
**Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires
méthodologiques intégratifs[BR]- Mémoire : Comment la compréhension du
vécu des femmes induites en salle de naissance permet-elle d'instruire la
question du consentement ? Étude qualitative en Wallonie**

Auteur : Le Berre, Tiphanie

Promoteur(s) : CAPELLE, Xavier; Von Frenckell, Marianne

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en praticien spécialisé de santé publique

Année académique : 2022-2023

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/18563>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

Comment la compréhension du vécu des femmes induites
en salle de naissance permet-elle d'instruire la question du
consentement ?

Étude qualitative en Wallonie

Mémoire présenté par **Tiphanie LE BERRE**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en praticien spécialisé de Santé publique

Année académique 2022 - 2023

Comment la compréhension du vécu des femmes induites
en salle de naissance permet-elle d'instruire la question du
consentement ?

Étude qualitative en Wallonie

Mémoire présenté par **Tiphanie LE BERRE**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en praticien spécialisé de Santé publique

Promoteurs : Xavier Capelle & Marianne Von Frenckell

Année académique 2022 - 2023

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier les femmes qui ont acceptées de faire partie de cette étude. Je suis reconnaissante pour leur disponibilité et la confiance qu'elles m'ont accordée. Je les remercie particulièrement d'avoir partagé leur expérience si précieuse et intime de leur accouchement.

Je tiens également à remercier mes promoteurs, Xavier Capelle et Marianne Von Frenckell pour leurs éclairages tout au long de cette recherche. Merci aussi à tous les professeurs de l'Université de Liège pour leur accompagnement dans l'accomplissement de ce travail et plus particulièrement pour leurs conseils méthodologiques.

Je remercie Florence Caeymaex ainsi que Patrick Emonts pour leur intérêt pour la recherche et leur relecture.

Merci à mes collègues sage-femmes à domicile d'avoir permis le recrutement des participantes et pour leurs marques de soutien.

Enfin, à titre personnel, je souhaite remercier mon compagnon, Hervé, pour son soutien sans faille pendant ces deux années de Master. Je remercie mes parents, ma jumelle Loïcia ainsi que ma sœur Eva pour leurs encouragements si précieux. Merci à mes amis et camarades de classe, Uhaina, Margaux, Ariane et Marguerite qui m'ont accompagnées tout au long de ce master.

Table des matières

1. Préambule	1
2. Introduction	2
2.1. L'induction du travail : définition	2
2.2. Indications	2
2.2.1. Indications médicales	2
2.2.2. Indications non médicales ou « de convenance »	4
2.3. Méthodes utilisées	5
2.3.1. Méthodes mécaniques	5
2.3.2. Méthodes médicamenteuses	5
2.4. Contrôler le taux d'induction – Modèle de Nippita et al (2015)	6
2.5. L'induction du travail : courante mais pas anodine ?	7
2.6. L'induction en temps qu'expérience humaine	8
2.6.1. Recommandations officielles en termes d'information et de consentement	8
2.6.2. Décision partagée et consentement	11
2.6.3. Vécu des femmes induites	12
3. Matériel et méthodes	13
3.1. Type d'étude et démarche de recherche	13
3.2. Population étudiée	14
3.3. Méthode d'échantillonnage	14
3.4. Paramètres étudiés et outil de collecte des données	15
3.5. Organisation et planification de la collecte des données	16
3.6. Traitement des données et méthodes d'analyse	17
4. Résultats	18
4.1. Expérimenter le déclenchement (pour la première fois)	19
4.2. Angoisser	22
4.3. Manquer d'informations	24
4.4. Consentir	27

4.5.	S'éclairer _____	29
5.	<i>Discussion, perspectives, conclusion</i> _____	32
5.1.	Résultats principaux et données de littérature _____	32
5.2.	Forces _____	36
5.3.	Limites _____	36
5.4.	Perspectives _____	37
6.	<i>Conclusion</i> _____	38
7.	<i>Références bibliographiques</i> _____	39

Résumé

Introduction : L'induction du travail obstétrical, autrement dit, déclenchement du travail, consiste à utiliser des moyens médicamenteux et/ou mécaniques afin de faire débiter artificiellement le travail de l'accouchement. Réservé à des indications bien spécifiques, il est recommandé d'induire le travail lorsque l'on estime que l'issue à l'accouchement est plus favorable pour la mère et/ou le fœtus que dans l'expectative. Néanmoins, cette pratique est en augmentation dans de nombreux pays et fait l'objet d'un débat au sein de la communauté scientifique. Il est généralement admis que l'induction est associée à des taux de césarienne et d'extraction instrumentale plus élevées. D'autres études infirment ces constats. Par ailleurs, comme le souligne Danilack et *al*, il semble primordial à présent, de laisser la parole aux principales concernées. Cette étude s'intéresse donc aux femmes ayant eu un déclenchement du travail et tente d'instruire la question du consentement.

Matériel et méthode : Une étude qualitative a été utilisée. Elle se base plus particulièrement sur la Méthode par Théorisation Ancrée proposée par Lejeune dans son *Manuel d'analyse qualitative*. Neuf femmes récemment induites en région liégeoise et à terme ont pris part à l'étude. La collecte des données consistait en des entretiens semi-dirigés. Les participantes étaient amenées à raconter leur expérience d'induction. Certains paramètres non abordés spontanément faisaient l'objet de relances. Les codages ouvert, axial et séquentiel ont été utilisés pour l'analyse.

Résultats : Le vécu des femmes induites est perçu comme négatif à l'exception de celles bénéficiant d'un bon accompagnement. Par ailleurs, une grande carence en informations fait l'objet d'une angoisse mais aussi d'une grande déception en ce qui concerne le scénario de déclenchement qui ne répond pas à ce que les femmes s'imaginent en amont. Cette désillusion amène à refuser parfois la venue d'un deuxième enfant. Aucune femme n'a reçu une information complète, claire et compréhensible lui permettant de consentir en toute connaissance de cause.

Conclusion : Même si elles sont anciennes, il est tout à fait pertinent, en attendant d'autres études, de se baser sur les dernières recommandations pour induire. Celles-ci concernent le motif d'induction mais aussi toute la partie qui relève de l'information et du consentement éclairé.

Mots-clés : Induction du travail, Consentement éclairé, Accouchement, Information prénatale

Abstract

Background: Induction of labor consists of using medicinal and/or mechanical means to artificially start the labor of childbirth. Reserved for very specific indications, it is recommended to induce labor when the outcome of childbirth is more favorable for the mother and/or the fetus than in expectation. Nevertheless, this practice is on the increase in many countries and is the subject of debate in the scientific community. It is generally accepted that induction is associated with higher rates of caesarean sections and instrumental extractions. Other studies contradict these findings. As highlighted in the study by Danilack *et al*, it seems essential to let women speak now. This study therefore focuses on women who have experienced an induction while establishing a finding regarding the right to information and consent.

Material and method: A qualitative study was used. It is based more particularly on the *Grounded Theory Method* offered by Lejeune in his *Manuel d'analyse qualitative*. Nine women at term recently induced in Liège area took part in the study. Data collection consisted of semi-structured interviews. The participants were asked to tell their induction experience. Some parameters weren't addressed spontaneously by women and were subject to reminders. Open, axial, and sequential codings were used for the analysis.

Results: The experience of induced women is perceived as negative, except for those benefiting from good support. In addition, a great lack of information is the subject of anxiety but also of great disappointment about the triggering scenario which does not correspond to what women imagine beforehand. This disillusion sometimes leads to the refusal of the arrival of a second child. None of the women received complete, clear, and understandable information enabling them to give informed consent.

Conclusion: Even if they are old, it is quite relevant, while waiting for other studies, to base ourselves on the latest recommendations to induce. These concerns the reason for induction but also all the relating part of information and informed consent.

Keywords: Induction of labor, Informed consent, Obstetric delivery, Prenatal education

1. Préambule

L'induction du travail obstétrical, autrement dit, déclenchement du travail, consiste à utiliser des moyens médicamenteux et/ou mécaniques afin de faire débuter artificiellement le travail de l'accouchement. Réservée à des indications bien spécifiques, cette pratique permet de diminuer les risques de morbidité materno-fœtale. (1)

Elle concerne néanmoins une grande proportion de femmes se présentant en salle de naissance en Wallonie. Le Centre d'Épidémiologie Périnatale (CEpiP) belge a recensé en 2021, un taux d'induction de 30,7 % au sein de cette région. (2) On note une diminution de la pratique depuis 2010 (33,1 %) et une stabilisation depuis 2018 (30,8 %). (3) Par ailleurs, en 2010, le rapport européen sur la santé périnatale (Euro-Peristat) avait classé la Wallonie à la première place en ce qui concerne le taux d'induction. (4) Il existait d'ailleurs une grande différence avec la Flandre qui enregistrait un taux de 21,4 % mais également avec la région bruxelloise (27,9 %). En comparaison, la Suède et la Finlande affichaient respectivement 13,7 % et 18,8 % de déclenchements du travail en 2010. Ces statistiques mettent en lumière une pratique bien installée qui mérite d'être au cœur des préoccupations de santé publique belges. D'autant plus que l'induction est associée à un taux plus important de césarienne, d'extractions instrumentale, (5) et donc de durées de séjours plus longues, (5,6) entraînant des coûts supplémentaires. (7)

Diplômée sage-femme en 2020, j'ai commencé à travailler en salle de naissance au sein d'un hôpital liégeois. Motivée à vouloir accompagner physiologiquement les femmes et les couples dans leur travail, je ne cache pas avoir ressenti une certaine déception dès mes débuts. J'ai en effet été interpellée par la proportion de femmes déclenchées pour leur accouchement. Les motifs n'étaient pas toujours étayés et semblaient parfois « déguisés » derrière des raisons de convenance personnelle et/ou organisationnelle. Pourtant, même si elles méritent une mise à jour, les recommandations de bonnes pratiques du centre fédéral d'expertise des soins de santé belge (KCE) délimitaient précisément les conditions pour déclencher un travail en 2010. (8) Le recours « routinier » à la pratique m'a laissé perplexe et m'a donné envie d'approfondir ce sujet tout en l'abordant sous un angle original. J'ai ainsi souhaité donner la parole aux principales actrices de la pratique, les femmes induites, pour tenter de comprendre leur propre vécu du processus.

2. Introduction

2.1. L'induction du travail : définition

L'induction du travail consiste à maturer le col utérin et déclencher des contractions utérines chez une femme à terme qui n'est pas en travail, dans le but d'obtenir un accouchement par voie basse. Notons que par « terme », il est entendu, une femme enceinte entre 37 et 41 semaines d'aménorrhée (SA). (1) La suite de ce travail se base donc sur cette période. Le déclenchement est indiqué lorsque la poursuite de la grossesse apporte plus de risques par rapport au fait de l'interrompre.

2.2. Indications

En 2008, lors de la publication de ses recommandations (1), la Haute Autorité de Santé (HAS) française a défini deux types de déclenchement : l'induction pour indications médicales et l'induction pour indications non médicales. La suite du texte se base sur ces recommandations, mais également sur celles du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (Royaume-Unis) de 2001, mises à jour en 2021. Il s'agit des documents clefs en termes de recommandations autour du déclenchement. Le rapport du KCE (Belgique) de 2010 a également été étudié et s'appuie sur les deux précédents rapports. (8)

2.2.1. Indications médicales

Les indications médicales concernent notamment les femmes enceintes dont le terme est dépassé. À partir de 41 semaines d'aménorrhée (SA), l'HAS recommande une surveillance par monitoring fœtal toutes les 48 heures. (1) Au-delà de 41 SA + 6 jours, le déclenchement est recommandé. Par ailleurs, il est possible d'induire le travail à partir de 41 SA, mais il est important que le col de l'utérus de la patiente soit favorable (calcul via le score de Bishop en annexe 1), que celle-ci ait été informée préalablement et qu'elle ait donné son accord. Ce déclenchement peut être motivé par une impossibilité de surveillance par monitoring, une demande du couple ou pour des nécessités organisationnelles inhérentes au corps médical. (1)

En outre, en 2001, le NICE mettait en garde sur les probables risques liés à une prolongation de la grossesse au-delà de 41 SA et recommandait le déclenchement du travail dès cet âge gestationnel. Il préconisait en revanche, une surveillance rapprochée à partir de 42 SA

seulement, ce qui semblait contradictoire pour la HAS qui n'avait donc pas suivi les recommandations du NICE à la lettre. (1)

Toujours est-il qu'en 2021, le NICE reste aligné avec ses recommandations de 2001 affirmant qu'une grossesse qui se poursuit au-delà de 41 SA pourrait être associée à un risque plus élevé de naissance par césarienne, d'admission du nouveau-né dans une unité de soins intensifs néonatale, de mortinatalité et de décès néonatal. (9) Il conseille donc de discuter avec la patiente de l'induction à partir de 41 SA en l'informant des risques potentiels d'une poursuite de la grossesse après ce terme, tout en l'avertissant de l'impact (abordé plus loin) que pourrait avoir le déclenchement sur son vécu de la naissance. L'idée est que la patiente puisse faire un choix en toute connaissance de cause. Par ailleurs, dans ses recommandations de 2021, le NICE ne préconise toujours qu'une surveillance rapprochée à partir de 42 SA, en cas de poursuite de la grossesse (et donc de refus de l'induction). (9)

Le KCE n'émet pas de recommandations claires étant donné les divergences d'opinions entre les différentes études. (8)

Les indications médicales englobent également les patientes atteintes d'une pathologie. En cas de diabète insulino-dépendant, la décision et le moment de déclencher relèvent du cas par cas. Si le diabète est mal équilibré et induit des conséquences sur le fœtus, la HAS recommande de ne pas dépasser 38 SA + 6 jours. (1) Si le diabète est gestationnel et bien équilibré, il n'y a pas de raison d'induire. En cas de suspicion de macrosomie fœtale chez une femme non diabétique, il n'est pas admis que le déclenchement du travail améliore la mortalité maternelle et fœtale. (1) Le KCE ne le recommande d'ailleurs pas dans ce cas. (8) Le NICE exprime la diminution du risque de dystocie des épaules avec l'induction, mais l'augmentation des déchirures périnéales et un risque similaire entre l'induction et l'expectative en ce qui concerne le risque de décès périnatal. (9)

L'hypertension artérielle (HTA) isolée ou la protéinurie isolée sans signe fonctionnel ne sont pas des indications de déclenchement même si elles nécessitent bien sûr une surveillance. En revanche, la prééclampsie doit conduire systématiquement, selon le cas, à un déclenchement ou une césarienne. Les rapports du NICE et du KCE n'abordent pas cette pathologie.

Le Retard de Croissance In Utero (RCIU) avec arrêt de croissance doit conduire à un déclenchement ou une césarienne car le risque périnatal est élevé. Le pédiatre de la structure

doit être concerté en amont. (1) En cas d'atteinte fœtale confirmée, le NICE recommande une césarienne. (9)

Une rupture prématurée des membranes (RPM) est associée, au cours du temps, à l'augmentation du risque infectieux. Un déclenchement est préconisé directement si le col est favorable ou selon le NICE, si la patiente est porteuse du streptocoque B. En dehors de cette condition, selon l'HAS, il est possible d'attendre jusqu'à 48 heures maximum, sauf exception. Le KCE, tout comme le NICE, sont plus frileux et recommandent de ne pas dépasser un délai de 24 heures. Dans tous les cas, une antibioprofylaxie est indiquée à un moment donné.

Par ailleurs, la HAS informe que les grossesses gémellaires ne devraient pas dépasser 39 SA + 6 jours.

Enfin, en cas d'antécédent d'accouchement très rapide (moins de deux heures), il est possible d'induire le travail à partir de 39 SA si le col est favorable et si la patiente le souhaite, prévenant ainsi l'accouchement non assisté. Le NICE ne s'aligne pas avec cette recommandation de la HAS et préconise la prise en charge expectative. Le KCE ne se prononce pas.

2.2.2. Indications non médicales ou « de convenance »

Il n'est pas recommandé d'induire pour des raisons non médicales.

Si l'on souhaite tout de même une induction de convenance, plusieurs conditions doivent être réunies d'après l'HAS. Il est notamment primordial d'obtenir un accord ou une demande de la patiente. Les modalités et les risques potentiels doivent lui avoir été transmis au préalable. De plus, il est recommandé que le col soit favorable et donc que le score de Bishop soit supérieur ou égal à 7, que la grossesse ait atteint au minimum 39 SA (il ne doit pas y avoir de doute sur le terme) et que l'utérus soit non cicatriciel. Le KCE ne recommande pas d'induire à la demande, un accouchement à bas risque avant 39 semaines d'une part, ni entre 39 et 41 semaines surtout si le col n'est pas favorable. (8) Il estime qu'il est acceptable d'induire un accouchement à bas risque à 41 semaines, pour des raisons de convenance. Enfin, le NICE émet l'importance de communiquer les avantages et les risques à la patiente tout en tenant compte de son souhait. (9)

2.3. Méthodes utilisées

Différentes méthodes sont utilisées pour déclencher le travail. Elles ont pour objectif de faire mûrir le col de l'utérus ou de déclencher des contractions lorsque le col est déjà mature. Une évaluation du score de Bishop est nécessaire en amont pour guider le choix de la méthode. (1,8) Les recommandations de la HAS (2008) et du NICE (2021) ont été retenues. (1,9) Le KCE n'émet pas de recommandations à ce sujet.

2.3.1. Méthodes mécaniques

Au cours d'un examen vaginal, le décollement des membranes consiste à séparer, à l'aide du doigt ganté et selon un geste circulaire de 360 degrés, les membranes chorio-amniotiques initialement accolées aux parois utérines. Ceci permet de libérer les prostaglandines E2 à l'origine du démarrage du travail. (10) Il est bien sûr primordial que le col soit ouvert pour effectuer le décollement. L'HAS recommande de proposer le décollement des membranes en cas d'induction non médicale. Il est important d'informer la patiente que cette méthode n'est pas associée à un risque plus important d'infections materno-fœtales, qu'elle peut entraîner des douleurs ainsi que des saignements vaginaux et qu'elle n'est pas toujours efficace. (1) Le NICE n'émet pas d'objection à proposer le décollement (« *balayage* » en anglais) des membranes après 39 SA et après avoir informé la femme enceinte. (9)

Le recours au ballonnet de Cook est un autre moyen recommandé par le NICE. (9) Une sonde est introduite en intravaginal. Deux ballons (un ballonnet utérin et un ballonnet vaginal) sont gonflés progressivement à l'aide de liquide physiologique. Les deux ballons exercent une pression de part et d'autre du col. Cette action mécanique stimule la libération locale de prostaglandines permettant la maturation du col. (11) L'usage de ballonnet est intéressant lorsque le col est immature (score de Bishop inférieur ou égal à 6), notamment pour les femmes ayant un antécédent de césarienne. (9) Le ballonnet de Cook réduirait dans ce cas le risque de rupture utérine liée à celui de l'hyperstimulation utérine provoqué par les méthodes chimiques.

2.3.2. Méthodes médicamenteuses

Les prostaglandines E2 (Dinoprostone), de synthèse cette fois, sont également utilisées lorsque le col est immature (score de Bishop inférieur ou égal à 6 ou 7 selon les études).

Dans son rapport de 2008, l'HAS évoque et recommande seulement l'utilisation des prostaglandines intravaginales (Prostin 3 mg et Propess 10 mg). (1) Le NICE est du même avis mais évoque également la possibilité des prostaglandines E2 sous forme de gel vaginal ou des prostaglandines E1 (Misoprostol 25 microgrammes) per os. (9)

D'autres médicaments sont utilisés pour le déclenchement du travail. L'ocytocine de synthèse (Syntocinon) est administrée par voie intra-veineuse. Le débit de la perfusion est augmenté progressivement via une pompe électrique, afin d'obtenir trois à quatre contractions sur une période de dix minutes. L'HAS recommande l'amniotomie (ou rupture artificielle des membranes (RAM)) rapidement après l'instauration de la perfusion, (1) tout comme le NICE. (9)

L'HAS recommande de recourir aux prostaglandines plutôt qu'à l'ocytocine en cas de col immature (score de Bishop inférieur ou égal à 7). Les deux méthodes peuvent être combinées lorsque le col est mature (score de Bishop supérieur ou égal à 7). (1)

Il semblait important dans un premier temps, de rappeler les bonnes pratiques en matière de déclenchement. Les recommandations se basent sur des données probantes de la littérature, et permettant de guider les professionnels de la santé et d'homogénéiser les pratiques, dans l'intérêt du patient.

Un autre dispositif permet depuis 2015, de contrôler le taux d'induction. Il s'agit du Modèle de Nippita et *al.* (12)

2.4. Contrôler le taux d'induction – Modèle de Nippita et al (2015)

De nombreux indicateurs permettent d'évaluer les pratiques au sein d'une maternité et sont habituellement associés à une qualité des soins. Ceci permet de comparer les résultats des différentes maternités pour éventuellement comprendre et ajuster les pratiques d'une institution qui aurait des taux anormalement élevés. Le taux de déclenchement est un de ces indicateurs, tout comme le taux de césarienne, le taux d'extraction instrumentale et le taux d'épisiotomie. (4) La classification de Robson est reconnue internationalement par l'OMS pour le contrôle du taux de césarienne. (13)

En 2015, Nippita et *al.*, se sont basés sur cette classification de Robson afin de discuter de la création d'une classification similaire c'est-à-dire cliniquement logique et hiérarchique pour

la pratique de l'induction. (12) Le but était de pouvoir surveiller et comparer les taux d'induction entre les différentes institutions locales, régionales et internationales afin de questionner et réguler les pratiques. Elle devait aussi permettre d'analyser les tendances au fil du temps et les mesures de performance inhérentes à la qualité des soins. Cet outil est utilisé par le CEpiP en Belgique depuis 2019. (Annexe 2) À l'échelle internationale, cette classification souhaite également permettre une homogénéisation dans l'interprétation des résultats des études sur l'induction qui sont parfois contradictoires. Nippita et *al.* ont ainsi préféré travailler avec des variables facilement disponibles et collectables, de manière fiable. Les variables de cette classification sont la parité, l'âge gestationnel, le nombre de fœtus, la présentation du fœtus et l'antécédent de césarienne. Ainsi, dix groupes ont été définis.

2.5. L'induction du travail : courante mais pas anodine ?

L'induction, lorsqu'elle est utilisée dans des cas bien précis peut améliorer les issues materno-fœtales (cf recommandations). Plus généralement, l'induction n'est justifiée qu'à partir du moment où l'on estime que l'issue à l'accouchement est plus favorable que dans l'expectative. (8,14)

Cependant, de plus en plus de femmes proches de leur terme, mais ne rentrant pas dans les critères d'induction actuels, sont tout de même déclenchées. (15) Or, comme toute intervention médicale, le déclenchement peut avoir des effets indésirables. Les résultats suivants doivent être considérés avec précaution mais mettent en exergue l'important questionnement de santé publique que représente le recours à l'induction non justifiée.

Le déclenchement est associé à des risques plus élevés d'hémorragies du post-partum (HPP), d'hyperstimulation utérine et de rupture utérine. Ces complications peuvent engendrer une détresse fœtale et des lésions périnéales. (15) Par ailleurs, cette pratique augmente en général les besoins en analgésiques et limite donc la liberté de mouvement. (15) Elle est également associée à des durées de travail et d'hospitalisation plus longues (15), ce qui entraîne des coûts plus élevés. (16) Les besoins en personnel sont en effet plus grands puisque les surveillances fœtales et maternelles sont plus grandes. (17–19) De nombreuses études démontrent que l'induction de l'accouchement se solde à des taux plus élevés d'extraction instrumentale et de césarienne, notamment chez les primipares. En revanche, d'autres

articles viennent contredire ces propos. Celui paru dans le *New England Journal of Medicine* a créé la polémique. En effet, Grobman et *al.* (essai ARRIVE), affirment en 2018, que le fait d'induire les femmes à bas risque à 39 semaines d'aménorrhée entraîne une baisse significative du taux de césarienne. (20) Bien que publié dans un journal prestigieux, cet article et sa méthodologie ont été critiqués. Il s'agit notamment d'une étude multicentrique qui ne s'attarde pas sur l'évaluation des pratiques et qui concerne une population bien spécifique. (21) Un autre essai (FRENCH-ARRIVE) adapté au contexte français est en cours afin de voir si les conclusions de Grobman et *al.* sont similaires en France. (22) En parallèle, une étude australienne de grande ampleur publiée par Dahlen et *al.* en 2021, met en garde sur la pratique de l'induction de convenance. (23) Elle entraîne en effet des issues maternelles, néonatales et infantiles plus défavorables que pour un accouchement spontané (plus d'instrumentations à l'accouchement, plus de césariennes, de péridurales, d'épisiotomies et d'HPP). (15,23) Il y a également plus de détresses respiratoires chez les nouveau-nés, de réanimations néonatales, et d'admissions pour infections jusqu'à l'âge de 16 ans. En toute fin d'article, les auteurs insistent sur la nécessité de prendre en compte les points de vue des femmes, leur expérience et leur vécu à long-terme pour les recherches futures. (23)

Après avoir mis en lumière le contexte théorique et les dernières recommandations autour de l'induction du travail, il semble judicieux de se concentrer sur le versant humain de l'induction.

2.6. L'induction en temps qu'expérience humaine

2.6.1. Recommandations officielles en termes d'information et de consentement

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) insiste sur le fait que la prise de décision, en ce qui concerne l'induction, devrait être discutée en amont avec la patiente. (14) Cette dernière devrait pouvoir poser ses questions et comprendre les risques et les bénéfices de cette pratique. Le but étant que la patiente puisse faire un choix libre et éclairé.

La Haute Autorité de Santé (2008) :

L'HAS écrit dans le cas d'un déclenchement de convenance (à partir de 39 SA avec col favorable), qu'il est nécessaire d'informer la femme enceinte sur la procédure mais également sur les risques éventuels de l'induction. (1) Il doit y avoir une demande ou un accord de la patiente au préalable (les modalités ne sont pas précisées). La transmission d'informations

doit aussi se faire lorsqu'une grande multipare est induite avec de l'ocytocine. Cela sous-entend qu'elle doit savoir que le risque de rupture utérine est plus grand avec ce type de méthode. Enfin, l'HAS recommande de transmettre à la future femme induite une note d'information écrite qui complète l'information orale. Cette note est remise à la patiente à une date précise notifiée dans son dossier (il n'y a pas de précision à ce sujet). Elle permet de laisser l'opportunité de prendre une décision éclairée en ce qui concerne le travail. De nombreuses informations sont transmises notamment sur la définition et les indications du déclenchement, elles sont en parfaite transparence avec les recommandations du rapport. La femme prend également connaissance de son droit de changer d'avis à tout moment en ce qui concerne le déclenchement de convenance. Elle a le droit de refuser un déclenchement de convenance à l'origine de l'équipe médicale (demande liée à l'organisation de la maternité). Enfin, le déroulement, les méthodes d'induction, les inconvénients (diminution de la mobilité, contractions de forte intensité engendrant de la douleur) doivent être explicitement écrits. Les risques sont transmis et notamment celui d'avoir des contractions excessives ou d'être césarisée si le col ne se dilate plus. Les femmes sont invitées à poser toutes leurs questions au cours des rendez-vous médicaux. Un exemple d'information à destination des femmes concernées se trouve en annexe 3.

