

UNIVERSITE DU QUEBEC

MEMOIRE PRESENTE A
L'UNIVERSITE DU QUEBEC A TROIS-RIVIERES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAITRISE EN GESTION DES PME
ET DE LEUR ENVIRONNEMENT

PAR
NICOLE BOUCHARD

LES CRITERES DE CHOIX ET DE SATISFACTION DES FEMMES
A L'EGARD DES SOINS EN OBSTETRIQUE:
LA VISION DE LA CONSOMMATRICE FACE A TROIS APPROCHES
DIFFERENTES

SEPTEMBRE 1993

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

RESUME

Cette étude a pour objectif principal d'identifier les critères de choix et de satisfaction des femmes concernant les services actuellement disponibles en obstétrique au Québec: la gynécologie-obstétrique, l'omnipraticien et la sage-femmerie. L'approche utilisée est essentiellement axée sur la **vision de la consommatrice** à l'égard de ces services et rejoint, ainsi, une des principales préoccupations de l'actuelle loi 120 sur les services de santé et les services sociaux: l'usager. Cette approche repose donc sur un modèle d'analyse qui tient compte de multiples facteurs pouvant influencer la décision des femmes dans le contexte actuel, soit: les valeurs culturelles associées à la naissance, la notion du risque, les caractéristiques individuelles des femmes et leur perception de la pratique des différents intervenants oeuvrant dans le secteur. Les questionnaires de 67 répondantes ont été retenus pour les fins de cette étude; 21 répondantes ont été suivies par un gynécologue, 26, par un omnipraticien et 21, par une sage-femme. Ces répondantes ont été recrutées grâce à la collaboration de cinq CLSC de la région Mauricie-Bois-Francs et de deux sages-femmes oeuvrant sur le territoire. Les résultats obtenus nous laissent croire que les femmes ont sensiblement les mêmes critères de choix, peu importe l'intervenant choisi. Toutefois, elles n'accorderaient pas la même importance à ces différents critères, le premier d'entre eux étant déterminant dans leur choix. L'existence de cette différence déterminante, au niveau du

premier critère de choix des femmes, s'expliquerait par une perception différente de la notion de risque face à la grossesse et l'accouchement et par certaines caractéristiques individuelles, notamment: l'utilisation des thérapies alternatives et l'expérience de la maternité. Ces facteurs orienteraient le choix des femmes vers des intervenants offrant des niveaux de support différents, situés sur un continuum variant du support social au support clinique. Ainsi, les femmes suivies par une sage-femme rechercheraient davantage le support social comparativement aux femmes suivies par un gynécologue qui iraient davantage vers un intervenant reconnu pour son support clinique. Il existe cependant une zone "mixte" où l'on retrouve les femmes suivies par un omnipraticien et aussi, certaines femmes suivies par une sage-femme.

REMERCIEMENTS

Quelques mots pour exprimer ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont aidée, de près ou de loin, à persévérer dans la réalisation de cette recherche, et plus particulièrement, aux professeurs: Denis Pettigrew, Jean-Bernard Carrière et Jacqueline Dionne-Proulx, pour leur disponibilité, à mon conjoint: Jean-Pierre, pour son encouragement, et à la Fondation Desjardins, pour son appui financier.

TABLE DES MATIERES

	Page
RESUME.....	i i
REMERCIEMENTS.....	i v
LISTE DES TABLEAUX.....	i x
INTRODUCTION.....	1
L'offre de services.....	3
Les caractéristiques des services.....	4
La perspective du consommateur.....	6
CHAPITRES	
I. RECENSION DE LA DOCUMENTATION.....	1 0
L'environnement.....	1 4
L'environnement culturel.....	1 4
L'environnement concurrentiel.....	1 8
Le service.....	1 8
L'accès au service.....	2 1
Les coûts.....	2 2
La publicité.....	2 4
Les caractéristiques de l'individu.....	2 4
Les caractéristiques socio-démographiques.....	2 4
Les caractéristiques personnelles.....	2 6
L'expérience personnelle.....	2 8
Les critères de choix.....	3 0
Les critères de choix en obstétrique.....	3 7
Le cadre physique du lieu de naissance.....	3 7
Le choix d'un intervenant.....	4 3
La satisfaction (ou l'insatisfaction).....	4 6
Conclusion.....	5 1

II. METHODOLOGIE.....	5 4
Choix du type d'étude.....	5 4
Méthode d'échantillonnage.....	5 5
Cueillette des données.....	5 5
Instruments de mesure.....	5 8
Questionnaire cliente.....	6 0
Questionnaire intervenant.....	6 6
Analyse des résultats.....	6 8
Cadre d'échantillonnage.....	7 0
Taille de l'échantillon.....	7 0
III. ANALYSE DES RESULTATS.....	7 2
Les caractéristiques des répondantes et intervenants.....	7 2
Les caractéristiques socio-démographiques.....	7 3
Les caractéristiques personnelles.....	8 0
Les raisons de recours aux thérapies alternatives.....	8 1
La perception des utilisateurs de thérapies alternatives.....	8 1
L'expérience de la maternité.....	8 5
L'expérience personnelle.....	8 5
L'expérience d'autrui.....	8 6
L'opinion des proches.....	8 7
Le support recherché.....	8 8
L'opinion du professionnel.....	9 2
L'information extérieure.....	9 3
Les sources d'information pré natale.....	9 4
Conclusion.....	9 6
L'environnement culturel.....	100
La vision de la naissance chez les répondantes.....	100
La vision des répondantes par rapport à celle de leurs grands-parents.....	100
Le niveau de risque perçu face à la grossesse.....	103
Les motifs relatifs au risque perçu lors de la grossesse.....	103

Le niveau de risque perçu face à l'accouchement....	104
Les motifs relatifs au risque perçu lors de l'accouchement.....	105
La perception du décès (mère ou enfant) en contexte de médecine moderne.....	106
Conclusion.....	108
 L'environnement concurrentiel.....	111
La perception des approches des différents intervenants.....	112
La perception de ce que devrait être l'offre de service en obstétrique.....	120
Conclusion.....	125
La perception des services de la sage-femme comme alternative aux services offerts actuellement en obstétrique.....	127
 Les critères de choix.....	130
Les critères de choix identifiés.....	130
Les avantages perçus par rapport à l'intervenant choisi.....	133
L'influence de certains facteurs sur le choix.....	139
Le choix du lieu d'accouchement.....	139
Eléments motivant l'accouchement à domicile	140
Les attentes concernant le lieu et le déroulement de l'accouchement.....	142
Les attentes concernant les soins et le support attendus.....	143
 Les critères de satisfaction.....	145
Les raisons de recours au même intervenant.....	145
La satisfaction et le suivi de grossesse.....	146
Les raisons de satisfaction (grossesse).....	147
La satisfaction et l'accouchement.....	148
Les raisons de satisfaction (accouchement).....	151
Le niveau de satisfaction et le SERV-QUAL.....	153
Les raisons de satisfaction et les critères de choix.....	155
La satisfaction et les services actuellement offerts en obstétrique.....	158
 IV. CONCLUSIONS.....	161

REFERENCES.....	169
ANNEXES.....	175
A. Intervenants rencontrés.....	175
B. Caractéristiques des répondantes.....	179
C. Facteurs d'influence.....	180
D. Lieu d'accouchement.....	181
E. Attentes concernant les services.....	182
F. Variables significativement différentes.....	183
G. Résultats statistiques obtenus avec le SERV-QUAL.....	185
H. Analyses statistiques.....	186
I. Questionnaire-cliente.....	187
J. Questionnaire-intervenant.....	188

LISTE DES TABLEAUX

Tableaux

1.	Age du nouveau-né.....	73
2.	Age des répondantes.....	74
3.	Distribution de la clientèle des différents intervenants selon l'âge des parturientes.....	75
4.	Ville où a eu lieu l'accouchement.....	78
5.	Cas d'obstétrique délivrés par intervenant et par institution.....	79
6.	Utilisation des thérapies alternatives.....	80
7.	Raisons de recours aux thérapies alternatives.....	81
8.	Perception des personnes ayant recours aux thérapies alternatives.....	82
9.	Nombre d'accouchements.....	85
10.	Influence des pairs sur le choix de l'intervenant.....	88
11.	Inquiétudes ressenties pendant la grossesse.....	89
12.	Support recherché face aux inquiétudes ressenties.....	90

13.	Principaux confidents de la femme lors de la grossesse et de l'accouchement.....	91
14.	Influence des médias sur le choix de l'intervenant.....	93
15.	Genre de cours prénataux suivis par les répondantes.....	94
16.	Vision personnelle de la naissance chez les répondantes....	100
17.	Comparaison de la vision des répondantes et de leurs grands-parents face à la naissance.....	101
18.	Niveau de risque perçu associé à la grossesse.....	103
19.	Raisons associées au risque perçu (grossesse).....	103
20.	Niveau de risque perçu associé à l'accouchement.....	104
21.	Raisons associées au risque perçu (accouchement).....	105
22.	Perception du décès (mère ou enfant) en contexte de médecine moderne.....	107
23.	Perception du risque et sa justification en contexte de grossesse (synthèse).....	109
24.	Perception du risque et sa justification en contexte d'accouchement (synthèse).....	110
25.	Caractéristiques perçues de l'approche du gynécologue.....	113
26.	Raisons de non-recours au gynécologue.....	114

27.	Caractéristiques perçues de l'approche de l'omnipraticien.....	115
28.	Raisons de non-recours à l'omnipraticien.....	117
29.	Caractéristiques perçues de l'approche de la sage-femme.	118
30.	Raisons de non-recours à la sage-femme.....	119
31.	Qualité la plus souvent mentionnée en premier lieu.....	120
32.	Qualité la plus souvent mentionnée en deuxième lieu.....	121
33.	Qualité la plus souvent mentionnée en troisième lieu.....	122
34.	Qualité la plus souvent mentionnée en quatrième lieu.....	123
35.	Qualité la plus souvent mentionnée en cinquième lieu.....	123
36.	Qualités essentielles à l'intervenant idéal.....	125
37.	Synthèse des qualités jugées essentielles à tout intervenant.....	126
38.	Raisons pour lesquelles la sage-femmerie n'est pas perçue comme une alternative valable.....	127
39.	Raisons pour lesquelles la sage-femmerie est perçue comme une alternative en obstétrique.....	128
40.	Critère de choix le plus souvent mentionné (1).....	130
41.	Critère de choix le plus souvent mentionné (2).....	131

42.	Critère de choix le plus souvent mentionné (3).....	132
43.	Avantages perçus chez l'intervenant choisi.....	134
44.	Synthèse des critères de choix et des avantages perçus chez le gynécologue.....	136
45.	Synthèse des critères de choix et des avantages perçus chez la sage-femme.....	136
46.	Synthèse des critères de choix et des avantages perçus chez l'omnipraticien.....	138
47.	Raisons motivant l'accouchement à domicile.....	140
48.	Eléments recherchés en accouchant à domicile.....	141
49.	Attentes des répondantes concernant le lieu et le déroulement de l'accouchement.....	143
50.	Attentes des répondantes concernant les soins et le support attendus.....	144
51.	Raisons de loyauté (ou non) au même intervenant.....	146
52.	Niveau de satisfaction concernant le suivi de grossesse....	147
53.	Raisons justifiant la satisfaction lors du suivi de grossesse.....	148
54.	Niveau de satisfaction concernant l'accouchement.....	149
55.	Raisons justifiant la satisfaction lors de l'accouchement.	152

56.	Evaluation de la satisfaction des répondantes par le SERV-QUAL.....	154
57.	Satisfaction des répondantes face aux services offerts actuellement en obstétrique.....	158
58.	Suggestions pour une plus grande humanisation des soins en obstétrique.....	159

INTRODUCTION

Les services reliés à l'obstétrique ont suscité notre intérêt pour plusieurs raisons.

Premièrement, parce qu'il s'agit d'un service de santé où les consommatrices peuvent avoir recours à différents types d'intervenants pour les aider dans leur grossesse et lors de leur accouchement. Gynécologues, omnipraticiens et sages-femmes peuvent s'acquitter du suivi de grossesse et de l'accouchement. Assistons-nous à une "duplication" de services, ou ces intervenants ont-ils vraiment des approches différentes?

Deuxièmement, parce que les services en obstétrique ont un statut social bien particulier, dans le sens qu'ils sont associés à un événement important dans notre société: la naissance. La "valeur-enfant" (Gélis, 1988) a beaucoup changé au cours des siècles, et comme il y a moins de naissances de nos jours, qu'il y a cinquante ans, les gens sont devenus beaucoup plus critiques face aux soins reçus dans le cadre de cet événement. Cette "rareté" des naissances a d'ailleurs provoqué de nombreux changements au niveau des pratiques professionnelles en obstétrique. Des pratiques simples de la sage-femme, nous sommes passés à des interventions beaucoup plus complexes et techniques opérées par des gynécologues et/ou

des omnipraticiens. En plus d'assurer une plus grande sécurité à la mère et au bébé, l'évolution des pratiques professionnelles a eu pour effet de déplacer le lieu de naissance de la maison à l'hôpital. Cependant, depuis quelques années, nous observons au Québec, et un peu partout en Amérique du Nord, une recrudescence de demandes de la part de certaines associations, ou mouvements (RAPSI, mai-juin 1986 cité dans Alternatives d'ici et d'ailleurs, 1989), en ce qui concerne la reconnaissance de pratiques alternatives dans le domaine de la santé. Dans le cas des services en obstétrique, mouvements de femmes et associations de sages-femmes aimeraient bien que, non seulement, la profession de sage-femme soit "à nouveau" reconnue dans le monde médical, mais qu'elle ait également un droit d'exercice dans les centres hospitaliers, où déjà d'autres intervenants y offrent des services "semblables".

Sans vouloir nous attarder aux multiples facteurs qui peuvent être à l'origine des différends entre intervenants, nous avons voulu, dans les pages qui suivent, analyser le contexte des services en obstétrique au Québec en faisant une "étude des besoins" de la clientèle dans ce secteur. Nous nous attarderons particulièrement à la **perception** et à la **satisfaction** des femmes concernant les services actuellement disponibles en obstétrique au Québec.

L'offre de service

Avec les années, et l'évolution des sociétés (dites avancées), de consommateurs de bien matériel, nous sommes devenus consommateurs de **produit total**, c'est-à-dire que nous ne consommons plus simplement un bien ou un service, mais plutôt: un ensemble de bénéfices avec leurs attributs tangibles et intangibles (Enis et Roering (1981) cités par Ahtola (1985)). Dans la même optique, Lambin (1986) parle de **panier d'attributs**, dans lequel on retrouve un bien ou service de base (central) autour duquel gravitent des services connexes (ou utilités secondaires).

Cette notion de produit total est d'ailleurs reprise par Brown et Fern (1981) (total market offering) et fait référence à l'ensemble des bénéfices que reçoit le consommateur. L'offre totale résulte de l'offre "principale" (core offering) associée, en plus, à toute valeur ajoutée par les caractéristiques du canal de production-distribution (lieux physiques, membres du personnel, etc). Kotler (1984, cité par Ahtola (1985)) définit un produit comme suit:

"A product is anything that can be offered to a market for attention, acquisition, use, or, consumption that might satisfy a want or need; includes physical objects, services, persons, places organisations and ideas."
(p.91)

...alors que le service serait:

"A service is any activity or benefit that one party can offer to another that is essentially intangible and does not result in the ownership of anything. Its production may or may not be tied to a physical product." (p.91).

... néanmoins, dans la vie de tous les jours, les mots ont tendance à brouiller les définitions que l'on s'applique à formuler... et nous réalisons bien que lorsque le consommateur parle d'un service en particulier, quel que soit le secteur, il parle de produit total.

Les caractéristiques des services

Les services, bien que faisant partie d'un ensemble plus grand, semblent détenir des caractéristiques qui leur sont propres. Plusieurs auteurs se sont d'ailleurs attardés à celles-ci. On en dénombre principalement trois: l'intangibilité, la simultanéité de production-consommation et l'hétérogénéité de la prestation.

L'intangibilité

L'intangibilité semble être la différence fondamentale entre un bien et un service (Shostack, 1987; Bateson, 1979, cité par Brown et Fern, 1981). Elle fait d'un service, un élément pour lequel on paie, mais qui ne peut être possédé physiquement par l'acquéreur. C'est d'ailleurs pourquoi l'offre de service est souvent accompagnée d'éléments tangibles venant la compléter (notion de produit total). Cette caractéristique se vérifie de deux façons:

- 1) Par l'immatérialité du service comme tel: intouchable, impalpable.
- 2) Par la difficulté qu'a le consommateur à se représenter mentalement le service, à l'évaluer (Berry, 1984, et Bateson, 1979, cité par Brown et Fern, 1981).

De cette principale caractéristique découlent les deux suivantes.

La simultanéité de production-consommation

Dans la majorité des services, la production est quasi inséparable de la consommation (Dussart et al., 1986). Darmon, Laroche et Pétrof (1982), quant à eux, parlent de cette caractéristique en terme de circuit de distribution court où la distribution du service est très liée à la production de ce dernier et où l'implication de l'acheteur et du pourvoyeur est particulièrement grande.

L'hétérogénéité de la prestation

Cette caractéristique est, en fait, une conséquence des deux premières. Elle fait référence à l'importance de la composante humaine dans le processus de prestation des services, celle-ci occasionnant une grande variabilité au niveau de la standardisation et de l'uniformité des services rendus (Berry, 1984; Zeithaml et al., 1985; Brown et Fern, 1981).

Ainsi, plus le service est "pur" et plus il devient un événement "synergique", dont le résultat dépend à la fois: des capacités de servuction* du prestataire, de son engagement dans le processus, ainsi que des capacités du bénéficiaire à formuler ses attentes et à coopérer au processus (Eiglier et Langeard, 1987).

* Servuction: Terme désignant le processus de création d'un service (Eiglier, P. et Langeard, E., p.8)

Les services professionnels, pour leur part, possèdent les mêmes caractéristiques de base que les services en général, ils font cependant partie d'une catégorie de produits dont la composante "service" est très grande (service pur) et, par conséquent, ils sont plus difficiles à évaluer pour le consommateur (Zeithaml, 1981).

Ces caractéristiques, de par leur nature "floue", nous laissent entrevoir les difficultés que peuvent rencontrer les entreprises de services qui désirent projeter une image précise chez le consommateur. En effet, cette image risque d'être en perpétuel changement, compte-tenu du consommateur, du moment et du prestataire de services. Comme le dit si bien Shostack (1987), "...the use of nouns obscure the fundamental nature of services, which are processes, not objects" (p.34).

Perspectives du consommateur

Ces caractéristiques particulières, que l'on associe aux services, vont d'ailleurs influencer le consommateur de services dans son processus "d'acquisition". Lovelock (1981) souligne trois aspects qui, d'après lui, sont des points de repères importants et spécifiques à la perspective du consommateur de services:

- La nature éphémère et expérientielle du service qui fait référence d'une part, à l'intangibilité, et d'autre part, à la simultanéité de la production-consommation du(des) service(s).

- L'importance que revêt le TEMPS, en tant qu'unité de consommation. Cet aspect s'intègre aussi à la notion de simultanéité de la production-consommation déjà abordée.
- Le personnel et les autres consommateurs en tant que composantes du service acheté par le consommateur. Cet aspect-ci faisant référence à la simultanéité de production-consommation du service et l'hétérogénéité de la prestation.

Cette perspective du consommateur nous mène directement aux problèmes que peut rencontrer toute organisation pourvoyeuse de services. Bien que plusieurs auteurs aient tenté de faire une liste exhaustive des problèmes spécifiques aux entreprises de services, nous ne mentionnerons ici que les principaux points autour desquels ces problèmes risquent de se greffer. Selon Booms et Bitner (1981), ces points concernent surtout: le contrôle de la qualité, la relation client-entreprise et l'établissement d'une pensée marketing forte au sein de l'entreprise.

- Le contrôle de la qualité

La qualité est un concept particulièrement difficile à contrôler dans le cas des services, puisqu'elle dépend en grande partie des qualités professionnelles et personnelles du personnel de contact et des attentes du consommateur. C'est, en fait, l'importance de la composition "humaine" du service qui rend la qualité d'un service si difficile à évaluer... A-t-on livré au client ce qui lui avait été promis? L'image du service rendu est-elle conforme aux attentes du client? Comme on le constate, la **qualité** est une notion intimement liée à

l'intangibilité et à la perception qu'a le consommateur d'un type de service en particulier.

- La relation client-entreprise

Ce deuxième point vient recouper le précédent, dans le sens qu'aux yeux du consommateur, le personnel constitue une part importante du service lui-même. Le personnel représente l'entreprise et en fait la promotion de façon directe (Shostack, 1977, citée par Booms et Bitner, 1981) et ce, dès les premiers contacts avec le consommateur. L'entreprise de services est en fait un "système d'alliance et de compromis entre dirigeants, personnel et clients" (Mispelblom, 1991).

- L'établissement d'une pensée marketing forte

Plusieurs auteurs (Booms et Bitner, 1981; Lovelock et al., 1981) ont constaté que la fonction marketing ne jouait pas un rôle important dans l'entreprise de services. On lui associe souvent la publicité et les médias, alors que cette fonction gagnerait à être supportée par les autres fonctions de l'entreprise. Même dans le secteur des services, on note une prédominance de la fonction "production", bien que la distribution (consommation) du service se fasse en même temps. Cette simultanéité de la production-consommation ne fait qu'augmenter l'importance d'une collaboration étroite entre les fonctions production, personnel et marketing, dans le but de mieux contrôler la "servuction" (Eiglier et Langéard, 1987) et

de respecter l'image que l'on désire projeter au consommateur (Booms et Bitner, 1981).

Dans le cadre de cette recherche, nous nous attarderons plus particulièrement au concept de la "qualité des services", dans le contexte des services offerts en obstétrique. En effet, puisque la "qualité" du service est ce qui permet aux différents prestataires d'un même service de se démarquer, d'afficher un produit "distinct" de celui de la concurrence, il nous est apparu essentiel d'étudier les services offerts en obstétrique en fonction des critères que les femmes jugent importants dans le cas d'un service de qualité dans ce domaine.

Plus spécifiquement, nous désirons connaître:

Quels sont les critères de choix et de satisfaction des femmes concernant les services offerts par les différents intervenants en obstétrique?

CHAPITRE I

RECENSION DE LA DOCUMENTATION

Pour des raisons de clarté, nous choisissons de vous présenter notre modèle théorique dès le début de ce document. Chaque partie du modèle sera détaillée dans les pages suivantes. Nous avons choisi un modèle simple, construit à partir de notions reliées aux comportements du consommateur. Ce modèle devrait nous permettre de faire une analyse assez détaillée du "marché" de l'obstétrique, soit des facteurs intrinsèques et extrinsèques pouvant influencer le choix des femmes, et surtout, des critères de qualité guidant leur choix parmi les services offerts dans ce secteur de la santé. Il comprend les parties suivantes:

- l'environnement
- les caractéristiques de l'individu
- les critères de choix
- la satisfaction (l'insatisfaction)

L'environnement concerne deux facteurs extrinsèques qui risquent, à notre avis, d'être parmi les plus influents, compte-tenu du type de services pour lequel la consommatrice doit prendre une décision et du contexte social dans lequel sa décision se situe. Le premier facteur concerne l'environnement culturel, il souligne

l'importance de la vision des gestes et pratiques associés à la naissance et à l'accouchement dans toute société, c'est-à-dire la valeur sociale de ces événements, ainsi que l'évolution que ces valeurs ont connue à travers les époques. Le deuxième facteur fait référence à l'environnement concurrentiel, il fait un tour d'horizon des différents services offerts en obstétrique au Québec: gynécologie, omnipratique et sage-femmerie. On y définit chaque type de pratique et présente le contexte dans lequel ces services sont offerts, c'est-à-dire: les possibilités d'accès à ces services et les coûts reliés à chacun d'eux.

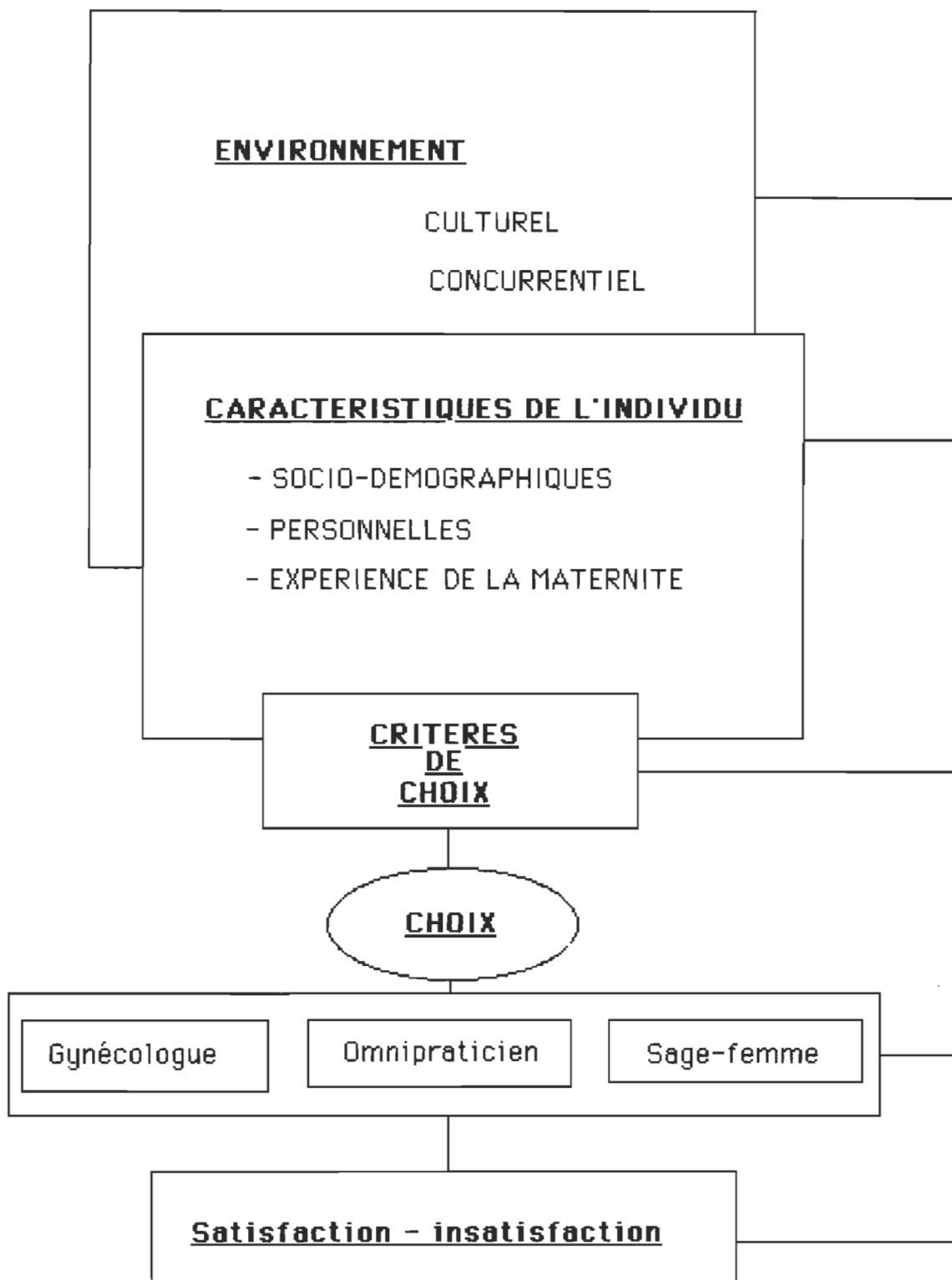
La partie sur les **caractéristiques de l'individu** s'attarde aux caractéristiques socio-démographiques de l'individu, soient: l'âge, le revenu, la scolarité, ou encore, certaines habitudes de vie, également à certains aspects "personnels" de la consommatrice qui sont les plus susceptibles de modifier son opinion et sa décision concernant les services en obstétrique auxquels elle aura recours. On y jette aussi un regard sur l'expérience de la maternité de l'individu, soit: le nombre de grossesse, leur évolution, la relation entretenu avec l'intervenant choisi, etc. L'expérience d'autrui et l'information extérieure sont aussi des facteurs à considérer, compte-tenu de la "rareté" des naissances et de la notion de "risque" que cela sous-entend, mais également, à cause de la **nature même** des services recherchés par la future parturiente.*

* parturiente: Femme qui accouche.
(Dictionnaire du français plus, 1988)

La partie sur les critères de choix de la cliente s'attarde aux éléments qui seraient les plus importants, à ses yeux, dans un contexte de services reliés à la santé et, plus particulièrement, dans le cas d'une future naissance.

Le bloc concernant la satisfaction (insatisfaction) de la cliente s'attarde principalement aux critères qui sont le plus souvent déterminants dans l'évaluation des services reçus en obstétrique. Cette partie vient, en fait, étoffer la section précédente, puisqu'elle viendra confirmer, ou non, les attentes exprimées par les usagères de ces services.

**Modèle de prise de décision des femmes
concernant les offres de services en obstétrique**



L'environnement

L'environnement culturel

Au Québec, les objectifs officiels du système de santé se résument en quatre points: accessibilité, qualité, globalité et continuité des services. Cependant, ces objectifs font partie d'objectifs généraux plus larges, reliés aux coutumes de la société québécoise actuelle. A l'instar de tout pays industrialisé, ces objectifs généraux, et les valeurs qui leur ont donné naissance, sont principalement axés sur la croissance économique et la production. Dans ce contexte particulier, l'utilisation des services médicaux est parfois davantage liée à une "logique de production" qu'à une "logique de l'amélioration de l'état de santé" (Contandriopoulos, 1983). Selon cet auteur, le dialogue entre intervenant-patient se trouve ainsi "coincé" dans l'ensemble des activités économiques et est fortement influencé par des forces extérieures, telles: l'idéologie de la société, l'organisation du système des soins et la médicalisation des problèmes de santé.

Certains auteurs ont souligné l'influence importante du contexte socio-culturel sur la conception de la maladie, sur la façon de percevoir, d'évaluer et de réagir aux symptômes (Davitz, Sавешима и Davitz, 1976, cités par Friedman et DiMatteo, 1989). L'importance accordée à la santé pourrait aussi être un facteur d'influence en soi. Selon Friedman et DiMatteo (1989), la conception de la maladie fait partie d'un apprentissage culturel complexe qui commence dès l'enfance, au sein de la famille. Cette caractéristique "culturelle" de

la maladie aura, on s'en doute, des répercussions directes sur l'utilisation des services et sur la relation entretenue entre patient (malade) et médecin (guérisseur).

Vue sous un angle "culturel", la grossesse et, surtout, la naissance et l'accouchement, sont des événements particulièrement importants dans une société. Comme le font remarquer Saillant et O'Neill (1987), à ces événements sont associés "une série de gestes et de pratiques, encore là variables selon les époques et les cultures" (p.18). Gélis (1988), quant à lui, soutient que "une société a l'accouchement et la naissance qu'elle mérite" (p.491), nous devrions peut-être dire: qu'elle "engendre", puisque les pratiques qui entourent ces événements semblent très liés aux valeurs qui ont cours à ce moment précis de l'histoire. Au Québec, il suffit de nous référer à la période précédent l'instauration du Régime d'assurance-maladie pour comprendre la portée des changements de valeurs sur les pratiques de chaque époque.

Il y a quelques décennies, l'accouchement-la naissance étaient caractérisés par des gestes simples, de l'entraide et un grand dépouillement technique au niveau des ressources matérielles disponibles (Saillant et O'Neill, 1987). L'individu, dans ce contexte, est très près de la nature. Il fait partie d'un cycle de vie où naissance et mort assurent la permanence de celui-ci. L'individu n'est qu'un "rouage de la chaîne de solidarités qui unissent les hommes, puisque la succession des générations est le seul moyen de

surmonter l'inévitable usure du temps, le dépérissement du corps et la mort" (Gélis, cité par Saillant et O'Neill, 1987, p.10).

Maintenant, on parle de l'accouchement et de la naissance en des termes plus compliqués. C'est devenu un événement plus complexe et technique, risqué jusqu'à un certain degré, et très investigué par la science médicale. Reynolds (1989) constate que les attentes des parents d'aujourd'hui sont très élevées, compte-tenu de la diminution du nombre des naissances, des maternités plus tardives et du niveau d'information plus élevé des parents. D'un autre côté, Saillant et O'Neill (1987) associent cette médicalisation de l'événement à la perte du sens profond du geste de donner naissance. Ainsi, cette médicalisation, qui avait pour objectif de diminuer la mortalité périnatale, a finalement eu pour effet "secondaire" de modifier toute l'organisation sociale entourant l'accouchement (Laurendeau, 1987).

D'après Artschwager Kay (1982), on peut facilement observer "l'importance du pouvoir social" lors d'une naissance, par la définition qu'a une société de cet événement et par la dynamique dont elle l'entoure. Par exemple, selon cet auteur, la naissance "américaine" se définit comme étant un événement: dangereux, salissant et obscène. Cet événement dangereux sera donc pris en charge par l'obstétricien (le médecin), dans un milieu aseptisé (l'hôpital) et avec l'aide d'étrangers (hors de vue de ses proches). Cette vision, peut-être un peu "poussée", nous fait cependant

comprendre combien les valeurs de l'époque exercent leur influence dans l'établissement d'un rituel (rituel de passage, Van Gennep, 1981), d'une conduite, entourant un événement socialement important.

L'esprit de rationalisation des sociétés modernes n'est pas étrangère à toute la médicalisation et la technologie qui entourent, de nos jours, la grossesse et la naissance. En fait, "la technique est devenue la principale réponse à l'insécurité des femmes face à la grossesse et l'accouchement" (Quéniart, 1987). Cependant, bien que la majorité des naissances d'aujourd'hui se vivent à l'hôpital, un certain nombre de femmes optent pour une naissance à domicile, en compagnie d'une sage-femme. Or, au Québec, les sages-femmes sont presque disparues entre 1840 et 1960, principalement à cause d'un surplus d'effectifs chez les médecins et d'une baisse des conditions socio-économiques des femmes au milieu du 19^e siècle (Laforce, 1987).

Après cette disparition quasi totale (au Québec) de la profession de sage-femme, on peut se demander comment il se fait que ces professionnelles connaissent, de nos jours, une telle popularité, au point que soit présenté un projet de loi proposant leur intégration dans le réseau de services de santé actuel.

Depuis quelques années, plusieurs mouvements pour l'humanisation des soins de santé manifestent leur mécontentement et leur opposition à un système de santé dominé par une approche

technologique. Entre autres, on s'objecte à ce que certaines étapes de vie soient considérées comme des maladies (ex. accouchement, vieillesse, mort) (RAPSI, 1989) et on réclame une approche plus humaine, moins médicalisée. Il en va de même avec les soins en obstétrique. On remarque, chez certaines femmes, un intérêt pour les services offerts par les sages-femmes. Les valeurs associées à la naissance auraient-elles changées?

L'environnement concurrentiel

Le service

Un service professionnel, selon Gummesson (1981), implique une qualification particulière, il se situe dans un contexte de relation d'aide où le professionnel agit à titre de "conseiller". Les professionnels d'une même discipline ont une identité commune (ex. corporation) et sont régis, la plupart du temps, par des lois, voir un code d'éthique.

L'obstétrique se définit comme suit:

"Obstetrics is the branch of medicine that deals with parturition, its antecedents, and its sequels. It is concerned principally, therefore, with the phenomena and management of pregnancy, labor, and the puerperium, in both normal and abnormal circumstances."

"...obstetrics is concerned with reproduction of a society."
(Pritchard et Macdonald, 1980, p.1)

Le mot "obstetrics" vient du latin (obstetrix) et signifie sage-femme. (Pritchard et Macdonald, 1980, p.1)

Dans le contexte québécois actuel, trois intervenants différents offrent des services en obstétrique: le gynécologue, l'omnipraticien et la sage-femme.

Par définition, la **gynécologie** est:

"...the study of Woman but usage restricts it mainly to the study of the female organs of reproduction and their diseases" (Jeffcoate, 1975).

L'auteur ajoute également l'obstétrique (l'étude de la naissance et ses désordres) au champ de pratique du gynécologue, puisque celle-ci constitue un aspect de la gynécologie et ne peut en être séparée vraiment. On indique également que la pratique de la gynécologie peut varier en fonction du temps, du lieu de pratique, de l'avancement des connaissances et des habitudes locales concernant la demande de ce service. Ces derniers détails venant soutenir l'importance de l'environnement culturel dans l'établissement des pratiques reliées à l'obstétrique.

Selon l'American Academy of Family Practice (AAFP) et l'American Board of Family Practice (ABFP), l'**omnipraticien**, elle, se définit comme suit:

"...the medical speciality which provides continuing and comprehensive health care for the individual and the family. It is the specialty in breadth which integrates the biological, clinical and behavioral sciences. The scope of family practice encompasses all ages. Family practices is the continuing and current expression of the historical medical practitioner and is uniquely defined within the family context. (Rackel, 1990, p.4)

Au Québec, le terme "omnipraticien" réfère à la pratique de la médecine familiale (telle que définie précédemment).

En ce qui concerne la sage-femme et son champ de pratique, on dit que:

"Une sage-femme est une personne qui a suivi un cours de formation de sage-femme reconnu dans son pays, a réussi avec succès les études afférentes et a acquis les qualifications nécessaires pour être reconnue ou licenciée en tant que sage-femme. Elle doit être en mesure de donner la supervision nécessaire, les soins et les conseils à la femme enceinte, en travail et en période post-partum, d'aider lors de l'accouchement sous sa propre responsabilité et de prodiguer des soins au nouveau-né et au nourrisson. Ces soins incluent des mesures préventives, le dépistage de conditions anormales chez la mère et l'enfant, le recours à l'assistance médicale en cas de besoin et l'exécution de certaines mesures d'urgence en l'absence d'un médecin. Elle joue un rôle important en éducation sanitaire, non seulement pour les femmes, mais pour la famille et la communauté. Son travail doit inclure l'éducation prénatale et la préparation au rôle de parents et doit s'étendre sur certaines sphères de la gynécologie, de la planification familiale et des soins à donner à l'enfant. Elle peut pratiquer en milieu hospitalier, en clinique, à domicile ou à tout autre endroit."

(Source: Définition internationale des sages-femmes adoptée en 1972 par la Confédération internationale des sages-femmes et par la Fédération des gynécologues obstétriciens (FIGO). Cette définition a également été endossée, en 1986, par le Comité inter-ministériel sur les sages-femmes.)

Les sages-femmes du Québec ne sont pas regroupées au sein d'une même corporation. Il existe cependant deux associations regroupant la majorité d'entre elles: l'Association des sages-

femmes du Québec et l'Alliance québécoise des sages-femmes praticiennes.

L'accès au service

L'accès aux services offerts par ces différents intervenants peut varier en fonction de plusieurs facteurs. Règle générale, il est plus facile de quérir les services d'un gynécologue ou d'un omnipraticien, puisque ceux-ci sont plus nombreux et très accessibles, dans le sens qu'ils ont "officiellement" pignon sur rue. Les sages-femmes, en nombre beaucoup plus restreint, ont un problème de visibilité important. Néanmoins, les femmes désirant recourir aux services d'une sage-femme peuvent entrer en contact avec l'une d'entre elles par l'intermédiaire des deux associations mentionnées précédemment.

D'autre part, l'accès à un type de professionnel, plutôt qu'un autre, peut être influencé par des "pratiques professionnelles" locales (régionales) particulières. Par exemple, on remarque que dans les hôpitaux desservant de grands bassins de population, les gynécologues font plus d'accouchements, en général, que les omnipraticiens. Les gynécologues-obstétriciens sont également plus nombreux dans les grands centres, comparativement aux omnipraticiens. Selon Statistiques Canada (cité dans: Rapport de la commission d'étude sur l'omnipraticien et la périnatalité, p.9), 80% des gynécologues-obstétriciens se retrouvent dans les

agglomérations de plus de 500,000 habitants, comparativement à 60% des omnipraticiens. La plus grande proximité d'un service par rapport à un autre peut favoriser le recours à un type d'intervenant en particulier, surtout si la femme enceinte désire être accouchée par le même intervenant que celui vu lors du suivi de grossesse, ou encore, accoucher dans un hôpital en particulier. De plus, la prépondérance d'un type d'intervenant dans le réseau hospitalier peut limiter l'accès aux priviléges hospitaliers des autres intervenants intéressés à la pratique de l'obstétrique. En ce qui concerne le cas particulier des sages-femmes, leur accès au milieu hospitalier est limité au "projets-pilotes sages-femmes" et aucun n'est actuellement opérationnel. Ainsi, la sage-femme, qui se présente à l'hôpital avec sa cliente, ne peut y agir qu'à titre d'accompagnatrice et non comme intervenant.

Les coûts

Nous touchons ici à une corde "sensible" des consommateurs de services. En effet, dans plusieurs cas d'offre de services, le coût demeure parfois le seul "élément d'information objectif" (Eiglier et Langéard, 1987) pour le consommateur. Dans le cas des services qui nous intéressent ici, ceux offerts par le gynécologue et l'omnipraticien sont défrayés par la Régie de l'Assurance-Maladie du Québec (RAMQ). La réclamation de ces frais de services étant acheminée directement à la RAMQ, le consommateur est, en général, très peu au courant de ce qu'ils

représentent vraiment, en terme de dollars, pour l'ensemble des contribuables.

A titre d'information, nous énumérons ici les tarifs de quelques actes médicaux, parmi les plus fréquemment posés lors d'un suivi de grossesse et/ou d'un accouchement.

Le cas des gynécologues

- Suivi de grossesse (moyenne de 8 visites)	141.50\$
- Accouchement (sans complication)	225.00\$
Total:	366.50\$

(Manuel des Médecins Spécialistes, RAMQ, 1992(?)

Le cas des omnipraticiens

- Suivi de grossesse (moyenne de 8 visites)	220.00\$
- Accouchement (244.50 ou 326.05\$)	285.28\$
- Soins du post-partum (hôpital)	38.05\$
- Soins du nouveau-né	41.90\$
Total:	585.23\$

(Manuel des Médecins Omnipraticiens, RAMQ, 1992)

Les services d'une sage-femme n'étant pas couverts par la RAMQ, la cliente doit s'attendre à débourser entre 600\$ et 1500\$ pour le suivi de grossesse et l'accouchement. Toutefois, ces tarifs peuvent grandement varier d'une sage-femme à l'autre, et d'une région à une autre. Il semble que les tarifs fluctuent en fonction de l'offre et de la demande pour ce service dans différentes régions de la province. Plus il y a de sages-femmes disponibles sur

un territoire, moins les coûts risquent d'être élevés. (Source: Mme Rousseau, Association des Sages-femmes du Québec.).

On peut penser que la "non-gratuité" des services de cette intervenante risque d'être une des principales raisons pour lesquelles certaines femmes ne choisiront pas d'être suivies par une sage-femme, mais le prix "social" (attentes, mauvaise relation, etc) (Fine, 1981), demandé par les autres intervenants, peut, lui aussi, être trop élevé pour certaines femmes, compte-tenu de leurs attentes, de leur perception et des services désirés en obstétrique.

La publicité

Au Québec, la publicité reliée aux activités des différents services professionnels connus se limite, en général, à la publication de la carte d'affaires du bureau du (des) professionnel(s) concerné(s). Là encore, les sages-femmes sont désavantagées, puisqu'elles n'ont pas de bureau "officiel". Néanmoins, les deux associations (précédemment mentionnées) peuvent palier à leur manque de visibilité.

Les caractéristiques de l'individu

Les caractéristiques socio-démographiques

Plusieurs études se sont attardées aux caractéristiques socio-démographiques des femmes utilisant différents services en obstétrique. Bien que la plupart d'entre elles arrive à la conclusion

que ces variables ne sont pas discriminantes, elles soulignent, néanmoins, quelques faits intéressants.

Dans une étude réalisée auprès de deux groupes de femmes ayant choisi des lieux d'accouchement différents, Cohen (1982) a remarqué une distribution de l'âge significativement différente. Dans le cas de cette étude, 76.7% des femmes ayant accouché dans une maison de naissances avaient entre 26 et 34 ans, alors que 50% des femmes ayant accouché en centre hospitalier avaient entre 18 et 25 ans. Il est dommage que l'auteur n'ait pas recueilli de données concernant l'expérience de la maternité pour ces répondantes, puisqu'il est probable que la distribution de l'âge ait une certaine relation avec le nombre d'accouchements vécus antérieurement. Chamberlain, Soderstrom, Kaitell et Stewart (1991), dans une étude sur le choix des femmes, si la sage-femmerie était un service disponible en obstétrique, pensent que les femmes plus âgées ont davantage tendance à choisir les maisons de naissance. Ces auteurs pensent que ces femmes s'intéressent aux services des sages-femmes par suite de déceptions antérieures ou, parce qu'elles recherchent un intervenant de sexe féminin.

Aaronson (1987) note que les variables socio-démographiques ne jouent pas de rôle significatif dans le choix d'une option plutôt qu'une autre. La seule variable où il observe une différence significative est le fait que les clientes de l'obstétricien avaient déjà eu une naissance vivante antérieurement, alors que les

clientes, ayant fait appel aux sages-femmes, avaient, dans une plus grande proportion, subi un avortement. Cette différence concernerait davantage l'expérience reliée aux grossesses, à la maternité.

Hazel (1975, cité par Saillant, Desjardins et O'Neill, 1986) et Klee (1986) n'ont pas noté de différences significatives, d'un point de vue socio-démographique, entre les femmes ayant choisi un lieu d'accouchement différent. Quant à Saillant, Desjardins et O'Neill (1986), ils ont remarqué que la taille des familles et la diplômation étaient significativement différentes chez les femmes de leur échantillon (celles-ci avaient fait appel aux services d'une sage-femme) comparativement aux femmes québécoises en général. Au niveau de la scolarité, Chamberlain et al. (1991) pensent aussi que les femmes plus éduquées se tournent davantage vers les sages-femmes, notons qu'aucune donnée particulière ne nous permettait de vérifier cette affirmation.

Les caractéristiques personnelles

En ce qui concerne les caractéristiques personnelles, Hazel (1975, cité par Saillant, Desjardins et O'Neill, 1986) mentionne que le système des valeurs des individus semble être un élément important dans le choix d'un lieu non-traditionnel d'accouchement. Ceci est confirmé par Fullerton (1982), qui note chez les femmes choisissant un lieu d'accouchement autre que l'hôpital, un plus grand

lieu de contrôle interne sur leur santé et sur l'environnement lors de l'accouchement.

Aaronson (1987) souligne aussi que les femmes de son étude, ayant eu recours aux services d'une sage-femme, ont obtenu une note plus élevée en ce qui concerne leur lieu de contrôle personnel (interne)*, alors que les femmes ayant eu recours à l'obstétricien accordaient davantage d'importance au lieu de contrôle de l'intervenant (externe). Selon cet auteur, cette caractéristique personnelle particulière peut avoir un impact sur le choix des intervenants par les femmes concernées.

Dans ce même ordre d'idées, Chute (1985) a remarqué que les femmes accouchant avec une sage-femme s'attendaient à un rôle plus actif lors de la naissance que les femmes ayant accouché avec l'aide d'un médecin et qu'elles rapportaient, effectivement, une plus grande participation. Rising (1975, cité par Chute, 1985) mentionnait déjà le "désir de contrôler son expérience" comme étant un facteur important dans le choix d'accoucher avec une sage-femme.

* Lieu de contrôle: Concept qui partage les individus selon le niveau de responsabilité personnelle qu'ils associent aux événements qui font leur vie. Ceux qui voient ces événements comme des conséquences de leurs comportements, ou de leurs caractéristiques personnelles, sont associés à un lieu de contrôle interne, alors que ceux qui en attribuent la responsabilité aux autres, ou à des forces hors de leur pouvoir, sont considérés comme ayant un lieu de contrôle externe (Battle, E.S. et Rotter, J.B., 1972).

Selon Chute (1985), l'intervenant choisi définit le type d'approche (conventionnel ou alternatif) désiré, puisque c'est une personne qui peut avoir beaucoup d'influence sur la participation de la femme à l'accouchement, sur l'environnement physique et émotionnel et sur le recours à certaines procédures.

L'expérience personnelle

L'expérience personnelle reliée à la maternité peut également être un critère d'importance dans le choix de l'intervenant. Cohen (1982) rapporte que les femmes qui ont connu de mauvaises expériences antérieurement (évolution de la grossesse ou lors de l'accouchement) se soucient davantage de l'évolution de leur grossesse et sont plus favorables à des interventions techniques.

D'autre part, dans un contexte de "rareté" des naissances, l'opinion des pairs peut être un facteur important dans le choix de la femme, puisqu'il permet de clarifier l'image de l'intervenant qu'elle souhaite (selon ses besoins), sans avoir à tous les rencontrer. Puisque la majorité des consommateurs ne sont pas en mesure d'évaluer la qualité "objective" (technique) d'une prestation de services, la qualité "perçue" (Holbroock et Corfman, 1985, cités par PZB, 1988) par d'autres femmes (pairs) ayant utilisé ces services peut devenir une source d'information crédible aux yeux de la future parturiente*.

* parturiente: Femme qui accouche
(Dictionnaire du français plus, 1988)

L'opinion des pairs serait une sorte d'expérience de la maternité "différée". Dans une étude réalisée par Mackey (1990), 56% des répondantes de l'échantillon ont dit avoir choisi leur intervenant d'après les références d'une amie-parent, 15% selon leur évaluation personnelle et 30% selon des références hospitalières, cliniques ou d'un médecin.

L'opinion du professionnel concerné peut aussi influencer la décision de la future parturiente*. Il faut souligner que cette opinion (lorsqu'il y a référence à un spécialiste, par exemple) est souvent reliée à des considérations médicales "particulières" concernant la mère ou le bébé, et que, cet élément de "risque" (associé à l'opinion du professionnel) doit "peser" suffisamment dans la balance des critères de choix de la femme pour influencer sa décision. L'opinion du professionnel peut également influencer le choix de la future parturiente concernant le lieu désiré d'accouchement (Cohen, 1982; Mackey, 1990), particulièrement pour des raisons de sécurité, ou encore de préférences du professionnel. Mackey (1990) a d'ailleurs constaté que les femmes établissaient une relation entre le choix du lieu d'accouchement et la nature des soins désirés lors de celui-ci.

Quant à la notion de **risque**, soulignée plus tôt, Quéniart (1987) l'associe également à la notion de "responsabilité sociale" de la mère par rapport à l'enfant qu'elle porte.

Selon cet auteur, le "risque" crée chez les femmes (les primipares* en particulier), "une obsession de la normalité", qui les amènent à rechercher la certitude à tout prix (p.216), notamment par diverses techniques médicales (ex.: échographie, amniocynthèse).

* Primipare: Qui accouche ou qui met bas pour la première fois (Dictionnaire du français plus, 1988)

Les critères de choix

Les professionnels oeuvrant dans le domaine de la santé offrent des services qui ont les mêmes caractéristiques de base que celles que nous décrivions plus tôt (pour les services en général), soit: l'intangibilité, la simultanéité de production-consommation du service et l'hétérogénéité. Or, les services que l'on peut recevoir de ces professionnels de la santé peuvent être très variés, compte tenu des multiples facettes de l'être humain et de son environnement, et, plus ou moins risqués pour le consommateur, dépendamment des interventions jugées nécessaires pour améliorer le bien-être du client. Cette "multitude" de services disponibles, et surtout, les différents degrés de "complexité" de chacun de ceux-ci, ne facilitent pas la démarche du consommateur en quête d'un service en particulier, pas plus que son évaluation, sa perception, du service reçu.

Comme dans le cas de n'importe quelle acquisition de produit, le consommateur de services désire en principe: un service adéquat, peu dispendieux, bien desservi; il veut aussi être traité respectueusement et qu'on se soucie de sa satisfaction (Bitran et Hoech, 1990). Or, la "qualité d'un service" s'établit en fonction de

certains éléments jugés particulièrement importants par le consommateur.

Le concept de "qualité" demeure difficile à définir, Booms et Lewis (1983, cités par Parasuraman, Zeithaml et Berry (PZB), 1985) la définissent comme suit:

"Service quality is a measure of how well the service level delivered matches customer expectations. Delivering quality service means conforming to customer expectations on a consistent basis." (p.42)

Plusieurs auteurs considèrent la qualité d'un service comme une forme d'évaluation globale du produit (Olshasky, 1985, cité par PZB , 1985; PZB, 1985), semblable aux "attitudes". Selon PZB (1988), la qualité perçue du service est un jugement global (attitude) par rapport à la supériorité du service, alors que la satisfaction est un concept relié à une "transaction" (expérience) spécifique; Oliver (1981, cité par PZB, 1988) fait également cette distinction.

Une chose semble cependant évidente, c'est que la "recherche de qualité" est la tendance la plus importante remarquée chez le consommateur des années 80 (Rabin, 1983, cité par PZB, 1985). Parasuraman, Zeithaml et Berry (1985) ont résumé l'essentiel de la documentation portant sur la qualité des services par les trois constats suivants:

- la qualité des services est plus difficile à évaluer pour le consommateur que la qualité des biens tangibles

- la perception de la qualité d'un service résulte d'une comparaison des attentes du consommateur avec la performance actuelle du service, son image
- l'évaluation de la qualité ne porte pas seulement sur la finalité du service, mais sur tout le processus de prestation du service

Ces mêmes auteurs ont d'ailleurs tenté d'identifier les critères selon lesquels les consommateurs de services évaluent la qualité d'un service. Leurs travaux (1985, 1988, 1988) ont abouti à l'identification de certains critères (ou déterminants) généraux que le consommateur semble utiliser, peu importe le genre de services recherchés. Il s'agit des aspects **tangibles** du service, de la **fiabilité** (reliability), de la **sensibilité** (responsiveness), de **l'assurance** (assurance) et de l'**empathie** (support) (BPZ, 1988). Ces critères ne font cependant pas l'unanimité, notamment au niveau de leur formulation et du regroupement de différents autres critères qu'oblige le choix de ces **cinq** familles de critères en particulier (Carman, 1990).

Il semble que le **prix** soit le critère oublié de cette liste. Plusieurs auteurs en ont mentionné l'importance lors de l'acquisition de certains services (Carman, 1990; Eiglier et Langeard, 1987). Même dans un contexte de "gratuité" de services (on peut penser ici à certains services médicaux), il y a un prix à payer pour les acquérir: un "prix social" (Fine, 1981).

"The real price of everything, what everything really costs to the man who wants to acquire it, is the toil and trouble of acquiring it" (Kotler, 1975, cité par Fine, 1981, p.113)

Fine (1981) parle de prix social en terme de temps (ex. attente), d'effort (ex. action physique), de changement dans son style de vie et de prix psychique (concerne l'estime de soi, la fierté, l'aspect privé, le contrôle, la liberté). Selon Blau (1955, cité par Fine, 1981), une consultation professionnelle peut être considérée comme un "échange de valeurs", où les deux parties y gagnent et y paient quelque chose. Le problème, concernant le prix social des choses, c'est que la valeur du produit-service correspond à la perception qu'en a le consommateur. Selon Fine (1981), le prix social fait partie des critères de qualité d'un produit, d'un service.

