

L'humanisation des pratiques entourant l'accouchement est-elle limitée ?

Hélène Vadeboncœur

Il y a un peu plus d'une vingtaine d'années dans les départements d'obstétrique, les femmes ne quittaient pas leur lit pendant le travail. Elles étaient souvent seules, à jeun, branchées à un moniteur électronique et à un soluté. Lorsque leur col utérin était entièrement dilaté, on les transférait dans une salle d'accouchement froide et aseptisée. Elles y accouchaient les mains souvent attachées, les pieds dans les étriers et étaient alors fréquemment endormies. On emmenait sans tarder leur bébé à la pouponnière. Parfois, les salles d'accouchement, les chambres de séjour et la pouponnière étaient situées à des étages différents du centre hospitalier¹. Qu'en est-il aujourd'hui ?

Transformation et remise en question des pratiques entourant l'accouchement

Événement familial et social jusqu'à la fin du XIX^e siècle, l'accouchement devient en Occident au cours du XX^e siècle un événement médicalisé. L'apport de la médecine, notamment le perfectionnement des techniques chirurgicales (pour la césarienne), la création des banques de sang et l'apparition des antibiotiques, contribue à rendre l'accouchement plus sûr et à faire baisser les taux de mortalité maternelle et périnatale. Malgré une diminution considérable de la mortalité, certains – surtout certaines – ont commencé dans les années 1970 à remettre en question cette médicalisation. Qu'en est-il aujourd'hui, au Québec, des pratiques entourant l'accouchement, en regard des demandes de changements qu'ont faites les femmes il y a une vingtaine d'années ? Je répondrai à cette question en présentant les résultats d'une

M^{me} Hélène Vadeboncœur détient une maîtrise en santé communautaire et un doctorat en sciences humaines appliquées. Elle est agente de recherche en périnatalité depuis 1990 et a travaillé pour le réseau de la santé (CRSSS, CLSC et MSSS). Elle est membre du Comité national d'orientation en périnatalité de l'Association pour la santé publique du Québec.

étude québécoise effectuée lors d'un doctorat obtenu récemment en sciences humaines appliquées : *La naissance à l'aube du 3^e millénaire – De quelle humanisation parle-t-on ?* Afin d'examiner la question de manière approfondie, j'ai choisi de faire une étude d'observation dans un centre hospitalier reconnu pour ses pratiques progressistes.

Cadre théorique : humanisation et médicalisation des soins

On assiste dès les années 1970 à une remise en question des pratiques médicales qui met l'accent sur la nécessité d'humaniser la médecine²⁻⁴. On insistait alors sur les valeurs de dignité, d'autonomie de la personne et de respect de ses choix. De nos jours, on continue à se préoccuper d'humanisation des soins, par exemple en fin de vie, comme en fait foi, entre autres, le rapport récent du Conseil de la santé et du bien-être du Québec intitulé *Pour une plus grande humanisation des soins*^{5,6}.

Qu'est-ce que l'humanisation et la médicalisation des soins en médecine et en obstétrique ?

L'accent mis sur l'humanisation des soins va de pair avec la critique de ce qu'on a appelé la médicalisation des pratiques dans le domaine de la santé. Humanisation et médicalisation sont deux concepts

souvent opposés. Selon le *Petit Larousse illustré*, humaniser signifie « Donner un caractère plus humain, plus civilisé ; rendre plus supportable à l'homme⁷ ». Et en sociologie, on entend par *médicalisation* le « processus par lequel les phénomènes sociaux sont définis et pris en charge par la médecine⁸ ». En obstétrique, la médicalisation fut ainsi définie : « La médicalisation de l'accouchement (est) définie (...) comme la prise de contrôle par l'appareil médical sur la définition et le déroulement du processus de la naissance résultant (...) de l'élargissement du pouvoir médical sur la vie sociale⁹ ».

Lignes directrices ou positions officielles d'organismes* sur l'accouchement

Depuis une vingtaine d'années, différents organismes – dont l'Organisation mondiale de la santé (OMS) – ont émis des lignes directrices relatives aux pratiques entourant l'accouchement allant dans le sens d'une humanisation de celles-ci, même s'ils n'ont pas nécessairement relié explicitement leurs propos à l'expression « humanisation de l'accouchement ».

