
**Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires
méthodologiques intégratifs[BR]- Mémoire : Exploration de la perception des
demandes d'autonomie des femmes enceintes en vue de leur accouchement
par les sages-femmes et gynécologues des maternités en Province du Luxembourg**

Auteur : Derenne, Isabelle

Promoteur(s) : Charlier, Nathan

Faculté : Faculté de Médecine

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

Année académique : 2023-2024

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/21481>

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.

**EXPLORATION DE LA PERCEPTION DES DEMANDES
D'AUTONOMIE DES FEMMES ENCEINTES EN VUE DE LEUR
ACCOUCHEMENT PAR LES SAGES-FEMMES ET GYNÉCOLOGUES
DES MATERNITÉS EN PROVINCE DE LUXEMBOURG**

Mémoire présenté par : Isabelle DERENNE

En vue de l'obtention du grade de Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en Promotion de la santé

Année académique 2023-2024

**EXPLORATION DE LA PERCEPTION DES DEMANDES
D'AUTONOMIE DES FEMMES ENCEINTES EN VUE DE LEUR
ACCOUCHEMENT PAR LES SAGES-FEMMES ET GYNÉCOLOGUES
DES MATERNITÉS EN PROVINCE DE LUXEMBOURG**

Mémoire présenté par : **Isabelle DERENNE**

En vue de l'obtention du grade de Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en Promotion de la santé

Année académique 2023-2024

Promoteur : **Pr Nathan CHARLIER**

Professeur associé à la faculté de Médecine

Département des sciences de la santé publique, ULiège

REMERCIEMENTS

Je remercie vivement toutes les personnes qui m'ont guidée, soutenue et encouragée dans la réalisation de ce mémoire. Chacune et chacun à leur manière, ils ont contribué à l'accomplissement d'un travail long mais passionnant.

Un grand merci au Professeur Nathan Charlier, mon promoteur, pour ses conseils judicieux, sa disponibilité et son enthousiasme depuis les prémises de ce projet.

Merci au Docteur Justine Slomian et au Docteur Patrick Emonts d'avoir accepté d'être les lectrice et lecteur de ce mémoire.

Merci aux participantes et aux participants de chaque maternité pour le temps qu'ils m'ont accordé et pour la richesse de leurs témoignages. Ils ont largement contribué à l'aboutissement de ce travail.

Merci à chaque sage-femme en chef pour leur aide lors du recrutement des participants à cette recherche, ainsi qu'aux différents responsables du groupe Vivalia pour leur intérêt porté à cette recherche.

Merci à mes deux collègues étudiantes pour leurs encouragements, elles se reconnaîtront.

Merci beaucoup à mon père et ma sœur pour leur travail de relecture.

Et enfin, un très grand merci à mes parents et mon compagnon pour leur patience et leur dévouement sans faille. Ce travail n'aurait pas pu être réalisé sans leur aide.

TABLE DES MATIÈRES

1.	Préambule	1
2.	Introduction.....	2
2.1	Santé de la parturiente : au-delà des protocoles hospitaliers.....	2
2.2	Quel soutien pour les femmes dans leur émancipation ?	4
2.3	L'autonomie de la parturiente décrite dans la littérature	5
2.4	Du vécu des femmes au vécu des soignants.....	6
2.5	Question de recherche.....	8
2.6	Objectifs	8
3.	Matériel et méthodes	9
3.1	Type d'étude & type de démarche de recherche	9
3.2	Caractéristiques de la population étudiée.....	9
3.3	Méthode d'échantillonnage et taille d'échantillon.....	10
3.4	Paramètres étudiés	10
3.5	Outils de collecte des données	11
3.6	Organisation et planification de la collecte des données	12
3.7	Traitement des données et méthodes d'analyse.....	13
4.	Résultats.....	14
4.1	Visions et perceptions de l'autonomie d'une femme qui accouche.....	14
4.2	L'accouchement idéal.....	15
4.3	Obstacles à la mise en œuvre de l'autonomie.....	17
4.3.1	Surmédicalisation et sécurité.....	17
4.3.2	Temporalité des étapes d'un accouchement.....	19
4.3.3	Multidisciplinarité et contraintes matérielles.....	20
4.4	Réactions face au vécu et aux demandes des femmes.....	20

4.5	Bienveillance obstétricale	23
4.5.1	Gérer le consentement en obstétrique	23
4.5.2	Aider les femmes à choisir	23
4.5.3	Lutter contre les violences	24
4.5.4	Illustration : l'épisiotomie	25
4.6	Aspects relationnels et communicationnels	26
4.7	Ressources et forces.....	27
4.8	Propositions.....	28
4.8.1	Davantage d'autonomie professionnelle pour la sage-femme	28
4.8.2	Gîte de naissance	28
4.8.3	Formation	29
4.8.4	Agencement du futur hôpital.....	29
5.	Discussion.....	30
5.1	Résultats, littérature et perspectives	30
5.2	Forces	34
5.3	Biais et limites	35
6.	Conclusion	35
7.	Bibliographie	37
8.	Annexes	45

LISTE DES ACRONYMES

OMS : Organisation mondiale de la Santé

OMD : Objectif du Millénaire pour le développement

GYN : Gynécologue

SF : Sage-femme

AAD : Accouchement à Domicile

ANA : Accouchement non assisté

Nota Bene :

L'expression « les soignants » a été choisie pour faciliter la lecture de ce mémoire. Il faut considérer qu'elle inclut les sages-femmes et les gynécologues dans leur ensemble et sans distinction de genre.