Dans le cas des services professionnels, tels: les services de santé, la majorité des consommateurs ne sont pas en mesure d'évaluer la qualité "technique" de la prestation de service, il faut alors faire une différence entre "qualité objective" du service et "qualité perçue" par le consommateur (Holbroock et Corfman, 1985, cités par P.Z.B., 1988). Les critères les plus importants de qualité seront donc, pour le consommateur "moyen" de services de santé, reliés à des composantes de la relation patient-médecin. DiMatteo (1979) et Friedman (1979, cités par Denis, 1984) parlent de variables faisant référence à l'expression verbale et non-verbale du médecin, alors que Ben-Sira (1976-1980), Hall, Rand et Roter (1981, cités par Denis, 1984) parlent du contenu socio-émotionnel de la consultation. Ce qui semble faire l'unanimité, c'est que le patient (client) ne se contente pas d'une relation strictement technique avec le médecin (Denis, 1984). A ce propos, Friedman et DiMatteo (1989)

rapportent plusieurs études (Koos, 1955; Friedson, 1961; Skipper et Leonard, 1965; Caplan et Sussman, 1966 et Shorter, 1985) montrant que les critiques les plus souvent faites à l'égard des soins de santé concernent cette **relation patient-médecin**. Ils ajoutent aussi que l'intention de retourner au même médecin (phénomène de loyauté) dépendrait principalement d'attitudes et de comportements reliés à l'écoute, à l'attention qu'on porte aux problèmes du client, à sa façon de lui fournir des explications et au temps consacré à la rencontre (DiMatteo, Prince et Taranta, 1979, cités par Friedman et DiMatteo, 1989). Thompson (1990) abonde dans le même sens, il croit qu'une bonne communication, de la sympathie et de la considération pour le client sont autant de critères à respecter pour éviter l'insatisfaction de celui-ci et le recours à d'autres thérapies, ou encore, à des poursuites judiciaires.

DiMatteo (1979) nous rappelle que la relation existant entre le médecin (l'intervenant) et le patient (client) est une relation très chargée émotivement, c'est-à-dire comportant un prix psychique élevé (Fine, 1981), puisque le patient permet au professionnel consulté l'accès à son corps et à certains aspects intimes de sa vie. "Le traitement d'une maladie est en partie un processus d'influence sociale" (selon King, 1962; Bloom, 1963; Fox, 1959; Wilson et Bloom, 1972, cités par DiMatteo, 1979, p.13). Toujours selon cet auteur, les patients ont tendance à juger de la "compétence" de leur médecin, en partie, d'après le support manifesté par ce dernier à leur égard.

Perreault et Laurendeau (1982), qui ont étudié les besoins des patients requérant des services en psychiatrie, ont relevé plusieurs critères importants reliés à la communication médecin-patient, tels: la clarification des faits, la ventilation du vécu, la compréhension psycho-dynamique, l'information fournie (renseignements sur le problème).

Ces chercheurs ont également noté des différences quant à l'importance accordée aux besoins selon qu'ils sont exprimés par un homme ou une femme. En effet les femmes auraient tendance à demander davantage de clarification, de support et d'information, alors que les hommes insisteraient surtout sur le besoin de ventilation.

L'expérience antérieure serait aussi un facteur susceptible d'influencer le niveau d'importance que l'on accorde à différents besoins.

Dans un questionnaire d'opinion sur les services psychiatriques offerts en milieu hospitalier, Leichner et Perreault (1990) ont remarqué, en autres, l'importance qu'accordent les bénéficiaires à certains aspects du service, soit: le travail et la façon d'être du personnel, les aspects thérapeutiques du service, la qualité des services connexes (cafétéria, etc) et l'ambiance des unités. On note ici l'émergence de deux critères "tangibles" (services connexes et ambiance), il faut cependant retenir que les services étaient offerts en milieu hospitalier et amenaient, probablement, les clients à

manifester des besoins d'ordre plus tangibles, tels: l'alimentation et le logement. Fait intéressant, les professionnels, impliqués dans l'offre de ces services, mentionnaient (comme critères importants) d'abord la compétence et la qualité humaine du personnel, puis les aspects thérapeutiques, les explications transmises aux patients et le fonctionnement de l'unité.

La communication prestataire (intervenant) - client semble être un critère particulièrement important dans la définition de la qualité des services professionnels de santé, Bitran et Hoech (1990) en ajoutent toutefois un deuxième, soit: le pouvoir de contrôle du client dans le processus de production du service. Ces auteurs considèrent que c'est un critère particulièrement important dans le cas de services dispendieux ou de services demandant la coopération du client, situation que l'on peut retrouver dans le cas des services de santé. Cependant, ce "pouvoir de contrôle" semble être un critère qui ne fasse pas l'unanimité au niveau des services qui nous intéressent, certains auteurs pensent qu'il fait plutôt partie des critères de satisfaction dans une relation patient-médecin, alors que d'autres en constatent la présence sans lui accorder une influence majeure.

Friedman et DiMatteo (1989) intègrent cette notion de pouvoir à des modèles de relations interpersonnelles où le client adopte des attitudes variant d'une grande passivité à une grande implication. Denis (1984), quant à lui, mentionne que la satisfaction du patient

n'est pas basée sur sa participation active, pas plus que sur la hiérarchie des rapports qu'il entretient avec son médecin, mais plutôt sur l'attention qu'il reçoit.

La notion de "pouvoir" évoquée par Bitran et Hoech (1990), ainsi que par Friedman et DiMatteo (1989), nous amène à faire un parallèle avec la notion du "lieu de contrôle", soulignée plus tôt dans la partie sur les caractéristiques personnelles. En effet, le pouvoir de contrôle du client dans le processus de production d'un service peut être associé au "lieu de contrôle" remarqué chez certaines femmes désirant davantage de contrôle sur leur environnement et sur les interventions lors de l'accouchement.

Les critères de choix concernant les services en obstétrique

Savard (1987) souligne trois thèmes dominants reliés à l'accouchement, il s'agit: du cadre physique du lieu de naissance, de l'intervenant et des interventions. Dans le cadre de cette étude, nous ne nous servirons que des deux premiers thèmes pour élaborer sur les critères de choix des femmes concernant les services en obstétrique au Québec, puisque les interventions sont très dépendantes du lieu choisi et/ou de l'intervenant choisi.

Le cadre physique du lieu de naissance

En 1926, seulement 4.8% (Statistiques Canada 1974) des naissances québécoises avaient lieu à l'hôpital, alors qu'en 1974, c'étaient 99.7% des bébés québécois qui voyaient le jour dans ce même endroit. Ce pourcentage a légèrement baissé à partir de

1983 (98%), 2% des naissances ayant lieu à la maison (Morneault, 1983, cité par Savard, 1987). Aux Etats-Unis, dès 1970, commencent à poindre les "birth centers", équivalent "alternatif" de la chambre des naissances en milieu hospitalier (Chute, 1985). Dans ces centres, on y retrouve sécurité, accès rapide aux soins et sages-femmes. L'accent y est mis principalement sur le support, l'assistance et la famille, plutôt que sur les interventions. Ainsi, la différence particulière existant entre l'hôpital et la maison des naissances reposerait essentiellement sur des qualités humaines du personnel en place et, non pas, sur des caractéristiques physiques du lieu d'accouchement. Sur ce point, Richards (1982) fait remarquer que, dans une institution comme l'hôpital, les relations entre individus sont basées sur des statuts et des rôles et non sur des considérations plus personnelles et spontanées, ce qui engendre une qualité de relations interpersonnelles particulière. Les activités des gens d'une institution sont pensées en fonction des ressources de l'organisation et non en fonction de l'organisation des services qu'ils sont sensés offrir. Selon McKeown (1976, cité par Richards, 1982), l'obstétrique (ainsi que plusieurs autres pratiques hospitalières) est caractérisée par une approche physiologique et mécanistique (p.255)... alors que la plupart des parents ont une vision bien différente de la chose, une vision marquée par la signification sociale, émotionnelle et psychologique de la naissance. Selon cet auteur, la technique doit être présente, mais pour venir en aide à la mère (aux parents) et non la (les) contraindre. Dans un

même ordre d'idée, Klee (1986) conclut que même une admission en chambre des naissances place la cliente en position de dépendance par rapport à l'hôpital.

Dans une étude faite auprès de deux groupes de femmes ayant choisi des lieux de naissance différents: hôpital universitaire ou maison de naissance, Cohen (1982) remarque que les femmes qui optent pour la maison de naissances, le font surtout pour des raisons de philosophie, d'orientation (aspects psycho-sociologiques de la naissance), alors que celles qui choisissent l'hôpital spécialisé auraient davantage besoin de support (plus dépourvues face à l'événement) que le groupe précédent. Ce choix est paradoxal, selon l'auteur, puisqu'on semble rechercher ici un support de nature plutôt "technique" (lieu) pour combler un besoin de nature plus affective ou sociale. Sur la notion de support, Cohen (1982) attire notre attention sur la contribution du conjoint à ce chapitre. Il semble que les femmes ayant accouché à l'hôpital universitaire connaissent de plus grande carence en terme de support marital que les femmes du second groupe. Nous pensons que plusieurs facteurs peuvent avoir contribué à ce résultat, notamment: le niveau de participation permis et/ou attendu du conjoint lors de l'accouchement selon le lieu choisi.

Mackey (1990), dans une étude sur la façon dont les femmes choisissent leur lieu d'accouchement, rapporte que les femmes ayant choisi la chambre des naissances (56% de son

échantillon) l'ont fait pour des raisons d'atmosphère (environnement) (71%) et pour éviter d'être déplacées pendant le travail (59%). Celles qui n'ont pas choisi la chambre des naissances (46% de son échantillon) avaient pour raisons: une expérience antérieure satisfaisante (22%), une possibilité de complications à l'accouchement (22%) et un endroit inacceptable pour le médecin (19%). Selon cet auteur, les raisons choisies traduisent en général le type d'expérience et de soins désirés.

Klee (1986), dans une étude réalisée auprès de femmes ayant accouché à l'hôpital et à la maison, constate que les chambres de naissances n'attirent pas les femmes désirant accoucher à la maison, mais plutôt celles qui auraient accoucher en salle d'accouchement. Ce même auteur remarquait que les femmes ayant accouché en chambre des naissances le faisaient principalement pour des raisons de confort physique (20%) et parce qu'elles étaient susceptibles d'y subir moins d'intervention (20%). Quant aux femmes, de cette étude, ayant accouché en salle d'accouchement, il semble que les causes de leur non-recours à la chambre des naissances, soient: qu'elles n'ont pas toute l'information pour choisir, qu'elles ne désirent pas autant que les autres femmes une naissance "naturelle", qu'elles souhaitent avoir accès à certaines interventions, qu'elles préfèrent se fier à l'intervenant, qu'elles seraient embarrassées de donner naissance devant d'autres membres de la famille ou qu'elles associent l'usage de la chambre des naissances à certains types de femmes. Quant à Chamberlain,

Soderstrom, Kaitell et Stewart (1991), elles constatent peu de différence dans le choix du lieu d'accouchement entre primipares et multipares*.

* Multipare: Se dit d'une femme qui a accouché plusieurs fois.
(Dictionnaire du français plus, 1988)

Quelles sont les motivations des femmes désirant accoucher à la maison, avec une sage-femme? Peut-on parler ici d'un rejet de la culture dominante (Vandam, Anderson et Bauwens, Anthropology of Human Birth, 1982) ou, simplement, de considérations d'ordre environnemental, telles que relatées par Mackey (1990), et qui peuvent être vues comme une forme de support psychologique? Malgré tout, il semble exister une certaine relation entre le choix du lieu de naissance et le choix de l'intervenant (et vice-versa) à cause, principalement, des qualités de support qui semblent être différentes selon l'intervenant et/ou le lieu choisis.

Au Québec, le choix d'un intervenant en particulier lie, en général, la femme à un lieu d'accouchement précis, puisque les omnipraticiens et les gynécologues doivent détenir des priviléges de pratique pour accoucher dans un hôpital et que les sages-femmes n'ont pas encore la possibilité d'exercer leur profession dans les hôpitaux.

Mackey (1990) nous rapporte aussi que 23% des femmes de son échantillon ont choisi l'hôpital (l'endroit) avant l'intervenant. Dans le contexte québécois, nous pensons que l'inverse

est plus probable, compte-tenu des priviléges d'hospitalisation que doit détenir tout intervenant (gynécologue ou omnipraticien) en obstétrique qui désire pratiquer dans un hôpital. Quant aux femmes qui désirent accoucher chez elles, puisque les services des sages-femmes ne sont pas disponibles à l'hôpital, elles devront le faire seules, ou, avec l'aide d'une sage-femme ou d'un médecin qui accepterait de faire des accouchements à domicile. Concernant les accouchement à domicile, Saillant, Desjardins et O'Neill (1986) disent que ce choix constitue l'option d'un type particulier de femmes. Selon leur étude, ces femmes seraient plus scolarisées et davantage impliquées dans des mouvements reliés à l'humanisation des soins. Sullivan et Beeman (1982) remarquent, quant à eux, que l'accouchement à la maison semble davantage associé à un désir de vivre une expérience personnelle particulière, plutôt qu'à une réaction concernant une mauvaise expérience antérieure. Dans cette étude, les femmes ayant accouché à la maison parlaient de cette expérience comme d'un moyen permettant d'entretenir de meilleurs rapports avec l'intervenant, et d'avoir plus de flexibilité au niveau des procédures, ce qui leur donnait un plus grand contrôle sur l'expérience même de la naissance.

Au Québec, puisque les sages-femmes ne peuvent encore exercer leur profession en milieu hospitalier (du moins, à titre d'accoucheuse), nous croyons que le critère du lieu de naissance ne sera important que pour les femmes désirant accoucher avec une sage-femme, ou chez elles. D'un autre point de vue, il est

possible que les futures mères soient intéressées à une forme de services offerts par les sages-femmes en milieu hospitalier. A ce propos, Chamberlain, Soderstrom, Kaitell et Stewart (1991), ont réalisé que 60% des femmes de leur échantillon étaient effectivement intéressées à une "forme" de services offerts par les sages-femmes (si leurs services étaient officiellement disponibles en obstétrique), mais que ces services étaient davantage associés à un rôle "supporteur" qu'à un rôle d'intervenant "en soins aigus de première ligne" ("active primary care").

Le choix d'un intervenant

Comme dans le cas des services professionnels reliés à la santé, les femmes qui recherchent un intervenant, pour les suivre lors de leur grossesse et de leur accouchement, font surtout leur choix en fonction de différentes composantes de la relation patient-médecin (ou cliente-professionnel). Cette relation est un facteur crucial pour la cliente en obstétrique, car elle vit un événement important (pour elle et son conjoint)...parmi des étrangers (personnel assurant l'aide technique lors de la naissance) (McCaffery, 1984).

Parmi les différentes composantes de la relation patient-médecin, le support (Richards, 1982; McCaffery, 1984; Thompson, 1990; Drew, Salmon and Webb, 1989; Sullivan and Beeman, 1982; Cohen, 1982, cité par Aaronson, 1987; Hutton, 1988; Oakley, 1989) est sans doute celle que l'on mentionne le plus souvent. Ce terme nous semble toutefois un peu large, puisque

plusieurs notions peuvent y être rattachées, telles: la communication, les qualités d'écoute, le respect mutuel, certaines caractéristiques personnelles de l'intervenant, etc. A ce propos, Mackey (1990) a noté que les femmes de son échantillon avaient choisi leur médecin en fonction de caractéristiques personnelles (41%), des qualités de communication (18%) et du sexe de l'intervenant (23%). Selon Ross et Duff (1982, cités par Mackey, 1990), le client retourne vers un médecin "sensible, qui écoute et respecte la personne et qui favorise une relation d'échange", par contre, il ne retournera pas voir un médecin qui est "insensible, qui ignore les questions ou qui le traite de façon impersonnelle". Selon Saillant, Desjardins et O'Neill (1986), "les femmes recherchent un service humanisé, plus chaleureux, plus près de soi" (p.121). Dans une étude faite sur la clientèle d'une sage-femme, ces auteurs ont constaté que les répondantes désiraient avant tout un service caractérisé par la compétence professionnelle et le soutien psychologique, ainsi que par des conditions environnementales qui permettent la réalisation de ceci. Il aurait été intéressant de voir à quels critères sont associés la compétence pour ces femmes, puisque selon certains auteurs c'est une qualité particulièrement difficile à évaluer pour le consommateur de services.

Reynolds (1989) parle aussi de relation patient-médecin, mais, en obstétrique, il associe cette relation plus spécifiquement à l'attention manifestée pour la patiente et son bébé; il accorde aussi une grande importance aux aspects non-

verbaux de la communication (ex. approche détendue, examen physique délicat, confort).

Richards (1982) reconnaît également l'importance de la relation patient-médecin pour les parents recourant à des services en obstétrique, il identifie, entre autres, deux aspects de cette relation qui sont, selon lui, particulièrement importants: le temps consacré aux clients (patients) et la possibilité pour ces derniers de faire certains choix concernant les procédures reliés à l'événement. De nouveau, la notion de "contrôle" sur l'événement semble occuper une place significative dans la prestation de ce type de services. Reynolds (1989) accorde aussi de l'importance à ce dernier point et plus particulièrement dans les moments les plus stressants (ex. période de travail), où les pratiques médicales à suivre sont souvent controversées (ex. épisiotomie).

Selon Savard (1987), bien que les accouchements de 1980 soient sensiblement différents de ceux de 1970, les femmes désirent plus d'autonomie, un plus grand contrôle sur le déroulement de l'événement et plus de possibilités de choix dans un encadrement sécuritaire et affectif de qualité.

D'autre part, Reynolds (1988) identifie un facteur d'influence intéressant dans le choix de l'intervenant: l'anxiété. Selon cet auteur, plus la cliente est "renseignée" et plus elle désire s'approprier le contrôle de l'accouchement et choisit des assistants (intervenants) calmes et non-contrôlants. Ces femmes semblent se

faire confiance et veulent assumer leur accouchement. A l'opposé, certaines femmes semblent ignorer, ou nier leur grossesse, et seraient plus susceptibles d'accorder une confiance aveugle au personnel médical; ces femmes choisiraient davantage des intervenants plus contrôlants et conventionnels. Pour cet auteur, l'accompagnement (le support) est une solution permettant de diminuer les craintes et l'anxiété.

Concernant le support, Bryce (1990) fait un parallèle intéressant entre le support social "expressif" et le support social "instrumental". En effet, si le premier est véhiculé de façon plus efficace dans une relation d'égal à égal (Spencer, 1982, cité par Bryce, 1990), il semble que le deuxième se fasse au détriment du support social expressif, le prestataire devenant autorité. Il soutient, toutefois, qu'on ne peut établir aucune relation causale entre le support social prénatal reçu et le dénouement de l'accouchement, mais que le support social peut apporter certains avantages, notamment au niveau de la période de travail.

La satisfaction (ou l'insatisfaction)

Nous avons vu plus tôt, que la perception d'un service et la satisfaction (ou insatisfaction) qu'on en retire avaient pour caractéristique commune l'évaluation que ces deux états obligent. La perception de la satisfaction est une évaluation générale de ce que "devrait être" (selon le consommateur) le service recherché,

alors que la satisfaction est une évaluation spécifique (reliée à une expérience de consommation en particulier) faite par le consommateur, compte-tenu de ce qu'il s'attendait à recevoir (perception originale) et de ce qu'il a effectivement reçu.

Selon Oliver (1981,cité par PZB, 1988),

"Satisfaction is a summary psychological state resulting when the emotion surrounding disconfirmed expectations is coupled with the customer's prior feelings about the consumption experience" (p.27)

Ce qui est intéressant dans l'analyse de la satisfaction (insatisfaction) d'un client par rapport à un service en particulier, c'est de voir dans quelle mesure les critères jugés importants par le consommateur lors de son choix, le sont demeurés même "après consommation" du service.

Plusieurs auteurs ont tenté d'établir des liens entre certains critères de qualité et la satisfaction des femmes par rapport aux soins reçus en obstétrique. A ce propos, Sullivan et Beeman (1982) ont relevé quelques limites intéressantes concernant l'étude de ces éléments dans un contexte de prestation très chargé émotionnellement. Un, l'arrivée d'un bébé en santé peut modifier l'évaluation d'une expérience d'accouchement, même très négative; deux, la méconnaissance des autres alternatives (en terme de services) peut influencer le niveau de satisfaction que l'on attribue aux services reçus. Tout comme les auteurs précédents, Jacoby (1987) a remarqué que le dénouement de l'accouchement (le bébé) semblait

exercer une influence "favorable" sur l'évaluation de la satisfaction des femmes en rapport avec les procédures médicales et sociales menées lors des périodes de travail et d'accouchement.

D'autre part, ces mêmes auteurs ont remarqué que la satisfaction des clientes étaient basée sur la perception de quelques dimensions de l'intervenant seulement, ce qui soutient, en partie, l'hypothèse de PZB (1985, 1988) concernant les dimensions de la qualité d'un service et la perception de celles-ci par le client.

Sullivan et Beeman (1982) rapportent une corrélation étroite entre la communication client-intervenant et la satisfaction reliée aux soins prénataux, cette corrélation se manifeste le plus au niveau du temps passé à discuter des problèmes et de l'empathie manifestée par l'intervenant. Ces auteurs remarquent le même phénomène au niveau de la satisfaction reliée aux périodes de travail et d'accouchement, avec plus de divergence, toutefois, dans les opinions des répondantes. D'autre part, ils font une distinction entre une expérience jugée satisfaisante et une expérience jugée très satisfaisante, surtout à cause des limites mentionnées précédemment. Ils ont également noté une corrélation entre la liberté de choix des parents, concernant certaines procédures pendant le travail et l'accouchement, et la satisfaction. Ces choix concernent: le coaching, le support, les médications.

Drew, Salmon et Webb (1989) ont remarqué des éléments semblables dans une étude portant sur les facteurs influençant la

satisfaction reliée à la naissance. Les explications concernant le déroulement des événements et l'implication des clientes dans le choix (l'administration) de certaines procédures, le support de personnes fiables (partenaire, personnel, sage-femme) et qualifiées, ainsi que le confort post-natal (nourriture, température, repos) constituaient les principaux facteurs soulevés par les répondantes.

Hutton (1988), dans une étude réalisée auprès de femmes ayant accouché avec l'aide d'une sage-femme, en milieu hospitalier, rapporte les pires et les meilleurs souvenirs des répondantes concernant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Bien que la méthodologie employée lors de cette étude soit peu explicitée, il est intéressant de noter que la majorité des propos (positifs ou négatifs) portent sur les aspects suivants: le support, l'attention reçue de l'intervenant et du conjoint et le confort physique.

Saillant, Desjardins et O'Neill (1986), qui ont tenté de faire le portrait de la clientèle d'une sage-femme québécoise, ont noté que les aspects relationnels du suivi de grossesse, et lors de l'accouchement, constituaient les éléments les plus significatifs pour les répondantes; la satisfaction des répondantes (concernant les services reçus lors du travail et de l'accouchement) s'expliquait principalement par la qualité du soutien psychologique (contact personnel, support, mise en confiance, réciprocité) et la compétence professionnelle (savoir-faire, diagnostic, décisions éclairées, connaissances médicales) de l'intervenante (sage-femme) (p.109)

Bérubé, Bolduc et Proulx (1971), dans une étude faite auprès des Esquimaux du Nouveau-Québec, ont réalisé que le niveau de satisfaction des Esquimaudes (concernant les services de santé reçus lors de la grossesse et de l'accouchement) variait principalement en fonction de données socio-démographiques, telles: l'âge des femmes et leur niveau d'acculturation (concernant la tradition esquimaude, la grossesse et l'accouchement). En effet, bien que l'intervention des Blancs, dans ce domaine, ait permis d'améliorer de beaucoup les statistiques postnatales de la population esquimaude, elle a également provoqué d'importants bouleversements dans les pratiques esquimaudes reliées à la grossesse et à la naissance. Nous pensons que cette étude est un bon exemple de l'importance des valeurs que chaque société accorde aux différentes étapes de vie des individus qui la composent. Selon Van Gennep (1981), les rites de passage associés à ces différentes étapes de vie, permettent de "canaliser, de façon positive, les actions et réactions dues à ces passages pour éviter que la société n'en subisse de gêne ou de dommage" (p.4). Si, dans le cas des Esquimaudes, cette prise en charge de la grossesse et de l'accouchement (selon les pratiques blanches) a occasionné une coupure "culturelle" importante, dans le cas des femmes québécoises, en général, on peut se demander si cette même prise en charge par les différents intervenants n'est pas aussi la source de plusieurs critiques faites à l'égard des services offerts en

obstétrique. "La grossesse et, plus particulièrement, la naissance, constituent des étapes de vie et non une maladie" (Reynolds, 1991).

Le fait que les intervenants (ou l'application de certaines procédures) ne respectent pas certaines valeurs de la cliente, concernant le contexte de prestation du service peut devenir une source d'insatisfaction importante. Comme nous l'avons vu plus tôt, les valeurs associées à la naissance, par les parents, peuvent être fort différentes de celles véhiculées par le milieu hospitalier (Richards, 1982), ou les intervenants, et ce n'est peut-être pas le nombre, ni le genre des interventions que les femmes reprocheront aux médecins, mais, plutôt, le fait de leur avoir imposé une routine d'accouchement, de les avoir empêchées (en quelque sorte) d'exercer une certaine maîtrise, un certain contrôle, sur leur propre expérience (McCaffery, 1984).

Conclusion

A la lumière de ces éléments de théorie, nous constatons l'importance plus marquée de certaines parties du modèle.

Au niveau de l'environnement, tout le contexte culturel entourant la naissance nous paraît primordial, dans le sens qu'il est le point de départ des valeurs et des pratiques sociales et médicales, entourant cet événement social important. Le milieu concurrentiel dépend donc en grande partie du milieu culturel et ne peut (à notre avis) qu'agir "en réaction" à ce dernier. Ce qui peut expliquer, en partie, la naissance, à certaines époques, de groupes

"revendicateurs" de changements. D'autre part, la notion de risque, associée à un contexte de rareté des naissances, ne peut être tenue à l'écart et fait partie du contexte culturel de l'époque. Tout comme Gélis (1988), nous pensons que la société a le type de naissance qu'elle "encourage" par ses valeurs. La résurgence des sages-femmes serait-elle une indication de changements de valeurs, en rapport avec la naissance, au sein de notre société?

Au niveau des caractéristiques de l'individu, très peu d'entre elles semblent exercer une influence majeure dans le choix des femmes pour un service en particulier. Les caractéristiques socio-démographiques ne seraient pas déterminantes à ce niveau, quant aux caractéristiques personnelles, celle du lieu de contrôle personnel peut être un facteur à considérer dans la prise de décision de certaines clientes. D'autre part, l'expérience de la maternité pourrait bien être un élément important dans la décision des clientes, "l'évaluation" des services reçus antérieurement exerçant une influence sur les critères de choix, et/ou de satisfaction, de la future parturiante "expérimentée".

Au niveau des critères de choix, il semble bien que la relation intervenant-cliente soit parmi les critères les plus importants pour les futures parturientes. Toutefois, il est probable que certains autres facteurs viennent exercer une influence non-négligeable sur la décision de recourir à un intervenant plutôt qu'un autre, notamment: la possibilité de faire certains choix (lieu, procédures).

Quant à la **satisfaction** des femmes concernant les services reçus en obstétrique, il semble qu'elle repose en majeure partie sur la relation entretenue avec l'intervenant tout au long du processus (grossesse-accouchement) et plus particulièrement, sur sa façon de supporter (explication) et d'impliquer (possibilité de faire des choix) la cliente dans ce qu'elle vit. Nous sommes conscients, cependant, que certains facteurs puissent biaiser les informations reliées au niveau de satisfaction manifesté par les parturientes (phénomène rapporté par certains auteurs), c'est pourquoi nous accorderons davantage d'importance aux raisons justifiant la **satisfaction**, puisque celles-ci devraient refléter les critères de choix identifiés, antérieurement, par les femmes.

CHAPITRE II

METHODOLOGIE

Choix du type d'étude

Cette étude est de type ponctuel (coupe instantanée), puisqu'elle a pour principal objectif de nous éclairer sur la situation des services en obstétrique telle que perçue par les clientes et par les intervenants oeuvrant dans le secteur. Nous nous attarderons aux critères de choix et de satisfaction des clientes à l'égard des services offerts dans ce secteur. Cette façon de faire nous permettra d'obtenir davantage de renseignements sur les motifs de satisfaction (ou d'insatisfaction) reliés à ces services et sur la nature des changements qu'il y aurait lieu d'y apporter.

Une partie de la recherche fait référence aux critères de choix des femmes face aux services en obstétrique, mais, tels que perçus par les intervenants. Comme le nombre d'intervenants consultés n'est pas très élevé, nous ne pourrons faire de portrait général de la perception des intervenants dans ce secteur. Nous pensons que cette partie de l'étude pourrait fournir des pistes intéressantes pour de futurs projets de recherche .

Méthode d'échantillonnage

Puisque nous ne pouvions avoir accès à une banque de données sur les naissances vivantes et les parturientes de la région 04, il nous est apparu que la façon la plus simple de rejoindre ces dernières était de demander la collaboration des CLSC de la région qui nous intéressait. En fait, ceux-ci, par le biais des infirmières qui font la vaccination (ou les visites post-natales), étaient les plus susceptibles d'accepter de nous fournir une aide à ce niveau. Cinq CLSC ont accepté de nous supporter dans cette démarche:

- CLSC Drummond (Drummondville)
- CLSC Du Rivage (Cap-de-la-Madeleine)
- CLSC Les Forges (Trois-Rivières)
- CLSC Nicolet-Yamaska (Ste-Monique)
- CLSC Suzor-Côté (Victoriaville)

Tous de la région administrative 04.

Cueillette des données

La collaboration des CLSC au chapitre de la cueillette des données ne s'est toutefois pas matérialisée de façon uniforme.

Deux CLSC ont accepté de nous fournir (avec consentement des intéressées) les noms et coordonnées des femmes répondant à nos critères d'échantillonnage et acceptant de participer à l'étude. Ces femmes ont fait l'objet d'un premier appel téléphonique pour nous assurer qu'elles désiraient toujours participer à l'enquête. Avec leur consentement, un questionnaire leur était envoyé dans les jours

suivants et, environ trois semaines plus tard, un rappel téléphonique était fait auprès de celles dont nous n'avions pas reçu le questionnaire complété.

Une dizaine de ces répondantes ont fait l'objet d'entrevue personnelle avec l'enquêteur, cette démarche ayant pour objectif de s'assurer qu'il n'y ait pas de problèmes particuliers reliés à la compréhension de l'instrument de mesure. Nous avons, cependant, mis un terme à cette procédure, lorsque nous nous sommes aperçus que les répondantes fournissaient moins de détails aux questions ouvertes en présence de l'enquêteur, comparativement aux femmes ayant complété des questionnaires retournés par la poste. A partir de ce moment, nous avons remis le questionnaire en mains propres à la personne intéressée et l'avons récupéré à une date ultérieure convenue entre les parties. En récupérant nous-mêmes l'instrument de mesure, cela nous permettait de vérifier si la répondante avait complété entièrement le questionnaire, si elle avait rencontré des difficultés avec certaines questions, et, nous assurait d'un meilleur taux de réponse.

Les trois autres CLSC ont préféré, par souci de confidentialité, faire eux-mêmes la distribution des questionnaires aux personnes concernées et intéressées. Cette contrainte dans l'acheminement de l'instrument de mesure a donné lieu à deux façons de procéder:

- 1) La remise du questionnaire, par l'infirmière, à la répondante intéressée

2) La remise du questionnaire au moyen d'un envoi postal "post-natal" effectué par le CLSC auprès de la clientèle visée. Chaque questionnaire était accompagné d'une lettre explicative et d'une enveloppe pré-affranchie pour le retour.

Le cas des femmes ayant été suivies par une sage-femme présentait un certain problème. En effet, la plupart des CLSC n'ont pas de renseignements précis concernant la clientèle des sages-femmes, et, ces dernières n'ayant pas officiellement "pignon sur rue", il a été un peu plus difficile de rejoindre les femmes ayant eu recours aux services de ces intervenantes. Néanmoins, par l'intermédiaire de certains CLSC et d'autres personnes-ressources, nous avons pu obtenir la collaboration de deux sages-femmes de la région. Ces intervenantes ont fait parvenir une copie du questionnaire à leurs clientes répondant le mieux à nos critères de sélection. Chaque questionnaire était accompagné d'une lettre explicative et d'une enveloppe pré-affranchie pour le retour.

Tout comme dans le cas des CLSC ayant fait eux-mêmes, ou non, la distribution du questionnaire, la liberté des sages-femmes, concernant l'attribution de l'instrument de mesure aux femmes de leur choix, demeure une limite en ce qui a trait à la sélection des unités de notre échantillonnage. Nous ne pensons pas, toutefois, que cette limite altère la qualité des renseignements que nous obtiendrons de ces répondantes que nous n'aurions pu rejoindre autrement. Nous sommes toutefois très conscients que cette sélection "non-aléatoire" des unités de l'échantillon ne nous permet pas de généraliser les

résultats obtenus à l'ensemble des femmes du Québec ayant recours à des services en obstétrique.

En ce qui concerne les professionnels, ils ont été rejoints par téléphone avant de recevoir le questionnaire. Ceci dans le but de nous assurer le plus possible de leur participation. Comme le nombre d'intervenants est beaucoup moins important que celui des répondantes-utilisatrices, et que cette partie de la recherche n'est qu'exploratoire, nous avons sollicité la participation des professionnels qui étaient le plus souvent mentionnés par les répondantes du premier échantillon et de ceux qui étaient le plus impliqués dans ce secteur selon d'autres confrères de travail. Dans leur cas, nous n'avons pas fait d'entrevue personnelle, les professionnels n'avaient qu'à compléter le questionnaire et à nous le retourner dans l'enveloppe pré-affranchie.

Instruments de mesure

Deux questionnaires ont été utilisés comme instruments de mesure lors de l'enquête (Annexes I et J).

Le premier, plus volumineux, s'adresse à la clientèle des services en obstétrique (Annexe I). Il comprend quatre parties distinctes. La première partie comprend des questions ouvertes et fermées en relation avec les critères de choix de l'intervenant, les approches alternatives en santé, les critères de satisfaction (ou d'insatisfaction) par rapport aux services reçus et la vision de la naissance dans notre société. Les deuxième et troisième parties sont

une réplique "adaptée" du SERV-QUAL (Service-Qualité), questionnaire élaboré par Parasuraman, Zeithaml et Berry (1988) et portant sur les déterminants de la qualité d'un service. La partie deux fait référence aux déterminants qui "devraient" faire partie du service selon la perception de la cliente, alors que dans la partie trois, cette même cliente, fait plutôt une évaluation des services qu'elle a reçus dans ce domaine, toujours en fonction des mêmes déterminants. La quatrième partie, composée de questions d'ordre socio-économique, recherche principalement des renseignements généraux, tels: l'âge, le revenu familial, la scolarité, l'occupation.

Le deuxième questionnaire s'adresse aux intervenants (Annexe J). Il se divise en deux parties. La première partie porte sur des renseignements d'ordre général concernant la pratique du professionnel concerné, alors que la deuxième partie fait référence à la perception qu'a l'intervenant(e) des différents critères de choix des femmes face aux services offerts en obstétrique, ainsi qu'à la perception, qu'il a, concernant les services qu'il offre dans ce domaine. Dans cette dernière partie, plusieurs questions sont des répliques "modifiées" de certaines questions apparaissant à la première partie du questionnaire s'adressant aux clientes, ceci dans un but évident de comparaison future.

Le questionnaire s'adressant aux utilisatrices de services en obstétrique a été réalisé à partir de la recension de la documentation et du modèle théorique proposé plus tôt. Les première et quatrième

parties ont été testées auprès de deux femmes répondant aux critères de sélection de l'échantillon. Quant aux deuxième et troisième parties, elles ont été simplement adaptées au vocabulaire des services ici étudiés, ce questionnaire ayant déjà été testé par ses auteurs (PZB, 1988).

En ce qui concerne le questionnaire s'intéressant à la perception des intervenants, il a été testé auprès de trois intervenants répondant aux critères de sélection de l'échantillon désiré.

Suite à ces pré-tests, de légères modifications ont été apportées aux questionnaires initiaux, principalement en ce qui concerne l'ordre d'apparition de certaines questions, leur niveau de clarté et la pertinence de certaines d'entre elles.

Questionnaire cliente

La première partie de ce questionnaire comprend quatre sections, soient: une première sur le choix de l'intervenant et du lieu d'accouchement, une seconde sur la perception des répondantes concernant les approches alternatives en santé, une troisième sur la recherche d'information, de support, avant et pendant la grossesse et une dernière sur la perception de la naissance en tant qu'événement social.

Dans les lignes qui suivent, nous détaillerons les informations recherchées par section.

Section 1: Le choix de l'intervenant et du lieu d'accouchement

- lieu d'accouchement (désiré et obtenu)
- raisons de changements à ce niveau

Objectif: voir dans quelle mesure, les clientes ont dû faire face à des situations imprévues, et, dans certains cas, à des intervenants inconnus

- nombre d'accouchements vécus

Objectif: évaluer le niveau d'expérience des répondantes par rapport à la maternité

- intervenants rencontrés pendant la grossesse et à l'accouchement et nombre de visites approximatif

Objectif: voir si les femmes des différents sous-groupes présentent des profils semblables au niveau du suivi de grossesse

- choix des intervenants

Objectif: voir dans quelle mesure les femmes choisissent le deuxième intervenant rencontré

- intervenant lors de l'accouchement

Objectif: voir dans quel pourcentage, les femmes ne sont pas accouchées par l'intervenant vu le plus souvent

- sexe de l'intervenant

Objectif: voir dans quelle mesure les trois sous-groupes sont différents concernant cette variable

- choix de l'intervenant, compte-tenu des expériences antérieures, et raisons de ce choix

Objectif: voir s'il existe un phénomène de "loyauté" en obstétrique et en fonction de quels critères, si tel est le cas

- raisons du choix de l'intervenant (par ordre)

Objectif: identifier les critères de choix par ordre d'importance, afin de discerner les différences existant entre les sous-groupes à ce niveau

- qualités essentielles de tout intervenant oeuvrant en obstétrique (par ordre)

Objectif: vérifier la congruence des réponses faites antérieurement sur les critères de choix et, ce, en fonction des trois sous-groupes

- perception des approches de chaque type d'intervenant offrant des services en obstétrique

Objectif: voir si la perception des services offerts par différents intervenants en obstétrique diffère d'un sous-groupe à l'autre et en fonction de quels aspects surtout

- avantage (concurrentiel) perçu de l'intervenant choisi et raisons de "non-choix" par rapport aux autres intervenants

Objectif: connaître le(s) critère(s) de choix "discriminants" des femmes et, ce ,en fonction des différents sous-groupes

- description des pratiques de chaque intervenant

Objectif: comparer les services rendus par les différents intervenants

- attentes passées et futures en rapport avec l'accouchement

Objectif: identifier les aspects sur lesquels on accorde le plus d'importance lors de l'accouchement et si ces attentes sont différentes après expérience

- support du conjoint pendant la grossesse et lors de l'accouchement

Objectif: clarifier la place occupée par le conjoint en tant que principale source de support pour la femme

- évaluation quantitative et qualitative des services reçus pendant la grossesse et lors de l'accouchement

Objectif: établir le niveau de satisfaction (ou d'insatisfaction) par rapport aux services reçus et en fonction de quels critères cette évaluation s'établit

- recommandation de l'intervenant et choix futur

Objectif: évaluer le phénomène de "loyauté" en obstétrique

- convenance des services actuels en obstétrique

Objectif: évaluer dans quelle mesure les femmes sont satisfaites des services offerts actuellement en obstétrique et quels sont les aspects qui devraient être améliorés selon elles

Section 2: Les approches alternatives

- intervenant rencontré en général pour la santé
Objectif: clarifier la perception de la santé chez les trois sous-groupes
- utilisation des thérapies "alternatives" (raisons, clientèles-cibles, perception associée aux raisons d'utilisation et à la clientèle (utilisatrice))
Objectif: clarifier la perception de ces thérapies chez les trois sous-groupes et l'importance accordée à celles-ci
- perception de la sage-femmerie comme alternative en obstétrique
Objectif: identifier les critères sur lesquels repose la perception de la sage-femmerie comme alternative, ou non, en obstétrique
- perception de l'accouchement à domicile
Objectif: clarifier la perception des différents sous-groupes à ce sujet et en fonction de quels critères elle s'articule

Section 3: L'expérience d'autrui

- recherche de l'intervenant (mise en contact, difficultés rencontrées)
Objectif: identifier les personnes les plus susceptibles d'influencer la future mère en ce qui concerne le choix de l'intervenant
- support recherché pendant la grossesse
Objectif: identifier les principales sources de support de la femme en contexte de maternité

Section 4: Les valeurs associées à la naissance

- notion de risque associée à la grossesse et à l'accouchement et facteurs de risque perçus
Objectif: voir si le risque perçu est différent d'un sous-groupe à l'autre et selon quels facteurs en particulier
- perception de la naissance aujourd'hui et hier
Objectif: voir s'il existe des valeurs sociales (morales) différentes selon les époques
- perception de l'humanisation des soins en obstétrique
Objectif: clarifier les attentes et, par le fait même, les critères de choix, concernant les services en obstétrique
- perception de l'intervenant idéal
Objectif: comparer et confirmer (ou infirmer) les éléments soulevés comme critères de choix antérieurement
- perception des complications pouvant survenir lors d'une grossesse-naissance
Objectif: comparer les valeurs des différents sous-groupes concernant la responsabilité qu'on impute au système médical lors d'un tel événement

Les deuxième et troisième parties sont une version "adaptée" du SERV-QUAL mis-au-point par Parasuraman, Zeithaml et Berry (1988). Chacune de ces parties comprend 22 énoncés touchant les cinq déterminants de qualité (tels qu'identifiés par PZB) des services, soit: les aspects tangibles d'un service, l'assurance, la fiabilité, la sensibilité et l'empathie. Le répondant doit alors indiquer, selon une échelle d'intervalles de 1 à 7, dans quelle mesure il est d'accord, ou non, avec le contenu des énoncés.

Dans cette deuxième partie, les répondantes devaient d'abord nous donner leur perception de ce que "devrait être" (selon elles) un service de qualité en obstétrique. Ceci afin d'identifier les principales attentes des femmes concernant les services offerts par les intervenants. Cette deuxième partie comprenait donc essentiellement des énoncés formulés sur un mode "conditionnel".

Les énoncés 14, 1, 10, 19 du questionnaire (voir annexe) sont associés aux aspects tangibles du service, les énoncés 6, 15, 2, 11, 20 à des critères de fiabilité, les énoncés 7, 16, 3, 12 à des critères de sensibilité, les énoncés 21, 8, 17, 4, 21 à des critères d'assurance et les énoncés 22, 9, 18, 5 à des critères d'empathie.

Dans la troisième partie, les répondantes étaient invitées à nous donner leur opinion concernant les services qu'elles avaient reçus de l'intervenant vu le plus souvent au cours de leur grossesse. Ainsi, les 22 énoncés de cette partie étaient identiques à ceux de la deuxième partie, sauf qu'ils étaient formulés au "passé". L'ordre d'apparition des énoncés est le même que dans la partie précédente.

La version originale du SERV-QUAL a dû être adaptée au contexte des services ici étudiés, certains termes ont donc été changés. Malgré ces changements, nous nous sommes efforcés de respecter le sens de chaque énoncé, afin de conserver l'essence même du test original.

La quatrième partie du questionnaire avait pour but de recueillir des informations personnelles, telles: âge, revenu familial, niveau de scolarité, occupation, nationalité, lieu de résidence, âge du nouveau-né. Ces informations vont nous permettre, entre autres, de vérifier s'il existe des différences socio-démographiques significatives entre les répondantes de nos trois sous-groupes et, si tel est le cas, à quel(s) niveau(x) elle(s) se situe(nt).

En résumé, les informations recherchées dans ce premier questionnaire se regroupent autour des points suivants: les caractéristiques personnelles de la répondante, ses valeurs par rapport à la naissance, son expérience de la maternité (autrui ou personnelle), sa perception des services offerts actuellement en obstétrique, ses critères de choix (concernant les services auxquels elle a eu recours) et son évaluation des services reçus (satisfaction-insatisfaction). Ces points résument en fait notre modèle théorique (voir: Recension de la documentation, p.13) et vont nous permettre de faire ressortir les critères de choix des femmes en matière d'obstétrique.

Questionnaire-intervenant

Les informations recherchées par ce questionnaire se regroupent autour de quatre points que nous détaillerons dans les lignes suivantes.

Point 1: Les caractéristiques de l'intervenant

- profil de pratique (profession, ville, nombre d'acc.)
- Objectif: établir un profil des intervenants

Point 2: Perception des services offerts en obstétrique

- perception des préférences des clientes
- Objectif: établir des comparaisons entre la perception de l'intervenant et de la cliente
- perception des caractéristiques de la clientèle en fonction de l'intervenant recherché
- Objectif: établir des comparaisons avec les caractéristiques observées chez les répondantes
- perception des besoins de la femme enceinte
- Objectif: comparer les approches en fonction des priorités soulignées et comparer ces résultats à l'opinion des répondantes sur les approches
- perception de sa pratique
- Objectif: comparer la perception des intervenants entre eux et avec celle des répondantes

Point 3: Perception des critères de choix et des facteurs d'influence sur le choix des femmes par les intervenants

- identification des facteurs d'influence chez la cliente selon les intervenants
- Objectif: comparer les résultats à ceux des répondantes
- identification des raisons de reconnaissance de la profession sage-femme
- Objectif: comparer la perspective de l'intervenant "concurrent" aux commentaires des clientes
- perception du risque que représente la grossesse et l'accouchement pour la femme
- Objectif: comparer leur perception à celle des répondantes

- perception des valeurs associées à la naissance et la mort selon les intervenants
Objectif: comparer le point de vue des deux échantillons
- perception des critères de choix déterminants pour les femmes (clientes)
Objectif: comparer les critères de choix déterminants perçus par les intervenants à ceux des répondantes

Point 4: Critères de satisfaction

- perception des raisons de satisfaction chez les clientes par les intervenants
Objectif: comparer aux résultats obtenus chez les répondantes
- perception des changements à apporter à leur pratique
Objectif: comparer ces changements identifiés à ceux désirés par les clientes
- perception de la notion d'humanisation des soins en obstétrique et son rapport avec leur pratique personnelle
Objectif: comparer avec la perception des répondantes concernant l'humanisation des soins et l'intervenant(e) idéal(e)

Analyse des résultats

A cause de la petite taille de notre échantillon-clientes, plus particulièrement au niveau des sous-groupes, nous avons utilisé surtout des mesures de fréquence comme outil d'analyse des phénomènes rencontrés dans cette étude. Toutefois, certaines parties du questionnaire ont fait l'objet d'analyses statistiques non-paramétriques plus complexes que nous identifions ici.

Chi 2 et Kruskal-Wallis

Le test du Chi 2 a été effectué sur toutes les variables nominales du questionnaire. Les variables ordinaires et par intervalles ont été soumises au Kruskal-Wallis. Ces deux tests nous ont permis d'identifier les variables qui présentaient des résultats significativement différents d'un sous-groupe à l'autre (Annexe H).

Test de fidélité

Les parties deux et trois du questionnaire (version adaptée du SERV-QUAL) ont été soumis à l'alpha de Cronbach (test de fidélité) (Annexe H).

Test de corrélation

Nous avons tenté de vérifier l'existence de corrélations entre certaines variables ordinaires et par intervalles. Pour ce faire, le test de coefficients de corrélation de Spearman a été utilisé (Annexe H).

Analyse discriminante

Certaines variables ordinaires et par intervalles ont fait l'objet d'une analyse discriminante, dans le but d'identifier une fonction permettant d'associer les femmes à un type d'intervenants en particulier (Annexe H).

Concernant l'analyse des résultats des questionnaires adressés aux intervenants, aucun test statistique particulier, autre que la distribution de fréquences, n'a été fait sur ces résultats, compte-tenu de la petite taille de cet échantillon et du but de cette enquête. Ces

résultats ont été compilés et comparés aux données équivalentes recueillies auprès de l'échantillon-clientes.

Cadre d'échantillonnage

Les utilisatrices de soins en obstétrique recrutées par les infirmières de cinq CLSC de la région 04, lors de la première vaccination de leur nouveau-né (soit environ deux mois après la naissance) ou d'une visite post-natale. Ainsi que les clientes de deux sages-femmes de la région 04.

Dans ce dernier cas, le délai entre la mise en contact pour l'enquête et l'accouchement peut être de plus d'un an, puisqu'il y a beaucoup moins de femmes qui accoucheent avec l'aide de ces intervenantes comparativement aux services obstétricaux auxquels elles ont recours en général (gynécologie-obstétrique ou omnipratique). De plus, quelques-unes de ces répondantes ne résident pas dans la région 04.

Taille de l'échantillon

Sur 143 questionnaires envoyés aux bénéficiaires de services en obstétrique de la région, 69 nous sont revenus complétés, dont 67 ont été conservés pour l'étude. L'échantillon se répartit de la façon suivante:

- 21 primipares et multipares suivies par gynécologue
- 26 primipares et multipares suivies par omnipraticien
- 20 primipares et multipares suivies par sage-femme

En ce qui concerne la partie de l'étude consacrée à la perception des intervenants, 24 questionnaires ont été envoyés pour un retour de 8 complétés.

La répartition des répondants se fait comme suit:

- 1 gynécologue
- 5 omnipraticiens
- 2 sages-femmes

L'enquête a été menée entre mai 1991 et septembre 1991.

CHAPITRE III

ANALYSE DES RESULTATS

Par souci de compréhension, nous présenterons les résultats obtenus en fonction des éléments composant notre modèle théorique (p.13), l'ordre dans lequel ils apparaissent peut, cependant, être différent. D'autre part, les données recueillies chez les intervenants seront présentées parallèlement à celles obtenues chez les répondantes et ce, afin de rendre plus facile les comparaisons.

Les caractéristiques des répondantes et des intervenants

L'échantillon-cliente comprend 67 répondantes, sur une possibilité de 143, ce qui représente un taux de réponse de: 46.9%. La majorité de ces femmes résident dans la région 04 (79.9%). Vingt et une d'entre elles ont été vues principalement par un gynécologue, 26 par un omnipraticien et 20 par une sage-femme.

Quant à l'échantillon-intervenant, il se compose de 8 répondants, sur une possibilité de 24, ce qui représente un taux de réponse de: 33.3%. Ces intervenants pratiquent tous dans la région 04 et certains, dans d'autres régions également.

Les caractéristiques socio-démographiques

Mis-à-part l'âge du nouveau-né (Tableau 1), aucune des variables socio-démographiques de l'étude n'est significativement différente d'un sous-groupe à l'autre. Cette différence significative, reliée à l'âge du nouveau-né, peut s'expliquer par la méthodologie employée lors de la sélection des unités de notre échantillon. Comme nous l'avons mentionné plus tôt (voir: Méthode d'échantillonnage, p.55), les femmes ayant eu recours aux services d'une sage-femme étant plus difficiles à retracer et représentant un petit pourcentage de la clientèle accouchée, nous avons dû retenir les questionnaires de répondantes qui avaient accouché depuis plus de six mois, ce qui modifie le profil de cette variable pour les femmes ayant été suivies surtout par une sage-femme.

Tableau 1: Age du nouveau-né

Age n-né	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Total
0-2 ms	9 (42.9%)	9 (34.6%)		18 (26.9%)
3-4 ms	5 (23.8%)	4 (15.4%)		9 (13.8%)
5-6 ms	4 (19%)	10 (38.5%)		14 (20.9%)
7-12 ms	2 (9.5%)	2 (7.7%)	11 (55%)	15 (22.4%)
13-18 ms		1 (3.8%)	7 (35%)	8 (11.9%)
19-24 ms	1 (4.8%)			1 (1.5%)
+de 24ms			2 (10%)	2 (3%)
Total	21 (100%)	26 (100%)	20 (100%)	67 (100%)

* Différence significative d'un sous-groupe à l'autre (Annexe F.2)

Certaines variables ont attiré plus particulièrement notre attention.

Ainsi, en examinant les données sur l'âge des répondantes (Tableau 2), on note que c'est 80% du groupe suivi par une sage-femme qui a plus de 26 ans, alors que ce pourcentage n'est que de 52.3% pour le groupe suivi par un gynécologue et de 69.2% pour celui vu par un omnipraticien.

Tableau 2: Age des répondantes

Age	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Groupe
19-22 ans	5 (23.8%)	3 (11.5%)	1 (5%)	9 (13.4%)
23-26 ans	5 (23.8%)	5 (19.2%)	3 (15%)	13 (19.4%)
27-30 ans	5 (23.8%)	12 (46.2%)	6 (30%)	23 (34.3%)
31-34 ans	4 (19%)	5 (19.2%)	6 (30%)	15 (22.4%)
35 ans et +	2 (9.5%)	1 (3.8%)	4 (20%)	7 (10.4%)
Groupe	21 (100%)	26 (100%)	20 (100%)	67 (100%)

En regroupant nos intervalles d'âges, nous avons pu observer certaines différences au niveau de la répartition de la clientèle de chaque intervenant selon l'âge. Ces résultats ont, ainsi, pu être comparés à des données similaires touchant la région 04 (Tableau 3).

Bien que nos intervalles d'âge ne soient pas tout-à-fait les mêmes, les résultats observés nous permettent de constater que les femmes suivies par un gynécologue ou une sage-femme présentent un profil particulier relié à l'âge.

En effet, si l'on regarde le premier groupe d'âge (19-26 ou 18-24 ans), on remarque que chez le gynécologue, il compte pour 47.6% de sa clientèle et chez la sage-femme pour 20% de sa clientèle,

ce qui est à contre-tendance par rapport au pourcentage de femmes, de cette catégorie d'âge, ayant accouché dans la région 04.

Tableau 3: Distribution de la clientèle des différents intervenants selon l'âge des parturientes

Age (1)	Gynéco	Omni	S-fem	rég.04	CLSC	Age (2)
19-26	47.6%	30.7%	20%	28.5%	29%	18-24
27-34	42.8%	65.4%	60%	65.9%	65.8%	25-34
35 et +	9.5%	3.8%	20%	4.6%	4.4%	35 et+

(1) Intervalles d'âge utilisés dans l'étude

(2) Intervalles d'âge utilisés dans le document de référence;
Profil, 1990

Au niveau du deuxième groupe d'âge (27-34 ou 25-34 ans), on note, à nouveau, que le pourcentage de la clientèle du gynécologue est différent des profils des deux autres sous-groupes et qu'il se situe en-deçà du pourcentage retrouvé au niveau régional. Quant au troisième groupe d'âge (35 ans et plus), c'est chez la sage-femme qu'il est le plus important et le plus différent des statistiques régionales, il est possible, toutefois, que ce dernier résultat ait été biaisé par notre méthode d'échantillonnage et la taille de l'échantillon.

En ce qui concerne les écarts constatés, précédemment, chez la clientèle du gynécologue, nous pensons que les grossesses et accouchements à risque peuvent expliquer une partie des différences existant au niveau de la répartition de sa clientèle selon les groupes d'âges, il faudrait voir, cependant, si l'expérience de la maternité n'y est pas également pour quelque chose et si l'information des primipares n'est pas déficiente quant aux besoins de recourir au

gynécologue. Notons qu'il existe une certaine corrélation entre les variables "âge des répondantes" et "nombre d'accouchements" (Annexe H.1). Quant aux particularités présentées par la clientèle des sages-femmes, nous les expliquons par l'expérience de la maternité, qui serait plus grande chez ces femmes, le nombre d'accouchement étant supérieur chez les répondantes de ce sous-groupe (voir: Tableau 33: Nombre d'accouchements). Il faut toutefois se rappeler que les répondantes du sous-groupe des sages-femmes n'étaient pas toutes de la région 04 et que le délai entre l'enquête et la naissance de leur dernier-né était plus grand que chez les autres répondantes de l'échantillon, ce qui peut avoir eu un effet déformant sur l'importance de certains sous-groupes d'âges. Néanmoins, ces résultats iraient dans le même sens que ceux enregistrés dans d'autres études (Cohen, 1982), et où l'on constatait, qu'en général, ce sont des femmes plus âgées qui recourent à des approches non-conventionnelles en obstétrique.