Le KCE (2010) :

En fin de grossesse, il est recommandé de fournir systématiquement une information étayée et objective concernant l'induction du travail (peu importe l'indication). Il est préférable de donner ces informations sous forme écrite. Les méthodes, les moyens pour soulager la douleur doivent être transmis à la patiente. Les indications, inconvénients, risques et contre-indications des méthodes sont discutés avec la patiente.

Toutes les étapes du travail doivent être expliquées et il est indispensable de se préoccuper des attentes et choix de la femme enceinte. (8)

Ce que dit la loi belge (2002) relative aux droits du patient (24) :

Tout patient a le droit de recevoir du professionnel de la santé, des informations claires, complètes et compréhensibles sur son état de santé et son évolution. Les informations sont

fournies oralement mais le patient peut demander qu'elles apparaissent sous forme écrites également. Sauf exception, le patient a le droit de refuser de recevoir ces informations.

D'autre part, le patient a le droit au **consentement éclairé**. Ce droit est lié à une décision le concernant. L'information, avant le consentement doit être fournie dans un laps de temps raisonnable et doit aborder l'objectif, la durée, le degré d'urgence, la nature, la fréquence, les contre-indications, les risques, les effets secondaires, les alternatives possibles, les répercussions financières et les soins de suivi. Le consentement doit être explicite (oral ou écrit) sauf si le professionnel de la santé estime que le comportement du patient est en adéquation avec un consentement. Le consentement est écrit si le patient ou le professionnel de la santé en fait la demande et est ajouté au dossier.

Le NICE (2021) :

Le NICE recommande de discuter avec la femme enceinte dès le début de grossesse, sur ses préférences concernant le mode d'accouchement. Il est important de tenir compte de la situation personnelle de la femme tout en lui indiquant les choix possibles pour son accouchement. Il ne faut pas hésiter à poser la question à la patiente à nouveau en fin de grossesse car son choix peut avoir changé. Plusieurs éléments doivent être transmis patiente. Elle doit savoir que l'induction reste un acte médical qui peut affecter son vécu de la naissance. Par exemple, la possibilité d'instrumentalisation (forceps, ventouse) avec un risque accru de lésions périnéales. Il faut signaler à la patiente tous les autres risques comme celui d'une hyperstimulation utérine avec possible atteinte foétale, une douleur intense et supérieure à un accouchement physiologique, un séjour plus long à l'hôpital.

Toutes les modalités autour de l'induction sont transmises à la patiente (les raisons d'induire, le moment, le lieu et la manière dont l'induction peut se faire, les méthodes pour soulager la douleur, les risques, les bénéfices et la possibilité d'échec et options possibles). Les options alternatives au déclenchement sont transmises.

Il est important de spécifier à la personne qu'elle a le droit à un temps de réflexion et de discussions avec d'autres personnes avant de prendre sa décision. Toutes ses questions sont les bienvenues à tout moment. Il est conseillé de l'encourager à s'informer davantage en lui donnant des brochures d'informations écrites ou en consultant un site web officiel du système

de santé britannique. Enfin, la femme a le droit de se rétracter, de retarder, d'arrêter le processus à tout moment sans faire l'objet de jugement de la part des professionnels. Son choix lui appartient. (9)

2.6.2. Décision partagée et consentement

Le respect de l'autonomie et de la dignité sont des droits fondamentaux reconnus internationalement dans les chartes des droits humains et plus particulièrement au sein de la loi belge relative aux droits du patient de 2002. (24) Ainsi, la prise de décision partagée est un des facteurs témoignant de la qualité des soins. (25) Comme nous l'avons vu, il est important pour le patient de recevoir une information complète de qualité. (26) Il est aussi primordial de prendre en compte ses valeurs et ses préférences. (9,27) C'est en possession de toutes ces informations qu'il pourra faire un choix libre et éclairé. (28)

En outre, les études montrent que la personne soignée a plutôt tendance à s'appuyer sur les conseils de son médecin lorsqu'elle prend des décisions et ne s'appuie pas sur des données probantes pour faire son choix. (25,29) Dans le domaine médical et plus particulièrement en obstétrique, le pouvoir décisionnel appartient la plupart du temps aux soignants. (30) Par ailleurs, plus d'un cinquième des femmes accouchant aux États-Unis ressent une pression du praticien en ce qui concerne la prise de décision d'induction. (27) L'opinion des femmes n'est pas toujours prise en compte. (27) En 2015, une enquête du Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE) sur les expériences du déclenchement, rapporte les pressions du corps médical qui influence les femmes à donner le consentement en évoquant des risques pour le nouveau-né. (31) Une étude a d'ailleurs mis en évidence que les hôpitaux ayant les taux les plus élevés d'induction accordaient moins d'importance à la prise de décision partagée que les hôpitaux avec des taux plus faibles. (32) Les études suggèrent de mener des recherches supplémentaires dans les domaines de la prise de décision partagée dans le déclenchement du travail afin de responsabiliser les femmes sur leurs options de soins. (23,27,32,33)

D'autres recherches ont permis de montrer que les femmes enceintes étaient de plus en plus demandeuses d'informations concernant la pratique d'induction (alternatives, méthodes, effets secondaires, médication) et qu'elles souhaitent pouvoir participer à la prise de décision. (34,35) Pour se faire, elles expriment par ailleurs le besoin de soutien et de temps de réflexion. (27,36)

2.6.3. Vécu des femmes induites

L'OMS recommande que chaque femme puisse associer son expérience d'accouchement à une expérience positive. (Annexe 4) (37) Pourtant, du processus d'induction, découlent des expériences différentes allant de négatives, inattendues, épuisantes, stressantes, frustrantes à rapides, simples et fluides. (27,33,38) Aussi, le processus d'induction est souvent vécu comme beaucoup plus long par rapport à ce qui avait été imaginé. (26,27) L'induction est fréquemment associée à des interventions désagréables diminuant l'autonomie de la patiente (15) et elle est plus susceptible de générer un vécu négatif. (31,33,39) De plus, il existe un écart entre les attentes des femmes et la réalité de leur expérience en matière d'information, de prise de décision et de soutien autour du déclenchement. (38) Les points de vue des femmes sur l'expérience d'induction n'ont pas encore été largement évalués. Des études supplémentaires sont nécessaires. (33)

Pour conclure, cette revue de littérature a permis de mettre en évidence l'importance de s'attarder sur l'objet de recherche des inductions en salles de naissance. Beaucoup d'études explorent les conséquences médicales de la pratique, mais peu d'entre elles s'intéressent au vécu des patientes. (40) Il semble pourtant primordial de prendre en compte l'expérience des femmes, dans le contexte plus global de l'induction et de toutes ses conséquences sur la santé physique mais aussi mentale. Même si les données statistiques sont importantes, il est difficilement envisageable de prendre des décisions de santé publique sans prendre en compte l'avis des personnes concernées. Ainsi, cette étude souhaite s'orienter vers l'angle du vécu des femmes induites et de la notion de consentement qui lie l'information à la pratique. Elle se déroule en région liégeoise, en Wallonie, où les taux d'induction restent élevés. La population étudiée se concentre sur les femmes primipares qui représentent une grande proportion des inductions. Cette recherche suit un double objectif. Le premier est de comprendre la façon dont les femmes vivent l'induction en salle de naissance (variable dépendante). Les variables indépendantes représentent les différents facteurs qui influencent ce vécu et comportent des éléments cognitifs, émotionnels et physiques. Ils ne sont pas connus d'avance et feront l'objet de l'analyse. Par ailleurs, ces variables indépendantes doivent pouvoir alimenter le deuxième objectif qui ambitionne de mieux comprendre la question complexe du consentement au sein de cette expérience unique que traverse la femme induite.

3. Matériel et méthodes

3.1. Type d'étude et démarche de recherche

Afin de répondre à la question de recherche, il était dans un premier temps nécessaire de réfléchir au type d'étude le plus approprié. S'intéressant au vécu des participantes, et plus particulièrement à l'expérience individuelle du déclenchement en salle de naissance et à la notion complexe de consentement, il semblait opportun de retenir l'**analyse qualitative**. Selon Dionne, ce type de recherche vise « la profondeur et la qualité des données analysées, et non leur mesure ». (41) Le souhait ici est bien de mettre en lumière les informations recueillies chez les participantes tout en leur donnant du sens. (42)

Ce travail se base plus particulièrement sur la **Méthode par Théorisation Ancrée** (*Grounded Theory Method, GTM*) développée par Barney Glaser et Anselm Strauss et reprise par Lejeune dans son ouvrage « Manuel d'analyse qualitative – Analyse sans compter ni classer ». La GTM ambitionne de créer de nouvelles hypothèses et théories à partir de la littérature existante et du matériau empirique (démarche inductive). Le choix de cette méthode est justifié par le souhait d'aller plus loin qu'une simple traduction du discours des femmes induites pour en arriver à une idée ou une thématique. La méthode implique en effet un rapprochement étroit du vécu de ces femmes dans leur contexte. Autrement dit, l'idée est de se centrer sur le vécu des participantes plutôt que sur les sujets qu'elles abordent. L'exercice est donc d'essayer d'interpréter le plus fidèlement possible ce que les personnes confient, en veillant à garder une certaine rigueur pour ne pas tomber dans l'interprétation abusive. Ainsi, les ancrages (comptes rendus de terrain, de codage et théorique) (43) permettent de mettre en évidence le parcours emprunté tout au long de la recherche en justifiant les choix qui ont conduit à obtenir les résultats finaux. Cette manière de faire permet de satisfaire les exigences scientifiques d'une recherche (44) et dénote la réflexivité et l'implication du chercheur. (43) Enfin, la GTM suit une démarche parallèle et non séquentielle. Des allers-retours entre les différentes parties du travail sont nécessaires à mesure que la recherche avance. Les parties suivantes de cette méthodologie ne doivent pas être lues dans une suite logique mais elles doivent être visualisées comme les éléments d'un tout qui « se superposent et s'influencent de manière circulaire ». (43)

Dans ce cadre, l'entretien semi-dirigé est l'outil de collecte des données retenu.

3.2. Population étudiée

Cette étude vise les femmes ayant été induites en salle de naissance. Les critères d'inclusion sont les suivants :

- Être une femme primipare (avoir un seul enfant)
- Avoir été induite entre 37 et 42 SA donc à terme
- Avoir accouché en Wallonie
- Avoir accouché d'un enfant vivant
- Avoir accouché dans le mois précédent l'entretien (maximum deux mois)
- Maîtriser le français
- Avoir donné son accord de participation

Le motif de l'induction n'est pas un critère. Cela signifie que toutes les indications de déclenchement sont les bienvenus (médicales ou de convenance). Il était souhaitable de recruter des patientes à terme où les motifs d'induction médicaux et non médicaux se confondent. Il a été choisi de ne sélectionner que les femmes primipares afin que leur vécu se concentre uniquement sur leur grossesse et non sur l'expérience des grossesses précédentes. Enfin, l'étude se concentre sur la Wallonie pour des soucis pratiques. Cela permet aussi de se concentrer sur cette région dont, rappelons-le, le taux d'induction était le plus élevé en Europe en 2010.

3.3. Méthode d'échantillonnage

La méthode d'échantillonnage est non-probabiliste et se base en partie sur un choix raisonné. Certains paramètres comme le sexe ou la parité sont fixes. Néanmoins, la diversité des paramètres comme l'âge gestationnel ou le lieu d'accouchement était recherchée. Finalement, étant donné que le nombre de participantes répondant aux critères n'était pas grand, il est normal que la diversité finale ne soit pas importante. Par exemple, bien que les institutions diffèrent, toutes les participantes ont accouché en région liégeoise. Il aurait été éventuellement intéressant d'interviewer des personnes ayant accouché ailleurs en Wallonie. Pour ce faire, le recrutement aurait pu se faire différemment.

Neuf femmes ont participé à l'étude. Leurs profils respectifs sont présentés en annexe 5. Afin de respecter l'anonymat des participantes, des noms d'emprunt ont été utilisés.

Dans le cadre de la Méthode par Théorisation Ancrée, Lejeune (43) aborde la notion d'échantillonnage théorique. Ce principe sous-tend que c'est l'analyse qui guide la collecte et qu'il n'est donc pas possible de déterminer à l'avance le nombre d'individus à interviewer. Idéalement, chaque nouveau matériau empirique doit être analysé directement après la collecte, et conduire à se poser de nouvelles questions. Le but est de découvrir de nouvelles données et non de collectionner des éléments déjà attestés. Le chercheur n'échantillonne plus une population composée d'individus mais plutôt le phénomène qu'il étudie et ce, à travers des catégories. Ces dernières sont saturées lorsque toutes les propriétés qui lui appartiennent ont été élucidées.

3.4. Paramètres étudiés et outil de collecte des données

Des entretiens semi-dirigés ont été menés grâce à un guide d'entretien (Annexe 6) comprenant un certain nombre de questions ouvertes permettant d'étudier différents paramètres. L'idée est d'amener la patiente à raconter son expérience. Des questions de relance ont été prévues afin de pouvoir réorienter l'entretien lorsque cela est nécessaire.

Ce guide s'inspire du modèle d'analyse de Danilack et *al.* (27) Cette étude dénote le manque de recherches en ce qui concerne le vécu et les attentes des patientes induites en salle de naissance. Elle insiste sur l'importance de tenir compte des opinions des femmes, qui ne sont pas toujours prises en compte pendant le processus de soin. De cette étude, découlent différents paramètres à étudier et à inclure dans notre guide : les attentes, préoccupations et perceptions de l'expérience d'induction, les effets dits secondaires de l'induction, la tolérance personnelle des différentes procédures au cours de l'induction et les réflexions autour d'un travail idéal. Bien sûr, le guide a inclus d'autres questions. Les autres paramètres étudiés sont les connaissances préalables autour de l'induction, l'information ainsi que la satisfaction de celle-ci, le consentement, le vécu global et l'accompagnement pendant le processus.

Enfin, le guide se présente sous forme de quatre parties : la période préconceptionnelle, la période prénatale, le travail et l'accouchement, et la période postnatale. Cela ne veut pas dire que la participante doit suivre cet ordre chronologique.

3.5. Organisation et planification de la collecte des données

Le recrutement des participantes a été réalisé essentiellement auprès des sage-femmes à domicile. Différents moyens ont été utilisés. Étant sage-femme au sein d'une institution hospitalière liégeoise et travaillant avec des collègues indépendantes complémentaires, il a été possible de leur exposer l'étude au cours de discussions. La méthode dominante a néanmoins été le contact écrit et un à un, de sage-femmes indépendantes en région liégeoise se trouvant sur une liste. Cette dernière est destinée aux patientes qui doivent contacter une sage-femme à domicile de leur choix en sortie de maternité pour leur suivi. Le bouche à oreille a également été utilisé. Enfin, une note expliquant l'étude a été diffusée à l'ASBL liégeoise « Babibar » pour que celle-ci puisse apparaître dans les locaux et permettre aux femmes intéressées de prendre contact avec la chercheuse. Cette dernière méthode n'a en revanche fait l'objet d'aucun retour.

L'idée principale était donc d'informer les sage-femmes de l'objet de l'étude pour qu'elles puissent elles-mêmes informer leurs patientes susceptibles de rentrer dans les critères. (Annexe 7) Il n'était pas approprié de contacter les patientes directement sous peine de ne plus rentrer dans les critères du comité éthique. En effet, contacter les patientes directement doit faire l'objet de demandes spécifiques auprès des comités éthiques de chaque institution hospitalière, ce qui n'a pas été fait. Il était, dans tous les cas, inapproprié de contacter directement les femmes, la grossesse et le post-partum étant des périodes délicates voire de vulnérabilité qui doivent être préservées.

Après avoir donné leur accord, la sage-femme à domicile revenait vers la chercheuse en lui indiquant les coordonnées de la patiente qui était alors contactée pour fixer un rendez-vous. L'entretien était réalisé au domicile de l'accouchée, maximum deux mois après l'accouchement. Le nouveau-né pouvait être présent, mais aucune autre personne.

Un diagramme de Gantt (Annexe 8) permet de rendre compte de la temporalité de la recherche.

3.6. Traitement des données et méthodes d'analyse

Chaque entretien a fait l'objet d'une retranscription écrite complète. Une attention particulière était portée à l'anonymisation des données sensibles.

L'analyse des données a suivi les trois étapes de la Méthode par Théorisation Ancrée, décrites par Lejeune (43) dans son ouvrage. Il s'agit des codages ouvert, axial et sélectif. Il est préférable d'analyser au fur et à mesure des retranscriptions afin de laisser la possibilité à de nouvelles hypothèses d'émerger. Malheureusement, ce processus dit « itératif » n'a pas toujours pu se faire au cours de notre travail.

Codage ouvert : la phase de codage ouvert autrement appelée étiquetage, « est une activité qui vise à découvrir les briques élémentaires d'une théorie en cours d'élaboration ». (43) Concrètement, il s'agit de juxtaposer des notes dans les marges des entretiens retranscrits. Ces mots ou groupes de mots permettent de caractériser le vécu, les attitudes ou le ressenti des acteurs en vue d'une conceptualisation future. On les appelle « propriétés ». Pour effectuer cette étape, la ficelle du verbe a été privilégiée dans notre travail. (43) Elle permet en effet d'éviter le piège de l'indexation thématique et de mettre en avant les propres expériences et perceptions des acteurs. Un exemple de codage ouvert se trouve. (Annexe 9)

Codage axial : cette étape consiste à articuler entre elles, les étiquettes mises en valeur lors du codage ouvert. À l'idée d'un assemblage de briques, le but est de réunir les propriétés deux à deux et d'établir les types de liaisons qui les relient. Pour ce faire, la méthode des phrases à trois verbes a été utilisée. Cette étape permet de faire ressortir les nouvelles hypothèses à confronter lors des entretiens suivants. (Annexe 10)

Codage sélectif : les articulations réalisées lors du codage axial sont intégrées à une schématisation qui met en lumière les concepts (ou catégories) identifiés. Cette étape nécessite la suppression de certaines propriétés ou la fusion de certaines étiquettes très proches. Le codage sélectif consiste donc, comme son nom l'indique, à sélectionner les articulations des propriétés les plus pertinentes afin d'effectuer une schématisation globale, complète et lisible. (Annexe 11) Les verbatims viennent soutenir les propos et concepts dégagés dans les résultats permettant de répondre à la question de recherche. (Annexe 12)

4. Résultats

La collecte des données s'est déroulée auprès de neuf femmes ayant accouché au sein de quatre institutions liégeoises différentes. Les profils varient en fonction de l'âge (entre 20 et 33 ans), du type de profession, du terme à l'accouchement (entre 37 SA + 6 jours et 41 SA + 4 jours) et du motif d'induction. (Annexe 5) Le délai entre l'accouchement et l'entretien varie d'une semaine à deux mois.

Cette partie a pour objectif de présenter les résultats de l'étude tout en fournissant des éléments de réponse à la question : « *Comment la compréhension du vécu des femmes induites en salle de naissance permet-elle d'instruire la question du consentement ?* »

Il a été choisi de présenter les résultats sous la forme d'une schématisation. Cette dernière s'est construite tout au long de la recherche et elle est plus particulièrement le fruit du codage sélectif. Elle se base sur le matériau recueilli - le vécu des participantes - ainsi que les différents questionnements qui ont ponctué l'étude.

Le schéma entier et sa légende se trouvent en annexe 11. Il permet de rendre compte des différents liens entre les concepts identifiés. En outre, par facilité de lecture, chaque concept est repris un à un dans cette partie. Il est important de préciser que cette schématisation ne représente pas une réponse unique et figée à la question de recherche. En effet, comme le précise la GTM, ces résultats et leur présentation ne représentent que l'interprétation du chercheur du phénomène étudié. (43)

Les propos pertinents pour la problématique posée ont été gardés (codage sélectif). Par ailleurs, même si les résultats doivent être fidèles au vécu global des participantes, il est primordial de rappeler qu'en GTM, ceux-ci ne se basent pas sur la redondance des propos. Le nombre de cas n'importe pas. Le but de l'échantillonnage théorique est d'ailleurs de privilégier les cas non attestés et donc d'affiner chaque catégorie au fur et à mesure de l'étude.

Cinq concepts ont été identifiés : « Expérimenter le déclenchement », « Angoisser », « Manquer d'informations », « S'éclairer », « Ignorer la notion de consentement ».

Les résultats englobent tout le processus d'induction et donc toutes les périodes inhérentes à celle-ci (avant, pendant et après le processus).

4.1. Expérimenter le déclenchement (pour la première fois)

Lors des entretiens, les femmes interrogées, toutes primipares, étaient amenées à raconter leur expérience très récente et unique de leur déclenchement. Souvent happées dans le « tourbillon du post-partum », l'entretien était une occasion pour elles de se replonger, parfois pour la première fois depuis l'accouchement, dans le vécu propre de l'induction. Il était souhaitable de rencontrer les femmes à un moment proche du déclenchement afin qu'elles puissent replonger dans leurs souvenirs récents et que l'étude gagne en richesse. Au cours de la collecte et de l'analyse, le concept « **expérimenter le déclenchement pour la première fois** » s'est dessiné naturellement.

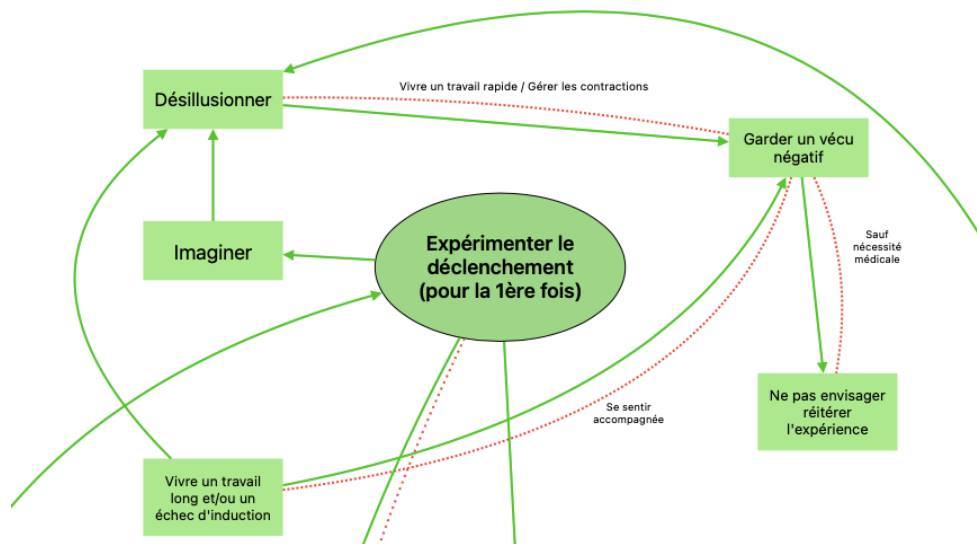


Figure 1 : Schématisation partielle : « Expérimenter le déclenchement (pour la 1ère fois) »

Avant même d'expérimenter le déclenchement, les femmes sont amenées à se poser des questions autour de cet événement encore inconnu. La douleur et les contractions sont au cœur des préoccupations. Les femmes se demandent également si le déclenchement va réellement fonctionner et une angoisse autour de la possibilité d'échec d'induction survient. Ces questions et cette angoisse amènent à une peur de l'inconnu.

« On m'avait déjà informée et tout ça mais c'était quand même la première fois et je n'avais jamais vécu ça du coup. Euh... c'était un petit peu l'inconnu quoi. Donc un petit peu de stress, je ne savais pas surtout au niveau des contractions. Je sais plus si c'est mon amie sage-femme qui avait dit ça mais que les contractions lors de l'induction étaient peut-être un peu plus douloureuses que lorsque c'est naturel. Du coup je ne savais pas jusqu'où la douleur allait aller, c'est juste ça qui me stressait en fait. » (Annie, Entretien 2, 24/05/23)

Néanmoins, le processus du travail déclenché est idéalisé, les femmes se rassurent en **imaginant** que tout ira bien. À l'image du bébé imaginaire idéal, l'accouchement semble parfait aussi.

« Avant de faire le déclenchement, j'avais une idée que c'était relax, que ça faisait deux-trois petites contractions, péridurale et on accouche. C'était ça dans ma tête, c'était easy ! (...) Je n'avais pas eu des échos qui disaient que c'était dur, que c'était l'horreur ! Je parlais positive, je pensais que ça allait être rapide. Je m'imaginai accoucher vers 10h du matin. » (Lisa, Entretien 1, 23/05/23)

Les personnes expriment en outre, une **désillusion** face au scénario vécu de l'induction. A l'origine de cette déception figure le **vécu négatif** qui regroupe une multitude de ressentis. Bien souvent, **vivre un travail long, douloureux et/ou un échec d'induction** contribuent au mauvais vécu et donc à la désillusion.

« Le temps me paraissait une éternité. (...) Donc là aussi, de voir les pauses qui s'enchaînent... on se dit que c'est très très long. (...) elle a mis la perf, et puis là ça a été la descente aux enfers. J'ai eu des contractions qui au début, ça allait, j'étais sur le ballon, je soufflais, ça arrivait à passer. Et puis ça s'est vraiment intensifié. Au point, qu'à un moment, j'étais sur le lit, je dis "je ne tiens pas en place", ça me faisait vraiment mal. (...) Je me souviens avoir envoyé un message à mon amie en lui disant « Si on te parle de déclenchement, refuse ! » (Léana, Entretien 7, 23/06/2023)

Le **manque d'information** entraîne souvent un désenchantement.

« Au bout d'une demi-heure, j'ai commencé à avoir des contractions fortes du coup ! Ma mère ne me croyait même pas que ce soit aussi rapide et fort comme ça ! On me l'avait pas dit ça ! On pensait vraiment attendre 5h tranquillement mais non quoi ! » (Patricia, Entretien 5, 31/05/23)

Par ailleurs, la déception varie en intensité. Certaines femmes expriment de la surprise, d'autres éprouvent un véritable choc, comme Patricia, lorsque la décision de césarienne tombe.

« (...) je crois que j'étais vraiment neutre quoi. Je ne réalisais juste pas ce qu'il m'arrivait. Aucune émotion en fait. J'étais sous le choc, c'est le mot. » (Patricia, Entretien 5, 31/05/23)

En outre, une femme exprime avoir été agréablement surprise par le déclenchement. Il semblerait que la rapidité du travail entre en compte dans le vécu positif de l'induction. Elle déclare également avoir imaginé en amont, un travail beaucoup plus long et s'être préparée à ce scénario. De fait, elle affirme avoir été informée au préalable, par son amie sage-femme, de la possibilité qu'elle puisse rester une longue période en salle de naissance. Avoir une amie travaillant dans le domaine obstétrical permet probablement de bénéficier d'information, répétées et disponibles à tout moment, contrairement à une autre femme. L'information diminue les espérances et donc ancre la patiente dans un scénario plus réaliste. De cette façon, le sentiment de satisfaction pourrait être exacerbé. Enfin, le fait de gérer sa douleur ou du moins, souffrir sur une courte période de temps, aiderait à développer un meilleur vécu. On apprend plus tard que cette patiente, atteinte d'endométriose, semble avoir développé une certaine forme de résistance à la douleur pouvant aussi influencer son vécu global de la douleur.