RÉSUMÉ

Introduction : Dans le cadre des efforts faits pour améliorer le vécu des femmes qui accouchent à l'hôpital [1], et pour tendre vers des soins maternels plus respectueux, la question de l'autonomie est centrale [1–3]. Les femmes veulent pouvoir participer aux différentes étapes de la périnatalité et participer aux prises de décisions qui ont des répercussions sur leur santé [4]. Si de nombreuses études s'intéressent aux dimensions de l'autonomie du point de vue des femmes, peu se penchent sur le point de vue des sages-femmes et des gynécologues qui les reçoivent à l'hôpital. L'objectif de cette recherche est de saisir en profondeur le vécu des professionnels face aux demandes d'autonomie, en analysant notamment leurs perceptions, leurs stratégies d'adaptation et les obstacles rencontrés.

Matériel et méthodes : Une étude qualitative de type phénoménologique a été effectuée. Une approche participative a été utilisée en partie, en organisant 2 séances de focus groupe. Les 8 autres entretiens étaient individuels et de type semi-dirigés. 13 sages-femmes et gynécologues travaillant dans une maternité en Province de Luxembourg ont participé en témoignant de leur vécu.

Résultats : Les professionnels de santé interrogés partagent une vision généralement positive des demandes d'autonomie des patientes. Ils associent notamment cette notion à l'*empowerment*, à l'implication dans les soins et à la capacité de faire des choix éclairés. Cependant, ils soulignent plusieurs obstacles à la mise en œuvre de l'autonomie des femmes en vue de leur accouchement, dont le cadre hospitalier rigide et les enjeux bioéthiques. La recherche souligne la nécessité d'un dialogue continu entre les soignants et les soignées, et le besoin d'adapter les structures hospitalières pour favoriser une expérience d'accouchement positive et respectueuse des choix des femmes.

Conclusions : L'exploration de la perception des demandes d'autonomie par les sages-femmes et gynécologues permet de comprendre leur attitude à l'égard des femmes. Pour améliorer l'expérience d'accouchement et respecter l'autonomie des femmes, les soignants sont prêts à de revisiter leurs pratiques et à repenser l'organisation des services de maternité. Cette étude contribue à enrichir les données de littérature sur l'autonomie dans le contexte de l'accouchement et ouvre des pistes pour des recherches futures.

Mots-clés : autonomie - accouchement – sage-femme – gynécologue - santé maternelle

ABSTRACT

Introduction: As part of efforts to improve the experience of women giving birth in hospital, and to move towards more respectful maternity care, the issue of autonomy is central. Women want to be able to participate in the various stages of perinatal care and to be involved in the decisions that affect their health. While many studies have looked at the dimensions of autonomy from the point of view of women, few have looked at the point of view of the midwives and obstetrician who see them in hospital. The aim of this research is to gain an in-depth understanding of how professionals experience requests for autonomy, by analysing their perceptions, coping strategies and the obstacles they encounter.

Materials and methods: A qualitative phenomenological study was carried out. A participatory approach was used in part, by organizing 2 focus group sessions. The other 8 interviews were individual and semi-directed. 13 midwives and obstetrician working in a maternity hospital in the Province of Luxembourg took part, describing their experiences.

Results: The healthcare professionals surveyed shared a generally positive view of patients' demands for autonomy. In particular, they associate this notion with *empowerment*, involvement in care and the ability to make informed choices. However, they highlight a number of obstacles to the implementation of women's autonomy in childbirth, including the rigid hospital setting and bioethical issues. The research highlights the need for ongoing dialogue between carers and cared-for women, and the need to adapt hospital structures to promote a positive childbirth experience that respects women's choices.

Conclusions: Exploring how midwives and obstetrician perceive requests for autonomy enables us to understand their attitudes towards women. To improve the childbirth experience and respect women's autonomy, care providers are prepared to revisit their practices and rethink the organization of maternity services. This study contributes to the literature on autonomy in childbirth and opens up avenues for future research.

Keywords : autonomy - childbirth - midwife - obstetrician - maternal health

1. PRÉAMBULE

En tant qu'infirmière exerçant dans un centre pour demandeurs d'asile à la Croix-Rouge de Belgique, je suis régulièrement amenée à suivre la grossesse, puis la période post-partum de femmes ayant des habitudes et coutumes très variées d'accouchement. Je collabore quotidiennement avec les médecins traitants, les sages-femmes et gynécologues hospitaliers, et avec une sage-femme à domicile pour que cet événement se passe au mieux pour chacune des résidentes. Cette expérience professionnelle m'amène à me pencher sur le vécu de mes collègues qui pratiquent les accouchements à l'hôpital.

En tant qu'étudiante en Master en Sciences de la Santé publique, je m'intéresse aux thématiques de recherche en santé publique liées à la promotion d'une santé participative. Parmi ces thématiques, les notions de respect de l'autonomie et des droits des patients, prennent une place importante dans mon parcours. Aussi, elles s'inscrivent particulièrement bien dans le domaine des soins à la femme qui accouche [5], où les enjeux éthiques sont nombreux.

En tant que femme, je recueille régulièrement des témoignages de vécus d'accouchement, et plus largement, de vécus de soins gynécologiques. Les femmes qui se confient constatent que les tabous diminuent en matière de santé féminine [6,7], mais que le chemin pour parvenir à des soins respectueux des femmes et sans violence leur semble encore long [8–10]. Ma démarche s'inscrit donc également dans la lutte globale contre les violences obstétricales, qui prend différentes formes en Belgique [11].

Et enfin, en tant que mère, ayant vécu un accouchement en Province de Luxembourg, j'ai pu me rendre compte de la complexité à organiser des structures adéquates à la santé maternelle sur ce territoire. L'OMS [12] plaide pourtant pour que « Chaque femme [ait] le droit au meilleur état de santé possible, ce qui inclut le droit à recevoir des soins fondés sur le respect et la dignité » lors de l'accouchement dans des établissements de soins. Cette recherche s'inscrit aussi dans les défis de santé publique auxquels la Province fait face (avec notamment la construction future d'un nouvel hôpital).