Depuis au moins le milieu des années 1980, l'OMS se préoccupe de l'utilisation excessive de la technologie pendant l'accouchement et de la hausse des taux d'interventions obstétricales. Elle a fait d'ailleurs des recommandations¹⁰ sur les taux maximaux que peuvent atteindre les établissements, par exemple de 10 % à 15 % de césariennes selon le niveau de soins de l'établissement. En 1997, l'OMS publiait, dans la collection *Maternité sans risque*, un guide pratique sur les soins liés à un accouchement normal, fondé sur les résultats d'études scientifiques telles que celles que publie la *Cochrane Library*. Pour l'OMS, les soins entourant la maternité devraient être démedicalisés et fondés sur l'utilisation de la technologie appropriée lorsqu'il s'agit de résoudre un problème précis : « Dans le cas d'une naissance normale, il faut une raison valable pour intervenir dans le processus naturel¹¹ ». Les soins devraient aussi être régionalisés, multidisciplinaires, appropriés à la culture, centrés sur la famille, fondés sur une approche globale, en plus de faire participer les femmes aux décisions. Ils devraient

* Cette section vise à exposer brièvement la conception de la naissance de quelques organismes reconnus qui ont émis des lignes directrices à l'intention des professionnels de la santé et des établissements où les femmes mettent au monde leurs enfants.

aussi respecter l'intimité et la dignité des parturientes et être offerts dans un climat de confidentialité.

D'autres organismes se sont penchés sur l'humanisation des soins, en ce qui concerne l'accouchement. C'est ainsi que plusieurs colloques internationaux sur la santé reproductive se sont déroulés sous les auspices de la Fédération internationale des obstétriciens et gynécologues, dont un colloque international portant précisément sur l'humanisation de la naissance, qui a eu lieu au Brésil en l'an 2000. Ce colloque a fourni des réflexions intéressantes sur le sujet, dont des résultats d'études sur l'humanisation de la naissance en centre hospitalier. Santos et Siebert¹² y soulignent que l'humanisation nécessite un processus d'éducation continue et d'engagement envers le type de soins recommandés dans le cadre de cette approche. De son côté, Lesley Page, chercheuse canadienne en périnatalité, parle d'« un respect profond pour la dignité et la liberté de la femme¹³ » et met l'accent sur la prestation de soins avec sollicitude (*caring*), sur le travail d'équipe, sur la personnalisation et la continuité des soins ainsi que sur l'atteinte des objectifs suivants : augmenter la confiance des femmes dans leurs capacités à donner naissance, diminuer leur peur de la douleur, les informer adéquatement et leur donner la possibilité de discuter avec les intervenants.

Le gouvernement canadien a commencé de son côté à s'intéresser à l'humanisation de la naissance dans les années 1980. En 1987, il publiait *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale*¹⁴. Le premier chapitre de ce document s'intitule « Humaniser le milieu » et met l'accent sur le droit des personnes, des couples et des familles aux meilleurs soins possibles, sur des soins de qualité et sur la nécessité d'interventions pertinentes. Dans l'édition révisée de 2000¹⁵, Santé Canada souligne que l'approche familiale invoque plus une attitude qu'un protocole et inclut de manière plus explicite les femmes (plutôt qu'uniquement la famille). On y énumère les principes déjà évoqués relativement aux rapports au sein de l'équipe de soins multidisciplinaire et à la possibilité pour les femmes d'exercer leur autonomie dans la prise de décision dans un contexte de choix éclairé. De leur côté, les associations médicales professionnelles se préoccupent aussi d'améliorer les pratiques. Par exemple, dans ses lignes directrices à l'intention des intervenants[†] intitulées *Healthy Beginnings*[‡], la Société des

obstétriciens et gynécologues du Canada souligne que les objectifs visés par une approche de soins centrés sur la famille sont notamment de promouvoir le développement de liens familiaux sains, de réduire les taux d'interventions médicales et de fonder les pratiques sur des données probantes¹⁶.

Au Québec, le gouvernement a publié, en 1993, la *Politique de périnatalité*¹⁷ qui montre un désir d'humaniser les pratiques en périnatalité (tableau).

Du côté des infirmières, la Table de concertation des infirmières en périnatalité dans la région du Grand Montréal (TCIPM) a enquêté, en 1998⁸, sur les pratiques hospitalières de la période prénatale à la période post-natale en cours dans les établissements. Les données¹⁸ indiquaient que l'humanisation, en 1998, n'était pas chose faite dans les services d'obstétrique québécois, ce qui allait dans le même sens que les résultats de l'enquête¹⁹ de l'Institut canadien de la santé infantile publiés en 1995. En ce qui concerne les médecins, des études, comme celle du Dr Klein²⁰ sur l'épisiotomie, ont contribué à la réduction du taux d'interventions non pertinentes.