Pour ce qui est du sous-groupe suivi par un omnipraticien, on constate que la répartition de la clientèle suit la répartition régionale et locale de très près.

En ce qui concerne le **revenu** (Annexe B.1), c'est dans le sous-groupe suivi par une sage-femme que l'on retrouve le plus de répondantes dont le **revenu familial** est inférieur à 20,000\$ (35%) ou supérieur à 35,000\$ (35%). C'est également dans ce sous-groupe que les répondantes sont les plus nombreuses à avoir commencé un

diplôme universitaire (35%)(Annexe B.2). Cette dernière remarque rejoint la constatation de Saillant, Desjardins et O'Neill (1986) sur la diplômation élevée de la clientèle d'une sage-femme et aussi, celle de Reynolds (1989), concernant l'influence du niveau d'information de la parturiente sur son choix d'intervenant. On remarque une certaine corrélation (Annexe H.1) entre la variable "revenu" et la variable "scolarité".

En terme d'**occupation** (Annexe B.3), les femmes suivies surtout par un gynécologue, ou un omnipraticien, travaillent à l'extérieur dans des proportions assez semblables (42.9% et 46.2%), toutefois, les femmes suivies par une sage-femme ne travaillent à l'extérieur du foyer que dans 25% des cas.

D'autre part, si nous estimions la **taille des familles** des répondantes par le nombre d'accouchements vécus (Tableau 9), nous remarquerions probablement, tout comme Saillant, Desjardins et O'Neill (1987), une différence significative de la taille des familles chez nos sous-groupes.

Nous n'avons pas parlé de la **ville de résidence** et de la **ville où a eu lieu l'accouchement** (Tableau 4)(même si ces variables sont significativement différentes d'un sous-groupe à l'autre; annexe F.1), puisque ces deux variables connaissent un biais important dû à notre méthode d'échantillonnage. Néanmoins, la variable concernant la ville d'accouchement nous fournit des informations intéressantes en ce qui a trait à la prédominance de

certains intervenants dans certaines régions (voir: L'accès aux services, p. 21).

En effet, on remarque que dans Trois-Rivières et ses environs (Tableaux 4-5), les gynécologues font beaucoup d'accouchements, comparativement aux deux autres intervenants, alors que cette tendance est inversée dans une ville comme Drummondville, où ce sont principalement les omnipraticiens qui assistent lors des accouchements.

Tableau 4: Ville où a eu lieu l'accouchement

Résidence	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Total
Tr-Riv. + env	11 (52.4%)	5 (19.2%)	4 (20%)	20 (29.9%)
Autres	2 (9.5%)		12 (60%)	14 (20.9%)
Victo + env.	7 (33.3%)	5 (19.2%)	1 (5%)	13 (19.4%)
Drumm + env	1 (4.8%)	11 (42.3%)		12 (17.9%)
Nicolet+ env		5 (19.2%)	3 (15%)	8 (11.9%)
Total	21 (100%)	26 (100%)	20 (100%)	67 (100%)

* Différence significative d'un sous-groupe à l'autre (Annexe F.1)

Victoriaville et ses environs présentent un profil qui se situe entre ces deux tendances. Ces constatations se vérifient en partie dans le tableau suivant, où l'on retrouve les données concernant les cas d'obstétrique délivrés par les omnipraticiens et les gynécologues de la région socio-sanitaire 04 pour la période du 1er avril 1990 au 31 mars 1991.

En conclusion, très peu de variables socio-démographiques, ici analysées, nous permettent pas de discriminer les répondantes

ayant choisi un intervenant plutôt qu'un autre, ce qui suit une certaine tendance déjà remarquée par quelques auteurs (Aaronson, 1987; Klee, 1986). Néanmoins une analyse discriminante (Annexe H.2) tenant compte de plusieurs de ces variables, nous a permis de prédire dans 71.64% des cas, l'appartenance des répondantes à un sous-groupe en particulier. Ces variables sont: le nombre d'accouchements*, le niveau de satisfaction concernant le suivi de grossesse et l'accouchement, le niveau de risque associé à la grossesse et à l'accouchement, l'âge du nouveau-né*, l'âge des répondantes, leur scolarité et le revenu familial.

* = Variable significativement différente.

Tableau 5: Cas d'obstétrique délivrés par intervenant et par institution

Centres hospitaliers	Gynéco.	Omni.	Total	*
CH Régional Mauricie	751/89.2%	81 /9.6%	832	+10
CH Cloutier (CAP)	299/75.7%	93/23.5%	392	+3
CH Ste-Croix (Dr)	334/30.6%	756/69.4%	1090	0
CH Ste-Marie (TR)	1256/71.3%	496/28.1%	1752	+10
CH St-Joseph (TR)	0	0	0	0
CH Hôtel-Dieu (Art)	795/65.9%	393/32.6%	1188	+19
CH St-Joseph LaTuque	72/32.9%	138/63.0%	210	+9
CH Christ-Roi (Nic)	5/2.2%	210/90.9%	215	+16
CH Laflèche (GM)	0	0	0	0
CH Comtois (Louis.)	0	0	0	0
Total	3512	2167	5679	+67 1.18%
	61.1%	37.7%		

* Différence existant au niveau des cas d'obstétrique déclarés par catégorie d'intervenants vs les cas déclarés par institution.

Les caractéristiques personnelles

Notre questionnaire renfermait peu d'éléments reliés à la personnalité des répondantes, néanmoins quelques questions nous ont permis de remarquer certaines tendances. Une de ces questions concernait l'usage des thérapies "alternatives" (Tableau 6) pour la santé en général. Cette variable s'est avérée significativement différente (Annexe F.1) d'un sous-groupe à l'autre. De façon générale, près de 75% (74.6%) des répondantes (Annexe A.12) ont recours à l'omnipratique pour les soins de santé en général, et 90% des femmes suivies par une sage-femme disent recourir en plus à des thérapies alternatives (Tableau 6), contrairement à 19% des femmes suivies par un gynécologue et à 30.8% de celles suivies par un omnipraticien. L'homéopathie est la thérapie alternative la plus souvent mentionnée (65%) par le principal sous-groupe utilisateur.

Tableau 6: Utilisation des thérapies alternatives

Thérapies	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Total
Non	17 (81%)	18 (69.2%)	2 (10%)	37 (55.2%)
Homéopathie	1 (4.8%)		13 (65%)	14 (20.9%)
Acupuncture	1 (4.8%)	2 (7.7%)	6 (30%)	9 (13.4%)
Autres		4 (15.4%)	5 (25%)	9 (13.4%)
Chiroprathie	2 (9.5%)	1 (3.8%)	2 (10%)	5 (7.5%)
Oui, s.descr.	2 (9.5%)	1 (3.8%)	1 (5%)	4 (6%)
Naturopathie			1 (5%)	1 (1.5%)
Total	21	26	20	67

* Différence significative d'un sous-groupe à l'autre (Annexe F.1)

Les raisons de recours aux thérapies alternatives

En ce qui concerne les raisons motivant le recours à ces thérapies (Tableau 7), les femmes suivies par une sage-femme en mentionnent principalement deux: une approche plus humaine (l'écoute) (40%) et une approche plus naturelle (moins technique), plus près du corps (80%).

Les deux autres sous-groupes de l'échantillon n'ont pas tout-à-fait la même perception des raisons de recours à ces thérapies, c'est-à-dire qu'en plus de souligner le caractère naturel de l'approche, ils identifient aussi la peur (des médicaments, des hôpitaux, etc) comme un des principaux agents motivateurs. Ces raisons associées au recours à des thérapies alternatives sont, elles aussi, significativement différentes d'un sous-groupe à l'autre (Annexe F.1).

Tableau 7: Raisons du recours aux thérapies alternatives

Raisons	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Total
Naturel	7 (33.3%)	8 (30.8%)	16 (80%)	31 (46.3%)
Autres	4 (19%)	12 (46.2%)	5 (25%)	21 (31.3%)
Peur	4 (19%)	9 (34.6%)	1 (5%)	14 (20.9%)
Approche	2 (9.5%)	1 (3.8%)	8 (40%)	11 (16.4%)
Ne sais pas	4 (19%)	2 (7.7%)		6 (9%)
Pas de rép.	3 (14.3%)			3 (4.5%)
Total	21	26	20	67

* Différence significative d'un sous-groupe à l'autre (Annexe F.1)

La perception des utilisateurs de thérapies alternatives

Quant à la façon dont sont perçues les personnes utilisatrices de ces thérapies (Tableau 8), près de 40% (38.8%) de

l'ensemble des répondantes considèrent que les personnes utilisatrices ne se démarquent pas de la population en général, alors que près de 20% (19.4%) parlent de personnes cherchant d'autres solutions à leurs problèmes de santé et 17.9% ont diverses perceptions de ces utilisateurs.

Dans le cas du sous-groupe suivi par une sage-femme, on remarque que la notion de contrôle (désir de contrôler sa santé) est soulignée par 40% des répondantes, élément qu'on ne mentionne pratiquement pas dans les autres sous-groupes. Il y a, ici, un parallèle entre le "désir de contrôler sa santé" et le "lieu de contrôle" souligné par Fullerton (1982), Aaronson (1987) et Rising (1975, cité par Chute, 1985), et qui serait particulièrement important chez les femmes ayant recours à des approches non-traditionnelles en obstétrique.

Tableau 8: Perception des personnes ayant recours aux thérapies alternatives

Genre	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Total
Tout genre	8 (38.1%)	11 (42.3%)	7 (35%)	26 (38.8%)
Autres sol.	2 (9.5%)	6 (23.1%)	5 (25%)	13 (19.4%)
Autres	3 (14.3%)	7 (26.9%)	2 (10%)	12 (17.9%)
Contrôle		1 (3.8%)	8 (40%)	9 (13.4%)
Près nature	1 (4.8%)	4 (15.4%)		5 (7.5%)
Courants alt.	1 (4.8%)	1 (3.8%)	3 (15%)	5 (7.5%)
Ne sais pas	3 (14.3%)		1 (5%)	4 (6%)
Pas de rép.	4 (19%)			4 (6%)
Total	21	26	20	67

* Différence significative d'un sous-groupe à l'autre (Annexe F.1)

Quant au sous-groupe suivi par un omnipraticien, il accorde une certaine importance à la recherche d'autres solutions (23.1%). Le sous-groupe suivi par un gynécologue se démarque des deux autres par l'importance, en terme de nombre, de ses "sans opinion" et de ses abstentions, en tout, près de 35%. Ces résultats, associés à la perception des personnes ayant recours aux thérapies alternatives, sont significativement différents d'un sous-groupe à l'autre (Annexe F.1).

Quand nous avons demandé aux **intervenants**, s'ils percevaient des caractéristiques personnelles particulières chez les femmes ayant recours à différents services en obstétrique, voici ce que nous avons observé:

- en ce qui concerne les femmes ayant recours au gynécologue
 - ...les **sages-femmes consultées** pensent que ce sont des femmes qui manquent de confiance en elle-mêmes, qui aiment se faire prendre en charge et qui ne se questionnent pas vraiment sur les alternatives possibles, sur leur choix
 - ...le **gynécologue consulté** ne voit pas de caractéristiques personnelles aux femmes recourant au gynécologue
 - ...les **omnipraticiens consultés** pensent que ces femmes présentent des problèmes gynécologiques particuliers, ont des tempéraments obsessifs, sont insécuries face à l'accouchement, viennent de milieu socio-économique faible ou sont plutôt jeunes (20 ans et moins); deux des cinq omnipraticiens n'associent pas de caractéristiques personnelles particulières à ces femmes
- en ce qui concerne les femmes ayant recours à l'**omnipraticien**

...les sages-femmes et le gynécologue consultés ne leur attribuent pas de caractéristiques personnelles particulières

...les omnipraticiens consultés parlent de personnes en bonne santé, équilibrées ou ayant déjà été en contact avec cet intervenant auparavant pour d'autres raisons; trois (3/5) de ces intervenants ne leur attribuent pas de caractéristiques personnelles particulières

- en ce qui concerne les femmes ayant recours à la sage-femme

...les sages-femmes consultées pensent que ce sont des personnes informées, autonomes ou sans caractéristique personnelle particulière

...le gynécologue consulté pense que ce sont des personnes subjectives, idéalistes et politiques

...les omnipraticiens consultés pensent que ce sont des personnes de culture et de tempérament particuliers, plus proches de la nature, plus critiques face aux soins de santé (2/5), qui idéalisent la grossesse et l'accouchement, qui sont insécurisées et nécessitent la présence constante de l'intervenant ou qui refusent toutes mesures agressives

En conclusion, il semble que les femmes suivies par une sage-femme présente un profil particulier au niveau de l'utilisation de certaines thérapies alternatives (Tableaux 6-7), comparativement aux répondantes des deux autres sous-groupes. Cette variable, en plus d'être significativement différente, ouvre la porte à des associations que l'on pourrait faire concernant certaines caractéristiques personnelles comme le lieu de contrôle, qui serait plus important chez les femmes ayant recours à des approches moins traditionnelles en obstétrique (Fullerton, 1982; Aaronson, 1987; Chute, 1985; Rising, 1975, cité par Chute, 1985; Klee, 1986).

L'expérience de la maternité

L'expérience personnelle de la maternité

Au niveau de l'expérience antérieure reliée à la maternité, le nombre d'accouchements (Tableau 9) vécus est une variable significativement différente d'un sous-groupe à l'autre (Annexe F.2).

En effet, c'est parmi le sous-groupe suivi par un omnipraticien que l'on retrouve le plus de primipares (42.3%) et dans celui suivi par une sage-femme qu'on en retrouve le moins (10%). C'est aussi dans ce dernier que l'on enregistre le plus de 3ème, 4ème et 5ème naissance.

Tableau 9: Nombre d'accouchements

Nbre d'acc.	Gynéco	Omni	Sage-femme	Groupe
1	6 (28.6%)	11 (42.3%)	2 (10%)	19 (28.4%)
2	8 (38.1%)	10 (38.5%)	7 (35%)	25 (37.3%)
3	3 (14.3%)	2 (7.7%)	4 (20%)	9 (13.4%)
4	3 (14.3%)	2 (7.7%)	5 (25%)	10 (14.9%)
5 +	1 (4.8%)	1 (3.8%)	2 (10%)	4 (6%)
Groupe	21 (100%)	26 (100%)	20 (100%)	67 (100%)
Ratio	2.29	1.92	2.9	

* Différence significative d'un sous-groupe à l'autre (Annexe F.2)

A notre avis, l'**expérience de la maternité** est particulièrement importante dans le cadre de cette étude, surtout si elle est analysée en fonction des variables suivantes: l'âge des répondantes, le profil de la clientèle des intervenants en fonction de l'âge et la notion de risque. En effet, si l'on compare ces différentes

variables, on constate que la clientèle du gynécologue comporte davantage de jeunes mères que dans le cas de la clientèle de la sage-femme, et que le nombre de premier et de deuxième accouchements est également supérieur dans le cas de la clientèle de cet intervenant. De plus, nous avons vu que le niveau de risque perçu pour la femme lors de la grossesse (32.3%) et/ou de l'accouchement (42.9%) était supérieur chez un plus grand nombre de femmes de ce sous-groupe que chez les autres répondantes. Cette perception du risque associée à l'âge des répondantes et à leur expérience de la maternité (nombre d'accouchements) peut expliquer certaines disproportions existant au niveau de l'âge de la clientèle de certains intervenants. Chez les femmes ayant eu recours aux sages-femmes, on retrouve la tendance inverse, il y a moins de jeunes mères, moins de premier et deuxième bébés, donc des femmes probablement plus âgées, avec plus d'expérience de la maternité et un niveau de risque perçu assez faible pour la femme lors de la grossesse (15%) et/ou lors de l'accouchement (10%).

L'expérience d'autrui

L'expérience d'autrui est considérée ici sous différentes formes. En effet, les naissances étant des événements relativement rares de nos jours, nous avons estimé que l'opinion d'une amie, d'un parent, pouvait constituer une sorte d'expérience "par procuration" pour la future parturiente, au même titre qu'un reportage télévisé ou tout autre source d'information, pouvant être un facteur d'influence

dans sa décision finale de recourir à tel intervenant plutôt que tel autre.

L'opinion des proches

L'opinion des proches semble être un facteur important dans la prise de décision des femmes concernant l'intervenant auquel elles auront recours (Tableau 10); près de 50% (47.8%) de celles-ci mentionnent que l'intervenant choisi leur avait été recommandé par une amie ou un parent. C'est le cas de 57.1% des femmes suivies par un gynécologue et de 55% de celles suivies par une sage-femme. Cette observation va dans le même sens que les résultats obtenus par Mackey (1990), l'opinion des pairs étant un facteur de référence important pour 56% des répondantes de son étude.

Néanmoins, les femmes suivies par un omnipraticien soulignent cette influence dans une moins grande proportion (34.6%) et cette différence par rapport aux deux autres sous-groupes nous paraît logique, dans le sens que l'omnipraticien vu pour la grossesse et l'accouchement devrait, en principe, être le même que celui rencontré pour les soins de santé en général, alors que le gynécologue et/ou la sage-femme sont des intervenants consultés dans des occasions, somme toute, plus ponctuelles et spécifiques dans une vie (ex.: grossesse, problèmes reliés aux organes reproducteurs, etc.).

Tableau 10: Influence des proches sur le choix de l'intervenant

Référence	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Total
Amie-parent	12 (57.1%)	9 (34.6%)	11 (55%)	32 (47.8%)
Non	6 (28.6%)	15 (57.7%)	7 (35%)	28 (41.8%)
Médecin	3 (14.3%)	1 (3.8%)		4 (6%)
Autres		1 (3.8%)	2 (10%)	3 (4.5%)
Total	21 (100%)	26 (100%)	20 (100%)	67 (100%)

Si nous ne pouvons assurer qu'il s'agit là d'un facteur d'influence essentiel, il semble bien qu'il soit non-négligeable, probablement à cause du phénomène de rareté des naissances que connaît notre société et de la difficulté à évaluer un service comme celui-là.

Support recherché face aux inquiétudes

A titre de complément, nous incluons, dans cette section, les résultats obtenus concernant la recherche de support face aux inquiétudes ressenties par la femme enceinte .

En ce qui concerne la nature de ces inquiétudes (Tableau 11), seulement 10% (10.4%) des répondantes affirment avoir aucune inquiétude particulière pendant la grossesse, cependant nous constatons que la malformation du bébé à venir constitue la principale inquiétude des futures mamans et ce, dans une proportion de presque 60% (58.2%). Ensuite, c'est la perspective de la douleur qui inquiète le plus les femmes (43.3%), puis celle de la perte prématurée du bébé (19.4%).

Tableau 11: Inquiétudes ressenties pendant la grossesse

Inquiétudes	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Total
Malform.	14 (66.7%)	19 (73.1%)	8 (40%)	41 (61.2%)
Avoir mal	8 (38.1%)	13 (50%)	8 (40%)	29 (43.3%)
Perdre prém.	9 (42.9%)	6 (23.1%)	3 (15%)	18 (26.9%)
Etre seule	4 (19%)	3 (11.5%)	2 (10%)	9 (13.4%)
Mourir	3 (14.3%)	5 (19.2%)		8 (11.9%)
Aucune	1 (4.8%)	3 (11.5%)	3 (15%)	7 (10.4%)
Perdre empl.	8 (38.1%)	3 (11.5%)		4 (6%)
Dév. bébé	1 (4.8%)	1 (3.8%)		2 (3%)
Pas de rép.			2 (10%)	2 (3%)
Autre		1 (3.8%)		1 (1.5%)
Total	21	26	20	67

On remarque que face à ces inquiétudes, ce sont principalement vers le conjoint (58.2%) et l'intervenant (35.8%) que les femmes se tournent pour chercher du support (Tableau 12).

Ce profil n'est cependant pas le même pour tous les sous-groupes. Chez les femmes suivies par un gynécologue, c'est surtout le conjoint qui constitue le principal support (66.7%), seulement 23.8% se tourne vers leur spécialiste et 23.8% ne recherchent pas de support en particulier. Les femmes suivies par un omnipraticien ont un profil semblable, 61.5% sont supportés principalement par leur conjoint et 19.2% par leur médecin. Chez les femmes suivies par la sage-femme, c'est l'inverse qui se produit, où 70% des répondantes ont d'abord recours à l'intervenant comme principal support. Dans ce sous-groupe, 45% des répondantes mentionnent aussi le conjoint.

Tableau 12: Support recherché concernant les inquiétudes

Confident	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Total
Conjoint	14 (66.7%)	16 (61.5%)	9 (45%)	39 (58.2%)
Intervenant	5 (23.8%)	5 (19.2%)	14 (70%)	24 (35.8%)
Parent-ami	1 (4.8%)	7 (26.9%)	3 (15%)	11 (16.4%)
Personne	5 (23.8%)	2 (7.7%)	3 (15%)	10 (14.9%)
Conj.-interv.		2 (7.7%)	1 (5%)	3 (4.5%)
Autres		2 (7.7%)		2 (3%)
Pas de rép.			1 (5%)	1 (1.5%)
Total	21	26	20	67

Cette tendance à considérer le conjoint comme principale source de support se répète quand on tente d'identifier les principaux confidents des femmes (Tableau 13) en ce qui concerne les périodes de grossesse et d'accouchement.

En effet, 65% (65.7%) des répondantes (Tableau 13) mentionnent en premier lieu le conjoint. En deuxième lieu, ce sont les parents-amis qui sont les principaux confidents (50.7%), l'intervenant arrivant en troisième lieu (41.8%). Les trois sous-groupes présentent sensiblement les mêmes profils d'opinions à ce niveau, bien que le sous-groupe suivi par une sage-femme accorde une préférence aux parents-amis, en troisième lieu, plutôt qu'à l'intervenant.

Cette partie vient confirmer les précédents résultats et met en lumière un certain comportement chez les femmes suivies par une sage-femme.

Tableau 13: Principaux confidents de la femme lors de la grossesse et/ou de l'accouchement

Confidents	Gynéco.	Omni.	Sage-femme
Premier	Conjoint 66.7%	Conjoint 69.2%	Conjoint 60%
Deuxième	Parent-ami(e) 52.4%	Parent-ami(e) 50%	Parent-ami(e) 50%
Troisième	Intervenant 57.1%	Intervenant(e) 46.2%	Parent-ami(e) 30%
Pas de rép.	23.8%	23.1%	30%

En effet, l'intervenant n'est, en aucun temps, le principal confident mentionné, alors que face aux inquiétudes ressenties pendant la grossesse, c'est d'abord le support de l'intervenant que l'on recherche; la petite taille du sous-groupe peut être un motif expliquant ce résultat, ou encore, le fait que la personne choisie comme "confident" ne constitue pas nécessairement un "support" en tout sens.

D'autre part, on remarque que les conjoints des femmes suivis par une sage-femme semblent davantage présents lors des visites prénatales, ce qui est une variable significativement différente d'un sous-groupe à l'autre (Annexe F.2). Ce résultat peut s'expliquer par le contexte de pratique de la sage-femme. En effet, puisque celle-ci ne peut pratiquer en milieu hospitalier, il est possible que les visites prénatales de ces répondantes aient eu lieu à

leur domicile, ce qui expliquerait, en bonne partie, la présence plus qu'occasionnelle du conjoint.

L'opinion d'un professionnel

Seulement 15% (14.9%) de l'échantillon reconnaît avoir été influencés par l'opinion du professionnel choisi (Annexe C.3), de ce pourcentage, 20% sont des femmes suivies par une sage-femme, 14.3% sont suivies par un gynéco et 11,5% par un omnipraticien. L'influence dont il est ici question, ne concerne pas le choix de l'intervenant mais davantage les opinions, les commentaires émis concernant l'expérience de la grossesse et de l'accouchement comme tels. En ce qui a trait à l'influence que peut avoir l'opinion d'un professionnel sur le choix de l'intervenant, nous constatons que c'est environ 15% (14.8%) (Annexes A.4-5-6-11) de l'échantillon qui a été référencés, pour une raison ou une autre (consultation d'un deuxième intervenant, médecin faisant le suivi de grossesse mais pas l'accouchement, intervenant non disponible, etc.), à un deuxième intervenant. Notons que ce pourcentage est inférieur à celui remarqué dans l'étude de Mackey (1990), où 30% des répondantes ont dit avoir choisi leur intervenant en fonction de références hospitalières, cliniques ou médicales. Notons que l'opinion du professionnel, dont il est ici question, est très reliée à la notion de risque analysée plus tôt.

L'information extérieure

Suite aux allégations de Thompson (1990) sur l'influence des médias dans le comportement des utilisateurs de services de santé, nous avons voulu vérifier si les médias avaient pu exercer une forme d'influence chez les répondantes de notre échantillon. Ainsi, pour 60% (59.7%) des femmes touchées par l'enquête, l'influence des médias (Tableau 14) ne serait pas un facteur important. Cependant, ce sont les femmes suivies par une sage-femme qui accordent le plus d'importance (55%) à cette source potentielle d'influence, comparativement à 23.9% pour les femmes suivies par un gynécologue et à 34.6% pour celles suivies par un omnipraticien. Ce résultat est significativement différent d'un sous-groupe à l'autre (Annexe F.1).

Tableau 14: Influence des médias sur le choix de l'intervenant

Opinions	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Total
Non	16 (76.2%)	16 (61.5%)	8 (40%)	40 (59.7%)
Diffusion inf	2 (9.5%)	3 (11.5%)	2 (10%)	7 (10.4%)
Autres	2 (9.5%)	2 (7.7%)	3 (15%)	7 (10.4%)
Influençable	1 (4.8%)	5 (19.2%)		6 (9%)
Oui, s.j.	1 (4.8%)		5 (25%)	6 (9%)
Pas de rép.		1 (3.8%)	1 (5%)	2 (3%)
Prenne parti			1 (5%)	1 (1.5%)
Total	21	26	20	67

* Différence significative d'un sous-groupe à l'autre (Annexe F.1)

Les sources d'information prénatale

Au niveau de la recherche d'information (concernant la grossesse et l'accouchement) (Tableau 15), il semble que pour 16.4% des répondantes, l'expérience personnelle de la maternité soit un acquis suffisamment riche pour leur éviter d'avoir recours à des sources d'information prénatale extérieures, telles: les **cours prénataux**. C'est environ 30% (31.3%) de l'échantillon qui n'a pas suivi de cours prénataux (voir annexe C.2), le plus haut pourcentage se retrouvant chez les femmes suivies par un omnipraticien (38.5%), puis chez les répondantes vues par un gynécologue (33.3%) et chez celles suivies par une sage-femme (20%). Ce résultat est significativement différent d'un sous-groupe à l'autre (voir annexe F.1).

Les cours prénataux les plus populaires sont ceux offerts par les CLSC, 53.7% des répondantes disent les avoir suivis, (66.7% (gynécologue), 50% (omnipraticien) et 45% (sage-femme)).

Tableau 15: Genre de cours suivis par celles qui ont suivi des cours prénataux

Cours suivis	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Total
CLSC	14 (66.7%)	13 (50%)	9 (45%)	36 (53.7%)
Pas de rép.	7 (33.3%)	10 (38.5%)	4 (20%)	21 (31.3%)
Intervenant		1 (3.8%)	9 (45%)	10 (14.9%)
Cond.phys.	3 (14.3%)	3 (11.5%)	2 (10%)	8 (11.9%)
Autres	1 (4.8%)	1 (3.8%)	1 (5%)	3 (4.5%)
Allaitement		1 (3.8%)	1 (5%)	2 (3%)
Total	21	26	20	67

Nous remarquons que pour 45% du sous-groupe suivi par une sage-femme, l'intervenante est considérée comme une ressource au même titre que les cours prénataux offerts en CLSC, phénomène qu'on ne retrouve pratiquement pas chez les femmes des deux autres sous-groupes.

A la lumière de ces résultats, on peut se demander...

si...

- ...les répondantes suivies par une sage-femme ont-~~elles~~ davantage besoin de support social (Bryce, 1990)?
- ...les femmes suivies par un gynécologue, ou un omnipraticien, font-~~elles~~ davantage confiance aux capacités d'intervention et/ou aux qualités de support de leur intervenant (médecin) dans leur quête de support social?

La documentation écrite (Annexe C.1) semble très prisée de la plupart des répondantes, qui disent en avoir profité dans une proportion de plus de 80% (82.1%); les autres sources d'information, telles: la télévision, la radio, arrivent beaucoup plus loin au deuxième rang (14.9%), ce qui vient diminuer, à notre avis, l'importance que peut représenter les médias auprès des femmes enceintes (voir: L'influence des médias, p.118).

En ce qui concerne l'opinion des intervenants sur l'influence que peuvent exercer certaines caractéristiques personnelles dans le choix d'un intervenant, nous avons constaté ce qui suit.

- Chez les **sages-femmes consultées**, la caractéristique que l'on identifie le plus souvent parmi les premières est: l'expérience personnelle et parmi les dernières: les caractéristiques socio-démographiques (sans précision).
- Chez le **gynécologue consulté**, les premières caractéristiques mentionnées sont: les caractéristiques personnelles et l'influence des médias, suivis de l'expérience personnelle et de l'expérience d'autrui et les dernières sont: les caractéristiques socio-démographiques, la vision et les valeurs.
- Chez les **omnipraticiens consultés**, ce sont les valeurs qu'on mentionne le plus souvent (5/5) parmi les premières caractéristiques pouvant exercer une influence, puis les caractéristiques personnelles (4/5) et l'expérience personnelle (3/5). Les dernières caractéristiques mentionnées sont: les média (5/5), les caractéristiques socio-démographiques (4/5), puis l'expérience d'autrui (2/5).

Conclusion

Très peu de variables reliées aux caractéristiques des individus semblent exercer une influence dans le choix de l'intervenant. Les caractéristiques socio-démographiques des répondantes ne sont pas significativement différentes d'un sous-groupe à l'autre, ce qui concorde avec les résultats de plusieurs autres recherches (Aaronson (1987); Hazel (1975, cité par Saillant, Desjardins et O'Neill (1986); Klee (1986)). Quant aux caractéristiques personnelles, bien que peu d'entre elles aient été investiguées par cette étude, nous remarquons que les femmes ayant eu recours aux services d'une sage-femme utilisent les thérapies alternatives dans une proportion significativement plus élevée que les deux autres sous-groupes. Il est cependant difficile d'identifier les "motifs" d'un

recours aussi marqué à ces thérapies, mais si nous analysons leur perception de l'utilisation de ces thérapies en fonction de différentes variables de l'étude, nous constatons que ces femmes ont peut-être un "lieu de contrôle interne" plus prononcé que les femmes des deux autres sous-groupes.

L'expérience de la maternité semble être un facteur particulièrement important dans le choix d'un intervenant en particulier. En associant cette variable (significativement différente d'un sous-groupe à l'autre) (Annexe F.2, nombre d'accouchements) à d'autres variables, comme par exemple: l'âge des répondantes selon l'intervenant choisi, il devient possible d'élaborer certaines hypothèses quant aux caractéristiques des répondantes ayant recours à un intervenant en particulier. En effet, il semble que la clientèle de la sage-femme se composerait davantage de femmes plus âgées et ayant plus d'expérience avec la maternité, alors que la clientèle du gynécologue comporterait davantage de jeunes mères. Quant à la clientèle de l'omnipraticien, elle occuperait une position centrale par rapport aux deux tendances précédentes.

D'autre part, l'expérience d'autrui (parents-ami(e)s), concernant la maternité, nous paraît être un facteur d'influence particulièrement non négligeable, bien qu'il ne soit pas significativement différent d'un sous-groupe à l'autre dans le cadre de cette étude.

Quant à la recherche d'information et de support, d'intéressantes conclusions naissent des résultats obtenus:

- les répondantes suivies par un gynécologue ou une sage-femme sont celles qui sont le plus influencées par l'opinion des pairs dans leur choix d'intervenants
- peu de femmes suivies par un gynécologue (23.8%) accordent de l'importance à l'influence des médias sur leur choix, alors que 55% des femmes suivies par une sage-femme reconnaissent l'importance de ce facteur
- les répondantes suivies par un omnipraticien sont celles qui suivent le moins les cours prénataux et les répondantes suivies par une sage-femme sont celles qui les suivent le plus, 25% d'entre elles ayant recours à l'intervenante pour ce service
- les livres spécialisés sont des ouvrages de référence très utilisés par les futures parturientes, et ce, chez toutes les répondantes
- les femmes suivies par une sage-femme semblent beaucoup moins préoccupées pendant leur grossesse que les répondantes des deux autres sous-groupes, ce qui vient confirmer les résultats obtenus en rapport avec la notion de risque analysée plus tôt; cependant, ces répondantes recherchent davantage le support de l'intervenante face à ces inquiétudes, que les autres répondantes qui se tournent plutôt vers leur conjoint. A ce propos, nous nous demandons, si les répondantes suivies par une sage-femme ne manifestent pas davantage, par leur choix d'intervenant, un plus grand besoin de support social "expressif" (Bryce, 1990) face à la grossesse et l'accouchement que les autres répondantes. Ceci expliquerait pourquoi elles se tournent davantage vers l'intervenante pour leurs inquiétudes et pour les cours prénataux.

L'ensemble de ces observations nous porte à la réflexion suivante:

Les femmes suivies par une sage-femme semblent très informées et réceptives aux informations véhiculées sur la grossesse

et l'accouchement. Le seraient-elles trop? Au point d'avoir besoin du support de l'intervenante de façon plus marquée que les femmes des autres sous-groupes? Peut-être est-ce une question de disponibilité de la part des intervenants qui explique la différence, ou encore, une plus grande insécurité vécue par ces répondantes, qui se traduit par un plus grand besoin de support? Dans ce dernier cas, leur perception du risque ne correspond pas à la quantité d'information et de support qu'elles recherchent. Il est possible que ce sous-groupe se compose de deux types de répondantes: un type ayant un lieu de contrôle interne particulièrement élevé (ce que cette étude ne peut évaluer) et un autre type ayant un plus grand besoin de support social "expressif" et "instrumental" (Bryce, 1990).

L'environnement culturel

Comme nous l'avons vu dans la recension de la documentation, la culture d'une société est un élément déterminant dans l'étude d'un phénomène social important, comme la naissance. Des quelques questions portant sur le sujet, dans notre étude, aucun résultat ne s'est avéré significativement différent d'un sous-groupe à l'autre.

La vision de la naissance chez les répondantes

En terme de **vision personnelle** (Tableau 16) reliée à la naissance, au total près de 70% (68.7%) de l'échantillon considère qu'une naissance est le plus grand événement d'une vie, d'une vie de couple. Plus de 40% (40.3%) parlent également de la naissance en terme de réalisation personnelle ou du couple. Cet événement (la naissance) semble vraiment perçu comme une étape de vie, tel que rapporté par plusieurs auteurs (Reynolds, 1991; Van Gennep, 1981; Gélis, 1988) et non comme un événement clinique.

Tableau 16: Vision de la naissance chez les répondantes

Vision	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Total
Gr.évènem.	16 (76.2%)	17 (65.4%)	13 (65%)	46 (68.7%)
Réalis.coupl.	8 (38.1%)	12 (46.2%)	7 (35%)	27 (40.3%)
Autres	2 (9.5%)	5 (19.2%)	2 (10%)	9 (13.4%)
Pas de rép.				
Total	21	26	20	67

La vision des répondantes par rapport à celle de leurs grands-parents

Près de 45% (44.8%) (Tableau 17) des répondantes considèrent que leur vision de la naissance est différente de celle de leurs grands-parents.

Tableau 17: Comparaison de la vision des répondantes et de celle de leurs grands-parents face à la naissance

Vision	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Total
Diff. d'auj.	12 (57.1%)	13 (50%)	5 (25%)	30 (44.8%)
Pas le choix	3 (14.3%)	8 (30.8%)	7 (35%)	18 (26.9%)
Autres	2 (9.5%)	1 (3.8%)	5 (25%)	8 (11.9%)
Enf.=avoir	2 (9.5%)	4 (15.4%)	1 (5%)	7 (10.4%)
Danger santé	2 (9.5%)	2 (7.7%)	1 (5%)	4 (6%)
Même qu'auj.	1 (4.8%)		1 (5%)	2 (3%)
Pas de rép.		1 (3.8%)	1 (5%)	2 (3%)
Total	21	26	20	67

Ce sont les femmes suivies par une sage-femme qui sont le plus divergentes sur ce point, seulement 25% des femmes de ce sous-groupe croient que leur perception de la naissance est différente de celle de leurs grands-parents, alors que chez les femmes suivies par un gynécologue, il s'agit de 57.1% des répondantes et chez les femmes suivies surtout par un omnipraticien, de 50%. Ces différences ne sont pas significatives d'un sous-groupe à l'autre.

Le fait "de ne pas avoir le choix" (d'avoir des enfants ou non) est la principale explication que l'on donne à cette divergence d'opinion entre les générations; on perçoit, ici, l'évolution de la

"valeur-enfant" (Gélis, 1988) à travers les années, même sur une période relativement courte en terme d'histoire.

Chez les intervenants consultés, ce sont les mêmes thèmes qui ressortent: événement important, amour. Les omnipraticiens consultés soulignent cependant, avec plus d'insistance, la "valeur-enfant" associée à la rareté des naissances. Les données concernant ces trois thèmes ne nous permettent pas d'établir de différence entre les trois groupes de cet échantillon.

Le niveau de risque perçu face à la grossesse

L'évolution (à travers les époques) de la perception du risque n'est pas étrangère aux changements survenus dans les gestes et pratiques entourant la grossesse et l'accouchement, c'est pourquoi nous avons intégré cette notion à l'analyse de l'environnement culturel. Nous avons également recueilli les motifs justifiant ce risque perçu par les répondantes.

Dans le cas de la grossesse (Tableau 18), près de 75% (74.6%) des femmes de l'échantillon considèrent que celle-ci représente un faible risque pour la femme. Ce sont principalement les femmes suivies par une sage-femme qui trouvent le moins de risque (85%), alors que celles suivies par un omnipraticien (73.1%) ou un gynécologue (66.7%) y trouvent un peu plus de risque; seulement 7.5% des répondantes considèrent que la grossesse est un événement qui comporte un risque élevé pour la femme. Les données concernant le

risque perçu lors de la grossesse ne sont pas significativement différente d'un sous-groupe à l'autre.

Tableau 18: Niveau de risque perçu associé à la grossesse

Niveau	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Total
Faible	14 (66.7%)	19 (73.1%)	17 (85%)	50 (74.6%)
Moyen	5 (23.8%)	5 (19.2%)	2 (10%)	12 (17.9%)
Elevé	2 (9.5%)	2 (7.7%)	1 (5%)	5 (7.5%)
Total	21 (100%)	26 (100%)	20 (100%)	67 (100%)

* Différences non significatives entre les sous-groupes.

Les motifs relatifs au risque perçu lors de la grossesse

Quant aux principales raisons qui justifient le risque perçu lors de la grossesse (Tableau 19), ce sont, de façon générale, le caractère naturel de la grossesse (29.9%), les habitudes de vie de la femme enceinte (23.9%) et les possibilités médicales actuelles (23.9%) facilitant une intervention si nécessaire.

Tableau 19: Motifs relatifs au risque perçu (grossesse)

Raisons	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Total
Caract. nat.	2 (9.5%)	10 (38.5%)	8 (40%)	20 (29.9%)
Capac. méd.	6 (28.6%)	8 (30.8%)	2 (10%)	16 (23.9%)
Habit. de vie	5 (23.8%)	7 (26.9%)	4 (20%)	16 (23.9%)
Autres	3 (14.3%)	6 (23.8%)	1 (5%)	10 (14.9%)
Disp. support	3 (14.3%)	1 (3.8%)	5 (25%)	9 (13.4%)
Pas de rép.	3 (14.3%)		2 (10%)	5 (7.5%)
Total	21	26	20	67

Le sous-groupe suivi par un gynécologue met d'abord l'emphase sur les capacités médicales (28.6%), puis sur les habitudes

de vie de la femme (23.8%). Chez les femmes suivies par un omnipraticien, c'est le caractère naturel de la grossesse qui prévaut (38.5%), suivi des capacités médicales (30.8%), viennent ensuite les habitudes de vie (26.9%) et diverses autres raisons (23.8%). Chez les femmes suivies par une sage-femme, le caractère naturel de la grossesse est la principale raison mentionnée (40%), suivie de la disponibilité du support (25%) et des habitudes de vie (20%).

Chez les intervenants, l'opinion concernant le risque que représente la grossesse chez la femme est partagé. Ils perçoivent un risque faible d'un point de vue médical, physique, mais peut-être un risque plus élevé d'un point de vue social; la notion de risque diffère fondamentalement selon que l'on soit intervenant ou cliente.

Le niveau de risque perçu face l'accouchement

En ce qui concerne l'accouchement, dans l'ensemble, c'est 70.1% (Tableau 20) des répondantes qui le considèrent comme un événement à faible risque pour la femme.

Tableau 20: Niveau de risque perçu associé à l'accouchement

Niveau	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Total
Faible	11 (52.4%)	19 (73.1%)	17 (85%)	47 (70.1%)
Moyen	8 (38.1%)	4 (15.4%)	1 (5%)	13 (19.4%)
Elevé	1 (4.8%)	3 (11.5%)	1 (5%)	5 (7.5%)
Pas de rép.	1 (4.8%)		1 (5%)	2 (3%)
Total	21 (100%)	26 (100%)	20 (100%)	67 (100%)

* Différences non significatives entre les sous-groupes.

On remarque que les pourcentages ici mentionnés sont, à peu de chose près, les mêmes qu'en ce qui concerne le risque perçu lors de la grossesse.

Les motifs relatifs au risque perçu lors de l'accouchement

Les motifs expliquant le risque perçu lors de l'accouchement (Tableau 21) concernent, en général, les capacités médicales actuelles (31.3%), le caractère naturel de l'événement (23.9%) et les habitudes de vie (17.9%). Les sous-groupes présentent un profil d'opinions différent, bien qu'on ne note pas de différence significative.

Tableau 21: Motifs relatifs au risque perçu lors de l'accouchement

Raisons	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Total
Capac. méd.	6 (28.6%)	12 (46.1%)	3 (15%)	21 (31.3%)
Caract. nat.	2 (9.5%)	7 (26.9%)	7 (35%)	16 (23.9%)
Habit. de vie	4 (19%)	5 (19.2%)	3 (15%)	12 (17.9%)
Autres	4 (19%)	6 (23.1%)	2 (10%)	12 (17.9%)
Pas de rép.	5 (23.8%)	1 (3.8%)	3 (15%)	9 (13.4%)
Support int.	1 (4.8%)	2 (7.7%)	4 (20%)	7 (10.4%)
Total	21	26	20	67

Les femmes suivies par un gynécologue mentionnent d'abord les capacités médicales (28.6%), puis les habitudes de vie (19%) et diverses raisons (19%); plus de 20% (23.8%) n'ont pas justifié leur réponse. Les femmes ayant eu recours à l'omnipraticien mentionnent, quant à elles, d'abord les capacités médicales (46.1%), puis le caractère naturel de l'événement (26.9%), diverses raisons (23.1%), et, finalement, les habitudes de vie (19.2%). Quant aux femmes suivies

par une sage-femme, c'est le caractère naturel de l'événement qui prime (35%), le support de l'intervenant arrivant au second rang (20%) et les capacités médicales et habitudes de vie recueillant chacun 15% des voix. Notons que 15% des répondantes de ce sous-groupe n'ont pas justifié leur réponse.

Chez les intervenants, l'opinion concernant le risque que représente l'accouchement pour la femme se partage de la même façon que dans le cas de la grossesse, c'est-à-dire que la moitié de ces répondants le voit faible et l'autre moitié, moyen. On note que les raisons associées à un niveau de risque faible ou moyen ne sont pas vraiment différentes, ce qui nous laisse croire que la perception du "niveau" de risque chez les professionnels est relative.

Afin de compléter cette partie sur la valeur et le risque associés à la naissance, nous avons investigué la perception des répondantes et des intervenants face au décès (de la mère ou de l'enfant) survenant en pareil cas.

La perception du décès (de la mère ou de l'enfant) en contexte de médecine moderne

Le décès de la mère, ou de l'enfant, dans un contexte de médecine moderne, est, dans 85.1% (Tableau 22) des cas, perçu comme un phénomène "acceptable", compte-tenu des risques "naturels" que représentent une grossesse et/ou un accouchement.

Seulement 4.5% des répondantes considèrent cette issue inacceptable de nos jours, ces répondantes faisant partie des sous-groupes suivis par un gynécologue ou un omnipraticien.

Tableau 22: Perception du décès (de la mère ou de l'enfant) en contexte de médecine moderne

Décès	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Total
Acceptable	19 (95%)	21 (80.8%)	17 (85%)	57 (85.1%)
Inacceptable	1 (4.8%)	2 (7.7%)		3 (4.5%)
Pas de rép.	1 (4.8%)	1 (3.8%)	1 (5%)	3 (4.5%)
Opinion rel.		1 (3.8%)	1 (5%)	2 (3%)
Faute prof.		1 (3.8%)	1 (5%)	2 (3%)
Total	21 (100%)	26 (100%)	20 (100%)	67 (100%)

Chez les intervenants, peu d'entre eux remarque un lien entre les valeurs associées à la naissance et la perception de la mort. Deux des répondants notent également l'ambivalence des gens à ce niveau, par exemple:

...on est contre l'avortement et pour la peine de mort

...on recherche un coupable quand il y a décès d'un jeune enfant, alors que celle d'un vieillard nous paraît plus acceptable

En ce qui concerne le niveau d'intervention demandée en fonction de la perception de la mort, les intervenants remarquent que plus l'insécurité est grande chez la cliente, plus elle a besoin de support.

Conclusion

En définitive, la "vision de la naissance" qu'entretient la majorité des répondantes est bien soutenue par leur perception du risque (niveau et justifications)(Tableaux 23-24). En effet, si elles constatent qu'elles ont maintenant le "choix" d'avoir ou non des enfants, comparativement à "l'obligation" qu'avaient leurs grands-parents à ce chapitre, elles constatent aussi qu'il y a un "risque" associé à cet événement, mais que ce risque peut être contrôlé via les possibilités médicales actuelles en obstétrique. C'est peut-être d'ailleurs la raison pour laquelle les omnipraticiens consultés perçoivent l'augmentation de la "valeur-enfant" (occasionnée par ce contrôle des naissances, ce choix) comme un poids supplémentaire à leur responsabilité professionnelle.

Il est difficile, toutefois, de passer sous silence la perception des femmes suivies par une sage-femme à ce niveau. En effet, leur perception, que ce soit concernant la grossesse ou l'accouchement, est davantage optimiste face au risque que celle des autres répondantes et cet optimisme est très peu associé aux possibilités médicales actuelles en obstétrique.

Bien que la "disponibilité du support" de l'intervenant soit un aspect important dans la justification de leur perception, on constate que cet intervenant (son support) n'est pas associé à des capacités médicales. Cette perception "particulière" du risque, bien qu'entre 70% et 85% (Annexes A.3 et A.11) de ces répondantes aient vu

également un deuxième intervenant-médecin pendant leur grossesse, nous laisse perplexes: ces répondantes sous-estiment-elles le risque associé à la grossesse et/ou à l'accouchement ou, ont-elles, au contraire, une perception plus réaliste, moins dramatique, de celui-ci? A ce propos, Klee (1986) pense que les femmes accouchant à la maison ont une idéologie différente de la naissance (comparativement aux femmes accouchant à l'hôpital) et que celles-ci ne croient pas que quelque chose de négatif puisse leur arriver, elles ne font pas confiance aux hôpitaux.

Tableau 23: Perception du risque et sa justification en contexte de grossesse

	Gynéco.	Omni.	Sage-femme
Risque perçu Moyen à élevé	33.3%	26.9%	15%
Raisons le plus souvent mentionnées pour justifier la perception	Capacités méd. 28.6% Habitud. de vie 23.8%	Aspect naturel 30.8% Capacités méd. 30.8% Habitud. de vie 26.9%	Aspect naturel 40% Disponibilité du support 25% Habitud. de vie 20%
Pas de rép.	14.3%		10%

Les femmes suivies par un gynécologue présentent, elles aussi, un profil particulier, dans le sens qu'elles perçoivent le risque de façon plus intense. Le "caractère naturel" de ces événements

(grossesse-accouchement) (Tableaux 23-24) semble être un argument négligeable dans leur perception du risque et les possibilités médicales actuelles sont souvent mentionnées dans leur justification. Il faut se rappeler qu'un bon pourcentage de ces répondantes avaient été référées au spécialiste, ce qui peut expliquer cette tendance au niveau des perceptions.

Tableau 24: Perception du risque et sa justification en contexte d'accouchement

	Gynéco.	Omni.	Sage-femme
Risque perçu Moyen à élevé	42.9%	26.9%	10%
Raisons le plus souvent mentionnées pour justifier la perception	Capacités méd. 28.6% Habitud. de vie 19% Divers 19%	Capacités méd. 46.1% Aspect naturel 26.9% Divers 23.1%	Aspect naturel 35% Support de l'intervenant 20% Capacités méd. /Habitud. de vie 15%/15%
Pas de rép.	23.8%	3.8%	15%

Quant aux femmes suivies par un omnipraticien, elles ont un profil se situant entre celui des deux autres sous-groupes. Les raisons justifiant leur niveau de risque perçu lors de la grossesse sont très semblables à celles mentionnées par le sous-groupe suivi par une sage-femme, quant aux raisons associées à la perception du

risque lors de l'accouchement, elles sont davantage reliées aux capacités médicales, même plus que chez les femmes suivies par un gynécologue.

En résumé, bien que les résultats des tableaux 18 et 20 n'indiquent pas ici de différences significatives, il existe une certaine corrélation entre ces deux variables (Annexe H.1) et nous pensons qu'il serait intéressant d'investiguer davantage au niveau de la perception du risque (grossesse et accouchement) chez les femmes ayant recours à différents intervenants. En effet, les résultats résumés dans les tableaux 23 et 24 laissent entrevoir une différence de perception, de valeurs, (Klee, 1986) associée au "risque" de donner naissance, mais, peut-être, aussi, différents niveaux d'anxiété (Reynolds, 1988) agissant sur cette perception du risque et, finalement, sur le choix de l'intervenant.

L'environnement concurrentiel

Les résultats inclus dans cette partie concernent l'image, la perception qu'ont nos répondantes des services offerts en obstétrique et de ce qu'ils "devraient" être selon elles. Les raisons de non-recours des répondantes face aux services offerts par certains intervenants font également partie des données analysées dans cette section, puisqu'elles viennent souvent justifier leur perception première. D'autre part, nous continuerons dans cette partie, et quand cela

s'applique, à comparer les résultats obtenus chez les répondantes à ceux recueillis chez les intervenants.

La perception des approches des différents intervenants

Nous avons vu dans la recension de la documentation que la perception du consommateur, face à un service en particulier, est une forme d'évaluation du service, compte-tenu des attitudes du consommateur face aux services du même genre et de l'expérience qu'il a de ceux-ci.

Dans cette section, nous avons voulu connaître la perception des répondantes face aux approches des différents intervenants offrant des services en obstétrique, y compris ceux auxquels elles n'avaient pas eu recours.

De façon générale, nous nous sommes aperçus que les répondantes décrivaient leur perception de l'approche de chaque intervenant de façon très concise, c'est-à-dire par deux éléments, ou moins. C'est sur l'approche des sages-femmes que le groupe a été le plus explicite, et c'est l'approche de l'omnipraticien qui a récolté le plus d'abstentions au niveau des réponses, près de 20% (17.9%). Est-ce dû au terme "omnipraticien", ou au fait qu'on n'associe pas l'omnipraticien aux intervenants pouvant offrir des services en obstétrique, ou encore, à d'autres raisons? Nous ne pouvons expliquer avec certitude cet écart.

Les caractéristiques perçues de l'approche du gynécologue

Concernant la pratique du gynécologue (Tableau 25), l'ensemble des répondantes mettent l'accent sur: ses connaissances spécialisées au niveau de la fonction de reproduction chez la femme (52.2%) et ses capacités d'intervention (29.9%).

Tableau 25: Caractéristiques perçues de l'approche du gynécologue

Caract.	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Groupe
Connaiss.	14 (66.7%)	12 (46.1%)	9 (45%)	35 (52.2%)
Intervention	3 (14.3%)	10 (38.5%)	7 (35%)	20 (29.9%)
Relation	3 (14.3%)	6 (23.1%)	5 (25%)	14 (20.9%)
Pas de rép.	5 (23.8%)	1 (3.8%)	3 (15%)	9 (13.4%)
Autres	1 (4.8%)	3 (11.5%)	1 (5%)	5 (7.5%)
Sécurité	1 (4.8%)	3 (11.5%)	1 (5%)	5 (7.5%)
Disponible			2 (10%)	2 (3%)
Groupe	21	26	20	67

* Différences non significatives entre les sous-groupes

Les répondantes insistent ensuite sur la qualité de sa relation (positive ou négative)(20.9%) avec la cliente et, aussi, sur la sécurité et divers facteurs (7.5%).

Ces données concernent l'échantillon dans son entier, mais nous avons relevé quelques différences (non significatives) entre les trois sous-groupes.

- Plus de 20% (23.8%) des femmes suivies par un gynécologue, ainsi que 15% des femmes suivies par une sage-femme, n'ont pas répondu à la question.
- Le sous-groupe suivi par un gynécologue associe beaucoup la pratique de leur intervenant à ses connaissances spécialisées en gynécologie-obstétrique (66.7%) et assez peu à ses

capacités d'intervention (14.3%) et à la relation qu'il établit avec la cliente, alors que les deux autres sous-groupes partagent leur perception entre ces mêmes trois critères, mais de façon plus égale.

- L'aspect relationnel de la pratique de l'intervenant n'est pratiquement pas souligné par le sous-groupe des femmes suivies par un gynécologue, alors que plus de 20% (23.1%) des femmes suivies par un omnipraticien le mentionnent, ainsi que 25% des femmes suivies par une sage-femme.

Les raisons de non-recours au gynécologue

Maintenant, si nous regardons les motifs (Tableau 26) des femmes qui n'ont pas eu recours au gynécologue (femmes suivies essentiellement par un omnipraticien ou une sage-femme), nous arrivons à ce qui suit:

- Les femmes de ces deux sous-groupes n'ont pas eu recours au gynécologue principalement pour des raisons de relations interpersonnelles (34.8%) et de disponibilité (34.8%), ensuite parce que son intervention n'était pas jugée nécessaire (21.7%) et pour diverses raisons (19.6%).

Tableau 26: Raisons de non-recours au gynécologue

Raisons	Omni.	Sage-femme	Total
Relation	5 (19.2%)	11 (55%)	16 (34.8%)
Disponibilité	8 (30.7%)	8 (40%)	16 (34.8%)
Pas nécessaire	7 (26.9%)	3 (15%)	10 (21.7%)
Autres	7 (26.9%)	2 (10%)	9 (19.6%)
Pas de rép.	1 (3.8%)	3 (15%)	4 (8.7%)
Autre interv. connu	3 (11.5%)		3 (6.5%)
Total	26	20	46

- Les femmes suivies par un omnipraticien ne recourent pas au gynécologue pour des raisons de disponibilité (30.7%), n'en voient pas la nécessité (26.9%), pour diverses raisons (26.9%)

et pour des motifs de qualité de relation (19.2%) avec l'intervenant; alors que pour les femmes suivies par une sage-femme, les motifs concernent principalement les qualités relationnelles de l'intervenant (55%) et sa disponibilité (40%).

Les caractéristiques perçues de l'approche de l'omnipraticien

Concernant la **pratique de l'omnipraticien** (Tableau 27), on l'associe surtout à sa "spécialisation" en médecine générale (de toute la personne et de la famille) (43.3%), à ses qualités relationnelles (positives ou négatives) (22.4%) et à diverses raisons (20.9%).

