

Mettre un enfant au monde...  
il y a 25 ans et aujourd'hui

Présentation d' Hélène Vadeboncoeur,  
Ph.D., sur les résultats de sa recherche  
doctorale, 2004

*Colloque Obstétrique et santé publique : élargir les  
perspectives sur la naissance*  
Montréal, le 29 novembre 2004

### Colloque multi-régional *Accoucher ou se faire accoucher, 1980*

- Plus grande autonomie (femmes en travail)
- Plus grande disponibilité du personnel médical
- Plus grand respect des droits des femmes

Cette présentation a été effectuée le 29 novembre 2004, au cours de la journée « Obstétrique et santé publique : élargir les perspectives sur les réalités de la naissance » dans le cadre des Journées annuelles de santé publique (JASP) 2004. L'ensemble des présentations est disponible sur le site Web des JASP, à l'adresse <http://www.inspq.qc.ca/jasp/archives/>.

## Accoucher ou se faire accoucher

---

- Moins d'interventions obstétricales
- Respect du rythme de l'accouchement
- Présence d'accompagnantes
- Légalisation de la pratique des sages-femmes
- Accès à de nouveaux lieux de naissance

Nécessité de faire le point sur l'évolution des pratiques depuis 25 ans :

---

## Questions de recherche

- Comment se déroule un accouchement en CH au Québec en l'an 2000?
- Comment les femmes en travail sont-elles traitées par les intervenant-e-s?
- Jusqu'où est-on allé en ce qui concerne l'humanisation de la naissance?
- Comment les contextes organisationnel et culturel des pratiques obstétricales permettent-ils de mieux comprendre à la fois les comportements des intervenant-e-s- et les réactions des femmes?

## Devis de recherche

- Étude de cas : les pratiques d'accouchement
- Le site : un CH aux pratiques d'accouchement progressistes
- Indicateurs pour le choix du site : lieux physiques, routines et interventions
- Validation du choix



## Deux phases de l'étude

- 1) Octobre à décembre 2000 :  
PÉRIODE D'OBSERVATION
  - observations générales (rencontres, observations, consultation de documents),
  - recrutement des femmes enceintes (16 acceptent, sur 3 mois)
  - observations d'accouchements

## Deux phases de l'étude, suite

- 2) PÉRIODE D'ENTREVUES
  - Février à avril 2001 : 14 infirmières (sur 16)
  - Mai et juin 2001 : 11 participantes (sur une possibilité de 13)
  - Juin 2001 : 4 médecins (sur 9) et c 2 accompagnantes (sur 2)
  - Octobre 2001 : entrevues de groupe avec 9 accompagnantes

## Observations d'accouchements/entrevues

Travail latent    travail actif    naissance du bébé    sortie du placenta



### Entrevues

Entrevues - intervenants : recueillir leur point de vue sur leur travail, l'accouchement et parfois les accouchements observés

Entrevues - participantes : recueillir leur point de vue sur leur accouchement (et de conjoints)

## Diversité des accouchements observés

Johanne    Stéphanie    Manon    Mélanie    Jocelyne  
Louise    Caroline    Chantal    Simone  
Sarah    Guylaine    Jasmine  
Dahlia    Béatrice    Noëlle    Ingrid  
sylvia

Les interventions : 9 avec amniotomie, 8 Syntocinon, 6 Nubain, 6 péricidurale, 3 césarienne, 2 déclenchement, 2 ventouse.  
Durée d'observation entre 25 minutes et 14 heures par accouchement.

## Principales conclusions

- Une humanisation des pratiques existantes
- Un événement familial  
mais
- Une médicalisation persistante
- Un respect des volontés des femmes parfois problématique  
et
- Une co-existence de réactions positives et négatives chez les femmes ayant accouché

## L'accouchement de Caroline : un accouchement physiologique, des pratiques humanisées

- . Un 3e accouchement, avec un obstétricien-gynécologue
- . Se promener dans la chambre
- . Stimuler les mamelons et utiliser l'acu-pression
- . Utiliser le ballon
- . Refaire ses énergies en mangeant
- . Pousser à 4 pattes, puis sur le côté
- . La naissance : Le papa prend le bébé une fois la tête sortie et le met sur le ventre de Caroline



## L'accouchement de Sarah : un événement familial

- Un second bébé, avec une omnipratricienne
- En présence du conjoint et de la mère de Sarah
- Dans le corridor : le père de Sarah et le fils de 10 ans de celle-ci, qui entrent dans la chambre peu après la naissance du bébé