En résumé, en ce qui concerne l'humanisation de la naissance, l'accent est mis sur :

- **les premières personnes concernées par la naissance** : les familles, et en particulier les femmes qui accouchent, et leur rôle dans la prise des décisions.
- **la nature de l'événement**, soit un événement normal, naturel, physiologique, donc la nécessité de démedicaliser l'accouchement et les pratiques qui l'entourent.
- **le niveau où on devrait placer cet événement et le type optimal d'intervenants**, soit la **collectivité**, avec l'aide d'un intervenant ou d'une équipe de soins de première ligne, soutenus par la disponibilité de ressources plus spécialisées, au besoin seulement, dans un contexte de relation égalitaire entre l'intervenant et la femme.

† Depuis, la SOGC a publié une version de *Healthy Beginnings* à l'intention des femmes et des couples attendant un enfant, dont la version française s'intitule *Partir du bon pied*.

‡ En 2004, ces lignes directrices font l'objet d'une révision.

§ La TCIPM aurait mis ses données à jour depuis, mais il me fut impossible d'avoir ces nouvelles données, après deux tentatives en ce sens.

Tableau

Politique de périnatalité (1993)¹⁷ (extraits p. 47)

Convictions

- La grossesse, l'accouchement, la naissance et l'allaitement sont des processus physiologiques naturels
- La parentalité constitue une réalité multidimensionnelle
- Les mères et les pères sont compétents
- Devenir et être parents fait appel à une solidarité et à une responsabilité collectives

Objectifs

- Centrer le système sur les besoins de soutien continu des femmes enceintes, des mères, des pères et des bébés, en fonction de leurs potentialités, de leurs attentes et de leurs particularités.
- Diminuer les taux d'interventions obstétricales dans l'ensemble du Québec et dans chacune des régions ; principalement, diminuer le taux de césariennes à 12 % – 15 % et d'épisiotomie à 20 % ; augmenter le recours à l'accouchement vaginal après césarienne (AVAC) pour toutes les femmes qui y sont admissibles.

Voies d'action

- Assurer un environnement favorable et une gamme de services continus, de qualité et modelés sur les besoins
- Mettre au point des approches novatrices
- Soutenir l'intervention
- Œuvrer en concertation

- **l'approche à privilégier**, soit une approche globale et holistique qui tient compte du vécu des femmes et des familles sur les plans social, émotionnel, culturel, spirituel, psychologique et physique, qui s'incarne dans des soins fondés sur le respect des besoins (tels que l'intimité et la dignité), des valeurs et des croyances des femmes et des couples ainsi que sur le respect de l'accouchement comme processus physiologique. Ces soins devraient être fondés sur le respect des droits des premières concernées comme le précisent les conventions internationales sur les droits de la personne et les droits des femmes, en particulier le droit à l'autonomie et le

L'humanisation signifie des soins fondés sur le respect des besoins, des valeurs et des croyances des femmes ainsi que sur le respect de l'accouchement comme processus physiologique.

Repère

droit à l'intégrité physique et psychologique durant l'accouchement.

☉ **les conditions entourant l'accouchement** : la confiance dans la compétence des femmes ; le soutien adéquat et la prestation de soins avec sollicitude ainsi que des conditions favorisant l'habilitation, telles que la prestation de soins accompagnée d'une information permettant à la femme (et au couple) de faire des choix éclairés (type d'intervenant, lieu de naissance, souhaits pour l'accouchement) ; la continuité et la sécurité. L'humanisation, loin d'être un luxe, constitue en fait un facteur de sécurité pour cet événement.

Au Québec, quelles furent les demandes issues du mouvement d'humanisation de la naissance à la fin des années 1970 et au début des années 1980 ?

Au Québec, dans les années 1970 et 1980, les revendications au sujet des modifications des pratiques entourant la naissance – essentiellement une démedicalisation de celles-ci – ont été faites sous le terme *humanisation*. Dès 1979 et 1980 ont lieu dans plusieurs régions des colloques organisés par l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) ainsi que par le Conseil des affaires sociales, sous le thème *Accoucher ou se faire accoucher*²¹. Ces colloques attirent près de 10 000 personnes, en majorité des femmes, des parents mais aussi des intervenants, des infirmières provenant surtout de CLSC et certains médecins préoccupés par la medicalisation des pratiques. De manière générale, on y réclame une plus grande autonomie lors de l'accouchement, un plus grand respect des droits des femmes par les intervenants et les institutions, une diminution des interventions médicales, l'accès à de nouveaux lieux de naissance, la présence d'accompagnantes pendant l'accouchement et la légalisation de la pratique des sages-femmes.

