter la possibilité d'une césarienne, le médecin de famille de Sandra, sans exclure cette option, lui promettait de tout mettre en œuvre pour éviter cette opération.

Là, à un moment donné, vers la fin de l'après-midi, 4-5 heures, le chirurgien est arrivé. Il pensait que j'allais avoir une césarienne parce que j'étais toujours pas dilatée. Ça fait que là ça faisait déjà quasiment 18 heures, et là ils m'ont donné du, c'est pas du Pitocin, mais l'équivalent du Pitocin pour déclencher les, bien les contractions en fait étaient déjà là, mais pour essayer d'aider le travail et là ça commencé à ouvrir. Ça fait que là, mais de toute façon, dès le départ, ma femme médecin me disait ce qui en était, mais je sentais qu'elle ne voulait pas ça, une césarienne. Mais on ne veut jamais ça, mais je sentais qu'elle, elle était avec moi là-dedans, puis qu'elle voulait vraiment m'accoucher là. Ça fait que elle, elle était encourageante, mais en même temps elle disait les vraies choses. Tandis qu'il y avait des infirmières qui étaient plutôt déprimantes je dirais, là. Puis finalement, bien là, le col a commencé à dilater vers 7h, non finalement à 7h j'étais dilatée à 10, là j'ai commencé à pousser à ce moment-là, après 22 heures. (Sandra, MF)

De la même façon, la persistance de l'infirmière à convaincre le médecin que la poussée évoluait n'a pas permis à Marie-Élisabeth (SF) d'éviter les forceps, mais la césarienne, si.

Oui le nez en l'air plutôt que la tête penchée par en avant, ça fait que ça, ça faisait que ça avançait quand même pas trop vite puis après 2 heures de poussée, le médecin, qui passait une fois de temps en temps, a commencé à parler de césarienne possible, de forceps, de ventouse puis tout ça. Mais l'infirmière arrivait tout le temps à le convaincre que ça allait bien et que ça avançait puis tout ça. Ça fait qu'on a réussi à gagner des délais de 15 minutes, 15 minutes, 15 minutes puis finalement, bien c'est ça, elle [l'infirmière] a réussi à respecter ce que moi je voulais, parce que moi, la césarienne, je ne voulais pas. J'avais plein d'énergie, ça

avançait, je ne voyais pas pourquoi. Mais en même temps, il y avait l'interne, c'est ça, il y avait et le médecin et l'interne qui me faisaient des examens régulièrement. L'interne, elle voyait tout le temps ça négatif, comme quoi ça n'avancait pas puis que c'était juste un renflement de la tête de la petite, que la petite descendait pas, des trucs comme ça. Tandis que le médecin, lui, quand même il arrivait à constater un progrès, ce que l'infirmière voyait elle-même de toute façon, puis la sage-femme avec les poussées, en tout cas. (Marie-Élisabeth, SF)

Valérie (SF) travaille dans le monde de la périnatalité. À 42 semaines de grossesse, elle a dû se résoudre à provoquer le travail en milieu hospitalier même si son premier choix était de donner naissance à la maison des naissances. Cependant, étant très au fait des procédures et des options qui s'offraient à elle, elle a exigé une troisième dose de gel de prostaglandine pour permettre au col de l'utérus de se ramollir avant de commencer les injections de Pitocin. Valérie est convaincue qu'une autre femme, dans la même situation qu'elle, aurait fini par se faire proposer une césarienne.

Bien c'est ça parce que si, moi je suis pas mal convaincue que quelqu'un d'autre dans la même situation que moi aurait eu une césarienne. Ils n'auraient pas essayé une dose, puis 2 doses puis 3 doses du gel de prostaglandine. Moi, ils l'essayaient parce j'insistais. Y a-t-il quelque chose qu'on peut faire? Puis il y avait ma sage-femme qui venait de temps en temps puis qui jasant avec les infirmières puis avec le résident. Puis je ne pense pas qu'ils auraient, dans la mesure où le bébé allait toujours bien, parce que son cœur, ils l'écoutaient souvent, c'est sûr que s'il y avait eu un problème avec ça, c'est une autre histoire, mais dans la mesure où moi j'allais bien et lui allait bien, on a pu essayer des choses. Mais je pense que, une femme qui ne connaît pas ça, elle aurait pu, ils lui auraient proposé une césarienne bien avant. Je pense. Puis ils auraient dit votre bébé ne descend pas... (Valérie, SF)

Donc ici encore, nos données démontrent bien l'importance de l'information acquise non seulement avant l'accouchement, mais pendant et après cette expérience. Prises dans le feu de l'action, les femmes ne sont pas toujours en mesure de participer aux décisions en toutes connaissances de cause. Dans certains cas, il faut agir rapidement. Cependant, une fois l'accouchement terminé, elles ont souvent besoins de se réconcilier avec les décisions qui ont été prises pendant l'accouchement et leurs témoignages suggèrent que quelques minutes d'explications pourraient suffire à faire le point sur leur expérience.

Conclusion

Que nous apprennent donc ces données sur l'utilisation que font les femmes de l'information dans le processus décisionnel? Force est de constater qu'il y a encore des femmes qui ont l'impression de ne pas prendre part aux décisions. Si pour certaines, il s'agit d'un choix où elles décident de faire confiance à leur intervenant et de s'en remettre à ses compétences, choix tout à fait légitime, dans d'autres cas, ce n'est pas un choix, mais le résultat d'un manque de communication et d'écoute 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 et d'autant plus lorsque ce dernier est confronté à une femme transférée de la maison de naissance.

Nos données mettent également en évidence le fait que si l'information recueillie *pendant la grossesse* permet aux femmes de prendre part aux décisions pendant l'accouchement, elle n'est pas suffisante. Bien que dans la majorité des cas, les femmes comprennent le déroulement de l'accouchement et connaissent leurs options, elles semblent avoir également besoin qu'on leur explique ce qui leur arrive *à elles*, ce qu'on leur fait *à elles*. Le rôle rassurant que joue l'information prend ici toute son importance. On constate que très peu de

femmes dans notre échantillon sont comme Kate ou Valérie et vont d'emblé demander les alternatives à l'induction au Pitocin, à l'épidurale ou à toute autres forme d'intervention. 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 de les demander ou avoir la présence d'esprit de le faire. Pour qu'une femme puisse faire un choix éclairé, il convient donc de fournir l'information non pas 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. On constate que les femmes de notre échantillon qui ont bénéficié du soutien continu d'une ou plusieurs personnes (autre que le conjoint seul) pendant l'accouchement, ont bénéficié de plus d'informations (se sont vu offrir des alternatives) et ont pu éviter certaines interventions. Donc l'information seule, sans le soutien d'une personne n'est pas suffisante.

Finalement, l'information *après* l'accouchement est celle qui semble manquer le plus, surtout pour les femmes qui ont connu une expérience difficile et éprouvante. Le besoin de comprendre ce qui s'est passé, de se réconcilier avec les décisions qui ont été prises dans le feu de l'action a été mentionné par plusieurs. Comprendre ce qui s'est passé est la seule façon pour les femmes de pouvoir prendre des décisions éclairées lors d'une grossesse subséquente. Encore ici, ce ne sont pas toutes les femmes qui comme Amélie ont, que ce soit l'énergie, le courage ou la détermination nécessaire pour demander à consulter leur dossier médical. Le monde médical demeure, pour plusieurs, un monde intimidant, inaccessible, clos.

