



Les Dossiers de la Maïeutique

www.dossiers-de-la-maieutique.fr

Les Dossiers de la Maïeutique (2015) 2(3), 137-141

Lu pour vous

Green J (2012). Integrating Women's Views into Maternity Care Research and Practice. Birth 39(4):291-5

[Intégrer les points de vue des femmes dans la pratique et la recherche en obstétrique]

Cet article a pour but de montrer pourquoi il est important de prendre en compte le point de vue des femmes pour améliorer les pratiques obstétricales mais aussi pour préparer des devis de recherche en obstétrique. L'auteure de l'article qui est détentricice d'un doctorat en psychologie nous rappelle que si la femme qui accouche est évidemment l'élément central (pas d'accouchement sans elle !), on lui donne rarement la parole et elle n'a souvent que peu de choix dans ce qui lui arrive, à part choisir son lieu d'accouchement et la personne qui va la suivre pendant la grossesse, mais est-ce vraiment un choix quand il n'y a pas d'alternatives possibles dans les services disponibles ?

L'auteure rappelle pourquoi il est important d'écouter les points de vue des femmes : (1) parce qu'on sait que le stress et l'anxiété ont un impact sur l'issue de l'accouchement pour la mère et l'enfant, (2) parce que cela va influencer certains comportements comme la fréquentation des consultations prénatales, l'allaitement maternel, le recours aux antalgiques, etc. Ecouter et prendre en compte la voix des femmes n'est donc pas une option, un plus à la consultation, mais devrait être intégré dans le processus de soins.

Certains diront que ce que les femmes veulent dépend de leur éducation, des médias, des paroles de leur entourage, d'un premier vécu d'accouchement et que ce sont des données trop subjectives. Mais pour l'auteure, cette diversité et parfois versatilité de ce que les femmes veulent n'est pas une raison de ne pas les prendre en compte; c'est au contraire l'essence même de la nature humaine que d'être influencé par nos expériences de vie et nous devons en tenir compte dans le processus de soin.

Elle s'interroge ainsi sur la manière dont actuellement on décide pour les femmes de ce qui est bon pour elles ou pas. Elle met en garde les résultats des questionnaires de sortie de la maternité qui sont souvent faussés (les femmes ne sont pas en position de critiquer un service où elles sont encore hospitalisées). De plus ces questionnaires portent généralement uniquement sur l'accouchement et pas sur tout le suivi prénatal et

surtout ils ne permettent pas d'améliorer les soins pour la femme qui répond puisque c'est une évaluation ex-post. L'auteure insiste donc pour que l'écoute et la prise en compte de ce que la femme souhaite soit vraiment fait en prénatal en évitant les stéréotypes (où le soignant pense que la femme voudra ceci ou ça sansle lui demander, mais seulement sur base de son âge, de son origine, de son niveau socio-économique, etc.). L'important n'est pas vraiment de savoir ce que la femme veut, mais plutôt pourquoi elle le veut. On pourra ainsi discuter avec la femme de ses valeurs, des pressions éventuelles de son entourage afin de l'aider à trouver son propre chemin.

Pour ce qui est de la recherche, l'auteure met en garde sur les études rapides à petite échelle qui aboutissent à des conclusions erronées sur "ce qui est bon" pour les femmes. Elle insiste sur la taille de l'échantillon qui permet de faire des analyses stratifiées et de comparer les sous-groupes en fonction de leurs caractéristiques. Il est important d'imaginer d'autres outils (Green *et al.*, 1991; Green *et al.*, 2003; Symon *et al.*, 2003) que les questionnaires de sortie classiques où les femmes peuvent exprimer leur degré de satisfaction avec plus de nuances et avec leurs propres critères.

Si on analyse la littérature de ces 40 dernières années en matière de perception des soins, on trouvera que ce sont les aspects relationnels avec le soignant (qualité de l'accueil, empathie, communication ...), avant même les aspects de soulagement de la douleur qui priment. Ceci devrait guider la manière dont les budgets dans les hôpitaux sont dépensés, la formation des soignants (or on sait que les curriculum des soignants est assez pauvre sur ces aspects relationnels) et les questions de recherche.

Cette approche à des implications à trois niveaux : (1) au niveau individuel dans la démarche de soins (informations objectives sur les soins pour permettre un consentement éclairé), (2) au niveau des services de soins (représentation des usagers et usagères dans les instances qui prennent des décisions au niveau des services de soins), (3) au niveau des politiques de santé (qu'elles soient basées sur des recherches qui ont pris en compte le point de vue des usagères), (4) au niveau de la recherche (que la perception des soins par les femmes soit prise en compte dans toutes les recherches en santé maternelle et mise au même niveau que les indicateurs de santé afin que les usagères puissent influencer l'agenda de recherche).