« Oui, c'était quand même assez rapide parce que moi je m'attendais à accoucher vraiment soit à midi le lendemain ou... Mais au final, à 3h du matin, j'étais... en fait entre 3h et 4h, j'étais passée de 4 cm à 9 cm en une heure. Et j'ai accouché à 4h12. Mais avant ça j'avais eu la péridurale donc c'était bien supportable. Quand on m'a dit que j'étais à 9 cm j'étais « ha ! » j'étais vraiment choquée quoi. Je ne m'y attendais pas. (...) je suis quand même contente. Le fait que ça ait été assez rapide a joué sur mon ressenti du processus. » (Annie, Entretien 2, 24/05/23)

Le fait d'avoir un accompagnement satisfaisant aide à garder un vécu positif également (global ou ponctuel pour un acte précis). Les femmes affirment que bénéficier de l'accompagnement des soignants est décisif pour garder un bon vécu. Le sentiment d'être bien accompagnées comprend le fait d'être en contact répété avec les sage-femmes mais elle comprend aussi la bienveillance des soignants, leur disponibilité et leur soutien dans les moments stressants comme la péridurale. Recevoir des conseils et être baignées dans une atmosphère relaxante augmente la satisfaction. Enfin, être prévenue avant les actes douloureux et donner son consentement permettent de garder un bon vécu.

« (...) je n'ai rien à dire sur le personnel donc j'étais agréablement surprise, mais c'était la première fois. Oui mais très gentil, très bienveillant, toujours prévenir. Demander le consentement. (...) Et prévenir quand ça va faire mal et quand ça risque de faire mal, etc. Ça oui. » (Virginie, Entretien 6, 0/06/23)

Lorsque la désillusion entraîne un vécu global négatif, **réitérer le déclenchement** n'est pas envisageable. Certaines femmes expriment d'ailleurs leur refus d'avoir un deuxième enfant suite à leur vécu.

« Franchement, sur le vécu comme ça, je dirais qu'un enfant unique, c'est très bien. (...) Et une chose est sûre, c'est que je l'ai dit aussi à Dr X, c'est qu'il peut y avoir un deuxième. Il n'y aura pas de déclenchement. Ah, je ne veux pas. Je préfère alors que s'il tarde à venir, qu'on programme une césarienne. » (Léana, Entretien 7, 23/06/23)

Annie, qui garde un bon vécu de son travail, ne souhaite pas non plus vivre un deuxième déclenchement, sauf raison médicale. Elle exprime le fait qu'il est préférable de laisser le « naturel » opérer. Néanmoins, son vécu positif l'amène à mettre en valeur un avantage du déclenchement.

« C'est toujours mieux quand c'est naturel. J'imagine que ce serait peut-être plus stressant parce qu'on ne sait pas le moment. Je trouve qu'au niveau des avantages de l'induction c'est qu'on connaît la date et qu'on sait que ce sera à ce moment-là. Et pour le travail spontané, on ne sait pas quand ça va venir. Du coup on est mieux préparés quand il y a l'induction. Au niveau organisationnel. » (Annie, Entretien 2, 24/05/23)

4.2. Angoisser

L'origine de l'**angoisse** est multifactorielle pendant le processus d'induction. Elle traverse toutes les étapes, que ce soit la période qui précède l'induction ou le processus lui-même. L'angoisse, sous toutes ses formes, s'imisce donc chez les femmes induites. Quelques situations, en lien avec la question de recherche, ont été relevées.

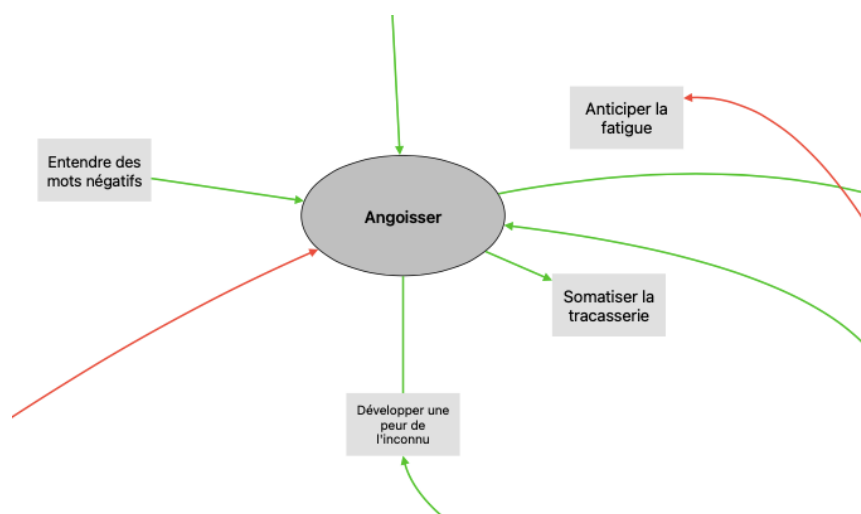


Figure 2 : Schématisation partielle : « Angoisser »

Comme vu précédemment, le fait d'expérimenter le déclenchement pour la première fois est lié à l'angoisse et plus spécifiquement à la peur de l'inconnu, elle-même initiée par le **manque d'information**. Les femmes se posent beaucoup de questions qui n'ont pas fait l'objet de réponses claires et précises pendant les consultations prénatales. Elles se rassurent parfois en s'imaginant le scénario idéal. Elles peuvent également chercher des causes à ce manque d'information pour tenter d'apaiser leur stress.

« Je me dis que peut-être qu'elle ne m'a pas dit trop pour ne pas angoisser ? Je pense ? Même la prééclampsie, elle ne m'a pas expliqué des masses. Elle m'a laissé un peu dans le flou et je pense que ce n'est pas plus mal ? Comme ça je ne savais pas trop les risques qu'il y avait. » (Lisa, Entretien 1, 23/05/23)

Entendre des mots à connotation négative peut déclencher du stress ou exacerber l'angoisse déjà présente liée à l'inexpérience. La manière de fournir l'information peut même jouer sur la prise de décision. Dans le cas de Lisa, entendre le mot « malheur » entraîne une angoisse qui la conduit à précipiter sa décision.

« Elle m'a dit « le risque c'est qu'il arrive malheur » donc moi j'ai dit « non s'il arrive malheur alors on déclenche ! » (Lisa, Entretien 1, 23/05/23)

Ne pas recevoir d'information conduit à une mauvaise préparation pré-induction. Les femmes n'étant pas informées précisément du déroulement des choses ignorent qu'anticiper la fatigue peut permettre de vivre plus sereinement le déclenchement. L'excitation liée à l'arrivée du nouveau-né peut altérer le repos mais le **manque d'information** ne favorise pas l'anticipation de la fatigue.

« On aurait dormi avant si on savait que ça pouvait démarrer aussi vite ! » (Patricia, Entretien 5, 31/05/23)

Enfin, l'angoisse, non soulagée, peut entraîner des symptômes physiques désagréables et entacher l'expérience d'induction. La propriété « somatiser la tracasserie » représente cette idée. Dans le cas de Lisa, l'angoisse a pris le dessus avant même de commencer le déclenchement. Il est possible de relier ce stress à ses interrogations restées en suspens.

« Non, donc là j'ai commencé à me tracasser. Je me suis tellement tracassée, je me suis tapée un torticolis de malade... avec le stress je pense. Et du coup, je suis arrivée là, stressée avec un torticolis... » (Lisa, Entretien 1, 23/05/23)

4.3. Manquer d'information

Le manque d'information concerne la période pré-induction mais également le processus lui-même. Ce concept prégnant est fortement relié aux autres catégories conceptualisantes.

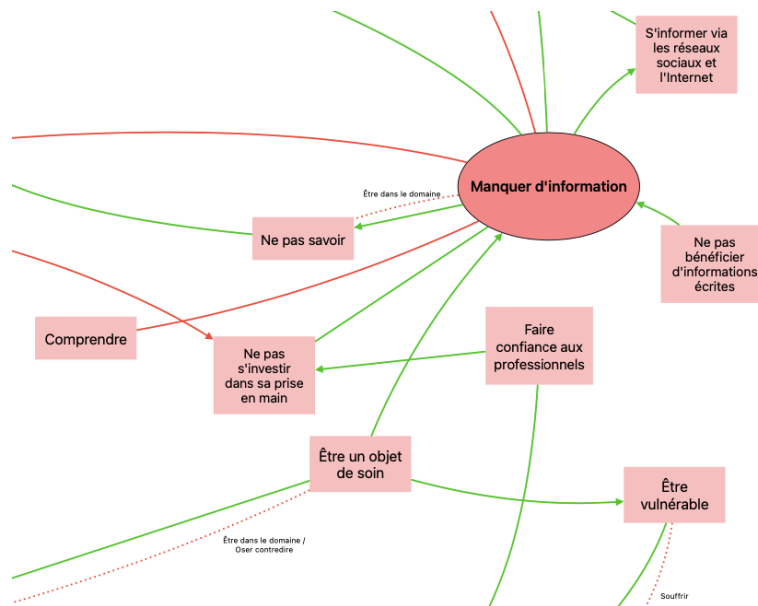


Figure 3 : Schématisation partielle : « Manquer d'information »

Tout d'abord, les femmes expriment un **manque d'information** en prénatal et donc une méconnaissance (« **Ne pas savoir** ») profonde du processus qui amène, comme nous l'avons vu, à une peur de l'inconnu. Avant l'entrée en salle de naissance, la femme bientôt induite n'a qu'une idée floue de ce qui l'attend.

« Juste les grandes lignes, on va mettre un comprimé et puis 6h après un autre. Et puis si ça ne va pas, on mettra un Propess. Elle m'a expliqué que ça dégagait une hormone, pour essayer de déclencher plus vite. Mais y'a pas eu d'approfondissement non. »
(Virginie, Entretien 6, 06/06/23)

Une des participantes est sage-femme. Déjà « éclairée », elle n'a pas ressenti ce manque d'information avant son induction.

La **désillusion** éprouvée due au **manque d'information** lors du processus prend la forme d'« épreuves » à passer pour Léana.

« Et donc du coup, tout ce qui est arrivé tout au long du travail, c'est vrai que ça a été des « épreuves » à passer en plus quoi. Des surprises aussi, le fait de pas savoir. (...) »

j'aurais préféré être un peu plus informée sur les étapes quoi, avec le recul. On parle souvent de la première étape mais les suivantes, non. » (Léana, Entretien 7, 23/06/23)

Manquer d'information signifie aussi **ne pas s'investir dans sa prise en soin**. En effet, recevoir peu d'information amène à la délaissier ou en tous cas, à lui accorder peu d'importance. La personne peu informée va prendre de la distance avec la pratique et donc ne pas engager un investissement spontané dans sa prise en soin.

« Aux séances d'infos, ils l'avaient peut-être évoqué... pas énormément je pense. Je ne pensais pas vraiment à ça donc j'en n'ai pas vraiment prêté attention. » (Patricia, Entretien 5, 31/05/2023)

Les femmes ont **confiance** en leur gynécologue et aux professionnels plus généralement et cette confiance ne motive pas toujours un investissement dans la prise en soin ou du moins une quelconque remise en question des décisions. Ici, Louise ne se pose pas de questions en ce qui concerne la « programmation » de son accouchement.

« La sage-femme a téléphoné à mon gynécologue du coup pour lui donner les résultats du monitoring et après auscultation, c'est lui qui a pris la décision bah voilà, de déclencher encore une semaine après. Sinon j'aurais été déclenchée le lendemain. Mais bon, vu qu'il y avait beaucoup de monde... » (Louise, Entretien 8, 29/06/2023)

L'état de grossesse peut amener à un état de **vulnérabilité** dû à la fatigue accumulée. Ainsi, les femmes, souvent fatiguées, acceptent le déclenchement volontiers. Le gynécologue qui propose d'induire le travail à des fins organisationnelles n'est ainsi pas contredit par la patiente qui se réjouit au contraire de son interruption.

« Je suis rentrée dans son cabinet ce jour-là, elle me regarde, elle me dit : « ça devient long hein ? », je réponds que oui, ça devient lourd. Elle me dit : « Vous aimeriez qu'il soit là oui ? », je dis que oui, j'aimerais bien. (...) Beh... franchement... je pense que j'étais tellement fatiguée, que je commençais vraiment à avoir mal aux jambes et autres que j'avais qu'une envie, c'est qu'il soit là. » (Léana, Entretien 7, 23/06/23)

Par ailleurs, certains actes très routiniers pour un gynécologue ou tout autre professionnel de la santé peuvent amener à un phénomène d'automatisation des soins et un **manque d'information**. La patiente, ici la femme induite devient dans ce cas un **objet de soin** plutôt qu'un sujet de soin à part entière. Dans l'exemple suivant, la césarienne est perçue comme un acte banal pour la gynécologue. Le vécu de la femme est pourtant bien différent.

« Ah oui non pas du tout. C'était assez choquant. Le gynécologue me disait que la césarienne, c'est ce qu'il y a de plus rapide, on ouvre, on sort bébé, mais en fait pas du tout ! C'est long ! » (Flavie, Entretien 9, 29/06/23)

Ainsi, le manque d'information motive les patientes à se documenter par elles-mêmes. **Internet** et les **réseaux sociaux** sont des outils utilisés pour pallier ce manque. Il est facile d'y trouver des témoignages qui peuvent néanmoins occasionner de l'angoisse chez la future femme induite.

« Sur Internet, j'ai tapé « déclenchement » et j'ai regardé des vidéos, y'a des femmes qui se sont filmées pendant 2 jours de travail avec ce truc... Il y a d'ailleurs l'influenceuse là... « Sarah Lopez », elle a eu la même chose que moi. Un déclenchement à 37 pour le même problème que moi et je n'ai pas osé regarder la fin de sa vidéo ! Et je disais à mon mari « regarde, elle c'est la même chose que moi, elle a eu la même chose et j'ose pas regarder la fin ! » Et il m'a pas dit la fin parce qu'à la fin elle a fini en césarienne ! Et donc il voulait pas me stresser ! Je lui dis « ne me dis pas ce qu'elle a parce qu'à mon avis ça s'est mal passé parce que elle est restée super longtemps à l'hôpital j'trouve ! » (Lisa, Entretien 1, 23/05/23)

Aucune femme **n'a reçu de document explicatif** sur le déclenchement. Les informations étaient toujours transmises oralement, souvent par « bribes ». Flavie déplore d'ailleurs le fait de ne pas avoir pu bénéficier d'un document sur lequel se rattacher.

« Je n'ai rien eu. Pas de document écrit qui expliquait ce que c'était tout ça. Ça aurait été bien car j'avais très peu d'informations auxquelles me rattacher. » (Flavie, Entretien 9, 29/06/23)

Les bribes d'informations reçues oralement étaient assez bien **comprises** par les femmes. Les expressions suivantes en témoignent : « c'était assez clair », « c'était assez bien expliqué », « globalement », « je voyais plus ou moins à quoi m'attendre ». Sofia, qui est sage-femme, a reçu une information néanmoins très médicale et donc très peu facile à comprendre par son compagnon qui n'est pas dans le domaine. Elle a donc dû lui expliquer elle-même ce qui allait se passer.

« Il n'y avait rien d'écrit. Moi je comprenais ce qu'il me disait car je suis sage-femme mais mon compagnon, il ne comprenait rien du tout. Je lui ai donc expliqué en prenant le temps et en trouvant les bons mots pour que ce soit compréhensible pour une personne qui n'est pas dans le domaine. » (Sofia, Entretien 3, 25/05/23)

4.4. Consentir

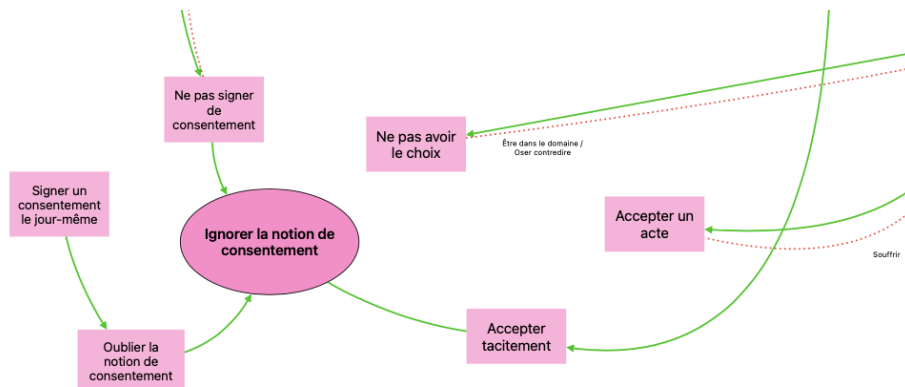


Figure 4 : Schématisation partielle : « Ignorer la notion de consentement »

Même si ce mémoire n'a pas pour objectif de « faire parler les chiffres », il est tout de même intéressant de mentionner qu'une seule femme sur neuf a **signé un consentement écrit** avant l'acte médical d'induire. Celle-ci garde tout de même une vague idée du document en question laissant penser à un déficit d'informations en amont. Par ailleurs, elle indique que la signature du consentement s'est effectuée **le jour de l'induction** ce qui peut aussi expliquer l'**oubli** du document. En effet, comme nous l'avons vu, l'expérience du déclenchement, mêlée à la **peur de l'inconnu**, peut amener la personne à se focaliser sur son angoisse plutôt que sur des tâches administratives jugées secondaires.

« Oui, oui j'ai dû signer à l'hôpital, le jour J je pense ? Un document je crois à signer pour accepter de faire le déclenchement, je crois en tous cas. (...) Je ne sais plus en fait mais je sais que j'ai signé un papier, je pense que c'était lié à ça. » (Annie, Entretien 2, 24/05/23)

La prise de décision n'est pas partagée avec la patiente. Le déclenchement ne fait pas l'objet d'une remise en question par la femme futurement induite, qui **accepte tacitement** la décision du gynécologue. Aussi, l'information semble essentiellement se tourner vers les risques pour le nouveau-né mais pas sur le déroulement de l'induction en tant que tel, ni sur tout autre donnée essentielle pour faire un choix éclairé en toute connaissance de cause.

« Les sage-femmes non mais en consultation, on en a discuté. Mais non, ce n'est pas un consentement, « vous êtes d'accord oui ou non ? », on en a juste discuté. On a pesé bénéfices/risques et voilà. Donc là on avait plus de bénéfices à faire ça que de rester comme ça et on avait plus de risques à ne pas déclencher donc moi j'étais ok. » (Lisa, Entretien 1, 23/05/23)

Les femmes expriment qu'elles n'ont **pas eu le choix** en ce qui concerne la décision d'induction qui est largement dominée par le motif du déclenchement prononcé par le médecin. Cela ne permet pas d'ouvrir la discussion ou de laisser la parole à la patiente qui n'a d'autre choix que d'accepter. Le **manque d'information** place la patiente dans un état de **vulnérabilité** qui, « ne sachant pas », se sent obligée d'**accepter** et offre toute sa confiance au corps médical. L'état de vulnérabilité est accentué par la position délicate de la femme qui souffre qui se trouve dans un milieu hospitalier.

« Ah non, je n'ai même pas réfléchi ! Dès qu'elle m'a dit « on provoque », j'ai dit « il n'y a pas le choix ? » Et elle a dit « Non, non, il n'y a pas le choix. » Alors, j'ai dit à ce moment-là, je veux la péridurale. » (Oriana, Entretien 4, 30/05/23)

La notion de consentement ne concerne pas seulement la période prénatale. Léana, s'est faite induire avec un comprimé de Prostin 3 mg qui n'a pas amené au déclenchement du travail. La gynécologue est alors entrée dans la chambre pour effectuer un décollement des membranes. Le fait de ne pas avoir eu la possibilité de donner son consentement avant l'acte médical a entraîné une douleur très vive, insupportable. Elle exprime le fait qu'une information préalable aurait été la bienvenue pour qu'elle puisse se préparer et appréhender plus sereinement l'examen vaginal. Ce propos est mis en évidence via l'étiquette « **objet de soins** ».

« (...) je pleurais, franchement je ne suis pas douillette mais là... J'aurais voulu qu'elle me prévienne avant histoire de me préparer, de me dire « ok je sais que je vais avoir mal mais c'est normal ». Parce que là je me disais « mais qu'est-ce qu'elle fait quoi ? Elle fait que m'examiner, c'est pas possible. » (...) Elle dit « bah voilà, je vous ai décollé les membranes », je dis « Ah oui mais ça fait mal hein ! », elle me dit « Oui, je le vois. Je m'en vais vite hein ! », je me dis « Oui c'est mieux ! » ça a été très très violent ! Elle me dit que de là, ça va avancer plus vite, « j'ai demandé qu'on vienne vous mettre la perfusion d'ocytocine ». Je dis « Bah ça va, ok. » Donc là encore une fois, il n'y a rien eu, comme pour le décollement des membranes, il n'y a pas eu de consentement. On ne m'a pas demandé. Pour la perfusion d'ocytocine, on ne m'a pas demandé si je voulais continuer à attendre, je n'ai rien eu de tout ça. » (Léana, Entretien 7, 23/06/23)

Sofia, qui est sage-femme donc dans le domaine, exprime le fait d'avoir elle, pu **faire des choix**.

« Le Dr X, ce qu'il m'a demandé c'est s'il pouvait décoller ou si je trouvais ça violent. Ça il me l'a demandé. Et pour l'induction, il m'a dit que l'on faisait ce que je voulais. » (Sofia, Entretien 3, 25/05/23)

Flavie semble préoccupée par la santé de son bébé lorsque le gynécologue veut l'induire à 40 SA + 2 jours alors que les monitorings sont bons. Certaines femmes vont donc tout de même oser contredire la décision médicale. Elles vont suivre leur instinct.

« De base on voulait me déclencher le 22 et alors j'ai demandé à mon gynéco si c'était possible d'attendre parce que sur les monitos la petite allait super bien et tout ça. Et alors il m'avait dit, on attend grand max jusqu'au 25... Et alors on déclenchera si rien ne se passe. » (Flavie, Entretien 9, 29/06/23)

Pour finir, la douleur (voir la souffrance) entraîne un retrait du consentement bien marqué.

« Il m'a dit « si j'arrive à le retourner, il descend et t'accouche quoi. » Donc j'ai dit ok... Et la dernière fois, j'ai dit STOP, j'en peux plus. Surtout que je sentais que lui (le bébé) repartait dans l'autre sens quoi, il repartait, il remontait. Et il se bloquait dans mes côtes vraiment avec ses pieds. Il ne voulait rien du tout et... heureusement. Et puis voilà, on est passés en césarienne. » (Sofia, Entretien 3, 25/05/23)

4.5. S'éclairer

Différentes pistes ont pu être mises en évidence lors de l'analyse en ce qui concerne les éléments permettant de s'éclairer et vivre plus sereinement le déclenchement.

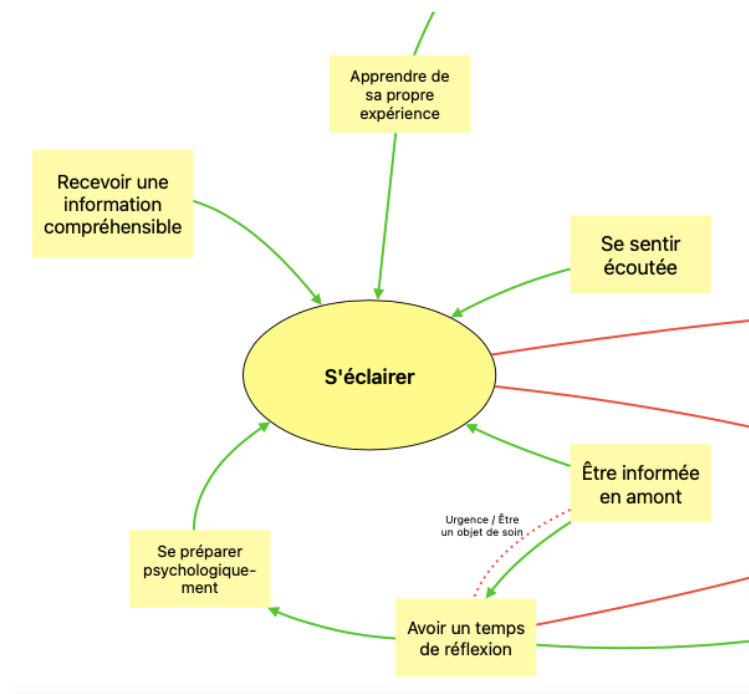


Figure 5 : Schématisation partielle : "S'éclairer"

Apprendre de sa propre expérience permet d'inhiber la peur de l'inconnu et d'appréhender plus sereinement le vécu lors d'une prochaine expérience.

« (...) je sais que si je dois être provoquée une seconde fois, ben j'aurai peut-être moins d'appréhension maintenant que je l'ai vécu une fois quoi. » (Oriana, Entretien 4, 30/05/23)

Recevoir une **information compréhensible et adaptée** offre la possibilité de s'éclairer.

« Oui c'était franchement très compréhensible. Que ce soit la gynécologue ou même la sage-femme qui m'a accueillie ce jour-là. C'était clair, même si on sait que je suis infirmière. Ce qui est bien c'est que ça reste des termes accessibles à tout le monde. » (Léana, Entretien 7, 23/06/23)

De plus, **recevoir une information** suivie d'un **temps de réflexion** conduit à une bonne **préparation psychologique**. Prendre le temps permet d'apporter des éléments utiles et primordiaux pour la compréhension de l'information et l'alignement de la patiente avec la décision.

« On m'a laissé le temps... C'est là que je dis que la sage-femme a quand même joué un rôle... important, c'est que d'abord elle est venue me parler. On est restées 30 minutes toutes les deux en salle de travail. On en a discuté et puis alors elle m'a, elle m'a laissé le temps. Elle m'a dit "quand vous êtes prête, bah alors, je vous administre..." (Oriana, Entretien 4, 30/05/23)

Louise a pu bénéficier d'un délai supplémentaire d'une semaine avant son déclenchement. Cela a permis de diminuer son stress et de se préparer plus sereinement.

« Du coup, on a voulu me déclencher le lendemain. Donc là, j'ai regardé mon compagnon et j'ai eu un petit coup de stress parce que je me suis dit ça y est, en fait c'est demain. (...) j'avoue que ça m'a quand même arrangé de décaler d'une semaine pour vraiment prendre le temps de me préparer psychologiquement. » (Louise, Entretien 8, 29/06/23)

En guise de contre-exemple, **ne pas se sentir écoutée** et donc être considérée comme un **objet de soin** ne permet pas d'obtenir un délai de réflexion. Ceci peut entacher fortement l'expérience vécue. Suite à un échec d'induction, Flavie n'a pas eu la possibilité d'avoir un temps de recul ni de discuter avec son compagnon de la décision de césarienne. Il n'y avait pourtant aucune urgence justifiant cette précipitation. La patiente évoque des raisons organisationnelles mais déplore l'absence de son compagnon au début de l'acte chirurgical.