Tableau 27: Caractéristiques perçues de l'approche de l'omnipraticien

Caract.	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Groupe
Médec. gén.	8 (38.1%)	16 (61.5%)	5 (25%)	29 (43.3%)
Relation	1 (4.8%)	8 (30.7%)	6 (30%)	15 (22.4%)
Autres	6 (28.6%)	2 (7.7%)	6 (30%)	14 (20.9%)
Pas de rép.	6 (28.6%)	2 (7.7%)	4 (20%)	12 (17.9%)
Comp. + conn	3 (14.3%)	2 (7.6%)	3 (15%)	8 (11.9%)
Disponible		3 (11.5%)	2 (10%)	5 (7.5%)
Conn. antéc.		3 (11.5%)		3 (4.5%)
Groupe	21	26	20	67

En considérant chaque sous-groupe indépendamment (Tableau 27), on note que les femmes suivies par un omnipraticien perçoivent la pratique de cet intervenant comme étant très orientée vers les connaissances et l'expérience de la médecine "familiale" (elle et leur famille) (61.5%), bien qu'on souligne aussi la qualité de la relation (30.7%) dans une forte proportion.

Le sous-groupe suivi par une sage-femme associe sa perception de l'omnipratique (Tableau 27) d'abord à ses qualités relationnelles (positives ou négatives) (30%) et à diverses raisons (30%), puis à ses connaissances et son expérience de la médecine en général (25%) et finalement à ses compétences et connaissances reliées à l'obstétrique (15%). Notons, toutefois, que 20% des répondantes de ce sous-groupe n'ont pas donné suite à cette question.

Le sous-groupe suivi par un gynécologue (Tableau 27) a une perception axée sur le fait que l'omnipraticien possède des connaissances médicales générales concernant la femme et sa famille (38.1%), cependant, il faut noter que près du tiers de ce sous-groupe (28.6%) n'a pas répondu à la question et que la même proportion de répondantes qualifie la pratique de cet intervenant en des termes divers.

Les raisons de non-recours à l'omnipraticien

Si l'on regarde les raisons pour lesquelles certaines femmes (celles suivies par un gynécologue ou une sage-femme) n'ont pas eu recours à un omnipraticien (Tableau 28), on constate ce qui suit:

- Près du tiers (31.7%) de ces répondantes n'ont pas répondu à la question... probablement celles qui ont consulté un omnipraticien comme "deuxième" intervenant pendant leur grossesse (Annexe A.11).
- Plus de 60% (61.9%) de celles suivies par un gynécologue n'ont pas eu recours à cet intervenant pour diverses raisons.

- Les femmes suivies par une sage-femme n'ont pas sollicité un omnipraticien pour des raisons de disponibilité (30%) et diverses raisons (30%).

Tableau 28: Raisons de non-recours à l'omnipraticien

Raisons	Gynéco.	Sage-femme	Total
Autres	13 (61.9%)	6 (30%)	19 (46.3%)
Pas de rép.	6 (28.6%)	7 (35%)	13 (31.7%)
Disponibilité		6 (30%)	6 (14.6%)
Relation		3 (15%)	3 (7.3%)
Autre interv. connu	1 (4.8%)	1 (5%)	2 (4.9%)
Pas nécess.	1 (4.8%)		1 (2.4%)
Total	21	20	41

* Différence significative d'un sous-groupe à l'autre (Annexe F.1)

Somme toute, il semble que les femmes ne font pas nécessairement un lien entre les services en obstétrique et la pratique des omnipraticiens, et encore plus particulièrement chez celles qui ont recours au gynécologue. A noter, que la variable concernant les raisons de non-recours à l'omnipraticien est significativement différente entre ces deux sous-groupes (Annexe F).

Les caractéristiques perçues de l'approche de la sage-femme

La pratique de la sage-femme est associée en grande partie (53.7%) (Tableau 29) à l'aspect relationnel de son approche. Cette tendance se vérifie chez les trois sous-groupes, mais dans des proportions différentes.

Dans un deuxième temps, les caractéristiques les plus souvent associées à la pratique de cette intervenante sont différentes

d'un sous-groupe à l'autre. Pour les femmes suivies par un gynécologue, il s'agit de compétence et d'expérience jugées valables (19%) et du caractère non-interventionniste (14.4%), alors que pour les femmes suivies par un omnipraticien, c'est le caractère non-interventionniste de l'approche (19.2%) qui arrive en deuxième place, bien que la compétence, la sécurité, la disponibilité et le lieu d'accouchement recueillent des pourcentages semblables (15.4%).

Tableau 29: Caractéristiques perçues de l'approche de la sage-femme

Caract.	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Groupe
Relation	10 (47.6%)	10 (38.4%)	16 (80%)	36 (53.7%)
Comp. + exp.	4 (19%)	4 (15.4%)	8 (40%)	16 (23.9%)
Disponible		4 (15.4%)	9 (45%)	13 (19.4%)
Non-interv.	3 (14.4%)	5 (19.2%)	4 (20%)	12 (17.9%)
Pas de rép.	6 (28.6%)	3 (11.5%)		9 (13.4%)
Lieu d'acc.	1 (4.8%)	4 (15.4%)	2 (10%)	7 (10.4%)
- Sécurité	2 (9.5%)	4 (15.4%)		6 (9%)
Autres	3 (14.4%)	3 (11.5%)		6 (9%)
Groupe	21	26	20	67

Quant aux femmes suivies par cette intervenante, c'est la disponibilité (45%) qu'elles soulignent le plus en deuxième lieu, suivi de près par la compétence et l'expérience (40%).

Fait à noter, près de 50% (48.9%) des femmes non-suivies par une sage-femme n'ont mentionné qu'une seule caractéristique à la pratique de la sage-femme et près de 30% (28.6%) de celles suivies par un gynécologue n'ont pas répondu à la question. Rejoint-on ici une

des limites mentionnées par Sullivan et Beeman (1982), quant à la méconnaissance des autres alternatives en obstétrique par les usagères?

Les raisons de non-recours à la sage-femme

En ce qui concerne les motifs de non-recours à la sage-femme (Tableau 30), les principales raisons évoquées sont: la sécurité (57.1% chez les femmes suivies par un gynécologue et 53.8% chez les femmes suivies par un omnipraticien), et diverses autres raisons (57.7% chez les femmes suivies par un omnipraticien et 28.6% chez les femmes suivies par un gynécologue).

Tableau 30: Raisons de non-recours à la sage-femme

Raisons	Gynéco.	Omni.	Total
Sécurité	12 (57.1%)	14 (53.8%)	28 (59.6%)
Autres	6 (28.6%)	15 (57.7%)	21 (44.7%)
Pas de rép.	6 (28.6%)	1 (3.8%)	7 (14.9%)
Autre interv. connu		2 (7.6%)	2 (4.3%)
Relation	1 (4.8%)		1 (2.1%)
Total	21	26	47

En comparant la perception des différentes approches aux raisons de non-recours, on constate que les répondantes sont logiques avec leur choix, dans le sens que l'intervenant choisi ne présente pas les lacunes identifiées chez les autres intervenants. Nous sommes toutefois surpris du taux élevé de non-réponse chez les répondantes ayant eu recours au gynécologue ou à la sage-femme. Ces répondantes

étaient-elles moins informées des services offerts par les autres intervenants?

La perception de ce que "devrait" être l'offre de service

Deux questions (l'une fermée et l'autre ouverte) portant sur les qualités jugées essentielles à tout intervenant en obstétrique, ainsi que sur ce que devrait "faire et être" l'intervenant idéal, viennent étoffer cette partie sur la perception des services en obstétrique.

Parmi les qualités jugées essentielles à tout intervenant, c'est la compétence qui est la qualité la plus souvent mentionnée en premier lieu par près de 50% (48.4%) des répondantes (Tableau 31), peu importe l'intervenant choisi.

Tableau 31: Qualité la plus souvent mentionnée en premier lieu

Qualité 1	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Groupe
Compétence	11 (57.9%)	13 (50%)	6 (35.3%)	30 (48.4%)
Communic.	7 (36.8%)	8 (30.8%)	7 (41.2%)	22 (35.5%)
Expérience	1 (5.3%)	3 (11.5%)	3 (17.6%)	7 (11.3%)
Sécurité		2 (7.7%)	1 (5.9%)	3 (4.8%)
Groupe	19 (100%)	26 (100%)	17 (100%)	62 (100%)

Cette tendance se remarque aussi chez le groupe suivi par un gynécologue (57.9%) et chez celui vu par un omnipraticien (50%). Quant au groupe suivi par une sage-femme, ce sont plutôt les qualités de communication de l'intervenant qui retiennent leur préférence

(41.2%), bien que la compétence, soit une qualité assez importante à ce niveau (35.3%).

En deuxième lieu, ce sont les qualités de communication qui sont favorisées par les répondantes de l'échantillon (32.3%)(Tableau 32). La tendance est toutefois différente si l'on regarde les résultats de chaque sous-groupe.

Tableau 32: Qualité la plus souvent mentionnée en deuxième lieu

Qualité 2	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Groupe
Communic.	5 (26.3%)	8 (30.8%)	4 (23.5%)	20 (32.3%)
Disponible	4 (21.1%)	6 (23.1%)	7 (41.2%)	17 (27.4%)
Compétence	5 (26.3%)	6 (23.1%)	2 (11.8%)	13 (21%)
Expérience	4 (21.1%)	4 (15.4%)	4 (23.5%)	12 (19.4%)
Sécurité	1 (5.3%)	2 (7.7%)		3 (4.8%)
Groupe	19 (100%)	26 (100%)	17 (100%)	62 (100%)

Chez le sous-groupe suivi par un gynécologue, il est difficile de départager une qualité en particulier, puisque les qualités de communication (26.3%), de compétence (26.3%), d'expérience (21.1%) et de disponibilité (21.1%) sont cotées de façon presqu'identique. Chez les femmes suivies par un omnipraticien, ce sont les qualités de communication (30.8%) qui priment, bien que deux autres qualités semblent également importantes à leurs yeux, soient: la compétence (23.1%) et la disponibilité (23.1%). Quant au sous-groupe suivi par une sage-femme, c'est nettement la disponibilité (41.2%) qui prend ici la place principale.

En troisième lieu, c'est la disponibilité (33.9%) (Tableau 33) qui est la qualité la plus souvent soulignée par le groupe en général. Cette tendance se vérifie aussi chez les trois sous-groupes, mais on note que, dans les sous-groupes suivis par un gynécologue ou une sage-femme, l'importance accordée à chaque qualité suggérée ne permet pas vraiment d'en discriminer une en particulier.

Tableau 33: Qualité la plus souvent mentionnée en troisième lieu

Qualité 3	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Groupe
Disponible	6 (31.6%)	10 (38.5%)	5 (29.4%)	21 (33.9%)
Communic.	5 (26.3%)	4 (15.4%)	4 (23.5%)	13 (21%)
Compétence	2 (10.5%)	4 (15.4%)	4 (23.5%)	10 (16.1%)
Expérience	2 (10.5%)	5 (19.2%)	3 (17.6%)	10 (16.1%)
Sécurité	4 (21.1%)	2 (7.7%)	1 (5.9%)	7 (11.3%)
Pas de rép.		1 (3.8%)		1 (1.6%)
Groupe	19 (100%)	26 (100%)	17 (100%)	62 (100%)

En quatrième lieu, les réponses de l'échantillon (Tableau 34) ne permettent pas d'identifier une qualité en particulier, néanmoins, au niveau des sous-groupes, on remarque ce qui suit: le sous-groupe suivi par un gynécologue souligne plus particulièrement la disponibilité (42.1%), suivie de l'expérience (36.8%); le sous-groupe suivi par un omnipraticien mentionne la sécurité (38.5%), alors que les répondantes suivies par une sage-femme indiquent l'expérience (29.4%) et la sécurité (29.4%).

Tableau 34: Qualité la plus souvent mentionnée en quatrième lieu

Qualité 4	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Groupe
Disponible	8 (42.1%)	5 (19.2%)	3 (17.6%)	16 (25.8%)
Expérience	7 (36.8%)	4 (15.4%)	5 (29.4%)	16 (25.8%)
Sécurité	1 (5.3%)	10 (38.5%)	5 (29.4%)	16 (25.8%)
Compétence		1 (3.8%)	1 (5.9%)	9 (14.5%)
Communic.	1 (5.3%)	4 (15.4%)	2 (11.8%)	7 (11.3%)
Pas de rép.	1 (5.3%)	2 (7.7%)	1 (5.9%)	4 (6.5%)
Autres	1 (5.3%)			1 (1.6%)
Groupe	19 (100%)	26 (100%)	17 (100%)	62 (100%)

En cinquième lieu, on remarque une baisse de participation de 20% des répondantes (Tableau 35). Toutefois, la qualité la plus souvent mentionnée est la sécurité (40.3%). Cette tendance est la même si l'on analyse le profil de réponses de chaque sous-groupe, bien que les femmes suivies par un omnipraticien partagent leur opinion entre l'expérience (26.9%) et la sécurité (26.9%).

Tableau 35: Qualité la plus souvent mentionnée en cinquième lieu

Qualité 5	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Groupe
Sécurité	11 (57.9%)	7 (26.9%)	7 (41.2%)	25 (40.3%)
Pas de rép.	4 (21.1%)	5 (19.2%)	3 (17.6%)	12 (19.4%)
Expérience	3 (15.8%)	7 (26.9%)	1 (5.9%)	11 (17.7%)
Disponible	1 (5.3%)	5 (19.2%)	2 (11.8%)	8 (12.9%)
Compétence		1 (3.8%)	4 (23.5%)	5 (8.1%)
Communic.		1 (3.8%)		1 (1.6%)
Groupe	19 (100%)	26 (100%)	17 (100%)	62 (100%)

Il y a lieu de se demander si, pour les répondantes, l'expérience et/ou la sécurité qu'offre l'intervenant ne sont pas des qualités **synonymes** à leurs yeux, ou, du moins, qui se rejoignent.

La deuxième question, portant sur les qualités jugées essentielles à l'intervenant **idéal**, cette fois, venait ajouter un complément à l'information recherchée quant aux attentes des clientes concernant les services offerts. Cette deuxième question était ouverte et les résultats obtenus, une fois comparés à ceux de la question précédente, nous ont permis d'observer plusieurs faits.

En considérant le groupe dans son entier, on constate que près de 65% (64.2%) des répondantes (Tableau 36) ont résumé leur opinion à deux qualités essentielles, alors que seulement 35.8% de l'échantillon en décrivaient une troisième.

La qualité la plus souvent mentionnée est reliée aux qualités de communication de l'intervenant, et ce, pour 65.7% de l'échantillon; c'est également la tendance pour tous les sous-groupes, bien que chez les répondantes suivies par une sage-femme, le respect des attentes (60%) soit aussi important que les qualités de communication de l'intervenant (60%).

La qualité qui ressort le plus en deuxième lieu est le respect des attentes de la cliente (46.3%), cependant, ce ne sont pas tous les sous-groupes qui l'identifient en deuxième lieu.

Tableau 36: Qualités essentielles à l'intervenant idéal

Qualités	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Groupe
Qltés comm	12 (57.1%)	20 (76.9%)	12 (60%)	44 (65.7%)
Respect att	5 (23.8%)	14 (53.8%)	12 (60%)	31 (46.3%)
Comp.-exp+	5 (23.8%)	7 (26.9%)	7 (35%)	19 (28.4%)
Disponible	5 (23.8%)	5 (19.2%)	7 (35%)	17 (25.4%)
Pas de rép.	6 (28.6%)	1 (3.8%)	3 (15%)	10 (14.9%)
Sécurité	1 (4.8%)	4 (15.4%)	3 (15%)	8 (11.9%)
Autres	1 (4.8%)	4 (15.4%)	1 (5%)	6 (9%)
Groupe	21	26	20	67

Pour les femmes suivies par un gynécologue, la compétence, le respect des attentes et la disponibilité ont le même pourcentage de préférence chacun (23.8%), on note aussi un taux d'abstention élevé pour cette question (28.6%). Chez les répondantes suivies par un omnipraticien, c'est le respect des attentes qui prévaut (53.8%), alors que pour les répondantes vues par les sages-femmes, la compétence et la disponibilité sont au même niveau (35%).

Conclusion

A la lumière de ces résultats, il est intéressant de noter ce qui suit:

- Les qualités de compétence n'occupent pas le principal rang des qualités essentielles à l'intervenant idéal, alors que c'était la qualité la plus souvent indiquée en premier lieu dans la question fermée. Cette constatation nous ramène à la mise en garde de Holbrook et Corfman (1985, cités par PZB, 1988) concernant la qualité objective (technique) d'un service et la qualité perçue par le consommateur. La tendance que l'on remarque ici ne fait que confirmer le fait que la majorité des consommateurs ne sont pas en mesure d'évaluer la qualité "technique" d'une prestation de services et que leur évaluation

repose davantage sur des aspects relationnels de la prestation. D'autre part, il est probable que la consommatrice de services en obstétrique considère la compétence comme une qualité prérequise à la prestation du service recherché, puisqu'elle fait affaire avec des professionnels, donc des gens "reconnus" pour leur compétence dans ce champ d'exercice.

Tableau 37: Synthèse des qualités jugées essentielles à tout intervenant en obstétrique

Qlté #	Gynécologue	Omnipraticien	Sage-femme
1	Compétence (57.9%)	Compétence (50%)	Communication (41.2%) Compétence (35.3%)
2	Compétence/ Communication (26.3%)	Communication (30.8%)	Disponibilité (41.2%)
3	Disponibilité (31.6%)	Disponibilité (38.5%)	Disponibilité (29.4%)
4	Disponibilité (42.1%)	Sécurité (38.5%)	Expérience/ Sécurité (29.4%)
5	Sécurité (57.9%)	Sécurité (26.9%)	Sécurité (41.2%)

- Les femmes suivies par un gynécologue sont les répondantes les moins explicites, moins de 50% (47.6%) ont identifié une deuxième qualité jugée essentielle à l'intervenant idéal et près de 30% (28.6%) d'entre elles n'ont pas répondu à la question.

- Si l'on exclut les qualités de "compétence" du profil des répondantes, on constate que les qualités soulignées dans les deux questions se recoupent, soient: les qualités de communication, la disponibilité et l'expérience-sécurité
- D'autre part, on constate que les trois sous-groupes identifient les mêmes qualités et dans un ordre assez semblable.

La perception des services de la sage-femme comme alternative aux services offerts actuellement en obstétrique

Au niveau de la perception de la sage-femmerie comme alternative aux services offerts actuellement en obstétrique, on note qu'un peu plus de 25% (25.4%) des répondantes (Tableau 38) ne considèrent pas la sage-femmerie comme une alternative possible. De ce groupe, 12%(11.9%) sont des femmes suivies par un omnipraticien, 10.4% sont suivies par un gynécologue et 3% par une sage-femme.

Tableau 38: Raisons pour lesquelles la sage-femmerie n'est pas perçue comme une alternative valable

Raisons	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Total
Pas connais.	3 (42.9%)	3 (37.5%)		6 (35.3%)
Autres	3 (42.9%)	1 (12.5%)	2 (100%)	6 (35.3%)
Risque	1 (14.3%)	2 (25%)		3 (17.6%)
Ne voit pas		2 (25%)		2 (11.8%)
Non, s.just.	1 (14.3%)			1 (5.9%)
Groupe	7/21 (33.3%)	8/26 (30.8%)	2/20 (10%)	17/67 (25.4%)

Les principales raisons (Tableau 38) justifiant leur position concernent principalement: le manque de connaissance (35.3%) des intervenantes, diverses raisons (35.3%) et le risque perçu (17.6%).

Quant aux répondantes qui considèrent la sage-femmerie comme une alternative possible (Tableau 39) aux services actuellement offerts, elles constituent 65.7% de l'échantillon. De ce pourcentage, de répondantes favorables à la sage-femmerie comme alternative en obstétrique, 26.9% étaient suivies par une sage-femme, 23.9% par un omnipraticien et 17.9% par un gynécologue.

Les principales raisons justifiant cette perception sont: les relations humaines (34.1%), l'aspect naturel de l'approche (25%), et diverses raisons (25%); près de 20% (18.2%) des répondantes en faveur de cette approche n'ont pas justifié leur réponse.

Tableau 39: Raisons pour lesquelles la sage-femmerie est perçue comme une alternative en obstétrique

Raisons	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Total
Rel. humaine	4 (33.3%)	5 (31.3%)	6 (33.3%)	15 (34.1%)
Naturel	2 (16.7%)	6 (37.5%)	3 (16.7%)	11 (25%)
Autres	3 (25%)	5 (31.3%)	3 (16.7%)	11 (25%)
Oui, s.j.	2 (16.7%)	1 (6.2%)	5 (28.1%)	8 (18.2%)
Compl. méd.	3 (25%)	2 (12.5%)	2 (11.1%)	7 (15.9%)
Compétence		2 (12.5%)	1 (5.6%)	3 (6.8%)
Disponible		1 (6.3%)	1 (5.6%)	2 (4.5%)
Groupe	12/21 (57.1%)	16/26 (61.5%)	18/20 (90%)	44/67 (65.7%)

Encore une fois, chaque sous-groupe présente un profil particulier quant aux motifs de leur perception. Le sous-groupe suivi par un gynécologue mentionne principalement la relation humaine (33.3%). Le sous-groupe suivi par un omnipraticien note aussi la relation humaine (31.3%), mais davantage, l'aspect naturel de l'approche (37.5%) et diverses raisons (31.3%). Quant au sous-groupe suivi par une sage-femme, il mentionne surtout la relation humaine (33.3%), près de 30% (28.1%) des répondantes de ce sous-groupe ayant répondu dans l'affirmative sans justifier leur réponse.

Ainsi, bien que plusieurs femmes de l'échantillon (65.7%) voient en la sage-femmerie une alternative aux services plus traditionnels offerts en obstétrique, on ne peut dire que cette perception repose sur des motifs bien précis. En effet, il n'y a que les raisons reliées aux relations humaines qui soient particulièrement mentionnées par l'ensemble des répondantes (34.1%), plusieurs autres motifs étant soulevés dans des proportions beaucoup moindres.

Quant aux intervenants, ils soulèvent différentes raisons pouvant motiver certaines femmes à désirer la légalisation de la profession de sage-femme. Parmi celles-ci on retrouve:

- l'élargissement de la gamme des services disponibles (3/8)
- la diminution des interventions, de la médicalisation (2/8)
- une approche plus humaine, plus près de leur corps (2/8)
- une réduction des coûts personnels (2/8)
- diverses raisons (féminisme et politique, disponibilité, fausse sécurité, suivi continu global, solution idéaliste pour une situation qui ne l'est pas toujours).

Les critères de choix

Les critères de choix identifiés

Plusieurs questions portent sur cette partie de la recherche qui est, à notre avis, la plus importante, puisqu'elle touche le cœur même du "problème" auquel est confronté tout consommateur de biens ou services: les critères de choix.

Parmi une liste suggérée de critères, le critère de choix le plus souvent mentionné en premier lieu (Tableau 40) a été la disponibilité (38.3%), suivi du fait d'avoir été référée (18.3%) et de pouvoir accoucher selon ses choix (16.7%). Toutefois, la tendance générale de l'échantillon masque des réalités plus substantielles se situant au niveau des sous-groupes.

Tableau 40: Critère de choix le plus souvent mentionné (1)

Critère 1	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Total
Disponible	7 (41.2%)	12 (50%)	4 (21.1%)	23 (38.3%)
Référée	8 (47.1%)	2 (8.3%)	1 (5.3%)	11 (18.3%)
Acc. choix		1 (4.2%)	9 (47.4%)	10 (16.7%)
Personnalité	1 (5.9%)	3 (12.5%)	4 (21.1%)	8 (13.3%)
Autres	1 (5.9%)	3 (12.5%)		4 (6.7%)
Proximité		2 (8.3%)		2 (3.3%)
Sexe		1 (4.2%)	1 (5.3%)	2 (3.3%)
Total	17 (100%)	24 (100%)	19 (100%)	60 (100%)

* Différence significative d'un sous-groupe à l'autre (Annexe F.1)

Dans le sous-groupe suivi par un gynécologue, le critère de choix le plus souvent mentionné en premier lieu est le fait d'avoir été référée (47.1%), suivi de près par le critère de disponibilité

(41.2%). Chez les femmes ayant consulté surtout un omnipraticien, on constate que le premier critère de choix est la disponibilité (50%), alors que chez les femmes ayant eu recours à la sage-femme, c'est le fait de pouvoir accoucher selon ses choix (47.4%) qui importe en premier lieu. Ce résultat est significativement différent d'un sous-groupe à l'autre. (Annexe F.1)

Dans un **deuxième temps**, c'est la personnalité de l'intervenant qui serait le plus important aux yeux du groupe dans son entier (Tableau 41).

Tableau 41: Critère de choix le plus souvent mentionné (2)

Critère 2	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Total
Personnalité	7 (41.2%)	6 (25%)	6 (31.6%)	19 (31.7%)
Disponible	4 (23.5%)	4 (16.7%)	8 (42.1%)	16 (26.7%)
Acc. choix	3 (17.6%)	6 (25%)	4 (21.1%)	13 (21.7%)
Proximité	2 (11.8%)	4 (16.7%)		6 (10%)
Référée	1 (5.9%)	2 (8.3%)		3 (5%)
Sexe		2 (8.3%)	1 (5.3%)	3 (5%)
Total	17 (100%)	24 (100%)	19 (100%)	60 (100%)

Le sous-groupe suivi par un gynécologue accorde une grande importance à la personnalité de l'intervenant (41.2%), alors que celui suivi par un omnipraticien partage son point de vue entre la personnalité de l'intervenant (25%) et le fait de pouvoir accoucher selon ses choix (25%). Quant au sous-groupe ayant eu recours à une sage-femme, c'est au niveau de la disponibilité (42.1%) qu'il indique sa préférence.

Dans un **troisième temps** (Tableau 42), c'est encore le critère relié à la personnalité de l'intervenant (23.3%) qui ressort le plus, mais des différences existent entre les sous-groupes. Ainsi, le sous-groupe suivi par un gynécologue affiche la même tendance que le groupe en général avec 23.5% des répondantes, tout comme le sous-groupe suivi par une sage-femme (31.6%). Quant au sous-groupe suivi par un omnipraticien, c'est la disponibilité (25%) de l'intervenant qui est le critère important ici, bien que deux autres critères soient assez importants à ce niveau: la possibilité d'accoucher selon ses choix (20.8%) et la personnalité de l'intervenant (16.7%).

Tableau 42: Critère de choix le plus souvent mentionné (3)

Critère 3	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Total
Personnalité	4 (23.5%)	4 (16.7%)	6 (31.6%)	14 (23.3%)
Disponible	2 (11.8%)	6 (25%)	4 (21.1%)	12 (20%)
Acc. choix	3 (17.6%)	5 (20.8%)	2 (10.5%)	10 (16.7%)
Pas de rép.	3 (17.6%)	2 (8.3%)	3 (15.8%)	8 (13.3%)
Proximité	3 (17.6%)	3 (12.5%)	1 (5.3%)	7 (11.7%)
Autres	2 (11.8%)	2 (8.3%)		4 (6.7%)
Référée		1 (4.2%)	1 (5.3%)	2 (3.3%)
Sexe			2 (10.5%)	2 (3.3%)
Total	17 (100%)	24 (100%)	19 (100%)	60 (100%)

Il est important de noter qu'à partir de ce troisième critère, l'importance accordée à chacun de ceux-ci ne permet plus vraiment d'en discriminer un parmi l'ensemble et que le nombre de répondantes n'est plus très élevé, près de 45% (43.3%) de l'échantillon n'ajoute plus d'éléments nouveaux à leur réponse.

Chez les **intervenants**, les critères déterminants dans le choix des femmes sont identifiés comme suit.

- Les **sages-femmes consultées** pensent que ces critères reposent sur: l'écoute, le respect, la compétence, la disponibilité, la sécurité clinique et le bien-être.
- Le **gynécologue consulté** pense que les femmes se fient souvent à la référence d'une amie ou que c'est un choix féministe ou politique.
- Les **omnipraticiens consultés** mentionnent les critères suivants: confiance en l'intervenant (3/5), sécurité (2/5), expérience antérieure avec l'intervenant (2/5), capacité de discuter, d'expliquer, d'échanger (2/5), qualités personnelles, expérience.

Les avantages perçus par rapport à l'intervenant choisi

Une autre variable vient compléter ce bloc d'informations concernant les critères de choix des clientes, il s'agit des avantages concurrentiels qu'offrait l'intervenant choisi, compte-tenu des besoins et de la perception des usagères de services en obstétrique.

Le **principal avantage perçu** (Tableau 43) par le sous-groupe suivi par un gynécologue est la sécurité (47.6%). Le deuxième principal avantage perçu par ce sous-groupe est: la compétence et l'expérience (28.6%).

Chez les femmes suivies par un omnipraticien, c'est le fait que l'intervenant soit connu qui est considéré comme le principal

avantage (57.7%), viennent ensuite l'écoute (30.8%) et la disponibilité (30.8%).

Tableau 43: Avantages perçus chez l'intervenant choisi

Avantages	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Groupe
Ecoute	3 (14.3%)	8 (30.8%)	16 (80%)	27 (40.3%)
Interv. connu	2 (9.5%)	15 (57.7%)	2 (10%)	19 (28.4%)
Disponible	2 (9.5%)	8 (30.8%)	9 (45%)	19 (28.4%)
Sécurité	10 (47.6%)	6 (23.1%)	2 (10%)	18 (26.9%)
Comp.-exp+	6 (28.6%)	6 (23.1%)	6 (30%)	18 (26.9%)
Autres	4 (19%)	3 (11.5%)	2 (10%)	9 (13.4%)
Choix lieu	1 (4.8%)		3 (15%)	4 (6%)
Pas de rép.	3 (14.3%)		1 (5%)	4 (6%)
- d'intervent		.	2 (10%)	2 (3%)
Groupe	21	26	20	67

* Différence significative d'un sous-groupe à l'autre pour le premier avantage perçu (Annexe F.1)

Ce point de vue peut être facilement associé aux qualités de communication identifiées précédemment dans le cadre des qualités jugées essentielles à l'intervenant idéal, ainsi qu'à la personnalité et à la possibilité d'accoucher selon ses choix.

Quant aux femmes suivies par une sage-femme, c'est l'écoute (80%) qui représente l'avantage concurrentiel le plus souligné, suivi de la disponibilité (45%) et de la compétence et expérience (30%). Ces avantages rejoignent également les qualités soulignées précédemment par ce sous-groupe, telles: les qualités de communication, ainsi que le critère de choix principal: la possibilité d'accoucher selon ses choix.

Les avantages perçus par les intervenants, chez les femmes qui ont recours à leurs services, sont énoncés comme suit.

- Les **sages-femmes consultées** regroupent ces avantages autour des points suivants: continuité des soins à la cliente (2/2), disponibilité (2/2), présence du même intervenant (2/2), approche globale, durée des visites, suivi personnalisé, implication du conjoint et de la famille.
- Le **gynécologue consulté** parle de fiabilité et de sécurité.
- Les **omnipraticiens consultés** mentionnent les avantages suivants: suivi dans une optique globale de la personne et de sa famille (4/5), connaissances médicales générales, grande expérience de l'obstétrique, soins au bébé, suivi par le même médecin du début de la grossesse à l'accouchement.

Finalement, il est intéressant de comparer les critères de choix identifiés auparavant aux avantages perçus de recourir à un intervenant en particulier.

En effet, dans le cas des femmes ayant eu recours au gynécologue (Tableau 44), on note un lien entre le principal avantage perçu: la sécurité et les premiers critères de choix énumérés, soient: le fait d'être référée et la disponibilité.

Quant au critère de choix concernant la personnalité, il ne peut être jumelé à aucun avantage perçu identifié, ce qui nous laisse croire, qu'en général, les répondantes n'ont pas choisi le gynécologue pour des raisons d'ordre relationnel, mais plutôt pour des raisons de fiabilité, de sécurité.

Tableau 44: Synthèse des critères de choix et des avantages percus chez le gynécologue choisi

CRITERES DE CHOIX	(1) Référence (47.1%) *
	Disponibilité (41.2%)
	(2) Personnalité (41.2%)
AVANTAGES PERCUS	- Sécurité (47.6%) *
	- Compétence et expérience (28.6%)

Dans le cas des femmes suivies par une sage-femme (Tableau 45), certaines associations peuvent être faites, notamment en ce qui concerne la notion de disponibilité que l'on retrouve parmi les avantages perçus et les critères de choix.

Tableau 45: Synthèse des critères de choix et des avantages percus chez la sage-femme choisie

CRITERES DE CHOIX	(1) Accoucher selon ses choix (47.4%) *
	(2) Disponibilité (42.1%)
	(3) Personnalité (31.6%)
AVANTAGES PERCUS	- Ecoute (80%) *
	- Disponibilité (45%)

En ce qui concerne la notion d'écoute, nous serions davantage portés à l'associer à la personnalité de l'intervenant, qu'à la

possibilité d'accoucher selon ses choix qui correspond, selon nous, davantage à un choix relié au lieu et au type d'accouchement qu'à l'intervenante elle-même. Il faut admettre, cependant, que l'écoute des besoins et désirs de la cliente peut être une façon d'accéder aux choix que fait cette dernière concernant sa grossesse et son accouchement. Puisque la sage-femme est le seul intervenant acceptant de pratiquer à domicile, nous avons considéré que le choix d'accoucher à domicile est un facteur important dans la décision de recourir aux services d'une sage-femme, mais cela ne semble pas être le critère principal pour toutes les répondantes de ce sous-groupe. Néanmoins, une grande proportion des répondantes de ce sous-groupe (70%) mentionnait avoir des attentes particulières reliées au lieu d'accouchement (voir: tableau 49). C'est aussi ce sous-groupe qui insiste le plus sur la disponibilité de l'intervenant et on retrouve cet élément au niveau des attentes concernant les soins et le support attendus où la présence de l'intervenant fait partie des attentes principales.

Chez les femmes ayant eu recours à l'omnipraticien (Tableau 46), on note que le critère de disponibilité ressort de façon plus timide au niveau des avantages perçus. Cependant, le fait que l'intervenant soit connu semble être l'avantage perçu important chez ces femmes. Nous pourrions associer cet avantage aux critères de choix reliés à la personnalité, mais nous pensons que cet avantage est un peu plus "complexe", dans le sens qu'il sous-entend plusieurs notions: traits de personnalité de l'intervenant, connaissances de

l'histoire de la cliente et de sa famille, climat de confiance déjà établi, etc.

Tableau 46: Synthèse des critères de choix et des avantages percus chez l'omnipraticien choisi

CRITERES DE CHOIX	(1) Disponibilité (50%) *
	(2) Personnalité (25%)
	Accoucher selon ses choix (25%)
AVANTAGES PERCUS	- Intervenant connu (57.7%) *
	- Ecoute (30.8%)
	- Disponibilité (30.8%)

Quant au critère: accoucher selon ses choix, il demeure difficile à jumeler dans ce cas-ci et nous nous demandons si ce critère de choix n'est pas l'expression d'un lieu de contrôle interne manifesté par certaines répondantes de ce sous-groupe. Toutefois, l'importance accordée à ce critère est beaucoup moins grande chez les femmes de ce sous-groupe que chez celles ayant eu recours à la sage-femme (voir: tableaux 40, 41, 42), ce qui nous laisse penser que le désir de contrôle sur l'environnement physique et sur certaines procédures, lors de l'accouchement, puisse avoir une influence décisive sur le choix de l'intervenant.

L'influence de certains facteurs sur le choix de l'intervenant

Le choix du lieu d'accouchement

En comparant le lieu d'accouchement souhaité au lieu d'accouchement obtenu (Annexes D.1-2), on remarque que, dans près de 20% des cas, les femmes suivies par un gynécologue (19%) ou un omnipraticien (19.2%) ont connu des changements imprévus à ce niveau, comparativement à 5% des femmes suivies par une sage-femme; ces variables sont significativement différentes d'un sous-groupe à l'autre (Annexe F.1). Les raisons des changements concernaient principalement: les complications en cours de grossesse ou les accouchements avant terme, et, après vérification, nous constatons que ce sont principalement des primipares (15.3% (omnipraticien) et 19% (gynécologue)) qui ont été affectées par ces changements; à noter que le sous-groupe suivi par une sage-femme comportait très peu de primipares, comparativement aux deux autres sous-groupes, ce qui peut expliquer ce résultat significativement différent. Puisque les sages-femmes ne peuvent exercer en milieu hospitalier, il est possible que le choix du lieu d'accouchement soit un facteur d'influence "déterminant" pour certaines femmes.

Du côté des femmes ayant accouché avec l'aide d'une sage-femme, 80% d'entre elles ont donné naissance à la maison. Comme nous le faisions remarquer plus tôt, le fait de pouvoir accoucher à la maison pourrait représenter un critère de choix important pour certaines femmes, mais comme les sages-femmes québécoises ne peuvent pratiquer en milieu hospitalier, il nous est

impossible, ici, de vérifier l'importance du lieu d'accouchement dans le choix de l'intervenant.

Pour l'ensemble des répondantes (65.7%), la recherche d'une ambiance particulière (Tableau 47) est la principale raison qui peut motiver la femme à désirer un accouchement à domicile.

Tableau 47: Raisons pour accoucher à domicile

Raisons	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Total
Ambiance	10 (47.6%)	18 (69.2%)	16 (80%)	44 (65.7%)
Démédical.	3 (14.3%)	5 (19.2%)	5 (25%)	13 (19.4%)
Ne voit pas	3 (14.3%)	4 (15.4%)		7 (10.4%)
Contrôle	2 (9.5%)	1 (3.8%)	3 (15%)	6 (9%)
Raison pers.	3 (14.3%)	1 (3.8%)	1 (5%)	5 (7.5%)
Autres		1 (3.8%)	4 (20%)	5 (7.5%)
Pas de rép.	2 (9.5%)		2 (10%)	4 (6%)
Total	21	26	20	67

Cette tendance se vérifie chez les femmes suivies par une sage-femme (80%) ou un omnipraticien (69.2%), mais un peu moins en ce qui concerne les femmes suivies par un gynécologue (47.6%). La notion de démédicalisation est la deuxième raison la plus mentionnée par les sous-groupes (19.4%) en général.

Eléments motivant l'accouchement à domicile

Quant aux éléments recherchés par les femmes qui accouchent à domicile (Tableau 48), l'ensemble des répondantes mentionnent surtout: la dimension de contrôle (32.8%) et un milieu physique agréable (28.4%). Si l'on analyse les réponses en fonction de

chaque sous-groupe, les femmes suivies par un gynécologue mentionnent d'abord le milieu physique agréable comme élément recherché (33.3%), puis la notion de contrôle (19%). A noter que près de 25% (23.8%) de ces répondantes ne voient pas ce que les femmes recherchent en accouchant à domicile et que 19% d'entre elles n'ont pas répondu à la question. Les femmes suivies par un omnipraticien mentionnent, quant à elles, d'abord le contrôle (38.5%), puis le support affectif (30.8%).

Tableau 48: Eléments recherchés en accouchant à domicile

Eléments	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Total
Contrôle	4 (19%)	10 (38.5%)	8 (40%)	22 (32.8%)
Milieu phys.	7 (33.3%)	4 (15.4%)	8 (40%)	19 (28.4%)
Support aff.	1 (4.8%)	8 (30.8%)	5 (25%)	14 (20.9%)
Autres	3 (14.3%)	7 (26.9%)	2 (10%)	12 (17.9%)
Ne sait pas	5 (23.8%)	2 (7.7%)		7 (10.4%)
Pas de rép.	4 (19%)		3 (15%)	7 (10.4%)
Total	21	26	20	67 (100%)

Chez les répondantes suivies par une sage-femme, on accorde autant d'importance au milieu physique agréable (40%), qu'à la notion de contrôle (40%).

Chez les **intervenants consultés**, il n'y a que les sages-femmes qui acceptent de pratiquer des accouchements à domicile, elles le font dans une proportion de 50 à 60% des cas et si la grossesse et l'accouchement se présentent normalement. Cette différence de proportion par rapport à la réalité de notre échantillon

s'explique par le fait que certaines clientes (des sages-femmes consultées) peuvent préférer accoucher à l'hôpital, ou y être contraintes par les événements. Le gynécologue consulté, ainsi que les omnipraticiens, ne pratiquent pas d'accouchement à domicile, principalement pour des raisons de sécurité (complications imprévues). En ce qui concerne les accouchements en chambre des naissances, les sages-femmes n'y sont présentes qu'à titre d'accompagnantes, le gynécologue consulté n'y pratique des accouchements que dans 10% des cas et les omnipraticiens consultés dans 50% à 99% des cas.

Les attentes concernant le lieu et le déroulement de l'accouchement

Les attentes formulées quant au lieu et au déroulement de l'accouchement sont regroupées autour de deux points en particulier, soit: à l'environnement physique (hôpital, maison, chambre des naissances, etc) et au type d'accouchement (césarienne, par voies naturelles, etc). Ces données sont significativement différentes d'un sous-groupe à l'autre (voir annexe F.1).

On remarque que les femmes ayant eu recours à une sage-femme ont une opinion très centralisée autour de trois points: l'environnement, le type d'accouchement (déroulement) et l'ambiance, alors que l'opinion des deux autres sous-groupes est davantage nuancée.

Dans le sous-groupe suivi par un omnipraticien, on accorde de l'importance surtout à l'environnement physique (65.4%),

puis au type d'accouchement (30.8%), aux explications (23.1%) et à la présence de l'intervenant (19.2%); quant aux répondantes suivies par un gynécologue, leur opinion est plutôt mixte, aucun des éléments recensés n'atteignant plus de 35% d'adhérentes comparativement au profil de réponses des deux autres sous-groupes. Les deux éléments mentionnés le plus souvent sont: l'environnement physique (33.3%) et le type d'accouchement (23.8%), les autres éléments recueillant moins de 15%.

Tableau 49: Attentes par rapport au lieu et au déroulement de l'accouchement

Attentes	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Total
P/r lieu	7 (33.3%)	17 (65.4%)	14 (70%)	38 (56.7%)
P/r déroul.	5 (23.8%)	8 (30.8%)	7 (35%)	20 (29.9%)
Prés. interv.	3 (14.3%)	5 (19.2%)	3 (15%)	11 (16.4%)
Ambiance	1 (4.8%)	2 (7.7%)	6 (30%)	9 (13.4%)
Explic.	1 (4.8%)	6 (23.1%)		7 (10.4%)
Support	3 (14.3%)	3 (11.5%)	1 (5%)	7 (10.4%)
Sécurité	2 (9.5%)	3 (11.5%)	2 (10%)	7 (10.4%)
Autres	3 (14.3%)	2 (7.7%)	1 (5%)	6 (9%)
Pas de rép.	4 (19%)	1 (3.8%)	1 (5%)	6 (9%)
Total	21	26	20	67

Les attentes concernant les soins et le support attendus

Parmi les soins et le support attendus lors de l'accouchement (Tableau 50), dans l'ensemble, c'est surtout de la part de l'intervenant que l'on attend soins et support (40.3%) et la présence de l'intervenant choisi est importante pour 26.9% des répondantes. Cependant, ce profil ne correspond pas tout-à-fait au profil de chaque

sous-groupe. Les femmes suivies par un gynécologue accordent une préférence pour les soins et le support prodigues par l'intervenant (42.9%), c'est également le cas pour le sous-groupe suivi par un omnipraticien (57.7%), qui soulève aussi un intérêt pour la présence de l'intervenant (26.9%). Quant aux femmes suivies par une sage-femme, elles ont ici un profil particulier: 50% insistent sur la présence de l'intervenant, et entre 20 et 25% insistent sur les points suivants: présence du conjoint (25%), explications (25%), communication (20%), respect des attentes (20%) et autres (25%)

Tableau 50: Attentes des répondantes concernant les soins et le support attendus

Attentes	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Total
Intervenant	9 (42.9%)	15 (57.7%)	3 (15%)	27 (40.3%)
Prés. interv.	1 (4.8%)	7 (26.9%)	10 (50%)	18 (26.9%)
Autres	3 (14.3%)	3 (11.5%)	6 (30%)	12 (17.9%)
Explications	2 (9.5%)	4 (15.4%)	5 (25%)	11 (16.4%)
Conjoint	2 (9.5%)	4 (15.4%)	5 (25%)	11 (16.4%)
Communic.	2 (9.5%)	2 (7.7%)	4 (20%)	8 (11.9%)
Pas de rép.	5 (23.8%)	2 (7.7%)	1 (5%)	8 (11.9%)
Respect att.	2 (9.5%)	1 (3.8%)	4 (20%)	7 (10.4%)
Total	21	26	20	67

Pour la majorité des répondantes (77.6%), l'intervenant choisi (Annexe E.1) était au courant de leurs attentes. Dans 7.5% des cas, l'intervenant vu à l'accouchement n'était pas celui prévu antérieurement.

D'autre part, il semble que les attentes des répondantes ne se soient pas modifiées avec l'expérience, puisque 91% des répondantes disent avoir les mêmes pour le futur (Annexe E.2).

Les critères de satisfaction

Dans cette section, l'analyse des raisons de satisfaction, concernant l'intervenant rencontré et, surtout, les services reçus de cet intervenant, va nous permettre de vérifier dans quelle mesure les critères de choix (avant le service) correspondent aux raisons de satisfaction (après le service).

Les raisons de recours au même intervenant

Parmi les raisons justifiant le recours au même intervenant (Tableau 51) que lors d'une expérience antérieure, on note (chez les répondantes pour qui cela s'applique, 71.6% de l'échantillon): l'expérience antérieure avec ce même intervenant (29.2%), la satisfaction (20.8%) et diverses raisons (18.8%).

Dans chacun des sous-groupes, on remarque les tendances suivantes. Les femmes suivies par un gynécologue mentionnent surtout l'expérience antérieure (46.7%), alors que les femmes suivies par un omnipraticien identifient la satisfaction (26.7%) et l'expérience antérieure (20%). Quant aux répondantes suivies par une sage-femme, elles mentionnent surtout la satisfaction (27.8%) et l'expérience antérieure (22.2%).

Tableau 51: Raisons de loyauté (ou non) au même intervenant

Raisons	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Groupe
N S P	6 (28.6%)	11 (42.3%)	2 (10%)	19 (28.4%)
Oui (s.j.)	1 (6.7%)	2 (13.3%)	2 (11.1%)	5 (10.4%)
Exp. anté.	7 (46.7%)	3 (20%)	4 (22.2%)	14 (29.2%)
Satisfaction	1 (6.7%)	4 (26.7%)	5 (27.8%)	10 (20.8%)
Autres	1 (6.7%)		3 (16.7%)	4 (8.3%)
Pers.+comm.	2 (13.3%)		1 (5.6%)	3 (6.2%)
Non (s.j.)	1 (6.7%)	1 (6.7%)		2 (4.2%)
Autres	3 (20%)	4 (26.7%)	2 (11.1%)	9 (18.8%)
Déménagem.	1 (6.7%)	2 (13.3%)	3 (16.6%)	6 (12.5%)
Pas de rép.	1 (6.7%)		1 (5.6%)	2 (4.2%)
Groupe	15/21 (71.4%)	15/26 (57.7%)	18/20 (90%)	48/67 (71.6%)

Les raisons pour lesquelles les femmes ne retournent pas voir le même intervenant, sont de natures diverses (18.8%) ou associées au déménagement (12.5%).

La satisfaction et le suivi de grossesse

Au niveau de la satisfaction des répondantes, concernant le suivi de grossesse (Tableau 52), on constate qu'une grande proportion de l'échantillon se dit de: satisfaite à très satisfaite des services reçus (83.6%). En fait, il n'y a pas vraiment de femmes insatisfaites à ce niveau

Tableau 52: Niveau de satisfaction concernant le suivi de grossesse

Niveau	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Groupe
Très insatis.				
2				
3				
4	1 (4.8%)	1 (3.8%)		2 (3%)
5	3 (14.3%)	4 (15.4%)	1 (5%)	8 (11.9%)
6	1 (4.8%)			1 (1.5%)
Très satisf.	16 (76.2%)	21 (80.8%)	19 (95%)	56 (83.6%)
Pas de rép.				
Groupe	21 (100%)	26 (100%)	20 (100%)	67 (100%)

Les raisons de satisfaction

Afin d'approfondir la notion de satisfaction perçue, nous avons également voulu connaître les raisons expliquant le niveau de satisfaction des répondantes (Tablau 53).

Les principales raisons évoquées pour justifier cette satisfaction sont: les éléments de support, de sécurité et d'information (47.8%), les qualités de communication (40.3%), puis, la disponibilité (25.4%) et la compétence et l'expérience (25.4%).

Si on examine le profil de réponses de chaque sous-groupe, on remarque que: les qualités de communication de l'intervenant sont la principale raison mentionnée en premier lieu par les femmes suivies par une sage-femme (65%) et que l'aspect sécuritaire (support, sécurité, information) est davantage important à ce niveau pour les femmes suivies par un gynécologue (52.4%) ou un omnipraticien

(57.7%), bien que les qualités de communication soient aussi relevées par les répondantes de ces deux sous-groupes; ces résultats ne sont pas significativement différents.

Tableau 53: Raisons de satisfaction concernant le suivi de grossesse

Raisons	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Total
Supp.séc.inf.	11 (52.4%)	15 (57.7%)	6 (30%)	32 (47.8%)
Qltés comm	5 (23.8%)	9 (34.6%)	13 (65%)	27 (40.3%)
Comp.-exp.	6 (28.6%)	6 (23.1%)	5 (25%)	17 (25.4%)
Disponible	3 (14.3%)	8 (30.8%)	6 (30%)	17 (25.4%)
Autres		5 (19.2%)	2 (10%)	7 (10.4%)
Pas de rép.	3 (14.3%)	1 (3.8%)	3 (15%)	7 (10.4%)
Implic. conj.	1 (4.8%)		1 (5%)	2 (3%)
Total	21	26	20	67

* Différence non significative entre les sous-groupes.

La satisfaction et l'accouchement

Au niveau de la satisfaction des répondantes concernant les services reçus lors de l'accouchement, on constate, encore une fois, un niveau de satisfaction assez élevé (Tableau 54). En effet, 80.6% des répondantes étant de: satisfaites à très satisfaites. On remarque, cependant, que plus de 10% se classent parmi les insatisfaites. Les femmes suivies par un omnipraticien sont celles qui semblent les plus insatisfaites (19.2%), alors que celles suivies par une sage-femme semblent les plus satisfaites (85%).

En comparant les sous-groupes, on note que les femmes suivies par une sage-femme ont un profil d'opinion très peu nuancé comparativement aux deux autres sous-groupes.

Tableau 54: Niveau de satisfaction concernant l'accouchement

Niveau	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Groupe
Très insatis.	1 (4.8%)	2 (7.7%)		3 (4.5%)
2				
3		3 (11.5%)	1 (5%)	4 (6%)
4	3 (14.3%)	1 (3.8%)		4 (6%)
5	2 (9.5%)			2 (3%)
6	2 (9.5%)	5 (19.2%)	1 (5%)	8 (11.9%)
Très satisf.	13 (61.9%)	14 (53.8%)	17 (85%)	44 (65.7%)
Pas de rép.		1 (3.8%)	1 (5%)	2 (3%)
Groupe	21 (100%)	26 (100%)	20 (100%)	67 (100%)

Tout comme l'ont remarqué Sullivan et Beeman (1982), nous remarquons dans cette étude une plus grande divergence d'opinions sur les services reçus lors de l'accouchement que sur ceux reçus lors du suivi de grossesse, bien qu'il existe une certaine corrélation entre ces deux variables (Annexe H.1). L'intensité des émotions, reliée à cet événement, y est probablement pour quelque chose. Si l'on regroupe les répondantes assez et très satisfaites dans un même bloc, on constate que celles-ci représentent, à peu de chose près, le même pourcentage dans les sous-groupes suivies par un gynécologue (71.4%) ou un omnipraticien (73%). Il y aurait, toutefois, davantage d'insatisfaites chez les femmes suivies par ce dernier intervenant (19.2%). A ce propos, on note que, dans le sous-groupe suivi par un omnipraticien, plus de 25% (26.8%) des femmes n'ont rencontré le gynécologue (accoucheur) qu'au moment de l'accouchement. Cette situation "imprévue" peut, en bonne partie, expliquer le haut niveau

d'insatisfaction mentionné par ce sous-groupe, surtout lorsqu'on constate que 96.2% de ces femmes recommanderaient l'intervenant vu le plus souvent (en l'occurrence l'omnipraticien), seulement deux répondantes (7.6%) désirant recourir à un autre intervenant dans le futur (voir annexes A.9.et F.1).

Quant aux femmes ayant eu recours au gynécologue, nous demeurons surpris du faible taux d'insatisfaction manifesté par les répondantes, particulièrement après avoir noté certains commentaires lors des entrevues. En effet, bien que certaines répondantes aient exprimé des opinions fort négatives, lors de ces entrevues, elles cotaient souvent "à la hausse" les services reçus de cet intervenant. Sullivan et Beeman (1982) ont d'ailleurs souligné ce fait, qui constitue, selon eux, une limite importante à l'étude de la satisfaction chez les femmes concernant l'intervenant qui les a aidées à accoucher, puisqu'il semble que les femmes ne soient pas portées à évaluer "négativement" les services de leur intervenant, même si leur expérience fut plus ou moins positive. Peut-être que la perspective d'une grossesse, ou d'un accouchement, à risque rend davantage "conciliante" la perception des services reçus. En ce qui nous concerne, nous croyons que les femmes qui vivent une naissance ont besoin d'entretenir un souvenir "positif" de cet événement, peut-être pouvons-nous parler ici de phénomène de dissonance cognitive.

Les raisons de satisfaction lors de l'accouchement

Les raisons les plus souvent mentionnées pour justifier le niveau de satisfaction lors de l'accouchement (Tableau 55) sont, dans l'ensemble,: l'aspect sécuritaire (support, information) (37.3%) et les qualités de communication (28.4%). Cette tendance se vérifie également chez les femmes suivies par un gynécologue ou un omnipraticien, mais pas vraiment chez celles suivies par une sage-femme, où les principales raisons évoquées sont d'abord: le respect des attentes (30%), puis les qualités de communication (25%) et l'aspect support (25%) lors de l'accouchement. Il faut ici garder en considération que les éléments apportés pour justifier le niveau de satisfaction des répondantes pouvaient s'appliquer aussi à un score "d'insatisfaction", c'est pourquoi nous avons dû vérifier les motifs soulevés par les répondantes insatisfaites. La majorité de ces motifs concernait: une déficience au niveau de la communication et/ou des attitudes indésirables (ex: brusquerie, nervosité).

Chez les **intervenants**, les raisons pour lesquelles les femmes sont satisfaites de leurs services sont les suivantes:

- les **sages-femmes consultées** mentionnent le respect des choix, le support, un meilleur accueil au nouveau-né, la compétence, la disponibilité téléphonique et la connaissance de ses limites.
- le **gynécologue consulté** mentionne le contact et les résultats sans séquelle.
- les **omnipraticiens consultés** soulignent la qualité de la relation établie avec la cliente (4/5), l'expérience (2/5), le respect (2/5), la disponibilité, l'écoute, la satisfaction, la compétence et la facilité d'expliquer.