Dans le prochain chapitre, nous développons davantage ces idées ainsi que celles qui ont émergées des chapitres précédents.

Chapitre 5

Où en sont les femmes?

À la lumière de toutes ces analyses, quelles réponses pouvons-nous apporter à nos deux questions de recherche et quel bilan pouvons-nous tirer de la situation des femmes dans un contexte de périnatalité changeant et caractérisé par l'accessibilité à une information foisonnante? Rappelons qu'en filigrane de cette recherche se posait la question du choix éclairé. À notre avis, cette question est tributaire du langage dans laquelle elle est posée. Pour faire des choix, il est indispensable d'avoir des informations adéquates. L'on pourrait se demander pourquoi les femmes devraient avoir le choix? Parce que nous visons une pratique centrée sur le patient (*patient centered medicine*) et dans ce cadre, il nous faut pouvoir donner une réponse positive à la question éthique du consentement éclairé.

Quelles connaissances les femmes avaient-elles de la grossesse et de l'accouchement?

À cette première question, nous pouvons répondre que les femmes de notre échantillon en savent beaucoup. Les femmes se renseignent énormément et de toutes les façons. Est-ce que cela implique automatiquement qu'elles ont accès à de l'information neutre et objective, basée sur des données probantes? Pas nécessairement. On se rend compte que la femme enceinte se retrouve au centre de zones d'influence multiples. Pour les femmes que nous avons rencontrées, la principale source d'information vient de la lecture d'ouvrages et de dépliants sur la grossesse et l'accouchement. Viennent ensuite les intervenants, en principe, détenteurs des données probantes. Cependant, nous avons noté le rôle limité d'informateur de certains intervenants, notamment les médecins. Le médecin est perçu comme un intervenant compétent, mais distant. Il peut répondre à des questions d'ordre biologiques et physiologiques, mais celles d'ordre psychologique, émotionnel et autres n'ont pas leur place dans son bureau. La sage-femme, quant à elle, est perçue comme étant beaucoup plus présente. Elle a une approche beaucoup plus holiste de l'information qu'elle partage avec ses clientes. Les femmes expliquent souvent ce décalage entre les deux types d'intervenants par le *manque de temps* des médecins pour répondre à leurs questions. Nous nous questionnons sur l'élément *manque de temps* de la part des médecins pour communiquer. De façon plus globale, nous nous demandons 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?

On peut également se questionner sur la neutralité de l'information. Dans une étude qui examinait l'utilisation de dépliants d'information pour éclairer les choix des femmes enceintes au Royaume uni, Stapleton et al concluent que les professionnels de la santé (médecins et sages-femmes) font d'abord la promotion de pratiques normatives plutôt que de choix. Étant donné que les femmes accordent une grande importance à leur opinion, l'information dispensée mène davantage vers une complaisance informée que vers un choix informé (Stapleton et al, 2002). En d'autres termes, les femmes prennent des décisions en fonction de ce que les intervenants souhaitent. Plusieurs de nos données vont dans le même sens que cette étude. Certaines patientes nous ont mentionné avoir eu le sentiment que l'information leur était présentée de façon à leur faire peur ou à induire un certain comportement (chapitre 3). Il ne faut toutefois pas sous-estimer les autres sources d'information qui influencent les décisions des femmes enceintes.

L'entourage en est une d'importance. Non pas basée sur des données probantes, mais bien sur l'expérience concrète, les informations fournies par l'entourage 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 (chapitre 3). Parce que ce rôle est important et grandement apprécié de la majorité des femmes rencontrées, l'absence d'un tel réseau social pose problème. Certaines femmes ont en effet

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 sur précisément le rôle joué par le système de santé dans une préoccupation de diffusion large de l'information pour un consentement éclairé.

En dernier lieu cependant, on se rend compte que, données probantes ou non, les femmes recherchent l'expertise qui confirme leur intuition, leur instinct ou leurs valeurs propres, que cette expertise soit la littérature, le médecin, la sage-femme, l'accompagnante ou encore l'entourage. Force est de constater, toutefois, que dans bien des cas, cet instinct ou intuition est déjà programmé par une « culture de la peur ». Rappelons que les femmes suivies par des médecins de famille ou des obstétriciens recherchent de l'information non pas pour s'informer de façon éclairée, mais bien pour se rassurer. Elles semblent déjà baigner dans une culture de la peur.

L'information et le choix éclairé

En deuxième lieu, nous cherchions à voir si l'information recueillie pendant la grossesse permettait aux femmes de faire des choix ou de prendre des décisions tout au long de la grossesse et pendant l'accouchement. Une réponse courte à cette question serait : pas toujours. Nos données nous ont permis de comprendre certains enjeux qui entravent l'utilisation de l'information avant, pendant et après l'accouchement.

Avant l'accouchement, trois découvertes

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

D'abord, nous avons constaté un manque d'information et ce, dès le début de la grossesse, sur les différentes alternatives qui s'offrent aux femmes de Montréal et Vancouver, à savoir : accoucher en milieu hospitalier, en maison de naissance ou à domicile, accompagnée d'un médecin de famille, d'un obstétricien ou d'une sage-femme. En effet, toutes les femmes qui ont choisi un suivi avec sage-femme connaissaient l'existence de ces dernières avant de devenir enceinte, contrairement aux femmes qui ont choisi un suivi avec un médecin. Plusieurs nous ont dit ignorer l'existence des sages-femmes ou encore, ne pas être vraiment au courant de leur pratique et de leurs compétences. C'est dire que dans notre société, il va encore de soi, pour la majorité des femmes, d'accoucher en milieu hospitalier. En fait, pour outiller les femmes enceintes pour la première fois, il existe bien peu d'information sur la façon de rentrer dans le système de santé. La plupart de celles-ci ont le réflexe de se tourner vers leur entourage ou leur médecin de famille soit pour trouver un lieu de naissance soit pour trouver un intervenant qui assurera le suivi. Ainsi, si personne dans l'entourage ne connaît d'alternative à l'hôpital, (telle que la possibilité d'accoucher en maison de naissance ou à domicile), il y a peu de chance que la future mère examine ces possibilités dans ses démarches. Peut-on alors parler de choix réel lorsque toutes les alternatives ne sont pas connues? Force nous est de constater qu'il s'agirait plutôt d'une « culture » de l'accouchement pour ne pas dire d'une « tendance » plutôt que d'un choix réel. C'est aussi dire que l'information sur la pratique sage-femme n'est pas encore à la portée de toutes à Montréal et Vancouver et possiblement dans le reste de ces deux provinces. Il reste encore beaucoup de travail à faire pour faire connaître la pratique sage-femme et l'organisation des maisons de naissance. Comme nous l'avons mentionné dans ce rapport (chapitre 2), il n'est pas dit qu'une meilleure accessibilité à ce type d'information inciterait toutes les femmes à se tourner vers les sages-femmes. Cette méconnaissance de la pratique sage-femme s'accompagne également d'une vision de l'accouchement, encore une fois ancrée dans une culture de la peur où l'accent est mis sur les complications en tant que telles et non pas sur leur caractère « exceptionnel ». Encore ici, nous ne pourrions parler de véritable choix ou de choix éclairé tant et aussi longtemps que règnera cette culture de la peur et que l'information relative à la pratique sage-femme demeurera inaccessible à une majorité de femmes, ce qui semble être présentement le cas.