Une étude sur l'humanisation de la naissance

L'étude faisant l'objet de cet article a été faite sous l'angle de *l'humanisation de l'accouchement* (ou de la naissance) et s'est attardée à des aspects dont il a été question précédemment, comme l'exercice de l'autonomie par les parturientes et le respect du caractère physiologique de l'accouchement et des besoins des parents. Étant donné l'importance de cet événement dans la vie des femmes et des couples et les répercussions

qu'il peut avoir sur leur vie^{22,23} ; étant donné aussi le peu d'études ayant porté sur l'accouchement depuis les années 1970 et 1980 au Québec, il s'avérait important, au début de ce millénaire, de faire le point sur cette problématique, à l'aide des questions suivantes :

- ☉ Comment se déroule un accouchement en centre hospitalier au Québec en l'an 2000 ?
- ☉ Comment les femmes en travail sont-elles traitées par les intervenants ?
- ☉ Jusqu'où est-on allé dans les établissements québécois en ce qui concerne l'humanisation de la naissance réclamée par des femmes et des groupes de femmes au début des années 1980 ?
- ☉ Comment les contextes structurel et culturel entourant les pratiques obstétricales permettent-ils de mieux comprendre les comportements des intervenants pendant un accouchement ainsi que les réactions des femmes ?

Méthodologie : étude ethnographique dans un milieu hospitalier progressiste

J'ai réalisé une étude de cas sur les pratiques entourant l'accouchement, selon une approche ethnographique, dans un centre hospitalier[†] de niveau II choisi pour ses pratiques progressistes axées sur les besoins de la clientèle.

L'étude commence à l'automne 2000 et se poursuit jusqu'à l'automne 2001. Trois types de données sont recueillies : des observations générales (visites, rencontres informelles, consultation de documents), une quinzaine d'observations d'accouchements et une trentaine d'entrevues auprès du personnel (médecins, infirmières), de femmes ou de couples ayant eu un enfant et d'accompagnantes à la naissance. L'accueil et la collaboration du Département d'obstétrique sont excellents. Le choix du lieu et des participantes se fait en fonction de la possibilité d'observer la pratique obstétricale « ordinaire », soit des accouchements qui ne présentent pas de risques. Enfin, 14 femmes enceintes et couples acceptent ma présence dans la chambre pendant cet événement intime de leur vie. Leur âge varie

|| Le présent article présentera l'étude et ses principales conclusions relatives aux trois premières questions.

† Le choix de cet établissement a fait suite à une enquête auprès d'une quinzaine de départements d'obstétrique, avec comme indicateurs les taux d'interventions obstétricales (données du MSSS), la présence ou l'absence de certaines pratiques hospitalières et l'aménagement physique des lieux.

entre 22 et 40 ans. Certaines femmes en sont à leur premier accouchement, d'autres non. Elles sont toutes accompagnées de leur conjoint, sauf une, et trois d'entre elles ont engagé une accompagnante. De plus, j'observe quelques autres accouchements en accompagnant deux infirmières pendant toute la durée de leur poste de travail. La durée des observations d'accouchements varie entre 25 minutes et 14 heures. On m'appelle quand la participante à l'étude est admise au département. Je choisis de faire de l'observation peu structurée (sans grille préalable). Toutefois, en fonction de mes questions de recherche, j'accorde une attention particulière aux interactions et aux interventions. L'analyse des données consiste en une analyse verticale (résumés) et horizontale (analyse du contenu thématique) des rapports d'observation, des transcriptions d'entrevues et des documents.

Présentation et analyse des résultats de l'étude : une humanisation certes, mais limitée

La philosophie, les lieux, l'organisation des tâches infirmières et le suivi des omnipraticiens

Dans le département d'obstétrique observé, où œuvrent principalement des obstétriciens gynécologues et des médecins de famille (en nombre à peu près égal) ainsi que des infirmières, on trouve une philosophie écrite : l'accent est mis sur la famille, sur le respect de ses besoins, sur la reconnaissance de son autonomie ainsi que sur le caractère normal de l'accouchement. On y mentionne aussi l'importance de ne pas multiplier les interventions. Les femmes enceintes accouchent dans des chambres où la nouvelle famille séjourne jusqu'à son départ de l'hôpital. De plus, la même infirmière s'occupe de la femme pendant et après le travail ainsi que de son bébé après la naissance. Cette continuité s'accroît pour les femmes enceintes suivies par un médecin de famille, puisque dans cet hôpital chaque omnipraticien assiste aux accouchements de ses propres patientes.