« Oui vraiment super vite. On n'a pas eu le temps de se poser, de se dire ok, voilà. Et pourtant ce n'était quand même pas une césarienne en urgence, il n'y avait pas du tout

d'urgence. On m'avait dit, si on fait une césarienne, c'est après 18h00. Au final à 11h et demie, je suis partie au bloc. (...) j'étais toute seule en plus, je stressais. (...) tout allait vite. Je n'ai pas eu le temps de me poser et réfléchir, pourtant il n'y avait aucune urgence. (...) Ça doit dépendre surtout à mon avis du planning du gynéco à ce moment-là. Il m'a dit « j'ai eu 1h et demie de temps libre. On va partir en césarienne. (...) Et quand mon copain est arrivé, ils avaient déjà commencé la césarienne » (Flavie Entretien 9, 29/06/23)

Pour finir, **être écoutée** diminue l'angoisse. En effet, être accompagnée d'un professionnel qui écoute et anticipe les questions permet de mettre la patiente à l'aise. Être dans de bonnes conditions permet d'appréhender et vivre l'expérience plus sereinement.

« On sent tout de suite quand une sage-femme est impliquée, on n'a pas besoin de poser la question, qu'elle anticipe nos réponses pour nous mettre à l'aise. » (Lisa, Entretien 1, 23/05/23)

5. Discussion, perspectives, conclusion

5.1. Résultats principaux et données de littérature

Cette étude avait pour objectif de comprendre le vécu des femmes induites en salle de naissance et donc de mettre en lumière les différents éléments influençant ce vécu. Elle avait aussi pour mission de tenter d'instruire la notion de consentement qui s'entremêle dans ce processus.

Ce travail s'inscrit dans un contexte où la Wallonie était placée à la première place en ce qui concerne le taux d'induction européen en 2010 (33,1 %). Même s'il a diminué et se stabilise depuis quelques années (30,7 % en 2021), ce taux reste élevé par rapport à d'autres pays européens. La Suède affiche par exemple un taux de 20,7 % d'induction en 2019. Aussi, le rapport du CEpiP de 2021 met en évidence une forte variabilité en termes de proportion d'inductions entre les maternités wallonnes. (2) En effet, le taux de déclenchement du travail varie de 16,9 % à 41,2 % selon les institutions, ce qui pose question.

Malgré sa large diffusion dans le monde et son augmentation dans de nombreux pays, (45) la pratique de l'induction fait l'objet de nombreuses questions dont les réponses ne font pas l'unanimité au sein de la communauté scientifique. Néanmoins, il est généralement admis qu'elle doit se pratiquer lorsque l'on estime que l'issue à l'accouchement est plus favorable pour la mère et/ou le fœtus que dans l'expectative. (46) Même si le sujet est controversé depuis l'étude de Grobman, (20) il est généralement admis que le déclenchement du travail entraîne une augmentation, entre autres, du taux de césarienne et d'extraction instrumentale. (46)

Même si elles sont anciennes, il est tout à fait pertinent, en attendant d'autres études, de se baser sur les dernières recommandations en ce qui concerne l'induction. Ce travail a permis d'éclaircir ce sujet et de rappeler les conditions pour induire. Les recommandations de la HAS (France), du NICE (Royaume-Uni) et du KCE (Belgique) ont été retenues.

Dans son rapport de 2021, le CEpiP a utilisé le modèle de Nippita et *al*, qui indique que les femmes « primipares avec un singleton en sommet à 39-40 semaines » et les « multipares sans antécédent de césarienne un singleton en sommet à 39-40 semaines » étaient les

catégories qui contribuaient le plus au taux d'induction global. Celles-ci représentent également 50 % des mères de la population wallonne. (2)

Ainsi, l'étude s'est portée sur une de ces catégories à savoir les primipares à terme. L'expérience vécue par les participantes a été analysée pour tenter de comprendre les facteurs influençant celle-ci et notamment la notion de consentement au sein de la pratique. Plusieurs concepts ont été mis en lumière.

Expérimenter le déclenchement

L'étude met en évidence qu'une première expérience du déclenchement est associée à une peur de l'inconnu. Les femmes se posent beaucoup de questions. Certaines études montrent que les préoccupations des femmes sont essentiellement tournées vers la santé de leur bébé et donc des effets secondaires du déclenchement et de la nécessité éventuelle d'une césarienne. (27,47) Ici aussi les femmes s'inquiètent de la césarienne et plus particulièrement de l'échec d'induction. Les craintes se portent également sur la douleur et la peur de ne pas réussir à gérer les contractions.

Par ailleurs, la présente étude souligne la déception des femmes face à la réalité de leur expérience, déplorant un scénario contraire à leurs attentes. Le vécu de l'induction est perçu comme négatif. Différents motifs sont invoqués comme la longueur exagérée du travail, la douleur difficilement gérable, et le vécu de la césarienne. Néanmoins, l'accompagnement par les sage-femmes semble inverser la tendance ou en tous cas, cela réduit le sentiment d'expérience négative. Danilack et al confirment que le soutien des professionnels de la santé améliore l'expérience de la naissance et ajoutent qu'il réduirait également les taux de césarienne et d'extraction instrumentale. Il permettrait aussi de diminuer la médication analgésique et le travail. (15) La présente étude montre également le fait préoccupant qu'une expérience négative de l'induction puisse conduire la femme à ne plus vouloir d'enfant. Cela pourrait s'expliquer par le fait que l'interview des participantes se fasse dans un délai proche de l'induction (maximum deux mois) ne permettant une prise de recul suffisante.

Manquer d'informations etangoisser

Les entretiens ont mis en évidence une grande carence en informations, notamment en amont de l'induction exacerbant l'angoisse des participantes et la peur de l'inconnu. Ces dernières reçoivent une information tardive en fin de grossesse. La patiente ne s'en préoccupe pas si

elle n'est pas concernée par la pratique. De plus, comme le souligne une étude abordée dans la revue, les patientes ont tendance à s'appuyer sur leurs médecins et non sur des données probantes. La confiance semble « aveugle ». (48) Ainsi, le NICE conseille d'encourager les femmes à s'informer (s'affirmer ?) davantage sur le sujet de l'induction. Il est souhaitable d'éclairer la femme enceinte en lui fournissant de la documentation écrite ou en l'orientant vers des sources internet fiables et adaptées. (9) Les préférences concernant le mode d'accouchement doivent être abordées dès le début de la grossesse et les risques liés au déclenchement doivent lui être transmis. Le NICE suggère donc une forme de « prévention » à l'induction. L'anticipation des questions et réponses des femmes enceintes permet aussi de les rassurer.

Les résultats ont montré que l'information, qui arrive parfois quelques jours avant le déclenchement, reste très succincte. Seuls les risques pour le nouveau-né sont évoqués afin de justifier la décision médicale. Pourtant, la loi belge relative aux droits du patient préconise de fournir une information claire, complète, et compréhensible au patient (24) permettant au praticien d'obtenir un consentement libre et éclairé. La femme futurement induite devrait donc être mise au courant de tous les éléments inhérents à sa prise en charge comme le motif, les avantages, les risques, les effets secondaires, les alternatives possibles et toutes les étapes de l'induction. Le KCE souligne qu'il est préférable de fournir, en complément de la communication orale, un document écrit explicatif. (8) Ce qui est également soutenu par la HAS qui propose d'ailleurs un exemple de document à destination des femmes induites (Annexe 3). (1) L'accès à des informations honnêtes et adéquates aideraient à améliorer l'expérience personnelle et engageraient plus facilement la participation de la parturiente tout au long du processus. (36) Le NICE insiste particulièrement sur le fait que le choix appartient complètement à la femme enceinte. L'essentiel est de lui apporter toutes les informations pour l'éclairer au mieux. Le professionnel peut ne pas être d'accord mais ne doit pas juger. Par ailleurs, l'étude montre qu'une seule parturiente sur neuf a signé un consentement écrit. La loi sur les droits des patients (2002) informe que ce document peut être utilisé en cas de demande du professionnel et/ou du patient.

Ce mémoire met en évidence certaines situations difficiles à vivre lors du processus d'induction. Une des parturientes évoque son vécu traumatisant du décollement des membranes. Elle affirme que son vécu aurait été totalement différent si la gynécologue lui

avait fourni une information en amont. Il faut garder en tête que l'information et la demande de consentement sont valables avant l'induction mais aussi pendant tous les autres actes médicaux qui suivront. L'étiquette « objet de soin » illustre cette déshumanisation des soins qui s'opère par leur automatisation.

S'éclairer et éclairer la pratique

Différents éléments ont été relevés en ce qui concerne les possibilités d'être « éclairée », c'est-à-dire avoir des connaissances permettant de faire un choix en conscience. Au cours d'un entretien, une des femmes fait remarquer que son expérience d'induction lui permettra de moins appréhender un deuxième déclenchement. Il est intéressant de réfléchir à l'expertise que développent les femmes induites à la suite de leur expérience. Ce propos a été mis en lien avec une recherche intéressante concernant « l'expertise profane » dans les associations de patients. (49) Celle-ci renvoie à l'idée que des personnes, même si elles n'ont pas de formation académique à proprement parler, ont l'expérience personnelle nécessaire pour développer des analyses spécifiques sur un sujet. Les résultats de ces recherches sont très pertinents et doivent compter dans les prises de décisions qui concernent les individus en question dans les politiques de santé en général. L'expertise profane va ainsi permettre une gouvernance partagée en ce qui concerne les décisions de santé. La HAS, chargée d'élaborer les recommandations de pratique professionnelle, encourage d'ailleurs une participation active des représentants des patients dans ce processus. Ainsi, le CIANE qui est un collectif d'associations françaises concerné par les questions relatives à la grossesse et à la périnatalité plus généralement, travaille régulièrement avec la HAS dans l'élaboration des recommandations. Le CIANE a notamment travaillé sur la question de l'induction du travail mettant en lumière, selon un protocole scientifique rigoureux, le vécu des patientes induites. (31) Les femmes regrettent, comme dans notre étude, leur déclenchement, déplorant des douleurs difficilement supportables et des déceptions en ce qui concerne l'issue de césarienne (6 patientes sur 9 dans notre étude). Le CIANE, en donnant la parole aux femmes induites, remet donc en question les pratiques institutionnelles qui, pour des raisons organisationnelles, ont tendance à encourager la pratique d'induction. L'expérience profane de ces femmes induites a donc toute son importance et incite à se replonger dans la littérature pour constater les conséquences négatives du déclenchement et remettre en question sa pratique. L'article évoque la notion de « démocratie sanitaire » et rapproche la loi française

du 4 mars 2002 qui met en lumière l'importance pour les individus de participer aux décisions qui les concernent et de participer à la gouvernance de la santé. La présente étude s'inscrit dans cette idée. L'élaboration de recherches de ce type mettant en évidence les « profanes » est à prendre au sérieux si l'on veut garder l'aspect humain au cœur de nos pratiques.

5.2. Forces

Tout d'abord, cette étude, qui aborde l'induction du travail sous l'angle original de l'expérience-patient, est une première en Wallonie (voire en Belgique). Aucune recherche de ce type ne semble avoir été menée au préalable dans cette région qui rappelons-le est fortement marquée par le taux d'induction en Europe. Cette étude donne enfin la possibilité aux femmes d'exprimer leur vécu qui doit être pris en compte au même titre que les résultats de recherches amenant à des résultats statistiques.

De plus, la Méthode par Théorisation Ancrée (43) sur laquelle s'appuie cette recherche permet, via le travail de codage ouvert notamment (et de micro-analyse non abordée dans le travail), de prendre conscience de ses présupposés et de les mettre à distance. Beaucoup de remises en question ont été faites tout au long de l'étude pour tenter de dégager l'essence même de l'expérience des participantes (via les propriétés), en gardant à distance le côté plus « superficiel » des sujets abordés pris isolément et donc sortis de leur contexte (thèmes). L'approche interprétative a autant que possible dominé l'approche descriptive. La chercheuse est d'ailleurs consciente qu'une part de subjectivité rentre dans l'analyse des résultats.

5.3. Limites

La réalisation de ce mémoire constitue une première expérience de la GTM. Elle a été guidée par l'ouvrage de Lejeune « Manuel d'analyse qualitative – Analyser sans compter ni classer ». Bien qu'ayant suivi des cours de Méthodologie, l'apprentissage en autodidacte est en grande partie à l'origine de ce travail. On peut donc dire que cette recherche s'est inspirée de la méthode GTM sans pour autant s'y fier à 100 %, faute d'expérience. Plusieurs libertés ont été prises, ce qui constitue une limite à cette étude. Loin d'être experte dans le domaine, on peut supposer que les choix adoptés n'ont pas tous été pertinents. (43)

Bien qu'ayant pris beaucoup de notes tout au long de la recherche, il aurait été intéressant d'utiliser, comme le préconise Lejeune, un journal de bord dédié à l'étude. Cela aurait permis de centraliser et de garder une trace de toutes les réflexions et questionnements émergents

en cours de recherche. Cela aurait sûrement influencé les remaniements successifs en ce qui concerne le guide d'entretien par exemple. Le logiciel *Cassandra* développé par Lejeune pourrait être une alternative très intéressante au journal de bord à l'avenir.

La conduite d'entretien a été un exercice très stimulant mais aussi difficile. Il est arrivé que les participantes développent très peu leurs réponses et il était parfois ardu de rebondir. Comme dit Kaufmann, en parlant du chercheur, « (...) l'élément clef est la formulation des questions : il doit trouver la bonne question. Non pas poser une question pour poser une question, mais trouver la meilleure, à chaque instant du déroulement de l'entretien. » Les relances n'ont pas toujours été pertinentes, ce qui a probablement eu pour conséquence un appauvrissement de l'analyse.

Enfin, un échantillonnage théorique de meilleure qualité aurait pu être entrepris. Accorder encore plus de temps à l'analyse entre les entretiens aurait pu permettre de dégager des questionnements intéressants pour saturer encore un peu plus les catégories mises en lumière.

5.4. Perspectives

Il serait intéressant de réaliser une étude de ce type, de plus grande envergure en Wallonie et/ou en Belgique. Une recherche sur une plus grande période de temps permettrait de réaliser un échantillonnage théorique de qualité offrant une saturation de toutes les catégories identifiées en cours de route. Les résultats de la recherche gagneraient donc en validité. Idéalement, la chercheuse et son équipe seraient des experts en recherche qualitative.

Plus d'études qualitatives de ce type sont à encourager dans le futur afin de trouver un juste milieu avec les méthodes quantitatives qui sont peut-être plus focalisées sur les chiffres et moins sur l'aspect humain sous-jacent.

6. Conclusion

Même si le déclenchement est une pratique fortement utilisée en obstétrique et que les études sont contradictoires, les professionnels doivent avant tout se baser sur les recommandations officielles avant de proposer un déclenchement. Ils doivent aussi proposer des options de prise en charge en adéquation avec le profil et les attentes des patientes.

Vivre une induction n'est pas un acte anodin. Les résultats de ce mémoire démontrent que le vécu négatif des femmes induites en salle de naissance mériterait de faire l'objet d'études sérieuses et plus approfondies sur le sujet. Le CIANE a permis en 2015, au travers de l'expression des patientes, de démontrer rigoureusement que le déclenchement n'était pas un acte anodin. Les patientes et plus généralement leur expérience ont un rôle central à jouer dans l'établissement des recommandations et dans les décisions de santé publique.

De nombreux efforts sont à fournir en ce qui concerne la diffusion d'une information complète, claire et compréhensive en amont de l'induction, mais également tout le long du processus. Aucune information ne doit être cachée ni déguisée comme celle qui concerne la douleur ou la longueur du travail en cas d'induction. Une préparation minutieuse au déclenchement est fondamentale pour permettre aux femmes de former des attentes réalistes (longueur du travail, douleur attendue, possibilité de césarienne, d'extraction instrumentale...).(9) L'éducation et la gestion des attentes amélioreraient en effet l'expérience des patientes. (27) La communication orale est à privilégier, mais un document écrit est intéressant pour permettre aux patientes de s'y référer à tout moment. De plus, le professionnel de la santé doit informer suffisamment tôt pour permettre à la patiente et au couple, un temps de réflexion nécessaire à sa prise de décision. Le consentement est une notion très peu abordée avec les patientes de notre étude et pourtant la loi de 2002 signale sa nécessité avant tout acte médical.

Former les professionnels de la santé (gynécologues, sage-femmes, anesthésistes...) à un meilleur accompagnement global de l'induction mériterait d'être réfléchi. Cela permettrait aux femmes induites de vivre plus sereinement ce jour unique qu'est la naissance de leur enfant. Néanmoins, il en résulte toujours et de manière croissante des problématiques de réductions des coûts budgétaires et de pénurie du personnel à l'échelle nationale.

7. Références bibliographiques

1. Leroy, C. Declenchement artificiel du travail a partir de 37 semaines d'amenorrhée. La Revue Sage-Femme. févr 2009;8(1):53-6.
2. Van Leeuw, V, Leroy, C. Santé périnatale en Wallonie - Année 2021 [Internet]. Centre d'Épidémiologie Périnatale (CEpiP); 2021. Disponible sur: https://www.cepip.be/img/pdf/rapport_CEPIP_Wal_2021-fr.pdf
3. Leroy, C, Van Leeuw, V. Santé périnatale en Wallonie - Année 2019 [Internet]. Centre d'Épidémiologie Périnatale (CEpiP); 2020 [cité 23 avr 2022]. Disponible sur: https://www.cepip.be/pdf/rapport_CEPIP_Wal2019_2tma.pdf
4. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010 [Internet]. EUROPEAN PERINATAL HEALTH REPORT; 2010. Disponible sur: <https://www.europenistat.com/images/doc/Peristat%202013%20V2.pdf>
5. Tremblay-Lemoine PL, Van Linthout C, Emonts P, Kridelka F, Seidel L, CAPELLE X. L'induction élective du travail chez la patiente nullipare: stop ou encore ? 2020;
6. Haid M. Analyse des inductions d'accouchements dans deux hôpitaux en région liégeoise. [S.l]: chez l'auteur; 2010.
7. Vanneaux M. Déclenchement artificiel du travail: création d'une classification permettant l'évaluation des pratiques [Internet]. [Grenoble]: Université Grenoble Alpes; 2020 [cité 3 mai 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02990606/document>
8. Mambourg F, Gailly J, Zhang WH. Recommandation de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque. Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2010 oct p. 198. (Good Clinical Practice (GCP)). Report No.: 39B. D/2010/10.273/63.
9. National Institute for Health and Care Excellence [Internet]. NICE; 2021 [cité 28 mai 2022]. Recommendations | Inducing labour | Guidance | NICE. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng207/chapter/Recommendations#methods-for-induction-of-labour>

10. Berthe É. Décollement des membranes : étude descriptive des pratiques au CHU d'Angers [Internet]. Disponible sur: <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20081599/2014MDNSF1748/fichier/1748F.pdf>
11. Insertion of a double balloon catheter for induction of labour in pregnant women without previous caesarean section.
12. Nippita TA, Khambalia AZ, Seeho SK, Trevena JA, Patterson JA, Ford JB, et al. Methods of classification for women undergoing induction of labour: a systematic review and novel classification system. BJOG. sept 2015;122(10):1284-93.
13. Robson Classification: Implementation Manual [Internet]. [cité 16 août 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241513197>
14. World Health Organization, Fund UNP, Fund (UNICEF) UNC. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors [Internet]. World Health Organization; 2017 [cité 16 août 2023]. 492 p. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255760>
15. Seijmonsbergen-Schermer AE, Scherjon S, de Jonge A. Induction of labour should be offered to all women at term: AGAINST: Induction of labour should not be offered to all women at term: first, do no harm. BJOG. déc 2019;126(13):1599.
16. Kaufman KE, Bailit JL, Grobman W. Elective induction: An analysis of economic and health consequences. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1 oct 2002;187(4):858-63.
17. Moore J, Low LK. Factors That Influence the Practice of Elective Induction of Labor. J Perinat Neonatal Nurs. 2012;26(3):242-50.
18. Costa E, Romnee S, Vercoutere A, Derisbourg S, Van Leeuw V, Daelemans C. Maternal and fetal complications of Induction of Labor in singletons Classified according to Nippita et al. in a Belgian University Hospital. 2018.
19. Ehrenthal DB, Jiang X, Strobino DM. Labor induction and the risk of a cesarean delivery among nulliparous women at term. Obstet Gynecol. juill 2010;116(1):35-42.

20. Grobman WA, Rice MM, Reddy UM, Tita ATN, Silver RM, Mallett G, et al. Labor Induction versus Expectant Management in Low-Risk Nulliparous Women. *N Engl J Med.* 9 août 2018;379(6):513-23.
21. Hamadmad R, Delorme P, Michel AS. Place du déclenchement du travail à 39 semaines d'aménorrhée chez les femmes nullipares à bas risque. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie.* 1 avr 2020;48(4):404-5.
22. Madar H, Sentilhes L. Est-il raisonnable de proposer un déclenchement à partir de 39 semaines d'aménorrhée ? *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie.* 1 avr 2020;48(4):344-5.
23. Dahlen HG, Thornton C, Downe S, de Jonge A, Seijmonsbergen-Schermer A, Tracy S, et al. Intrapartum interventions and outcomes for women and children following induction of labour at term in uncomplicated pregnancies: a 16-year population-based linked data study. *BMJ Open.* 31 mai 2021;11(6):e047040.
24. 1 - WALLEX [Internet]. [cité 16 août 2023]. Disponible sur: <https://wallex.wallonie.be/eli/loi-decret/2002/08/22/2002022737/2002/10/06?doc=8558>
25. Jou J, Kozhimannil KB, Johnson PJ, Sakala C. Patient-Perceived Pressure from Clinicians for Labor Induction and Cesarean Delivery: A Population-Based Survey of U.S. Women. *Health Serv Res.* août 2015;50(4):961-81.
26. Carlson N, Ellis J, Page K, Dunn Amore A, Phillippi J. Review of Evidence-Based Methods for Successful Labor Induction. *J Midwifery Womens Health.* juill 2021;66(4):459-69.
27. Danilack VA, Siegel-Reamer L, Varela N, Brousseau EC, Guthrie KM. From "Disappointing" to "Fantastic": Patient Experiences With Labor Induction [O2OP]. *Obstetrics & Gynecology.* mai 2019;133:S1.
28. Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making--pinnacle of patient-centered care. *N Engl J Med.* 1 mars 2012;366(9):780-1.

29. Goldberg H. Informed Decision Making in Maternity Care. *J Perinat Educ.* 2009;18(1):32-40.
30. Green J, Kitzinger J, Coupland V. Midwives' responsibilities, medical staffing structures and women's choice in childbirth. In: Robinson S, Thomson AM, éditeurs. *Midwives, Research and Childbirth: Volume 3* [Internet]. Boston, MA: Springer US; 1994 [cité 16 août 2023]. p. 5-29. Disponible sur: https://doi.org/10.1007/978-1-4899-6958-3_2
31. Larento N. Une mise à jour de l'enquête CIANE. 2015;
32. Nippita TA, Porter M, Seeho SK, Morris JM, Roberts CL. Variation in clinical decision-making for induction of labour: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 22 sept 2017;17(1):317.
33. König-Bachmann M, Schwarz C, Zenzmaier C. Women's experiences and perceptions of induction of labour: Results from a German online-survey. *Eur J Midwifery* [Internet]. 19 sept 2017 [cité 24 mai 2022];1(September). Disponible sur: <http://www.europeanjournalofmidwifery.eu/Women-s-experiences-and-perceptions-of-induction-of-labour-Results-from-a-German,76511,0,2.html>
34. Emslie MJ, Campbell MK, Walker KA, Robertson S, Campbell A. Developing consumer-led maternity services: a survey of women's views in a local healthcare setting. *Health Expect.* sept 1999;2(3):195-207.
35. Taylor SJ, Armour CL. Measurement of consumer preference for treatments used to induce labour: a willingness-to-pay approach. *Health Expect.* sept 2000;3(3):203-16.
36. Schwarz C, Gross MM, Heusser P, Berger B. Women's perceptions of induction of labour outcomes: Results of an online-survey in Germany. *Midwifery.* avr 2016;35:3-10.
37. Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement. Transformer les soins des femmes et des nourrissons pour améliorer leur santé et leur bien-être : résumé [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé (OMS); 2018 [cité 22 mai 2022] p. 8. Report No.: WHO/RHR/18.12. Disponible sur:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272434/WHO-RHR-18.12-fre.pdf?ua=1>

38. Coates R. Attitudes of pregnant women and healthcare professionals to labour induction and obtaining consent for labour induction. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. nov 2021;77:64-75.
39. Women's experiences of induction of labour for post-date pregnancy | *British Journal of Midwifery* [Internet]. [cité 16 août 2023]. Disponible sur: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjom.2014.22.2.105>
40. Gammie N, Key S. Time's up! Women's experience of induction of labour. *Pract Midwife*. avr 2014;17(4):15-8.
41. Dionne L. La recherche en éducation: étapes et approches. In: *Analyse qualitative des données*. 2018. p. 317-42.
42. Volume-31-3-Numero-complet.pdf [Internet]. [cité 16 août 2023]. Disponible sur: [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero31\(3\)/Volume-31-3-Numero-complet.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero31(3)/Volume-31-3-Numero-complet.pdf)
43. Lejeune C. *Manuel d'analyse qualitative*. De Boeck Supérieur; 2019. 162 p.
44. Olivier de Sardan JP. La rigueur du qualitatif: les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique. 2008;1-365.
45. WHO recommendations for induction of labour [Internet]. [cité 16 août 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241501156>
46. Marconi AM. Recent advances in the induction of labor. *F1000Res*. 30 oct 2019;8:F1000 Faculty Rev-1829.
47. Moore JE, Low LK, Titler MG, Dalton VK, Sampsel CM. Moving toward patient-centered care: Women's decisions, perceptions, and experiences of the induction of labor process. *Birth*. juin 2014;41(2):138-46.

48. 20130507_broch_consentementclairer_bd_vf.pdf [Internet]. [cité 16 août 2023]. Disponible sur: https://questionsante.org/wp-content/uploads/2021/07/20130507_broch_consentementclairer_bd_vf.pdf
49. Akrich M, Rabeharisoa V. L'expertise profane dans les associations de patients, un outil de démocratie sanitaire. Santé Publique. 2012;24(1):69-74.