Tableau 55: Raisons de satisfaction concernant l'accouchement

Raisons	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Total
Supp.int.att.	8 (38.1%)	12 (46.2%)	5 (25%)	25 (37.3%)
Qltés comm	6 (28.6%)	8 (30.8%)	5 (25%)	19 (28.4%)
Pas de rép.	4 (19%)	5 (19.2%)	5 (25%)	14 (20.9%)
Comp.-exp.	5 (23.8%)	4 (15.4%)	3 (15%)	12 (17.9%)
Respect att.	3 (14.3%)	1 (3.8%)	6 (30%)	10 (14.9%)
Autres	1 (4.8%)	4 (15.4%)	3 (15%)	8 (11.9%)
Climat, att.	2 (9.5%)		4 (20%)	6 (9%)
Sécurité	1 (4.8%)	3 (11.5%)	2 (10%)	6 (9%)
Total	21	26	20	67

Maintenant si l'on compare les commentaires des intervenants à ceux des répondantes sur ce sujet, on constate ce qui suit:

- les sages-femmes consultées semblent avoir une bonne perception des raisons de satisfaction des femmes à l'égard de leurs services, cependant, certains éléments mentionnés par ces intervenantes n'ont pas été signalés par les usagères, tels: l'accueil au nouveau-né, la connaissance de ses limites.
- le gynécologue consulté semble bien percevoir certains éléments reliés à la satisfaction des femmes concernant ses services; il demeure toutefois difficile d'élaborer sur l'importance que les femmes de ce sous-groupe accordent au support-intérêt-attention, alors que le gynécologue mentionne le "contact"; d'autre part, "les résultats sans séquelle" s'associent bien à la notion de "compétence" (comme élément de satisfaction des femmes suivies par cet intervenant), ainsi qu'à la perception du risque.
- les omnipraticiens consultés reflètent assez bien les raisons de satisfaction que mentionnent les femmes de ce sous-groupe. Elles se situent (selon eux) autour de la

communication, du support-information-sécurité et de la disponibilité.

Le niveau de satisfaction et le SERVQUAL

Les résultats recueillis par le SERVQUAL (Tableau 56) viennent nous fournir des renseignements supplémentaires concernant les attentes et la perception des femmes à l'égard des services attendus et reçus. En effet, bien que la distribution des fréquences reliées aux différents déterminants du test (tangibilité, fiabilité, sensibilité, assurance et empathie) indique une légère différence d'un sous-groupe à l'autre, celle-ci n'est pas significative (Tableau 56, Kruskal-Wallis "attentes" et "perception"), que ce soit pour les attentes ou la perception.

On remarque, toutefois, que les femmes suivies par une sage-femme affichent une moyenne inférieure à celles des autres sous-groupes au niveau des attentes, la moyenne la plus élevée se retrouvant chez les répondantes suivies par un gynécologue. Les répondantes suivies par la sage-femme avaient-elles des attentes plus réalistes, savaient-elles davantage à quoi s'attendre? Nous serions tentés d'expliquer ceci par l'expérience de la maternité (voir: Tableau 9) qui est plus grande chez les femmes de ce sous-groupe et aussi par une certaine concision des opinions de ces répondantes concernant les différentes dimensions analysées par ce test.

Tableau 56: Evaluation de la satisfaction des répondantes par le SERVQUAL

Dimensions	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Groupe
Attentes	X=96.737 $\sigma= 5.311$	X=93.462 $\sigma= 8.140$	X=91.579 $\sigma= 6.711$	X=93.954 $\sigma= 7.138$
Perception	X=92.300 $\sigma=13.023$	X=92.538 $\sigma=10.041$	X=96.350 $\sigma= 5.373$	X=93.552 $\sigma= 9.944$
Différence	X=-2.833 $\sigma=10.596$ += 42.9% -= 42.9%	X=-0.923 $\sigma=10.722$ += 50% -= 46.2%	X=4.947 $\sigma=7.004$ +=70% -=10%	X=0.141 $\sigma=10.076$ +=50% -=35.3%
Kruskal-Wallis "Attentes"	Chi2=5.0693	Sign: .0793	Non-significatif	
Kruskal-Wallis "Perceptions"	Chi2=1.3254	Sign: .5154	Non-significatif	
Satisf./dimens.				
Tangibilité	X=-0.368 $\sigma= 2.454$ +=33.3% 0=9.5%	X=-1.385 $\sigma=4.355$ +=26.9% 0=11.5%	X=-2.158 $\sigma= 4.127$ +=20% 0= 0%	
Fiabilité	X=1.100 $\sigma=2.918$ +=33.3% 0=38.1 %	X=0.615 $\sigma=2.669$ +=30.8% 0=42.3 %	X=-0.632 $\sigma= 1.165$ += 5% 0=65%	
Sensibilité	X=0.650 $\sigma=4.452$ +=47.6% 0=14.3 %	X=0.808 $\sigma=4.147$ +=46.2% 0= 7.7 %	X=-1.421 $\sigma= 1.805$ +=10% 0=25%	
Assurance	X=1.211 $\sigma=2.992$ +=38.1% 0=33.3 %	X=0.577 $\sigma=2.212$ +=30.8% 0=42.3 %	X=-0.789 $\sigma= 1.437$ += 0% 0=60%	
Empathie	X=0.500 $\sigma=1.821$ +=23.8% 0=52.4 %	X=0.308 $\sigma=1.050$ +=23.1% 0=69.2 %	X=0.053 $\sigma=0.524$ += 5% 0=85%	

(X: Moyenne, σ : écart-type, +: pourcentage de répondantes dont les attentes excédaient la perception des services reçus, -: pourcentage de répondantes dont les attentes étaient en-deçà de leur perception des services reçus, 0: pourcentage de répondantes dont la perception des services reçus correspond aux attentes indiquées antérieurement)

(voir: Annexe G)

En effet, ce sous-groupe est celui qui obtient les écarts-types les plus faibles sur toutes les dimensions du test, sauf une. Il est possible que ces répondantes aient des attentes plus précises (lieu, type de relation avec l'intervenante, etc), et que celles-ci soient en relation étroite avec la perception qu'elles ont des caractéristiques du service offert par les sages-femmes. La présence d'un biais d'échantillonnage est également possible, puisque ces répondantes (rappelons-le) nous ont été référencées par les sages-femmes elles-mêmes. Quant à cette plus grande distribution des résultats chez les sous-groupes suivis par un omnipraticien ou un gynécologue, elle s'explique peut-être par une plus grande divergence d'opinions face à une même dimension du service. Ces femmes ont-elles des attentes "irréalistes"? Sont-elles moins bien "supportées", moins bien "informées", ou présentent-elles simplement des attentes qui ne sont pas clairement identifiées par leur intervenant?

Les raisons de satisfaction et les critères de choix

Maintenant si l'on compare ces raisons de satisfaction aux critères de choix identifiés par les répondantes (Tableaux 40, 41, 42, 43), nous constatons ce qui suit:

- les femmes ayant eu recours à la sage-femme sont

conséquentes avec leurs critères de choix et les avantages perçus à recourir à ce type d'intervenante

- les critères de choix des femmes ayant eu recours à l'omnipraticien sont également comblés par ce choix, néanmoins, le critère de pouvoir "accoucher selon ses choix" ne se vérifie pas au niveau des raisons de satisfaction, pas plus qu'au niveau des avantages perçus de recourir à cet intervenant. On remarque que le critère de disponibilité, qui semble être le plus important au niveau des critères de choix, n'est pas mentionné avec autant d'insistance au niveau des avantages perçus et des raisons de satisfaction. Autre détail, les répondantes de ce sous-groupe ont un profil très semblable à celui des femmes ayant eu recours à une sage-femme, elles ont les mêmes critères de choix (dans des proportions qui varient cependant), les avantages perçus sont également semblables, la seule différence existant au niveau du fait de "connaître l'intervenant" et les raisons de satisfaction sont aussi semblables à celles des femmes ayant obtenu les services d'une sage-femme, mise-à-part la notion du "respect des attentes" qu'elles ne mentionnent pas.

Les femmes de ce sous-groupe auraient-elles les mêmes désirs, les mêmes caractéristiques que les femmes suivies par une sage-femme, dans le sens qu'elles souhaitent un certain contrôle sur l'événement, tout en accordant une grande importance au fait de connaître l'intervenant: relation de confiance et de sécurité conformément à leurs antécédents médicaux?

- plusieurs des femmes ayant eu recours au gynécologue mentionnent avoir été "référées" à l'intervenant et ce critère semble être la contrepartie négative du critère "accoucher selon ses choix" exprimé par les répondantes des deux autres sous-groupes. Les deux autres critères mentionnés sont communs aux trois sous-groupes et sont identifiés dans des proportions semblables. Quant à l'avantage perçu de recourir au gynécologue, il correspond au principal critère de choix identifié. Les raisons de satisfaction correspondent également aux éléments soulevés plus tôt, mise-à-part la raison reliée à la communication.

Maintenant si l'on compare ces remarques aux résultats notés concernant le risque (face à la grossesse et l'accouchement) (Tableaux 18,19,20,21) et la perception des approches des différents intervenants (Tableaux 25,27,29), on constate que:

- la perception des répondantes suivies par un gynécologue, face au risque et aux approches non-utilisées, suit une logique guidée par le besoin de sécurité principalement. La perception de la pratique des omnipraticiens en obstétrique semble toutefois être une zone "grise", puisque les raisons évoquées de non-recours à cet intervenant sont particulièrement variées. Les taux de non-réponses sont particulièrement élevés dans ce sous-groupe.
- les répondantes du sous-groupe suivies par un omnipraticien ont une perception moins dramatique du risque, mais on associe ceci en grande partie aux capacités médicales, ce qui vient confirmer les raisons de non-recours à la sage-femme, tout en ne reconnaissant pas l'utilité de recourir à un gynécologue. Toutefois, l'importance et la variété des autres raisons mentionnées pour ne pas recourir au gynécologue et pour recourir à l'omnipraticien nous signalent que ces répondantes accordent néanmoins assez d'importance à la relation qu'elles entretiennent avec leur intervenant (médecin de famille, relation, disponibilité).
- les répondantes du sous-groupe suivi par une sage-femme ont une notion du risque qui semble différente des deux autres sous-groupes et il est clair que les qualités relationnelle de l'intervenant sont particulièrement importantes pour elles. Cependant, il est probable que, pour certaines d'entre elles, d'autres facteurs viennent influencer leur choix, plus particulièrement: le lieu de contrôle et/ou le choix du lieu d'accouchement et le besoin de support social particulier.

La satisfaction et les services actuellement offerts en obstétrique

En ce qui concerne la satisfaction par rapport aux services actuellement offerts en obstétrique (Tableau 57), on constate que la majorité des femmes suivies par un gynécologue (95.2%) ou un omnipraticien (88.5%) sont satisfaites des services actuellement dispensés, comparativement à 25% des femmes suivies par une sage-femme; ces différences sont significativement différentes d'un sous-groupe à l'autre (Annexe F.1).

Parmi les répondantes qui ne sont pas satisfaites (Tableau 57), on suggère principalement d'intégrer les sages-femmes au réseau (11.9%), d'améliorer les qualités de communication (7.5%) et diverses solutions (9%); mentionnons que les deux premières suggestions sont soulevées surtout par les femmes suivies par une sage-femme.

Tableau 57: Satisfaction des répondantes face aux services offerts actuellement en obstétrique

Raisons	Gynéco.	Omni.	Sage-fem.	Total
Oui	20 (95.2%)	23 (88.5%)	5 (25%)	48 (71.6%)
Non (s.j.)			1 (5%)	1 (1.5%)
Intégrer sf		1 (3.8%)	7 (35%)	8 (11.9%)
Autres		2 (7.7%)	4 (20%)	6 (9%)
Communíc.			5 (25%)	5 (7.5%)
Augment.#	1 (4.8%)	1 (3.8%)		2 (3%)
Pas de rép.			1 (5%)	1 (1.5%)
Total	21	26	20	67

* Significativement différent (voir annexe F.1)

Maintenant, si l'on compare les résultats précédents aux suggestions mentionnées par les répondantes pour une plus grande humanisation des soins en obstétrique (Tableau 58), on note que la plupart de celles-ci concernent des améliorations au niveau de l'information fournie par l'intervenant (53.7%) et de la communication (47.8%).

Tableau 58: Suggestions pour une plus grande humanisation des soins en obstétrique

Critères	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Groupe
Information	15 (71.4%)	13 (50%)	8 (40%)	36 (53.7%)
Communicat	7 (33.3%)	15 (57.7%)	10 (50%)	32 (47.8%)
- intervent.	2 (9.5%)	6 (23.1%)	7 (35%)	15 (22.4%)
Disponible	2 (9.5%)	3 (11.5%)	3 (15%)	8 (11.9%)
Pas de rép.	3 (14.3%)	2 (7.7%)	2 (10%)	7 (10.4%)
Lieu d'acc.		4 (15.4%)	2 (10%)	6 (9%)
Sage-femme		1 (3.8%)	2 (10%)	3 (4.5%)
Autres	1 (4.8%)	1 (3.8%)	1 (5%)	3 (4.5%)
Groupe	21	26	20	67

Cette tendance est la même chez les femmes suivies par un gynécologue, tandis que chez les deux autres sous-groupes ce sont les mêmes éléments qui sont identifiés mais dans l'ordre inverse.

Quand on analyse ce qui précède, on remarque que l'amélioration de la satisfaction par rapport aux services actuellement offerts en obstétrique repose essentiellement sur l'amélioration de la relation que les répondantes souhaitent entretenir avec l'intervenant choisi, ou vu, en pareille circonstance, et, plus

particulièrement, au niveau des informations à fournir. L'opinion des trois sous-groupes est assez semblable à ce niveau.

Chez les intervenants, on voit l'humanisation des soins en obstétrique comme suit:

- Les **sages-femmes consultées** parlent surtout de respect de la cliente et de ses choix (attentes), de support, d'écoute, d'accueil au nouveau-né.
- Le **gynécologue consulté** mentionne la politesse, la propreté, le contact et les connaissances.
- Quant aux **omnipraticiens consultés**, ils soulignent surtout: les explications et l'information fournies par rapport aux événements et par rapport aux gestes exécutés (3/5), le contact avec la mère (3/5), l'environnement (sécurité, confort, intimité pour le couple) (2/5), le respect des attentes de la cliente et du processus d'accouchement, ne pas faire de promesses.

Quant à la "façon d'être ou de faire" qui puisse mener à cette humanisation des soins en obstétrique, les omnipraticiens l'identifient surtout à l'écoute, à l'information fournie et à la relation établie avec la cliente; les autres intervenants n'ayant pas vraiment répondu à cette question.

CHAPITRE IV

CONCLUSIONS

Les résultats de cette recherche nous ont permis d'identifier plusieurs éléments concernant le choix des femmes face aux offres de services en obstétrique. Bien que nous ne puissions ignorer les contraintes méthodologiques auxquelles nous avons dû nous plier (taille de l'échantillon, méthode d'échantillonnage), nous remarquons que certains de nos résultats ouvrent la porte à des hypothèses tout-à-fait réalistes, compte-tenu du contexte socio-politique dans lequel se situent actuellement ces services au Québec (Rf. Réforme de la loi sur les services de santé et les services sociaux, intégration des projets-pilotes sages-femmes). Les lignes qui suivent sont donc un bref survol des résultats obtenus lors de cette recherche. Nous souhaitons que ceux-ci apportent un nouvel éclairage au dossier des soins en obstétrique au Québec.

Ainsi, le geste de "donner naissance" semble refléter des **valeurs** assez semblables chez les femmes, peu importe l'intervenant qu'elles auront choisi pour les accompagner lors de cet événement. Toutefois, si le niveau de risque perçu en rapport avec la grossesse et/ou l'accouchement n'est pas significativement différent chez les femmes ayant eu recours à différents intervenants, les raisons justifiant cette perception ont un profil différent chez les femmes suivies par

une sage-femme, bien que cette différence ne soit pas significative. Ainsi, chez les répondantes suivies par une sage-femme, les raisons associées à la perception du risque ne sont pratiquement pas reliées aux capacités médicales actuelles, mais plutôt au caractère naturel de l'événement et à la disponibilité du support de l'intervenant. Ces femmes auraient-elles davantage besoin de support social, que de support clinique? En fait, une analyse des types d'intervenants consultés (Annexe A.11) par ces répondantes nous suggère l'interprétation suivante. À savoir, qu'en général, les femmes suivies par une sage-femme font une évaluation plutôt positive du risque associé à la grossesse et à l'accouchement, mais que cette évaluation se traduit par deux comportements différents: celui d'avoir recours à un seul intervenant, dans un but principal de support social, ou, celui d'avoir recours, en plus, à un deuxième intervenant-médecin, dans un but de support clinique supplémentaire. Ce dernier comportement permettant à la cliente de confirmer sa perception "positive" du risque.

Cette interprétation nous permet également de situer la perception des femmes des deux autres sous-groupes. Les femmes suivies surtout par un gynécologue accorderaient une plus grande importance au support clinique, alors que les répondantes suivies par un omnipraticien présenteraient un profil mixte (semblable à celui des femmes suivies par une sage-femme et ayant recours à un deuxième intervenant-médecin) où le support clinique occupe une

place assez importante, bien qu'on y manifeste un réel besoin de support social.

Au niveau des critères de choix, on constate que plusieurs d'entre eux sont communs aux trois sous-groupes: disponibilité, personnalité. Une différence existe cependant au niveau du premier critère mentionné, ce qui nous laisse croire que les répondantes ont choisi leur intervenant en fonction d'attributs (critères de choix) semblables, mais selon un modèle "lexicographique" (Dussart, 1983), où les critères de choix sont considérés du plus important au moins important.

On note, d'autre part, que le premier critère de choix retenu par chacun des sous-groupes est compatible avec le principal avantage perçu de recourir à l'intervenant choisi. Dans le cas des répondantes suivies par un gynécologue, on note l'importance accordée à la sécurité, chez les répondantes suivies par un omnipraticien, c'est le fait de connaître l'intervenant, alors que chez les femmes suivies par une sage-femme, c'est le respect de leurs choix. En définitive, on constate que cette partie s'insère bien aux conclusions portées sur les valeurs et les caractéristiques de l'individu, et ce, pour chaque sous-groupe. Cependant, compte-tenu du fait que les sages-femmes québécoises ne peuvent exercer en milieu hospitalier, nous pensons que, pour certaines femmes, le choix du lieu d'accouchement puisse être un facteur particulièrement influant dans leur choix.

d'intervenant, malheureusement, cette étude ne peut nous fournir d'information à ce sujet.

Le niveau de **satisfaction** des répondantes concernant les services reçus (Tableaux 52, 54) en obstétrique n'est pas significativement différent d'un sous-groupe à l'autre, et, comme nous le faisions remarquer plus tôt, il doit être considéré avec prudence compte-tenu de la méthode d'échantillonnage utilisée. Néanmoins, les résultats obtenus montrent, qu'en général, les répondantes sont assez satisfaites de ceux-ci et que les raisons justifiant le niveau de satisfaction (ou d'insatisfaction) correspondent en général aux valeurs et aux critères de choix identifiés par les répondantes. Ces raisons concernent principalement le support, le respect des attentes, les qualités de communication de l'intervenant et la disponibilité. Fait à remarquer, les raisons associées à une insatisfaction lors de l'accouchement concernent principalement les qualités de communication de l'intervenant, cette remarque s'adressant (dans le contexte de cette étude) particulièrement aux gynécologues.

Au niveau des **caractéristiques des répondantes**, on note que très peu de ces variables semblent exercer une influence sur le choix d'un intervenant plutôt qu'un autre. Néanmoins, l'utilisation plus ou moins marquée de thérapies alternatives pour la santé en général, l'expérience de la maternité (nombre d'accouchements) et la recherche d'information sont des variables ayant obtenu des résultats

significativement différents d'un sous-groupe à l'autre. Par ailleurs, l'utilisation plus marquée des thérapies alternatives chez les répondantes ayant eu recours à la sage-femme, ainsi que les raisons justifiant cette utilisation, ne font que renforcer l'hypothèse d'un "lieu de contrôle", d'un "désir de contrôler sa santé", plus remarquable chez les femmes ayant recours à des approches moins traditionnelles en obstétrique (Fullerton, 1982; Aaronson, 1987; Rising, 1975, cité par Chute, 1985). Ces caractéristiques personnelles s'intègrent bien dans le continuum "support social vs support clinique" remarqué plus tôt. Ainsi, plus la personne manifeste un grand besoin de support social et plus elle utiliserait les approches plus "naturelles", moins cliniques. La tendance se remarque chez les trois sous-groupes, conformément à leur perception du risque et de la pratique de l'intervenant choisi. L'expérience de la maternité, bien que significativement différente d'un sous-groupe à l'autre, n'évolue pas dans le sens prévu. En effet, bien que les femmes vues par une sage-femme affichent un ratio de maternité supérieur aux femmes des deux autres sous-groupes, nous sommes surpris de constater que les femmes vues par un gynécologue aient un ratio supérieur à celui des femmes suivies par un omnipraticien ($r=1.92$). Nous pensions que l'expérience de la maternité pouvait expliquer le recours à des intervenants moins agressifs, davantage axés sur le support social. Il serait intéressant de vérifier ceci auprès d'un échantillon plus considérable.

Finalement, on remarque qu'il existe peu de différence au niveau des critères de choix des répondantes, peu importe l'intervenant choisi. En fait, c'est l'éventualité d'une grossesse, ou d'un accouchement, à risques qui donne un profil particulier aux critères de choix des répondantes ayant eu recours au gynécologue. Quant au profil des répondantes ayant eu recours principalement aux sages-femmes, c'est l'importance accordée au "respect de leurs choix" qui le différencie.

Considérant que les valeurs associées à la naissance ne sont pas vraiment différentes d'un sous-groupe à l'autre et que les critères de satisfaction reflètent assez bien les critères de choix identifiés par chaque sous-groupe, il est fort probable que la demande pour ces trois approches différentes (gynécologie-obstétrique, omnipratique et sage-femmerie) naîsse d'attitudes et/ou de caractéristiques personnelles particulières et, pour un certain pourcentage de femmes, de contraintes gynécologiques réelles. Puisque la clientèle de chaque type d'intervenant est mixte (c'est-à-dire qu'on ne retrouve pas que des femmes ayant des problèmes gynécologiques chez le gynécologue, etc.), nous pensons que certaines attitudes, plus particulièrement celles reliées à la gestion de sa santé, sont susceptibles de fournir de bons repères quant à l'allégeance de la femme pour une approche en particulier. En effet, puisque la grossesse et la naissance ne sont pas perçus comme des événements médicaux (sauf dans certains cas particuliers), mais plutôt comme des événements sociaux très importants...et plutôt rares, le support recherché par les femmes sera

fonction du niveau d'anxiété (Reynolds, 1988) vécue par celles-ci et, parallèlement, de leur façon de gérer leur santé en général. Ce support recherché se situerait donc sur un continuum: support clinique vs support social, où les femmes les plus insécurisées, et/ou faisant davantage confiance aux intervenants (lieu de contrôle externe) pour leur santé, rechercheraient surtout du support clinique, à l'inverse des femmes qui affichent une plus grande confiance face à l'événement (grossesse-accouchement) et/ou qui manifestent davantage le désir de "contrôler" leur santé, à tout le moins d'y participer (lieu de contrôle interne). Ces deux pôles se retrouvent dans notre étude et nous constatons qu'il existe aussi plusieurs combinaisons se situant entre ces deux pôles, peu importe l'intervenant choisi.

Les résultats de la présente recherche suscitent donc plusieurs questions, à savoir:

1) Les services actuellement disponibles en obstétrique par le biais de la RAMQ, présentent-ils des faiblesses importantes au niveau des qualités de "contact" (support social) avec les clientes?

2) Y a-t-il certaines "valeurs", concernant la naissance, ou simplement la santé, qui auraient changé au cours des dernières années, et auxquelles certains types d'intervenants n'accordent pas assez d'importance actuellement?

3) Est-ce que l'intégration d'un nouvel intervenant en obstétrique dans le réseau de la RAMQ répond à un besoin, réel ou ponctuel?

Etant donné le contexte actuel dans lequel s'inscrivent les services en obstétrique au Québec, nous pensons que la présente étude fournit des éléments d'éclairage importants concernant le perception de ces services par la clientèle. La clientèle...l'a-t-on oubliée? Sans elle, le service ne peut exister (Eiglier et Langeard, 1987) et dans tous ces discours sur la réforme des services de santé et l'intégration des sages-femmes au réseau de santé, il nous semble que nous l'entendons trop peu!

REFERENCES

- Aaronson, S. L. Nurse-Midwives and Obstétricians: Alternatives Models of Care and Client "fit". Research in Nursing and Health, 1987, 10, 217-226.
- Ahtola, O.T. New Views on Services Marketing Concepts, Services Marketing in a Changing Environment. Proceedings Series, A&M University, 1985.
- Artschwager Kay, M. Ethnography of Birth. In Artschwager Kay, M. (Ed.) Anthropology of the Human Birth. Philadelphia: F.A. Davis Company, 1982.
- Battle, Esther S. et Rotter, Julian B. In Rotter, J.B., Chance, J.E. et Phares, E.J. (Ed.) Applications of a Social Learning Theory of Personnalité. Holt, Rinehart and Winston Inc., 1972.
- Berry, L.L. Services Marketing Is Different. In Lovelock, C.H. (Ed.) Services Marketing. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1984.
- Berry, L.L., Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. The Service-Quality Puzzle. Business Horizons, 1988, 31, 35-43.
- Bérubé, R., Bolduc, M., Proulx, J.F. Rapport d'une étude sur la satisfaction des Esquimaux vis-à-vis les services de santé au Nouveau-Québec. Québec, septembre 1971.
- Bitran, G.R. et Hoech, J. The Humanization of Service: Respect at the moment of Thruth. Sloan Management Review, 1990, winter.
- Booms, B.H., Bitner, M.J. Mkg Strategies and Organizations Structures for Service Firms. Procedings Series AMA, Chicago, 1981.

- Brown, J.R., Fern,E.F. Goods vs Services Mkg: A Divergent Perspective. Proceedings Series AMA, University of New-York (Buffalo), 1981.
- Bryce, Robert. Social and Midwifery Support. Baillière's Clinical Obstetrics and Gynaecology, 1990, 4, 77-88.
- Carman, J.M. Consumer Perceptions of Service Quality: An Assessment of the Servqual Dimensions. Journal of Retailing, 1990, 66, 33-55.
- Chamberlain, M., Soderstrom,B., Kaitell, C. et Stewart, P. Consumer interest in alternative to physician-centred hospital birth in Ottawa. Midwifery, 1991, 7, 74-81.
- Chute, G.E. Expectation and Experience in Alternative and Conventional Birth. JOGNN, 1985, janvier-février.
- Cohen, R.L., A Comparative Study of Women Choosing Two Different Childbirth Alternatives. Birth, 1982, 9.
- Comité de travail sur la pratique des sages-femmes au Québec. La périnatalité au Québec. Etude d'un moyen pour atteindre les objectifs: la pratique des sages-femmes. Juillet 1987.
- Contandriopoulos, A.P. La logique de production et l'utilisation des services médicaux. Administration Hospitalière et Sociale, , 1983, mai-juin.
- Denis, J-L. Les déterminants non-techniques de la qualité des soins. Le Médecin du Québec, 1984, novembre.
- DiMatteo, M.R. A Social-Psychological Analysis of Physician-Patient Rapport: Toward A Science of the Art of Medicine. Journal of Social Issues, 1979, 35.
- Drew, N.C., Salmon, P., Webb, L. Mothers', midwives' and obstetricians' views on the features of obstetrics care which influence satisfaction with childbirth. British Journal of Obstetrics and Gynecology, 1989, 96, 1084-1088.
- Dussart, C. et al. Unique Characteristics of Services Marketing: Strategic Consequences. Proceeding of AMA, Université d'Ottawa, 1986.

- Dussart, C. Comportement du consommateur. McGraw-Hill, Collection administration, 1983.
- Eiglier, P., Langéard, E. SERVUCTION, le marketing de services. McGraw-Hill, Stratégie et Management, 1987.
- Fine, S.H.. Beyond Money: The Concept of Social Price. Proceedings Series AMA, Chicago, 1981.
- Friedman, H., DiMatteo, M. R. Health Psychology. New-Jersey: Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1989.
- Fullerton, Judith D. Townsend. The Choice of in-hospital or alternative Birth Environment as related to the Concept of Control. Journal of Nurse-Midwifery, 1982, 27, 17-22.
- Gélis, J. La sage-femme ou le médecin. Fayard, 1988.
- Groupe Profil. Les naissances de la région socio-sanitaire 04. Profil, Cahiers statistiques, 1990, 6.
- Gummesson, E. The Marketing of Professional Services (25 propositions). Proceedings Series AMA, Chicago, 1981.
- Huton, E. The Importance of the Midwife: Women's Memories of Pregnancy, labor and the Postnatal Period. Midwives Chronicles and Nursing Notes, 1988, 101, 273-274.
- Jacoby, Ann. Women's preferences for and satisfaction with current procedures in childbirth - findings from a national study. Midwifery, 1987, 3, 117-124.
- Jeffcoate, N. Principles of Gynaecology. Butterworths, London and Boston, 1975.
- Joyal, André et Léger, Roger. Alternatives d'ici et d'ailleurs. Arthabaska: Editions du Fleuve, collection Alternatives, 1989.
- Klee, Linnea. Home away from home: The alternative birth center. Social Sciences and Medicine, 1986, 23, 9-16.

- Laforce, Hélène. L'accouchement traditionnel: d'hier à aujourd'hui. In Saillant, F. et O'Neill, M. (Ed.) Accoucher Autrement. Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec. Montréal: Editions St-Martin, 1987.
- Lambin, J.J. Le marketing stratégique. Paris: McGraw-Hill, 1986.
- Laurendeau, France. La médicalisation de l'accouchement. In Saillant, F. et O'Neill, M. (Ed.) Accoucher Autrement. Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec. Montréal: Editions St-Martin, 1987.
- Leichner, P. et Perreault, M. Développement et validation d'une échelle multi-dimensionnelle de satisfaction de patients de services d'hospitalisation en psychiatrie. Centre de Psychiatrie communautaire (C.H Douglas). Montréal, avril 1990.
- Lemieux, P., Benoît, A., Cherniak, D., Desmarais, J-L., Klein, M. et Labrecque, M. Rapport de la commission d'étude sur l'omnipraticien et la périnatalité. FMOQ, septembre 1988.
- Lovelock, C.H. Why Marketing Management needs to be Different for Services? Proceeding Series AMA, Harvard University (Chicago), 1981.
- Lovelock, C.H., Langeard, E., Bateson, J.E.G. et Eiglier, P. Some Organizational Problems facing Marketing in the Services Sector, Proceedings Series AMA, Chicago, 1981.
- Mackey, Marlene C. Women's choice of Childbirth Setting. Health Care for Women International, 1990, 11, 175-179.
- Manuel des Médecins Omnipraticiens. Régie de l'Assurance-Maladie et d'Hospitalisation. Publié par la RAMQ. Mise à jour: 28.06.92.
- Manuel des Médecins Spécialistes. Régie de l'Assurance-Maladie et d'Hospitalisation. Publié par la RAMQ. -
- McCaffery, M. Why Women wants Midwives? Canadian Family Physician, 1984, 30. (editorial)

- Mispelblom, Frederick. Le secret des services: les clients, acteurs autant qu'objets de travail. Revue Française du Marketing, 1991, 134, 25-33.
- Oakley, A. Who cares for women? Midwives Chronicles, 1989, 102, 214-221. (editorial)
- Parasuramal, A., Zeithaml, V.A., Berry, L.L. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. Journal of Marketing, 1985, 49, 41-50.
- Parasuramal, A., Zeithaml, V.A., Berry, L.L. SERVQUAL: A multiple-Items Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. Journal of Retailing, 1988, 64, 12-40.
- Perreault, R. et Laurendeau, M.C. Les besoins de service en psychiatrie: une comparaison diachronique des perceptions des patients. Hôpital Sacré-Coeur et Université de Montréal, Montréal. Septembre 1982.
- Pritchard, J.A. et Macdonald, P.C. Williams Obstetrics. New-York: Appleton-Century-Crofts, 1980 (Sixteen edition).
- Quéniart, A. La technologie: une réponse à l'insécurité des femmes. In Saillant, F. et O'Neill, M. (Ed.) Accoucher Autrement. Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec. Montréal: Editions St-Martin, 1987.
- Rackel, R.E. Textbook of Family Practice. W.B. Saunders Company, 1990 (4th edition).
- Réseau d'Action pour une Santé Intégrale (RAPS). Pour un véritable système de santé au Québec. Alternatives d'ici et d'ailleurs. Arthabaska: Editions du Fleuve, collection Alternatives, 1989
- Reynolds, J.L. Obstétrique en omnipratique. Le Médecin de famille canadien, 1991, 37, 1824-1825.
- Reynolds, J.L. Great Expectations: The Doctor-Patient Relationship in Obstetrics. Canadian Family Physician, 1989, 35, 115-118.
- Reynolds, J.L. Anxiété et accouchement. Canadian Family Physician, 1988, 34, 1841-1843.

- Richards, M.P.M. The Trouble with "Choice" in Childbirth. Birth, 1982, 9.
- Saillant, F., Desjardins,D., O'Neill, M. Portrait de la clientèle d'une nouvelle sage-femme au Québec. Université Laval, 1986.
- Saillant, F. et O'Neill, M. Accoucher Autrement: Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec. Montréal: Editions St-Martin, 1987.
- Savard, S. Accoucher à l'hôpital: où en sommes-nous aujourd'hui? In Saillant, F. et O'Neill, M. (Ed.) Accoucher autrement: Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec. Montréal: Editions St-Martin, 1987.
- Shostack, G.L. Service Positioning Through Structural Change. Journal of Marketing, 1987, 51.
- Sullivan, D.A., et Beeman, R. Satisfaction with Maternity Care. Medical Care, 1982, 20, 321-330.
- Thompson, W.G. Alternatives to Medicine. Canadian Medical Association Journal, 1990, 142, 105.
- Vandam, S., Anderson, M.S. et Bauwens, E.E. An ethnology of home birth. In Artschwager Kay, M. (Ed.) Anthropology of the Human Birth. Philadelphia: F.A. Davis Company, 1982.
- Van Gennep, A. Les rites de passage. Paris: Editions A.J. Picard, 1981.
- Zeithaml, V.A. How consumer evaluation processes differ between goods and services. Proceedings Series AMA, Chicago, 1981.
- Zeithaml, V.A., Parasuraman, A., Berry, L.L. Problems and Strategies in Services Marketing. Journal of Marketing, 1985, 49.

ANNEXES

A) Intervenants rencontrés

1. Fréquence des rencontres avec les intervenants chez les répondantes suivies surtout par un gynécologue

Fréquence	Gynéco.	Omni.	Sage-femme
-4 fois	1 (4.8%)	2 (9.5%)	1 (4.8%)
4-8 fois	8 (38.1%)	1 (4.8%)	
+ de 9 fois	12 (57.1%)		
Pas vu		16 (76.2%)	20 (95.2%)
Pas de rép.		2 (9.5%)	
Total	21 (100%)	21 (100%)	21 (100%)

2. Fréquence des rencontres avec les intervenants chez les répondantes suivies surtout par un omnipraticien

Fréquence	Gynéco.	Omni.	Sage-femme
-4 fois	3 (11.5%)		
4-8 fois		12 (46.2%)	
+ de 9 fois		14 (53.8%)	
Pas vu	16 (61.5%)		24 (92.3%)
A l'acc.seul.	7 (26.9%)		
Pas de rép.			2 (7.7%)
Total	26 (100%)	26 (100%)	26 (100%)

3. Fréquence des rencontres avec les intervenants chez les répondantes suivies surtout par une sage-femme

Fréquence	Gynéco.	Omni.	Sage-femme
-4 fois	7 (35%)	4 (20%)	2 (10%)
4-8 fois		6 (30%)	7 (35%)
+ de 9 fois			10 (50%)
Pas vu	12 (60%)	9 (45%)	
A l'acc. seul.			
Pas de rép.	1 (5%)	1 (5%)	1 (5%)
Total	20 (100%)	20 (100%)	20 (100%)

4. Contexte du choix de l'intervenant rencontré par les répondantes suivies surtout par un gynécologue

Intervenant	Gynéco.	Omni.	Sage-femme
Choisi	4 (19%)	3 (14.3%)	
Référé	1 (4.8%)		
A l'acc. seul.			
Pas vu		2 (9.5%)	20 (95.2%)
Pas de rép.	16 (76.2%)	16 (76.2%)	1 (5%)
Total	21 (100%)	21 (100%)	21 (100%)

5. Contexte du choix de l'intervenant rencontré par les répondantes suivies surtout par un omnipraticien

Intervenant	Gynéco.	Omni.	Sage-femme
Choisi	1 (5%)	7 (35%)	19 (95%)
Référé	6 (30%)	3 (15%)	1 (5%)
A l'acc. seul.			
Pas vu	7 (35%)	5 (25%)	
Pas de rép.	6 (30%)	5 (25%)	
Total	20 (100%)	20 (100%)	20 (100%)

6. Contexte du choix de l'intervenant rencontré par les répondantes suivies surtout par une sage-femme

Intervenant	Gynéco.	Omni.	Sage-femme
Choisi	1 (5%)	7 (35%)	19 (95%)
Référé	6 (30%)	3 (15%)	1 (5%)
A l'acc. seul.			
Pas vu	7 (35%)	5 (25%)	
Pas de rép.	6 (30%)	5 (25%)	
Total	20 (100%)	20 (100%)	20 (100%)

7. Recommanderiez-vous l'intervenant vu le plus souvent?

Opinion	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Total
Oui	21 (100%)	25 (96.2%)	20 (100%)	66 (98.5%)
Pas de rép.		1 (3.8%)		1 (1.5%)
Total	21 (100%)	26 (100%)	20 (100%)	67 (100%)

8. Si votre choix est différent de la dernière grossesse, pourquoi?

Raisons	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Total
Exp.déroul.		1 (3.8%)		1 (1.5%)
Exp.interv.		1 (3.8%)		1 (1.5%)
Pas de rép.	21 (100%)	24 (92.3%)	20 (100%)	65 (97%)
Total	21 (100%)	26 (100%)	20 (100%)	67 (100%)

9. Choix futur d'intervenant

Choix	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Total
Gynécologue		1 (3.8%)		1 (1.5%)
Omnipratic.		1 (3.8%)		1 (1.5%)
Sage-femme	1 (3.8%)		2 (10%)	3 (4.5%)
Pas de rép.	20 (95.2%)	24 (92.3%)	18 (90%)	62 (92.5%)
Total	21 (100%)	26 (100%)	20 (100%)	67 (100%)

10. Intervenant rencontré le plus souvent

Intervenant	Gynéco.	Omni.	Sage-femme
Gynéco.	18 (85.7%)	1 (3.8%)	
Omni.		23 (88.5%)	
Sage-femme			20 (100%)
Pas de rép.	3 (14.3%)	2 (7.7%)	
Total	21 (100%)	26 (100%)	20 (100%)

11. Deuxième intervenant rencontré

Intervenant	Gynéco.	Omni.	Sage-femme
Gynéco.	4 (19%)	8 (30.8%)	4 (20%)
Omni.	2 (9.5%)	3 (11.5%)	6 (30%)
Sage-femme			4 (20%)
Pas de 2 ^e	15 (71.4%)	15 (57.7%)	6 (30%)
Total	21 (100%)	26 (100%)	20 (100%)

12. Intervenant consulté pour la santé en général

Intervenant	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Total
Spécialiste	1 (4.8%)	1 (3.8%)	3 (15%)	5 (7.5%)
Omniprat.	18 (85.7%)	24 (92.3%)	8 (40%)	50 (74.6%)
Spéc.+omni.	1 (4.8%)	1 (3.8%)		2 (3%)
Omni.+m.alt.	1 (4.8%)		4 (20%)	5 (7.5%)
Autres			5 (25%)	5 (7.5%)
Total	21 (100%)	26 (100%)	20 (100%)	67 (100%)

B) Caractéristiques des répondantes

1. Revenu familial

Revenu	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Groupe
Pas de rép.	2 (9.5%)			2 (3%)
- 12 000\$			2 (10%)	2 (3%)
12-20 000\$	5 (23.8%)	4 (15.4%)	5 (25%)	14 (20.9%)
20-35 000\$	8 (38.1%)	16 (61.5%)	6 (30%)	30 (45%)
35-50 000\$	3 (14.3%)	3 (11.5%)	3 (15%)	9 (13.4%)
50 000\$ +	3 (14.3%)	3 (11.5%)	4 (20%)	10 (14.9%)
Groupe	21 (100%)	26 (100%)	20 (100%)	67 (100%)

2. Scolarité

Scolarité	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Groupe
Secondaire	14 (66.7%)	11 (42.3%)	9 (45%)	34 (50.7%)
Collégial	2 (9.5%)	9 (34.6%)	4 (20%)	15 (22.4%)
Université	5 (23.8%)	6 (23.1%)	7 (35%)	18 (26.9%)
Groupe	21 (100%)	26 (100%)	20 (100%)	67 (100%)

3. Occupation

Occupation	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Total
Maison	11 (52.4%)	13 (50%)	15 (75%)	39 (58.2%)
Trav. ext.	9 (42.9%)	12 (46.2%)	5 (25%)	26 (38.8%)
Pas de rép.	1 (4.8%)	1 (3.8%)		2 (3%)
Total	21 (100%)	26 (100%)	20 (100%)	67 (100%)

C) Facteurs d'influence

1. Documentation consultée

Ouvrages	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Total
Aucun	2 (9.5%)	5 (19.2%)	1 (5%)	8 (11.9%)
Oui, s.j.			1 (5%)	1 (1.5%)
Livres spéc.	18 (85.7%)	19 (73.1%)	18 (90%)	55 (82.1%)
Télé,radio	5 (23.8%)	3 (11.5%)	2 (10%)	10 (14.9%)
Autres	1 (4.8%)	3 (11.5%)	2 (10%)	6 (9%)
Total	21	26	20	67

2. Raisons pour lesquelles les répondantes n'ont pas suivi de cours prénataux

Raisons	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Total
Non, s.j.	1 (4.8%)			1 (1.5%)
Exp. ant.	4 (19%)	5 (19.2%)	2 (10%)	11 (16.4%)
Pas dispon.	2 (9.5%)	5 (19.2%)		7 (10.4%)
Autres			2 (10%)	2 (3%)
Pas de rép.	14 (66.7%)	16 (61.5%)	16 (80%)	46 (68.7%)
Total	21 (100%)	26 (100%)	20 (100%)	67 (100%)

3. Commentaires ayant le plus influencé

Opinions	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Total
Intervenant	3 (14.3%)	3 (11.5%)	4 (20%)	10 (14.9%)
Autres	6 (28.6%)	11 (42.3%)	9 (45%)	26 (38.8%)
Aucun	5 (23.8%)	9 (34.6%)	5 (25%)	19 (28.4%)
Pas de rép.	7 (33.3%)	3 (11.5%)	2 (10%)	12 (17.9%)
Total	21 (100%)	26 (100%)	20 (100%)	67 (100%)

D) Lieu d'accouchement

1. Lieu d'accouchement souhaité

Lieu	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Total
Maison			17 (85%)	17 (25.4%)
Salle d'acc.	6 (28.6%)	6 (23.1%)	1 (5%)	13 (19.4%)
Ch.de naiss.	13 (61.9%)	18 (69.2%)	2 (10%)	33 (49.3%)
Salle d'op.	2 (9.5%)	1 (3.8%)		3 (4.5%)
Pas de rép.		1 (3.8%)		1 (1.5%)
Total	21 (100%)	26 (100%)	20 (100%)	67 (100%)

2. Lieu d'accouchement obtenu

Lieu	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Total
Maison			16 (80%)	16 (23.9%)
Salle d'acc.	6 (28.6%)	5 (19.2%)	1 (5%)	12 (17.9%)
Ch.de naiss.	9 (42.9%)	14 (53.8%)	2 (10%)	25 (37.3%)
Salle d'op.	6 (28.6%)	6 (23.1%)		12 (17.9%)
Hôp.-maison			1 (5%)	1 (1.5%)
Pas de rép.		1 (3.8%)		1 (1.5%)
Total	21 (100%)	26 (100%)	20 (100%)	67 (100%)

3. Raisons du changement

Raisons	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Total
Acc.av.term	1 (4.8%)	1 (3.8%)	1 (5%)	3 (4.5%)
Complicat.	4 (19%)	4 (15.4%)	2 (10%)	10 (14.9%)
Autres	1 (4.8%)	7 (26.9%)	3 (15%)	11 (16.4%)
Pas de rép.	15 (71.4%)	14 (53.8%)	14 (70%)	43 (64.2%)
Total	21 (100%)	26 (100%)	20 (100%)	67 (100%)

E) Attentes

1. L'intervenant était-il au courant de vos attentes?

Réponse	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Total
Oui	17 (81%)	18 (69.2%)	17 (85%)	52 (77.6%)
Non, s.j.		2 (7.7%)	1 (5%)	3 (4.5%)
Confiance		1 (3.8%)	1 (5%)	2 (3%)
Autre interv.		4 (15.4%)	1 (5%)	5 (7.5%)
Autres	2 (9.5%)	1 (3.8%)		3 (4.5%)
Pas de rép.	2 (9.5%)			2 (3%)
Total	21 (100%)	26 (100%)	20 (100%)	67 (100%)

2. Vos attentes seraient-elles les mêmes demain?

Réponse	Gynéco.	Omni.	Sage-femme	Total
Oui	17 (81%)	25 (96.2%)	19 (95%)	61 (91%)
Non, s.j.	1 (4.8%)	1 (3.8%)		2 (3%)
Sait quoi	1 (4.8%)		1 (5%)	2 (3%)
Pas de rép.	2 (9.5%)			2 (3%)
Total	21 (100%)	26 (100%)	20 (100%)	67 (100%)

F) Variables significativement différentes

1. Variables nominales significativement différentes d'un sous-groupe à l'autre

Variables nominales	Chi 2	Signif.
Ville d'accouchement	65.46131	.00000
Ville de résidence	50.58841	.00002
Intervenant vu pour la santé en général	25.82372	.00113
Thérapie alternative utilisée.	48.28655	.00000
Première raison de recours aux thérapies alternatives	24.52801	.00187
Deuxième raison de recours aux thérapies alternatives	12.70286	.04800
Premiers éléments de perception du genre de personnes ayant recours aux thérapies alternatives	26.15751	.01020
Influence des médias	19.55253	.03378
N'ont pas suivi de cours prénataux	12.75974	.04701
Motifs de non-recours à l'omnipraticien	11.49474	.02153
Premier critère de choix mentionné	32.27205	.00126
Premier avantage perçu de recourir à l'intervenant choisi	36.07596	.00102
Lieu désiré pour l'accouchement	53.85363	.00000
Hopital désiré	36.84680	.00006
Lieu obtenu lors de l'accouchement	54.54882	.00000
Hopital obtenu	32.58371	.00007
Attentes par rapport au lieu et au type d'accouchement	23.96268	.04630
Satisfaction concernant les services actuellement disponibles en obstétrique	38.50862	.00003
Choix futur concernant l'intervenant	112.00038	.00000
Type d'intervenant rencontré en deuxième lieu	10.41143	.03404
Principal confident mentionné	25.44204	.00457

2. Variables ordinales, ou par intervalles, significativement différentes chez les sous-groupes

Variables ordinales ou par intervalles	Chi2	Degré de signification
Age du nouveau-né	34.0618	.0000
Nombre d'accouchements	8.2608	.0161
Présence du conjoint pendant le suivi de grossesse	7.2909	.0261
Nombre de caractéristiques associées à la pratique des sages-femmes	9.2801	.0097
Premier aspect important pour l'intervenant à l'accouchement	9.8178	.0074

G. Résultats statistiques obtenus avec le SERV-QUAL

```

362 /grinterv 0 "Pas de reponse" 1 "Gynecologue" 2 "Omnipraticien"
      mme"
363 /rinter 0 "Pas de reponse" 1 "Gynecologue" 2 "Omnipraticien"
      me"
364 missing values tang1 to emp4 (0).
365 missing values tang01 to emp04 (0).
366 compute tangdf1=tang1-tang01.
367 compute tangdf2=tang2-tang02.
368 compute tangdf3=tang3-tang03.
369 compute tangdf4=tang4-tang04.
370 compute fiabdf1=fiab1-fiab01.
371 compute fiabdf2=fiab2-fiab02.
372 compute fiabdf3=fiab3-fiab03.
373 compute fiabdf4=fiab4-fiab04.
374 compute fiabdf5=fiab5-fiab05.
375 compute sensdf1=sens1-sens01.
376 compute sensdf2=sens2-sens02.
377 compute sensdf3=sens3-sens03.
378 compute sensdf4=sens4-sens04.
379 compute assdf1=ass1-ass01.
380 compute assdf2=ass2-ass02.
381 compute assdf3=ass3-ass03.
382 compute assdf4=ass4-ass04.
383 compute assdf5=ass5-ass05.
384 compute empdf1=emp1-emp01.
385 compute empdf2=emp2-emp02.
386 compute empdf3=emp3-emp03.
387 compute empdf4=emp4-emp04.
388 compute tangtot=tangdf1+tangdf2+tangdf3+tangdf4.
389 compute fiabtot=fiabdf2+fiabdf3+fiabdf4.
390 compute senstot=sensdf1+sensdf2+sensdf4.
391 compute assstot=assdf2+assdf3+assdf4.
392 compute emptot=empdf3+empdf4.
393 compute tangtot1=tang1+tang2+tang3+tang4.
394 compute fiabtot1=fiab2+fiab3+fiab4.
395 compute senstot1=sens1+sens2+sens4.
396 compute assstot1=ass2+ass3+ass4.
397 compute emptot1=emp3+emp4.
398 compute tangtot2=tang01+tang02+tang03+tang04.
399 compute fiabtot2=fiab02+fiab03+fiab04.
400 compute senstot2=sens01+sens02+sens04.
401 compute assstot2=ass02+ass03+ass04.
402 compute emptot2=emp03+emp04.
403 reliability variables=tang1 tang2 tang3 tang4
404 /scale(tangibilite)=tang1 tang2 tang3 tang4
405 /model=alpha
406 /statistics=descriptives covariances correlations scale
407 /summary=means variance covariances correlations total.

```

***** METHOD 2 (COVARIANCE MATRIX) WILL BE USED FOR THIS ANALYSIS *****

There are 12,547,128 bytes of memory available.
The largest contiguous area has 12,534,712 bytes.

RELIABILITY requires 344 bytes of workspace for execution.

12 Nov 92 SPSS Release 4.0 Risc System 6K
13:00:11 UGTR Risc System 6000 Aix 3.1

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (T A N G I E)

1.	TANG1	tangibilite1
2.	TANG2	tangibilite2

14074	13924	13850	13791	13724	13654	13584	13514	13444	13374	13304	13234	13164	13094	13024	12954	12884	12814	12744	12674	12604	12534	12464	12394	12324	12254	12184	12114	12044	11974	11904	11834	11764	11694	11624	11554	11484	11414	11344	11274	11204	11134	11064	10994	10924	10854	10784	10714	10644	10574	10504	10434	10364	10294	10224	10154	10084	10014	9944	9874	9804	9734	9664	9594	9524	9454	9384	9314	9244	9174	9104	9034	8964	8894	8824	8754	8684	8614	8544	8474	8404	8334	8264	8194	8124	8054	7984	7914	7844	7774	7704	7634	7564	7494	7424	7354	7284	7214	7144	7074	7004	6934	6864	6794	6724	6654	6584	6514	6444	6374	6304	6234	6164	6094	6024	5954	5884	5814	5744	5674	5604	5534	5464	5394	5324	5254	5184	5114	5044	4974	4904	4834	4764	4694	4624	4554	4484	4414	4344	4274	4204	4134	4064	3994	3924	3854	3784	3714	3644	3574	3504	3434	3364	3294	3224	3154	3084	3014	2944	2874	2804	2734	2664	2594	2524	2454	2384	2314	2244	2174	2104	2034	1964	1894	1824	1754	1684	1614	1544	1474	1404	1334	1264	1194	1124	1054	984	914	844	774	704	634	564	494	424	354	284	214	144	74	04
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----	----

RELIABILITY COEFFICIENTS AND ITEMS

ALPHA = .9500 STANDARDIZED ITEM ALPHA = .6421

6438
6393
4954
5098

15-Nov-92 SPSS Release 4.0 Ricc System 6K Ricc System 6000 Aix 3.1

Page

Prependix: Work required in 250 seconds CPU time. 3.00 seconds elapsed.

```

408 reliability variables=fiab2 fiab3 fiab4
409 /scale=fiability=fiab2 fiab3 fiab4.
410 /model=alpha
411 /statistics=descriptives covariances correlations scale
412 /summarymeans variances covariances correlations total.

```

***** METHOD 2 (COVARIANCE MATRIX) WILL BE USED FOR THIS ANALYSIS *****

There are 12,563,816 bytes of memory available.
the largest contiguous area has 12,550,304 bytes.

RELIABILITY requires 204 bytes of workspace for execution.