B. Contrôle, confiance, dépendance : la notion de sécurité

Un autre facteur vient également s'immiscer dans la prise de décision ou les choix à faire quant aux lieux de naissance et c'est la notion de sécurité. L'accouchement est invariablement associé à des craintes de toutes sortes qui ont besoin d'être apaisées d'une façon ou d'une autre. À cet effet, nous avons remarqué une différence notable entre les femmes suivies par des sages-femmes et celles suivies par des médecins en ce qui a trait à la perception de ce qui est sécuritaire. Pour les premières, *les sages-femmes elles-mêmes* incarnent la sécurité. Le lien qui se tisse entre la femme et la sage-femme tout au long du suivi de grossesse contribue à développer la confiance de la femme enceinte en ses propres capacités ainsi qu'en celles de sa sage-femme. Ces femmes sont confiantes que la sage-femme sera en mesure de reconnaître les symptômes de complications possibles et de réagir rapidement pour le bien de tous. Toutes les femmes suivies par des sages-femmes se sont dites pleinement rassurées, en confiance et en sécurité. Ces résultats corroborent d'autres études faites à travers le Canada sur la sécurité et la confiance qui caractérisent la relation sage-femme/femme enceinte (Moon et al., 1999). De plus, l'affiliation entre la maison de naissance et l'hôpital dans le cas de Montréal, qui permet un transfert rapide en cas de complication, suffit à rassurer les femmes que tout est en place pour assurer la sécurité du bébé et la leur tout au long de l'accouchement.

Du côté des femmes suivies par des médecins, *c'est l'hôpital qui incarne la sécurité*. Ces femmes sont rarement assurées que le médecin qui les suit sera présent à l'accouchement. L'hôpital offre un bassin de médecins et d'infirmières de compétences équivalentes ainsi qu'une technologie de pointe qui leur permettra de réagir adéquatement et rapidement tout au long de l'accouchement. Donc en l'absence d'une relation familière et complice avec leurs intervenants, les femmes investissent dans une institution et ses ressources humaines et matérielles. Ici encore, nous sommes en face de choix faits sur la base de dangers perçus et non pas de données probantes puisque ces dernières nous assurent de la sécurité de l'accouchement en maison de naissance ainsi qu'à domicile (CETS, 1999; Blais et al., 1997; CEPP, 1997).

C. La volonté de participer aux décisions

Une autre découverte troublante de notre recherche est que le monde de la périnatalité tente peut-être en vain d'offrir aux femmes un bien qu'elles ne veulent pas toutes. Nous avons en effet 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. Nous avons constaté que les femmes suivies par des sages-femmes et des médecins de famille semblent plus volontaires dans ce sens que celles suivies par des obstétriciens. En d'autres termes, 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 de toutes les femmes ou n'a pas la même importance pour toutes les femmes. En effet, seule les femmes suivies par des sages-femmes ou des médecins de famille et accompagnantes nous disaient s'informer pour être en mesure de prendre des décisions le moment venu. Celles suivies par des obstétriciens, disaient s'informer pour se rassurer avant toute chose.

Il s'agit de constatations assez troublantes dans le contexte d'une médecine qui cherche à se centrer davantage sur le patient en le responsabilisant et en l'intégrant au processus décisionnel. À prime abord, elles semblent également aller à l'encontre de nombreuses études qui notent le rapport entre la satisfaction des mères face à l'accouchement et leur sentiment de contrôle (CSF, 1993). Certains auteurs ont attribué cette attitude des femmes de s'en remettre plus ou moins passivement au système médical, à une culture de la peur, l'insécurité associée à la grossesse et l'accouchement se traduisant par la recherche de la normalité et de « certitudes à tout prix » que le savoir médical et ceux qui le possèdent peuvent fournir (Quéniart, 1988 : 21-28). D'autres ont présenté les femmes comme des victimes d'une médicalisation de la naissance, d'un modèle technologique où l'institution constitue une entité sociale plus importante que l'individu de sorte que l'accouchement doit se conformer aux besoins de l'institution et non à ceux de l'individu (Davis-Floyd, 1987). Dans ce contexte, il va de soi que l'intervenant dicte la conduite. D'un autre côté, de s'en

remettre à un professionnel de l'accouchement « qui en a vu d'autres », ne constitue-t-il pas un choix légitime et responsable en soi? Des études récentes suggèrent que le choix des femmes de se tourner vers l'hôpital et un accouchement médicalisé est en fait le résultat d'un manque de soutien social (Fox et al., 1999). Kabakian-Khasholian et al.(2000) concluent également que le degré de passivité des femmes libanaises de leur étude variait en fonction du soutien psychologique qu'elles recevaient pendant l'accouchement.

Notre étude démontre quant à elle 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 cependant 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

Nous avons en effet constaté que la majorité des femmes, dans nos trois groupes, accordent une grande importance à *comprendre* ce qui leur arrive à *elles* pendant l'accouchement. Comment évolue la situation? Pourquoi évolue-t-elle ainsi? Est-ce que tout est normal? Pourquoi doit-on faire telle ou telle intervention? Ici encore, dans la majorité des cas, l'information prodiguée *pendant* l'accouchement permet de rassurer, d'encourager, de garder un certains contrôle sur ce qui se passe et bien entendu de prendre des décisions. Nous avons vu par exemple que de savoir qu'on est « dilaté à 8 cm » peut repousser l'idée d'une épidurale. Force est de constater que si les informations acquises avant l'accouchement permettent aux femmes de connaître leurs différentes options, elles ne semblent pas toujours en état d'utiliser cette connaissance le moment venu. Les femmes, même très renseignées, ont besoin d'être informées tout au long de l'accouchement et cet aspect a manqué à certaines de nos répondantes qui ont accouché en milieu hospitalier. Leurs témoignages ont démontré qu'on ne leur a pas toujours offert toutes les alternatives possibles. Si elles ne demandent pas, elles ne reçoivent pas nécessairement. Cela soulève des questions quant à la qualité du soutien reçu pendant l'accouchement.

B. Absence d'information pour décider

À ce sujet, nous avons été frappés de constater, dans notre analyse, que les femmes suivies par des médecins de famille et des sages-femmes semblaient se voir offrir plus d'alternatives aux *remèdes radicaux*, notamment à l'induction et l'épidurale, que celles suivies par des obstétriciens. Cela nous mène à faire la réflexion suivante : si l'on se tourne vers un pharmacien pour trouver une solution à des maux de tête, il suggèrera de l'acétaminophène parce que c'est ce qu'il connaît pour traiter les maux de tête. Si toutefois l'on se tourne vers un naturopathe, ce dernier nous suggèrera des tisanes ou des granules. C'est ce qu'il connaît pour traiter les maux de tête. Or, dans le monde de la périnatalité, au Québec, on semble avoir perdu de vue que l'obstétricien est avant tout un spécialiste des complications de la grossesse et de l'accouchement. Pourquoi alors s'étonner qu'il se tourne inévitablement vers le Pitocin ou l'épidurale pour gérer des problèmes d'accouchement? C'est ce qu'il connaît. Le médecin de famille et la sage-femme quant à eux, connaissent une autre panoplie d'alternatives pour répondre à ces mêmes problèmes et c'est ce qu'ils suggèrent à leur patiente. Ce qu'il y a donc d'étonnant, c'est qu'une majorité de femmes qui ont des grossesses à faibles risques se tournent vers des professionnels du risque pour assurer leur suivi.