Liste des acronymes

AG : Anesthésie Générale

ARCF : Altération du Rythme Cardiaque Foetal

CEpiP : Centre d'Epidémiologie Périnatale

CIANE : Collectif Interassociatif Autour de la Naissance

DGSI : Diabète Gestationnel Sous Insuline

GTM : Grounded Theory Method = Méthode par Théorisation Ancrée

HAS : Haute Autorité de Santé

HPP : Hémorragie du Post-Partum

HTA : HyperTension Artérielle

KCE : Centre fédéral d'expertise des soins de santé

NICE : National Institute for health and Care Excellence

RAM : Rupture Artificielle des Membranes

RCIU : Retard de Croissance Intra Utérin

RPM : Rupture Prématuration des Membranes

SA : Semaine d'Aménorrhée

Liste des figures :

Figure 1 : Schématisation partielle : « Expérimenter le déclenchement (pour la 1ère fois) » 19

Figure 2 : Schématisation partielle : «angoisser » 22

Figure 3 : Schématisation partielle : « Manquer d'information » 24

Figure 4 : Schématisation partielle : « Ignorer la notion de consentement » 27

Figure 5 : Schématisation partielle : "S'éclairer" 29

Liste des annexes :

<i>Annexe 1 : Score de Bishop.....</i>	<i>I</i>
<i>Annexe 2 : Modèle de Nippita et al.</i>	<i>II</i>
<i>Annexe 3 : Fiche d'information destinée aux femmes induites (HAS).....</i>	<i>III</i>
<i>Annexe 4 : Représentation schématique du modèle de soins intrapartum OMS (2018).....</i>	<i>V</i>
<i>Annexe 5 : Données socio-démographiques</i>	<i>VI</i>
<i>Annexe 6 : Guide d'entretien basé sur le modèle de Danilack et al.</i>	<i>IX</i>
<i>Annexe 7 : Affiche à l'attention des sage-femmes à domicile (recrutement)</i>	<i>XIII</i>
<i>Annexe 8 : Diagramme de Gant rendant compte la temporalité de la recherche</i>	<i>XIV</i>
<i>Annexe 9 : Exemple de codage ouvert</i>	<i>XIV</i>
<i>Annexe 10 : Exemple de codage axial</i>	<i>XV</i>
<i>Annexe 11 : Schématisation générale des résultats.....</i>	<i>XVI</i>
<i>Annexe 12 : Verbatims correspondants aux concepts.....</i>	<i>XVIII</i>
<i>Annexe 13 : Formulaire RGPD à destination des patientes</i>	<i>XLII</i>
<i>Annexe 14 : Formulaire de consentement pour l'enregistrement</i>	<i>XLVI</i>
<i>Annexe 15 : : Demande d'avis au Collège des Enseignants</i>	<i>XLVII</i>
<i>Annexe 16 : Réponse du bureau pédagogique.....</i>	<i>LI</i>
<i>Annexe 17 : Réponse du comité éthique du CHU Liège</i>	<i>LII</i>

Annexe 1 : Score de Bishop

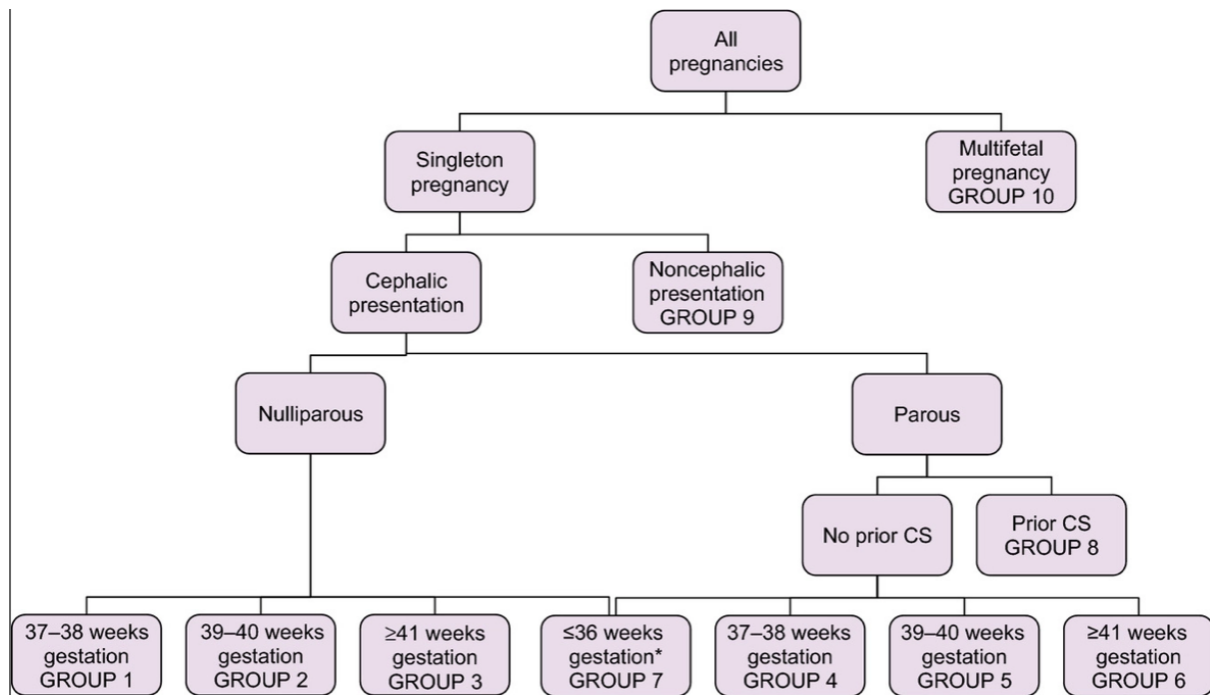
Bishop scoring system:

Score	Dilation (cm)	Position of cervix	Effacement (%)	Station (-3 to +3)	Cervical Consistency
0	Closed	Posterior	0-30	-3	Firm
1	1-2	Mid position	40-50	-2	Medium
2	3-4	Anterior	60-70	-1, 0	Soft
3	5-6	--	80	+1, +2	--

Bishop Scoring System. Contributed by Kelly Wormer, MD

Source : Wormer KC, Bauer A, Williford AE. Bishop Score. 2021 Sep 9. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. PMID: 29261961.

Annexe 2 : Modèle de Nippita et al.



Source : Nippita TA, Khambalia AZ, Seeho SK, Trevena JA, Patterson JA, Ford JB, Morris JM, Roberts CL. Methods of classification for women undergoing induction of labour: a systematic review and novel classification system. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2015;122:1284–1293. doi: 10.1111/1471-0528.13478. Cited: in : PMID: 26111433.

Fiche d'information destinée aux femmes enceintes concernant le déclenchement artificiel de l'accouchement

Madame,

Un déclenchement artificiel du travail est envisagé pour votre accouchement, à votre demande ou à la suite d'une proposition du médecin qui vous suit.

Le déclenchement artificiel du travail consiste à provoquer des contractions de l'utérus pour faire démarrer le travail, c'est-à-dire le processus qui aboutit à l'accouchement.

La présente fiche a pour but d'accompagner les informations qui vous ont été apportées oralement par le médecin ou la sage-femme en ce qui concerne les principes, les avantages et les inconvénients du déclenchement. Cette information a pour objectif de vous permettre de prendre une décision éclairée concernant les modalités de votre accouchement.

QUAND UN DÉCLENCHEMENT ARTIFICIEL DE L'ACCOUCHEMENT PEUT-IL ÊTRE ENVISAGÉ ?

Un déclenchement artificiel du travail peut vous être proposé pour une raison médicale ou être envisagé pour des raisons de convenance (sans indication médicale).

Si le déclenchement artificiel du travail vous a été proposé pour une raison médicale, liée à votre état de santé et/ou à celui de votre enfant, des précisions vous ont été apportées par l'équipe médicale.

Même si votre grossesse est normale, deux situations peuvent conduire à envisager un déclenchement : grossesse prolongée (dépassement de terme) et rupture prématurée de la poche des eaux.

Le dépassement de terme peut constituer dans quelques cas un risque pour l'enfant. C'est pour cette raison que, si vous n'avez pas accouché à la date prévue du terme, on vous a proposé une surveillance régulière et éventuellement un déclenchement. En l'absence d'anomalies, il n'y a pas d'indication formelle à déclencher le travail, tant que la date prévue du terme n'est pas dépassée d'au moins 6 jours.

La rupture prématurée de la poche des eaux avant le début du travail peut parfois entraîner une infection chez l'enfant. Pour cette raison, un déclenchement artificiel du travail est habituellement proposé après un certain temps d'attente sous antibiotiques ; il est généralement déconseillé d'attendre plus de 2 jours.

En cas de grossesse normale, lorsqu'il n'y a pas de raison médicale pour provoquer l'accouchement, un « déclenchement de convenance » encore appelé « accouchement programmé » peut être envisagé.

Ce type de déclenchement ne peut être pratiqué qu'en fin de grossesse (à partir de 39 semaines, soit environ 8 mois et demi) et si le col est favorable (ramolli et un peu ouvert).

- Si vous avez demandé un déclenchement de convenance, vous pouvez changer d'avis tant que le déclenchement n'est pas commencé. Il peut arriver que l'équipe médicale ne puisse pas pratiquer le déclenchement parce que toutes les conditions organisationnelles et de sécurité ne sont pas réunies.

- Si la programmation de l'accouchement vous a été proposée pour des raisons d'organisation de la maternité, vous êtes libre de refuser le déclenchement, sans que cela modifie la qualité des soins qui vous seront prodigués.

COMMENT SE PASSE UN DÉCLENCHEMENT ARTIFICIEL DE L'ACCOUCHEMENT ?

Pour déclencher le travail, on dispose de deux méthodes, l'administration intravaginale d'un gel de prostaglandines et la perfusion intraveineuse d'ocytocine associée à une rupture de la poche des eaux. Ces deux méthodes peuvent être employées seules ou successivement. De plus, le décollement des membranes pratiqué au cours d'un toucher vaginal en introduisant un doigt à l'intérieur du col peut entraîner des contractions qui suffisent parfois à déclencher le travail ; c'est une manœuvre qui peut être douloureuse et provoquer des saignements.

Lorsqu'il y a une indication médicale pour provoquer un accouchement, le déclenchement peut être envisagé quel que soit l'état du col. Si le col est fermé, on fera une application de prostaglandines par voie vaginale. Dans certains cas, une deuxième application sera nécessaire.

Dans le cas d'un déclenchement de convenance, les conditions nécessaires pour réaliser un déclenchement sont : une grossesse d'au moins 39 semaines d'aménorrhée (environ 8 mois et demi) et un col de l'utérus favorable (col ramolli et déjà un peu ouvert).

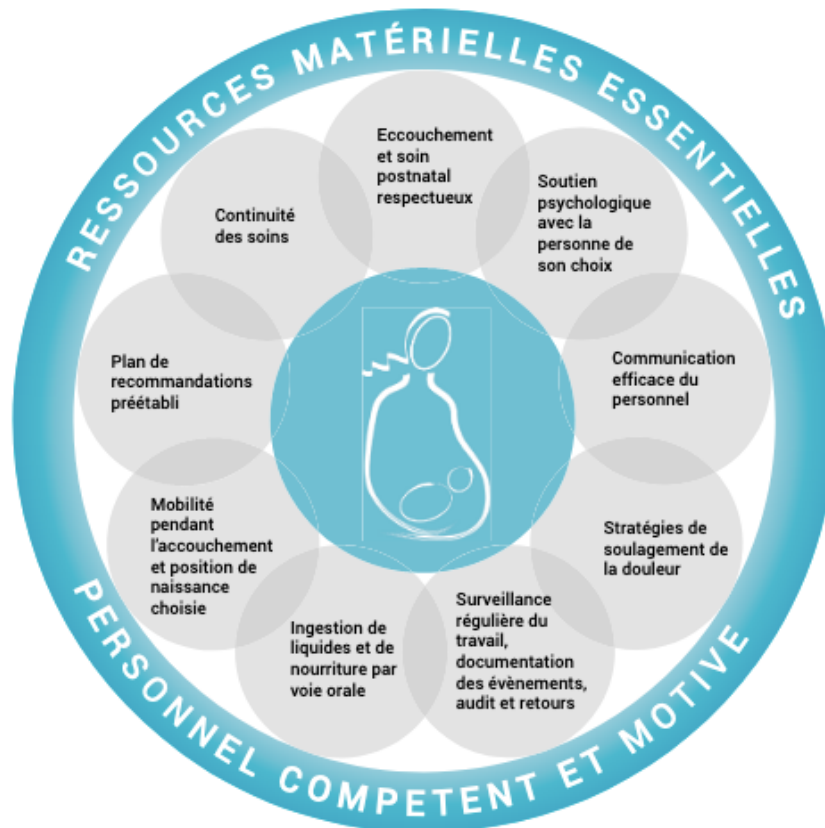
La pratique du déclenchement entraîne, dès le début du travail, la nécessité d'un monitoring fœtal continu, et généralement des contractions de forte intensité qui peuvent être plus douloureuses qu'un début de travail spontané. En attendant que le travail soit suffisamment avancé pour permettre la mise en place d'une analgésie péridurale si vous le souhaitez, d'autres moyens antidouleur pourront vous être proposés.

Dans l'accouchement déclenché, comme dans l'accouchement spontané, il peut se produire des contractions excessives de l'utérus ou un arrêt de la dilatation du col qui nécessite une césarienne. Ces complications sont un peu plus fréquentes lorsque le déclenchement a lieu sur un col qui n'est pas favorable.

Cette fiche d'information ne peut sans doute pas répondre à toutes vos interrogations. Dans tous les cas, n'hésitez pas à poser au médecin ou à la sage-femme toutes les questions que vous souhaitez.

Annexe 4 : Représentation schématique du modèle de soins intrapartum OMS (2018)

Schéma 1. Représentation schématique du modèle de soins intrapartum OMS



Source : Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement. Transformer les soins des femmes et des nourrissons pour améliorer leur santé et leur bien-être : résumé [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé (OMS); 2018 [cited 2022 May 22]. p. 8. Report No.: WHO/RHR/18.12. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272434/WHO-RHR-18.12-fre.pdf?ua=1>.

Annexe 5 : Données socio-démographiques

	Date de l'entretien	Age	Profession	Terme	Lieu	Délais depuis le déclenchement
Entretien 1 : Lisa	23/05/23	33 ans	Fonctionnaire SP Finance	37 SA + 6 jours	CHC Montlégia	1 mois
Entretien 2 : Annie	24/05/23	31 ans	Dentiste	38 SA + 5 jours	CHR Citadelle	3 semaines
Entretien 3 : Sofia	25/05/23	32 ans	Sage-femme	40 SA + 6 jours	CHC Montlégia	1 semaine
Entretien 4 : Oriana	30/05/23	28 ans	Enseignante	38 SA	CHR Citadelle	1 mois ½
Entretien 5 : Patricia	31/05/23	20 ans	Étudiante	41 SA + 2 jours	CHC Heusy	3 semaines
Entretien 6 : Virginie	06/06/23	25 ans	Puéricultrice	37 SA + 6 jours	CHC Montlégia	5 semaines
Entretien 7 : Léana	23/06/23	32 ans	Infirmière	40 SA	CHC Montlégia	2 mois
Entretien 8 : Louise	29/06/23	26 ans	Assistante logistique	41 SA + 4 jours	CHU Bruyères	1 mois
Entretien 9 : Flavie	29/06/23	21 ans	Ouvrière dans une usine alimentaire	40 SA + 5 jours	CHC Heusy	1 mois

Par souci de confidentialité, des noms d'emprunt ont été utilisés.

N° entretien	Motif émis	Méthode d'induction	Mode d'accouchement
Entretien 1	HTA et protéinurie	Propess 10 mg intravaginal	Voie basse, déchirure périnéale
Entretien 2	Diabète Gestationnel Sous Insuline (DGSi)	Propess 10 mg intravaginal	Voie basse, déchirure périnéale 3 ^e ou 4 ^e degré (a failli être césarisée pour ARCF)
Entretien 3	Post terme	½ comprimé de Prostin 3 mg intravaginal	Césarienne pour ARCF et stagnation du travail, sous péridurale
Entretien 4	RSM (18h de délais entre RSM et induction)	Syntocinon	Voie basse
Entretien 5	Post terme, gynécologue en congé avant 41 SA donc report	Prostin 3 mg intravaginal	Césarienne pour stagnation et ARCF, sous péridurale
Entretien 6	HTA + raison organisationnelle gynécologue	Prostin 3 mg intravaginal	Césarienne pour échec induction sous AG (échec péridurale)

Entretien 7	Convenance organisationnelle gynécologue	Prostin 3 mg intravaginal	Césarienne en urgence (ARCF), péridurale
Entretien 8	Post terme, devait être déclenchée à 40 SA + 3 jours mais report car souci organisationnel maternité	Prostin 3 mg intravaginal puis ballonnet intra-cervical	Césarienne pour stagnation
Entretien 9	Post-terme, déclenchement prévu à 40 SA + 2 jours mais refus patiente	Prostin 3 mg intravaginal	Césarienne pour échec d'induction, péridurale

Guide d'entretien

Titre du mémoire : Comment la compréhension du vécu des femmes induites en salle de naissance permet-elle d'instruire la question du consentement ?

Modalités de l'entretien :

L'entrevue a une durée approximative de 45 minutes à 1h00.

Il sera proposé à la personne interrogée de réaliser l'entretien à son domicile pour plus de facilité. Le nouveau-né peut bien-sûr être présent.

L'interviewée doit être une femme primipare, ayant été induite entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée, en Wallonie, dans le mois précédent l'entretien. Elle doit pouvoir s'exprimer en français. Le motif d'induction n'est pas un critère.

Anonymat et confidentialité :

L'entretien est enregistré mais à tout moment, il est possible d'interrompre l'enregistrement. L'anonymat est préservé. Il ne sera en aucun cas possible d'identifier les personnes interviewées.

Introduction :

Vous êtes invitée à participer à une étude qualitative, autour de la pratique de l'induction du travail.

Nous sommes intéressés à mieux connaître votre vécu du déclenchement du travail d'un point de vue psychologique, émotionnelle et physique. Nous souhaitons également savoir dans quel contexte votre induction vous a été proposée et quelles sont les informations que vous avez reçues tout au long du processus.

Hormis un entretien individuel où vous nous relaterez votre vécu, aucune procédure supplémentaire de diagnostic ou de surveillance ne vous sera proposée.

Période préconceptionnelle :

- Avant même de tomber enceinte, aviez-vous déjà entendu parler de déclenchement du travail ?
- Connaissiez-vous les avantages et inconvénients d'un travail déclenché par rapport à un travail spontané ?

Période prénatale :

- Pendant votre grossesse, avez-vous reçu des informations concernant le déclenchement du travail ?

Relance :

- *Qui vous a fourni ces informations ?*
- *Qu'est ce que cela impliquait pour vous de se faire induire ?*
- *Sous quelle forme ces informations ont-elles été transmises ? Par oral, par écrit ?*
- *Les informations fournies étaient-elles faciles à comprendre pour vous ?*
- Vous a-t-on demandé votre consentement avant de déclencher votre travail ?
Cette question concerne toute la période anténale jusque l'entrée de la patiente en salles de naissance, avant le déclenchement.

Relance :

- *Qui vous a demandé votre autorisation pour le déclenchement ?*
- *A quel moment vous a-t-on demandé votre consentement ? (Début, milieu, fin de grossesse ? En salles de naissance le jour de l'induction ?)*
- *Quel était le délai de réflexion ?*
- *Sous quel format vous a-t-on demandé votre consentement ? (Par oral, par écrit ?)*
- *Le consentement faisait-il suite à une explication claire et précise de la pratique du déclenchement ?*
- *A-t-on réitéré plusieurs fois votre demande de consentement ?*
- Quel était le motif de votre induction ?

Relance :

- *S'il s'agissait d'une raison de convenance, était-ce un souhait de votre part ou un souhait de votre médecin ?*
- *De quel motif découlait le motif de convenance ?*

Travail et accouchement

- Vous sentiez-vous suffisamment informée sur l'induction à l'entrée en salle de naissance ?

Relance :

- *Saviez-vous à quoi vous attendre en arrivant en salle de naissance ?*
- *Ressentiez-vous des inquiétudes vis-à-vis du déclenchement du travail ? Vous sentiez-vous en confiance au moment du déclenchement ?*
- Racontez-moi comment s'est passé le déclenchement ?

Relance :

- *Quelle a été la méthode utilisée ?*
- *Vous as-t-on demandé votre consentement avant de commencer le déclenchement ? Et pendant le processus ?*
- *Vous a-t-on expliqué tous les actes physiques portés sur vous lors de l'induction ?*
- Comment avez-vous vécu votre induction du travail ?

Relance :

- *Quelles émotions avez-vous ressenties lors du processus du déclenchement du travail ?*
- *Quelles sont les sensations physiques que vous avez ressenties ?*
- *Quels qualificatifs utiliseriez-vous pour décrire votre vécu de l'induction ?*
- Avez-vous été invitée à exprimer vos émotions pendant le déclenchement ?

Relance :

- *Par quel(le) professionnel(le) ?*

- *A quel moment du processus ?*
- *Vous êtes-vous senties écoutée et entendue ?*
- Comment décrieriez-vous l'expérience que vous avez vécu avec les professionnels de la santé pendant votre déclenchement ? Êtes-vous satisfaite du suivi offert par les professionnels de la santé ?
- Y a-t-il eu d'autres interventions que le déclenchement pour la naissance de votre enfant ?
 - > épisiotomie ?
 - > césarienne ?
 - > forceps ?
 - > ventouse ?
- Racontez-moi ce que vous avez ressenti quand votre enfant est né ?

Réflexions post-accouchement

- A refaire, choisiriez-vous un déclenchement du travail pour cet accouchement ?
 - Comment auriez-vous imaginé votre travail (et accouchement) sans déclenchement ?
 - Seriez-vous susceptible d'accepter (ou de demander) un 2^{ème} déclenchement ?
-

Profil socio-démographique

- Quel est votre âge ?
- Quelle est votre profession ?
- Au sein de quelle institution avez-vous accouché ?
- Quand a eu lieu le déclenchement ? (en mois)

Annexe 7 : Affiche à l'attention des sage-femmes à domicile (recrutement)



Bonjour à toutes ! 😊

Je suis étudiante en dernière année du **Master en sciences de la santé publique**.
Je réalise un mémoire dont l'intitulé est le suivant :

« Comment la compréhension de l'expérience cognitive, émotionnelle et physique des femmes induites en salle de naissance permet-elle de renseigner la question de consentement ? Étude qualitative en Wallonie »

Mon étude consiste en un entretien approximatif de 45 minutes à 1 heure portant donc sur l'expérience multidimensionnelle des patientes ayant vécu un **déclenchement du travail en salle de naissance**. Chaque entretien est complètement anonyme.

Je suis donc à la recherche de **femmes primipares, ayant été induites entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée**, idéalement **dans le mois** précédent l'entretien (2 mois maximum). L'interviewée doit pouvoir s'exprimer en français. Le lieu de l'accouchement doit se trouver en Wallonie. Tant que ces critères sont respectés, tous les types de profils sont les bienvenus. Le motif de l'induction n'est pas un critère.

Auriez-vous la possibilité de proposer mon étude aux femmes que vous suivez en post-partum à domicile et qui suivent mes critères de sélection ?

Vous pouvez m'envoyer les coordonnées des personnes volontaires par :

- Mail : tiphanie.leberre@student.uliege.be OU tiphanie.leberre@gmail.com

- Appel ou SMS : +32485000262

N'hésitez pas à partager l'information autour de vous ! La sélection par bouche à oreille est bienvenue. Cela peut également concerner vos amies, vos sœurs, vos filles, vos connaissances...

Merci d'avance pour vos retours !

Tiphanie Le Berre

Annexe 8 : Diagramme de Gant rendant compte la temporalité de la recherche

	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août
Prise de contact avec les sage-femmes à domicile						
Recrutement des patientes						
Conduite des entretiens						
Analyse des données						
Rédaction du mémoire						

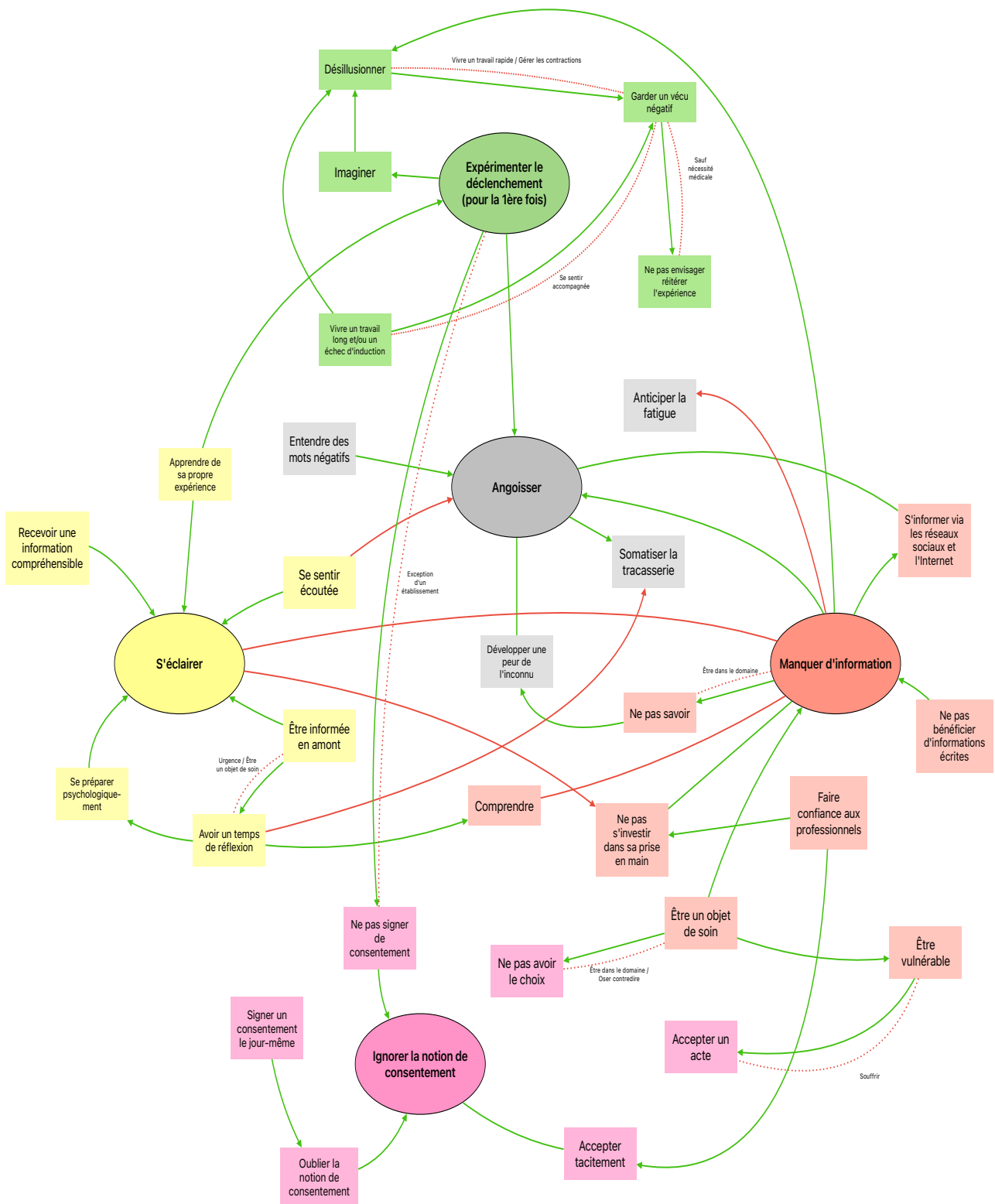
Annexe 9 : Exemple de codage ouvert

<p>Qu'est-ce que cela a impliqué pour vous de se faire induire (on est encore avant l'induction) ?</p> <p>Quand elle m'a dit ça, au début ça allait, je me disais bon bah ça va ce sera vendredi etc... Donc je suis rentrée et le jour là j'ai commencé àangoisser. Je me suis dit, mais si ça ne marche pas ? Qu'est-ce qu'il va se passer ? Alors ce sera césarienne mais elle n'a pas dit qu'elle me ferait une césarienne hein mais... Elle me dit « Votre bébé, il est déjà la tête en bas donc pas de problème. » Mais elle ne m'a pas dit... fin j'ai commencé à stresser,angoisser, à partir de là.</p>	<p>Appréhender l'induction Manquer d'informations</p>
---	---