La diversité des accouchements observés

Les accouchements observés sont très diversifiés, tant dans leur déroulement que dans la variété d'interven-

tions qui les ponctuent. À titre indicatif, plus de la moitié des femmes ont eu une amniotomie et ont reçu du Syntocinon®, 40 % ont reçu du Nubain®, 26 % ont eu une péridurale, 13 % ont eu un accouchement nécessitant l'utilisation d'une ventouse et 13 % ont subi une césarienne. Une seule femme n'a subi aucune intervention, ni aucune pratique hospitalière systématique.

Les avancées et les limites de l'humanisation

L'analyse des résultats de l'étude révèle que, dans cet hôpital aux pratiques progressistes, l'humanisation revêt les sens suivants : en réponse à certaines demandes des femmes, des aspects de l'accouchement ont été humanisés ; l'accent a été mis sur le caractère familial de l'événement. Les femmes en travail ne sont plus déplacées. Elles peuvent se promener, se restaurer et s'immerger dans l'eau chaude. Elles bénéficient de la présence d'un ou de plusieurs proches et aussi d'une accompagnante, si elles le désirent. Ces femmes ont généralement une attitude positive face à l'accouchement, en particulier en ce qui a trait à l'aspect *familial* de l'événement :

« La chambre, même le lit, le lit double. L'accouchement, tu fais tout là. Ton conjoint peut rester avec toi après. T'es dans un hôpital, mais tu te sens pas dans un hôpital. Tu te sens vraiment comme si t'étais chez vous, en plus chaud un peu, parce qu'il fait tellement chaud dans les hôpitaux ! »

Mais certaines n'ont pas nécessairement apprécié tout ce qui leur est arrivé :

« Je me disais, ils peuvent pas alterner au lieu de le faire, à chaque fois, les deux ? (les examens vaginaux, plusieurs fois l'heure pendant quelques heures) – (Manon, 4 enfants)

« Que l'anesthésiste et l'inhalothérapeute jasant de leur week-end pendant que j'avais mal : c'est pas bien délicat, non ? » (Mélanie, à propos de l'administration d'une péridurale)

« L'infirmière me pesait le sein, ça me faisait très mal... elle brassait mon bébé raide. Mon conjoint a failli se fâcher... C'est comme si elle me faisait me sentir incompétente, comme si j'étais pas capable d'allaiter » (Louise, 3 enfants, consultante en allaitement)

En réponse à certaines demandes des femmes, des aspects de l'accouchement ont été humanisés, et l'accent a été mis sur le caractère familial de l'événement.

Repère

La dérive de la philosophie

Les résultats de l'étude révèlent aussi que même dans un centre hospitalier progressiste la naissance demeure, paradoxalement, un événement médicalisé (c'est-à-dire sous le contrôle de la médecine) où on intervient fréquemment, malgré une philosophie révélant des intentions différentes. Certains membres du personnel – infirmières ou médecins interviewés – le soulignent : « Tu veux dire « on avait » une philosophie ? (un médecin omnipraticien) ; « La petite flamme vacille, elle s'éteint tranquillement » (une infirmière) ; « L'accompagnement prend le bord, la technique embarque » (une infirmière).

La médicalisation et la question des droits des femmes

Un des aspects ayant fait l'objet de l'analyse est l'exercice de l'autonomie. L'étude révèle que des femmes en travail ont de la difficulté à exercer leur autonomie, sauf en ce qui a trait au choix des personnes pouvant être à leurs côtés et des méthodes de soulagement de la douleur. Toutefois, l'analyse des observations et des entrevues révèle que ce choix n'est pas nécessairement éclairé et est parfois modulé par les préférences des médecins ou des infirmières. Et en ce qui concerne la gestion de l'accouchement, les décisions demeurent entre les mains des intervenants. Il arrive, par exemple, qu'on impose une intervention non désirée :

« En début de travail, Jasmine dit vouloir un accouchement « le plus naturel possible ». (Quelques heures après, la dilatation est maintenant de 5 cm. Elle a des contractions aux 5 minutes). Jasmine est contente et demande si le Synto sera nécessaire. L'infirmière répond que cela dépendra de la force des contractions. (Peu de temps après) Jasmine demande si elle peut marcher. L'infirmière : « À cette heure-ci c'est plus marcher ; est-ce le

médicament que t'aimes pas ou l'injection ? T'es pas encore en travail actif et tu risques de demeurer comme ça bien longtemps ». Jasmine répond que les contractions étaient « super fortes » tantôt. L'infirmière : « Je vais aller chercher ce qu'il faut ». Le couple ne dit rien mais Jasmine paraît déçue. L'infirmière lui suggère de « penser positif ».