Il semble y avoir eu un dérapage dans ce sens, surtout au Québec, puisque la situation semble différente en Colombie-Britannique. Nous avons en effet constaté que les répondantes de Vancouver suivies par des obstétriciens avaient toutes une grossesse à risques élevés, contrairement aux répondantes suivies par des médecins de famille ou des sages-femmes. L'une de nos répondante, Kate, s'est même vue offrir par son obstétricien de poursuivre son suivi de grossesse avec son médecin de famille lorsque tout danger de fausse couche tardive (elle en avait eu quelques unes avant ce premier enfant) a été écarté. Elle a souhaité

continuer avec l'obstétricien parce qu'il connaissait bien son dossier et qu'elle était satisfaite du suivi. Il s'agit donc d'une différence intéressante entre le site de Montréal et celui de Vancouver. Cette comparaison suggère qu'au Québec, les ressources seraient mal utilisées. Logiquement, les sages-femmes et les médecins de famille devraient s'occuper de grossesse à faibles risques et laisser à leurs confrères et consœurs obstétriciens le soin de s'occuper des grossesses à risques élevés. Si tel est le cas à Vancouver, ça ne l'est pas à Montréal. Est-ce seulement le résultat d'une pénurie de médecins de famille (ICIS, 2004) et d'une pratique sage-femme encore mal connue? Est-ce le résultat d'une culture de la peur où des grossesses qui à une autre époque auraient été considérées à faibles risques, sont aujourd'hui considérées à risques élevés? Est-ce le résultat du développement d'une technologie de pointe qui permet de diagnostiquer des problèmes qui demeuraient inconnus jusqu'à l'accouchement à une autre époque? Ou encore, une technologie qui permet *d'anticiper* des problèmes *potentiels*? Bref, le gouvernement s'active à restructurer constamment le système de santé pour améliorer l'utilisation des ressources. Il serait temps, nous semble-t-il, de revoir l'utilisation que l'on fait de spécialistes comme les obstétriciens dans le monde de la périnatalité.

C. Sentiment de non participation aux décisions

Qu'elles souhaitent ou non prendre des décisions au départ, 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 de ne pas avoir participé aux décisions résulte d'un manque de communication et d'écoute 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 et 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 du post-partum. Tant à Montréal qu'à Vancouver, 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. Spécifiquement 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 et ensuite réussir à comprendre tous les symboles et le langage spécialisé qu'il contient, aucun moment n'est accordé à la femme pour lui expliquer ce qui s'est passé ou simplement répondre à ses questions sur l'accouchement. Il y a donc manqué d'information de ce côté également.

Bref, les femmes semblent en appeler à une information beaucoup plus personnalisée, c'est-à-dire, applicable à leur situation à elles et ce, pendant la grossesse, l'accouchement et après cet événement. Au cœur même de cette requête se trouve la communication patient/intervenant ainsi que l'importance d'un soutien continu tout au long du processus de grossesse et d'accouchement. Il semble que les efforts d'humanisation de la naissance n'aient pas encore eu de répercussion sur cet aspect si important de l'expérience de la maternité.

Des pratiques qui ont l'appui des femmes

Nos rencontres nous ont également permis de discuter de certaines tendances dans le monde de la périnatalité qui semblent avoir l'appui des femmes. Au Québec, qu'elles soient suivies par des médecins ou

des sages-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. Cependant, tout comme ailleurs au Canada (Moon et al., 1999), on s'inquiète des répercussions que l'exercice de leur art en milieu hospitalier pourraient avoir sur la qualité des soins que prodiguent les sages-femmes. De plus, il n'est pas dit que ces nouvelles options conviendraient personnellement à nos répondantes. Si la combinaison sage-femme/hôpital rassurerait plusieurs femmes qui se sont d'abord tournées vers les médecins, les femmes qui choisissent un suivi par les sages-femmes, choisissent également d'accoucher en maison de naissance. Elles souhaitent précisément éviter l'hôpital. De plus, elles ne sont pas nécessairement à l'aise avec l'idée d'accoucher à domicile, trouvant cette option hasardeuse. 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.

Nous avons également constaté que certaines femmes de notre échantillon ont eu recours à des accompagnantes. Parmi elles, certaines se sont vues refuser une place chez les sages-femmes tandis que d'autres se sentaient tout de même plus rassurées d'être suivies par un médecin. Cependant, toutes souhaitaient un accouchement le plus naturel possible. Elles voulaient donc d'une part, avoir le soutien continu d'une professionnelle de l'accouchement qui augmenterait leur chance d'avoir un accouchement avec le moins d'intervention possible. Et d'autre part, 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. L'accompagnante s'avérait donc toute indiquée pour remplir ces rôles. Certaines femmes de notre échantillon auraient aimé y avoir recours, mais n'avaient pas les moyens financiers de le faire, ce service n'étant pas couvert par l'assurance maladie, ni au Québec, ni en Colombie-Britannique. Il serait peut-être 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 (Van Zandt et al., 2005; Lantz et al., 2005; Stein et al., 2004; Pungert, 2004; Pascali-Bonaro et al., 2004; Scott et al., 1999). D'autre part, la combinaison médecin et accompagnante peut sembler pour plusieurs femmes un bon compromis à défaut d'avoir accès à une sage-femme. À notre avis, il s'agit d'une tendance qui va continuer de se développer. Il nous semble dommage qu'elle ne puisse être financièrement accessible à toutes.

Finalement, la comparaison que nous avons faite avec un petit échantillon de Vancouver a permis de mettre en évidence l'importance de la qualité des rapports entre les différents intervenants en périnatalité, notamment entre médecins et sages-femmes. En effet, à Vancouver, les répondantes qui souhaitaient avoir recours à une sage-femme, mais qui n'ont pas pu obtenir une place, se sont vues référées par ces dernières à une pratique de médecine familiale qui partageait leur philosophie. À Montréal, au contraire, toutes les femmes qui n'ont pas pu avoir une place en maison de naissance, ont été laissées à elles-mêmes. Elles ont dû se tourner vers leur réseau de connaissances pour trouver un médecin ou un hôpital où accoucher. À notre avis, ces données suggèrent qu'il existe encore, à Montréal, un certain cloisonnement des professions. Alors que sages-femmes et médecins de famille semblent collaborer à Vancouver, du travail reste à faire dans ce sens à Montréal. On sait que la profession de sage-femme est officiellement reconnue depuis moins longtemps qu'à Vancouver et que cette reconnaissance ne s'est pas faite sans friction avec les autres groupes de professionnels en périnatalité (Blais et al. 1992; Desjardins, S : 1993, Guyon et al., soumis). Cependant, les sages-femmes sont maintenant en place et répondent à une demande grandissante de la part des femmes. Dans ce contexte, les femmes auraient tout à gagner d'une meilleure collaboration entre médecins et sages-femmes (Cornellier, 1999).