Cet article nous rappelle – si besoin est – que les femmes sont au cœur de la démarche de soins en obstétrique et que leurs voix doivent être entendues et prises en compte non seulement dans l'élaboration des politiques de santé mais aussi dans les agendas de recherche.

Green J, Richards M, Kitzinger J & Coupland V (1991). Mothers' perceptions of their 6-week-old babies: relationships with antenatal, intrapartum and postnatal factors. *The Irish Journal of Psychology*, 12(2), 133-144.

Green JM, Kafetsios K, Statham HE & Snowdon CM (2003). Factor structure, validity and reliability of the Cambridge Worry Scale in a pregnant population. *Journal of Health Psychology*, 8(6), 753-764.

Symon A, McGreavey J & Picken C (2003). Postnatal quality of life assessment: validation of the Mother-Generated Index. *BJOG*, 110(9), 865-868.

Fabienne Richard

Sage-femme, MSc, PhD

Chercheuse invitée à l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers et Directrice du GAMS Belgique (Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles féminines)

Gimenez, J (2012). Disciplinary epistemologies, generic attributes and undergraduate academic writing in nursing and midwifery. *Higher Education*, 63(4), 401-419.

[Épistémologies disciplinaires, attributs génériques et écriture académique des étudiants en licence en nursing et maïeutique]

Les attributs génériques des écrits disciplinaires académiques ont longtemps été conceptualisés comme des habiletés flexibles et transférables d'un contexte à l'autre. Or, des écrits récents ont plutôt constaté que ce n'était pas le cas. "Adopter une position critique", "utiliser les évidences pour soutenir ses affirmations" et "projeter une voix impersonnelle" seraient plutôt des habiletés très sensibles au contexte disciplinaire dans lesquels ils sont utilisés.

À partir des écrits d'étudiantes (n = 135) de deux formations universitaires pour sages-femmes et pour infirmières à Londres, Gimenez s'est penché sur les démarches épistémologiques de ces disciplines académiques. Il a aussi utilisé des questionnaires, procédé à des entrevues et fait deux "focus group". La première partie de l'article se penche sur le savoir et les modes de connaissances (les épistémologies) chez les sages-femmes et chez les infirmières.

Pour le nursing, le savoir s'inscrit à l'intérieur d'un modèle positiviste et linéaire de la science : les chercheurs produisent un savoir scientifique qui est ensuite appliqué dans la pratique. Pour les sages-femmes, le savoir et les modes de connaissances sont formés à l'intérieur d'un modèle constructiviste et cyclique. C'est un processus dynamique basé sur différentes sources : la recherche, l'intuition, l'expérience personnelle etc.

Selon Gimenez, l'épistémologie d'une discipline influence d'abord la conception des attributs comme la criticalité, les "évidences" et l'impersonnalité. Ceux-ci vont ensuite entrer en jeu dans la façon dont sont définies les pratiques d'écritures académiques disciplinaires.

La criticalité est conçue comme la résolution de problème pour le nursing alors que pour les sages-femmes elle implique aussi la pensée critique, les critiques des théories et des pratiques et la compréhension de l'idéologie et du changement social. L'"évidence" vient de la hiérarchie scientifique pour le nursing alors qu'elle est plus holistique pour les sages-femmes : elle inclurait aussi l'expérience clinique personnelle, le savoir expert etc. Enfin, l'impersonnalité est conçue comme l'objectivité pour le nursing qui valorise un style impersonnel dans presque toutes les circonstances. Bien que cela soit aussi le cas pour les sages-femmes, les descriptions personnelles et les réflexions sur la pratique sont aussi importantes.

Pour Gimenez, il est important de pouvoir examiner la façon dont le savoir est construit et communiqué dans une discipline. L'analyse des liens entre l'épistémologie disciplinaire, les attributs génériques et l'écrit académique est une façon d'avoir accès et de produire les discours, les valeurs et les croyances qui sont au cœur d'une communauté professionnelle.

Cet article pose quelques défis : est-ce que dans les lieux de formation académique les sages-femmes sont conscientes d'être une discipline à part entière? Est-ce que nous pouvons revisiter les épistémologies qui sont propres aux sages-femmes et les assumer? Le fait que l'article soit construit à partir d'une recherche faite en Angleterre ne devrait pas servir d'alibi pour ne pas étudier ces questions. Enfin, pourrait-on penser à une telle étude comparative dans d'autres contextes de formation ou même entre d'autres disciplines (comme la médecine et les sages-femmes)? La porte est ouverte...