Annexe 10 : Exemple de codage axial

Ne pas être concernée par la pratique	Conduit à	Ne pas se soucier (prêter grande attention) de (à) l'information E4 E5
Savoir que le déclenchement existe	N'aide pas à	Prêter une attention particulière à la pratique E4
		Réaliser son importance E4
Expérimenter le déclenchement pour la première fois	Contribue à	S'imaginer que le travail sera rapide E1
		Développer une peur de l'inconnu E2 E5
		Appréhender la douleur E2
		S'étonner de sa durée (long ou rapide) E1, E2
		Se désoler de son sort E1, E4, E8

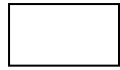
Annexe 11 : Schématisation générale des résultats



Légende :



Catégorie : concept principal



Propriété



Cas négatif : une condition inverse la relation



Condition-conséquence : l'une permet l'autre



Condition-conséquence : l'une empêche l'autre



Variation conjointe de deux propriétés



Variation de sens contraire de deux propriétés

Annexe 12 : Verbatims correspondants aux concepts

E = Entretien

Expérimenter le déclenchement	
Imaginer	<p>E1 « Avant de faire le déclenchement, j'avais une idée que c'était relax, que ça faisait deux-trois petites contractions, péridurale et on accouche. C'était ça dans ma tête, c'était easy ! (...) Je n'avais pas eu des échos qui disaient que c'était dur, que c'était l'horreur ! Je parlais positive, je pensais que ça allait être rapide. Je m'imaginai accoucher vers 10h du matin. »</p> <p>E4 : « (...) je ne me représentais pas ça comme quelque chose d'anormal ou d'aussi important. »</p> <p>E5 « Je savais que ce serait un déclenchement, je me suis dit que j'allais accoucher par voie basse et voilà c'est tout. »</p> <p>E7 : « Ah c'est fou ! C'est fou ce qu'on peut imaginer, même sur ben oui, comme je vous dis, sur l'accouchement que je m'étais dit bah oui le travail, on va le laisser aller gentiment... »</p> <p>E9 : « On s'imagine toujours le meilleur. »</p>
Désillusionner	<p>E1 : « Et là... rien à voir ! »</p> <p>« Et puis voilà finalement ça ne s'est pas passé comme je le pensais. Ça ne marche pas en fait, c'est la mort en fait ! Il faut attendre une vie quoi... »</p> <p>E4 : « Et donc à 17 h00, on est venu me chercher. On est venu me chercher là, alors j'ai décidé de faire la péridurale parce que pour moi ça n'avait plus de sens de ne pas la faire et que je savais qu'on souffrait beaucoup plus quand on était induite... Donc... Et j'étais déjà en train de déguster donc euh... Ça va aller crescendo et c'est quand même plus un accouchement physiologique dès lors qu'on m'induit... Donc du coup, ça n'avait plus de sens. »</p> <p>E5 : « Au bout d'une demi-heure, j'ai commencé à avoir des contractions fortes du coup ! Ma mère ne me croyait même pas que ce soit aussi rapide et fort comme ça ! On me l'avait pas dit ça. On pensait vraiment attendre cinq heures tranquillement mais non quoi ! »</p> <p>« (...) dans ma tête, non c'est vrai que je pensais pas arriver à la césarienne. A aucun moment je me suis imaginée partir en césarienne le jour même. J'y avais déjà pensé mais le jour même non. »</p>

« Il y avait un effet de surprise aussi vis-à-vis de l'intensité des contractions. Surtout que c'est venu fort mais vraiment d'un coup. Ça n'a pas été progressivement. C'est vraiment le fait de le sentir fort d'un coup et pas comme on peut l'entendre, que ça va arriver petit à petit... crescendo... C'est pour ça que ma mère ne m'a pas cru ! Ma mère s'imaginait qu'on avait autant mal quand c'était quasi complètement ouvert, pas au tout début comme ça ! »

« Je crois que j'étais un peu dans le déni. J'arrivais pas vraiment à réaliser que... pour moi je pensais accoucher naturellement par voie basse et euh... et annoncer que j'allais en césarienne... franchement à part quand j'étais vraiment dans la pièce de la césarienne, je crois que j'arrivais pas vraiment à réaliser ! Je me rappelle que j'étais un peu sous le choc aussi de me dire... Je ne parlais plus. »

« (...) je crois que j'étais vraiment neutre quoi (Rires). Je ne réalisais juste pas ce qu'il m'arrivait. Aucune émotion en fait. J'étais sous le choc, c'est le mot. »

E7 : « Hum non, quand elle a dit ça, je me suis dit « bah oui à mon avis, oui l'ovule et puis ça va travailler gentiment... et on va avancer gentiment là-dedans ». Mais... ça ne s'est pas passé comme ça malheureusement ! »

« Je lui demande si je ne peux pas avoir la péridurale. Pourtant à la base, j'étais partie pour accoucher par voie basse, sans péridurale... Avec le déclenchement, je me disais que j'allais sûrement devoir revenir sur ce projet mais voilà... »

« Et puis en fait, d'une minute à l'autre, tout a été basculé. Déjà depuis le 4 avril, c'est vrai que, où on sait que on rentre à l'hôpital tel jour, telle heure... ben là on se dit ben en fait, tout ce qu'on avait imaginé... ça tombe un peu à l'eau... Donc voilà, je ne me suis pas pris la tête. Je me suis dit tant pis si ça doit être comme ça, ça doit être comme ça. »

« Ça a été très très dur parce que d'une minute à l'autre, je me retrouve en salle d'op comme ça avec le champ et je vois mon compagnon par la petite fenêtre de l'autre côté de la porte. C'est très très dur, c'est franchement... J'étais là « Ok... »

E8 : « Moi j'avais vraiment prévu mon accouchement de telle et de telle manière et que... Bah déjà mon compagnon voulait absolument couper le cordon. Moi j'aurais bien aimé que ce soit lui qui attrape la petite et qu'il me la pose sur moi... Et puis voilà, on part en césarienne. Donc c'est vraiment... tout sauf ce que j'avais imaginé. »

E9 : « Ben je m'attendais à ce que ce soit plus long mon travail quoi, qu'on essaye plus surtout que bébé allait bien. On m'avait parlé d'un Baxter après

	<p>les médicaments mais on ne m'a pas mis le Baxter, je suis partie direct en césarienne. »</p> <p>« (...) surprenant aussi. Je ne m'attendais vraiment pas à ce que je parte en césarienne. »</p> <p>« Je ne m'imaginai pas qu'une césarienne, c'était... genre je pensais qu'on sentait vraiment rien du tout mais genre on sent quand le gynécologue la sort. Je bougeais dans tous les sens. Vraiment, Je pensais que c'était vraiment super calme mais pas du tout ! Genre j'avais une bâche devant moi, mais je voyais quand même. Il y avait une stagiaire avec le gynécologue et genre je voyais vraiment qu'elle poussait. Je sentais rien du tout, mais je la voyais monter sur moi. »</p> <p><u>Cas négatif : Vivre un travail rapide / gérer les contractions</u></p> <p>E2 : « Oui, c'était quand même assez rapide parce que moi je m'attendais à accoucher vraiment soit à midi le lendemain ou... Mais au final, à 3h du matin, j'étais... en fait entre 3h00 et 4h00, j'étais passée de 4 cm à 9 cm en une heure. Et j'ai accouché à 4h12. Mais avant ça j'avais eu la péridurale donc c'était bien supportable. Quand on m'a dit que j'étais à 9 cm j'étais « ha ! » j'étais vraiment choquée quoi. Je ne m'y attendais pas. »</p> <p>« Je l'ai quand même bien vécu. J'imaginai quand même pire surtout l'accouchement et tout ça. Au final, je garde quand même un « bon souvenir » on va dire. Et je suis quand même contente que ça se soit passé assez rapidement. »</p> <p>« Oui, je suis quand même contente. Le fait que ça ait été assez rapide a joué sur mon ressenti du processus. »</p>
<p>Vivre un travail long, douloureux ou un échec d'induction</p>	<p>E1 : « Elle me l'a mis à 00h30 peut-être et puis là il était 10h00 du matin. Donc ça faisait déjà plus de dix heures que j'avais le tampon, qu'il n'y avait rien... »</p> <p>« Les contractions ont continué mais c'était long quoi... j'ai attendu jusqu'à 23h15... »</p> <p>« Oui, après la péridurale car ça stagnait à un moment donné. C'était vraiment long, un cm à peine par heure... Je trouvais que ça n'allait pas vite du tout, je me disais « purée, ça ne bouge pas ! » Le travail ça m'a paru une éternité ! 24 heures ! Un jour de plus et je devenais folle ! C'était pas possible... Je n'ai pas dormi, pas mangé, on nous a rien donné à manger, rien du tout. Même pas une bouteille d'eau, on ne nous a rien donné. Ils ne donnent rien ! »</p> <p>« J'ai commencé à angoisser à partir de 7h du matin quand j'ai vu passer la nuit et que rien ne s'était passé. Là je me suis dit, ça y est, je vais finir en</p>

césarienne, c'est sûr... ça ne marche pas ce truc. Et là j'ai commencé à faire une crise d'angoisse. Je suis sortie du lit, je suis partie de la chambre. »

E3 : « le vécu c'était la douleur et d'être restée 24h00 quoi... parce qu'au final j'ai quand même fait les trois pauses ! (Trois horaires des sage-femmes). Je suis restée de minuit à minuit au quartier... »

« Épuisement, fatigue, douleur, durée... Puis j'étais gonflée, j'avais cette sensation d'être trop remplie là... tu sens qu'on te bourre de médocs et que c'est pas naturel. »

E7 : « Ah ça oui, oui ! ça a été d'un coup en fait, je n'ai pas eu vraiment de transition, ça a été d'un coup. Très grosses contractions, c'est très violent. Je suis passée de rien, une petite contraction gérable à, en une demi-heure de temps, des contractions totalement ingérables. Le temps me paraissait une éternité. Donc j'étais sur la toilette, mon compagnon a appelé la sage-femme de l'après-midi. Donc là aussi, de voir les pauses qui s'enchaînent... on se dit que c'est très très long. Pas dormi, mangé 2-3 Nic Nac, je n'avais même pas faim en soi. J'avais soif donc je buvais de l'Aquarius ou de l'eau plate. Mais sinon pas spécialement. »

« Donc elle a mis la perf, et puis là ça a été la descente aux enfers. J'ai eu des contractions qui au début, ça allait, j'étais sur le ballon, je soufflais, ça arrivait à passer. Et puis ça s'est vraiment intensifié. Au point, qu'à un moment, j'étais sur le lit, je dis « je ne tiens pas en place », ça me faisait vraiment mal. »

« Un peu démoralisée de savoir que depuis minuit, ça n'avait bougé que d'1 cm et qu'on devait atteindre 10... Fin voilà quoi ! Si en onze heures, ça a bougé que d'1 cm, on espère que ça ne va pas durer comme ça pour tout le reste quoi... Donc c'était long. »

« C'est... perdue, désemparée. C'est... désespérée aussi en fait de voir qu'il y a autant d'heures qui sont passées, deux ovules, et ça ne bouge pas en fait, ça bouge pas des masses. C'est vraiment ça. C'est vraiment désespérée de me dire « qu'est-ce qu'il faut, combien de temps est ce que ça va encore durer quoi ? »

« J'en pouvais plus, j'aurais tout pétié dans la chambre de travail quoi ! Franchement... Atroce quoi ! Vous devez en voir quoi ! »

E8 : « Une fois qu'on m'a mis le comprimé ben en fait, je n'ai pas dormi de la nuit à cause des contractions. Et énormément de fatigue. Je pourrais même dire que j'étais épuisée tellement... je ne pensais pas qu'on pouvait être autant fatiguée en fait. »

Garder un vécu négatif

E1 : « J'avais l'impression d'étouffer. Franchement, c'était le maximum que je pouvais tenir. C'était les 24h00 de l'horreur ! Je n'aurais pas pu rester plus, j'aurais appelé la gynéco mais c'était pas possible. C'était le maximum, j'en pouvais plus. C'était tout ! »

« Du coup j'étais sortie carrément, j'ai dit à mon mari « c'est bon, on part, on rentre ! T'façon ça ne marche pas ce truc ! Tant pis ! » J'ai eu une crise d'angoisse où je voulais partie. J'étais dans le hall d'entrée, je ne voulais plus remonter en haut ! La douleur, le stress, le fait que ça ne fonctionne pas... Je ne sentais rien du tout, il n'y avait pas de contraction du tout, c'est bon, je me suis dit « il sortira pas aujourd'hui le bébé » ...

« Le sentiment global du déclenchement c'est de l'angoisse, ça a pris le dessus. »

E5 : « Après le fait d'être parti en césarienne, niveau psychologique, je ne m'attendais pas à ce que ça se passe comme ça. Même si je n'avais pas mal, je sentais tout, quand on a ouvert, quand ils ont écarté, quand ils ont sorti la petite aussi... j'ai tout senti. C'est vraiment impressionnant en fait. Et... je n'ai plus envie d'enfant ! ça m'a traumatisé ! »

E6 : « Hmm... Ben déjà, je dirais « décourageant » parce que je pensais que ça aurait fonctionné du premier coup. On m'a dit que c'est pas souvent que ça fonctionne du premier coup. Mais plutôt décourageant parce qu'il n'y avait rien qui bougeait. « Long » aussi, plutôt des trucs un peu négatifs quoi. Et fatigant. »

E7 : « Je me souviens avoir envoyé un message à mon amie en lui disant « Si on te parle de déclenchement, refuse ! »

« Franchement, sur le vécu comme ça, je dirais qu'un enfant unique, c'est très bien. (...) Ah oui oui, tant que maintenant je suis encore là-dessus. Ah oui oui, l'accouchement et tout ça n'est pas encore assez loin derrière que pour me dire de faire un deuxième. »

« Mon compagnon me disait l'autre jour que ça n'avait été que de la frustration... C'était long, très très long. De minuit à 18h43, c'était extrêmement long. Très stressant aussi. Traumatisant. »

E8 : « Parce que quand je fais la conclusion de tout ça, c'était pas quelque chose de positif quoi... »

« Oui, pour un premier accouchement, ça a été très long... Honnêtement, j'avoue que je n'ai pas envie d'avoir une deuxième grossesse dû à cet accouchement que j'ai vécu. »

Cas négatif : Se sentir accompagnée

E3 : « Sinon je ne l'ai pas mal vécu. Je n'ai pas du tout un mauvais vécu. J'ai été super bien prise en charge, pour ça franchement... »

E4 : « Grâce à cette sage-femme, oui. Et grâce à ma gynécologue aussi quand même, même si elle n'était pas là pour... Mais voilà, au final, le scénario, pourtant, c'était celui que je ne voulais absolument pas. Vraiment, être induite ou forceps ou ventouse ou césarienne. Je ne voulais pas en fait, je ne voulais rien. Je voulais juste un accouchement physiologique. Mais finalement, je l'ai quand même bien vécu parce que bah le dénouement a été, a été positif. (...) je pense que ça aurait pu se passer tout à fait autrement si je n'avais pas été aussi encadrée par cette sage-femme. Je pense que c'est elle qui a vraiment donné le contre-pied de cet accouchement... »

«Euh oui, elle est venue souvent voir comment ça allait. Elle m'a donné des petits conseils pour que je vive bien mon accouchement. Donc on a tamisé la pièce, j'ai mis de la musique. Voilà tout ça a joué et a créé une atmosphère propice finalement à un accouchement quand même quoi. »

E5 : « Je trouve que ça s'est bien passé malgré tout. Les douleurs, ça c'est normal, c'est les contractions. Mais sinon bon... A part avoir eu peur quand je suis partie en césarienne... le déclenchement, pour moi, ça s'est bien passé quand même. Quand j'appelais, quelqu'un venait et essayait de trouver des solutions. »

E6 : « (...) je n'ai rien à dire sur le personnel donc j'étais agréablement surprise, mais c'était la première fois. Oui mais très gentil, très bienveillant, toujours prévenir. Demander le consentement. (...) Et prévenir quand ça va faire mal et quand ça risque de faire mal, etc. Ça oui. »

E8 : « Franchement, ça s'est super bien passé. Elles étaient vraiment bien rassurantes. Par exemple, pendant qu'on faisait ma péridurale, la sage-femme m'a vraiment bien mis à l'aise, elle m'a vraiment bien enveloppée autour d'elle, elle m'expliquait vraiment tout ce qui se passait, d'une voix très douce, très calme. Donc ça m'a vraiment permis de me détendre pendant cette péridurale. (...) C'était long, éprouvant, fatiguant, oui... Mais voilà, j'ai vraiment été bien soutenue. Elles ont vu les sage-femmes même mon gynécologue a vu vers la fin que je souffrais. Donc je pense que c'est là aussi qu'il a vraiment décidé de faire la césarienne parce qu'il a vu que j'étais trop fatiguée et qu'il était temps que ça s'arrête. »

→ Vécu global négatif de l'induction (cf plus haut) mais vécu ponctuel de la péridurale très bon.

<p>Ne pas envisager réitérer l'expérience (Cas négatif : sauf si nécessite médicale)</p>	<p>E1 : « Non ! Si c'est pour la santé et que je n'ai pas le choix, oui. Mais si c'est par convenance... non ! »</p> <p>« Non ! Jamais de la vie je referais ! Si je pouvais choisir, je ne referais pas de déclenchement. Franchement, je ne sais pas c'est quoi le pire, déclenchement ou césarienne ? Je ne sais pas.»</p> <p>E2 : « S'il y a un risque de complication, oui. Sinon, je préfère naturellement. C'est toujours mieux quand c'est naturel. J'imagine que ce serait peut-être plus stressant parce qu'on ne sait pas le moment. Je trouve qu'au niveau des avantages de l'induction c'est qu'on connaît la date et qu'on sait que ce sera à ce moment-là. Et pour le travail spontané, on ne sait pas quand ça va venir. Du coup on est mieux préparés quand il y a l'induction. Au niveau organisationnel. »</p> <p>E3 : « Maintenant que c'est passé, (je voudrais) soit une césarienne, soit un accouchement naturel. S'il vient, oui, je ne suis pas contre l'accouchement du tout ! Si ça se met bien et que bébé vient bien, bah voilà. Mais si ça ne va pas, ça ne va pas. »</p> <p>E5 : « (...) je ne pense pas que je le demanderais de moi-même si je pouvais avoir un déclenchement quoi »</p> <p>E7 : « Et une chose est sûre, c'est que je l'ai dit aussi à Dr X, c'est qu'il peut y avoir un deuxième. Il n'y aura pas de déclenchement. Ah, je ne veux pas. Je préfère alors que s'il tarde à venir, qu'on programme une césarienne.»</p> <p>E8 : « Non. Voilà, maintenant... Si je retombe enceinte une deuxième fois et puis ben voilà, que la vie de mon bébé est en danger ou la mienne ben oui. Mais si je peux éviter, j'évite ! Oui bien sûr ! »</p> <p>« Ah non du tout, ça c'est clair et net ! Ah ça, je peux vous dire que non, il n'y aura pas de deuxième. Je préfère alors, on se l'est déjà dit on préfère aller faire les monitoring kit à laisser aller plus longtemps, on préfère aller faire les monitorings. Et s'il faut, je préfère encore avoir une césarienne programmée que de revivre un deuxième déclenchement. »</p>
--	---

Angoisser

<p>Développer une peur de l'inconnu</p>	<p>E1 : « Oui de l'angoisse de vraiment pas savoir comme ça allait se passer quoi, c'est vraiment ça... »</p> <p>« Quand elle m'a dit ça, au début ça allait, je me disais bon bah ça va ce sera vendredi etc... Donc je suis rentrée et le jour là j'ai commencé à angoisser. Je me suis dit, mais si ça marche pas ? Qu'est-ce qu'il va se passer ? Alors ce sera césarienne mais elle n'a pas dit qu'elle me ferait une césarienne hein mais... Elle me dit « Votre bébé, il est déjà la tête en bas donc pas de problème. » Mais elle ne m'a pas dit... fin j'ai commencé à stresser, angoisser, à partir de là. »</p> <p>« (...) puis je me disais, les contractions, comment ça va être ? Est-ce que ça va être directement des contractions fortes et douloureuses ? Ou est-ce que ça va être comme naturellement, des petites contractions comme je vois à la télé quoi ? Des petites contractions, petit à petit etc... Je me disais, comment ça va être ? (...) »</p> <p>E2 : « On m'avait déjà informé et tout ça mais c'était quand même la première fois et je n'avais jamais vécu ça du coup. Euh... c'était un petit peu l'inconnu quoi. Donc un petit peu de stress, je ne savais pas surtout au niveau des contractions. Je sais plus si c'est mon amie sage-femme qui avait dit ça mais que les contractions lors de l'induction étaient peut-être un peu plus douloureuses que lorsque c'est naturel. Du coup je ne savais pas jusqu'où la douleur allait aller, c'est juste ça qui me stressait en fait. »</p> <p>« Juste du stress par rapport à l'intensité de la douleur, je ne savais pas si j'allais avoir plus mal. C'est juste ça qui me stressait en fait. Sinon, j'étais assez tranquille intérieurement. »</p> <p>E3 : « J'avais peur qu'on me renvoi chez moi ! Que ça ne fonctionne pas. »</p> <p>E5 : « C'est le fait d'avoir peur de comment ça se passe la césarienne quoi... parce que c'est quand même le fait de se faire ouvrir le ventre... c'est un peu... »</p> <p>E7 : « Je me souviens m'être dit « j'espère que ça va avancer », j'avais vraiment très très peur justement que ça ne fonctionne pas vu qu'il était très haut et à première vue, il n'était pas décidé à venir. Je me dis... à mon avis, ça va être long. Donc j'avais très très peur que ce soit long. Que pour finir, être fatiguée ou quoi et à avoir recours à tout ce qui est instrumentalisation... Donc j'avais vraiment ces inquiétudes-là avant. Les douleurs aussi, est ce que je vais savoir les gérer ? ça a vraiment été pas mal de questionnements là-dessus. »</p> <p>E8 : « Bah ça a été un peu compliqué parce que du coup, là on se dit vraiment ça y est en fait ! Tel jour, le bébé est là... Donc c'était quand même stressant pour moi de savoir ça. »</p>
---	--

	<p>E9 : « (...) j'avais quand même peur. Genre, de la douleur. Qu'est-ce que ça pouvait donner »</p> <p>« Surtout un premier bébé. Tu ne sais pas comment ça va se passer. C'est l'inconnu total. »</p>
Entendre des mots négatifs	<p>E1 : « Elle m'a dit « le risque c'est qu'il arrive malheur » donc moi j'ai dit « non s'il arrive malheur alors on déclenche ! »</p> <p>E7 : « Ah oui, j'étais bien, j'étais vraiment ailleurs. Et puis donc, l'anesthésiste me dit « ça va, vous sentez encore ou rien du tout ? » Puis je n'étais pas là et puis je le regarde. Je fais « Quoi ? » Puis il me dit « Non, à première vue, vous vous ne sentez plus rien. » Je dis « Pourquoi ? » J'étais dans le gaz total, complètement. Et puis il me dit « Bah vu l'acte de boucher que votre gynécologue vient de faire sur votre ventre, vous n'avez rien senti. » Il m'a dit ça comme ça. »</p>
Anticiper la fatigue	<p>E1 : « En plus la veille je n'avais pas bien dormi avec le stress, mon mari me disait de faire une sieste la journée avant le déclenchement mais j'arrivais pas. »</p> <p>E5 : « On aurait dormi avant si on savait que ça pouvait démarrer aussi vite ! »</p> <p>E7 : « Surtout que j'étais debout depuis le jour avant 8h où j'ai rangé, j'ai repassé ce que j'avais à repasser. On a préparé vraiment les trucs, la valise était prête mais on a monté le meuble à langer ce jour-là ! »</p> <p>« Impossible ! Ah oui non, on dit qu'il faut dormir, que la nuit va être longue bah c'est impossible... impossible »</p> <p>« (...) mon compagnon avait travaillé la matinée, il avait pris l'après-midi pour essayer de se reposer aussi mais impossible ! On tournait en rond dans la maison. »</p>
Somatiser la tracasserie	<p>E1 : « Non, donc là j'ai commencé à me tracasser. Je me suis tellement tracassée, je me suis tapée un torticolis de malade... avec le stress je pense. Et du coup, je suis arrivée là, stressée avec un torticolis... »</p> <p>« Moi comme j'avais un torticolis, j'ai commencé à faire des crises d'angoisse à cause de ça, j'avais trop mal. Et je ne pouvais pas rester comme ça, j'avais trop mal et voilà je ne pouvais pas prendre d'Ibuprofène ni rien du tout donc... »</p>

	<p>« Mon torticolis je l’associe au stress, à l’angoisse. J’en suis sûre car quand j’ai accouché, un jour après je ne l’avais plus ! Il s’est envolé ! On m’a dit que ça pouvait rester deux-trois semaines... non, un jour après stop (...) En vrai même les contractions je me disais « mais c’est rien du tout ça par rapport à ma douleur de la nuque ! »</p> <p>E9 : « Quand le gynécologue m’a annoncé la césarienne, j’ai fait une chute de tension. Le stress à mon avis. La sage-femme m'a dit, je suis tombée à sept de tension avant de faire la césarienne. »</p> <p>« J'arrivais dans la chambre et puis je commençais à voir un peu flou. Et alors il y avait les infirmières avec moi qui venaient me donner les vêtements pour aller au bloc. Et alors j'ai dit que je ne me sentais pas bien. Et ils m'ont dit « Oui, vous êtes toute blanche, vous faites sûrement une chute de tension. » Et alors là, on m'a mis sur mon lit et j’avais déjà mes Baxter et tout ça. Et ils sont venus me mettre un produit. C’est vraiment entre le moment où j’ai croisé le gynéco dans le couloir et le moment où je suis arrivée dans ma chambre. C’était la surprise quoi, j’étais pas prête du tout à aller en césarienne. Mon corps a réagi comme ça. »</p>
--	---

Manquer d’informations	
Ne pas savoir	<p>E1 : « Non, non non, rien du tout ! Je ne savais rien. (de l’induction)</p> <p>On m’a dit “bah voilà, on va vous mettre le tampon pour commencer le travail.” Du coup on m’a mis le tampon et voilà, elle est partie. “Vous attendez là”. »</p> <p>« Je me dis que peut-être qu’elle ne m’a pas dit trop pour ne pas angoisser ? Je pense ? Même la prééclampsie, elle ne m’a pas expliqué des masses. Elle m’a laissé un peu dans le flou et je pense que ce n’est pas plus mal ? Comme ça je ne savais pas trop les risques qu’il y avait. »</p> <p>« Quand elle m’a parlé ma gyné la première fois de déclenchement, ben j’étais à 35 semaines. Elle m’a dit c’est un peu tôt, je préfère attendre 37 tant que votre tension est stable. Et là elle m’a dit, parce que là le bébé est très haut et vous allez vraiment galérer. Et moi je ne savais pas... Je me dis pourquoi elle me dit ça, pourquoi je vais galérer etc ? »</p> <p>« (...) Elle m’a parlé du risque pour le bébé sans vraiment m’expliquer. »</p>