Si, au cours de cet accouchement, le Syntocinon fut imposé, dans un autre, des examens vaginaux ont été effectués par plusieurs intervenantes différentes dans de courts laps de temps, ce qui a déplu à la parturiente. Dans un troisième, une jeune femme a été enjointe de ne pas pousser avant la dilatation complète du col : on lui disait que chaque fois qu'elle poussait, cela retardait son accouchement d'une heure. Dans un quatrième cas, une infirmière, à la suite d'une réprimande par le médecin appelé avant la fin de la dilatation, fit des pressions sur la parturiente pour qu'elle accouche avant la fin de son poste de travail, ce qui changea l'attitude jusqu'alors très patiente du conjoint envers sa femme.

Cette étude montre que malgré une philosophie soulignant la nécessité de respecter les besoins des femmes, le respect des volontés des femmes qui accouchent demeure partiel et conditionnel. Si les femmes sont traitées dans cet hôpital avec attention et gentillesse, le processus de l'accouchement et le caractère physiologique de cet événement sont, contrairement aux demandes du mouvement des femmes, peu respectés.

DEPUIS LE COLLOQUE « ACCOUCHER ou se faire accoucher », en 1980, des changements ont effectivement eu lieu en obstétrique, au bénéfice des femmes et des familles, comme le montre cette étude. Du côté

Les résultats de l'étude révèlent aussi que même dans un centre hospitalier progressiste la naissance demeure, paradoxalement, un événement médicalisé (c'est-à-dire sous le contrôle de la médecine) où on intervient fréquemment, malgré une philosophie révélant des intentions différentes.

En ce qui concerne la gestion de l'accouchement, les décisions demeurent entre les mains des intervenants.

Cette étude montre que malgré une philosophie soulignant la nécessité de respecter les besoins des femmes, le respect des volontés des femmes qui accouchent demeure partiel et conditionnel.

Repères

des hôpitaux, certains cherchent à transformer l'esprit et l'environnement dans lequel se déroulaient les accouchements. On accorde plus d'importance aux besoins physiques et sociaux des patientes, en particulier au caractère familial de l'arrivée d'un bébé. Le cadre physique est plus familial et moins institutionnel que l'hôpital traditionnel²⁴. Et certaines pratiques hospitalières ont été abandonnées (rasage de la vulve, lavement systématique).

Apport de cette étude

Cette étude est une des rares études ethnographiques à avoir été effectuée au Québec sur l'accouchement. Elle permet, grâce au choix d'un hôpital aux pratiques parmi les plus progressistes, de faire le point sur l'évolution des méthodes employées et soulève plusieurs questions. Si elle révèle qu'il s'est produit une certaine humanisation des pratiques depuis les demandes des femmes au début des années 1980 à la suite des efforts ou des études de certains intervenants, il apparaît par ailleurs difficile, même dans un centre hospitalier progressiste, de respecter entièrement l'autonomie des femmes qui accouchent. Il semble que l'on soit passé d'une médicalisation évidente des pratiques dans les années 1970 à une médicalisation encore très présente, mais dont les manifestations sont devenues plus subtiles. On constate que le virage demandé dans la Politique de périnatalité de 1993 n'a pas entièrement eu lieu. Et sans entrer dans l'analyse des facteurs liés à la difficulté pour les départements d'obstétrique hospitaliers d'humaniser entièrement leurs pratiques – étude dont la complexité nécessiterait un article entier sur le sujet –, je mentionnerai ce que soulignait lors d'un récent colloque sur l'obstétrique l'omnipraticienne Vania Jimenez²⁵ :

« (...) la culture de la peur (...) on est tous pris dans une musique ambiante, de peur. On est tous dans la culture du risque. On ne peut pas y échapper ».