Céline Lemay

Sage-femme, PhD

Chargée de cours à l'Université du Québec à Trois-Rivières (Québec, Canada)

Pelaccia T & Tribby E (2011). La pédagogie médicale est-elle une discipline? *Pédagogie Médicale*, 12(2), 121-132.

Certes, cet article date de 2011 mais son titre interrogatif en interpelle plus d'un et en particulier celles et ceux qui, après une première vocation en sciences de la santé, ont fait de la pédagogie une seconde spécialité ou plutôt une spécialité complémentaire.

Deux chercheurs, l'un médecin, urgentiste et enseignant, l'autre, pédagogue et communicateur, ont procédé à une analyse fine de la place de la pédagogie dans l'enseignement de la médecine en tant que discipline.

Les auteurs démontrent que la pédagogie médicale relève d'une disciplinarisation récente à dominante secondaire dans la mesure où elle "s'organise autour de savoirs et d'un champ professionnels dont l'existence précède celle de la discipline".

Ils soulignent surtout que la pédagogie médicale, et par extension la pédagogie des sciences de la santé, même si elle est choisie par bon nombre de professionnels de santé, se heurte encore à de nombreux enjeux dont sa reconnaissance, son autonomie et sa survie.

Cet article pose une question essentielle qui peut surprendre mais dont la réponse s'avère loin d'être évidente.

Atf Ghérissi

Sage-femme PhD MEdSc

Maître Assistante Universitaire en Sciences de l'Éducation appliquées à la Santé

École Supérieure des Sciences et Techniques de la Santé, Université Tunis-El Manar

Rédactrice en chef adjointe

Les Dossiers de la Maïeutique

Corbière M, & Larivière, N (2014). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes. Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé. Québec : Presses de l'Université du Québec.*

L'intérêt de ce livre est d'offrir au lecteur francophone une vue d'ensemble de différentes méthodologies de recherche qualitatives, quantitatives et mixtes applicables en sciences humaines et en sciences de la santé.

Sous la direction de Marc Corbière et de Nadine Larivière, respectivement professeur titulaire et professeure adjointe à l'École de réadaptation de l'Université de Sherbrooke, des chercheurs et doctorants de diverses disciplines issus de plusieurs universités québécoises se sont livrés à l'exercice de présenter les fondements de la méthodologie utilisée pour leur recherche et d'illustrer comment celle-ci a permis de répondre à leur question de recherche. Les méthodes ainsi décrites sont : la recherche descriptive interprétative, la phénoménologie de Husserl, l'approche ethnographique, l'étude de cas, la théorisation ancrée, l'analyse de concept, la méthode de revue systématique, la méta-analyse, l'évaluation d'implantation des programmes, l'essai contrôlé randomisé, les évaluations économiques dans le domaine de la santé, le groupe de discussion focalisée, l'approche Delphi, le triage, l'analyse de classification par regroupement, les analyses de variance univariée et multivariée, l'analyse discriminante, les régressions linéaires et logistiques, l'analyse de survie, les analyses multiniveaux, la modélisation par équations structurelles, les analyses factorielles exploratoires et confirmatoires et la cartographie de concepts.

La conception, la validation, la traduction et l'adaptation

transculturelle d'outils de mesure sont également abordées de même que les approches de recherche participative. De plus, des méthodes de recherche mixtes avec devis mixtes, séquentiels et multiples sont présentées ce qui permet au lecteur d'approfondir la connaissance de ces méthodes et d'en voir les applications possibles.

Cet ouvrage collectif favorise une vision globale des différentes approches méthodologiques tout en reconnaissant les spécificités de chacune. Il permet de mieux comprendre l'utilité et la pertinence des recherches de types qualitatifs et quantitatifs en particulier dans le cadre de la recherche appliquée. Le lecteur pourra aussi enrichir sa réflexion sur les enjeux méthodologiques et épistémologiques en recherche. En effet, Corbière et Larivière amènent un éclairage sur les différents chemins possibles pour la conduite du processus de recherche en évitant l'habituel clivage entre les différentes approches méthodologiques et les paradigmes positivistes, néo-positivistes et constructivistes au profit de l'avancement des connaissances.

Le chercheur débutant ou initié pourra donc y puiser des informations pertinentes, s'ouvrir à d'autres approches méthodologiques et trouver une source d'inspiration pour choisir la méthode appropriée en fonction de son objet de recherche, de sa question ou de ses hypothèses. L'enseignant pourra aussi trouver des exemples permettant aux étudiants de mieux comprendre l'usage des différentes méthodes de recherche.