12 Nov 92 SPSS Release 4.0 Risc System 6K
12:00:12 091R Risc System 6000 Aix 3.1

Page

THE INFLUENCE OF THE CULTURE ON THE PRACTICE OF MEDICAL ETHICS

Q134
Q135
Q136
Q137
Q138
Q139
Q140
Q141
Q142
Q143
Q144
Q145
Q146
Q147
Q148
Q149
Q150
Q151
Q152
Q153
Q154
Q155
Q156
Q157
Q158
Q159
Q160
Q161
Q162
Q163
Q164
Q165
Q166
Q167
Q168
Q169
Q170
Q171
Q172
Q173
Q174
Q175
Q176
Q177
Q178
Q179
Q180
Q181
Q182
Q183
Q184
Q185
Q186
Q187
Q188
Q189
Q190
Q191
Q192
Q193
Q194
Q195
Q196
Q197
Q198
Q199
Q200
Q201
Q202
Q203
Q204
Q205
Q206
Q207
Q208
Q209
Q210
Q211
Q212
Q213
Q214
Q215
Q216
Q217
Q218
Q219
Q220
Q221
Q222
Q223
Q224
Q225
Q226
Q227
Q228
Q229
Q230
Q231
Q232
Q233
Q234
Q235
Q236
Q237
Q238
Q239
Q240
Q241
Q242
Q243
Q244
Q245
Q246
Q247
Q248
Q249
Q250
Q251
Q252
Q253
Q254
Q255
Q256
Q257
Q258
Q259
Q260
Q261
Q262
Q263
Q264
Q265
Q266
Q267
Q268
Q269
Q270
Q271
Q272
Q273
Q274
Q275
Q276
Q277
Q278
Q279
Q280
Q281
Q282
Q283
Q284
Q285
Q286
Q287
Q288
Q289
Q290
Q291
Q292
Q293
Q294
Q295
Q296
Q297
Q298
Q299
Q299
Q300
Q301
Q302
Q303
Q304
Q305
Q306
Q307
Q308
Q309
Q309
Q310
Q311
Q312
Q313
Q314
Q315
Q316
Q317
Q318
Q319
Q319
Q320
Q321
Q322
Q323
Q324
Q325
Q326
Q327
Q328
Q329
Q329
Q330
Q331
Q332
Q333
Q334
Q335
Q336
Q337
Q338
Q339
Q339
Q340
Q341
Q342
Q343
Q344
Q345
Q346
Q347
Q348
Q349
Q349
Q350
Q351
Q352
Q353
Q354
Q355
Q356
Q357
Q358
Q359
Q359
Q360
Q361
Q362
Q363
Q364
Q365
Q366
Q367
Q368
Q369
Q369
Q370
Q371
Q372
Q373
Q374
Q375
Q376
Q377
Q378
Q379
Q379
Q380
Q381
Q382
Q383
Q384
Q385
Q386
Q387
Q388
Q389
Q389
Q390
Q391
Q392
Q393
Q394
Q395
Q396
Q397
Q398
Q399
Q399
Q400
Q401
Q402
Q403
Q404
Q405
Q406
Q407
Q408
Q409
Q409
Q410
Q411
Q412
Q413
Q414
Q415
Q416
Q417
Q418
Q419
Q419
Q420
Q421
Q422
Q423
Q424
Q425
Q426
Q427
Q428
Q429
Q429
Q430
Q431
Q432
Q433
Q434
Q435
Q436
Q437
Q438
Q439
Q439
Q440
Q441
Q442
Q443
Q444
Q445
Q446
Q447
Q448
Q449
Q449
Q450
Q451
Q452
Q453
Q454
Q455
Q456
Q457
Q458
Q459
Q459
Q460
Q461
Q462
Q463
Q464
Q465
Q466
Q467
Q468
Q469
Q469
Q470
Q471
Q472
Q473
Q474
Q475
Q476
Q477
Q478
Q479
Q479
Q480
Q481
Q482
Q483
Q484
Q485
Q486
Q487
Q488
Q489
Q489
Q490
Q491
Q492
Q493
Q494
Q495
Q496
Q497
Q498
Q499
Q499
Q500
Q501
Q502
Q503
Q504
Q505
Q506
Q507
Q508
Q509
Q509
Q510
Q511
Q512
Q513
Q514
Q515
Q516
Q517
Q518
Q519
Q519
Q520
Q521
Q522
Q523
Q524
Q525
Q526
Q527
Q528
Q529
Q529
Q530
Q531
Q532
Q533
Q534
Q535
Q536
Q537
Q538
Q539
Q539
Q540
Q541
Q542
Q543
Q544
Q545
Q546
Q547
Q548
Q549
Q549
Q550
Q551
Q552
Q553
Q554
Q555
Q556
Q557
Q558
Q559
Q559
Q560
Q561
Q562
Q563
Q564
Q565
Q566
Q567
Q568
Q569
Q569
Q570
Q571
Q572
Q573
Q574
Q575
Q576
Q577
Q578
Q579
Q579
Q580
Q581
Q582
Q583
Q584
Q585
Q586
Q587
Q588
Q589
Q589
Q590
Q591
Q592
Q593
Q594
Q595
Q596
Q597
Q598
Q599
Q599
Q600
Q601
Q602
Q603
Q604
Q605
Q606
Q607
Q608
Q609
Q609
Q610
Q611
Q612
Q613
Q614
Q615
Q616
Q617
Q618
Q619
Q619
Q620
Q621
Q622
Q623
Q624
Q625
Q626
Q627
Q628
Q629
Q629
Q630
Q631
Q632
Q633
Q634
Q635
Q636
Q637
Q638
Q639
Q639
Q640
Q641
Q642
Q643
Q644
Q645
Q646
Q647
Q648
Q649
Q649
Q650
Q651
Q652
Q653
Q654
Q655
Q656
Q657
Q658
Q659
Q659
Q660
Q661
Q662
Q663
Q664
Q665
Q666
Q667
Q668
Q669
Q669
Q670
Q671
Q672
Q673
Q674
Q675
Q676
Q677
Q678
Q679
Q679
Q680
Q681
Q682
Q683
Q684
Q685
Q686
Q687
Q688
Q689
Q689
Q690
Q691
Q692
Q693
Q694
Q695
Q696
Q697
Q698
Q699
Q699
Q700
Q701
Q702
Q703
Q704
Q705
Q706
Q707
Q708
Q709
Q709
Q710
Q711
Q712
Q713
Q714
Q715
Q716
Q717
Q718
Q719
Q719
Q720
Q721
Q722
Q723
Q724
Q725
Q726
Q727
Q728
Q729
Q729
Q730
Q731
Q732
Q733
Q734
Q735
Q736
Q737
Q738
Q739
Q739
Q740
Q741
Q742
Q743
Q744
Q745
Q746
Q747
Q748
Q749
Q749
Q750
Q751
Q752
Q753
Q754
Q755
Q756
Q757
Q758
Q759
Q759
Q760
Q761
Q762
Q763
Q764
Q765
Q766
Q767
Q768
Q769
Q769
Q770
Q771
Q772
Q773
Q774
Q775
Q776
Q777
Q778
Q779
Q779
Q780
Q781
Q782
Q783
Q784
Q785
Q786
Q787
Q788
Q789
Q789
Q790
Q791
Q792
Q793
Q794
Q795
Q796
Q797
Q798
Q799
Q799
Q800
Q801
Q802
Q803
Q804
Q805
Q806
Q807
Q808
Q809
Q809
Q810
Q811
Q812
Q813
Q814
Q815
Q816
Q817
Q818
Q819
Q819
Q820
Q821
Q822
Q823
Q824
Q825
Q826
Q827
Q828
Q829
Q829
Q830
Q831
Q832
Q833
Q834
Q835
Q836
Q837
Q838
Q839
Q839
Q840
Q841
Q842
Q843
Q844
Q845
Q846
Q847
Q848
Q849
Q849
Q850
Q851
Q852
Q853
Q854
Q855
Q856
Q857
Q858
Q859
Q859
Q860
Q861
Q862
Q863
Q864
Q865
Q866
Q867
Q868
Q869
Q869
Q870
Q871
Q872
Q873
Q874
Q875
Q876
Q877
Q878
Q879
Q879
Q880
Q881
Q882
Q883
Q884
Q885
Q886
Q887
Q888
Q889
Q889
Q890
Q891
Q892
Q893
Q894
Q895
Q896
Q897
Q898
Q899
Q899
Q900
Q901
Q902
Q903
Q904
Q905
Q906
Q907
Q908
Q909
Q909
Q910
Q911
Q912
Q913
Q914
Q915
Q916
Q917
Q918
Q919
Q919
Q920
Q921
Q922
Q923
Q924
Q925
Q926
Q927
Q928
Q929
Q929
Q930
Q931
Q932
Q933
Q934
Q935
Q936
Q937
Q938
Q939
Q939
Q940
Q941
Q942
Q943
Q944
Q945
Q946
Q947
Q948
Q949
Q949
Q950
Q951
Q952
Q953
Q954
Q955
Q956
Q957
Q958
Q959
Q959
Q960
Q961
Q962
Q963
Q964
Q965
Q966
Q967
Q968
Q969
Q969
Q970
Q971
Q972
Q973
Q974
Q975
Q976
Q977
Q978
Q979
Q979
Q980
Q981
Q982
Q983
Q984
Q985
Q986
Q987
Q988
Q989
Q989
Q990
Q991
Q992
Q993
Q994
Q995
Q996
Q997
Q998
Q999
Q999
Q1000

	MEAN	STD DEV	CASES
FIAB2	6.7761	.5170	67.0
FIAB3	6.6716	.5611	67.0
FIAB4	6.5681	1.0023	67.0

CONFUSION MATRIX

11623 STARS STARS4

CORRELATION MATRIX

	FIAB2	FIAB3	FIAB4
FIAB2	1.0000		
FIAB3	.3173	1.0000	
FIAB4	.4307	.3181	1.0000

OF CASES = 67.0

STATISTICS FOR SCALE	MEAN	VARIANCE	STD DEV	# OF VARIABLES		
ITEM MEANS	MEAN 6.6766	MINIMUM 6.5821	MAXIMUM 6.7761	RANGE .1940	MAX/MIN 1.0295	VARIANCE .0094
ITEM VARIANCES	MEAN .5289	MINIMUM .2673	MAXIMUM 1.0045	RANGE .7372	MAX/MIN 3.7580	VARIANCE .1702
INTER-ITEM COVARIANCES	MEAN .1647	MINIMUM .0920	MAXIMUM .2232	RANGE .1312	MAX/MIN 2.4251	VARIANCE .0036
INTER-ITEM CORRELATIONS	MEAN .3554	MINIMUM .3173	MAXIMUM .4307	RANGE .1134	MAX/MIN 1.3575	VARIANCE .0034

ITEM-TOTAL STATISTICS

	SCALE MEAN IF ITEM DELETED	SCALE VARIANCE IF ITEM DELETED	CORRECTED ITEM- TOTAL CORRELATION	SQUARED MULTIPLE CORRELATION	ALPHA IF ITEM DELETED
FIAB2	13.2537	1.6771	.4708	.2217	.4266
FIAB3	13.3582	1.7182	.3684	.1411	.5196
FIAB4	13.4478	.7662	.4583	.2221	.4805

RELIABILITY COEFFICIENTS 3 ITEMS

ALPHA = .5757 STANDARDIZED ITEM ALPHA = .6232

12 Nov 92 SPSS Release 4.0 Risc System 6K
13:00:12 UQTR Risc System 6000 Aix 3.1

Page 5

Preceding task required .15 seconds CPU time; .00 seconds elapsed.

```

413 reliability variables=sens1 sens2 sens4
414 /scale(sensibilite)=sens1 sens2 sens4
415 /model=alpha
416 /statistics=descriptives covariances correlations -ale

```

417 /SUMMARY MEANS VARIABLE COVARIANCES CORRELATIONS TOTAL.

***** METHOD 2 (COVARIANCE MATRIX) WILL BE USED FOR THIS ANALYSIS *****

There are 12,563,816 bytes of memory available.
The largest contiguous area has 12,550,304 bytes.

RELIABILITY requires 224 bytes of workspace for execution.

12 Nov 92 SPSS Release 4.0 Risc System 6K
13:00:12 UGTR

Risc System 6000 Aix 3.1

Page 6

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (SENSIBIL)

1. SENS1 sensibilite1
2. SENS2 sensibilite2
3. SENS4 sensibilite4

	MEAN	STD DEV	CASES
1. SENS1	6.1791	.9836	67.0
2. SENS2	6.0746	1.4803	67.0
3. SENS4	6.2090	1.0946	67.0

COVARIANCE MATRIX

	SENS1	SENS2	SENS4
SENS1	.9674		
SENS2	.2289	2.1913	
SENS4	.0984	.1963	1.1981

CORRELATION MATRIX

	SENS1	SENS2	SENS4
SENS1	1.0000		
SENS2	.1572	1.0000	
SENS4	.0914	.1211	1.0000

OF CASES = 67.0

STATISTICS FOR SCALE	MEAN	VARIANCE	STD DEV	# OF VARIABLES		
ITEM MEANS	MEAN 6.1542	MINIMUM 6.0746	MAXIMUM 6.2090	RANGE .1343	MAX/MIN 1.0221	VARIANCE .0050
ITEM VARIANCES	MEAN 1.4523	MINIMUM .9674	MAXIMUM 2.1913	RANGE 1.2239	MAX/MIN 2.2651	VARIANCE .4229
INTER-ITEM COVARIANCES	MEAN .1745	MINIMUM .0984	MAXIMUM .2289	RANGE .1305	MAX/MIN 2.3264	VARIANCE .0037

INTER-ITEM
CORRELATIONS MEAN .1232 MINIMUM .0914 MAXIMUM .1572 RANGE .0658 MAX/MIN 1.7202 VARIANCE .0009

ITEM-TOTAL STATISTICS

SCALE MEAN IF ITEM DELETED	SCALE VARIANCE IF ITEM DELETED	CORRECTED ITEM- TOTAL CORRELATION	SQUARED MULTIPLE CORRELATION	ALPHA IF ITEM DELETED
12.2836	3.7820	.1711	.0300	.2076
12.3981	2.3623	.1869	.0362	.1666
12.2537	3.6165	.1416	.0200	.2531

RELIABILITY COEFFICIENTS 3 ITEMS

ALPHA = .2906 STANDARDIZED ITEM ALPHA = .2966

12 Nov 92 SPSS Release 4.0 Risc System 6K
13:00:12 UGTR Risc System 6000 Aix 3.1

Page 7

Preceding task required .14 seconds CPU time; .00 seconds elapsed.

```
418 reliability variables=ass2 ass3 ass4  
419 /scale(assurance)=ass2 ass3 ass4  
420 /model=alpha  
421 /statistics=descriptives covariances correlations scale  
422 /summary=means variance covariances correlations total.
```

***** METHOD 2 (COVARIANCE MATRIX) WILL BE USED FOR THIS ANALYSIS *****

There are 12,563,816 bytes of memory available.
The largest contiguous area has 12,550,304 bytes.

RELIABILITY requires 224 bytes of workspace for execution.

12 Nov 92 SPSS Release 4.0 Risc System 6K
13:00:12 UQTR Risc System 6000 Aix 3.1

Page 8

RELIABILITY ANALYSIS OF THE CACI TEST (ASSESSMENT OF LANGUAGE)

1.	ASS2	assurance2
2.	ASS3	assurance3
3.	ASS4	assurance4

	MEAN	STD DEV	CASES
ASS2	6.8030	.6132	66.0
ASS3	6.5152	.8085	66.0
ASS4	6.7273	.5128	66.0

COVARIANCE MATRIX

	ASS2	ASS3	ASS4
ASS2	.3760		
ASS3	.1953	.6536	
ASS4	.0378	.1427	.2629

CORRELATION MATRIX

	ASS2	ASS3	ASS4
ASS2	1.0000		
ASS3	.3940	1.0000	
ASS4	.1201	.3441	1.0000

OF CASES = 66.0

STATISTICS FOR SCALE	MEAN	VARIANCE	STD DEV	# OF VARIABLES		
	20.0455	2.0441	1.4297	3		
ITEM MEANS	MEAN 6.6818	MINIMUM 6.5152	MAXIMUM 6.8030	RANGE .2879	MAX/MIN 1.0442	VARIANCE .0223
ITEM VARIANCES	MEAN .4308	MINIMUM .2629	MAXIMUM .6536	RANGE .3907	MAX/MIN 2.4858	VARIANCE .0404
INTER-ITEM COVARIANCES	MEAN .1253	MINIMUM .0378	MAXIMUM .1953	RANGE .1576	MAX/MIN 5.1728	VARIANCE .0051
INTER-ITEM CORRELATIONS	MEAN .2861	MINIMUM .1201	MAXIMUM .3940	RANGE .2739	MAX/MIN 3.2809	VARIANCE .0170

ITEM-TOTAL STATISTICS

	SCALE MEAN IF ITEM DELETED	SCALE VARIANCE IF ITEM DELETED	CORRECTED ITEM-TOTAL CORRELATION	SQUARED MULTIPLE CORRELATION	ALPHA IF ITEM DELETED
ASS2	13.2424	1.2019	.3468	.1555	.4748
ASS3	13.5303	.7145	.4946	.2446	.2114
ASS4	13.3182	1.4203	.2952	.1187	.5501

RELIABILITY COEFFICIENTS 3 ITEMS

ALPHA = .5515 STANDARDIZED ITEM ALPHA = .5459

12 Nov 92 SPSS Release 4.0 Risc System 6K
13:00:12 UGTR Risc System 6000 Aix 3.1

Page 9

Preceding task required .12 seconds CPU time; .00 seconds elapsed.

```
423  reliability variables=emp3 emp4
424  /scale(empathie)=emp3 emp4
425  /model=alpha
426  /statistics=descriptives covariances correlations scale
427  /summary=means variance covariances correlations total.
```

***** METHOD 2 (COVARIANCE MATRIX) WILL BE USED FOR THIS ANALYSIS *****

There are 12,563,816 bytes of memory available.
The largest contiguous area has 12,550,304 bytes.

RELIABILITY requires 128 bytes of workspace for execution.

12 Nov 92 SPSS Release 4.0 Risc System 6K
13:00:13 UGTR Risc System 6000 Aix 3.1

Page 10

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (EMPATHIE)

	EMP3	empathie3	MEAN	STD DEV	CASES
	EMP4	empathie4			
1.	EMP3		6.8060	.5291	67.0
2.	EMP4		6.8955	.3540	67.0

COVARIANCE MATRIX

	EMP3	EMP4
EMP3	.2800	
EMP4	.1006	.1253

CORRELATION MATRIX

	EMP3	EMP4
EMP3	1.0000	
EMP4	.5373	1.0000

OF CASES = 67.0

STATISTICS FOR SCALE	MEAN	VARIANCE	STD DEV	# OF VARIABLES		
	13.7015	.6065	.7788	2		
ITEM MEANS	MEAN	MINIMUM	MAXIMUM	RANGE	MAX/MIN	VARIANCE

	6.8507	6.8060	6.8955	.0896	1.0132	.0040
ITEM VARIANCES	MEAN .2026	MINIMUM .1253	MAXIMUM .2800	RANGE .1547	MAX/MIN 2.2347	VARIANCE .0120
INTER-ITEM COVARIANCES	MEAN .1006	MINIMUM .1006	MAXIMUM .1006	RANGE .0000	MAX/MIN 1.0000	VARIANCE .0000
INTER-ITEM CORRELATIONS	MEAN .5373	MINIMUM .5373	MAXIMUM .5373	RANGE .0000	MAX/MIN 1.0000	VARIANCE .0000
ITEM-TOTAL STATISTICS	SCALE MEAN IF ITEM DELETED	SCALE VARIANCE IF ITEM DELETED	CORRECTED ITEM-TOTAL CORRELATION	SQUARED MULTIPLE CORRELATION	ALPHA IF ITEM DELETED	
EMP3	6.8955	1253	.5373	.2887		
EMP4	6.8060	2800	.5373	.2887		

RELIABILITY COEFFICIENTS 2 ITEMS
ALPHA = .6637 STANDARDIZED ITEM ALPHA = .6990

12 Nov 92 SPSS Release 4.0 Risc System 6K
13:00:13 UQTR Risc System 6000 Aix 3.1

Page 11

Preceding task required .12 seconds CPU time; 1.00 seconds elapsed.

```
428 reliability variables=tang01 tang02 tang03 tang04  
429 /scale(tangibilite2)=tang01 tang02 tang03 tang04  
430 /model=alpha  
431 /statistics=descriptives covariances correlations scale  
432 /summary=means variance covariances correlations total.
```

***** METHOD 2 (COVARIANCE MATRIX) WILL BE USED FOR THIS ANALYSIS *****

There are 12,563,816 bytes of memory available.
The largest contiguous area has 12,550,304 bytes.

RELIABILITY requires 344 bytes of workspace for execution.

12 Nov 92 SPSS Release 4.0 Risc System 6K
13:00:13 UGTR Risc System 6000 Aix 3.1

Page 12

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (TANGIBLE)

- | | | |
|----|--------|---------------|
| 1. | TANGO1 | tangibilite01 |
| 2. | TANGO2 | tangibilite02 |
| 3. | TANGO3 | tangibilite03 |
| 4. | TANGO4 | tangibilite04 |

		MEAN	STD DEV	CASES
1.	TANG01	5. 8955	1. 3832	67. 0
2.	TANG02	6. 7612	. 6053	67. 0
3.	TANG03	5. 1045	1. 8434	67. 0
4.	TANG04	4. 7910	2. 1570	67. 0

COVARIANCE MATRIX

	TANG01	TANG02	TANG03	TANG04
TANG01	1. 9132			
TANG02	. 2626	. 3664		
TANG03	. 0868	. 1314	. 3980	
TANG04	. 2809	. 3887	. 5525	. 6526

CORRELATION MATRIX

	TANG01	TANG02	TANG03	TANG04
TANG01	1. 0000			
TANG02	. 3136	1. 0000		
TANG03	. 4263	. 1178	1. 0000	
TANG04	. 4293	. 2978	. 3904	1. 0000

OF CASES = 67. 0

STATISTICS FOR SCALE	MEAN	VARIANCE	STD DEV	# OF VARIABLES	
	22. 5522	19. 7359	4. 4425	4	
ITEM MEANS	MEAN	MINIMUM	MAXIMUM	RANGE	MAX/MIN
	5. 6381	4. 7910	6. 7612	1. 9701	1. 4112
ITEM VARIANCES	MEAN	MINIMUM	MAXIMUM	RANGE	MAX/MIN
	2. 5825	. 3664	4. 6526	4. 2863	12. 7000
INTER-ITEM COVARIANCES	MEAN	MINIMUM	MAXIMUM	RANGE	MAX/MIN
	. 7838	. 1314	1. 5525	1. 4211	11. 8158
INTER-ITEM CORRELATIONS	MEAN	MINIMUM	MAXIMUM	RANGE	MAX/MIN
	. 3292	. 1178	. 4293	. 3116	. 6457
					VARIANCE
					. 3242
					. 0126

ITEM-TOTAL STATISTICS

	SCALE MEAN IF ITEM DELETED	SCALE VARIANCE IF ITEM DELETED	CORRECTED ITEM- TOTAL CORRELATION	SQUARED MULTIPLE CORRELATION	ALPHA IF ITEM DELETED
TANG01	16. 6567	12. 5622	. 5365	. 3009	. 4950
TANG02	15. 7910	17. 8042	. 3065	. 1353	. 6605

TANCO2
TANCO4

17.4578
17.7612

16.7961
8.6391

.4574
.5082

.2382
.2679

.5369
.5142

RELIABILITY COEFFICIENTS 4 ITEMS

ALPHA = .6354 STANDARDIZED ITEM ALPHA = .6625

12 Nov 92 SPSS Release 4.0 Risc System 6K
13:00:13 UQTR Risc System 6000 Aix 3.1

Page 13

Preceding task required .13 seconds CPU time; .00 seconds elapsed.

```
433 reliability variables=fiab02 fiab03 fiab04
434 /scale(fiabilite2)=fiab02 fiab03 fiab04
435 /model=alpha
436 /statistics=descriptives covariances correlations scale
437 /summary=means variance covariances correlations total.
```

***** METHOD 2 (COVARIANCE MATRIX) WILL BE USED FOR THIS ANALYSIS *****

There are 12,563,816 bytes of memory available.
The largest contiguous area has 12,550,304 bytes.

RELIABILITY requires 224 bytes of workspace for execution.

12 Nov 92 SPSS Release 4.0 Risc System 6K
13:00:13 UQTR Risc System 6000 Aix 3.1

Page 14

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (F I A B I L I T)

1. FIAB02 fiabilite02
2. FIAB03 fiabilite03
3. FIAB04 fiabilite04

	MEAN	STD DEV	CASES
1. FIAB02	6.5224	1.2952	67.0
2. FIAB03	6.4478	1.2707	67.0
3. FIAB04	6.6716	.7259	67.0

COVARIANCE MATRIX

	FIAB02	FIAB03	FIAB04
FIAB02	1.6775		
FIAB03	1.0504	1.6147	
FIAB04	.5832	.4523	.5269

CORRELATION MATRIX

	FIAB02	FIAB03	FIAB04
FIAB02	1.0000		
FIAB03	.6383	1.0000	
FIAB04	.6203	.4903	1.0000

OF CASES = 67.0

STATISTICS FOR SCALE	MEAN	VARIANCE	STD DEV	# OF VARIABLES
ITEM MEANS	19.6418	7.9910	2.8268	3
ITEM VARIANCES	6.5473	MINIMUM 6.4478	MAXIMUM 6.6716	RANGE .2239
INTER-ITEM COVARIANCES	1.2730	MINIMUM .5269	MAXIMUM 1.6775	RANGE 1.1506
INTER-ITEM CORRELATIONS	.6953	MINIMUM .4523	MAXIMUM 1.0504	RANGE .5981
	MEAN 5830	MINIMUM .4903	MAXIMUM .6383	RANGE .1479

ITEM-TOTAL STATISTICS

	SCALE MEAN IF ITEM DELETED	SCALE VARIANCE IF ITEM DELETED	CORRECTED ITEM-TOTAL TOTAL CORRELATION	SQUARED MULTIPLE CORRELATION	ALPHA IF ITEM DELETED
FIAB02	13.1194	3.0461	.7227	.5318	.5939
FIAB03	13.1940	3.3709	.6441	.4219	.6921
FIAB04	12.9701	5.3930	.6143	.3999	.7791

RELIABILITY COEFFICIENTS 3 ITEMS

ALPHA = .7831 STANDARDIZED ITEM ALPHA = .8075

12 Nov 92 SPSS Release 4.0 Risc System 6K
 13:00:13 UQTR Risc System 6000 Aix 3.1

Page 15

Preceding task required .14 seconds CPU time; .00 seconds elapsed.

```

438 reliability variables=sens01 sens02 sens04
439 /scale(sensibilité2)=sens01 sens02 sens04
440 /model=alpha
441 /statistics=descriptives covariances correlations scale
442 /summary=means variance covariances correlations total.
  
```

***** THE FOLLOWING INFORMATION WILL BE USED FOR THIS ANALYSIS *****

There are 12,563,816 bytes of memory available.
The largest contiguous area has 12,550,304 bytes.

RELIABILITY requires 224 bytes of workspace for execution.

12 Nov 92 SPSS Release 4.0 Risc System 6K
13:00:13 UGTR

Risc System 6000 Aix 3.1

Page 16

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (SENSIBILITY)

1. SENSO1 sensibilit01
2. SENSO2 sensibilit02
3. SENSO4 sensibilit04

	MEAN	STD DEV	CASES
1. SENSO1	5.9104	1.4948	67.0
2. SENSO2	5.9104	1.9127	67.0
3. SENSO4	6.5373	.8761	67.0

COVARIANCE MATRIX

	SENSO1	SENSO2	SENSO4
SENSO1	2.2343		
SENSO2	1.2494	3.6585	
SENSO4	.3670	.4882	.7675

CORRELATION MATRIX

	SENSO1	SENSO2	SENSO4
SENSO1	1.0000		
SENSO2	.4370	1.0000	
SENSO4	.2803	.2914	1.0000

OF CASES = 67.0

STATISTICS FOR SCALE	MEAN	VARIANCE	STD DEV	# OF VARIABLES		
ITEM MEANS	6.1194	MINIMUM 5.9104	MAXIMUM 6.5373	RANGE .6269	MAX/MIN 1.1061	VARIANCE .1310
ITEM VARIANCES	2.2201	MINIMUM .7675	MAXIMUM 3.6585	RANGE 2.8910	MAX/MIN 4.7666	VARIANCE 2.0896
INTER-ITEM COVARIANCES	.7016	MINIMUM .3670	MAXIMUM 1.2494	RANGE .8824	MAX/MIN 3.4042	VARIANCE .1830

INTER-ITEM

CORRELATIONS MEAN .3362 MINIMUM .2803 MAXIMUM .4370 RANGE .1567 MAX/MIN 1.5592 VARIANCE .0061

ITEM-TOTAL STATISTICS

	SCALE MEAN IF ITEM DELETED	SCALE VARIANCE IF ITEM DELETED	CORRECTED ITEM- TOTAL CORRELATION	SQUARED MULTIPLE CORRELATION	ALPHA IF ITEM DELETED
SENS01	12.4478	5.4025	.4653	.2165	.3615
SENS02	12.4478	3.7359	.4700	.2219	.3930
SENS04	11.8209	8.3917	.3370	.1138	.5956

RELIABILITY COEFFICIENTS 3 ITEMS

ALPHA = 5809 STANDARDIZED ITEM ALPHA = 6031

12 Nov 92 SPSS Release 4.0 Risc System 6K
13:00:14 UGTR Risc System 6000 Aix 3.1

Page 17

Preceding task required .13 seconds CPU time, 1.00 seconds elapsed.

```
443 reliability variables=ass02 ass03 ass04  
444 /scale(assurance2)=ass02 ass03 ass04  
445 /model=alpha  
446 /statistics=descriptives covariances correlations scale  
447 /summary=means variance covariances correlations total.
```

***** METHOD 2 (COVARIANCE MATRIX) WILL BE USED FOR THIS ANALYSIS *****

There are 12,563,816 bytes of memory available.
The largest contiguous area has 12,550,304 bytes.

RELIABILITY requires 224 bytes of workspace for execution.

12 Nov 92 SPSS Release 4.0 Risc System 6K
13:00:14 UQTR Risc System 6000 Aix 3.1

Page

PERFORMANCE EVALUATION OF ASSURANCE CONTRACTS

1. ASS02 assurance02
2. ASS03 assurance03
3. ASS04 assurance04

	MEAN	STD DEV	CASES
ASS02	6.7463	.7250	67.0
ASS03	6.2537	1.4391	67.0
ASS04	6.5821	.8555	67.0

COVARIANCE MATRIX

	ASS02	ASS03	ASS04
ASS02	.5256		
ASS03	.2320	2.0710	
ASS04	.3621	.8501	.7318

CORRELATION MATRIX

	ASS02	ASS03	ASS04
ASS02	1.0000		
ASS03	.2224	1.0000	
ASS04	.5838	.6905	1.0000

OF CASES = 67.0

STATISTICS FOR SCALE	MEAN 19.5621	VARIANCE 6.2166	STD DEV 2.4933	# OF VARIABLES 3		
ITEM MEANS	MEAN 6.5274	MINIMUM 6.2537	MAXIMUM 6.7463	RANGE .4925	MAX/MIN 1.0788	VARIANCE .0629
ITEM VARIANCES	MEAN 1.1095	MINIMUM .5256	MAXIMUM 2.0710	RANGE 1.5455	MAX/MIN 3.9406	VARIANCE .7041
INTER-ITEM COVARIANCES	MEAN .4814	MINIMUM .2320	MAXIMUM .8501	RANGE .6180	MAX/MIN 3.6637	VARIANCE .0849
INTER-ITEM CORRELATIONS	MEAN .4999	MINIMUM .2224	MAXIMUM .6905	RANGE .4681	MAX/MIN 3.1048	VARIANCE .0482

ITEM-TOTAL STATISTICS

	SCALE MEAN IF ITEM DELETED	SCALE VARIANCE IF ITEM DELETED	CORRECTED ITEM- TOTAL CORRELATION	SQUARED MULTIPLE CORRELATION	ALPHA IF ITEM DELETED
ASS02	12.8358	4.5029	.3862	.4033	.7551
ASS03	13.3284	1.9815	.5342	.5263	.7309
ASS04	13.0000	3.0606	.8099	.6715	.3032

RELIABILITY COEFFICIENTS 3 ITEMS

ALPHA = .6969 STANDARDIZED ITEM ALPHA = .7492

Preceding task required .13 seconds CPU time; .00 seconds elapsed.

```
448 reliability variables=emp03 emp04
449 /scale(empathie2)=emp03 emp04
450 /model=alpha
451 /statistics=descriptives covariances correlations scale
452 /summary=means variance covariances correlations total.
```

***** METHOD 2 (COVARIANCE MATRIX) WILL BE USED FOR THIS ANALYSIS *****

There are 12,563,816 bytes of memory available.
The largest contiguous area has 12,550,304 bytes.

RELIABILITY requires 128 bytes of workspace for execution.

12 Nov 92 SPSS Release 4.0 Risc System 6K
13:00:14 UGTR Risc System 6000 Aix 3.1

Page 20

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (EMPATHIE)

	EMP03	empathie03	MEAN	STD DEV	CASES
1.	EMP03	empathie03	6.7164	.6921	67.0
2.	EMP04	empathie04	6.7015	.8168	67.0

COVARIANCE MATRIX

	EMP03	EMP04
EMP03	4790	
EMP04	.2929	.6671

CORRELATION MATRIX

	EMP03	EMP04
EMP03	1.0000	
EMP04	.5181	1.0000

OF CASES = 67.0

STATISTICS FOR SCALE	MEAN	VARIANCE	STD DEV	# OF VARIABLES
	13.4179	1.7318	1.3160	2
ITEM MEANS	MEAN	MINIMUM	MAXIMUM	RANGE

6.7090 6.7015 6.7164 .0149

MAX/MIN 1.0022 VARIANCE .0001

ITEM VARIANCES	MEAN .5730	MINIMUM .4790	MAXIMUM .6671	RANGE .1882	MAX/MIN 1.3928	VARIANCE .0177
INTER-ITEM COVARIANCES	MEAN .2929	MINIMUM .2929	MAXIMUM .2929	RANGE .0000	MAX/MIN 1.0000	VARIANCE .0000
INTER-ITEM CORRELATIONS	MEAN .5181	MINIMUM .5181	MAXIMUM .5181	RANGE .0000	MAX/MIN 1.0000	VARIANCE .0000

ITEM-TOTAL STATISTICS

	SCALE MEAN IF ITEM DELETED	SCALE VARIANCE IF ITEM DELETED	CORRECTED ITEM- TOTAL CORRELATION	SQUARED MULTIPLE CORRELATION	ALPHA IF ITEM DELETED
EMP03	6.7015	.6671	.5181	.2684	:
EMP04	6.7164	.4790	.5181	.2684	:

RELIABILITY COEFFICIENTS 2 ITEMS

ALPHA = .6764 STANDARDIZED ITEM ALPHA = .6825

12 Nov 92 SPSS Release 4.0 Risc System 6K
13:00:14 UQTR Risc System 6000 Aix 3.1

Page 21

Preceding task required .13 seconds CPU time; .00 seconds elapsed.

453 finish.

453 command lines read.
0 errors detected.
8 warnings issued.
4 seconds CPU time.
9 seconds elapsed time.
End of job.

STOP

ITEM VARIANCES	MEAN .5730	MINIMUM .4790	MAXIMUM .6671	RANGE .1882	MAX/MIN 1.3928	VARIANCE .0177
INTER-ITEM COVARIANCES	MEAN .2929	MINIMUM .2929	MAXIMUM .2929	RANGE .0000	MAX/MIN 1.0000	VARIANCE .0000
INTER-ITEM CORRELATIONS	MEAN .5181	MINIMUM .5181	MAXIMUM .5181	RANGE .0000	MAX/MIN 1.0000	VARIANCE .0000

ITEM-TOTAL STATISTICS

	SCALE MEAN IF ITEM DELETED	SCALE VARIANCE IF ITEM DELETED	CORRECTED ITEM- TOTAL CORRELATION	SQUARED MULTIPLE CORRELATION	ALPHA IF ITEM DELETED
EMPO3	6.7015	.6671	.5181	.2684	.
EMPO4	6.7164	.4790	.5181	.2684	.

RELIABILITY COEFFICIENTS 2 ITEMS

ALPHA = .6764 STANDARDIZED ITEM ALPHA = .6825

19 Nov 92 SPSS Release 4.0 Risc System 6K

13:23:41 UQTR

Page 21

Risc System 6000 Aix 3.1

Preceding task required .13 seconds CPU time; 1.00 seconds elapsed.

```

453 reliability variables=tangtot1 fiabtot1 senstot1 asstot1 emptot1
454 /scale(global)=tangtot1 fiabtot1 senstot1 asstot1 emptot1
455 /model=alpha
456 /statistics=descriptives covariances correlations scale
457 /summary=means variance covariances correlations total.

```

***** METHOD 2 (COVARIANCE MATRIX) WILL BE USED FOR THIS ANALYSIS *****

There are 12,563,816 bytes of memory available.

The largest contiguous area has 12,550,304 bytes.

RELIABILITY requires 488 bytes of workspace for execution.

19 Nov 92 SPSS Release 4.0 Risc System 6K

13:23:41 UQTR

Page 22

Risc System 6000 Aix 3.1

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (GLOBAL)

1. TANGTOT1
2. FIABTOT1
3. SENSTOT1
4. ASSTOT1

1.	TANGTOT1	21. 6000	4. 4574	65. 0
2.	FIABTOT1	20. 0615	1. 6093	65. 0
3.	SENSTOT1	18. 5077	2. 3394	65. 0
4.	ASSTOT1	20. 0769	1. 4176	65. 0
5.	EMPTOT1	13. 7077	. 7851	65. 0

COVARIANCE MATRIX

	TANGTOT1	FIABTOT1	SENSTOT1	ASSTOT1	EMPTOT1
TANGTOT1	19. 8687				
FIABTOT1	. 9781	2. 5899			
SENSTOT1	1. 7531	1. 2964	5. 4726		
ASSTOT1	1. 4688	. 9171	2. 0072	2. 0096	
EMPTOT1	. 2719	. 2370	. 7913	. 4760	. 6163

CORRELATION MATRIX

	TANGTOT1	FIABTOT1	SENSTOT1	ASSTOT1	EMPTOT1
TANGTOT1	1. 0000				
FIABTOT1	. 1364	1. 0000			
SENSTOT1	. 1681	. 3443	1. 0000		
ASSTOT1	. 2324	. 4020	. 6053	1. 0000	
EMPTOT1	. 0777	. 1876	. 4309	. 4277	1. 0000

OF CASES = 65. 0

STATISTICS FOR SCALE	MEAN	VARIANCE	STD DEV	# OF VARIABLES		
	93. 9538	50. 9510	7. 1380	5		
ITEM MEANS	MEAN	MINIMUM	MAXIMUM	RANGE	MAX/MIN	VARIANCE
	18. 7908	13. 7077	21. 6000	7. 8923	1. 5758	. 2697
ITEM VARIANCES	MEAN	MINIMUM	MAXIMUM	RANGE	MAX/MIN	VARIANCE
	6. 1114	. 6163	19. 8687	19. 2524	32. 2363	. 2735
INTER-ITEM COVARIANCES	MEAN	MINIMUM	MAXIMUM	RANGE	MAX/MIN	VARIANCE
	1. 0197	. 2370	2. 0072	1. 7702	8. 4686	. 3498
INTER-ITEM CORRELATIONS	MEAN	MINIMUM	MAXIMUM	RANGE	MAX/MIN	VARIANCE
	. 3012	. 0777	. 6053	. 5276	7. 7906	. 0263

ITEM-TOTAL STATISTICS

SCALE MEAN IF ITEM DELETED	SCALE VARIANCE IF ITEM DELETED	CORRECTED ITEM- TOTAL CORRELATION	SQUARED MULTIPLE CORRELATION	ALPHA IF ITEM DELETED
-------------------------------------	---	--	------------------------------------	-----------------------------

TANGTOT1	72. 3538	22. 1385	. 2132	. 0581	. 6896
FIABTOT1	73. 8923	41. 5038	. 3307	. 1794	. 4349
SENSTOT1	75. 4462	33. 7822	. 4301	. 4147	. 3433
ASSTOT1	73. 8769	39. 2034	. 5486	. 4529	. 3624
EMPTOT1	80. 2462	46. 7822	. 3308	. 2306	. 4800

RELIABILITY COEFFICIENTS 5 ITEMS

ALPHA = .5003 STANDARDIZED ITEM ALPHA = .6831

```

362 /grinterv 0 "Pas de reponse" 1 "Gynecologue" 2 "Omnipraticien" 3 "Sage-fem
      me"
363 /grinterv 0 "Pas de reponse" 1 "Gynecologue" 2 "Omnipraticien" 3 "Sage-fem
      me"
364 missing values tang1 to emp4 (0).
365 missing values tang01 to emp04 (0).
366 compute tangdf1=tang1-tang01.
367 compute tangdf2=tang2-tang02.
368 compute tangdf3=tang3-tang03.
369 compute tangdf4=tang4-tang04.
370 compute fiabdf1=fiab1-fiab01.
371 compute fiabdf2=fiab2-fiab02.
372 compute fiabdf3=fiab3-fiab03.
373 compute fiabdf4=fiab4-fiab04.
374 compute fiabdf5=fiab5-fiab05.
375 compute sensdf1=sens1-sens01.
376 compute sensdf2=sens2-sens02.
377 compute sensdf3=sens3-sens03.
378 compute sensdf4=sens4-sens04.
379 compute assdf1=ass1-ass01.
380 compute assdf2=ass2-ass02.
381 compute assdf3=ass3-ass03.
382 compute assdf4=ass4-ass04.
383 compute assdf5=ass5-ass05.
384 compute empdf1=emp1-emp01.
385 compute empdf2=emp2-emp02.
386 compute empdf3=emp3-emp03.
387 compute empdf4=emp4-emp04.
388 compute tangtot=tangdf1+tangdf2+tangdf3+tangdf4.
389 compute fiabtot=fiabdf2+fiabdf3+fiabdf4.
390 compute senstot=sensdf1+sensdf2+sensdf4.
391 compute asstot=assdf2+assdf3+assdf4.
392 compute emptot=empdf3+empdf4.
393 compute tangtot1=tang1+tang2+tang3+tang4.
394 compute fiabtot1=fiab2+fiab3+fiab4.
395 compute senstot1=sens1+sens2+sens4.
396 compute asstot1=ass2+ass3+ass4.
397 compute emptot1=emp3+emp4.
398 compute tangtot2=tang01+tang02+tang03+tang04.
399 compute fiabtot2=fiab02+fiab03+fiab04.
400 compute senstot2=sens01+sens02+sens04.
401 compute asstot2=ass02+ass03+ass04.
402 compute emptot2=emp03+emp04.
403 reliability variables=tangdf1 tangdf2 tangdf3 tangdf4
404 /scale(tangibilitedf)=tangdf1 tangdf2 tangdf3 tangdf4
405 /model=alpha
406 /statistics=descriptives covariances correlations scale
407 /summary=means variance covariances correlations total.

```

***** METHOD 2 (COVARIANCE MATRIX) WILL BE USED FOR THIS ANALYSIS *****

There are 12,547,128 bytes of memory available.

The largest contiguous area has 12,534,712 bytes.

RELIABILITY requires 344 bytes of workspace for execution.

		MEAN	STD DEV	CASES
1.	TANGDF1	-.0154	1.6249	65.0
2.	TANGDF2	-1.0615	1.4671	65.0
3.	TANGDF3	.0154	1.7633	65.0
4.	TANGDF4	-.0923	1.8601	65.0

COVARIANCE MATRIX

	TANGDF1	TANGDF2	TANGDF3	TANGDF4
TANGDF1	2.6404			
TANGDF2	.0303	2.1524		
TANGDF3	.5002	.5791	3.1091	
TANGDF4	1.0454	-.2401	.4077	3.4601

CORRELATION MATRIX

	TANGDF1	TANGDF2	TANGDF3	TANGDF4
TANGDF1	1.0000			
TANGDF2	.0127	1.0000		
TANGDF3	.1746	.2239	1.0000	
TANGDF4	.3459	-.0880	.1243	1.0000

OF CASES = 65.0

STATISTICS FOR SCALE	MEAN	VARIANCE	STD DEV	# OF VARIABLES
	-1.1538	16.0072	4.0009	4
ITEM MEANS	MEAN	MINIMUM	MAXIMUM	RANGE
	-.2885	-1.0615	.0154	1.0769
	MAX/MIN			
				-.0145
	VARIANCE			.2677
ITEM VARIANCES	MEAN	MINIMUM	MAXIMUM	RANGE
	2.8405	2.1524	3.4601	1.3077
	MAX/MIN			
				1.6075
	VARIANCE			.3232
INTER-ITEM COVARIANCES	MEAN	MINIMUM	MAXIMUM	RANGE
	.3871	-.2401	1.0454	1.2856
	MAX/MIN			
				-.4.3534
	VARIANCE			.1826
INTER-ITEM CORRELATIONS	MEAN	MINIMUM	MAXIMUM	RANGE
	.1322	-.0880	.3459	.4339
	MAX/MIN			
				-3.9305
	VARIANCE			.0216

ITEM-TOTAL STATISTICS

SCALE IF ITEM DELETED	SCALE IF ITEM DELETED	CORRECTED ITEM-TOTAL CORRELATION	SQUARED MULTIPLE CORRELATION	ALPHA IF ITEM DELETED

TANGDF2	.0023	13.1163	0695	0639	2153
TANGDF3	-0.1692	9.9240	2677	0879	4468
TANGDF4	-0.0615	10.1212	2050	1359	2526
					3289

RELIABILITY COEFFICIENTS 4 ITEMS

ALPHA = .3869 STANDARDIZED ITEM ALPHA = .3787

19 Nov 92 SPSS Release 4.0 Risc System 6K
 15:17:45 UGTR Risc System 6000 Aix 3.1

Page 3

Preceding task required 1.18 seconds CPU time; 3.00 seconds elapsed.

```

408 reliability variables=fiabdf2 fiabdf3 fiabdf4
409 /scale (fiabilitdf)=fiabdf2 fiabdf3 fiabdf4
410 /model=alpha
411 /statistics=descriptives covariances correlations scale
412 /summary=means variances covariances correlations total.

```

***** METHOD 2 (COVARIANCE MATRIX) WILL BE USED FOR THIS ANALYSIS *****

There are 12,563,816 bytes of memory available.
 The largest contiguous area has 12,550,304 bytes.

RELIABILITY requires 224 bytes of workspace for execution.

19 Nov 92 SPSS Release 4.0 Risc System 6K
 15:17:46 UGTR Risc System 6000 Aix 3.1

Page 4

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (F I A B I L I T)

1. FIABDF2
2. FIABDF3
3. FIABDF4

	MEAN	STD DEV	CASES
1. FIABDF2	.2576	1.1274	66.0
2. FIABDF3	.2273	1.2502	66.0
3. FIABDF4	-.0909	1.1991	66.0

COVARIANCE MATRIX

	FIABDF2	FIABDF3	FIABDF4
FIABDF2	1.2711		
FIABDF3	.6483	1.5629	
FIABDF4	.2545	.0056	1.4379

CORRELATION MATRIX

FIABDF2 FIABDF3 FIABDF4

FIABDF2	1.0000		
FIABDF3	.4599	1.0000	
FIABDF4	.1883	.0037	1.0000

OF CASES = 66.0

STATISTICS FOR SCALE	MEAN	VARIANCE	STD DEV	% OF VARIABLES
	3939	6.0886	2.4675	3
ITEM MEANS	MEAN	MINIMUM	MAXIMUM	RANGE
	1313	-.0909	.2576	.3485
ITEM VARIANCES	MEAN	MINIMUM	MAXIMUM	RANGE
	1.4239	1.2711	1.5629	.2918
INTER-ITEM COVARIANCES	MEAN	MINIMUM	MAXIMUM	RANGE
	3028	.0056	.6483	.6427
INTER-ITEM CORRELATIONS	MEAN	MINIMUM	MAXIMUM	RANGE
	.2173	.0037	.4599	.4562
				MAX/MIN
				123.2379
				VARIANCE
				.0421

ITEM-TOTAL STATISTICS

	SCALE MEAN IF ITEM DELETED	SCALE VARIANCE IF ITEM DELETED	CORRECTED ITEM- TOTAL CORRELATION	SQUARED MULTIPLE CORRELATION	ALPHA IF ITEM DELETED
FIABDF2	.1364	3.0119	.4614	.2463	.0074
FIABDF3	.1667	3.2179	.2916	.2186	.3164
FIABDF4	.4848	4.1305	.1067	.0442	.6278

RELIABILITY COEFFICIENTS 3 ITEMS

ALPHA = .4476 STANDARDIZED ITEM ALPHA = .4544

Preceding task required .14 seconds CPU time; 1.00 seconds elapsed.

413 reliability variables=sensdf1 sensdf2 sensdf4

414 /scale(sensibilitdf)=sensdf1 sensdf2 sensdf4

415 /model=alpha

417 RELIABILITY ANALYSIS - COVARIANCE MATRIX - RELATIONS FOR 3 VARIABLES

***** METHOD 2 (COVARIANCE MATRIX) WILL BE USED FOR THIS ANALYSIS *****

There are 12,563,816 bytes of memory available.
The largest contiguous area has 12,550,304 bytes.

RELIABILITY requires 224 bytes of workspace for execution.

19 Nov 92 SPSS Release 4.0 Risc System 6K

15:17:46 UGTR

Page 6

Risc System 6000 Aix 3.1

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (SENSIBILITY)

1. SENSDF1
2. SENSDF2
3. SENSDF4

	MEAN	STD DEV	CASES
1. SENSDF1	.2879	1.6710	66.0
2. SENSDF2	.1667	1.9891	66.0
3. SENSDF4	-.3333	1.3166	66.0

COVARIANCE MATRIX

	SENSDF1	SENSDF2	SENSDF4
SENSDF1	3.5005		
SENSDF2	1.2897	3.9564	
SENSDF4	.7590	.5026	1.7333

CORRELATION MATRIX

	SENSDF1	SENSDF2	SENSDF4
SENSDF1	1.0000		
SENSDF2	.3466	1.0000	
SENSDF4	.3081	.1919	1.0000

OF CASES = 66.0

STATISTICS FOR SCALE	MEAN	VARIANCE	STD DEV	# OF VARIABLES		
	.1212	14.2928	3.7806	3		
ITEM MEANS	MEAN	MINIMUM	MAXIMUM	RANGE		
	.0404	-.3333	.2879	.6212	-.8636	1.084
ITEM VARIANCES	MEAN	MINIMUM	MAXIMUM	RANGE	MAX/MIN	VARIANCE
	3.0634	1.7333	3.9564	2.2231	2.2825	1.3788

INTER-ITEM

CORRELATIONS	MEAN	MINIMUM	MAXIMUM	RANGE	MAX/MIN	VARIANCE
	.2822	.1919	.3466	.1547	1.8059	.0052

ITEM-TOTAL STATISTICS

SCALE MEAN IF ITEM DELETED	SCALE VARIANCE IF ITEM DELETED	CORRECTED ITEM- TOTAL CORRELATION	SQUARED MULTIPLE CORRELATION	ALPHA IF ITEM DELETED
SENSDF1 .1667	6.6949	.4232	.1807	.3003
SENSDF2 .0455	6.7517	.3468	.1281	.4496
SENSDF4 .4545	10.0364	.3025	.1032	.5140

RELIABILITY COEFFICIENTS 3 ITEMS

ALPHA = .5355 STANDARDIZED ITEM ALPHA = .5412

19 Nov 92 SPSS Release 4.0 Risc System 6K

15:17:46 UQTR Risc System 6000 Aix 3.1

Page 7

Preceding task required .14 seconds CPU time; .00 seconds elapsed.

```

418 reliability variables=assdf2 assdf3 assdf4
419 /scale(assured)=assdf2 assdf3 assdf4
420 /model=alpha
421 /statistics=descriptives covariances correlations scale
422 /summary=means variances covariances correlations total.

```

***** METHOD 2 (COVARIANCE MATRIX) WILL BE USED FOR THIS ANALYSIS *****

There are 12,563,816 bytes of memory available.

The largest contiguous area has 12,550,304 bytes.

RELIABILITY requires 224 bytes of workspace for execution.

19 Nov 92 SPSS Release 4.0 Risc System 6K

15:17:46 UQTR Risc System 6000 Aix 3.1

Page 8

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ASSURANCE)

1. ASSDF2
2. ASSDF3
3. ASSDF4

	MEAN	STD DEV	CASES
1. ASSDF2	.0308	.8472	65.0
2. ASSDF3	.2308	1.5328	65.0
3. ASSDF4	.0923	.7851	65.0

COVARIANCE MATRIX

	ASSDF2	ASSDF3	ASSDF4
ASSDF2	.7178		
ASSDF3	.2428	.2.3678	
ASSDF4	.1690	.5565	.6163

CORRELATION MATRIX

	ASSDF2	ASSDF3	ASSDF4
ASSDF2	1.0000		
ASSDF3	.1862	1.0000	
ASSDF4	.2541	.4607	1.0000

OF CASES = 65.0

	MEAN	VARIANCE	STD DEV	# OF VARIABLES	
STATISTICS FOR SCALE	.3538	5.6385	2.3745	3	
ITEM MEANS	MEAN .1179	MINIMUM .0308	MAXIMUM .2308	RANGE .2000	MAX/MIN 7.5000
ITEM VARIANCES	MEAN .1.2340	MINIMUM .6163	MAXIMUM .2.3678	RANGE 1.7514	MAX/MIN 3.8417
INTER-ITEM COVARIANCES	MEAN .3228	MINIMUM .1690	MAXIMUM .5565	RANGE .3875	MAX/MIN 3.2930
INTER-ITEM CORRELATIONS	MEAN .3003	MINIMUM .1862	MAXIMUM .4607	RANGE .2744	MAX/MIN 2.4735

ITEM-TOTAL STATISTICS

	SCALE MEAN IF ITEM DELETED	SCALE VARIANCE IF ITEM DELETED	CORRECTED ITEM-TOTAL CORRELATION	SQUARED MULTIPLE CORRELATION	ALPHA IF ITEM DELETED
ASSDF2	.0231	4.0971	.2401	.0706	.5433
ASSDF3	.1231	1.6721	.4017	.2173	.4043
ASSDF4	.2615	3.5712	.4890	.2415	.2719

RELIABILITY COEFFICIENTS 3 ITEMS

ALPHA = .5152

STANDARDIZED ITEM ALPHA = .5629

Risc System 6000 Aix 3.1

Preceding task required .14 seconds CPU time; .00 seconds elapsed.

```
423 reliability variables=empdf3 empdf4
424 /scale(empathiedf)=empdf3 empdf4
425 /model=alpha
426 /statistics=descriptives covariances correlations scale
427 /summary=means variance covariances correlations total.
```

***** METHOD 2 (COVARIANCE MATRIX) WILL BE USED FOR THIS ANALYSIS *****

There are 12,563,816 bytes of memory available.
The largest contiguous area has 12,550,304 bytes.

RELIABILITY requires 128 bytes of workspace for execution.

Risc System 6000 Aix 3.1

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (E M P A T H I E)

1. EMPDF3
2. EMPDF4

	MEAN	STD DEV	CASES
1. EMPDF3	.0909	.7791	66.0
2. EMPDF4	.1970	.7487	66.0

COVARIANCE MATRIX

EMPDF3 EMPDF4

EMPDF3	.6070
EMPDF4	.1664 .5606

CORRELATION MATRIX

EMPDF3 EMPDF4

EMPDF3	1.0000
EMPDF4	.2853 1.0000

OF CASES = 66.0

STATISTICS FOR SCALE	MEAN	VARIANCE	STD DEV	# OF VARIABLES
	.2879	1.5005	1.2249	2

ITEM MEANS	MEAN	MINIMUM	MAXIMUM	RANGE	MAX/MIN	VARIANCE
------------	------	---------	---------	-------	---------	----------

ITEM VARIANCES	MEAN .5838	MINIMUM .5606	MAXIMUM .6070	RANGE .0464	MAX/MIN 1.0827	VARIANCE .0011
INTER-ITEM COVARIANCES	MEAN .1664	MINIMUM .1664	MAXIMUM .1664	RANGE .0000	MAX/MIN 1.0000	VARIANCE .0000
INTER-ITEM CORRELATIONS	MEAN .2853	MINIMUM .2853	MAXIMUM .2853	RANGE .0000	MAX/MIN 1.0000	VARIANCE .0000

ITEM-TOTAL STATISTICS

	SCALE MEAN IF ITEM DELETED	SCALE VARIANCE IF ITEM DELETED	CORRECTED ITEM- TOTAL CORRELATION	SQUARED MULTIPLE CORRELATION	ALPHA IF ITEM DELETED
EMPDF3	.1970	.5606	.2853	.0814	
EMPDF4	.0909	.6070	.2853	.0814	

RELIABILITY COEFFICIENTS 2 ITEMS

ALPHA = .4437 STANDARDIZED ITEM ALPHA = .4440

19 Nov 92 SPSS Release 4.0 Risc System 6K

15:17:46 UGTR

Page 11

Risc System 6000 Aix 3.1

Preceding task required .12 seconds CPU time; .00 seconds elapsed.

428 finish.

428 command lines read.
0 errors detected.
8 warnings issued.
4 seconds CPU time.
8 seconds elapsed time.
End of job.