Encadré

Généralisation des conclusions d'une étude : les différences selon le type d'étude

La validité externe d'une étude concerne la réponse à la question suivante : « Jusqu'à quel point peut-on généraliser les résultats de cette étude ? ». La réponse varie selon le devis de recherche utilisé : devis quantitatif (avec données en chiffres, dans essai clinique ou autre devis avec analyses statistiques, etc.) ou devis qualitatif (avec données en mots, dans étude ethnographique, étude phénoménologique, etc.). Dans une étude **quantitative**, on **généralise** les conclusions pour un échantillon donné (cas, sujets, lieux) à la population spécifique qu'il est censé représenter (population cible), c'est-à-dire dont il possède les caractéristiques. Si on peut généraliser à d'autres populations et à d'autres contextes, le potentiel de généralisation s'accroît.

Pour une étude **qualitative**, on parle plutôt de **transférabilité** des constats, des résultats, des conclusions. Les résultats ne peuvent être généralisés qu'aux autres *contextes* possédant des *caractéristiques similaires*³³ à celui ayant fait l'objet de l'étude. Pour que la transférabilité puisse être évaluée, on doit décrire en détail dans le rapport de recherche la méthodologie, notamment l'échantillonnage, les méthodes et étapes de l'analyse, etc., de sorte que d'autres chercheurs puissent juger des caractéristiques du milieu étudié. De plus, la diversité des cas étudiés augmente la transférabilité des résultats. En qualitatif, il revient donc au lecteur d'évaluer si les constats de l'étude, ses résultats et conclusions peuvent s'appliquer en tout ou en partie aux milieux de pratique qu'il connaît. Glaser³⁴ parle lui d'**adaptabilité** des interprétations. Au sujet de cette étude, la thèse a été lue en fin de parcours par une omnipraticienne, une infirmière en obstétrique et accompagnante, une sage-femme, des intervenantes exerçant dans d'autres établissements et un sociologue. Ils ont jugé que les résultats et les conclusions pouvaient aussi s'appliquer aux milieux qu'ils connaissaient.

On pourrait aussi se demander, à la suite de cette étude menée en l'an 2000, si les besoins et les attentes des femmes maintenant en âge de procréer diffèrent de ceux des femmes des générations précédentes. Sans prétendre faire le tour de la question, et si on se fie respectivement à deux recueils de récits d'accouchements publiés très récemment au Québec, les femmes semblent actuellement divisées entre le désir d'exercer leur autonomie lorsqu'elles mettent au monde un enfant²⁶ et le désir d'être prises en charge²⁷.

On pourrait enfin se demander quelles sont les pratiques dans les autres départements d'obstétrique et dans d'autres types d'établissements. En effet, si un milieu ayant décidé d'humaniser ses pratiques n'y est arrivé que partiellement, malgré l'intention et une bonne volonté, qu'en est-il des établissements ne l'ayant pas fait ou bien de ceux où la division du travail ou d'autres aspects structurels peuvent rendre plus difficile l'humanisation des pratiques ? Il semble, selon des intervenants interviewés dans le cadre de cette étude, que la médicalisation est plus présente dans d'autres établissements et que le caractère physiologique de l'accouchement et les demandes des

femmes y soient moins respectés, notamment dans les établissements où il y a peu d'omnipraticiens ou encore où il y a des résidents en médecine spécialisée.

Cette étude ne prétend pas refléter la pratique de tous les départements d'obstétrique, car on ne peut généraliser les résultats d'une étude qualitative de la même manière que ceux d'une étude de type quantitatif avec échantillon représentatif de la population ciblée (*encadré*). Il demeure que ses conclusions reflètent aussi celles de plusieurs autres études²⁸⁻³⁰ du même type sur l'accouchement. En ce qui concerne la médicalisation des pratiques, elles concordent avec des résultats de deux vastes enquêtes très récentes sur l'accouchement, l'une publiée en 2002 aux États-Unis³¹, et l'autre en 2004, au Canada par l'Institut canadien de l'information sur la santé, enquêtes témoignant d'une préoccupation toujours actuelle pour les pratiques entourant la naissance. 🌱