Raymonde Gagnon

Sage-femme, MSc, Cand. PhD

Professeure, section Pratique sage-femme

Université du Québec à Trois-Rivières (Québec, Canada)

Marshall JL, Spiby H & McCormick F (2015). *Evaluating the 'Focus on Normal Birth and Reducing Caesarean section Rates Rapid Improvement Programme': A mixed method study in England. Midwifery, 31(2), 332-340.*

[Évaluation du programme 'Amélioration rapide des taux de césarienne par une attention particulière à la naissance physiologique': une étude à méthode mixte en Angleterre]

Alors que la césarienne utilisée à bon escient a une place importante dans la lutte contre la mortalité maternelle et infantile, il est maintenant évident qu'il existe un niveau au-dessus duquel son utilisation n'apporte plus le bénéfice escompté, mais contribue en fait à un manque à gagner en terme de santé maternelle et infantile. Ceci a été identifié depuis de nombreuses années en Grande Bretagne (Tew, 1990, 1995, 1998), mais malgré ces informations largement diffusées, le taux de césarienne a continué à augmenter d'année en année.

Un programme destiné à augmenter les taux

d'accouchement physiologique, la réduction du taux de césarienne tout en considérant l'impact de la culture de la maternité sur le recours à la césarienne, et en encourageant la collaboration interprofessionnelle et le développement professionnel continu, a été introduit en Angleterre. Soixante-huit maternités ont postulé pour participer à ce programme; 20 ont été sélectionnés. Le programme a inclus une "Trousse" comprenant des outils d'amélioration personnelle destinés à être utilisés dans le cadre d'ateliers, dont un destiné à encourager les équipes à examiner les caractéristiques organisationnelles de leur hôpital et trois vignettes cliniques: maintenir la normalité d'une première grossesse et accouchement; accouchement par voie basse après césarienne et césarienne itérative. Ces outils avaient été développés pour encourager la discussion dans les ateliers multi-professionnels dont le but était d'arriver à une solution mutuellement acceptable.

Cette étude présente une évaluation de ce programme par une méthode mixte comprenant une analyse des données sur la méthode d'accouchement, un questionnaire en ligne et des entretiens téléphoniques semi-structurés. L'approche par méthode mixte a pour but de mettre en évidence comment les éléments du programme ont été utilisés et perçus dans les différentes maternités afin d'avoir une meilleure vue d'ensemble. Ainsi les données statistiques des maternités, des interviews en profondeur avec quelques personnes clés pour développer une enquête en ligne, ont permis de comparer les taux de césariennes avant et après l'intervention, ainsi que les points de vues des professionnels impliqués aussi bien dans les décisions cliniques que dans l'encadrement des systèmes de santé. J'encouragerais tous les lecteurs à se procurer l'article original pour lire la section consacrée à la méthode de recherche et apprécier la complémentarité des trois approches méthodologiques distinctes.

Cette étude a l'intérêt d'avoir utilisé 20 maternités tirées au sort sur 68 hôpitaux qui avaient exprimé un intérêt à participer à cette recherche. Il est intéressant de noter la différence des taux de césariennes entre ces différents hôpitaux au début de l'étude et la diminution relativement plus importante pendant les premiers six mois après l'intervention que pour les six mois suivants. Quoiqu'il en soit, il me semble que l'intérêt particulier de cette étude réside dans l'approche multi-méthode et l'analyse des systèmes de soins, d'encadrement et de collaboration interprofessionnelle associés aux différences entre les différentes maternités. Il est fort possible que l'approche proposée ici pourrait être utilisée dans le cadre d'autres interventions dont l'objectif serait d'améliorer l'approche physiologique de la surveillance de la grossesse, du travail et de la suite des couches pour la grande majorité des femmes pour lesquelles des interventions de routine intempestives et non justifiées sont encore trop souvent proposées. La collaboration multi-professionnelle respectueuse qui est mise en évidence comme étant une approche plus bénéfique pour la qualité des soins et la satisfaction des professionnels et, on ne peut que l'espérer, la satisfaction des femmes pourrait sans doute être utilisée dans d'autres programmes d'intervention.

Tew M (1990). *Safer Childbirth? A critical history of maternity care.* (1^{ère} édition). London: Chapman & Hall.

Tew M (1995). *Safer Childbirth? A critical history of maternity care.* (2^{ème} édition). London: Chapman & Hall.

Tew M (1998). *Safer childbirth? A critical history of maternity care.* (3^{ème} édition). London: Free Association Books.