Finalement, c'est la combinaison de mes expériences et mes connaissances professionnelles, d'étudiante, de femme et de mère qui m'ont poussée à me lancer dans cette thématique où tant de ponts sont encore à créer.

2. INTRODUCTION

2.1 Santé de la parturiente : au-delà des protocoles hospitaliers

La santé maternelle est une préoccupation centrale à échelle mondiale, comme l' illustre l'OMD n°5 formulé en 2000 [13]. Si depuis les taux de mortalité et de morbidité de la femme qui accouche ont bien diminué grâce aux progrès de la médecine moderne, les résultats sont plus mitigés en ce qui concerne les soins maternels respectueux et basés sur des preuves [14]. Des efforts pour améliorer le vécu des femmes lors de leur accouchement devraient continuer, selon l'OMS. Dans sa déclaration intitulée *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*, l'organisation dénonçait en 2014 le fait que des femmes sont encore maltraitées et voient leurs droits fondamentaux bafoués dans de nombreux lieux de soin à l'occasion d'un accouchement [1].

Afin d'atteindre une plus haute qualité de soins maternels, les appels internationaux à modifier les pratiques de soins, dont la place laissée à l'autonomie de la parturiente dans les lieux d'accouchement, se multiplient [2,3,14]. D'ailleurs, les recommandations de l'OMS publiées en 2018 concernant les soins intra partum insistent sur l'importance des soins centrés sur la femme pour améliorer l'expérience du travail et de l'accouchement [15].

Les mentalités évoluent donc dans le domaine de la santé maternelle, en ce compris le fait d'accoucher lui-même, qui n'est plus réduit à une simple action mécanique d'un nouveau-né expulsé d'un utérus [16]. Des études montrent que le respect des processus physiologiques et psychologiques inhérents à la naissance améliore la santé et le bien-être de l'enfant et de sa mère à long terme [17–19]. En d'autres mots, encourager un accouchement le plus physiologique possible, en limitant les interventions médicales au strict nécessaire, c'est promouvoir la santé [20]. Cette promotion de l'accouchement physiologique se heurte cependant à deux éléments : d'une part la surmédicalisation de l'accouchement dans un cadre hospitalier [21], et d'autre part le fait que les conséquences d'un accouchement sur le corps de la femme ont longtemps été minimisées voire tues [8,22]. En effet, s'il est désormais admis que les femmes ont été soumises (voire sont encore soumises) à des actes médicaux injustifiés et n'apportant aucun bénéfice au bon déroulé de l'accouchement, les processus visant à faire évoluer les pratiques sont toujours en cours [4,23,24].

L'exemple des femmes désirant accoucher sans péridurale illustre ce phénomène : pour contrer la surmédicalisation de l'accouchement au sein des institutions hospitalières, les candidates à un accouchement naturel se renseignent auprès de professionnels de santé (souvent des sages-femmes, dont les paradigmes de soins correspondent davantage à la physiologie que les guidelines d'obstétriques[25–27]) mais trouvent aussi du soutien et pléthore d'informations sur des forum en ligne et plus récemment sur les réseaux sociaux [28–30]. Malgré leurs efforts de préparation à un accouchement sans péridurale, toutes n'y parviennent pas : elles mettent en cause, entre autres, les protocoles hospitaliers trop rigides [31]. L'impossibilité d'accoucher naturellement à l'hôpital illustre un manque d'autonomie laissé aux femmes [32].

Si la gestion des risques inhérents à l'accouchement était prioritaire pour faire baisser les taux de mortalité et de morbidité maternelles, la tendance semble être désormais à une prise en compte du vécu de chacune [21,33]. En effet, les chercheurs s'attachent désormais à identifier les causes de syndromes post-traumatiques suivant un accouchement, et de dépressions du post-partum [34]. Un lien entre vécu d'accouchement et santé de la jeune mère est clairement établi [35,36]. Afin d'améliorer le vécu de l'accouchement, accorder davantage d'autonomie à la parturiente est nécessaire [37,38].

Également dans le but de promouvoir la santé, des mouvements visant à recentrer les soins maternels sur la femme et à s'ouvrir à des pratiques participatives naissent dans différentes régions [39,40]. Ces démarches s'inscrivent plus largement dans une vision moins paternaliste de la santé : il s'agit plutôt d'impliquer les patients dans leurs soins de santé que de faire à leur place [5]. Aujourd'hui, les femmes veulent aujourd'hui être actrices de leur accouchement, en mobilisant des savoirs et non être des spectatrices obéissant aux injonctions médicales [4]. L'application de la tendance à prendre son accouchement en main est cependant variable d'une femme à l'autre [41].

Enfin, la volonté des femmes de se réapproprier leur accouchement émane aussi des mouvements de lutte contre les violences obstétricales. Celles-ci ont été dénoncées publiquement à l'occasion de campagnes menées par des associations de la société civile, s'inscrivant dans les revendications féministes en matière de santé. Les réseaux sociaux ont permis aux femmes de rompre le silence concernant les abus et les mauvais traitements subis lors de soins gynécologiques [6,7,22]. Les données relatives à ces violences obstétricales sont

collectées et analysées puis mises en avant par des associations. La *Plateforme pour une naissance respectée* joue ce rôle en Belgique, avec parmi ses objectifs, une volonté d'encourager à la bienveillance obstétricale en renforçant, notamment, l'autonomie des femmes [42].