Les limites de notre étude

Comme toutes les recherches, la nôtre comporte sa part de limite. D'abord, elle ne nous permet de discuter que de la situation dans deux grands centres urbains, soit Montréal et Vancouver. Il s'agit d'une situation

particulière étant donné que le choix de lieux de naissance est beaucoup plus large dans ces sites qu'en région rurale ou même dans les petites villes du Québec et de la Colombie-Britannique. De plus, l'anonymat qu'a expérimenté la majorité de nos répondantes suivies par des obstétriciens et certains médecins de famille est sans doute plus aigu dans les grands centres urbains que dans le reste de la province. Nos conclusions ne s'appliquent donc qu'à ces milieux urbains et suggèrent que des recherches semblables seraient souhaitables en région pour comparer les résultats.

Nous avons aussi mentionné dans la méthodologie que notre échantillon de répondantes, recrutées sur une base volontaire était relativement homogène quant au niveau d'éducation de nos répondantes. Il semble que notre projet de recherche ait attiré des femmes relativement éduquées et par conséquent peut-être plus enclines et à la recherche d'information. Nous pensons que l'accès à l'information peut varier en fonction du niveau d'éducation. Cependant, la petite taille de notre échantillon ne nous a pas permis de mettre en évidence des différences notables entre les participantes de niveaux d'éducation différents. Des recherches additionnelles, axées sur cette variable, sont nécessaires pour nuancer le portrait que nous avons brossé ici.

La petite taille de notre échantillon a également contribué à des résultats qui ne sont pas nécessairement représentatifs d'une réalité plus globale. Par exemple, nous avons obtenu un pourcentage de transferts de la maison des naissances à l'hôpital, plus élevé que la moyenne. Nous avons également obtenu un pourcentage de césarienne plus élevé que la moyenne provinciale en Colombie-Britannique du fait que le tiers de notre petit échantillon de 10 femmes avaient une grossesse à risques élevés, donc plus susceptibles de mener à une césarienne. Il convient donc d'utiliser nos résultats pour ce qu'ils sont : des données descriptives et non des indications de tendances plus générales. Nous pensons toutefois que les thèmes qui ont émergé de ces expériences de césariennes et de transferts, sont d'importance et correspondent à la réalité de nombreuses autres femmes, une réalité que l'on ne peut ignorer si l'on veut améliorer les soins et services périnataux.

Conclusion

Notre étude vient ajouter une voix au concert réclamant le bris de l'anonymat, dans les soins de santé en général, mais très particulièrement autour de l'accouchement, lieu chargé de sens s'il en est un. Ceci se ferait en encourageant la mise en place de pratiques et de politiques contraires à l'anonymat, par exemple en appuyant davantage la pratique des accompagnantes, en révisant la qualité du soutien apporté aux femmes avant, pendant et après la grossesse, en questionnant la continuité des services dans le suivi et l'accouchement, en encourageant la formation de sages-femmes et la mise en place de maison des naissances additionnelles pour répondre à la demande grandissante et en favorisant les échanges entre les différents types d'intervenants en périnatalité. Ceci s'applique d'autant plus dans les grandes villes comme Montréal et Vancouver. Nous soupçonnons en effet que la question de l'anonymat en régions se pose de façon moins aiguë. Encore faudrait-il des recherches additionnelles pour vérifier ce qu'il en est exactement.

Notre étude démontre qu'il faut également se pencher sur l'impact de la culture de la peur et créer des façons de la contrer. Il faut peut-être tenter de combler les vides d'information et réviser le ton et la façon dont cette information est véhiculée dans le monde de la périnatalité. Le discours du risque est omniprésent en périnatalité. En fait, seule une petite minorité de femmes semble encore reconnaître le langage de la « normalité ». Il est vrai que les ombres des incidences de mortalité et de morbidité maternelle et infantile ne sont pas très loin, en arrière dans le temps. Maintenant que la technologie a abaissé ces taux à presque zéro, il est compréhensible que la société exige ce niveau de risque : zéro. Là n'est pas le problème. Le problème est au plan de la ligne très mince qui existe entre le langage de la *prudence* et le langage de la *peur*. Comment introduire un changement dans le langage autour de la naissance? Comment créer un nouveau langage, celui de la prudence réaliste, mais non terrifiée? En bâtissant la confiance des femmes en elles-mêmes sans doute, mais également en repensant la formation des professionnels de la périnatalité, formation fortement axée sur le discours du risque.

Nous avons pensé comme société, que l'information pourrait jouer un rôle *d'empowerment* des femmes. Or, si les femmes ont exprimé un grand intérêt à être informées et que la majorité d'entre elles nous sont apparues remarquablement bien informées, force est de constater que cette information ne s'est pas automatiquement traduite en *empowerment*. L'information seule, souvent emballée dans un discours du risque, ne permet pas de nourrir la confiance des femmes en elles-mêmes. Il faut plus que cela, ce qui nous ramène invariablement à la puissance constructive des relations interpersonnelles, au bris de l'anonymat. Des recherches à plus grande échelle sur la communication patients/intervenants notamment permettraient sans doute de cibler des actions concrètes à mettre en place pour améliorer la situation.

Nos conclusions sont donc circulaires : tout est dans l'art de la communication et le corollaire de celui-ci, le bris de l'anonymat. À la réflexion, une société qui prend pour point de départ l'abolition de l'anonymat se verrait forcée de mettre l'emphase sur une communication de qualité. Un vrai cercle, loin d'être vicieux. C'est ce que nous ont dit, haut et fort, les femmes que nous avons rencontrées.

Références

- Blais, Régis, Maheux, Brigitte, Lambert, Jean. 1992. *La périnatalité et les sages-femmes au Québec: qu'en pensent les médecins, les infirmières et les sages-femmes?* Rapport d'étape.
- Blais, Régis, Joubert, Pierre. 1997. *Évaluation des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec.* Rapport final. Montréal.
- Brabant, I. 1995. *Une naissance heureuse.* Montréal : Éditions Saint-Martin.
- Charmaz, K. 2000. Grounded Theory: objectivist and constructivist methods. In *Handbook of qualitative research*. Norman K. Denzin and Yvonna S. Lincoln, editors. Second édition. Thousand Oaks : Sage Publications. 509-535.
- Conseil d'évaluation des projets-pilotes (CÉPP). 1997. *Projet pilote sages-femmes.* Rapport final et recommandations. Québec.
- Conseil d'évaluation des technologies de la santé (CETS), 1999. *Résumé: les mortinaissances dans le cadre des projets-pilotes de la pratique des sages-femmes au Québec.*
- Conseil du statut de la Femme (CSF), 1993. *Commentaires du Conseil du Statut de la Femme sur la politique de périnatalité du Ministère de la Santé et des Services Sociaux.* Gouvernement du Québec.
- Cornellier, H., 1999. L'humanisation de la naissance, y sommes-nous... ou presque? *Le Périscope*, vol.4, numéro 2, éditorial.
- Davis-Floyd, R. 1987. The technological model of birth. *Journal of American Folklore*, 1000 : 479-495.
- Desjardins, Sergine. 1993. *Médecins et sages-femmes : les enjeux d'un débat qui n'en finit plus.* Montréal : Éditions Québec/Amérique.
- De Koninck, M. 1981. *Accoucher ou se faire accoucher*, Rapport synthèse des colloques régionaux sur l'humanisation des soins en périnatalité. Bulletin de l'A.S.P.Q.
- Dyke, Nathalie, Saucier, J-F. 1997. L'éducation prénatale : bilan et suggestions de changement. *Le Clinicien*. 12 (10) : 121-128
- Fox, B., Worts, D. 1999. Revisiting the critique of medicalized childbirth : a contribution to the sociology of birth. *Gender and Society*, 13 (3) : 326-346.
- Institut Canadien d'Information sur la Santé (ICIS). 2004. *Donner naissance au Canada : les dispensateurs de soins à la mère et à l'enfant.* Rapport de recherche.
- Gouvernement du Québec. 1993. *Politique de périnatalité.* Ministère de la Santé et des services sociaux, Québec.
- Guyon, A., Jimenez, V. Interprofessional relations between midwives, family physicians, obstetricians and nurses in Quebec . Soumis.