Marianne Mead
Sage-femme, PhD
Rédactrice en chef
Les Dossiers de la Maïeutique

Widmer D (2015). Philosophical roots of Quaternary Prevention. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 10(35), 8.

[Racines philosophiques pour la prévention quaternaire]

L'un des objectifs prioritaire de la prévention quaternaire est d'éviter la surmédicalisation et ses effets indésirables pour les personnes soignées. L'obstétrique est épinglée depuis plusieurs décennies comme l'une des spécialités médicales les plus concernées par la surmédicalisation. D'où l'intérêt de cet article écrit par un médecin généraliste réflexif et philosophe.

Daniel Widmer propose une réflexion sur différentes approches des savoirs professionnels permettant de penser la prévention quaternaire. Son article synthétique est intéressant à plusieurs égards pour les sages-femmes désireuses de limiter la surmédicalisation de la naissance et ses conséquences potentielles pour les femmes, bien que son point de vue soit généraliste et n'aborde pas la naissance. S'intéresser à la recherche, en lisant par exemple les dossiers de la maïeutique, implique non seulement de s'intéresser aux méthodes mais également à l'épistémologie, soit à une connaissance sur la connaissance.

En obstétrique, la prévention quaternaire a beaucoup été pensée à travers le prisme de l'Evidence-based Medicine (EBM) et du positivisme. De multiples recherches et recommandations pour la pratique clinique (guidelines) indiquent que certains gestes devraient être bien moins fréquents, que ce soient les épisiotomies, la surveillance électronique du fœtus, les examens vaginaux et j'en passe. Mais malgré ces recommandations basées sur des recherches robustes, la prévention quaternaire stagne, voire régresse (cf les taux de césariennes des pays occidentaux).

Et c'est là que l'article de Daniel Widmer nous intéresse. Comme d'autres auteurs, il évoque les limites du modèle positiviste de l'EBM. Ce modèle est pertinent pour la pratique clinique, mais n'est que l'une des formes de savoirs susceptibles d'aider les praticiens à raisonner la médicalisation. Sa revue rapide de différentes approches du savoir et la bibliographie qui suit son article donnent des pistes aux sages-femmes désireuses de questionner leur quotidien. Widmer rappelle premièrement *le modèle systémique* indispensable pour penser les

phénomènes de santé en contexte et en tenant compte des déterminants sociaux. Il évoque ensuite les *théories critiques* qui replacent la médecine et les soins en regard des relations de pouvoir existant entre les acteurs sociaux. Les chercheurs issus de ce courant tentent de réduire les disparités de pouvoir en recourant à une *triangulation* des perspectives, laquelle prend en considération les acteurs bénéficiant de moins de pouvoir au sein des relations considérées. Pour continuer, Widmer en praticien sensible et réaliste reconnaît qu'usagers et praticiens sont rarement d'accord pour définir les phénomènes de santé et que la « vérité » est par conséquent relative et *co-construite* dans la relation. Ce rejet d'une certaine rigidité biomédicale implique que les praticiens avisés recourent aux *approches constructivistes* qui considèrent le point de vue des usagers. Parmi celle-ci, *l'approche narrative* a révolutionné l'anamnèse et le suivi des usagers en renonçant à classer les vécus de ces derniers dans de petites cases correspondant à la nosographie biomédicale. A quand une définition co-construite du pré-travail ou de la durée du travail par exemple ?

Pour suivre, Widmer distingue un *scepticisme* constructif visant à conserver un esprit alerte et réflexif d'une attitude plus réactionnaire employée pour conserver les acquis

et refuser les ajustements que suggèrent pourtant de solides recherches. Enfin pour terminer, Widmer nous invite à nous pencher sur les théories de l'action et leur fine description des capacités humaines. Les auteurs cités invitent à reconsidérer notre capacité à percevoir, à exercer notre prudence et suggèrent d'allier les capacités pré-scientifiques et les savoirs scientifiques pour penser la médecine, tout un programme !

L'article est relativement succinct et n'aborde pas la prévention quaternaire d'un point de vue opérationnel. Il s'agit bien d'une mise en bouche de différentes approches et récits. Un peu frustrant, pour qui a envie d'en savoir plus et devra plonger dans les références classiques mais essentielles de la bibliographie. A l'heure d'une obstétrique et maïeutique restant très biomédicales, point de Gadamer, d'Arendt, de Balint ou de Schön dans les livres professionnels des obstétriciens et des sages-femmes francophones, Widmer proposent plusieurs pistes d'approfondissement pertinentes.

Patricia Perrenoud

Sage-femme, enseignante, doctorante en anthropologie
Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale (site HESAV)