2.2 Quel soutien pour les femmes dans leur émancipation ?

Ce sont d'abord les femmes elles-mêmes qui réclament le respect de leur autonomie durant leur accouchement [22,33,38,41]. Ces demandes sont par ailleurs relayées par des théories féministes de la santé maternelle [43,44] et par des sages-femmes qui s'intéressent aux questions éthiques de leur pratique [5] et qui soutiennent les femmes dans leurs demandes. Les sages-femmes militent également pour de meilleures conditions de travail et une reconnaissance de leur expertise, dans le but de pouvoir améliorer l'expérience vécue d'accouchement [45].

Ensuite, les recommandations internationales d'experts en soins maternels jouent un rôle important. L'OMS insistait en 2014 sur la nécessité de développer des politiques claires sur le droit des femmes et les normes éthiques (*point 4*), ainsi que sur l'importance d'impliquer tous les acteurs, y compris les femmes elles-mêmes dans les démarches d'amélioration de la qualité des soins (*point 5*) [1]. L'autonomie des femmes qui ont recours aux institutions de soins est désormais perçue comme une notion fondamentale des droits humains [46]. Des changements de pratiques émergent donc de ces recommandations, comme développé au chapitre précédent.

Enfin, le respect de l'autonomie est inscrit dans la loi. En Belgique, c'est la loi du 22 août 2002 qui précise les droits du patient en matière d'autonomie [47]. Il y est notamment question de droit au respect de la dignité humaine et de consentement. Pour tout acte médical, le praticien de santé doit demander au patient son consentement libre et éclairé. Toutefois, dans le cadre d'un accouchement, les conditions d'application de certains aspects de la loi peuvent être perturbées par deux dimensions d'un accouchement : la notion d'urgence et l'état psychique de la parturiente. L'urgence peut justifier un acte pour lequel le consentement n'aurait pas été demandé au préalable. En effet, l'obstétrique moderne vise à la fois la survie de la mère et de l'enfant avant tout, avec le moins de complications possible. Par ailleurs, la capacité de discernement d'une femme en travail ou qui accouche est considérée par certains comme

« altérée » et justifierait qu'on décide à sa place [2,24,48,49]. Mais d'autres sources avancent que les preuves manquent pour affirmer qu'une femme en travail n'est pas capable de discernement, et qu'il vaut mieux se concentrer sur des manières alternatives pour recueillir le consentement durant l'accouchement, en utilisant un projet de naissance, par exemple [50].

2.3 L'autonomie de la parturiente décrite dans la littérature

Les définitions du principe d'autonomie en santé sont nombreuses. Quatre d'entre elles seront développées dans le cadre de cette recherche, car elles envisagent la problématique de manière singulièrement différente mais complémentaire.

Le mot « autonomie » (αὐτονομία en grec ancien, indépendance, autonomie), se compose des mots αὐτο (*soi-même*) et νόμος (*la loi, la norme*), comme expliqué par Huck et al. (2022) [24]. Dans leur étude concernant l'acte d'épisiotomie en France, les auteurs rappellent que l'autonomie « (...) permet de reconnaître en chacun un sujet libre capable de juger et de se déterminer par lui-même. ». Il est question d'agir selon ses propres lois, et de respecter le choix du patient en vérifiant que son consentement est libre et éclairé.

L'autonomie décisionnelle de la (future) mère est évaluée par certains auteurs à l'aide d'une échelle validée [38,41] : *The Mother Autonomy Decision Making (MADM)* [51]. L'outil consiste à évaluer l'autonomie et le rôle de la femme dans les processus de décision lors des soins en maternité. Il a notamment servi à démontrer que les femmes qu'on inclut dans les prises de décision témoignent d'une plus grande autonomie perçue lors des interactions avec des sages-femmes que lors de celles avec des obstétriciens [41,51]. En revanche, une étude belge de 2022 sur l'autonomie de femmes flamandes n'a pas mis en avant une telle différence ; ce qui peut s'expliquer par le contexte de soins du pays [38].

Pour Newnham et Kirkham (2019), l'accouchement en hôpital est contraire à l'éthique car il répond aux exigences institutionnelles ou correspond à des habitudes culturelles plutôt que de rencontrer les souhaits des femmes. Il ne suffit pas, selon ces auteurs, d'évoquer les termes « autonomie » et « consentement éclairé » dans les maternités pour rendre les pratiques saines sur le plan éthique. En effet, sur le terrain, de nombreuses femmes se voient refuser les deux notions alors même qu'elles sont mises en avant par l'institution. Il s'agit pour eux d'une « autonomie rhétorique » (*rhetorical autonomy* [5]).

Pijl et al. (2021) ont quant à eux identifié quatre dimensions d'autonomie : « (...) la nécessité de fournir des informations aux individus sur leur état de santé et les risques qu'ils encourent ; la nécessité d'impliquer les individus dans le processus de prise de décision dans la mesure où ils le souhaitent ; la nécessité d'obtenir un consentement éclairé et le droit des patients de refuser un traitement. » [52]. Leur étude a mis en avant « un score d'autonomie » vécue par les femmes durant le travail et l'accouchement relativement bas.

2.4 Du vécu des femmes au vécu des soignants

L'autonomie de la femme à l'occasion de son accouchement a été explorée selon un cadre théorique féministe par Westergren et al. (2019) [43]. L'originalité de l'approche utilisée réside en l'analyse de projets de naissance écrits par des femmes à destination de leur(s) sage-femme(s). La méthodologie permet de faire ressortir des valeurs propres au mouvement, comme le fait d'écouter et de valoriser la voix des femmes et leur version des faits, ou encore d'agir en faveur de *l'empowerment* et l'émancipation des futures mères. L'étude fait apparaître une sorte de dilemme chez les femmes : elles veulent l'autonomie tout en identifiant leur dépendance (vis-à-vis de la sage-femme et de leur partenaire). Elles expriment, à travers leur projet de naissance, le désir d'être dans le contrôle et que leurs choix de naissance soient respectés, tout en formulant des attentes hautes en ce qui concerne le support émotionnel et la compréhension du déroulé de leur accouchement. Aussi, l'étude démontre l'utilité des projets de naissance dans la réponse que les soignants peuvent apporter aux demandes d'autonomie des femmes.