« Non du tout, pour un premier déclenchement on ne m'a jamais rien dit. Non je vous ai dit, on ne m'a pas expliqué plus que ça. La sage-femme est venue et m'a dit que ça dépendait des femmes. »

E2 : « Pas vraiment de détails non (rires), ça restait assez flou. »

E5 : « A peu près on va dire... On nous a expliqué qu'on mettait d'abord un cachet là puis qu'on allait en remettre un six heures après et puis, ensuite seulement mettre après le produit. »

« Ben, on m'a expliqué comment ça allait se passer avec les cachets. Puis euh... on m'a mis le cachet vers 1h99 du matin... mais voilà pas plus d'informations. »

E6 : « Oui ben on a parlé de l'entrée à l'hôpital mais je n'ai pas souvenir que ce soit elle qui m'ait expliqué ce qui allait se passer. Elle m'a juste dit que c'était pour la tension. »

« Juste les grandes lignes, on va mettre un comprimé et puis six heures après un autre. Et puis si ça ne va pas, on mettra un Propess. Elle m'a expliqué que ça dégageait une hormone, pour essayer de déclencher plus vite. Mais y'a pas eu d'approfondissement non. »

« Hum rapide... bah avec le gynéco, on n'a pas vraiment parlé du déclenchement à proprement parlé. Il m'a juste dit pourquoi on déclenchait. »

« Oui les informations viennent vraiment à la toute fin, on ne s'imagine pas vraiment ça. J'ai eu quelques bribes d'informations avec la sage-femme à domicile qui est venue pendant la grossesse. On a parlé du comprimé et de la perfusion. A part ça, rien d'autre. »

« Pour la douleur je pense que je m'y attendais, mais on ne me l'a pas clairement dit. »

E7 : « Je vais dire, pour la base, oui. Je savais que je rentrais et qu'on allait induire. Mais on ne m'avait pas dit que ça pouvait prendre autant de temps, on ne m'avait pas expliqué ce qu'on pouvait faire aussi pendant le travail et autre et que... Et donc du coup, tout ce qui est arrivé tout au long du travail, c'est vrai que ça a été des épreuves à passer en plus quoi. Des surprises aussi, le fait de pas savoir. (...) j'aurais préféré être un peu plus informée sur les étapes quoi, avec le recul. On parle souvent de la première étape mais les suivantes, non. »

« Non, pas vraiment. Elle nous a installé, on m'a mise en chemise de nuit et puis c'est vrai que, comme c'était pendant la nuit, elle est juste venue

mettre le monitoring, le retirer, mettre l'ovule et on a attendu. On ne l'a revu qu'à 6h du matin. On a essayé de dormir comme on pouvait, ça ce n'est pas évident non plus. Donc voilà, on est restés un peu dans le flou jusqu'au petit matin. »

« On s'est dit qu'on n'avait pas forcément envie de courir à l'hôpital toutes les 48h et il avait déjà un poids de 3,400 kg à ce moment-là, au rendez-vous du 4 avril, donc on s'est dit, il viendra quand même à terme. C'est pas comme si on avait dû le provoquer un mois plus tôt. Donc c'est comme ça qu'on en est venus à parler. »

« Elle m'a expliqué que j'allais rentrer à l'hôpital, qu'on allait me mettre un ovule et puis qu'on allait voir comment ça avançait avant de mettre une perf. Voilà, ça a été vraiment les grandes grandes lignes quoi ! (Rires) »

« Elle essayait de le stimuler et on se demandait quoi en fait ! On se disait qu'est ce qui se passe ? Qu'est ce qui se passe ? Donc de là, elle nous dit « Je vais appeler mes collègues, j'ai besoin d'aide, ils vont tous arriver en courant, ne vous tracassez pas. » Ben si, quand même un peu... Donc je la regarde et lui dit « D'accord ». J'ai rien su dire d'autre quoi. Même pas lui dire « Mais qu'est ce qui se passe ? » Parce que même moi j'étais perdue à ce moment-là. »

« Voilà, ce serait bien d'avoir plus d'informations sur le déroulement de comment ça va se passer, de ce qu'on va faire, de ce qui se passe. »

« Et alors en amont, avoir plus d'informations sur le déclenchement et sur les possibilités aussi de ce qui peut arriver exactement. »

E8 : « Et je trouve que j'ai pas été assez informée, vraiment... Parce qu'une contraction, quand c'est un premier accouchement, un premier, on ne sait vraiment pas à quoi s'attendre. »

« Le ballonnet j'avais eu écho via ma belle-sœur parce qu'elle l'a vécu mais sinon... pas via les professionnels de la santé. Je l'ai vraiment su au moment T. Si je n'avais pas entendu ma belle-sœur, c'était l'inconnu total et c'est dommage. »

Cas négatif : Etre dans le domaine

« Oui, de par mon travail de sage-femme. Déjà, de base, je ne voulais pas être déclenchée à cause de tous les inconvénients justement pour moi et mon bébé. Donc voilà. »

<p>Ne pas s'investir dans sa prise en soin, ne pas se préoccuper</p>	<p>E5 : « Aux séances d'infos, ils l'avaient peut-être évoqué... pas énormément je pense. Je ne pensais pas vraiment à ça donc j'en n'ai pas vraiment prêté attention. On ne s'est vraiment pas mis ça en tête au début. »</p> <p>E6 : « Ben je ne sais pas vraiment dire. J'ai vécu comme ça quoi. Sans trop me tracasser quoi. Je n'étais pas inquiète par rapport à ça. »</p> <p>« C'est vrai que maintenant qu'on en parle, ça aurait pu être sympa à avoir, des informations plus détaillées pour se préparer, mais j'y pensais pas. »</p> <p>« Il n'y avait pas forcément de peur car je sais bien que de toute façon, je devais passer par là. Mais non, j'étais plutôt zen. »</p> <p>E8 : « Je n'avais pas d'interrogation avant de venir en salle de naissance, je pense que c'est venu vraiment au fur et à mesure en fait. »</p> <p>E9 : « sans plus (...) je laissais aller » (question sur inquiétudes avant déclenchement) »</p>
<p>Faire confiance aux professionnels</p>	<p>E1 : « Elle m'a juste dit que pour le moment ça allait, que j'étais stable et pas d'alerte. Je lui faisais confiance et j'essayais de ne pas m'angoisser. »</p> <p>« Ma gynéco elle n'est pas comme ça, elle voulait encore attendre une semaine, à 38 passé pour la sortir mais elle a eu peur pour elle quoi. »</p> <p>E2 : « Elle disait que c'était plutôt dans mon intérêt. Car si on attendait jusqu'au terme, il risquait d'y avoir des complications lors de l'accouchement. »</p> <p>« Je me sentais en confiance avec l'équipe. »</p> <p>E7 : « Elle partait en vacances. Le week-end de Pâques elle n'était pas là du tout en fait, elle recommençait le mardi donc il y avait quatre jours où elle n'était pas là quoi donc... »</p> <p>E8 : « La sage-femme a téléphoné à mon gynécologue du coup pour lui donner les résultats du monitoring et après auscultation, c'est lui qui a pris la décision bah voilà, de déclencher encore une semaine après. Sinon j'aurais été déclenchée le lendemain. Mais bon, vu qu'il y avait beaucoup de monde... »</p> <p>E5 : « Oui oui, je me sentais en confiance »</p>

Etre un objet
de soin

E1 : « Y'a juste qu'elle m'a déchiré quand elle est sortie. Elle n'a pas fait d'épissio mais des points de suture car elle m'avait déchiré. Je la regardais la gyné et je lui disais "mais qu'est-ce que vous faites docteur ?" Elle me dit "bah je vous recouds", je lui dis "mais pourquoi ?" Elle me dit "vous avez été déchirée quand la petite est sortie. Ce n'est pas moi qui vous ai coupé." Je n'ai pas senti la déchirure et je me demandais ce qu'elle faisait avec des fils comme ça, "Qu'est-ce qu'elle me fait elle ?" (Rires). »

« Pour l'accouchement, je disais à la gynéco "j'ai vraiment trop mal" mais elle me disait "oui mais si on met la dose, vous n'allez pas pouvoir pousser. Regardez, là vous poussez super bien." C'était pas la contraction, c'était la descente qui me faisait mal. La dose a fait effet pour la fin quoi. »

E7 : « Oui. Parce qu'on me dit il faut le garder six heures en peau à peau sur vous. J'aurais préféré à ce moment-là que justement, qu'on dise à mon compagnon de s'installer dans un fauteuil et de le mettre sur lui en peau à peau à ce moment-là. Pour moi, ne serait-ce déjà oui, le temps d'atterrir en fait, et de réaliser, de le voir et de pouvoir réaliser à ce moment-là. Oui, il doit téter, c'est normal, mais au moins une demi-heure, le temps de pouvoir moi atterrir en fait. Et puis on me dit qu'il faut rester six heures et moi six heures comme ça, toute tremblante, je me dis que je ne peux pas tenir six heures... »

E7 : « (...) je pleurais, franchement je ne suis pas douillette mais là... J'aurais voulu qu'elle me prévienne avant histoire de me préparer, de me dire « ok je sais que je vais avoir mal mais c'est normal ». Parce que là je me disais "mais qu'est-ce qu'elle fait quoi ? Elle fait que m'examiner, c'est pas possible." (...) Elle dit "bah voilà, je vous ai décollé les membranes", je dis "Ah oui mais ça fait mal hein !", elle me dit "Oui, je le vois. Je m'en vais vite hein !", je me dis "Oui c'est mieux !" ça a été très très violent !

Elle me dit que de là, ça va avancer plus vite, "j'ai demandé qu'on vienne vous mettre la perfusion d'ocytocine". Je dis "Bah ça va, ok." Donc là encore une fois, il n'y a rien eu, comme pour le décollement des membranes, il n'y a pas eu de consentement. On ne m'a pas demandé. Pour la perfusion d'ocytocine, on ne m'a pas demandé si je voulais continuer à attendre, je n'ai rien eu de tout ça. »

E9 : « Ben je suis rentrée à 11h00 dans la chambre et je suis partie au bloc à 11h30. Ça a été très rapide. J'ai accouché à 11h50. »

« Ah oui non pas du tout. C'était assez choquant. Le gynécologue me disait que la césarienne, c'est ce qu'il y a de plus rapide, on ouvre, on sort bébé, mais en fait pas du tout ! C'est long ! »

	<p>« Il m'a dit « j'ai 1h et demie de temps libre, on peut aller faire la césarienne. » Il a plus fait la césarienne en fonction de son emploi du temps. »</p>
<p>Etre vulnérable</p>	<p>E7 : « Beh... franchement... je pense que j'étais tellement fatiguée, que je commençais vraiment à avoir mal aux jambes et autres que j'avais qu'une envie, c'est qu'il soit là. C'est qu'il arrive, donc c'est vrai que je me suis dit "bah on verra, on verra", je suis partie sans me souvenir de ce que maman m'avait dit, en me disant que ça fait mal. On me l'a répété plus ou moins en me disant que si on doit te déclencher, ça fait mal. Je suis partie déjà en me disant « bah oui, je sais que ça va faire mal quoi ».</p>
<p>S'informer via les réseaux sociaux et l'Internet</p>	<p>E1 : « Mais les autres reportages que j'ai vue sur les réseaux sociaux etc... ça avait l'air plus traumatisant que ça et ça finissait en césarienne en général ! Je me disais "purée ! J'espère que je ne vais pas finir en césarienne !" »</p> <p>« J'ai quand même été lire après et oui, c'est angoissant quoi ! Se dire que le bébé peut mourir comme ça... »</p> <p>« Après je suis allée lire un peu les témoignages sur des forums et je me disais ah bah ouais je comprends car du coup, on essaye de provoquer tes contractions etc... et ça peut durer ou ça peut ne pas marcher carrément donc euh... »</p> <p>« Sur Internet, j'ai tapé "déclenchement" et j'ai regardé des vidéos, y'a des femmes qui se sont filmées pendant 2 jours de travail avec ce truc... Il y a d'ailleurs l'influenceuse là... "Sarah Lopez", elle a eu la même chose que moi. Un déclenchement à 37 pour le même problème que moi et je n'ai pas osé regarder la fin de sa vidéo ! Et je disais à mon mari « regarde, elle c'est la même chose que moi, elle a eu la même chose et j'ose pas regarder la fin ! » Et il m'a pas dit la fin parce qu'à la fin elle a fini en césarienne ! Et donc il voulait pas me stresser ! Je lui dis « ne me dis pas ce qu'elle a parce qu'à mon avis ça s'est mal passé parce que elle est restée super longtemps à l'hôpital j'trouve ! »</p> <p>E2 : « Oui vu que c'était la fin de la grossesse, je m'étais quand même bien renseignée sur Google... J'ai pris des informations sur les sites internet notamment. »</p>

<p>Ne pas bénéficier d'informations écrites</p>	<p>E1 : « (...) pas de document écrit, je n'ai rien eu de l'hôpital. C'est programmé et on n'a pas, on ne m'a pas informé, pas donné de fiche. Rien du tout. »</p> <p>E2 : « Je ne pense pas qu'il y avait de document écrit. »</p> <p>E4 : « Non mais c'est ma faute aussi vu que je n'ai pas pris note mais... je n'ai pas eu de dépliant là-dessus. »</p> <p>E5 : « (...) il n'y avait pas de document. Pendant les monitorings, on m'expliquait un peu comment ça se passait. »</p> <p>E6 : « (...) il n'y avait pas de document écrit ou quoi que ce soit. »</p> <p>E7 : « Juste par oral brièvement. Et elle m'a donné un papier la gynéco mais c'était destiné aux sage-femmes. C'était une prescription pour dire que mettre. C'est tout ce que j'ai eu comme document en soit. J'ai rien eu comme document à destination du patient, pas de brochure ou quoi que ce soit. Ça aurait été chouette pourtant. »</p> <p>E8 : « Non, non, je n'ai rien reçu de tout ça ! »</p> <p>E9 : « Je n'ai rien eu. Pas de document écrit qui expliquait ce que c'était tout ça. Ça aurait été bien car j'avais très peu d'informations auxquelles me rattacher. »</p>
<p>Comprendre</p>	<p>E1 : « Non c'était un peu flou (les informations) parce ce que je me dis un tampon... puis je me disais les contractions, comment ça va être ? »</p> <p>E2 : « C'était assez clair. »</p> <p>E3 : « Il n'y avait rien d'écrit. Moi je comprenais ce qu'il me disait car je suis sage-femme mais mon compagnon, il ne comprenait rien du tout. Je lui ai donc expliqué en prenant le temps et en trouvant les bons mots pour que ce soit compréhensible pour une personne qui n'est pas dans le domaine. »</p> <p>« (...) mon compagnon, il ne comprenait rien du tout. Je lui ai donc expliqué en prenant le temps et en trouvant les bons mots pour que ce soit compréhensible pour une personne qui n'est pas dans le domaine. »</p> <p>E5 : « Oui, c'était assez bien expliqué. On a compris les grandes lignes. »</p> <p>E6 : « Oui, globalement oui j'ai compris. »</p> <p>E9 : « Je voyais plus ou moins à quoi m'attendre. »</p>

	<p>« Ben je ne savais pas vraiment à quoi ça ressemblait une contraction du coup... puis oui j'étais dans le flou sur beaucoup de points. Quand une sage-femme venait et me demandait si ça allait, pour moi oui mais je ne comprenais pas ce qu'il devait se passer. »</p> <p>« Ben quand elle m'a mis le deuxième médicament, elle m'a dit que si le médicament ne faisait pas effet et que les contractions ne venaient pas, on allait mettre un Baxter. Finalement on ne m'a rien mis non. Je n'ai pas trop compris. »</p> <p>« Je pensais qu'on essaierait bien plus longtemps, des fois jusque 24h. Puis j'avais pas mal donc oui, c'est étonnant. »</p>
--	--

	Ignorer le consentement
Signer un consentement le jour même	<p>E2 : « Oui, oui j'ai dû signer à l'hôpital, le jour J je pense ? Un document je crois à signer pour accepter de faire le déclenchement, je crois en tous cas. »</p> <p>« Je pense que la sage-femme m'a donné le papier à signer à l'entrée. »</p>
Oublier la notion de consentement	<p>E2 : « Je ne sais plus en fait mais je sais que j'ai signé un papier, je pense que c'était lié à ça. »</p> <p>E5 : « Ça je ne m'en souviens plus du tout... Je ne sais plus ! Je ne pense pas qu'on m'ait imposé le déclenchement mais je ne me souviens pas qu'on me demande mon avis. »</p>
Accepter tacitement	<p>E1 : « Les sage-femmes non mais en consultation, on en a discuté. Mais non, ce n'est pas un consentement, « vous êtes d'accord oui ou non ? », on en a juste discuté. On a pesé bénéfices/risques et voilà. Donc là on avait plus de bénéfices à faire ça que de rester comme ça et on avait plus de risques à ne pas déclencher donc moi j'étais ok. »</p> <p>« Non, on a juste pesé le bénéfice/risque et le jour de l'accouchement, on ne m'a pas demandé mon consentement. »</p>

	<p>E2 : « Non pas de manière explicite, elle disait que c'était plutôt dans mon intérêt. Car si on attendait jusqu'au terme, il risquait d'y avoir des complications lors de l'accouchement. C'était un diabète sous insuline. »</p> <p>E4 : « On m'a fait comprendre que c'était la suite logique quoi. »</p> <p>« Ben... mon consentement, on ne m'a pas dit réellement « Est ce que vous êtes d'accord ? » On m'a fait comprendre que c'était le mieux à faire. Bon, moi il a fallu que je digère. (...) disons qu'on ne m'a pas forcé. Je ne me suis pas sentie forcée, mais j'ai senti que c'est ce qu'il fallait faire. Je n'ai pas eu l'impression qu'on m'a trop demandé mon avis. Par contre, on m'a laissé le temps...»</p> <p>E7 : « En soit, on l'a choisi à deux de déclencher... »</p>
<p>Ne pas signer de consentement</p>	<p>E1 : « Ah non, ça non, non. A la maternité je suis arrivée et on m'a installé dans la chambre et voilà. »</p> <p>E3 : « Mais voilà, elle ne m'a pas demandé mon consentement. Elle expliquait à mon compagnon du coup parce que lui n'était pas dans le domaine. Mais sinon c'est tout. »</p> <p>E5 : « Ça non je suis sûre que je n'ai rien signé. »</p> <p>E6 : « Il n'y avait aucun document écrit ou quoi que ce soit. »</p> <p>E8 : « On ne m'a rien fait signer. »</p> <p>« Non mais non on ne m'a pas demandé mon consentement. »</p> <p>E7 : « (...) est ce qu'il y a eu une demande de consentement vraiment dite ce jour-là ? Non. On ne m'a pas demandé si on pouvait ou quoi ou qu'est-ce. Je n'ai rien eu du tout comme document et c'est vrai qu'on ne me l'a pas demandé. »</p> <p><u>Cas négatif : Institution où Annie a accouché</u></p>
<p>Ne pas avoir le choix</p>	<p>E3 : « Moi j'aurais préféré une date de césarienne. Je n'avais pas forcément envie d'induire non. (...) Je m'en serais bien passé parce que depuis un peu avant que je sois alitée, j'ai toujours dit que j'allais avoir une césarienne. Je ne sais pas pourquoi. Je ne me suis jamais vu accoucher en fait. La sage-femme elle m'a posé la question "Qu'est-ce que tu vois entre le moment de ta péri et le moment de ton bébé dans les bras ?", je disais "Je ne vois rien !". En fait, je ne me suis jamais vu accoucher. Je ne me suis jamais entraînée à pousser et je sais pas. Et pourtant je fais, en tant que sage-femme, des prépas</p>

à la naissance... Je ne me suis jamais dit comment je pousse ? Je ne me suis jamais entraînée sur moi-même pendant la grossesse. Je ne sentais pas que j'allais accoucher. C'est super bizarre car quand tu te dis "au final tu avais raison...", je ne sais pas... Je ne me suis jamais vue... C'est vrai qu'après... parce que j'en ai reparlé avec la sage-femme, après on se fait la réflexion et puis elle me dit "tu vois, tu...", non j'ai jamais senti que je devais accoucher par le bas. »

E4 : « Ah non, je n'ai même pas réfléchi ! Dès qu'elle m'a dit « on provoque », j'ai dit « il n'y a pas le choix ? » Et elle a dit « Non, non, il n'y a pas le choix. » Alors, j'ai dit à ce moment-là, je veux la péridurale. »

E5 : « Je n'ai pas vraiment eu le choix car le bébé ne venait pas en fait. Mais s'il n'y a pas le choix ok mais sinon je préfère quand même que ça vienne naturellement que d'avoir un truc comme ça... »

E6 : « Ben moi je pense que je n'avais pas trop le choix. Ben c'est pas que je n'étais pas d'accord parce que enfin, je savais qu'il fallait qu'il sorte plus tôt à cause de l'hypertension. »

E7 : « (...) je pleurais, franchement je ne suis pas douillette mais là... J'aurais voulu qu'elle me prévienne avant histoire de me préparer, de me dire « ok je sais que je vais avoir mal mais c'est normal ». Parce que là je me disais "mais qu'est-ce qu'elle fait quoi ? Elle fait que m'examiner, c'est pas possible." (...) Elle dit "bah voilà, je vous ai décollé les membranes", je dis "Ah oui mais ça fait mal hein !", elle me dit "Oui, je le vois. Je m'en vais vite hein !", je me dis "Oui c'est mieux !" ça a été très très violent !

Elle me dit que de là, ça va avancer plus vite, "j'ai demandé qu'on vienne vous mettre la perfusion d'ocytocine". Je dis "Bah ça va, ok." Donc là encore une fois, il n'y a rien eu, comme pour le décollement des membranes, il n'y a pas eu de consentement. On ne m'a pas demandé. Pour la perfusion d'ocytocine, on ne m'a pas demandé si je voulais continuer à attendre, je n'ai rien eu de tout ça. »

« Et puis la sage-femme est revenue dans la chambre un quart d'heure après. Elle m'a dit « bah voilà, Dr X veut que je vous mette la perf donc je vais vous mettre la perf. Mais moi j'aurais attendu mais elle ne veut pas donc je la mets. » Je dis « Allez y... » (soupire). « Si Dr X veut, je n'ai pas trop le choix ! »

Cas négatif : Etre dans le domaine / Oser contredire

E3 : « Le Dr X, ce qu'il m'a demandé c'est s'il pouvait décoller ou si je trouvais ça violent. Ça il me l'a demandé. Et pour l'induction, il m'a dit que l'on faisait ce que je voulais. Je pense qu'il aurait attendu encore 41 et 5

	<p>jours. Je faisais des monitos tous les jours car il y avait eu une petite décélération et que ça me stressait avec mon vécu de sage-femme. Mais sinon, l'induction était pas forcée parce qu'il partait en vacances, il ne voulait pas de tout ça... Il est parti deux fois en vacances et il m'a dit « de toute façon ton bébé m'attendra tu verras. » Et moi j'avais peur qu'il arrive mais non... Il est parti à 38 semaines et à 40 le gynéco. »</p> <p>E9 : « De base on voulait me déclencher le 22 et alors j'ai demandé à mon gynéco si c'était possible d'attendre parce que sur les monitos la petite allait super bien et tout ça. Et alors il m'avait dit, on attend grand max jusqu'au 25... Et alors on déclenchera si rien ne se passe. »</p>
<p>Accepter un acte initialement refusé (Cas négatif : sauf si douleur)</p>	<p>E3 : « Et j'avais dit à la sage-femme que je ne voulais pas des manœuvres. Et puis il est venu... il m'a dit "écoute si j'arrive à le retourner...", il a déjà fait donc je lui faisais confiance. Il m'a dit "si j'arrive à le retourner, il descend et t'accouche quoi." Donc j'ai dit ok... »</p> <p>« Et la dernière fois, j'ai dit STOP, j'en peux plus. Surtout que je sentais que lui repartait dans l'autre sens quoi, il repartait, il remontait. Et il se bloquait dans mes côtes vraiment avec ses pieds. Il ne voulait rien du tout et... heureusement. Et puis voilà, on est passés en césarienne. »</p>

<h3 style="color: #FFC000;">S'éclairer</h3>	
<p>Apprendre de sa propre expérience</p>	<p>E4 : « Oui, pas plus que ça. Je savais que ça existait, mais je ne me représentais pas ça comme quelque chose d'anormal ou d'aussi important. Par contre, quand je l'ai vécu, ouais, là c'était différent. »</p> <p>« Mais voilà, je sais que si je dois être provoquée une seconde fois, ben j'aurai peut-être moins d'appréhension maintenant que je l'ai vécu une fois quoi. »</p>
<p>Se sentir écoutée</p>	<p>E1 : « On sent tout de suite quand une sage-femme est impliquée, on n'a pas besoin de poser la question, qu'elle anticipe nos réponses pour nous mettre à l'aise. »</p> <p>E3 : « Oui, si la sage-femme me disait que si je devais pleurer, je pouvais... Elle était en formation d'haptonomie aussi. »</p>

	<p>E4 : « (...) elle est venue souvent voir comment ça allait. Elle m'a donné des petits conseils pour que je vive bien mon accouchement. Donc on a tamisé la pièce, j'ai mis de la musique. Voilà tout ça a joué et a créé une atmosphère propice finalement à un accouchement quand même quoi.</p>
<p>Etre informée en amont → Avoir un temps de réflexion → Se préparer psychologiquement</p>	<p>E1 : « C'est moi qui ai contacté la sage-femme et qui ai dit oui après qu'elle me propose de venir avant le déclenchement. Elle m'a dit comment ça allait se passer. Elle m'a dit que c'était mieux le tampon car on peut le retirer si les contractions sont trop fortes. Ça permet de maîtriser un petit peu le travail on va dire. Si ça ne marche pas, elle m'a dit que je rentrerais à la maison et qu'on réessayerait. Et elle m'a dit qu'au pire des cas, si la situation est incontrôlable, j'aurais une césarienne. Elle m'a dit que si mon col était fermé, ça pouvait prendre 24 à 48h, c'est là qu'elle m'a expliqué. Je l'avais oublié elle ! (Rires). Elle m'a dit que ça pouvait prendre 6-10h, que ça dépendait... ça dépend de chaque personne, chaque corps. »</p> <p>E3 : « Le délai c'était une semaine. Mais j'avais le choix de prolonger. »</p> <p>E4 : « (...) avec ma sage-femme, on en avait un peu discuté et donc, parce qu'en fait à ce moment-là, j'envisageais d'accoucher sans péridurale. Et donc du coup, on avait discuté des différents cas de figure. Et donc du coup, j'en savais un peu là-dessus, mais j'en savais suffisamment pour savoir que je ne voulais pas de ça quoi (du déclenchement). C'était la sage-femme à domicile qui est venue en amont me voir. Je faisais des séances de préparation à l'accouchement et de préparation à l'allaitement, tout ça en fait juste avant l'accouchement. »</p> <p>« Ben il y a eu le moment où une sage-femme est venue me voir en maternité pour me dire... parce que je n'étais pas encore au bloc d'accouchement à ce moment-là. Elle est venue me dire « bah écoutez, on va, on va accélérer le travail. » Donc, entre ce moment-là et le moment, on l'a fait, il y a eu quoi ? Deux heures peut-être ? »</p> <p>« On m'a laissé le temps... C'est là que je dis que la sage-femme a quand même joué un rôle... important, c'est que d'abord elle est venue me parler. On est restées 30 minutes toutes les deux en salle de travail. On en a discuté et puis alors elle m'a, elle m'a laissé le temps. Elle m'a dit "quand vous êtes prête, bah alors, je vous administre..." »</p> <p>E5 : « On avait été aux séances d'infos, elles sont bien faites. On nous avait fait visiter la maternité donc on avait tout visité avant, on avait vu les salles d'accouchements... on nous a expliqué comment ça allait se passer après</p>

l'accouchement. Le fait d'avoir été la semaine pour les monitorings, on avait vu quasiment toutes les sage-femmes aussi. »