- Kabakian-Khasholian, T., Campbell, O., Shediak-Rizkallah, M., Ghorayeb, F. 2000. Women's experiences of maternity care : satisfaction or passivity? *Social Sciences & Medicine*, 51 (2000) : 103-113.
- Kornelsen, J., Carty, E. 2001. *Les défis d'intégration : perspective sur le règlement sur la profession de sage-femme en Colombie-Britannique*. Bulletin de recherche des centres d'excellence pour la santé des femmes.
- Lantz PM, Low LK, Varkey S., Watson RL. 2005. Doulas as childbirth paraprofessionals: results from a national survey. *Womens Health Issues*. May-Jun; 15 (3) :109-16.
- McClain, Carol S. 1990. "The making of a medical tradition: vaginal birth after cesarean." *Social Sciences and Medicine* . 31 (2): 203-210.
- Moon, M., Breikreuz, L., Ellis, C., Hanson, C. 1999. *Midwifery care : womens' experiences, hopes and reflections*. Report from the Women-centred Health Programs and Services, www.pwhce/midwives.htm.
- Nelson, Margaret K. 1986. Birth and Social Class. In *The American way of birth*. Pamela S. Eakins, editor. Philadelphia: Temple University Press.
- Office des professions. 2004. *Règlement sur les normes de pratique et les conditions d'exercice des sages-femmes lors d'accouchement à domicile*. (R.Q. c. S-0.1, r.2), Québec.
- Paradis, Louise. 1987. *À la recherche de l'accouchement idéal*. Québec : Les Éditions Papyrus.
- Pascali-Bonaro, D., Kroeger M. 2004. Continuous female companionship during childbirth: a crucial resource in times of stress or calm. *Journal of Midwifery and Womens Health*. Jul-Aug; 49 (4 Suppl 1) :19-27.
- Punger D.2004. Importance of continuous doula support during labor. *American Family Physician*. Aug 1;70(3) :448.
- Quénart, Anne. 1988. *Le corps paradoxale : regards de femmes sur la maternité*. Montréal : Éditions Saint-Martin.
- Quivy, R., Campenhoudt, L.V., 1995. *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod.
- Regroupement Naissance-renaissance. 1992. *Les lieux de naissance*. Fiche maternité numéro 2. Printemps.
- Saillant, Francine and Michel O'Neill, ed. 1987. *Accoucher autrement: repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*. Montréal: Editions Saint-Martin.
- Scott KD, Klaus PH, Klaus MH. 1999. The obstetrical and postpartum benefits of continuous support during childbirth. *Journal of Womens' Health and Gender- Based Medicine*. Dec; 8 (10) :1257-64
- Stapleton, H., Kirkham, M., Thomas, G. 2002. Qualitative study of evidence based leaflets in maternity care. *BMJ*, March; 324-639.
- Stein MT, Kennell JH, Fulcher A. 2004. Benefits of a doula present at the birth of a child. *Journal of Developmental Behavior in Pediatrics*. Oct; 25 (5 Suppl) :S89-92.
- Vadeboncoeur, H., 2004. *La naissance au Québec à l'aube du troisième millénaire : de quelle humanisation parle-t-on ?* Thèse de doctorat, Université de Montréal.

Vadeboncoeur, Hélène. 1989. *Une autre césarienne? Non merci*. Montréal : Éditions Québec/Amérique.

Zadoroznyj, M. 1999. Social class, social selves and social control in childbirth. *Sociology of health and Illness*, May, 21 (3) : 267-289.

Van Zandt S.E., Edwards L., Jordan E.T. 2005. Related Lower epidural anesthesia use associated with labor support by student nurse doulas: implications for intrapartal nursing practice. *Complement Ther Clin Pract*. Aug;11(3) :153-60.

Annexe I
Dépliants de recrutement des participantes

Perception d'une naissance et naissance d'une perception

Les femmes et leurs rapports aux discours en périnatalité.

*Vania Jimenez
Abby Lippman
Marleen Debertog
Eugene Berezka
Michael Klein
Louise Miner
Myriam Hivon*

Participant·es recherchées :

Nous sommes présentement à la recherche de femmes qui accepteraient de participer à une étude qui se penche sur la façon dont les femmes vivent leur accouchement au Québec et en Colombie-Britannique. Cette étude vise :

- ❑ À mieux connaître les valeurs et les préférences des femmes en matière d'accouchement
- ❑ À mieux connaître leur opinion sur les informations reçues tout au long de la grossesse au sujet de l'accouchement
- ❑ À savoir comment les femmes vivent leur expérience d'accouchement.

Qu'est-ce que ça implique?

Pour les femmes intéressées à participer à notre étude, cela consiste à nous accorder deux entrevues :

- ❑ une première entrevue effectuée 4 ou 6 semaines avant l'accouchement
- ❑ une seconde entrevue effectuée 6 à 8 semaines après l'accouchement.

De quoi parlerons-nous?

La première entrevue portera sur les thèmes suivants:

- ❑ La façon dont vous vous préparez à l'accouchement;
- ❑ Vos valeurs et attentes face à l'accouchement;
- ❑ Votre opinion des cours prénataux et de la littérature consultée (s'il y a lieu);
- ❑ Votre opinion sur l'information reçue du médecin, de la sage-femme ou de tout autre intervenant en santé
- ❑ Les valeurs de votre entourage immédiat sur l'accouchement.

Dans la seconde entrevue, nous vous demanderons:

- ❑ De décrire en détail votre accouchement et les soins reçus après celui-ci;
- ❑ De discuter de votre expérience d'accouchement à la lumière des attentes que vous aviez.

À quoi servira cette recherche?

Une participation à cette recherche permettra la mise en place de services de suivi de grossesse et d'intervention pendant l'accouchement davantage centrés sur les besoins et les attentes des femmes.

Quels sont mes droits?

- Votre participation au projet est strictement **volontaire**. Même si vous acceptez de participer à l'étude, vous êtes libre de vous retirer du projet à tout moment, **sans risque de préjudice** et sans que cela n'affecte vos droits et votre accès à quelques services et ressources que ce soit.

- La **confidentialité** des données recueillies est assurée. En aucun cas votre nom ne sera divulgué à qui que ce soit.

Si vous désirez en savoir davantage sur la recherche avant de prendre une décision, n'hésitez pas à contacter

Myriam Hivon
Coordonnatrice du projet

Nous vous remercions de prendre quelques minutes pour remplir le petit questionnaire qui suit et le remettre à la personne responsable des cours prénataux

Cette recherche est financée par le **Conseils de recherche en sciences humaines du Canada**.