Un second projet de recherche original pour approcher le concept d'autonomie lors de l'accouchement est l'étude néerlandaise de Opdam et al. (2021). L'équipe de chercheurs s'est penchée sur une clinique de soins « *hors des guidelines* ». Les soins qui y sont dispensés concernent la préparation à la naissance de femmes qui réclament moins de soins que ce qui est recommandé par les professionnels de santé. L'équipe se veut multidisciplinaire et entend prendre le temps pour informer suffisamment les femmes, pour leur permettre de faire des choix éclairés concernant leur accouchement. Le principe de la décision partagée (*shared decision making*) est utilisé, dans le respect de l'autonomie maternelle. Il apparaît notamment que les femmes fréquentant cette clinique font des choix *positifs*, dans le sens où elles en ressortent rassurées quant au fait d'accoucher en hôpital plutôt qu'à la maison. Le principe de

la clinique atypique semble jouer un rôle dans le renforcement de leur autonomie, même en cas d'issue qui ne correspondrait pas à leurs attentes. Mais l'étude s'intéresse surtout au point de vue des obstétriciens et sages-femmes qui suivent l'élaboration des projets de naissance. S'agissant de leur avis sur l'autonomie, il ressort que les professionnels de santé ont bien conscience des demandes d'autonomie formulées par les femmes et entendent les prendre en considération. À une exception près : que ces demandes n'entrent pas en conflit avec leurs valeurs personnelles.

Ces deux travaux de recherches montrent que l'émancipation des femmes enceintes à l'occasion de leur accouchement passe nécessairement par une relation construite et équilibrée avec les soignants. Les deux groupes, soignants et soignés, ont tout à gagner à collaborer dans le cadre de la préparation à l'accouchement. Un entretien exploratoire avec la responsable des sages-femmes d'une des maternités visées par la présente étude a d'ailleurs fait ressortir l'importance de préparer la naissance avec l'équipe hospitalière, même lorsque la femme n'a pas comme projet d'y accoucher. Autrement, l'équipe médicale ne connaîtra pas les désirs d'autonomie de la parturiente qui risque de ne pas vivre un accouchement à la hauteur de ses attentes en cas d'issue hospitalière.

Bien d'autres études se penchent sur le vécu des femmes quant à leur autonomie, en identifiant généralement des lacunes et des points à améliorer dans la prise en charge proposée par les maternités [22,37,41,53–56]. Une étude belge est particulièrement intéressante pour approcher le sujet de la présente recherche puisque les individus évoluent dans le même système de soins, même si le public visé était flamand et non wallon [38].

L'étude proposée par ce protocole entend aborder la question de l'autonomie de la femme lors de son accouchement en explorant le vécu des soignants. En effet, la démarche envisagée est de comprendre comment les sages-femmes et gynécologues des maternités réagissent face aux demandes d'autonomie des femmes et face à la tendance à recentrer les soins maternels sur la parturiente. Comme évoqué précédemment, les milieux de soins gynécologiques et obstétriques ont été secoués par des dénonciations de violences commises en leur sein [57,58]. Il semble en découler deux catégories de personnes qui s'opposent : d'un côté les personnes féministes ou qui soutiennent leurs revendications en matière de liberté de la femme à disposer de son corps, et de l'autre côté les professionnels de santé qui ne perçoivent pas la notion de *violences obstétricales* de la même manière que les victimes

présumées [57]. Comme le suggèrent Vandebussche et al. (2023), étudier les aspects pratiques des violences obstétricales (dont la notion d'autonomie) du point de vue des professionnels de santé permet de mettre en lumière les éventuels besoins en matière de formation. Mieux comprendre la manière avec laquelle raisonnent les sages-femmes et gynécologues favorisera l'ouverture de terrains d'entente dans le champ de l'autonomie et améliorera le bien-être de tous les protagonistes.

2.5 Question de recherche

« Comment les demandes relatives à l'autonomie des femmes enceintes en vue de leur accouchement sont-elles perçues par les sages-femmes et les gynécologues des maternités en Province de Luxembourg ? »

2.6 Objectifs

Objectif principal :

Comprendre le vécu et les enjeux éthiques des réactions des professionnels de santé qui reçoivent les femmes enceintes dans les services de maternité de la Province de Luxembourg face aux demandes d'autonomie de leurs patientes.

Objectifs secondaires :

- Nourrir les débats éthiques dans le champ de l'autonomie maternelle.
- Proposer des pistes concrètes d'amélioration des conditions favorisant l'autonomie des femmes lors de leur accouchement.
- Identifier les éventuels besoins des gynécologues et des sages-femmes en matière de pratique professionnelle favorisant l'autonomie de chaque femme.
- Dégager des pistes de réflexion pour l'aménagement des locaux et pour l'élaboration des protocoles propres à la future maternité de l'hôpital d'Houdemont ¹.

¹ Dans le cadre de « Vivalia 2025 », un nouvel hôpital sera construit en Province de Luxembourg. Deux des trois maternités fermeront alors et les équipes se rejoindront sur le site du futur CHR centre-sud Houdemont.