« Elles sont un peu parties. On s'est retrouvées (elle et sa maman) un peu toutes seules dans la chambre le temps de se préparer tout ça quoi. On est arrivées à minuit 15, la sage-femme nous a un peu ré-expliquée, elle a dit qu'il y avait d'autres accouchements en même temps. Mais bon, on est restées un petit moment dans la chambre toute seules avant le déclenchement. »

E8 : « Du coup, on a voulu me déclencher le lendemain. Donc là, j'ai regardé mon compagnon et j'ai eu un petit coup de stress parce que je me suis dit ça y est, en fait c'est demain. »

« (...) j'avoue que ça m'a quand même arrangé de décaler d'une semaine pour vraiment prendre le temps de me préparer psychologiquement. »

« À chaque fois par exemple, qu'elle m'auscultait, elle me demandait toujours si elle pouvait m'ausculter. Elle me prévenait à chaque fois qu'elle y allait. Pour ça, franchement, je n'ai rien à dire. Elle m'expliquait vraiment à chaque fois ce qu'elle allait faire. »

Cas négatif : Etre un objet de soin / Urgence

E7 : « Ah non non, aucun délai de réflexion. Ça s'est fait tout de suite en fait dans le cabinet. Il n'y a pas eu de jours de réflexion après la visite au cabinet, c'était décidé. Ça a été plutôt après, quand on est rentrés dans la voiture où on s'est dit « bah en fait, jeudi il est là quoi. » Il n'y a pas de surprise à avoir de se dire... quand est-ce que ça va venir. Bah non, jeudi il est là. Pour tout vous dire, on ne s'est quasi pas parlé dans la voiture. Moi j'aurais pleuré mais pas de tristesse mais je pense que c'est peut-être l'émotion du moment. Comme vous dites, il n'y a pas eu de moment de préparation, ce n'est pas comme si une semaine avant, elle m'avait dit "bah si dans une semaine ça ne bouge pas, on devra peut-être déclencher." Où là on aurait eu le temps de cheminer, de se dire bah ouais, si elle m'avait proposé les deux solutions la semaine avant, je pense qu'on aurait pu y réfléchir et se demander ce qu'on faisait. J'aurais pu en parler autour de moi aussi voir l'avis. Que là, le 4, on est rentrés pour le rendez-vous, elle m'a examiné et autre et donc le 4 en sortant, donc oui, 20 minutes plus tard on va dire, je savais que je rentrais à l'hôpital et que jeudi il était là quoi. Donc oui le délai était extrêmement court. »

« (...) j'aurais voulu avoir un temps de pause et se dire voilà ce qui s'est passé à tel moment. Que la sage-femme revienne et nous dise « ben voilà, il s'est passé ça, ça... » Je n'ai pas besoin qu'elle reste ¼ d'heure près de moi, loin

	<p>de là mais deux ou trois minutes le temps de nous expliquer ce qu'il s'est passé et ce qui va se passer par la suite... »</p> <p>« Je préférerais qu'ils agissent dans un premier temps plutôt que de m'expliquer. Mais je pense qu'après voilà, me dire « On a fait ça, ça, ça, il s'est passé ça, ça, ça, ouais, ç'aurait été bien quoi. »</p> <p>E9 : « Oui vraiment super vite. On n'a pas eu le temps de se poser, de se dire ok, voilà. Et pourtant ce n'était quand même pas une césarienne en urgence, il n'y avait pas du tout d'urgence. On m'avait dit, si on fait une césarienne, c'est après 18 h. Au final à 11h et demie, je suis partie au bloc. »</p> <p>« Ben je suis rentrée à 11 h dans la chambre et je suis partie au bloc à 11h30. Ça a été très rapide. J'ai accouché à 11h50. »</p> <p>« Ben quand je suis revenue dans ma chambre... ben j'ai croisé le gynécologue dans le couloir et c'est dans le couloir qu'il me l'a dit en fait. Du coup, le temps de revenir à la chambre, ben je me posais mille questions de voir comment ça allait se passer.... Parce que je n'étais même pas préparée. Je me dis bah voilà, maintenant c'est le moment. (...) j'étais toute seule en plus, je stressais. Il y avait des sage-femmes avec moi dans la chambre, qui m'ont habillée et tout ça. Mais tout allait vite. Je n'ai pas eu le temps de me poser et réfléchir, pourtant il n'y avait aucune urgence. »</p> <p>« Ça doit dépendre surtout à mon avis du planning du gynéco à ce moment-là. Il m'a dit « j'ai eu 1h et demie de temps libre. On va partir en césarienne. »</p> <p>« Je suis restée au moins 20 minutes à ce qu'on me prépare dans le bloc le temps que mon copain arrive. Et quand mon copain est arrivé, ils avaient déjà commencé la césarienne »</p>
<p>Recevoir une information compréhensible</p>	<p>E4 : « En fait elle a expliqué comment les hormones en fait, intervenaient dans un travail, donc de manière naturelle, les hormones qu'on sécrète nous-mêmes. Et puis alors elle m'a expliqué dans le cadre d'une provocation, je ne sais pas si on peut dire ça comme ça... où là en fait, on injecte une hormone et donc du coup, on n'a plus le cerveau qui génère l'hormone qui permet d'aider à gérer la douleur. J'ai oublié. »</p> <p>E7 : « Oui c'était franchement très compréhensible. Que ce soit la gynécologue ou même la sage-femme qui m'a accueillie ce jour-là. C'était clair, même si on sait que je suis infirmière. Ce qui est bien c'est que ça reste des termes accessibles à tout le monde. Elle m'a d'abord expliqué qu'elle allait me faire un monitoring pendant une heure et puis qu'elle allait mettre le comprimé pour faire travailler le col, le ramollir, qu'il bouge et qu'on allait</p>

voir comme il agissait. Donc non franchement, j'ai vraiment eu des informations très claires et accessibles à tout le monde. »

Annexe 13 : Formulaire RGPD à destination des patientes



Formulaire d'information et de consentement RGPD pour un travail de fin d'étude

Comment la compréhension de l'expérience cognitive, émotionnelle et physique des femmes induites en salle de naissance permet-elle de renseigner la question de consentement ?
Étude qualitative en Wallonie

Ce formulaire d'information et de consentement RGPD présente une description de l'étude et des traitements de données à caractère personnel qui y sont associés.

Nous vous demandons de lire attentivement ce document. Si vous êtes d'accord de prendre part à cette étude, vous devrez signer ce document. Une copie datée de ce document vous sera remise. Après avoir donné votre consentement à participer, vous resterez libre de vous retirer de cette étude à tout moment, sans qu'aucune justification ne soit nécessaire.

Si vous avez d'autres questions ou préoccupations concernant le projet ou vos données à caractère personnel, ou si vous souhaitez retirer votre participation, vous êtes libre de contacter le ou les responsables du projet de recherche à tout moment au moyen des coordonnées figurant ci-dessous.

Responsable(s) du projet de recherche

Le promoteur de ce travail de fin d'étude est: Dr CAPELLE Xavier, gynécologue-obstétricien, xavier.capelle@skynet.be

L'étudiant réalisant ce travail de fin d'étude est : LE BERRE Tiphanie, étudiante Master en Sciences de la Santé publique, tiphanie.leberre@student.uliege.be

Description de l'étude

Cette étude qualitative a pour but de donner la parole aux personnes ayant vécu un déclenchement du travail en salle de naissance. L'objectif de ce mémoire est de comprendre l'expérience cognitive, physique et émotionnelle des femmes induites, en lien avec la notion de consentement éclairé. Les données seront récoltées par des entretiens semi-dirigés.

Cette étude sera menée, sauf prolongation, jusqu'à la fin de l'année académique 2022-2023.

Protection des données à caractère personnel

Le ou les responsables du projet prendront toutes les mesures nécessaires pour protéger la confidentialité et la sécurité de vos données à caractère personnel, conformément au *Règlement général sur la protection des données* (RGPD – UE 2016/679) et à la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel

1. Qui est le responsable du traitement ?

Le Responsable du Traitement est l'Université de Liège, dont le siège est établi Place du 20-Août, 7, B- 4000 Liège, Belgique.

2. Quelles seront les données collectées ?

Les données récoltées sont :

- Des données socio-démographiques intéressantes pour l'étude: l'âge, profession, lieu du déclenchement du travail, terme, délais depuis le déclenchement de la patiente.

- Des données concernant :
 - Les représentations du déclenchement du travail,
 - Les informations reçues avant le déclenchement du travail,
 - La notion de consentement éclairé avant le déclenchement du travail,
 - Le motif d'induction,
 - Le vécu du déclenchement du travail (vécu cognitif, physique, émotionnel)

3. *À quelle(s) fin(s) ces données seront-elles récoltées ?*

Les données à caractère personnel récoltées dans le cadre de cette étude serviront à la réalisation du travail de fin d'étude présenté ci-dessus. Elles pourraient, éventuellement, aussi servir à la publication de ce travail de fin d'étude ou d'articles issus de cette recherche, à la présentation de conférences ou de cours en lien avec cette recherche, et à la réalisation de toute activité permettant la diffusion des résultats scientifique de cette recherche. Votre anonymat sera garanti dans les résultats et lors de toute activité de diffusion de ceux-ci.

4. *Combien de temps et par qui ces données seront-elles conservées ?*

Les données à caractère personnel récoltées seront conservées jusqu'à la réalisation et la validation par le jury du travail de fin d'étude présenté ci-dessus. Le cas échéant, la conservation de ces données pourrait être allongée de quelques mois afin de permettre les autres finalités exposées au point 3.

Ces données seront exclusivement conservées par l'étudiant réalisant ce travail de fin d'étude, sous la direction de son promoteur.

5. *Comment les données seront-elles collectées et protégées durant l'étude ?*

- **Étape 1:** Récolte des données par l'étudiant menant l'étude lors d'entretiens individuels à l'aide d'un enregistreur audio et d'une fiche de données socio-démographique.
- **Étape 2:** Les données socio-démographiques de la personne interrogée sont numérisées. Elles sont ensuite stocké dans un fichier sur l'ordinateur de l'étudiant. L'enregistrement est stocké dans un fichier distinct du fichier utilisé pour les données socio-démographiques. Les fichiers sont restreints par un mot de passe connu par l'étudiant uniquement (chiffrement AES 256 bits sur mac). Chaque enregistrement est relié par un code aux données socio-démographiques de la personne, pour des fins d'analyse. La table de correspondance liant le code et les données personnelles est conservée dans un fichier caché sur l'ordinateur de l'étudiant.
- **Étape 3:** L'enregistrement est supprimé de l'enregistreur et les données socio-démographiques papier sont détruites.
- **Étape 4:** L'enregistrement est retranscrit intégralement par écrit. Pendant la retranscription, toutes les données sensibles permettant d'identifier l'interrogée sont anonymisées.
- **Étape 5:** Les réponses sont analysées et le mémoire rédigé. Des extraits de l'entretien peuvent être utilisés dans le corps du mémoire pour illustrer certains résultats.
- **Étape 6:** Après la soutenance orale du mémoire, suppression des enregistrements et données socio-démographiques de l'ordinateur de l'étudiant.

6. *Ces données seront-elles rendues anonymes ou pseudo-anonymes ?*

Les données seront rendues pseudo-anonymes jusqu'à la soutenance orale. En effet, les données seront liées à un code, que seul l'étudiant et son promoteur peuvent relier à des identités. La table de correspondance est conservée séparément. Après la soutenance orale du mémoire, tous les fichiers présents sur l'ordinateur de l'étudiant seront supprimés ne permettant plus à l'étudiant, ni son promoteur, de réidentifier les personnes concernées, même à l'aide d'autres sources de données.

7. *Qui pourra consulter et utiliser ces données ?*

Seuls l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude présenté plus haut, son promoteur et éventuellement les membres du jury de mémoire (pour validation de la démarche scientifique) auront accès à ces données à caractère personnel.

8. *Ces données seront-elles transférées hors de l'Université ?*

Non, ces données ne feront l'objet d'aucun transfert ni traitement auprès de tiers.

9. *Sur quelle base légale ces données seront-elles récoltées et traitées ?*

La collecte et l'utilisation de vos données à caractère personnel se fondent sur la mission d'intérêt public de l'Université (RGPD, Art. 6.1.e) et, pour les données particulières, sur la nécessité de traiter ces données à des fins de recherche scientifique (RGPD, Art. 9.2.j).

10. *Quels sont les droits dont dispose la personne dont les données sont utilisées ?*

Comme le prévoit le RGPD (Art. 15 à 23), chaque personne concernée par le traitement de données peut, en justifiant de son identité, exercer une série de droits :

- obtenir, sans frais, une copie des données à caractère personnel la concernant faisant l'objet d'un traitement dans le cadre de la présente étude et, le cas échéant, toute information disponible sur leur finalité, leur origine et leur destination;
- obtenir, sans frais, la rectification de toute donnée à caractère personnel inexacte la concernant ainsi que d'obtenir que les données incomplètes soient complétées ;
- obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, l'effacement de données à caractère personnel la concernant;
- obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, la limitation du traitement de données à caractère personnel la concernant;
- s'opposer, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, pour des raisons tenant à sa situation particulière, au traitement des données à caractère personnel la concernant ;
- introduire une réclamation auprès de l'Autorité de protection des données (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be>, contact@apd-gba.be).

11. *Comment exercer ces droits ?*

Pour exercer ces droits, vous pouvez vous adresser au Délégué à la protection des données de l'Université, soit par courrier électronique (dpo@uliege.be), soit par lettre datée et signée à l'adresse suivante :

Université de Liège
M. le Délégué à la protection des données,
Bât. B9 Cellule "GDPR",
Quartier Village 3,
Boulevard de Colonster 2,
4000 Liège, Belgique.

Coûts, rémunération et dédommagements

Aucun frais direct lié à votre participation à l'étude ne peut vous être imputé. De même, aucune rémunération ou compensation financière, sous quelle que forme que ce soit, ne vous sera octroyée en échange de votre participation à cette étude.

Retrait du consentement à participer à l'étude

Si vous souhaitez mettre un terme à votre participation à ce projet de recherche, veuillez en informer l'étudiant réalisant ce travail de fin d'étude et/ou son Promoteur, dont les noms figurent sur la première page de ce document. Ce retrait peut se faire à tout moment, sans qu'une justification ne doive être fournie. Sachez néanmoins que les traitements déjà réalisés sur la base de vos données personnelles ne seront pas remis en cause. Par ailleurs, les données déjà collectées ne seront pas effacées si cette suppression rendait impossible ou entravait sérieusement la réalisation du projet de recherche. Vous en seriez alors averti.

Questions sur le projet de recherche

Toutes les questions relatives à cette recherche peuvent être adressées à l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude, dont les coordonnées sont reprises ci-dessus.

Je déclare avoir lu et compris les 4 pages de ce présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire signé par les personnes responsables du projet. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet et ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles j'ai reçu une réponse satisfaisante. Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Nom et prénom :

Date :

Signature :

Nous déclarons être responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Nom et prénom du Promoteur :

Date :

Signature :

Nom et prénom de l'étudiant réalisant le travail de fin d'étude :

Date :

Signature :

Annexe 14 : Formulaire de consentement pour l'enregistrement



Formulaire de consentement pour l'enregistrement des entretiens

Je soussigné _____ (NOM, Prénom),
autorise Mlle LE BERRE Tiphanie à enregistrer l'entretien réalisé dans le cadre de son étude
s'intitulant : « *Comment la compréhension de l'expérience cognitive, émotionnelle et
physique des femmes induites en salle de naissance permet-elle de renseigner la question de
consentement ? Étude qualitative en Wallonie* », pour la rédaction de son mémoire de fin de
Master en Sciences de la Santé Publique à l'Université de Liège.

Certains extraits du discours enregistré sont susceptibles de figurer dans ce mémoire.

Cependant, ces données seront présentées de façon totalement anonyme.

Une fois l'analyse réalisée, les données relatives à cet enregistrement seront supprimées.

Date :

Signature :

Annexe 15 : Demande d'avis au Collège des Enseignants



Demande d'avis au Comité d'Ethique dans le cadre des mémoires des étudiants du Master en Sciences de la Santé publique

(Version finale acceptée par le Comité d'Ethique en date du 06 octobre 2016)

Ce formulaire de demande d'avis doit être complété et envoyé par courriel à mssp@uliege.be.
Si l'avis d'un Comité d'Ethique a déjà été obtenu concernant le projet de recherche, merci de joindre l'avis reçu au présent formulaire.

1. Etudiant-e (prénom, nom, adresse courriel) : Tiphanie Le Berre
tiphanie.leberre@student.uliege.be

2. Finalité spécialisée : Praticien spécialisé de santé publique

3. Année académique : 2022-2023

4. Titre du mémoire : Comment la compréhension de l'expérience cognitive, émotionnelle et physique des femmes induites en salle de naissance permet-elle de renseigner la question de consentement ? Étude qualitative en Wallonie

5. Nom du Service ou nom du Département dont dépend la réalisation du mémoire :
Département des sciences de la santé publique

6. Nom du/de la Professeur-e responsable du Service énoncé ci-dessus ou nom du/de la
Président-e de Département :
Pr Anne-Françoise DONNEAU

7. Promoteur-trice-s (titre, prénom, nom, fonction, adresse courriel, institution) :
 - a. Dr Xavier CAPELLE, gynécologue-obstétricien, CHU ND Bruyères, Liège, maître de conférences à la faculté de médecine de l'Université de Liège. xavier.capelle@skynet.be
 - b. Dr Marianne Von Frenckell, maître de conférences, faculté de médecine de l'Université de Liège. mvonfrenckell@ulg.ac.be

8. Résumé de l'étude

a. Objectifs

L'**objectif principal** de la recherche est d'en apprendre davantage sur le vécu des patientes induites en salle de naissance. Il s'agit de les amener à parler de leur expérience globale (cognitive, émotionnelle et physique) de leur déclenchement du travail. Le but est de donner la parole aux femmes concernées par la pratique et d'établir un premier constat car peu d'études abordent leur point de vue.

L'**objectif secondaire** de la recherche consiste à relever les éléments du processus décisionnel menant à choisir la pratique d'une induction. Les notions de consentement éclairé et de décision partagée en anténatal seront abordées avec la patiente.

b. Protocole de recherche (design, sujets, instruments, etc.) (+/- 500 mots)

Cette étude ne s'intègre pas à un projet de recherche ni à une demande spécifique de la Faculté de Médecine de l'Université de Liège.

Design d'étude :

L'**étude qualitative** est la plus appropriée pour cette question de recherche. Pour explorer les expériences des personnes induites au quartier d'accouchement, il est donc intéressant de se tourner vers une étude **phénoménologique interprétative**.

Population :

La population étudiée est la suivante : les patientes primipares de 18 ans ou plus ayant été induites au sein d'un hôpital liégeois entre 37 et 41 semaines d'aménorrhée. Nous souhaitons en effet nous focaliser sur les inductions proches du terme où les motifs d'induction de convenance et médicale se confondent. Le motif d'induction n'est pas un critère d'inclusion car nous souhaitons comprendre la décision d'induction peu importe le motif d'induction avancé. Et plus largement, il s'agit d'étudier le vécu de la patiente après une induction ce qui n'oblige pas la sélection de certains types de motifs.

L'induction devra avoir conduit à la naissance d'un enfant vivant.

Les patientes affirmant le fait de ne pas être à l'aise à mener un entretien en français seront exclues.

Sélection de l'échantillon :

La sélection des patientes se fera via le bouche-à-oreille (autrement dit technique « boule de neige ») mais aussi via des sage-femmes à domicile indépendantes de la région liégeoise qui pourront proposer à leurs patientes répondant aux critères de sélection, un entretien. La patiente pourra bien sûr refuser de participer à l'étude. Dans le cas où la patiente accepte, elle transmettra ses coordonnées à la sage-femme indépendante qui les communiquera ensuite à l'étudiante. Une prise de contact sera établie et un entretien sera proposée à la patiente à un moment qui satisfait l'interviewée et l'interviewer.

L'échantillonnage sera **raisonné** afin de diversifier les profils. Il sera intéressant de sélectionner des patientes d'âges différents ou d'origines ethniques différentes par exemple. Le but étant de viser un échantillon hétéroclite n'isolant pas certains types de profils. Il faudra tenir compte des critères de faisabilité et tendre vers une saturation des données, où de nouveaux entretiens n'amèneraient plus de thèmes supplémentaires.

Méthode :

L'interview des patientes sélectionnées se fera idéalement dans le mois qui suit le retour à domicile.

Après consentement libre et éclairé, des entretiens semi-dirigés individuels seront menés au sein d'un endroit neutre, où la personne interviewée se sentira libre de s'exprimer. Cela pourrait être dans un local clos de l'université. Le domicile de la patiente pourrait être choisi pour le confort de celle-ci (fatigue accrue en post-partum). Le nouveau-né peut être présent pendant l'entretien mais aucune autre personne n'est autorisée à participer pour le bon déroulement de l'interview.

Chaque entretien sera réalisé par moi-même, sage-femme et étudiante en 2^{ème} année du Master en sciences de la santé publique. Les entretiens seront enregistrés, avec le consentement de chaque participante, puis retranscrits pour faire l'objet d'une analyse thématique de contenu.

Un guide d'entretien semi-dirigé sera utilisé, ainsi qu'un questionnaire pour récolter les données socio-démographiques. Le guide d'entretien sera construit sur base de dimensions liées à l'objectif principal : le vécu physique des patientes ayant eu un déclenchement du travail, leur vécu émotionnel, leurs connaissances autour de l'induction, etc... Le guide contiendra également des dimensions associées aux objectifs secondaires.

9. Afin de justifier si l'avis du Comité d'Éthique est requis ou non, merci de répondre par oui ou par non aux questions suivantes :

1. L'étude est-elle destinée à être publiée ? Non
2. L'étude est-elle interventionnelle chez des patients (va-t-on tester l'effet d'une modification de prise en charge ou de traitement dans le futur) ? Non
3. L'étude comporte-t-elle une enquête sur des aspects délicats de la vie privée, quelles que soient les personnes interviewées (sexualité, maladie mentale, maladies génétiques, etc...) ? Non
4. L'étude comporte-t-elle des interviews de mineurs qui sont potentiellement perturbantes ? Non
5. Y a-t-il enquête sur la qualité de vie ou la compliance au traitement de patients traités pour une pathologie spécifique ? Non
6. Y a-t-il enquête auprès de patients fragiles (malades ayant des troubles cognitifs, malades en phase terminale, patients déficients mentaux,...) ? Non
7. S'agit-il uniquement de questionnaires adressés à des professionnels de santé sur leur pratique professionnelle, sans caractère délicat (exemples de caractère délicat : antécédents de burn-out, conflits professionnels graves, assuétudes, etc...) ? Non

8. S'agit-il exclusivement d'une enquête sur l'organisation matérielle des soins (organisation d'hôpitaux ou de maisons de repos, trajets de soins, gestion de stocks, gestion des flux de patients, comptabilisation de journées d'hospitalisation, coût des soins,...) ? Non
9. S'agit-il d'enquêtes auprès de personnes non sélectionnées (enquêtes de rue, etc.) sur des habitudes sportives, alimentaires sans caractère intrusif ? Non
10. S'agit-il d'une validation de questionnaire (où l'objet de l'étude est le questionnaire) ? Non

Si les réponses aux questions 1 à 6 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude devra être soumise pour avis au Comité d'Éthique.

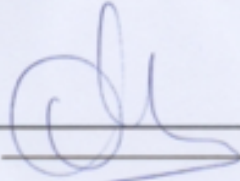
Si les réponses aux questions 7 à 10 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude ne devra pas être soumise pour avis au Comité d'Éthique.

En fonction de l'analyse du présent document, le Collège des Enseignants du Master en Sciences de la Santé publique vous informera de la nécessité ou non de déposer le protocole complet de l'étude à un Comité d'Éthique, soit le Comité d'Éthique du lieu où la recherche est effectuée soit, à défaut, le Comité d'Éthique Hospitalo-facultaire de Liège.

Le promoteur-trice sollicite l'avis du Comité d'Éthique car :

- cette étude rentre dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine.
- cette étude est susceptible de rentrer dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine car elle concerne des patients. Le Promoteur attend dès lors l'avis du CE sur l'applicabilité ou non de la loi.
- cette étude ne rentre pas dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine, mais un avis du CE est nécessaire en vue d'une publication
- Cette étude ne rentre pas dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine et ne prévoit pas de faire l'objet d'une publication

Date : le 8.05.23 Nom et signature du promoteur : _____


Dr. Xavier Lafelle.

Annexe 16 : Réponse du bureau pédagogique



MSSP <mssp@uliege.be>

À : Le Berre Tiphanie; ethique@chuliege.be

Cc : n.aich@chuliege.be



Mar 09/05/2023 09:00



Bonjour Madame Le Berre,

Tout est en ordre de mon côté. Votre étude ne tombant pas sous le coup de la loi de 2004, je pense que le comité éthique pourra vous confirmer que vous n'avez plus aucune démarche de leur côté puisque vous ne souhaitez plus publier.

Cordialement

Françoise Péters

Coordinatrice pédagogique du " Master en Sciences de la Santé publique

Faculté de Médecine | Université de Liège | www.facmed.uliege.be

CHU - B36 / -1

Tel : + 32 (4) 366 29 93

mssp@uliege.be

https://www.linkedin.com/ULiège_Master-Sciences-de-la-Santé-Publique

Annexe 17 : Réponse du comité éthique du CHU Liège



ethique@chuliege.be

À : Le Berre Tiphanie



Lun 22/05/2023 16:19

Bonjour,

Votre étude n'est pas soumise à la loi de 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine et comme vous ne souhaitez pas la publier dans une revue scientifique ou médicale, il n'est pas nécessaire de la soumettre au Comité d'Éthique.

Bien à vous,

Sophie MARECHAL

Secrétariat Administratif

Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège

Route 562, Porte 166

Avenue de l'Hôpital, 1

4000 Liège

Tel: +32 4 323 21 58

ethique@chuliege.be