## L'accouchement de Manon : un manque d'information ?

- Un 5e bébé, avec un obstétricien-gynécologue
- Une péridurale après une heure de contractions douloureuses, une longue poussée, un bébé qui se place mal pendant la poussée
- Une césarienne après tentative de ventouse
- Un manque d'information sur les effets possibles de la péridurale (rotation tête du bébé, un gros bébé)
- Une absence de prise en compte du contexte familial (4 jeunes enfants à la maison)

## L'accouchement de Jasmine : 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.
- (...) 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 ». Les parents ne disent rien, mais Jasmine paraît déçue. L'infirmière lui suggère de 'penser positif'. (rapobs)

## La médicalisation de l'accouchement, une préoccupation de certain-e-s intervenant-e-s

- « L'accompagnement prend le bord un peu puis la technique embarque » (une infirmière)
- « On passe moins de temps dans les chambres » (une infirmière)
- « On avait une philosophie » (un médecin)



## Les réactions des femmes ayant accouché : le quoi (1)

- Satisfaction liée au caractère familial de l'événement, favorisé par le milieu et des qualités humaines et professionnelles des intervenant-e-s
- Insatisfactions liées à, parfois :
  - un manque de respect envers ce qu'elles vivent (on 'jase' d'autre chose pendant administration de la péridurale)
  - un jugement des intervenant-e-s relativement à ce qu'elles vivent ou désirent
  - une atteinte à leur intégrité physique (multiplication de touchers vaginaux), imposition d'interventions
  - un dénigrement de leurs capacités à accoucher (prédiction dès le départ d'un accouchement 'long') ou à allaiter - un cas -, ou à planifier les naissances - un cas.

## Satisfactions

- « La chambre, le lit double. Tu fais tout là, même l'accouchement. T'es dans un CH mais tu te sens pas dans un CH. Tu te sens comme si t'étais chez vous »
- Les infirmières sont : « gentilles », « merveilleuses », « géniales »...
- Les médecins : on parle de gentillesse, d'attention, d'attitude humaine...

## Insatisfactions

- « que l'anesthésiste et l'inhalothérapeute ' jasant de leur weekend ' pendant que j'avais mal : « c'est pas bien délicat, non ? »
- (les touchers vaginaux, plusieurs à l'heure) « je me disais, ils peuvent pas alterner au lieu de le faire, à chaque fois, les deux ? »
- (une consultante en allaitement) : « 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 »

## Les réactions des femmes ayant accouché : le pourquoi (2)

- *L'influence de la société* (vie stressée, besoin de contrôler sa vie, confiance aveugle dans la technologie, influence de l'entourage)
- *L'influence du cadre hospitalier : le rôle de 'malade'* favorise l'impartition d'une information partielle et la prise en charge
- *L'état de vulnérabilité* et l'état 'second' des femmes en travail
- *Le manque de confiance des femmes* dans leurs capacités à accoucher, les peurs depuis la grossesse relativement à la santé du bébé

## L 'humanisation des soins de maternité selon des organismes

- OMS : « dans le cas d'une naissance normale, il faut une raison valable pour intervenir dans le processus naturel » (*Les soins liés à un accouchement normal : guide pratique, 1997*)
- SOGC : « les établissements ne devraient adopter que les règles de soins essentielles et celles-ci devraient être introduites dans un climat de flexibilité et d'attention portée aux besoins individuels des couples » (*Healthy Beginnings, 1995*)
- Santé Canada : « pour faire des choix éclairés, les femmes et les familles ont besoin de connaissances sur les soins prodigués » (*Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale, 2000*)

## Impact de ces résultats

- Si telle est la situation dans ce CH très progressiste : qu'en est-il dans les autres CH ? (réflexions d'intervenant-e-s interviewé-e-s)
- Nécessité de reprendre la réflexion sur l'humanisation de la naissance



Pour une humanisation globale  
de la naissance : Conférence internationale sur l'humanisation  
de la naissance (nov. 2000), FIGO 2001

- **Changement de culture**
  - Orientation et formation continue
  - Engagement de tous les professionnel-les dans l'humanisation des pratiques
- **Changements organisationnels et structurels**
  - Intervenant-e-s médecins et non-médecins et relations égalitaires
  - Modification des structures
  - Soins dans la communauté
- **Changements dans la communication**
  - Information, discussion et soutien

### Les limites de cette étude

- Le choix du CH : niveau II et accouchements ' ordinaires '
- Peut-on généraliser les résultats ?
- La validation des résultats de cette étude : un comité de lecture et ses réactions
- **Ces résultats sont-ils plausibles ?**
  - Enquête nationale américaine, 2002
  - Enquête au Canada, 2004