3. MATÉRIEL ET MÉTHODES

3.1 Type d'étude & type de démarche de recherche

La recherche menée est de type **qualitative exploratoire**. L'objectif visé étant d'explorer le vécu des soignants quant aux demandes d'autonomie des femmes enceintes lors de leur accouchement, une méthode qualitative semble indiquée. Ce type de recherche permet de saisir les réactions des soignants tout en mettant en avant la complexité de la thématique.

L'approche de recherche retenue est une **étude phénoménologique**, puisqu'il s'agit de comprendre le vécu des soignants en maternité en le remettant dans son contexte[59]. Le phénomène a été étudié en analysant le point de vue des personnes qui vivent ces demandes, ce qui est un des principes des études phénoménologiques [60]. La phénoménologie a ici servi de support de recherche dans une **démarche inductive**, en partant des expériences vécues par les sages-femmes et gynécologues.

3.2 Caractéristiques de la population étudiée

Cette étude vise les équipes de professionnels de santé qui reçoivent les femmes à l'occasion de leur accouchement dans les trois services de maternités de la Province de Luxembourg, faisant partie du même groupe hospitalier Vivalia. Ce choix de zone géographique est raisonné pour faciliter l'accès à la population par la chercheuse principale qui y a son domicile et y exerce son métier d'infirmière.

Un entretien exploratoire avec une sage-femme responsable d'une des trois maternités a permis d'identifier les deux métiers concernés par cette recherche : les sages-femmes et les gynécologues.

Critères d'inclusion :

- Être en poste de sage-femme ou de gynécologue-obstétricien dans une des trois maternités du groupe Vivalia ou y avoir travaillé durant plus de 3 mois.
- Avoir au minimum 3 mois d'ancienneté dans le service concerné.

Critères d'exclusion :

- Ne pas pratiquer d'accouchement ou ne pas en avoir pratiqué régulièrement.

- Ne pas avoir d'expérience hospitalière.

3.3 Méthode d'échantillonnage et taille d'échantillon

Pour sélectionner les participants, une méthode d'**échantillonnage raisonné** a été utilisée. Celle-ci est non probabiliste car l'équipe de recherche a sélectionné arbitrairement des sujets pratiquant les deux métiers, en jugeant de la pertinence des différents profils pour répondre aux objectifs de l'étude. Cette technique est celle de l'échantillonnage de convenance [60].

La taille de l'échantillon n'était pas fixée d'emblée, car cela ne rentre pas dans le cadre d'une recherche qualitative, mais elle a tenu compte de la faisabilité en termes de temps pour le traitement des données. Elle a été également déterminée par le constat de *saturation des données*, c'est-à-dire que l'équipe de recherche s'est assurée que chaque thématique recueillait suffisamment de *verbatim* à exploiter pour procéder au raisonnement inductif [61]. Ce sont des allers-retours entre les étapes de collecte et d'analyse des données qui ont permis d'y parvenir. Le processus itératif caractéristique des recherches qualitatives a donc été respecté.

3.4 Paramètres étudiés

Afin de tendre vers la compréhension du phénomène de réaction des professionnels de santé face aux demandes d'autonomie des femmes lors de leur accouchement, les paramètres suivants étaient initialement prévus :

Thème	Paramètres
Vécu face aux demandes d'autonomie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réactions personnelles face aux critiques des patientes (cf. <i>Violences obstétricales</i>), stratégies d'adaptation individuelles et collectives ; ▪ Difficultés à appliquer la théorie sur le terrain ; ▪ État des conditions de travail ; ▪ Enjeux éthiques autour de la naissance et ses risques pour le nouveau-né et sa mère ; ▪ Respect du consentement lors des situations urgentes et/ou dangereuses sur le plan médical.

Thème	Paramètres
Évolution des pratiques en lien avec les demandes d'autonomie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Communication soignant-soignée ; ▪ Procédures propres à chaque équipe ; ▪ Utilisation d'outils matériels et/ou immatériels ; ▪ Place de la préparation à la naissance pour favoriser l'autonomie de la femme qui accouchera ; ▪ Suivi post-partum & enquêtes de satisfaction à la maternité.
Propositions de modifications des pratiques dans le futur	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Volonté de répondre adéquatement aux demandes d'autonomie des parturientes ; ▪ Idées pour la formation des futurs médecins et sages-femmes & pour la formation continue ; ▪ Idées d'aménagements des blocs d'accouchement pour le futur hôpital d'Houdemont.

3.5 Outils de collecte des données

Les paramètres décrits au point précédent ont été déterminés lors de l'élaboration du protocole de recherche. Une recherche bibliographique ainsi que des entretiens exploratoires ont permis de les sélectionner. Ils ont ensuite servi de base à l'élaboration d'un **guide d'entretien**², puis ils ont évolué au fur et à mesure de la collecte des données. En effet, le contenu des entretiens a été déterminé par les personnes interrogées, qui doivent se sentir libres d'explorer la thématique sans devoir suivre de trame fixe [62].

Les données récoltées sont issues des récits de chaque participant à l'étude. Pour parvenir à étudier le phénomène en profondeur, l'orientation prioritaire était initialement mise sur des **focus groupes** (groupes focalisés) mixtes (sages-femmes et gynécologues), à raison d'une séance dans chaque maternité.

Ce choix de méthode de collecte de données est justifié d'une part, par le caractère complexe du phénomène étudié et d'autre part, par la volonté assumée par l'équipe de recherche d'impliquer la population concernée [61]. En effet, les participants ont été amenés à exprimer leurs avis et leurs vécus en les mettant en perspective par rapport à ceux de leurs collègues.