STOP

aydpo

358 7 "Drummondville" 8 "Ext. pres de Drummond." 9 "Autres
 359 /accville 0 "Pas de reponse" 1 "Tr-Rivieres" 2 "Ext. pres de Tr-R
 360 3 "Nicolet" 4 "Ext. pres de Nicolet" 5 "Drummondville" 6 "Ext. pr
 361 + "Drummond." 7 "Victoriaville" 8 "Ext. pres de Victo." 9 "Autres
 362 /grinterv 0 "Pas de reponse" 1 "Gynecologue" 2 "Omnipraticien" 3
 mme"
 363 /rinter 0 "Pas de reponse" 1 "Gynecologue" 2 "Omnipraticien" 3 "
 me"
 364 missing values tang1 to emp4 (0).
 365 missing values tang01 to emp04 (0).
 366 compute tangdf1=tang1-tang01.
 367 compute tangdf2=tang2-tang02.
 368 compute tangdf3=tang3-tang03.
 369 compute tangdf4=tang4-tang04.
 370 compute fiabdf1=fiab1-fiab01.
 371 compute fiabdf2=fiab2-fiab02.
 372 compute fiabdf3=fiab3-fiab03.
 373 compute fiabdf4=fiab4-fiab04.
 374 compute fiabdf5=fiab5-fiab05.
 375 compute sensdf1=sens1-sens01.
 376 compute sensdf2=sens2-sens02.
 377 compute sensdf3=sens3-sens03.
 378 compute sensdf4=sens4-sens04.
 379 compute assdf1=ass1-ass01.
 380 compute assdf2=ass2-ass02.
 381 compute assdf3=ass3-ass03.
 382 compute assdf4=ass4-ass04.
 383 compute assdf5=ass5-ass05.
 384 compute empdf1=emp1-emp01.
 385 compute empdf2=emp2-emp02.
 386 compute empdf3=emp3-emp03.
 387 compute empdf4=emp4-emp04.
 388 compute tangtot=tangdf1+tangdf2+tangdf3+tangdf4.
 389 compute fiabtot=fiabdf2+fiabdf3+fiabdf4.
 KW | 390 compute senstot=sensdf1+sensdf2+sensdf4.
 391 compute asstot=assdf2+assdf3+assdf4.
 392 compute emptot=empdf3+empdf4.
 393 compute tangtot1=tang1+tang2+tang3+tang4.
 394 compute fiabtot1=fiab2+fiab3+fiab4.
 395 compute senstot1=sens1+sens2+sens4.
 396 compute asstot1=ass2+ass3+ass4.
 397 compute emptot1=emp3+emp4.
 398 compute tangtot2=tang01+tang02+tang03+tang04.
 399 compute fiabtot2=fiab02+fiab03+fiab04.
 400 compute senstot2=sens01+sens02+sens04.
 401 compute asstot2=ass02+ass03+ass04.
 402 compute emptot2=emp03+emp04.
 403 compute attente=tangtot1+fiabtot1+senstot1+asstot1+emptot1.
 404 compute percept=tangtot2+fiabtot2+senstot2+asstot2+emptot2.
 405 select if (interv eq 1).
 406 frequencies variables=tangtot, fiabtot, senstot, asstot, emptot
 407 /statistics=all.

There are 12,546,720 bytes of memory available.
 The largest contiguous area has 12,534,328 bytes.

Memory allows a total of 447,654 values accumulated across all variables.
 There may be up to 55,956 value labels for each variable.

TANGTOT

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	-5.00	1	4.8	5.3	5.3
	-4.00	1	4.8	5.3	10.5
	-3.00	2	9.5	10.5	21.1
	-2.00	2	9.5	10.5	31.6
	-1.00	4	19.0	21.1	52.6
	.00	2	9.5	10.5	63.2
	1.00	1	4.8	5.3	68.4
	2.00	3	14.3	15.8	84.2
	3.00	3	14.3	15.8	100.0
	.	2	9.5	Missing	
	Total	21	100.0	100.0	
Mean	-.368	Std err	.563	Median	-1.000
Mode	-1.000	Std dev	2.454	Variance	6.023
Kurtosis	-.944	S E Kurt	1.014	Skewness	-.152
S E Skew	.524	Range	8.000	Minimum	-5.000
Maximum	3.000	Sum	-7.000		
Valid cases	19	Missing cases	2		

FIABTOT

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	-2.00	1	4.8	5.0	5.0
	-1.00	4	19.0	20.0	25.0
	.00	8	38.1	40.0	65.0
	1.00	3	14.3	15.0	80.0
	2.00	1	4.8	5.0	85.0
	3.00	1	4.8	5.0	90.0
	4.00	1	4.8	5.0	95.0
	5.00	1	4.8	5.0	100.0
	.	1	4.8	Missing	
	Total	21	100.0	100.0	
Mean	1.100	Std err	.653	Median	.000
Mode	.000	Std dev	2.918	Variance	8.516
Kurtosis	2.316	S E Kurt	.992	Skewness	1.754
S E Skew	.512	Range	11.000	Minimum	-2.000
Maximum	9.000	Sum	22.000		
Valid cases	20	Missing cases	1		

SENSTOT

Value Label	Value	Frequency	Percent	Val	Cum
				Percent	Percent
	-7.00	1	4.8	5.0	5.0
	-5.00	1	4.8	5.0	10.0
	-4.00	3	14.3	15.0	25.0
	-2.00	1	4.8	5.0	30.0
	-1.00	1	4.8	5.0	35.0
	.00	3	14.3	15.0	50.0
	1.00	3	14.3	15.0	65.0
	3.00	2	9.5	10.0	75.0
	4.00	2	9.5	10.0	85.0
	5.00	1	4.8	5.0	90.0
	6.00	1	4.8	5.0	95.0
	12.00	1	4.8	5.0	100.0
	.	1	4.8	Missing	
				-----	-----
	Total	21	100.0	100.0	

Mean	.650	Std err	.995	Median	.500
Mode	-4.000	Std dev	4.452	Variance	19.818
Kurtosis	.873	S E Kurt	.992	Skewness	.560
S E Skew	.512	Range	19.000	Minimum	-7.000
Maximum	12.000	Sum	13.000		

Valid cases 20 Missing cases 1

ASSTOT

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid	Cum
				Percent	Percent
	-4.00	1	4.8	5.3	5.3
	-3.00	1	4.8	5.3	10.5
	-1.00	2	9.5	10.5	21.1
	.00	7	33.3	36.0	57.9
	1.00	1	4.8	5.3	63.2
	2.00	2	9.5	10.5	73.7
	3.00	1	4.8	5.3	78.9
	6.00	4	19.0	21.1	100.0
	.	2	9.5	Missing	
				-----	-----
	Total	21	100.0	100.0	

Mean	1.211	Std err	.686	Median	.000
Mode	.000	Std dev	2.992	Variance	8.953
Kurtosis	-.446	S E Kurt	1.014	Skewness	.454
S E Skew	.524	Range	10.000	Minimum	-4.000
Maximum	6.000	Sum	23.000		

Valid cases 19 Missing cases 2

EMPTOT

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	-3.00	1	4.8	5.0	5.0
	-1.00	3	14.3	15.0	20.0
	.00	11	52.4	55.0	75.0
	2.00	1	4.8	5.0	80.0
	3.00	3	14.3	15.0	95.0
	5.00	1	4.8	5.0	100.0
	.	1	4.8	Missing	
			-----	-----	-----
	Total	21	100.0	100.0	

Mean	.500	Std err	.407	Median	.000
Mode	.000	Std dev	1.821	Variance	3.316
Kurtosis	1.049	S E Kurt	.992	Skewness	.843
S E Skew	.512	Range	8.000	Minimum	-3.000
Maximum	5.000	Sum	10.000		

Valid cases 20 Missing cases 1

12 Jan 93 SPSS Release 4.0 Risc System 6K
 15:09:47 UQTR Risc System 6000 Aix 3.1

Preceding task required 1.30 seconds CPU time; 2.00 seconds elapsed.

408 finish.

408 command lines read.
 0 errors detected.
 9 warnings issued.
 3 seconds CPU time.
 5 seconds elapsed time.
 End of job.

STOP

```

358 7 "Drummondville" 8 "Ext. pres de Drummond." 9 "Autres"
359 /accville 0 "Pas de reponse" 1 "Tr-Rivieres" 2 "Ext. pres de Tr-
360 3 "Nicolet" 4 "Ext. pres de Nicolet" 5 "Drummondville" 6 "Ext. p
361 + "Drummond." 7 "Victoriaville" 8 "Ext. pres de Victo." 9 "Autre
362 /grinterv 0 "Pas de reponse" 1 "Gynecologue" 2 "Omnipraticien" 3
   mme"
363 /grinter 0 "Pas de reponse" 1 "Gynecologue" 2 "Omnipraticien" 3
   me"
364 missing values tang1 to emp4 (0).
365 missing values tang01 to emp04 (0).
366 compute tangdf1=tang1-tang01.
367 compute tangdf2=tang2-tang02.
368 compute tangdf3=tang3-tang03.
369 compute tangdf4=tang4-tang04.
370 compute fiabdf1=fiab1-fiab01.
371 compute fiabdf2=fiab2-fiab02.
372 compute fiabdf3=fiab3-fiab03.
373 compute fiabdf4=fiab4-fiab04.
374 compute fiabdf5=fiab5-fiab05.
375 compute sensdf1=sens1-sens01.
376 compute sensdf2=sens2-sens02.
377 compute sensdf3=sens3-sens03.
378 compute sensdf4=sens4-sens04.
379 compute assdf1=ass1-ass01.
380 compute assdf2=ass2-ass02.
381 compute assdf3=ass3-ass03.
382 compute assdf4=ass4-ass04.
383 compute assdf5=ass5-ass05.
384 compute empdf1=emp1-emp01.
385 compute empdf2=emp2-emp02.
386 compute empdf3=emp3-emp03.
387 compute empdf4=emp4-emp04.
388 compute tangtot=tangdf1+tangdf2+tangdf3+tangdf4.
389 compute fiabtot=fiabdf2+fiabdf3+fiabdf4.
390 compute senstot=sensdf1+sensdf2+sensdf4.
391 compute asstot=assdf2+assdf3+assdf4.
392 compute emptot=empdf3+empdf4.
393 compute tangtot1=tang1+tang2+tang3+tang4.
394 compute fiabtot1=fiab2+fiab3+fiab4.
395 compute senstot1=sens1+sens2+sens4.
396 compute asstot1=ass2+ass3+ass4.
397 compute emptot1=emp3+emp4.
398 compute tangtot2=tang01+tang02+tang03+tang04.
399 compute fiabtot2=fiab02+fiab03+fiab04.
400 compute senstot2=sens01+sens02+sens04.
401 compute asstot2=ass02+ass03+ass04.
402 compute emptot2=emp03+emp04.
403 compute attente=tangtot1+fiabtot1+senstot1+asstot1+emptot1.
404 compute percept=tangtot2+fiabtot2+senstot2+asstot2+emptot2.
405 select if (interv eq 2).
406 frequencies variables=tangtot,fiabtot,senstot,asstot,emptot
407 /statistics=all.

```

There are 12,546,720 bytes of memory available.
The largest contiguous area has 12,534,328 bytes.

Memory allows a total of 447,654 values accumulated across all variables.
There may be up to 55,956 value labels for each variable.

TANGTOT

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	-10.00	1	3.8	3.8	3.8
	-6.00	2	7.7	7.7	11.5
	-5.00	4	15.4	15.4	26.9
	-4.00	2	7.7	7.7	34.6
	-3.00	3	11.5	11.5	46.2
	-2.00	2	7.7	7.7	53.8
	-1.00	2	7.7	7.7	61.5
	.00	3	11.5	11.5	73.1
	1.00	3	11.5	11.5	84.6
	5.00	2	7.7	7.7	92.3
	7.00	1	3.8	3.8	96.2
	9.00	1	3.8	3.8	100.0
	Total	26	100.0	100.0	
Mean	-1.385	Std err	.854	Median	-2.000
Mode	-5.000	Std dev	4.355	Variance	18.966
Kurtosis	.452	S E Kurt	.887	Skewness	.632
S E Skew	.456	Range	19.000	Minimum	-10.000
Maximum	9.000	Sum	-36.000		
Valid cases	26	Missing cases	0		

FIABTOT

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	-4.00	1	3.8	3.8	3.8
	-3.00	1	3.8	3.8	7.7
	-2.00	2	7.7	7.7	15.4
	-1.00	3	11.5	11.5	26.9
	.00	11	42.3	42.3	69.2
	1.00	1	3.8	3.8	73.1
	2.00	2	7.7	7.7	80.8
	3.00	2	7.7	7.7	88.5
	5.00	1	3.8	3.8	92.3
	6.00	1	3.8	3.8	96.2
	8.00	1	3.8	3.8	100.0
	Total	26	100.0	100.0	
Mean	.615	Std err	.524	Median	.000
Mode	.000	Std dev	2.669	Variance	7.126
Kurtosis	1.608	S E Kurt	.887	Skewness	1.091
S E Skew	.456	Range	12.000	Minimum	-4.000
Maximum	8.000	Sum	16.000		
Valid cases	26	Missing cases	0		

SENSTOT

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	-7.00	1	3.8	3.8	3.8
	-3.00	2	7.7	7.7	11.5
	-2.00	7	26.9	26.9	38.5
	-1.00	2	7.7	7.7	46.2
	.00	2	7.7	7.7	53.9
	1.00	3	11.5	11.5	65.4
	2.00	2	7.7	7.7	73.1
	3.00	2	7.7	7.7	80.8
	4.00	1	3.8	3.8	84.6
	6.00	2	7.7	7.7	92.3
	8.00	1	3.8	3.8	96.2
	13.00	1	3.8	3.8	100.0
	Total	26	100.0	100.0	

Mean	.808	Std err	.813	Median	.000
Mode	-2.000	Std dev	4.147	Variance	17.202
Kurtosis	1.928	S E Kurt	.887	Skewness	1.073
S E Skew	.456	Range	20.000	Minimum	-7.000
Maximum	13.000	Sum	21.000		

Valid cases 26 Missing cases 0

ASSTOT

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	-3.00	2	7.7	7.7	7.7
	-2.00	1	3.8	3.8	11.5
	-1.00	4	15.4	15.4	26.9
	.00	11	42.3	42.3	67.2
	1.00	1	3.8	3.8	73.1
	3.00	4	15.4	15.4	88.5
	4.00	2	7.7	7.7	96.2
	6.00	1	3.8	3.8	100.0
	Total	26	100.0	100.0	

Mean	.577	Std err	.434	Median	.000
Mode	.000	Std dev	2.212	Variance	4.894
Kurtosis	.161	S E Kurt	.887	Skewness	.681
S E Skew	.456	Range	9.000	Minimum	-3.000
Maximum	6.000	Sum	15.000		

Valid cases 26 Missing cases 0

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	-2.00	1	3.8	3.8	3.8
	-1.00	1	3.8	3.8	7.7
	.00	18	69.2	69.2	76.9
	1.00	3	11.5	11.5	88.5
	2.00	1	3.8	3.8	92.3
	3.00	2	7.7	7.7	100.0
			-----	-----	-----
	Total	26	100.0	100.0	

Mean	.308	Std err	.206	Median	.000
Mode	.000	Std dev	1.050	Variance	1.102
Kurtosis	2.700	S E Kurt	.887	Skewness	1.118
S E Skew	.456	Range	5.000	Minimum	-2.000
Maximum	3.000	Sum	8.000		

Valid cases 26 Missing cases 0

12 Jan 93 SPSS Release 4.0 Risc System 6K
 15:15:55 UQTR Risc System 6000 Aix 3.1

Preceding task required 1.34 seconds CPU time; 2.00 seconds elapsed.

408 finish.

408 command lines read.
 0 errors detected.
 9 warnings issued.
 3 seconds CPU time.
 5 seconds elapsed time.
 End of job.

STOP

```

358 7 "Drummondville" 8 "Ext. pres de Drummond." 9 "Autres"
359 /accville 0 "Pas de reponse" 1 "Tr-Rivieres" 2 "Ext. pres de Tr-R
360 3 "Nicolet" 4 "Ext. pres de Nicolet" 5 "Drummondville" 6 "Ext. pr
361 + "Drummond." 7 "Victoriaville" 8 "Ext. pres de Victo." 9 "Autres"
362 /grinterv 0 "Pas de reponse" 1 "Gynecologue" 2 "Omnipraticien" 3 "
363 mme"
364 /grinter O "Pas de reponse" 1 "Gynecologue" 2 "Omnipraticien" 3 "
364 me"
365 missing values tang1 to emp4 (0).
366 missing values tang01 to emp04 (0).
366 compute tangdf1=tang1-tang01.
367 compute tangdf2=tang2-tang02.
368 compute tangdf3=tang3-tang03.
369 compute tangdf4=tang4-tang04.
370 compute fiabdf1=fiab1-fiab01.
371 compute fiabdf2=fiab2-fiab02.
372 compute fiabdf3=fiab3-fiab03.
373 compute fiabdf4=fiab4-fiab04.
374 compute fiabdf5=fiab5-fiab05.
375 compute sensdf1=sens1-sens01.
376 compute sensdf2=sens2-sens02.
377 compute sensdf3=sens3-sens03.
378 compute sensdf4=sens4-sens04.
379 compute assdf1=ass1-ass01.
380 compute assdf2=ass2-ass02.
381 compute assdf3=ass3-ass03.
382 compute assdf4=ass4-ass04.
383 compute assdf5=ass5-ass05.
384 compute empdf1=emp1-emp01.
385 compute empdf2=emp2-emp02.
386 compute empdf3=emp3-emp03.
387 compute empdf4=emp4-emp04.
388 compute tangtot=tangdf1+tangdf2+tangdf3+tangdf4.
389 compute fiabtot=fiabdf2+fiabdf3+fiabdf4.
390 compute senstot=sensdf1+sensdf2+sensdf4.
391 compute asstot=assdf2+assdf3+assdf4.
392 compute emptot=empdf3+empdf4.
393 compute tangtot1=tang1+tang2+tang3+tang4.
394 compute fiabtot1=fiab2+fiab3+fiab4.
395 compute senstot1=sens1+sens2+sens4.
396 compute asstot1=ass2+ass3+ass4.
397 compute emptot1=emp3+emp4.
398 compute tangtot2=tang01+tang02+tang03+tang04.
399 compute fiabtot2=fiab02+fiab03+fiab04.
400 compute senstot2=sens01+sens02+sens04.
401 compute asstot2=ass02+ass03+ass04.
402 compute emptot2=emp03+emp04.
403 compute attente=tangtot1+fiabtot1+senstot1+asstot1+emptot1.
404 compute percept=tangtot2+fiabtot2+senstot2+asstot2+emptot2.
405 select if (interv eq 3).
406 frequencies variables=tangtot, fiabtot, senstot, asstot, emptot
407 /statistics=all.

```

There are 12,546,720 bytes of memory available.
The largest contiguous area has 12,534,328 bytes.

Memory allows a total of 447,654 values accumulated across all variables.
There may be up to 55,956 value labels for each variable.

TANGTOT

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	-9.00	1	5.0	5.0	5.3
	-8.00	1	5.0	5.0	10.5
	-6.00	2	10.0	10.5	21.1
	-5.00	1	5.0	5.0	26.3
	-4.00	2	10.0	10.5	36.8
	-3.00	3	15.0	15.8	52.6
	-2.00	1	5.0	5.0	57.9
	-1.00	3	15.0	15.8	73.7
	.00	1	5.0	5.0	78.9
	1.00	2	10.0	10.5	89.5
	6.00	1	5.0	5.0	94.7
	7.00	1	5.0	5.0	100.0
	.	1	5.0	Missing	
	Total	20	100.0	100.0	

Mean	-2.158	Std err	.947	Median	-3.000
Mode	-3.000	Std dev	4.127	Variance	17.029
Kurtosis	.594	S E Kurt	1.014	Skewness	.635
S E Skew	.524	Range	16.000	Minimum	-9.000
Maximum	7.000	Sum	-41.000		

Valid cases 19 Missing cases 1

FIABTOT

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	-4.00	1	5.0	5.0	5.3
	-3.00	1	5.0	5.0	10.5
	-2.00	1	5.0	5.0	15.8
	-1.00	3	15.0	15.8	31.6
	.00	13	65.0	68.4	100.0
	.	1	5.0	Missing	
	Total	20	100.0	100.0	

Mean	-.632	Std err	.267	Median	.000
Mode	.000	Std dev	1.165	Variance	1.357
Kurtosis	3.419	S E Kurt	1.014	Skewness	-2.002
S E Skew	.524	Range	4.000	Minimum	-4.000
Maximum	.000	Sum	-12.000		

Valid cases 19 Missing cases 1

SENSTOT

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	-6.00	1	5.0	5.3	5.3
	-4.00	1	5.0	5.3	10.5
	-3.00	3	15.0	15.8	26.3
	-2.00	3	15.0	15.8	42.1
	-1.00	4	20.0	21.1	63.2
	.00	5	25.0	26.3	89.5
	1.00	2	10.0	10.5	100.0
	.	1	5.0	Missing	
		-----		-----	
	Total	20	100.0	100.0	

Mean	-1.421	Std err	.414	Median	-1.000
Mode	.000	Std dev	1.805	Variance	3.257
Kurtosis	.757	S E Kurt	1.014	Skewness	-.872
S E Skew	.524	Range	7.000	Minimum	-6.000
Maximum	1.000	Sum	-27.000		

Valid cases 19 Missing cases 1

ASSTOT

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	-5.00	1	5.0	5.3	5.3
	-4.00	1	5.0	5.3	10.5
	-2.00	1	5.0	5.3	15.8
	-1.00	4	20.0	21.1	36.8
	.00	12	60.0	63.2	100.0
	.	1	5.0	Missing	
		-----		-----	
	Total	20	100.0	100.0	

Mean	-.789	Std err	.330	Median	.000
Mode	.000	Std dev	1.437	Variance	2.064
Kurtosis	4.210	S E Kurt	1.014	Skewness	-2.170
S E Skew	.524	Range	5.000	Minimum	-5.000
Maximum	.000	Sum	-15.000		

Valid cases 19 Missing cases 1

EMPTOT

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	-1.00	1	5.0	5.3	5.3
	.00	17	85.0	89.5	94.7
	2.00	1	5.0	5.3	100.0
	.	1	5.0	Missing	

	Total	20	100.0	100.0	
Mean	.053	Std err	.120	Median	.000
Mode	.000	Std dev	.524	Variance	.275
Kurtosis	12.463	S E Kurt	1.014	Skewness	2.679
S E Skew	.524	Range	3.000	Minimum	-1.000
Maximum	2.000	Sum	1.000		

Valid cases 19 Missing cases 1

12 Jan 93 SPSS Release 4.0 Risc System 6K
15:21:43 UQTR Risc System 6000 Aix 3.1

Preceding task required 1.37 seconds CPU time; 4.00 seconds elapsed.

408 finish.

408 command lines read.
0 errors detected.
9 warnings issued.
3 seconds CPU time.
10 seconds elapsed time.
End of job.

STOP

```

405 COMPUTE DIFFER=PERCEPT-DIFFER.
406 select if (interv eq 1).
407 frequencies variables=attente, percept, differ
408 /statistics=all.

```

There are 12,546,600 bytes of memory available.
The largest contiguous area has 12,534,216 bytes.

Memory allows a total of 447,650 values accumulated across all variables.
There may be up to 55,956 value labels for each variable.

12 Jan 93 SPSS Release 4.0 Risc System 6K

15:39:56 UQTR

Risc System 6000 Aix 3.1

ATTENTE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	85.00	1	4.8	5.3	5.3
	89.00	1	4.8	5.3	10.5
	91.00	1	4.8	5.3	15.8
	93.00	1	4.8	5.3	21.1
	94.00	3	14.3	15.8	36.8
	95.00	2	9.5	10.5	47.4
	96.00	1	4.8	5.3	52.6
	98.00	1	4.8	5.3	57.9
	99.00	1	4.8	5.3	63.2
	100.00	2	9.5	10.5	73.7
	101.00	1	4.8	5.3	78.9
	102.00	1	4.8	5.3	84.2
	103.00	1	4.8	5.3	89.5
	104.00	1	4.8	5.3	94.7
	105.00	1	4.8	5.3	100.0
	.	2	9.5	Missing	
		-----	-----	-----	-----
	Total	21	100.0	100.0	
Mean	96.737	Std err	1.218	Median	96.000
Mode	94.000	Std dev	5.311	Variance	28.205
Kurtosis	-.221	S E Kurt	1.014	Skewness	-.371
E Skew	.524	Range	20.000	Minimum	85.000
Maximum	105.000	Sum	1838.000		

Valid cases

19

Missing cases

2

PERCEPT

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Prcen
	59. 00	1	4. 8	5. 0	5. 0
	71. 00	1	4. 8	5. 0	10. 0
	72. 00	1	4. 8	5. 0	15. 0
	80. 00	1	4. 8	5. 0	20. 0
	86. 00	1	4. 8	5. 0	25. 0
	87. 00	2	9. 5	10. 0	35. 0
	93. 00	1	4. 8	5. 0	40. 0
	97. 00	2	9. 5	10. 0	50. 0
	98. 00	2	9. 5	10. 0	60. 0
	99. 00	1	4. 8	5. 0	65. 0
	100. 00	1	4. 8	5. 0	70. 0
	102. 00	2	9. 5	10. 0	80. 0
	103. 00	1	4. 8	5. 0	85. 0
	105. 00	3	14. 3	15. 0	100. 0
	.	1	4. 8	Missing	
				-----	-----
	Total	21	100. 0	100. 0	
Mean	92. 300	Std err	2. 912	Median	97. 500
Mode	105. 000	Std dev	13. 023	Variance	169. 589
Kurtosis	. 853	S E Kurt	. 992	Skewness	-1. 240
S E Skew	. 512	Range	46. 000	Minimum	59. 000
Maximum	105. 000	Sum	1846. 000		
Valid cases	20	Missing cases	1		

```

390 compute senstot=sensdf1+sensdf2+sensdf4.
391 compute assstot=assdf2+assdf3+assdf4.
392 compute emptot=empdf3+empdf4.
393 compute tangtot1=tang1+tang2+tang3+tang4.
394 compute fiabtot1=fiab2+fiab3+fiab4.
395 compute senstot1=sens1+sens2+sens4.
396 compute assstot1=ass2+ass3+ass4.
397 compute emptot1=emp3+emp4.
398 compute tangtot2=tang01+tang02+tang03+tang04.

```

DIFFER

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	-30.00	1	4.8	5.6	5.6
	-23.00	1	4.8	5.6	11.1
	-15.00	1	4.8	5.6	16.7
	-7.00	1	4.8	5.6	22.2
	-6.00	1	4.8	5.6	27.8
	-5.00	1	4.8	5.6	33.3
	-4.00	1	4.8	5.6	38.9
	-2.00	2	9.5	11.1	50.0
	2.00	2	9.5	11.1	61.1
	4.00	4	19.0	22.2	83.3
	6.00	2	9.5	11.1	94.4
	11.00	1	4.8	5.6	100.0
	.	3	14.3	Missing	
				-----	-----
	Total	21	100.0	100.0	

Mean	-2.833	Std err	2.497	Median	.000
Mode	4.000	Std dev	10.596	Variance	112.265
Kurtosis	1.649	S E Kurt	1.038	Skewness	-1.371
S E Skew	.536	Range	41.000	Minimum	-30.000
Maximum	11.000	Sum	-51.000		

Valid cases 18 Missing cases 3

12 Jan 93 SPSS Release 4.0 Risc System 6K
 15:39:56 UQTR Risc System 6000 Aix 3.1

Preceding task required 1.28 seconds CPU time; 1.00 seconds elapsed.

409 finish.

409 command lines read.
 0 errors detected.
 9 warnings issued.
 4 seconds CPU time.
 4 seconds elapsed time.
 End of job.

STOP

```

358    7 "Drummondville" 8 "Ext. pres de Drummond." 9 "Autres"
359    /accville 0 "Pas de reponse" 1 "Tr-Rivieres" 2 "Ext. pres de Tr-R
360    3 "Nicolet" 4 "Ext. pres de Nicolet" 5 "Drummondville" 6 "Ext. pre
361    + "Drummond." 7 "Victoriaville" 8 "Ext. pres de Victo." 9 "Autres"
362    /grinterv 0 "Pas de reponse" 1 "Gynecologue" 2 "Omnipraticien" 3 'mme'
363    /grinter O "Pas de reponse" 1 "Gynecologue" 2 "Omnipraticien" 3 "S
364    me"
365    missing values tang1 to emp4 (0).
366    missing values tang01 to emp04 (0).
367    compute tangdf1=tang1-tang01.
368    compute tangdf2=tang2-tang02.
369    compute tangdf3=tang3-tang03.
370    compute tangdf4=tang4-tang04.
371    compute fiabdf1=fiab1-fiab01.
372    compute fiabdf2=fiab2-fiab02.
373    compute fiabdf3=fiab3-fiab03.
374    compute fiabdf4=fiab4-fiab04.
375    compute fiabdf5=fiab5-fiab05.
376    compute sensdf1=sens1-sens01.
377    compute sensdf2=sens2-sens02.
378    compute sensdf3=sens3-sens03.
379    compute sensdf4=sens4-sens04.
380    compute assdf1=ass1-ass01.
381    compute assdf2=ass2-ass02.
382    compute assdf3=ass3-ass03.
383    compute assdf4=ass4-ass04.
384    compute assdf5=ass5-ass05.
385    compute empdf1=emp1-emp01.
386    compute empdf2=emp2-emp02.
387    compute empdf3=emp3-emp03.
388    compute empdf4=emp4-emp04.
389    compute tangtot=tangdf1+tangdf2+tangdf3+tangdf4.
390    compute fiabtot=fiabdf2+fiabdf3+fiabdf4.
391    compute senstot=sensdf1+sensdf2+sensdf4.
392    compute asstot=assdf2+assdf3+assdf4.
393    compute tangtot1=tang1+tang2+tang3+tang4.
394    compute fiabtot1=fiab2+fiab3+fiab4.
395    compute senstot1=sens1+sens2+sens4.
396    compute asstot1=ass2+ass3+ass4.
397    compute emptot1=emp3+emp4.
398    compute tangtot2=tang01+tang02+tang03+tang04.
399    compute fiabtot2=fiab02+fiab03+fiab04.
400    compute senstot2=sens01+sens02+sens04.
401    compute asstot2=ass02+ass03+ass04.
402    compute emptot2=emp03+emp04.
403    compute attente=tangtot1+fiabtot1+senstot1+asstot1+emptot1.
404    compute percept=tangtot2+fiabtot2+senstot2+asstot2+emptot2.
405    compute differ=percept-attente.
406    select if (interv eq 2).
407    frequencies variables=attente,percept,differ
408    /statistics=all.

```

There are 12,546,600 bytes of memory available.
The largest contiguous area has 12,534,216 bytes.

Memory allows a total of 447,650 values accumulated across all variables.
There may be up to 55,956 value labels for each variable.

ATTENTE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	71.00	1	3.8	3.8	3.8
	84.00	1	3.8	3.8	7.7
	85.00	2	7.7	7.7	15.4
	86.00	1	3.8	3.8	19.2
	87.00	1	3.8	3.8	23.1
	88.00	2	7.7	7.7	30.8
	90.00	2	7.7	7.7	38.5
	92.00	2	7.7	7.7	46.2
	93.00	2	7.7	7.7	53.8
	95.00	1	3.8	3.8	57.7
	96.00	2	7.7	7.7	65.4
	97.00	1	3.8	3.8	69.2
	101.00	2	7.7	7.7	76.9
	102.00	2	7.7	7.7	84.6
	103.00	1	3.8	3.8	88.5
	104.00	2	7.7	7.7	96.2
	105.00	1	3.8	3.8	100.0
<hr/>					
	Total	26	100.0	100.0	

Mean	93.462	Std err	1.596	Median	93.000
Mode	85.000	Std dev	8.140	Variance	66.258
Kurtosis	.632	S E Kurt	.887	Skewness	-.608
S E Skew	.456	Range	34.000	Minimum	71.000
Maximum	105.000	Sum	2430.000		

Valid cases 26 Missing cases 0

PERCEPT

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	61.00	1	3.8	3.8	3.8
	71.00	1	3.8	3.8	7.7
	82.00	1	3.8	3.8	11.5
	83.00	1	3.8	3.8	15.4
	86.00	1	3.8	3.8	19.2
	87.00	1	3.8	3.8	23.1
	90.00	2	7.7	7.7	30.8
	92.00	3	11.5	11.5	42.3
	93.00	2	7.7	7.7	50.0
	94.00	1	3.8	3.8	53.8
	96.00	2	7.7	7.7	61.5
	97.00	1	3.8	3.8	65.4
	98.00	1	3.8	3.8	69.2
	99.00	2	7.7	7.7	76.9
	100.00	1	3.8	3.8	80.8
	101.00	1	3.8	3.8	84.6
	102.00	1	3.8	3.8	88.5
	103.00	1	3.8	3.8	92.3
	104.00	1	3.8	3.8	96.2

105.00

	Total	26	100.0	100.0	
Mean	92.538	Std err	1.969	Median	93.500
Mode	92.000	Std dev	10.041	Variance	100.818
Kurtosis	3.123	S E Kurt	.887	Skewness	-1.565
S E Skew	.456	Range	44.000	Minimum	61.000
Maximum	105.000	Sum	2406.000		

Valid cases 26 Missing cases 0

DIFFER

Value Label	Value	Frequency	Valid Percent		Cum Percent
			Percent	Percent	
	-31.00	1	3.8	3.8	3.8
	-17.00	1	3.8	3.8	7.7
	-15.00	1	3.8	3.8	11.5
	-13.00	1	3.8	3.8	15.4
	-10.00	1	3.8	3.8	19.2
	-9.00	1	3.8	3.8	23.1
	-7.00	2	7.7	7.7	30.8
	-5.00	1	3.8	3.8	34.6
	-4.00	1	3.8	3.8	38.5
	-2.00	1	3.8	3.8	42.3
	-1.00	1	3.8	3.8	46.2
	.00	1	3.8	3.8	50.0
	2.00	1	3.8	3.8	53.8
	3.00	2	7.7	7.7	61.5
	4.00	1	3.8	3.8	65.4
	6.00	2	7.7	7.7	73.1
	7.00	1	3.8	3.8	76.9
	8.00	1	3.8	3.8	80.8
	9.00	2	7.7	7.7	88.5
	11.00	1	3.8	3.8	92.3
	14.00	1	3.8	3.8	96.2
	15.00	1	3.8	3.8	100.0
	Total	26	100.0	100.0	

	Std err	2.103	Median	1.000	
Mean	-.923	Std dev	10.722	Variance	114.954
Mode	-7.000	S E Kurt	.887	Skewness	-.865
Kurtosis	.951	Range	46.000	Minimum	-31.000
S E Skew	.456	Sum	-24.000		
Maximum	15.000				

Valid cases 26 Missing cases 0

12 Jan 93 SPSS Release 4.0 Risc System 6K
15:43:30 UQTR Risc System 6000 Aix 3.1

Preceding task required 1.36 seconds CPU time; 3.00 seconds elapsed.

```

356    7 "Drummondville" 8 "Ext. pres de Drummond." 9 "Autres"
359    /accville 0 "Pas de reponse" 1 "Tr-Rivieres" 2 "Ext. pres de Tr-Ri
360    3 "Nicolet" 4 "Ext. pres de Nicolet" 5 "Drummondville" 6 "Ext. pre
361    + "Drummond." 7 "Victoriaville" 8 "Ext. pres de Victo." 9 "Autres"
362    /grinterv 0 "Pas de reponse" 1 "Gynecologue" 2 "Omnipraticien" 3 "
363      mme"
364    /grinter 0 "Pas de reponse" 1 "Gynecologue" 2 "Omnipraticien" 3 "S
365      me"
366    missing values tang1 to emp4 (0).
367    missing values tang01 to emp04 (0).
368    compute tangdf1=tang1-tang01.
369    compute tangdf2=tang2-tang02.
370    compute tangdf3=tang3-tang03.
371    compute tangdf4=tang4-tang04.
372    compute fiabdf1=fiab1-fiab01.
373    compute fiabdf2=fiab2-fiab02.
374    compute fiabdf3=fiab3-fiab03.
375    compute fiabdf4=fiab4-fiab04.
376    compute fiabdf5=fiab5-fiab05.
377    compute sensdf1=sens1-sens01.
378    compute sensdf2=sens2-sens02.
379    compute sensdf3=sens3-sens03.
380    compute sensdf4=sens4-sens04.
381    compute assdf1=ass1-ass01.
382    compute assdf2=ass2-ass02.
383    compute assdf3=ass3-ass03.
384    compute assdf4=ass4-ass04.
385    compute assdf5=ass5-ass05.
386    compute empdf1=emp1-emp01.
387    compute empdf2=emp2-emp02.
388    compute empdf3=emp3-emp03.
389    compute empdf4=emp4-emp04.
390    compute tangtot=tangdf1+tangdf2+tangdf3+tangdf4.
391    compute fiabtot=fiabdf2+fiabdf3+fiabdf4.
392    compute senstot=sensdf1+sensdf2+sensdf4.
393    compute asstot=assdf2+assdf3+assdf4.
394    compute emptot=empdf3+empdf4.
395    compute tangtot1=tang1+tang2+tang3+tang4.
396    compute fiabtot1=fiab2+fiab3+fiab4.
397    compute senstot1=sens1+sens2+sens4.
398    compute asstot1=ass2+ass3+ass4.
399    compute emptot1=emp3+emp4.
400    compute tangtot2=tang01+tang02+tang03+tang04.
401    compute fiabtot2=fiab02+fiab03+fiab04.
402    compute senstot2=sens01+sens02+sens04.
403    compute asstot2=ass02+ass03+ass04.
404    compute emptot2=emp03+emp04.
405    compute attente=tangtot1+fiabtot1+senstot1+asstot1+emptot1.
406    compute percept=tangtot2+fiabtot2+senstot2+asstot2+emptot2.
407    compute differ=percept-attente.
408    select if (interv eq 3).
409    frequencies variables=attente,percept,differ
410      /statistics=all.

```

There are 12,546,600 bytes of memory available.
The largest contiguous area has 12,534,216 bytes.

Memory allows a total of 447,650 values accumulated across all variables.
There may be up to 55,956 value labels for each variable.

ATTENTE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid	Cum
				Percent	Percent
	78.00	1	5.0	5.3	5.3
	82.00	1	5.0	5.3	10.5
	84.00	1	5.0	5.3	15.8
	85.00	1	5.0	5.3	21.1
	86.00	2	10.0	10.5	31.6
	89.00	1	5.0	5.3	36.8
	90.00	1	5.0	5.3	42.1
	92.00	2	10.0	10.5	52.6
	93.00	1	5.0	5.3	57.9
	94.00	1	5.0	5.3	63.2
	96.00	1	5.0	5.3	68.4
	97.00	2	10.0	10.5	78.9
	98.00	1	5.0	5.3	84.2
	99.00	1	5.0	5.3	89.5
	100.00	1	5.0	5.3	94.7
	102.00	1	5.0	5.3	100.0
	.	1	5.0	Missing	
				-----	-----
	Total	20	100.0	100.0	
Mean	91.579	Std err	1.540	Median	92.000
Mode	86.000	Std dev	6.711	Variance	45.035
Kurtosis	- .769	S E Kurt	1.014	Skewness	- .338
S E Skew	.524	Range	24.000	Minimum	78.000
Maximum	102.000	Sum	1740.000		
Valid cases	19	Missing cases	1		

PERCEPT

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid	Cum
				Percent	Percent
	86.00	1	5.0	5.0	5.0
	87.00	1	5.0	5.0	10.0
	91.00	1	5.0	5.0	15.0
	93.00	4	20.0	20.0	35.0
	94.00	2	10.0	10.0	45.0
	95.00	1	5.0	5.0	50.0
	96.00	1	5.0	5.0	55.0
	98.00	2	10.0	10.0	65.0
	101.00	3	15.0	15.0	80.0
	102.00	2	10.0	10.0	90.0
	104.00	1	5.0	5.0	95.0
	105.00	1	5.0	5.0	100.0
				-----	-----
	Total	20	100.0	100.0	
Mean	96.350	Std err	1.201	Median	95.500
Mode	93.000	Std dev	5.373	Variance	28.871
Kurtosis	- .681	S E Kurt	.992	Skewness	- .185
S E Skew	.512	Range	19.000	Minimum	86.000

Maximum 105.000 Sum

Valid cases 20 Missing cases 0

DIFFER

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	-7.00	1	5.0	5.0	5.3
	-6.00	1	5.0	5.0	10.5
	.00	3	15.0	15.0	26.3
	2.00	3	15.0	15.0	42.1
	3.00	1	5.0	5.0	47.4
	4.00	2	10.0	10.0	57.9
	7.00	1	5.0	5.0	63.2
	8.00	3	15.0	15.0	78.9
	10.00	1	5.0	5.0	84.2
	12.00	1	5.0	5.0	89.5
	14.00	1	5.0	5.0	94.7
	23.00	1	5.0	5.0	100.0
	.	1	5.0	Missing	
	Total	20	100.0	100.0	
Mean	4.947	Std err	1.607	Median	4.000
Mode	.000	Std dev	7.004	Variance	49.053
Kurtosis	1.365	S E Kurt	1.014	Skewness	.675
S E Skew	.524	Range	30.000	Minimum	-7.000
Maximum	23.000	Sum	94.000		

Valid cases 19 Missing cases 1

12 Jan 93 SPSS Release 4.0 Risc System 6K
15:46:40 UQTR Risc System 6000 Ait 3.1

Preceding task required 1.41 seconds CPU time; 5.00 seconds elapsed.

409 finish.

409 command lines read.
0 errors detected.
9 warnings issued.
3 seconds CPU time.
9 seconds elapsed time.
End of job.

STOP

```

      mode
363 /grinter 0 "Pas de reponse" 1 "Gynecologue" 2 "Omnipraticien" 3 "S-
      me"
364 missing values tang1 to emp4 (0).
365 missing values tang01 to emp04 (0).
366 compute tangdf1=tang1-tang01.
367 compute tangdf2=tang2-tang02.
368 compute tangdf3=tang3-tang03.
369 compute tangdf4=tang4-tang04.
370 compute fiabdf1=fiab1-fiab01.
371 compute fiabdf2=fiab2-fiab02.
372 compute fiabdf3=fiab3-fiab03.
373 compute fiabdf4=fiab4-fiab04.
374 compute fiabdf5=fiab5-fiab05.
375 compute sensdf1=sensi-sens01.
376 compute sensdf2=sens2-sens02.
377 compute sensdf3=sens3-sens03.
378 compute sensdf4=sens4-sens04.
379 compute assdf1=assi-ass01.
380 compute assdf2=ass2-ass02.
381 compute assdf3=ass3-ass03.
382 compute assdf4=ass4-ass04.
383 compute assdf5=ass5-ass05.
384 compute empdf1=emp1-emp01.
385 compute empdf2=emp2-emp02.
386 compute empdf3=emp3-emp03.
387 compute empdf4=emp4-emp04.
388 compute tangtot=tangdf1+tangdf2+tangdf3+tangdf4.
389 compute fiabtot=fiabdf2+fiabdf3+fiabdf4.
390 compute senstot=sensdf1+sensdf2+sensdf4.
391 compute assstot=assdf2+assdf3+assdf4.
392 compute emptot=empdf3+empdf4.
393 compute tangtot1=tang1+tang2+tang3+tang4.
394 compute fiabtot1=fiab2+fiab3+fiab4.
395 compute senstot1=sensi+sens2+sens4.
396 compute assstot1=ass2+ass3+ass4.
397 compute emptot1=emp3+emp4.
398 compute tangtot2=tang01+tang02+tang03+tang04.
399 compute fiabtot2=fiab02+fiab03+fiab04.
400 compute senstot2=sens01+sens02+sens04.
401 compute assstot2=ass02+ass03+ass04.
402 compute emptot2=emp03+emp04.
403 compute attente=tangtot1+fiabtot1+senstot1+assstot1+emptot1.
404 compute percept=tangtot2+fiabtot2+senstot2+assstot2+emptot2.
405 npar tests k-w=attente percept by interv (1,3).

```

There are 12,546,776 bytes of memory available.
The largest contiguous area has 12,534,376 bytes.

***** Workspace allows for 391699 cases for NPAR tests *****

19 Nov 92 SPSS Release 4.0 Risc System 6K
14:29:16 UGTR

Risc System 3000 Aix 3.1

- - - - ' Kruskal-Wallis 1-Way Anova

ATTENTE
by INTERV intervenant vu le +

Mean Rank	Cases

39.74	15	INTERV = 1	Gynécologue
31.79	26	INTERV = 2	Omnipraticien
26.24	19	INTERV = 3	Sage-femme

64 Total

Cases	Chi-Square	Significance	Corrected for ties	
			Chi-Square	Significance
64	5.0583	.0797	5.0693	.0793

----- Kruskal-Wallis 1-Way Anova

PERCEPT
by INTERV intervenant vu le +

Mean Rank Cases

34.33	20	INTERV = 1	Gynécologue
30.35	26	INTERV = 2	Omnipraticien
36.78	20	INTERV = 3	Sage-femme

66 Total

Cases	Chi-Square	Significance	Corrected for ties	
			Chi-Square	Significance
66	1.3209	.5156	1.3254	.5154

19 Nov 92 SPSS Release 4.0 Risc System 6K

14:29:16 UGTR

Risc System 6000 Axx 0.1

Preceding task required 1.08 seconds CPU time; 2.00 seconds elapsed.

406 finish.

406 command lines read.
0 errors detected.
8 warnings issued.
3 seconds CPU time.
7 seconds elapsed time.
End of job.

STOP

H. Analyses statistiques

1. Coefficient de corrélation de Spearman
2. Analyse discriminante

```

354   "Drummondville" 2 "Ext. pres de Drummond" 9 "Autres"
355   /actville 0 "Pas de reponse" 1 "Tr-Rivieres" 2 "Ext. pres de Ti
356   3 "Nicolet" 4 "Ext. pres de Nicolet" 5 "Drummondville" 6 "Ext.
357   + "Drummond." 7 "Victoriaville" 8 "Ext. pres de Victo." 9 "Aut
358   /grinterv 0 "Pas de reponse" 1 "Gynecologue" 2 "Omnipraticien"
359   "me"
360   /grinter 0 "Pas de reponse" 1 "Gynecologue" 2 "Omnipraticien" 3
361   me"
362   missing values desiracc to grinter (0).
363   npar corr variables=acc#, caractg#, caracto#, caracts#, satifgr, sati
364
365   , risqacc, intervul, intervul2, intervul3, interchi,
366   interch3, congrus, conacc, agenn, agerep, scol, re
367   /missing=pairwise
368   /print=twotail
369   /format=matrix.

```

There are 12,551,760 bytes of memory available.
The largest contiguous area has 12,539,000 bytes.

***** WORKSPACE ALLOWS FOR 136292 CASES FOR NONPARAMETRIC CORRELATION

08 Dec 92 SPSS Release 4.0 Risc System 6K
15:23:32 UGTR Risc System 6000 Aix 3.1

- - - S P E A R M A N C O R R E L A T I O N C O E F F I C I E N T

CARACTG#	- .1147
N(	58)
SIG	.391

CARACTO#	- .0424	.4952
N(	55)	N(55)
SIG	.759	SIG .000

CARACTS#	.0608	.2931	.5384
N(	58)	N(56)	N(53)
SIG	.650	SIG .028	SIG .000

SATIFGR	.1546	-.1278	-.0303	.1081
N(	67)	N(59)	N(56)	N(59)
SIG	.212	SIG .335	SIG .808	SIG .415

SATIFAC	.1361	-.2274	-.0196	.0576	.5788
N(	65)	N(58)	N(55)	N(57)	N(66)
SIG	.280	SIG .086	SIG .887	SIG .671	SIG .000

RISQGR	-.0826	.0744	.0465	.1697	.2002	- .
N(	67)	N(59)	N(56)	N(59)	N(68)	N(
SIG	.506	SIG .576	SIG .734	SIG .199	SIG .102	SIG

INTERVU1	-.2200 N(.39) SIG .378	-.2508 N(.32) SIG .358	-.2420 N(.29) SIG .206	-.0508 N(.51) SIG .786	-.1588 N(.39) SIG .334	-.2
INTERVU2	-.2729 N(.65) SIG .028	-.0570 N(.57) SIG .673	.1649 N(.54) SIG .233	-.1295 N(.57) SIG .337	-.1081 N(.66) SIG .388	-.0
INTERVU3	-.1022 N(.63) SIG .426	-.1022 N(.55) SIG .	-.0524 N(.53) SIG .	-.2199 N(.55) SIG .107	-.0509 N(.64) SIG .690	-.0
INTERVU4	-.0505 N(.30) SIG .044	-.2142 N(.28) SIG .044	-.0505 N(.27) SIG .046	-.2142 N(.26) SIG .106	-.1385 N(.31) SIG .872	-.0
INTERVU5	-.0505 N(.30) SIG .388	-.2142 N(.28) SIG .039	-.0505 N(.27) SIG .104	-.2142 N(.26) SIG .421	-.1385 N(.31) SIG .369	-.0
INTERVU6	-.0505 N(.29) SIG .008	-.2142 N(.27) SIG .628	-.0505 N(.26) SIG .974	-.2142 N(.27) SIG .182	-.1385 N(.30) SIG .130	-.0
CONGROS	-.2334 N(.66) SIG .059	-.0862 N(.58) SIG .520	-.0710 N(.59) SIG .607	-.3649 N(.59) SIG .005	-.2290 N(.67) SIG .062	-.3
INTERVU7	-.2226 N(.67) SIG .010	-.2226 N(.59) SIG .123	-.2226 N(.58) SIG .361	-.2226 N(.59) SIG .694	-.2226 N(.68) SIG .317	-.0
AGENIN	-.3528 N(.67) SIG .003	-.0986 N(.59) SIG .458	-.0709 N(.56) SIG .604	-.2418 N(.59) SIG .065	-.1186 N(.68) SIG .336	-.2
AGEREP	-.5205 N(.67) SIG .000	-.2501 N(.59) SIG .056	-.2179 N(.56) SIG .107	-.1522 N(.59) SIG .250	-.0484 N(.68) SIG .695	-.1
SCOR	-.0307 N(.67) SIG .805	.1724 N(.59) SIG .192	.2079 N(.56) SIG .121	.2097 N(.59) SIG .111	-.1579 N(.68) SIG .198	-.1
REVENU	-.0539 N(.65) SIG .670	.0712 N(.58) SIG .595	.1902 N(.55) SIG .164	-.0375 N(.58) SIG .780	-.1236 N(.66) SIG .323	-.0

RISQACC

.6203
N(66)
SIG .000

INTERVU1 .2166 .0100
 N(39) N(38)
 SIG .185 SIG .952

INTERVU2 .0984 .0772 .1672
 N(66) N(64) N(37)
 SIG .432 SIG .545 SIG .323

INTERVU3 .0663 .0749 .2901 - 2258
 N(64) N(62) N(37) N(64)
 SIG .603 SIG .563 SIG .082 SIG .073

~~INTERVU4~~ .0251 .2127 .1245 .2226 .2486
 N(31) N(30) N(23) N(31) N(31)
 SIG .978 SIG .259 SIG .400 SIG .576 SIG .187

~~INTERVU5~~ .0512 .021 .223 .227 .549
 N(31) N(30) N(22) N(31) N(31) N(31)
 SIG .034 SIG .949 SIG .044 SIG .001 SIG .791 SIG .

~~INTERVU6~~ .0204 .1510 .1752 .2202 .1516
 N(30) N(29) N(21) N(30) N(30) N(30)
 SIG .674 SIG .337 SIG .022 SIG .001 SIG .424 SIG .

CONGROS - .0959 - 2680 .3019 .0743 .0690
 N(67) N(65) N(38) N(65) N(63) N(63)
 SIG .440 SIG .031 SIG .065 SIG .556 SIG .591 SIG .

~~CONGROS~~ .0131 .0163 .1021 .0324 .0363
 N(68) N(66) N(39) N(66) N(64) N(64)
 SIG .910 SIG .259 SIG .534 SIG .796 SIG .774 SIG .

AGENN .1797 1712 - 1210 - 1532 .1744
 N(68) N(66) N(39) N(66) N(64) N(64)
 SIG .143 SIG .169 SIG .463 SIG .219 SIG .168 SIG .

AGEREP - .0316 - .0105 - .1721 - .0476 - .0035
 N(66) N(66) N(39) N(66) N(64) N(64)
 SIG .798 SIG .903 SIG .295 SIG .704 SIG .978 SIG .

SCOL .0436 .1299 .0065 .1166 .0484
 N(68) N(66) N(39) N(66) N(64) N(64)
 SIG .724 SIG .299 SIG .969 SIG .351 SIG .704 SIG .

REVENU	- .0084 N(66) SIG .947	- .0587 N(64) SIG .645	- .1967 N(37) SIG .354	.1171 N(64) SIG .357	- .1697 N(62) SIG .187	N(SIG .
	RISQGR	RISQACC	INTERVU1	INTERVU2	INTERVUG	INTER
REVENU	1007 N(29) SIG .571					
CONGRES	- .0649 N(30) SIG .733	- .2285 N(29) SIG .233				
REVENU	0715 N(31) SIG .703	0715 N(30) SIG .247	0715 N(67) SIG .005			
AGENN	0715 N(31) SIG .649	0715 N(30) SIG 000	- .1633 N(67) SIG .187	0715 N(68) SIG .621		
AGEREP	0715 N(31) SIG .703	0715 N(30) SIG .049	.1276 N(67) SIG .303	0715 N(68) SIG .025	.3835 N(68) SIG .001	
SCOL	0715 N(31) SIG .956	0715 N(30) SIG .087	- .1541 N(67) SIG .207	0715 N(68) SIG .190	.1862 N(68) SIG .128	.3 N(SIG .
REVENU	0715 N(31) SIG .466	0715 N(30) SIG .812	.0128 N(65) SIG .920	0715 N(66) SIG .963	.0703 N(66) SIG .575	.4 N(SIG .
	0715 N(31) SIG .000	0715 N(30) SIG .000	CONGRDE	CONACC	AGENN	AGER

REVENU	.5120 N(66) SIG .000
--------	-----------------------------

SCOL

" " IS PRINTED IF A COEFFICIENT CANNOT BE COMPUTED

```

358      /discriminant=INTERV 2 "Ext. pres de Drummond." 3 "Autres"
359      /accville 0 "Pas de reponse" 1 "Tr-Rivieres" 2 "Ext. pres de Tr-
360      3 "Nicolet" 4 "Ext. pres de Nicolet" 5 "Drummondville" 6 "Ext. pi-
361      + "Drummond." 7 "Victoriaville" 8 "Ext. pres de Victo." 9 "Autres"
362      /grinterv 0 "Pas de reponse" 1 "Gynecologue" 2 "Omnipraticien" 3 "
363      mme"
364      /grinter 0 "Pas de reponse" 1 "Gynecologue" 2 "Omnipraticien" 3 "
365      me"
366      missing values desiracc to grinter (0).
367      discriminant groups=interv (1,3)
368      /variables=acc#, satifgr, satifac, risqgr, risqacc,
369      agenn, agerep, scol, revenu
370      /method=wilks
371      /missing include
372      /plot=map
373      /statistics all
374      /classification table

```

There are 12,565,136 bytes of memory available.
The largest contiguous area has 12,551,928 bytes.

SINCE ANALYSIS= WAS OMITTED FOR THE FIRST ANALYSIS ALL VARIABLES
ON THE VARIABLES= LIST WILL BE ENTERED AT LEVEL 1.

>Warning # 10402 on line 372 in column 18. Text: TABLE
>Unrecognizable keyword encountered.

This DISCRIMINANT analysis requires 3784 bytes of memory.

15 Dec 92 SPSS Release 4.0 Risc System 6K
15:27:51 UQTR Risc System 6000 Aix 3.1

- - - - - D I S C R I M I N A T A N A L Y S I S - - - - -
ON GROUPS DEFINED BY INTERV intervenant vu le +

68 (UNWEIGHTED) CASES WERE PROCESSED.
1 OF THESE WERE EXCLUDED FROM THE ANALYSIS.
1 HAD MISSING OR OUT-OF-RANGE GROUP CODES.
67 (UNWEIGHTED) CASES WILL BE USED IN THE ANALYSIS.