Je suis intéressée à participer à cette recherche :

Oui : _____ Non : _____

Si et seulement si vous êtes intéressée à participer à ce projet de recherche, veuillez s.v.p. répondre aux questions suivantes.

1. Nom : _____
2. Numéro de téléphone où nous pouvons vous rejoindre :

3. Meilleurs moments (heures, jours) pour vous téléphoner afin de prendre rendez-vous :

4. S'agit-il :
 - D'une première grossesse?
 - D'une deuxième grossesse ou plus?
5. Date prévue de l'accouchement :

Nous vous remercions grandement de votre collaboration et entrerons en contact avec vous sous peu.

Svp remettre ce questionnaire à la personne responsable des cours prénataux.

Perception of a birth or the birth of a perception

**Women's Position in Relation to Discourses
Around Child Bearing**

Vania Jimenez
Abby Lippman
Maleen Debertog
Eugene Bereza
Michael Klein
Louise Miner
Myriam Hivon

Looking for participants :

We are presently trying to recruit women who would be interested in participating to a research project which examines how women experience child birth in Quebec and British Columbia. The study aims at understanding better:

- ❑ Women's values and preferences in terms of child bearing
- ❑ Women's point of view on the information received during pregnancy from various sources including relatives and friends, doctors or midwives, prenatal courses and books, etc.
- ❑ How women experience child birth.

What does your participation involve?

Participation to our study consists in being interviewed twice:

- ❑ The first interview should take place between 4 to 6 weeks before birth
- ❑ The second interview should take place 6 to 8 weeks after birth.

What are we going to talk about?

The first interview aims at reviewing the following topics:

- ❑ The way you are preparing for the upcoming birth
- ❑ Your values and expectations regarding the upcoming birth
- ❑ Your point of view regarding prenatal courses, the books and articles you read (when it applies)
- ❑ Your opinion regarding the information provided by your doctor, midwife or any professional involved in the follow up of your pregnancy
- ❑ The values of your relatives and friends regarding child birth.

The second interview is about:

- ❑ Describing in details the birth of your child including all the health cares you received during this event and immediately after
- ❑ Discussing this event in the light of the expectations you had prior to its happening.

What will this research change?

Participation to this project will contribute to the development of services related to pregnancy follow-up and child birth closer to women's needs and expectations.

What are my rights?

- ❑ Participation to this project is strictly **voluntary**. Whether you accept to participate, you are free to withdraw from the project at all times **without any risk of prejudices** or loss of access to any services or resources.
- ❑ **Confidentiality** is secured. Your name will not be mentioned in any circumstances.

Should you need more information about the research, in order to take a decision regarding your participation, please do not hesitate to contact

Myriam Hivon
Project co-ordinator

*We thank you for taking a few minutes to answer the following survey and **give it back to the person responsible for prenatal classes***

This research is funded by the **Social Sciences and Humanity Council of Canada.**

I am interested in participating to this research project:

Yes: _____ No: _____

If you have answered YES to the first question, please complete the following ones.

1. Nene : _____
2. Telephone number where we can reach you : _____
3. Best time (hours and days) for reaching you by phone in order to make an appointment :

4. Is it:
 - ❑ Your first pregnancy?
 - ❑ Your second or more?
5. Anticipated date of birth : _____

We thank you very much for your collaboration and will get in touch with you soon!

Please give back this survey to the person responsible for prenatal classes

Annexe II

Grille d'entrevue

Entrevue avant accouchement :

1) Contexte et vécu de la grossesse

1. Pouvez-vous nous décrire les circonstances dans lesquelles vous avez appris ou vous vous êtes rendue compte que vous étiez enceinte? (cherchons à savoir si c'est une grossesse voulue, planifiée, accidentelle, et quelle a été la réaction des femmes face à cet événement, etc).
2. Comment avez-vous réagi lorsque vous avez appris que vous étiez enceinte?
3. Quelle a été la réaction de votre entourage (conjoint, famille, amis(es), etc.) à l'annonce de cette grossesse? (cherchons à savoir quel genre de soutien fournit l'environnement de la répondante)
4. Comment se passe votre grossesse? Est-ce que ça se passe comme vous le voulez? (Permet de comparer faits et attentes)
5. Est-ce que ça a changé quelque chose à votre vie jusqu'à maintenant? Quoi? (cherchons à savoir ce que ça a changé dans leur vie : visions, relations interpersonnelle, habitudes, comportements).
6. Est-ce que vous faites des choses en vue de vous préparer à l'accouchement? Quoi?

2) Communication patiente/intervenant(e)s responsables du suivi de grossesse

1. Voyez-vous quelqu'un pour votre grossesse?
2. Si oui, comment en êtes-vous venue à consulter cette personne-là en particulier (ou ces personnes)?
3. Avez-vous considéré aller ailleurs? (où? Qu'est-ce qui vous a fait changer d'idée?)
4. Parlez-nous de vos rencontres avec cette personne (ou ces personnes). Comment ça se passe?
5. De façon générale, que pensez-vous de ces rencontres? Quelles sont vos attentes face à ces rencontres? (cherchons à savoir ce qui plaît ou déplaît et comparer faits et attentes)
6. Qu'avez-vous appris jusqu'à maintenant de ces rencontres? (cherchons à savoir quel genre d'information les femmes retirent de ces rencontres). Qu'est-ce que ces rencontres vous apportent?

3) Compréhension du contenu des cours prénataux et opinion des femmes face à ce contenu (s'il y a lieu)

1. Avez-vous suivi des cours prénataux en préparation à votre accouchement? Si non, pourquoi? Si oui, comment en êtes-vous venue à suivre ces cours?
2. Parlez-nous de ces cours. Comment ça se passe? Pouvez-vous nous décrire ce qui se passe dans les cours? De quoi parlez-vous? Que faites vous? Etc.
3. Qu'avez-vous retenu de ces cours? Qu'avez-vous appris?
4. Que pensez-vous des cours que vous avez suivis? (Y a-t-il des aspects des cours qui vous ont particulièrement plu ou déplu? Y a-t-il de l'information que vous avez trouvé particulièrement intéressante ou inintéressante? Utile ou inutile? Contradictoire?)
5. Quelles étaient vos attentes face à ces cours? (comparer faits et attentes) Que pensiez-vous y apprendre?

4) Opinion des femmes face au contenu de la littérature parcourue au cours de la grossesse (s'il y a lieu)

1. Avez-vous lu ou lisez-vous sur la grossesse et l'accouchement? Si oui, quoi? Faire la liste.
2. Comment avez-vous obtenu cette documentation?
3. Qu'avez-vous retenu de ces lectures?
4. Vous êtes-vous servi de l'information lue jusqu'à maintenant?
5. Qu'en pensez-vous?