² Cf. Annexe 1 : Guide d'entretien

Cette méthode apporte une diversité et une richesse de données plus conséquentes que les entretiens individuels. Cet outil favorise également l'analyse interprétative du vécu des soignants face aux demandes d'autonomie [63]. De plus, il permet de mieux saisir la complexité de la réalité et d'observer les dynamiques inter- et intra-professionnelles dans chaque équipe. Cette méthode de collecte des données a apporté une **dimension participative** à la recherche, en impliquant les professionnels dans la réflexion sur leurs pratiques communes.

3.6 Organisation et planification de la collecte des données

Avant d'entamer la collecte des données au sein des trois hôpitaux, les autorisations ont été demandées et obtenues auprès des autorités de Vivalia³. Ensuite, les responsables sages-femmes des trois maternités ont été sollicitées pour communiquer la survenue de l'étude dans leur service. Une affiche a été déposée dans chaque hôpital⁴. Chaque personne correspondant au profil recherché a pris soin de contacter l'équipe de recherche afin de fixer la date de l'entretien.

Comme expliqué au paragraphe précédent, l'intention de l'équipe de recherche était de réaliser principalement des séances de focus groupes. Cependant, la disponibilité du personnel n'était pas suffisante pour y parvenir. Deux séances de focus groupe ont quand même pu être réalisées : la première a réuni trois sages-femmes dans une maternité, et la seconde a réuni deux sages-femmes dans un autre hôpital.

Des entretiens semi-dirigés ont donc été réalisés en complément des focus groupes. Même s'ils n'étaient pas envisagés en priorité, leur organisation fut plus aisée pour la majorité des participants à l'étude, ce qui a permis de recruter 13 personnes au total. Ces entretiens adaptés aux études exploratoires ont permis de faire ressortir des expériences, des compétences et des savoirs divers, uniques et riches [64]. L'ensemble des données récoltées ont ensuite été analysées selon les cadres théoriques prévus.

³ Cf. Annexe 2 : Demandes d'autorisations et réponse de Vivalia

⁴ Cf. Annexe 3 : Affiche de recrutement

Il est important de préciser que le même guide d'entretien a servi pour tous les entretiens réalisés, qu'ils aient été sous forme de focus groupe ou d'entretien individuel semi-directif. Ceci a permis de faciliter le traitement des données et leur analyse.

3.7 Traitement des données et méthodes d'analyse

Le but de la démarche de recherche est de donner du sens et de *comprendre* les propos des soignants [59]. Pour ce faire, l'analyse des données de cette recherche a suivi différentes étapes selon un processus itératif :

- **Retranscription** : chaque séance de focus groupe et chaque entretien ont été enregistrées (en audio uniquement) puis intégralement retranscrites. L'utilisation de verbatims a facilité un premier tri par thème.
- **Anonymisation** : toutes les données récoltées ont été anonymisées.
- **Lecture & première analyse verticale** : il s'agissait de lire l'ensemble du matériel plusieurs fois afin de s'en imprégner. La première lecture *flottante* a permis de se replonger dans chaque entretien. Ensuite, quelques idées générales ont pu être extraites d'une deuxième lecture, en y associant des éléments de contexte propres au terrain.
- **Analyse horizontale** : cette étape a servi à *coder* l'ensemble du matériel en le lisant une troisième fois. Des expressions spécifiques au sens des propos des soignants ont été identifiées sous forme de *sous-thèmes*.
- **Catégorisation des verbatims** : chaque verbatim a été classé dans le sous-thème correspondant, jusqu'à ce que la saturation des données fut atteinte.
- **Organisation des sous-thèmes** : les thématiques principales issues de l'analyse des données ont été triées à leur tour pour être réorganisées et/ou regroupées si nécessaire. Les sous-thèmes les plus pertinents pour répondre à la question de recherche seront ont été conservés, et les autres pourront être étudiés dans d'autres futurs travaux.
- **Résultats** : synthétisation sous forme de plan des thèmes et sous-thèmes produits par l'analyse thématique et comparaison des expériences.

4. RÉSULTATS

Les données présentées dans cette étude sont issues de 10 entretiens, auxquels 13 personnes ont participé. Il s'agit de 10 sages-femmes et 3 gynécologues travaillant ou ayant travaillé dans une des trois maternités de la Province de Luxembourg. Deux gynécologues et une sage-femme supplémentaires devaient également participer mais des imprévus dans leurs agendas respectifs les en ont empêchés. Un tableau reprenant les profils des participants se trouve en annexe⁵. Les entretiens ont duré entre 26 minutes et 1h20.

L'analyse des données a permis de déterminer huit grands thèmes :

- « Visions et perceptions de l'autonomie d'une femme qui accouche »
- « Accouchement idéal »
- « Obstacles à la mise en place de l'autonomie »
- « Réactions face au vécu et aux demandes des femmes »
- « Bienveillance obstétricale »
- « Aspects relationnels et communication »
- « Ressources et forces »
- « Propositions ».

Ces thèmes regroupent les sous-thèmes qui approfondissent chaque thématique.

4.1 Visions et perceptions de l'autonomie d'une femme qui accouche

Cette catégorie reprend les éléments qui décrivent la manière dont les sages-femmes et les gynécologues considèrent les demandes d'autonomie des femmes en vue de leur accouchement. Les soignants partagent une vision assez semblable de l'autonomie de leurs patientes. Ils décrivent tout d'abord une volonté d'être **actrice** de son accouchement et se de sentir impliquées dans les différentes étapes.

« Je pense que ça représente plutôt une volonté, une envie de prise de contrôle de la patiente, de sa santé, et voilà sans a priori, positif ou négatif, mais une patiente qui a envie (...) d'être actrice et pas spectatrice de sa santé, tout simplement. » (GYN2)

⁵ Cf. Annexe 7 : Caractéristiques de l'échantillon

Il s'agit de placer la femme **au centre** des soins, qu'elle se sente pleinement impliquée. L'équipe soignante se place tout autour d'elle, apportant son support si nécessaire. La femme veut prendre cet événement de sa santé en main, en être son propre chef d'orchestre. En d'autres termes, ils lient l'autonomie d'une femme qui accouche au concept d'**empowerment**.