NUMBER OF CASES BY GROUP

INTERV	NUMBER OF CASES		
	UNWEIGHTED	WEIGHTED	LABEL
1	21	21.0	Gynecologue
2	26	26.0	Omnipraticien
3	20	20.0	Sage-femme
TOTAL	67	67.0	

GROUP MEANS

INTERV	ACC#	SATIFGR	SATIFAC	RISQGR
1	2. 33333	6. 52381	6. 00000	2. 57143
2	1. 92308	6. 57692	5. 50000	2. 65385
3	3. 00000	6. 90000	6. 40000	2. 80000
TOTAL	2. 37313	6. 65672	5. 92537	2. 67164

INTERV	RISQACC	AGENN	AGEREP	SCOL
1	2. 38095	2. 14286	3. 66667	31. 19048
2	2. 61538	2. 30769	3. 84615	32. 07692
3	2. 70000	4. 65000	4. 45000	34. 80000
TOTAL	2. 56716	2. 95522	3. 97015	32. 61194

INTERV	REVENU
1	2. 90476
2	3. 19231
3	3. 10000
TOTAL	3. 07463

GROUP STANDARD DEVIATIONS

INTERV	ACC#	SATIFGR	SATIFAC	RISQGR
1	1. 31656	. 92839	1. 61245	. 67612
2	1. 09263	. 90213	2. 23159	. 62880
3	1. 41421	. 44721	1. 75919	. 52315
TOTAL	1. 32386	. 80814	1. 92522	. 61270

INTERV	RISQACC	AGENN	AGEREP	SCOL
1	. 80475	1. 35225	1. 31656	11. 92736
2	. 69725	1. 15825	1. 00766	10. 33411
3	. 80131	. 93330	1. 14593	12. 22853
TOTAL	. 76324	1. 59955	1. 18027	11. 34975

INTERV	REVENU
1	1. 37495
2	. 84943
3	1. 29371
TOTAL	1. 15881

ACC#	1.601763
SATIFGR	.1326122
SATIFAC	.3281250
RISQGR	-.1358173
RISQACC	-.2568109
AGENN	.2283654
AGEREP	.7816506
SCOL	-.471554
REVENU	-.1398237

	RISQACC	AGENN	AGEREP	SCOL
RISQACC	.5829098			
AGENN	.5990728E-01	1.354061		
AGEREP	-.9643429E-01	.3653245	1.328145	
SCOL	1.688210	.2877060	4.350641	130.5669
REVENU	-.1117216E-01	.5386332E-01	.4250401	5.803068

REVENU

REVENU	1.369500
--------	----------

POOLED WITHIN-GROUPS CORRELATION MATRIX

	ACC#	SATIFGR	SATIFAC	RISQGR	RISQACC	AGENN
ACC#	1.00000					
SATIFGR	.13030	1.00000				
SATIFAC	.13521	.18545	1.00000			
RISQGR	-.17442	.14232	-.13112	1.00000		
RISQACC	-.26577	.07581	-.15583	.59098	1.00000	
AGENN	.15506	-.04820	.06163	.12341	.06743	1.000
AGEREP	.53591	.03160	.21496	-.10103	-.10960	.272
SCOL	-.10176	-.14395	-.04878	.06802	.19351	.021
REVENU	-.09441	-.14341	.13021	.07104	-.01250	.039

AGEREP SCOL REVENU

AGEREP	1.00000
SCOL	.33038
REVENU	.31516

CORRELATIONS WHICH CANNOT BE COMPUTED ARE PRINTED AS 99.0.

WILKS' LAMBDA (U-STATISTIC) AND UNIVARIATE F-RATIO WITH 2 AND 64 DEGREES OF FREEDOM

VARIABLE	WILKS' LAMBDA	F	SIGNIFICANCE
ACC#	.88624	4.108	.0210
SATIFGR	.94009	1.330	.2716

RISQGR	. 97786	. 7247	. 4884
RISQACC	. 97031	. 9792	. 3812
AGENN	. 51319	. 30. 36	. 0000
AGEREP	. 92453	. 2. 612	. 0812
SCOL	. 98287	. 5577	. 5753
REVENU	. 98896	. 3574	. 7009

COVARIANCE MATRIX FOR GROUP

1, Gynecologue

	ACC#	SATIFGR	SATIFAC	RISQGR
ACC#	1. 733333			
SATIFGR	. 2666667	. 8619048		
SATIFAC	. 1500000	. 3500000	. 2. 600000	
RISQGR	-. 1500000	-. 1428571E-01	-. 3000000	. 4571429
RISQACC	-. 2333333	-. 1095238	-. 4500000	. 4214286
AGENN	. 6000000	-. 1285714	. 4500000	. 1142857
AGEREP	1. 316667	. 1333333	. 6000000	-. 1000000
SCOL	-. 7166667	-. 2. 654762	-. 1. 850000	-. 1. 664286
REVENU	. 1333333	-. 3476190	. 3500000	. 1071429

	RISQACC	AGENN	AGEREP	SCOL
RISQACC	. 6476190			
AGENN	-. 5714286E-01	1. 828571		
AGEREP	-. 6666667E-01	. 8500000	1. 733333	
SCOL	. 9738095	2. 321429	4. 716667	142. 2619
REVENU	. 8809524E-01	. 6142857	. 4166667	2. 719048

REVENU

REVENU	1. 890476
--------	-----------

COVARIANCE MATRIX FOR GROUP

2, Omnipraticien

	ACC#	SATIFGR	SATIFAC	RISQGR
ACC#	1. 193846			
SATIFGR	. 2061538	. 8138462		
SATIFAC	. 3200000	. 4200000	. 4. 980000	
RISQGR	-. 2276923	. 2076923	-. 6000000E-01	. 3953846
RISQACC	-. 1507692	. 2307692	-. 8000000E-01	. 3415385
AGENN	. 2461538E-01	. 1538462E-01	. 1600000	. 3076923E-01
AGEREP	. 2676923	. 1230769E-01	-. 1600000	-. 5538462E-01
SCOL	-. 1. 193846	. 1138462	-. 5. 440000	. 6676923
REVENU	-. 3446154	. 4615385E-02	-. 1000000	. 6923077E-01

	RISQACC	AGENN	AGEREP	SCOL
RISQACC	. 4861538			
AGENN	. 1630769	1. 341538		
AGEREP	. 9846154E-01	. 3292308	1. 015385	

REVENU . 7692308E-01 . 5846154E-01 . 1907652 . 70461

REVENU

REVENU . 7215385

COVARIANCE MATRIX FOR GROUP

3, Sage-femme

	ACC#	SATIFGR	SATIFAC	RISQGR
ACC#	2. 000000			
SATIFGR	- . 1052632	. 2000000		
SATIFAC	. 5263158	. 4210526E-01	3. 094737	
RISQGR	. 0000000E+00	- . 2105263E-01	- . 1263158	. 2736842
RISQACC	- . 4210526	- . 3157895E-01	- . 1894737	. 4210526E-01
AGENN	. 1052632	- . 3684211E-01	- . 2210526	. 1368421
AGEREP	. 8947368	- . 5789474E-01	1. 178947	- . 6315789E-01
SCOL	-2. 631579	-1. 810526	5. 505263	2. 484211
REVENU	- . 1578947	- . 9473684E-01	. 7473684	- . 3157895E-01
	RISQACC	AGENN	AGEREP	SCOL
RISQACC	. 6421053			
AGENN	. 4736842E-01	. 8710526		
AGEREP	- . 3842105	- . 9736842E-01	1. 313158	
SCOL	2. 094737	-1. 915789	5. 726316	149. 5368
REVENU	- . 2315789	- . 5421053	. 7421053	7. 863158

REVENU

REVENU 1. 673684

TOTAL COVARIANCE MATRIX WITH

66 DEGREES OF FREEDOM

	ACC#	SATIFGR	SATIFAC	RISQGR
ACC#	1. 752601			
SATIFGR	. 1906377	. 6530981		
SATIFAC	. 4828132	. 3224785	3. 706468	
RISQGR	- . 1028946	. 8254184E-01	- . 1309362	. 3753957
RISQACC	- . 2299864	. 6128449E-01	- . 2146088	. 2799638
AGENN	. 6684758	. 1359114	. 4663048	. 1820443
AGEREP	. 8749435	. 8050656E-01	. 5431931	- . 4025328E-01
SCOL	- . 8984622	-1. 044324	- . 6657621	. 5979195
REVENU	- . 1494799	- . 1255088	. 2632293	. 5517865E-01
	RISQACC	AGENN	AGEREP	SCOL
RISQACC	. 5825418			
AGENN	. 1621438	2. 558571		
AGEREP	- . 5857078E-01	. 7107644	1. 393035	

REVENU

1240750228-02

15 Dec 92 15:27:52

Risc System 6K

Risc System 6000 Aix 3.1

REVENU

REVENU 1.342831

15 Dec 92 SPSS Release 4.0 Risc System 6K

15:27:52 UQTR

Risc System 6000 Aix 3.1

----- DISCRIMINANT ANALYSIS -----

ON GROUPS DEFINED BY INTERV intervenant vu le +

ANALYSIS NUMBER 1

STEPWISE VARIABLE SELECTION

SELECTION RULE: MINIMIZE WILKS' LAMBDA

MAXIMUM NUMBER OF STEPS..... 18

MINIMUM TOLERANCE LEVEL..... .00100

MINIMUM F TO ENTER..... 1.0000

MAXIMUM F TO REMOVE..... 1.0000

CANONICAL DISCRIMINANT FUNCTIONS

MAXIMUM NUMBER OF FUNCTIONS..... 2

MINIMUM CUMULATIVE PERCENT OF VARIANCE... 100.00

MAXIMUM SIGNIFICANCE OF WILKS' LAMBDA.... 1.0000

PRIOR PROBABILITY FOR EACH GROUP IS .33333

----- VARIABLES NOT IN THE ANALYSIS AFTER STEP 0 -----

VARIABLE	MINIMUM		F TO ENTER	WILKS' LAMBDA
	TOLERANCE	TOLERANCE		
ACC#	1.0000000	1.0000000	4.1076	.88624
SATIFGR	1.0000000	1.0000000	1.3302	.96009
SATIFAC	1.0000000	1.0000000	1.2684	.96187
RISQGR	1.0000000	1.0000000	.72466	.97786
RISQACC	1.0000000	1.0000000	.97917	.97031
AGENN	1.0000000	1.0000000	30.355	.51319
AGEREP	1.0000000	1.0000000	2.6123	.92453
SCOL	1.0000000	1.0000000	.55767	.98287
REVENU	1.0000000	1.0000000	.35739	.98896

* * * * *

AT STEP 1, AGENN WAS INCLUDED IN THE ANALYSIS.

		DEGREES OF FREEDOM	SIGNIF.	BETWEEN
WILKS' LAMBDA	.51319	1 2	64.0	
EQUIVALENT F	30.3553	2	64.0	.0000

VARIABLE	TOLERANCE	F TO REMOVE	WILKS' LAMBDA
AGENN	1. 0000000	30. 355	

----- VARIABLES NOT IN THE ANALYSIS AFTER STEP 1 -----

VARIABLE	TOLERANCE	MINIMUM	F TO ENTER	WILKS' LAMBDA
		TOLERANCE		
ACC#	. 9759550	. 9759550	1. 2898	. 49300
SATIFGR	. 9976763	. 9976763	1. 0223	. 49706
SATIFAC	. 9962023	. 9962023	. 61970	. 50329
RISQQR	. 9847689	. 9847689	. 82895E-01	. 51184
RISQACC	. 9954531	. 9954531	. 53691	. 50459
AGEREP	. 9257880	. 9257880	. 86273E-01	. 51179
SCOL	. 9995318	. 9995318	. 21032	. 50978
REVENU	. 9984355	. 9984355	. 34354	. 50765

F STATISTICS AND SIGNIFICANCES BETWEEN PAIRS OF GROUPS AFTER STEP 1
EACH F STATISTIC HAS 1 AND 64. 0 DEGREES OF FREEDOM.

GROUP	GROUP	1	2
		Gynecolo gue	Omniprat icien
2	Omniprat icien	. 23311 . 6309	
3	Sage-fem me	47. 554 . 0000	45. 803 . 0000

* * * * *

AT STEP 2, ACC# WAS INCLUDED IN THE ANALYSIS.

		DEGREES OF FREEDOM	SIGNIF.	BETWEEN
WILKS' LAMBDA	. 49300	2 2	64. 0	
EQUIVALENT F	13. 3628	4	126. 0	. 0000

----- VARIABLES IN THE ANALYSIS AFTER STEP 2 -----

VARIABLE	TOLERANCE	F TO REMOVE	WILKS' LAMBDA
ACC#	. 9759550	1. 2898	. 51319
AGENN	. 9759550	25. 126	. 88624

----- VARIABLES NOT IN THE ANALYSIS AFTER STEP 2 -----

VARIABLE	TOLERANCE	MINIMUM	F TO ENTER	WILKS' LAMBDA
		TOLERANCE		
SATIFGR	. 9782257	. 9569279	. 87166	. 47952
SATIFAC	. 9800235	. 9601051	. 39899	. 48674

RIBGGR	. 9463622	. 9379115	. 621388-01	. 49202
RISQACC	. 9172696	. 8993030	. 40517	. 48664
AGEREP	. 6760773	. 6760773	. 84765	. 47988
SCOL	. 9882112	. 9649015	. 25822	. 48893
REVENU	. 9880782	. 9658310	. 23308	. 48932

F STATISTICS AND SIGNIFICANCES BETWEEN PAIRS OF GROUPS AFTER STEP 2
 EACH F STATISTIC HAS 2 AND 63.0 DEGREES OF FREEDOM.

GROUP	GROUP	1	2
	Gynecologue	Omnipraticien	
2	Omnipraticien	. 81660 . 4466	
3	Sage-femme	23. 597 . 0000	24. 199 . 0000

F LEVEL OR TOLERANCE OR VIN INSUFFICIENT FOR FURTHER COMPUTATION.

15 Dec 92 SPSS Release 4.0 Risc System 6K
 15:27:52 UQTR Risc System 6000 Aix 3.1

SUMMARY TABLE

STEP	ACTION	VARS ENTERED	VARS REMOVED	WILKS' IN	LAMBDA	SIG.	LABEL
1	AGENN			1 . 51319	. 0000		age du nouveau-ne
2	ACC#			2 . 49300	. 0000		nbre d'acc

CLASSIFICATION FUNCTION COEFFICIENTS (FISHER'S LINEAR DISCRIMINANT FUNCTIONS)

INTERV	=	1	2	3
		Gynecologue	Omnipraticien	Sage-femme
ACC#		1. 261435	. 9812128	1. 417412
AGENN		1. 369798	1. 538792	3. 195065
(CONSTANT)		-4. 037926	-3. 817615	-10. 65326

CANONICAL DISCRIMINANT FUNCTIONS

FCN	EIGENVALUE	PCT OF VARIANCE	CUM PCT	CANONICAL CORR	AFTER FCN	WILKS' LAMBDA	CHISQUARE	DF
1*	. 9791	97. 52	97. 52	. 7034	: 0	. 4930	44. 910	4
2*	. 0249	2. 48	100. 00	. 1558	: 1	. 9757	1. 561	1

* MARKS THE 2 CANONICAL DISCRIMINANT FUNCTIONS REMAINING IN THE ANALYSIS

FUNC 1 FUNC 2

ACC#	. 18109	. 99591
AGENN	. 95579	- . 33333

STRUCTURE MATRIX:

POOLED WITHIN-GROUPS CORRELATIONS BETWEEN DISCRIMINATING VARIABLES
AND CANONICAL DISCRIMINANT FUNCTIONS
(VARIABLES ORDERED BY SIZE OF CORRELATION WITHIN FUNCTION)

FUNC 1 FUNC 2

AGENN	. 98387*	- . 17890
ACC#	. 32930	. 94423*
AGEREP	. 35742	. 44291*
RISQACC	. 01632	- . 28717*
RISQGR	. 08637	- . 21484*
SATIFGR	- . 02248	. 14584*
SATIFAC	. 08339	. 11412*
SCOL	. 00225	- . 10855*
REVENU	. 02071	- . 10721*

UNSTANDARDIZED CANONICAL DISCRIMINANT FUNCTION COEFFICIENTS

FUNC 1 FUNC 2

ACC#	. 1430874	. 7869051
AGENN	. 8213751	- . 2864567
(CONSTANT)	-2. 766913	-1. 020888

CANONICAL DISCRIMINANT FUNCTIONS EVALUATED AT GROUP MEANS (GROUP CENTROIDS)

GROUP	FUNC 1	FUNC 2
1	- . 67295	. 20139
2	- . 59626	- . 16866
3	1. 48174	. 00780

TEST OF EQUALITY OF GROUP COVARIANCE MATRICES USING BOX'S M

THE RANKS AND NATURAL LOGARITHMS OF DETERMINANTS PRINTED ARE THOSE
OF THE GROUP COVARIANCE MATRICES.

GROUP LABEL	RANK	LOG DETERMINANT
1 Gynecologue	2	1. 033015
2 Omnipraticien	2	. 470619
3 Sage-femme	2	. 548714
POOLED WITHIN-GROUPS COVARIANCE MATRIX	2	. 749874

BOX'S M	APPROXIMATE F	DEGREES OF FREEDOM	SIGNIFICANCE
5. 1406	81741	6	. 74054 2

SYMBOLS USED IN TERRITORIAL MAP

SYMBOL	GROUP	LABEL
1	1	Gynecologue
2	2	Omnipraticien
3	3	Sage-femme
*		GROUP CENTROIDS

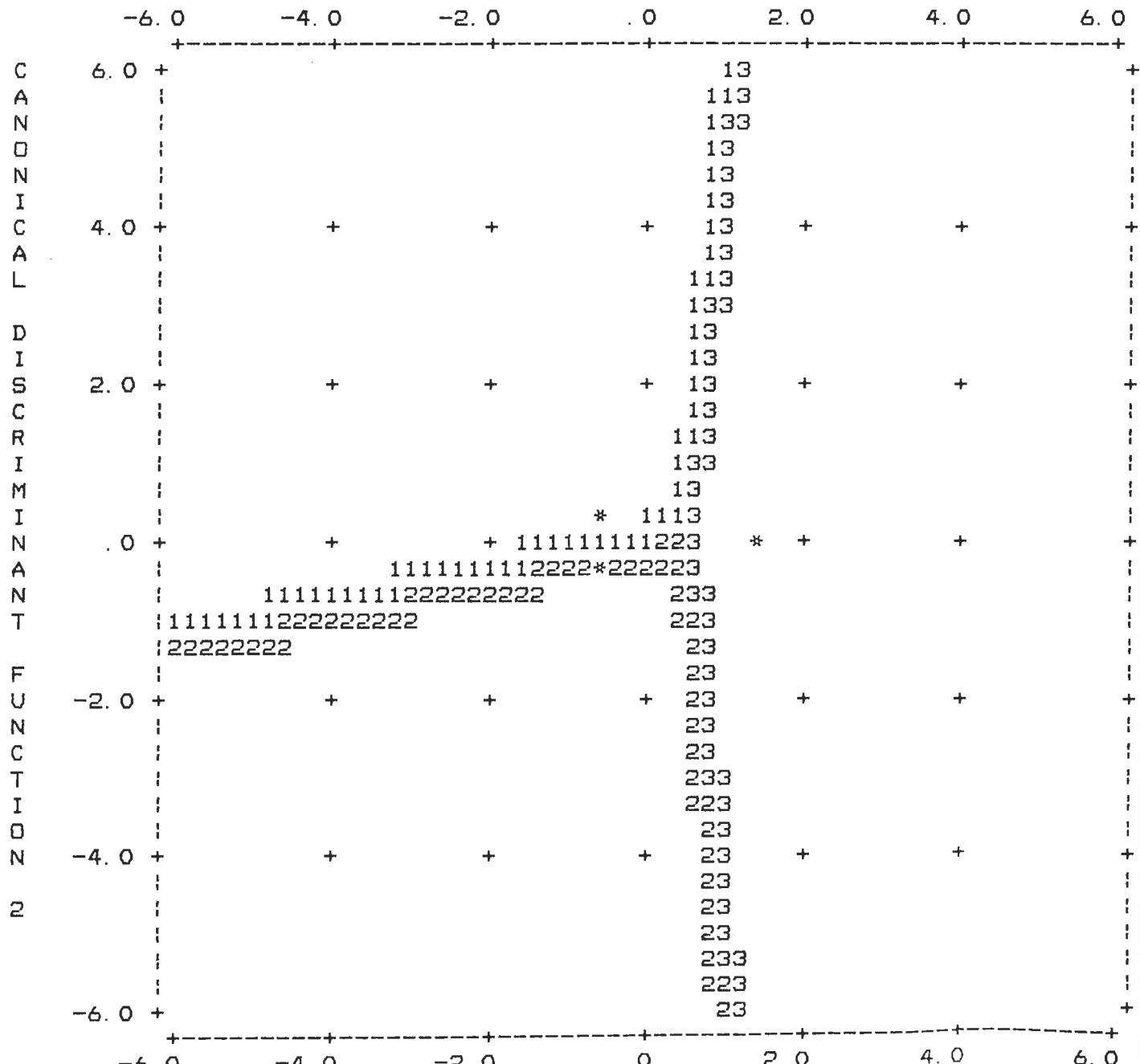
15 Dec 92 SPSS Release 4.0 Risc System 6K

15:27:52 UQTR

Risc System 6000 Aix 3.1

TERRITORIAL MAP * INDICATES A GROUP CENTROID

CANONICAL DISCRIMINANT FUNCTION 1



15 Dec 92 SPSS Release 4.0 Risc System 6K

15:27:53 UQTR

Risc System 6000 Aix 3.1

CLASSIFICATION RESULTS -

ACTUAL GROUP	NO. OF CASES	PREDICTED GROUP MEMBERSHIP		
		1	2	3
GROUP 1 Gynecologue	21	12 57. 1%	6 28. 6%	3 14. 3%
GROUP 2 Omnipraticien	26	7 26. 9%	16 61. 5%	3 11. 5%
GROUP 3 Sage-femme	20	0 . 0%	0 . 0%	20 100. 0%
UNGROUPED CASES	1	0 . 0%	1 100. 0%	0 . 0%

PERCENT OF "GROUPED" CASES CORRECTLY CLASSIFIED: 71. 64%

CLASSIFICATION PROCESSING SUMMARY

68 CASES WERE PROCESSED.

0 CASES WERE EXCLUDED FOR MISSING OR OUT-OF-RANGE GROUP CODES.

68 CASES WERE USED FOR PRINTED OUTPUT.

15 Dec 92 SPSS Release 4.0 Risc System 6K
 15:27:53 UQTR Risc System 6000 Aix 3.1

Preceding task required 1.37 seconds CPU time; 5.00 seconds elapsed.

373 finish.

373 command lines read.

0 errors detected.

9 warnings issued.

3 seconds CPU time.

12 seconds elapsed time.

End of job.

STOP

I. Questionnaire cliente



Université du Québec à Trois-Rivières

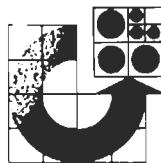
C.P. 500, Trois-Rivières, Québec / G9A 5H7

Téléphone: (819) 376-5080

Télécopieur: (819) 376-5079; BITNET: TRRGPM@UQUÉBEC

**ETUDE SUR LES CRITERES DE CHOIX DES FEMMES
FACE AUX OFFRES DE SERVICES ACTUELLES
EN OBSTETRIQUE**

QUESTIONNAIRE



Groupe de recherche en économie et gestion des PME

GREPME

Directives

Le présent questionnaire a été conçu pour être rempli facilement. Il comprend des questions de type dirigé, où vous cochez simplement l'(les) énoncé(s) approprié(s), et des questions de type réflexion, où nous aimerions connaître votre opinion de façon plus élaborée et précise.

S'il-vous-plaît...

- ... veuillez **bien lire** les questions avant d'y répondre
- ... veuillez répondre selon **votre** opinion, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, ce qui est important pour nous, c'est de connaître ce que vous pensez des sujets ici abordés
- ... veuillez répondre à **toutes** les questions, une question laissée sans réponse diminue beaucoup la valeur des résultats que nous pourrions obtenir
- ... veuillez écrire **lisiblement**

Vos réponses sont d'une très grande importance pour le succès de cette recherche.

Si vous avez besoin d'aide pour bien compléter le questionnaire, n'hésitez pas à contacter : Nicole Bouchard au (819) 399-2677.

Merci de votre collaboration.

Choix d'intervenant(e) et lieu d'accouchement

1. A quel endroit désiriez-vous accoucher au départ ?

- A la maison
 - A l'hôpital - chambre de naissance
 - A l'hôpital - salle d'accouchement
 - A l'hôpital - salle d'opération (ex. pour césarienne)
 - Hôpital Ste-Croix
 - Hôpital Hôtel-Dieu d'Arthabaska
 - Hôpital Ste-Marie
 - Hôpital Christ-Roy de Nicolet
 - Hôpital St-Joseph
 - Autre, spécifiez, s.v.p.

2. A quel endroit avez-vous accouché effectivement ?

- A la maison
 - A l'hôpital - chambre de naissance
 - A l'hôpital - salle d'accouchement
 - A l'hôpital - salle d'opération (ex. pour césarienne)
 - Hôpital Ste-Croix Hôpital Hôtel-Dieu d'Arthabaska
 - Hôpital Ste-Marie Hôpital Christ-Roy de Nicolet
 - Hôpital St-Joseph Autre, spécifiez, s.v.p.

Autre endroit, spécifiez, s.v.p. _____

3. Si l'endroit indiqué au numéro 2 est different de celui
1, veuillez préciser, s.v.p., la raison de ce changement.

- Accouchement avant terme
 Complications en cours de grossesse
 Changement d'intervenant(e), spécifiez, s.v.p. _____

Autre raison, spécifiez, s.v.p.

4. Nombre d'accouchements, à ce jour. Veuillez encercler le chiffre approprié.

1

2

3

4

5 et plus

spécifiez, s.v.p

5. **Cochez l'(les) intervenant(e)(s) que vous avez rencontré(e)(s) lors de votre dernière grossesse (grossesse et accouchement) et indiquer le nombre de visites rendues à chacun(e) d'eux (elles)**

- gynécologue-obstétricien Moins de 4 fois
 Entre 4 et 8 fois
 Plus de 9 fois
 Seulement à l'accouchement
- omnipraticien Moins de 4 fois
 Entre 4 et 8 fois
 Plus de 9 fois
 Seulement à l'accouchement
- sage-femme Moins de 4 fois
 Entre 4 et 8 fois
 Plus de 9 fois
 Seulement à l'accouchement
- autre intervenant(e), spécifiez, s.v.p. _____

Si vous avez rencontré **plusieurs** intervenant(e)s pendant votre dernière grossesse (grossesse et accouchement), veuillez nous indiquer lesquel(le)s ont été choisi(e)s par vous ou non.

- Gynécologue-obstétricien Choisi(e) par moi
 On m'a référée à celui(celle)-ci
 Je ne l'ai rencontré qu'à l'accouchement
- Omnipraticien Choisi(e) par moi
 On m'a référée à celui(celle)-ci
 Je ne l'ai rencontré qu'à l'accouchement
- Sage-femme Choisi(e) par moi
 On m'a référée à celui(celle)-ci
 Je ne l'ai rencontré qu'à l'accouchement

L'intervenant(e), **lors de l'accouchement**, était-il le (la) même que lors du suivi de grossesse ?

- Oui
 Non, pourquoi ? _____
Quel(le) intervenant(e) était-ce ? _____

De quel sexe était l'intervenant que vous avez rencontré le **plus souvent** ?

- Féminin
 Masculin

6. Etait-ce le(s) même(s) intervenant(s) que lors de votre (vos) grossesse(s) précédente(s) ?

Ne s'applique pas (1ère grossesse)

Oui, Pourquoi ? _____

Non, Pourquoi ? _____

7. Pour quelles raisons avez-vous **choisi** cet(te) intervenant(e) ?

Veuillez indiquer les énoncés **appropriés par ordre d'importance** (du plus important au moins important), et en fonction de l'intervenant(e) que vous avez vu(e) **le plus souvent**, s.v.p.

La disponibilité de l'intervenant(e) pendant toute la grossesse et au moment de l'accouchement

La personnalité de l'intervenant(e)

Le sexe de l'intervenant(e)

La proximité de l'offre de service par rapport à mon domicile

La possibilité d'accoucher comme je le voulais (position d'accouchement, participation du conjoint, cohabitation, autres)

Je n'avais pas le choix, c'était le seul intervenant dans ma région

Mon état de santé m'obligeait à choisir cet(te) intervenant(e)

Il (elle) m'avait été référé(e) par quelqu'un

Autre(s) raison(s), veuillez spécifier, s.v.p. _____

8. Quelles sont, d'après vous, les qualités **essentielles** que devrait posséder tout intervenant(e) en obstétrique ?

Veuillez indiquer celles qui s'appliquent, par ordre d'importance, du plus important au moins important, s.v.p.

Capacité à communiquer avec sa cliente

Compétence professionnelle

Expérience pertinente

Disponibilité

Sécurité

Autre(s) qualité(s), spécifiez, s.v.p. _____

9. Selon vous, qu'est-ce qui caractérise le plus la pratique (aspects technique et humain) des intervenant(e)s suivant(e)s ? Veuillez répondre pour **chaque** catégorie s.v.p.

- les gynécologues-obstétriciens

- les omnipraticiens

- les sages-femmes

10. Que **vous** offrait de plus, l'intervenant(e) que vous avez choisi(e) par rapport aux deux autres ?

11. Pourquoi n'avez-vous pas choisi d'être suivie par...
(remplir les espaces appropriés à votre cas...)

- Un(e) gynécologue-obstétricien

- Un(e) omnipraticien

- Une sage-femme

12. Pendant votre grossesse, sur quels aspects, l'intervenant(e) que vous voyiez le plus souvent à ce moment, mettait-il(elle) l'accent lors de vos rencontres ?

Indiquez les énoncés appropriés par ordre d'importance (du plus important au moins important), s.v.p.

- Votre compréhension des changements reliés à votre grossesse
 - Vos questions
 - L'examen physique
 - Les tests à passer
 - Vos habitudes de vie (alimentation, exercice, travail, tabagisme)
 - Autres aspects, spécifiez, s.v.p. _____
-
-

13. Pour votre accouchement, quelles étaient vos attentes par rapport...

...au déroulement et au lieu d'accouchement ?

...au support désiré et aux soins attendus ?

En aviez-vous parlé à votre intervenant(e) ?

- Oui
 - Non, pourquoi ? _____
-
-

Si vous aviez à accoucher DEMAIN, est-ce que vos attentes sur les points mentionnés précédemment seraient les mêmes ?

- Oui
 - Non, précisez, s.v.p. _____
-
-

14. Sur quels aspects, l'intervenant(e) a-t-il mis l'accent lors du dernier accouchement ? Veuillez indiquer les énoncés appropriés par ordre d'importance (du plus important au moins important), s.v.p.

- Le support psychologique de la mère
 - L'ambiance générale
 - Le bébé
 - La technique entourant la sortie du bébé
 - Votre bien-être physique
 - L'implication du père
 - Autres aspects, spécifiez, s.v.p. _____
-
-

15. Est-ce que votre conjoint vous accompagnait lors de votre suivi de grossesse ? Si vous n'aviez pas de conjoint, passez à la question 16.

- Souvent
- A l'occasion
- Jamais

Est-ce que votre conjoint était présent à l'accouchement ?

Oui

Non, pourquoi ?

16. Dans quelle mesure avez-vous été satisfaite des services offerts par l'intervenant(e) rencontré(e) le plus souvent pendant la grossesse ?

Très insatisfaite

1 2 3 4 5 6 7

Très satisfaite

Sur quels **points**, en particulier, basez-vous cette évaluation ?

Dans quelle mesure avez-vous été satisfaite des services offerts par l'intervenant(e), lors de l'accouchement ?

Très insatisfaite

1 2 3 4 5 6 7

Très satisfaite

Sur quels **points**, en particulier, basez-vous cette évaluation ?

Digitized by srujanika@gmail.com

17. Recommanderiez-vous cet(ces) intervenant(s) à votre meilleure amie ?

Oui

Non, pourquoi ? _____

Si vous étiez enceinte dans les prochains mois, quel(le)(s) intervenant(e)(s) choisiriez-vous ?

Un gynécologue-obstétricien

Un omnipraticien

Une sage-femme

Autre, spécifiez, s.v.p.

Si votre choix est **différent** par rapport à votre dernière expérience d'accouchement, dites-nous pourquoi, s.v.p

Est-ce que les services **actuellement** disponibles en obstétrique vous conviennent ?

- Oui
 Non

Quel(s) changement(s) y souhaiteriez-vous ?

Approche alternative

18. Mises-à part les grossesses, quel(le)s intervenant(e)s voyez-vous d'ordinaire pour votre santé, quand besoin est ?

- Spécialiste, spécifiez s.v.p. _____
 Omnipraticien
 Autre, spécifiez s.v.p. _____
-

19. Avez-vous déjà eu recours aux thérapies alternatives (médecines douces) ?

- Non
 Oui, spécifiez lesquelles, s.v.p. _____
-

Pourquoi, selon vous, les gens vont-ils vers ces thérapies ?

D'après vous, quel genre de personnes ont recours à ces thérapies ?

Voyez-vous la sage-femmerie comme une approche alternative en obstétrique ?

Oui, pourquoi ? _____

Non, pourquoi ? _____

20. Selon vous, pourquoi certaines femmes désirent accoucher à la maison ?

D'après vous, que recherchent-elles à travers cette expérience ?

Relation avec l'expérience d'autrui

21. Est-ce que l'(les) intervenant(e)(s) choisi(e)(s) vous avai(en)t été référé(e)(s) par une autre personne ?

- Non
- Oui, spécifiez, s.v.p.
- Amie, parent
- Médecin de famille
- Média
- Autre, spécifiez, s.v.p. _____

Avez-vous eu de la difficulté à trouver un(e) intervenant(e) qui vous convienne ?

- Non
- Oui, précisez, s.v.p. _____

22. Quelles sont les personnes avec qui vous avez le **plus** parlé de l'expérience de la grossesse et de l'accouchement ?
Veuillez indiquer les énoncés nécessaires, par ordre d'importance (du plus important au moins important), s.v.p.

- Parente
 - Amie
 - Intervenant(e)(s) faisant le suivi de grossesse
 - Conjoint
 - A personne
 - Autre personne, spécifiez, s.v.p. _____
-
-

Parmi leurs commentaires, quels sont ceux qui vous ont le plus influencée ?

Est-ce que ces commentaires ont modifié votre choix d'intervenant(e) ?

- Non
 - Oui, dans quel sens ? _____
-
-

23. Avez-vous suivi des cours, ou participé à des rencontres, concernant votre grossesse et votre accouchement ?

- Non, pourquoi ? _____
-
-

- Oui, cochez l'(les) énoncé(s) **approprié(s)**
 - Cours prénatals (CLSC ou hôpital)
 - Cours prénatals offerts par d'autre(s) intervenant(s), spécifiez le(s)quel, s.v.p. _____
 - Cours de conditionnement physique prénatal
 - Cours d'habiletés manuelles
 - Autres cours ou rencontres (ex. Groupe La Lèche), spécifiez, s.v.p. _____
-

24. Qui vous a incité à suivre des cours prénataux ?

- Ne s'applique pas
- Je l'ai fait de ma propre initiative
- Mon intervenant(e) me les a conseillés
- Des amies qui les avaient suivis m'y ont encouragée
- Autre(s) personne(s), précisez, s.v.p. _____

25. Avez-vous consulté des ouvrages particuliers sur la grossesse et l'accouchement pendant votre grossesse ?

- Non
- Oui, spécifiez, s.v.p.
 - Livres spécialisés, revues
 - Emissions télévisées, vidéos, radio
 - Articles de journaux
 - Autres, spécifiez, s.v.p. _____

Pensez-vous que les média (télé, radio, journaux, etc.) ont un effet important sur l'opinion des femmes concernant le choix de l'intervenant(e) qui les assistera pendant leur grossesse et lors de leur accouchement ?

- Non
- Oui, spécifiez, s.v.p. _____

26. Vous rappelez-vous avoir connu certaines peurs pendant votre grossesse et/ou lors de votre accouchement ?

- Non
- Oui, spécifiez, s.v.p.
 - Peur que l'enfant soit anormal
 - Peur de perdre l'enfant prématurément
 - Peur de perdre mon emploi
 - Peur d'avoir mal
 - Peur de mourir
 - Peur d'être seule pendant les moments difficiles
 - Autre peur, spécifiez, s.v.p. _____

En avez-vous parlé à quelqu'un ?

- Non
- Oui, à qui ? _____

La naissance et l'accouchement dans notre société

27. Pensez-vous que la **grossesse** représente pour les femmes un...

- a) événement à risque élevé
- événement à risque moyen
- événement à faible risque

b) Justifiez votre réponse, s.v.p. _____

Pensez-vous que l'**accouchement** représente pour les femmes un...

- a) événement à risque élevé
- événement à risque moyen
- événement à faible risque

b) Justifiez votre réponse, s.v.p. _____

28. Que représente, pour vous, la naissance d'un enfant ?

Pensez-vous que votre façon de voir est différente de celle de vos grands-parents, par exemple ?

- Non
- Oui, dans quel sens ? Précisez, s.v.p. _____

29. Que signifie, pour vous, l'expression: "Humanisation des soins en obstétrique" ?

Selon vous, "que devrait faire et comment devrait être" un(e) intervenant(e) **idéal(e)** en obstétrique ?

30. La grossesse et l'accouchement, malgré toutes les connaissances scientifiques et les possibilités technologiques que nous ayons à notre disposition, demeurent des phénomènes "naturels" de la vie pendant lesquels peuvent survenir des complications majeures, voir fatales. Compte tenu de ceci, comment considérez-vous le fait qu'il puisse y avoir, encore de nos jours, décès de la mère ou du nouveau-né ?

- Ce sont des événements inacceptables, qui ne devraient plus se produire de nos jours.
 - Ce sont des événements acceptables, dans le sens qu'ils font partie des risques reliés à la grossesse et à l'accouchement, aussi rares soient-ils.
 - Autre opinion, s.v.p. veuillez la préciser
-
-
-

Deuxième partie

Cette partie du questionnaire porte sur **votre opinion** concernant les intervenant(e)s oeuvrant en obstétrique.

Veuillez nous indiquer, s'il-vous-plaît, **dans quelle mesure** vous pensez que les intervenant(e)s offrant des services en obstétrique (gynécologue-obstétricien, omnipraticien, sage-femme) **devraient** posséder les caractéristiques décrites dans chaque énoncé.

Pour ce faire, choisissez un des chiffres de l'échelle proposée à chaque énoncé. Par exemple, si vous êtes tout-à-fait d'accord avec l'énoncé, vous devriez encercler le chiffre 7. Dans le cas contraire, entourez le chiffre 1. Si votre opinion n'est pas aussi claire, entourez l'un des chiffres intermédiaires.

Il n'y a **pas** de bonne ou de mauvaise réponse, tout ce qui nous intéresse, c'est de connaître le chiffre qui correspond le mieux aux attentes que vous avez à l'égard des intervenant(e)s offrant des services dans ce domaine.

Si vous avez besoin d'informations supplémentaires, pour bien compléter le questionnaire, **n'hésitez pas** à contacter:

Nicole Bouchard au (819) 399-2677.

Exemple:

Tout à fait en désaccord	Assez en désaccord	En partie en désaccord	Ni en accord ni en désaccord	En partie en accord	Assez en accord	Tout à fait en accord
1	2	3	4	5	6	7

		Tout à fait en désaccord				Tout à fait en accord		
		1	2	3	4	5	6	7
1.	L'endroit où l'intervenant(e) pratique devrait être visuellement attrayant et agréable.							
2.	Cet(te) intervenant(e) devrait être digne de confiance et recommandable.	1	2	3	4	5	6	7
3.	L'intervenant(e) devrait toujours être disponible.	1	2	3	4	5	6	7
4.	L'intervenant(e) devrait pouvoir obtenir une assistance supplémentaire (autre professionnel en obstétrique, services hospitaliers, etc) en cas d'urgence.	1	2	3	4	5	6	7
5.	L'intervenant(e) devrait offrir des heures de disponibilité pratiques pour la cliente.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Quand les intervenant(e)s en obstétrique acceptent certaines ententes avec leurs clientes (concernant leur grossesse et leur accouchement), ils (elles) devraient les respecter.	1	2	3	4	5	6	7
7.	La cliente devrait pouvoir connaître le(s) moment(s) précis où l'intervenant(e) peut être rejoint(e) en cas de besoin.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Les clientes devraient pouvoir obtenir les services de l'intervenant(e) en toute sécurité.	1	2	3	4	5	6	7
9.	L'intervenant(e) devrait connaître les besoins psychologiques et physiques de sa cliente.	1	2	3	4	5	6	7

		Tout à fait en désaccord		Tout à fait en accord				
		1	2	3	4	5	6	7
10.	L'intervenant(e) devrait être correctement vêtu(e) et d'apparence soignée .							
11.	L'intervenant(e) devrait pouvoir assister ses clientes selon les ententes prises avec ces dernières.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Il serait acceptable que l'intervenant(e) ne puisse toujours répondre immédiatement aux demandes de sa cliente .	1	2	3	4	5	6	7
13.	L'intervenant(e) devrait accorder une attention spéciale à chaque cliente.	1	2	3	4	5	6	7
14.	Les intervenant(e)s en obstétrique devraient posséder du matériel technique sophistiqué et récent .	1	2	3	4	5	6	7
15.	Quand les clientes rencontrent certains problèmes reliés à leur grossesse, les intervenant(e)s, devraient adopter une attitude sympathique et rassurante à leur égard.	1	2	3	4	5	6	7
16.	Il serait réaliste pour la cliente de s'attendre à ce que l'intervenant(e) lui vienne en aide rapidement .	1	2	3	4	5	6	7
17.	L'intervenant(e) devrait démontrer de l'intérêt pour le cas de sa cliente.	1	2	3	4	5	6	7
18.	On devrait sentir que l'intervenant(e) a le désir d'agir dans les meilleurs intérêts de sa cliente .	1	2	3	4	5	6	7

		Tout à fait en désaccord		Tout à fait en accord				
		1	2	3	4	5	6	7
19.	L'apparence du bureau de l'intervenant(e) devrait nous donner une idée de la qualité des services qu'il (elle) offre.							
20.	L'intervenant(e) devrait tenir un dossier comprenant des informations précises sur sa cliente, l'évolution de sa grossesse, sur l'accouchement et le post-partum.	1	2	3	4	5	6	7
21.	Les clientes devraient pouvoir avoir entièrement confiance en leur intervenant(e).	1	2	3	4	5	6	7
22.	L'intervenant(e) devrait favoriser un climat d'échange permettant de répondre aux questions de sa cliente et d'obtenir les informations nécessaires au suivi adéquat de celle-ci.	1	2	3	4	5	6	7

Troisième partie

L'ensemble des énoncés suivants concernent vos PERCEPTIONS à l'égard des services que vous **avez reçus** de l'intervenant(e) qui vous a assistée lors de votre dernière grossesse.

Veuillez indiquer, s'il-vous-plaît, dans quelle mesure vous croyez que cet(te) intervenant(e) **possède** les caractéristiques décrites dans chaque énoncé.

Nous vous rappelons que le fait d'entourer le chiffre 7 signifie que vous êtes tout-à-fait d'accord avec l'énoncé. Vous pouvez, néammoins, entourer n'importe quel chiffre intermédiaire pour indiquer le degré de vos sentiments.

Il n'y a **pas** de bonne ou de mauvaise réponse, nous sommes intéressés uniquement par le chiffre qui traduit le mieux vos perceptions de l'intervenant(e) que vous avez rencontré(e) régulièrement lors de votre grossesse.

Important. Si vous avez changé d'intervenant(e) pendant votre suivi de grossesse, ou lors de votre accouchement, veuillez répondre aux questions suivantes en fonction de celui (celle) que vous avez vu(e) **le plus souvent**.

Veuillez cocher la case appropriée:

L'intervenant(e) que j'ai vu(e) le plus grand nombre de fois pendant ma grossesse était:

- un gynécologue-obstétricien
- un omnipraticien
- une sage-femme

	Tout à fait en désaccord				Tout à fait en accord		
	1	2	3	4	5	6	7
1. Le lieu de pratique de mon intervenant(e) était visuellement attrayant, agréable.							
2. Cet(te) intervenant(e) est digne de confiance.	1	2	3	4	5	6	7
3. Cet(te) intervenant(e) était toujours disponible.	1	2	3	4	5	6	7
4. L'intervenant(e) pouvait obtenir, une assistance supplémentaire (autre professionnel en obstétrique, services hospitaliers, etc) en cas d'urgence.	1	2	3	4	5	6	7
5. Les heures de disponibilité de cet(te) intervenant(e) me convenaient.	1	2	3	4	5	6	7
6. Les ententes que j'avais prises avec mon intervenant(e) ont été respectées par ce(tte) dernier(e).	1	2	3	4	5	6	7
7. Cet(te) intervenant(e) m'a indiqué clairement le(s) moment(s) où il (elle) serait disponible pour m'assister.	1	2	3	4	5	6	7
8. Les services que j'ai reçus de cet(te) intervenant(e) était sécuritaire.	1	2	3	4	5	6	7
9. Cet(te) intervenant(e) connaissait mes besoins psychologiques et physiques de femme enceinte.	1	2	3	4	5	6	7
10. Mon intervenant(e) était correctement vêtu(e) et d'apparence soignée.	1	2	3	4	5	6	7

	Tout à fait en désaccord	Tout à fait en accord					
	1	2	3	4	5	6	7
11. Cet(te) intervenant(e) m'a fourni tous les services sur lesquels nous nous étions entendu(e)s auparavant.							
12. Cet(te) intervenant(e) ne pouvait pas toujours répondre immédiatement à mes demandes.	1	2	3	4	5	6	7
13. Cet(te) intervenant(e) m'accordait une attention personnalisée .	1	2	3	4	5	6	7
14. L'intervenant(e) que j'avais choisi(e) possédait du matériel technique sophistiqué et récent .	1	2	3	4	5	6	7
15. Quand je rencontrais certains problèmes reliés à ma grossesse, mon intervenant(e) adoptait une attitude sympathique et rassurante .	1	2	3	4	5	6	7
16. Cet(te) intervenant(e) m'est venu(e) en aide rapidement .	1	2	3	4	5	6	7
17. Cet(te) intervenant(e) semblait intéressé(e) par mon cas.	1	2	3	4	5	6	7
18. Cet(te) intervenant(e) a agi dans mon intérêt , tout au long de mon suivi de grossesse.	1	2	3	4	5	6	7
19. L' apparence du lieu de pratique de mon intervenant(e) a été un bon indicateur de la qualité des services que j'y ai reçus.	1	2	3	4	5	6	7

	Tout à fait en désaccord				Tout à fait en accord		
	1	2	3	4	5	6	7
20. Cet(te) intervenant(e) tient ses dossiers-clientes avec soin et précision .							
21. Je pouvais faire confiance à cet(te) intervenant(e).	1	2	3	4	5	6	7
22. Cet(te) intervenant(e) favorisait un climat d'échange , qui me permettait d'obtenir réponse à mes questions et de lui fournir certains renseignements nécessaires au suivi de ma grossesse.	1	2	3	4	5	6	7

Quatrième partie

Informations générales

1. Dans quelle catégorie d'âge vous situez-vous?
 moins de 18 ans 27-30 ans
 19-22 ans 31-34 ans
 23-26 ans 35 ans et plus

2. Dans quelle catégorie d'âge se trouve votre dernier-né ?
Arrondissez au chiffre le plus près.
 0 à 2 mois 5-6 mois
 3 - 4 mois plus de 6 mois
précisez, s.v.p. _____

3. Vie familiale
 Je vis avec mon conjoint et mes enfants
 Je vis seule avec mes enfants

4. Votre nationalité
 Québécoise de naissance
 Autre, spécifiez, s.v.p. _____

Nationalité de vos parents

Québécoise
 Autre, spécifiez, s.v.p. _____

5. Votre niveau de scolarité... indiquez la dernière année complétée, s.v.p.
 Primaire 1 2 3 4 5 6 7
 Secondaire 1 2 3 4 5
 CEGEP 1 2 3
Technique complétée _____
 Université 1 2 3
1 er cycle, orientation _____
2 è cycle, orientation _____
 Autres, veuillez spécifier, s.v.p. _____

6. Type d'occupation et temps consacré à celle(s)-ci

- Travail à la maison Nbre de jours/sem. _____
 Travail à l'extérieur Nbre de jours/sem. _____
Si vous travaillez à l'extérieur, veuillez spécifier le genre de travail, s.v.p.
-

Si vous avez un conjoint, a-t-il un emploi?

- Non
Si non, quel genre d'emploi occupe-t-il habituellement ?

-
- Oui
Si oui, quel genre d'emploi _____

7. Revenu familial approximatif

- inférieur à 12 000\$ 35 001 à 50 000\$
 12 000 à 20 000\$ 50 001 et plus
 20 001 à 35 000\$

8. Lieu de résidence personnelle lors de l'accouchement

Ville: _____

Ville où vous avez accouché

- Trois-Rivières Victoriaville
 Nicolet Autre, précisez s.v.p.
 Drummondville
-

A titre d'information, pouvez-vous nous donner le nom de votre(vos) intervenant(e)(s) ? (facultatif)

C'étais(en)t: 1._____

- Gynécologue-obst.

- Omnipraticien

- Sage-femme

- Gynécologue-obst.

- Omnipraticien

- Sage-femme

2._____

J. Questionnaire intervenant



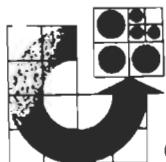
Université du Québec à Trois-Rivières

C.P. 500, Trois-Rivières, Québec / G9A 5H7
Téléphone: (819) 376-5080
Télécopieur (819) 376-5079; BITNET: TRRGPM@UQUEBEC

**ETUDE SUR LES CRITERES DE CHOIX DES FEMMES
FACE AUX OFFRES DE SERVICES ACTUELLES
EN OBSTETRIQUE**

QUESTIONNAIRE

La perception des intervenant(e)s



Groupe de recherche en économie et gestion des PME

GREPME

DIRECTIVES

Le présent questionnaire a été conçu pour être rempli facilement. Il comprend quelques énoncés à cocher, selon votre opinion, et quelques questions de réflexion. Pour le compléter, cela ne devrait pas vous prendre plus de 30 minutes.

S'il-vous-plaît,

- ... veuillez **bien** lire les directives avant de répondre.
- ... veuillez répondre selon **votre PERCEPTION**, nous ne cherchons pas à connaître la position de votre association ou de votre corporation sur le sujet, mais la vôtre
- ... veuillez répondre à **toutes** les questions, à cause de la petite taille de notre échantillon, une question laissée sans réponse diminue de beaucoup la valeur des résultats que nous pourrions obtenir
- ... veuillez écrire **lisiblement**

Merci de votre collaboration.

7. Pourquoi, selon vous, certaines femmes préfèrent accoucher avec l'assistance.... (veuillez répondre aux trois catégories, s.v.p.)

d'un gynécologue-obstétricien

d'un omnipraticien

d'une sage-femme

8. Associez-vous des **caractéristiques personnelles particulières** aux femmes qui accouissent avec l'assistance

d'un gynécologue-obstétricien

Non

Oui, lesquelles, s.v.p. _____

d'un omnipraticien

Non

Oui, lesquelles, s.v.p. _____

d'une sage-femme

Non

Oui, lesquelles, s.v.p. _____

9. D'après vous, quels sont les principaux besoins de la femme enceinte,...
a) ...pendant sa grossesse

- b) ...lors de son accouchement

10. Selon vous, quels sont les **signes particuliers** (aspects techniques et relationnels), pendant le suivi de grossesse, qui vous indiquent que ce dernier se déroule bien, c'est-à-dire autant selon vos attentes, comme professionnel, que selon celles de votre cliente ?

11. Selon vous, quels sont les **signes particuliers** (aspects techniques et relationnels), lors de l'accouchement, qui vous indiquent que ce dernier se déroule bien, autant pour vous, comme professionnel, que pour votre cliente ?

12. Lors d'une visite de grossesse, quels sont les aspects auxquels vous accordez **le plus** d'importance ?

13. Lors d'un accouchement, quels sont les aspects auxquels vous accordez le plus d'importance ?

14. Quels critères vous semblent **les plus déterminants** dans le choix des femmes pour un(e) intervenant(e), plutôt qu'un(e) autre, en obstétrique ?

15. D'après vous, quels sont les principaux facteurs qui influencent la perception des femmes sur ce que "devrait être" (selon elles) une expérience de grossesse et d'accouchement réussie ?
Veuillez indiquer les énoncés **appropriés** par ordre d'importance. (du plus important au moins important)

- Leur expérience personnelle antérieure (obstétrique)
- L'expérience d'autrui reliée à l'obstétrique
- Les médias d'information
- Certaines caractéristiques socio-démographiques (âge, scolarité, etc)
- Leurs valeurs personnelles
- Leur vision, leur philosophie de la vie
- Leurs caractéristiques personnelles (personnalité)
- Autres, veuillez spécifier, s.v.p.

16. Quelles sont, d'après vous, les raisons qui motivent certaines femmes à réclamer la légalisation du travail des sages-femmes, au même titre que celui des autres intervenant(e)s en obstétrique actuellement en place dans le système de santé ?

17. Pensez-vous que les médias d'information ont une influence réelle sur les attentes et demandes manifestées par les femmes concernant le type et le lieu d'accouchement qu'elles désirent ?

Non

Oui, précisez dans quel sens, s.v.p. _____

18. Recommandez-vous à vos clientes de s'inscrire à des cours prénatals ?

Oui, toujours

Oui, à l'occasion

Non, pourquoi s.v.p. _____

19. Considérez-vous la **grossesse** comme...

a) un événement à risque élevé

un événement à risque moyen

un événement à faible risque

b) Justifiez votre réponse, s.v.p. _____

20. Considérez-vous l'**accouchement** comme...

a) un événement à risque élevé

un événement à risque moyen

un événement à faible risque

b) Justifiez votre réponse, s.v.p. _____

Pratiquez-vous des accouchements en chambre de naissance ?

Oui Dans quel pourcentage ? _____

Non Pourquoi ? _____

Pratiquez-vous des accouchements à la maison ?

Oui Dans quel pourcentage ? _____

Non Pourquoi ? _____

Indiquez, selon vous, l'**importance** que vous accordez aux personnes suivantes lors d'un accouchement ? Le chiffre 1 représentant la personne la plus importante ?

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Le bébé | <input type="checkbox"/> Vous-même(l'intervenant(e)) |
| <input type="checkbox"/> La mère | <input type="checkbox"/> L'infirmière |
| <input type="checkbox"/> Le conjoint | <input type="checkbox"/> Autre, précisez, s.v.p. _____ |
-

21. Selon vous, les clientes (en obstétrique) qui sont satisfaites de vos services, le sont pour quelles **raisons** en particulier ?
-
-
-
-

22. Si vous aviez des changements à apporter à votre pratique (concernant l'obstétrique), sur quel(s) aspect(s) porteraient-ils surtout ?

- Je n'en vois pas
 Changements _____
-
-

23. Selon votre expérience, quelles **valeurs** sont associées, de nos jours, à la naissance d'un enfant ?
-
-
-
-

Observez-vous un **lien** entre ces valeurs et la façon dont les gens conçoivent la mort dans notre société ? Si oui, lequel ?

25. Pensez-vous que la perception qu'ont les gens de la naissance (et aussi, peut-être de la mort) **explique** le niveau d'intervention qu'ils désirent (et demandent) concernant les soins requis lors de la grossesse et de l'accouchement ?
Si oui, dans quelle(s) mesure(s) ?

26. Que signifie, pour vous, l'expression: **Humanisation des soins en obstétrique** ?

Dans la relation professionnelle que vous développez avec votre cliente, y a-t-il des "façons d'être ou de faire" de votre part que vous associez directement à votre perception de l'humanisation des soins en obstétrique ?

Non

Oui, veuillez préciser, s.v.p. _____

Nous vous **remercions** à nouveau de votre collaboration, elle représente pour nous une source d'information essentielle et fort précieuse.

L'espace suivant est disponible pour **tout** commentaire...

Désirez-vous recevoir un résumé des résultats obtenus ?

- Non
- Oui
 - A la même adresse
 - A l'adresse suivante