Bibliographie

1. Laurendeau F. *Accoucher à l'hôpital*. Mémoire de maîtrise. Montréal: Université de Montréal; 1978.
2. King LS. The humanization of medicine. *JAMA* 1975; 231 (7) : 738-9.
3. Illich I. *Némésis médicale*. Paris: Seuil; 1975.
4. Bryant JH. International trends toward humanization of health services. *JAMA* 1973; 224 (13) : 1772-5.
5. Conseil de la santé et du bien-être. *Pour une plus grande humanisation des soins*. Québec; 2003.
6. Brunet P, Leclerc J, Nadon J, Paradis T, Quenneville Y. Des idées pour le Québec: pour des soins plus humains – 16 recommandations. *La Presse* 27 mars 2005; A13.
7. *Le Petit Larousse illustré* 2004. 99^e éd. Paris: Larousse. p. 519.
8. Lacourse MT. *Sociologie de la santé*. Montréal: Chenelière/McGraw-Hill; 1998.
9. Laurendeau F. La médicalisation de l'accouchement. Dans Saillant F. et O'Neill M, rédacteurs. *Accoucher autrement – Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*. Montréal; 1987. pp. 125-62.
10. OMS. Appropriate technology for birth. 1985. *Lancet*. 1985; 436-7.
11. OMS. *Les soins liés à un accouchement normal: guide pratique – Rapport d'un groupe de travail technique*. Genève: Collection Maternité sans risque. 1997.
12. Santos MB, Siebert ERC. The humanization of birth experience at the University of Santa Catarina maternity hospital. *Int J Gynecol Obstet* 2001; Suppl. 1; S73-79.
13. Page L. The humanization of birth. *Int J Gynecol Obstet* 2001; Suppl. 1: S55-S58.
14. Santé Canada. *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale – Lignes directrices nationales*. Ottawa; 1987.
15. Santé Canada. *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale – Lignes directrices nationales*. Ottawa; 2000.
16. SOGC. *Healthy beginnings – Guidelines for care during pregnancy and childbirth. Clinical practice guidelines for obstetrics*. Ottawa. 1995; n° 18.
17. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *La Politique de périnatalité*. Québec. 1993.
18. TCIPM. *Routines hospitalières 1997-1998*. 1998.
19. Levitt C, Hanvey L. *Enquête sur les pratiques et les soins de routine dans les hôpitaux canadiens dotés d'un service d'obstétrique*. Ottawa: Institut canadien de la santé infantile; 1995.
20. Klein MC, Gauthier RJ, Robbins JM et coll. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171 : 591-8.
21. Association pour la santé publique du Québec. *Rapport – Synthèse des colloques régionaux sur l'humanisation des soins en périnatalité. Accoucher ou se faire accoucher*; 1981.
22. Menage J. Post-traumatic stress disorder following obstetric/gynaecological procedures. *Br J Midwifery* 1996; 4 (10) : 532-3.
23. Simkin P. Just another day in a woman's life? Part II : Nature and consistency of women's long term memories of their first birth experience. *Birth* 1991; 19 (2) : 64-81.
24. Piché D. Le lieu de l'accouchement : passé, présent, avenir. Dans : Saillant F, O'Neill M, rédacteurs. *Accoucher autrement – Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*. Montréal: Éditions St-Martin; 1987. pp. 317-42.
25. Jimenez V. Naissance : les intervenantes ont-elles vraiment le choix? Conférence d'ouverture. Colloque Obstétrique et Santé publique: Élargir les perspectives sur la naissance. JASP, Montréal, 29 et 30 novembre 2004.
26. Grégoire L, St-Amant S, rédacteurs. *Au cœur de la naissance – Témoignages et réflexions sur l'accouchement*. Montréal: Éditions du Remue-Ménage; 2004.
27. Rondeau S, coordonnatrice. *Naissances – Recueil de récits*. Sainte-Foy: Éditions Multi-Mondes; 2005.
28. Kirkham M. Basic Supportive Care in Labour: Interaction with and around women in labour. Thèse de doctorat. Manchester, University of Manchester; 1987.
29. Hunt S, Symonds A. *The Social Meaning of Midwifery*. Basingstoke: MacMillan; 1995.
30. Levy V. Midwives, informed choice and power: Part 1. *Br J Midwifery* 1999; 7 (9) : 583-6.
31. The Maternity Center Association. *Listening to Mothers: Report of the First National Survey of Women's Childbearing Experiences*; 2002.
32. Institut canadien d'information sur la santé. *Donner naissance au Canada – Un profil régional*. Ottawa; 2004.
33. Guba EG, Lincoln YS. *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills: Sage; 1985.
34. Glaser BG. 1993. Emergence vs Forcing Basics of Grounded Theory Analysis. Cité par Laperrière A. Dans: Poupard J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pirès AP, rédacteurs. *La recherche qualitative – Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal: Éd. Gaëtan Morin; 1997. p. 365-89.