5) Valeurs et attentes face à l'accouchement

1. Comment souhaitez-vous vivre votre accouchement? Comment aimeriez-vous que ça se passe?
 - a. Par qui souhaitez-vous être accompagnée? Qui aimeriez-vous voir à votre accouchement?
 - b. Où voulez-vous que ça se passe? Lieu, atmosphère
 - c. Quelles interventions êtes-vous prête à accepter?
 - d. Quelles interventions souhaitez-vous éviter?
 - e. Quel rôle souhaitez-vous que les personnes qui vous accompagnent jouent?
 - f. Quel rôle souhaitez-vous que les différents intervenants jouent? (infirmières, médecins...)
 - g. Vous arrive-t-il de penser à des complications possibles? Lesquelles?
 - h. Que signifierait une césarienne pour vous?
 - i. Que veut dire un accouchement naturel pour vous?
2. Comment aimeriez-vous que ça se passe dans les 24 heures qui suivent l'accouchement?
 - a. Par qui souhaitez-vous être accompagnée? Qui aimeriez-vous voir à vos côtés?
 - b. Où voulez-vous que ça se passe? Lieu, atmosphère
 - c. Quelles interventions êtes-vous prête à accepter?
 - d. Quelles interventions souhaitez-vous éviter?
 - e. Quel rôle souhaitez-vous que les personnes qui vous accompagnent jouent?
 - f. Quel rôle souhaitez-vous que les différents intervenants jouent? (infirmières, médecins...)
3. Comment vous sentez-vous face à l'accouchement qui s'en vient? (sentiments, émotions)

6) Profil socio-économique de la femme et son conjoint :

1. Groupe d'âge
2. Formation
3. Revenu familial
4. Origine

Entrevue après l'accouchement

1) Description de l'accouchement

1. Pouvez-vous nous décrire votre accouchement en détails à partir du moment où vous avez senti vos premières contractions jusqu'au moment où votre enfant est né? Émotions, sentiments, perceptions, personnes présentes, interventions, etc.

2) Adéquation entre attentes et expérience

1. Votre accouchement s'est-il déroulé de la façon dont vous vous attendiez? En quoi correspondait-il à vos attentes? En quoi différait-il de vos attentes?

3) Évaluation de l'expérience d'accouchement

1. Que pensez-vous de votre expérience d'accouchement?
2. Si vous pouviez changer des choses à cette expérience, que changeriez-vous? En d'autres termes, si vous pouviez revivre cet accouchement, comment aimeriez-vous que ça se passe?
3. Quelles sont les choses qui ont réellement changé pour vous?

4) Description des soins reçus après l'accouchement

1. Pouvez-vous nous décrire en détails ce qui s'est passé immédiatement après la naissance du bébé? Puis, dans les 48 heures qui ont suivi l'accouchement?
2. Si vous aviez un deuxième enfant, comment aimeriez-vous que ça se passe après l'accouchement? (permet de mettre en relief des zones de satisfaction et d'insatisfaction)

Annexe III

Grille d'analyse

Grille d'analyse des entrevues.

Contexte de la grossesse :

- Santé physique de la mère: problèmes physiques ou bien être physiques
- Santé mentale de la mère: psychologique, morale
- Santé physique du fœtus
- Contexte social : travail, relations avec conjoints, situation financière, etc.
- Changements directement reliés à la grossesse: consommation d'alcool, tabagisme, alimentation, routine de vie, etc.
- Préparation à l'accouchement : gestes ou démarches concrets en vue de se préparer à l'accouchement. Idée qu'on se prépare bien ou non à l'accouchement
- Perception de ce qu'est une belle grossesse

Relations patientes/ intervenants

- Choix de l'intervenant :
 - démarches entreprises pour trouver cette personne
 - critères de sélection pour choisir cette personne
 - Changement d'intervenants en cours de grossesse
- Perception de l'intervenant ou de ce type d'intervenant : ex : le médecin ou la sage-femme qui assure le suivi versus les médecins et les sages-femmes en général. Inclure ici les infirmières également.
- Perception de l'approche : approche biomédicale versus approche naturelle

Lieu d'accouchement : hôpital versus maison des naissances

- Choix du lieu : critères de sélection
- Connaissance du fonctionnement du lieu de naissance
- Caractéristiques du lieu de naissance telles que perçues par la mère
- Perception du lieu de naissance

Cours prénataux

- Motivation à y assister : à savoir qu'est-ce qui a motivé les femmes à y assister
- Utilité perçue
- Aspects positifs ainsi perçus par les femmes
- Aspects négatifs ainsi perçus par les femmes
- Opinion sur les informations reçues

Littérature

- Type de lecture : brochures, livres, articles, site Internet, etc...
- Démarches de lecture : est-ce qu'on lit ce qu'on reçoit ou l'on fait également des démarches pour se documenter davantage.
- Thèmes recherchés par les femmes : sur quoi lisent-elles? Qu'est-ce qui les intéresse plus spécifiquement?
- Utilité perçue des lectures faites
- Opinions sur les informations reçues de cette façon

Perception de l'accouchement : idée de performance, etc.

- Scénario de l'accouchement
- Perception de la femme qui accouche : vulnérable, en contrôle
- Peur et anxiété face à l'accouchement

Attentes face à l'accouchement

- Attentes vis-à-vis d'elle-même
- Attentes vis-à-vis des intervenants
- Attentes vis-à-vis de l'entourage

La douleur

- Perception de la douleur : angoissante, naturelle, normale...
- Gestion de la douleur : en soi, extérieure à soi

Les interventions :

- Perception des interventions : nécessaires, non nécessaires, imposées ou choisies
- Épidurale : les + et les – tels que perçus par les mères
- Césarienne : les + et les – tels que perçus par les mères
- Induction : les + et les – tels que perçus par les mères
- Autres : les + et les – tels que perçus par les mères (développer cette catégorie au fur et à mesure des entrevues)

Séjour à l'hôpital

- Attentes des femmes pour les heures et les jours qui suivent l'accouchement
- Connaissance du fonctionnement du milieu de naissance

Connaissances des femmes sur

- **Procédés** de l'accouchement : Début du travail jusqu'à la sortie du bébé.
- **Interventions** possibles : que ce soit des interventions naturelles ou médicales, pour provoquer le travail, gérer la douleur, aider au travail, à la poussée et à la sortie du bébé.
- **Droits** : savent-elles ce qu'elles sont en droit de demander ou de refuser (dépliant)? Les femmes parlent d'être respectées, non jugées, respectées dans leur intimité...
- **Lieu** de l'accouchement et de son fonctionnement : Quelle est leur compréhension du fonctionnement du lieu où elles accouchent? Dans le cas de Nicole, il est possible qu'elle ait été moins désemparée si elle avait eu une petite idée du fonctionnement de l'hôpital en cas de césarienne.
- **Ressources** dont elles peuvent disposer : Où trouver un intervenant? Choix du lieu de naissance? Cours prénataux? Visites post-partum? Services offerts au CLSC et à la maison des naissances?

Rôle de l'information tel que perçu par les femmes:

- Qui rassure
- Qui permet les décisions

Choix fait (décisions prises) par les femmes

- Expression d'une préférence entre les différentes alternatives
- Positionnement face à des informations contradictoires
- Sentiment de participation aux décisions

Sources d'information : permet de déterminer l'importance des différentes sources d'information pour chaque femme

- Intervenants : oui ou non

- Cours prénataux : oui ou non
- Littérature, Internet : oui ou non
- Entourage : oui ou non
- Autres : Accompagnantes, méthodes alternatives, yoga et autres cours...

Centre de santé et de services sociaux
de la Montagne



CENTRE AFFILIÉ UNIVERSITAIRE
AFFILIÉ À L'UNIVERSITÉ MCGILL