« Je pense que ça englobe pas mal le concept d'empowerment des patients : c'est pouvoir lui donner des clés heu pour être actrice de son accouchement et donc qu'elle ait un meilleur vécu. » (SF3)

Ensuite, le fait de pouvoir effectuer ses choix de manière **éclairée** est mentionné dans la plupart des entretiens. Il est question de recevoir les bonnes informations, en quantité suffisante et au bon moment.

« L'autonomie d'une patiente, c'est de pouvoir l'informer, d'une façon que toutes les décisions qui sont prises par elle ou par l'équipe médicale en son nom, soient faites de façon éclairée. C'est-à-dire que heu peu importe comment est mené l'accouchement et l'accompagnement de la patiente en question, c'est que tout ce qui est décidé soit fait en toute lumière heu en termes d'informations, d'explications et d'éducation de la patiente. » (SF4)

Enfin, plusieurs professionnels interrogés insistent sur l'importance de **respecter** les choix quand il s'agit d'autonomie lors d'un accouchement. Dans la mesure du possible, il faut que l'événement corresponde le plus possible aux souhaits exprimés par la femme ou le couple.

« (...) c'est d'abord à moi à suivre ce qu'elle, elle a envie, plutôt que l'inverse, j'estime. Donc l'autonomie a évidemment beaucoup d'importance. C'est son choix à elle. Le choix du couple d'abord : c'est leur bébé, c'est leur vie. » (SF6) ; « Oui c'est vraiment de respecter le choix de la maman, (...). Respecter leur projet, comme on dit, leur projet de naissance. (...) quand c'est possible, oui. » (SF8)

4.2 L'accouchement idéal

Les soignants interrogés constatent que les femmes peuvent avoir une image d'un accouchement idéal assez éloignée de la réalité, ou du moins, de la **réalité hospitalière**. En effet, elles leur parlent d'informations trouvées sur Internet, sur des réseaux sociaux ou dans des documentaires à la télévision. Selon les professionnels de l'accouchement, ces informations peuvent leur donner des idées de demandes d'autonomie parfois **irréalistes**, voire dangereuses.

« Oui « dans l'émission Babyboom, j'ai vu ça et ça... ». (...) parfois, ça peut poser problème parce qu'il y a des mauvaises informations. Et il y a des fois, elles sont braquées sur des trucs où elles se mettent en danger, quoi. Et c'est dommage. » (SF8)

Il arrive également que des femmes se présentent à eux avec des exigences, après avoir consulté d'autres praticiens en dehors du cadre hospitalier. Ceci a tendance à irriter les

professionnels hospitaliers car, selon eux, il est alors plus difficile de faire raisonner ces patientes qui estiment leurs demandes **légitimes**.

« (...) y'a quand même certaines sages-femmes et/ou doulas non-hospitalières qui ont... fin qui ont une vision très arrêtée sur certaines choses et qui ne se rendent pas compte de la réalité du terrain et qui insufflent aussi parfois des mauvaises idées, fin ou des idées reçues j'trouve, aux couples et donc ils se retrouvent confrontés à une réalité à laquelle ils n'étaient pas préparés quoi. » (SF3)

Parfois, des femmes prennent conscience de la réalité d'une maternité hospitalière lors de la préparation à la naissance, ou lors de leur accouchement. Elles espéraient trouver du soutien dans leurs projets respectifs, mais les soignants se voient obligés de les refuser ou les modifier pour des raisons pratiques ou de sécurité. Cela génère de la **déception** et de la frustration, comme le constatent les soignants interrogés.

« (...) c'est surtout savoir pourquoi une telle demande et voir, avec sa réponse, si on sait pas un peu contourner pour que le projet colle avec notre structure et colle avec son ou ses demandes, quoi. (...) et peut-être pouvoir trouver une solution. (...) Oui elles sont déçues, même si on explique, ils ne comprennent pas pourquoi on ne sait pas le mettre en place. (...) On parle d'un petit pourcentage de mamans déçues, j'ai l'impression. » (SF7)

D'autres femmes voudraient se lancer dans un projet de naissance particulier, sans forcément en mesurer les enjeux et les défis. L'exemple donné par une grande partie des participants est le souhait d'accoucher sans anesthésie péridurale. Mais tous ne sont pas d'accord sur la question : il y a les soignants qui pensent que sans préparation, c'est irréaliste d'envisager un accouchement sans péridurale...

« Elles lisent, elles veulent parfois de l'autonomie mais à un moment donné, elles se rendent compte qu'elles ne savent pas l'assumer, cette autonomie d'accouchement sans péri, par exemple, ou de choses qu'elles voudraient. » (SF6) ; « Parce que quand ils arrivent avec un projet assez carré, où ils veulent vraiment un accouchement comme ça comme ça, et au final, ils sont pas préparés, et ils comprennent pas vraiment comment ça se déroule. (SF1)

...et au contraire, il y a ceux qui estiment que les femmes pas ou peu préparées accouchent « mieux » ou plus facilement, parce qu'elles auraient peu d'attentes. Un peu comme si *l'ignorance* était plus bénéfique que le *tout-savoir*, dans ce cas précis.

« Pour moi, la fille qui accouche le mieux, c'est celle entre 16 et 20 ans, qui est complètement insouciante. Ces femmes accouchent souvent très, très bien sans péridurale, sans préparation prénatale, sans rien du tout ! Celles-là elles accouchent admirablement bien. [rires] Elles ne sont inquiètes de rien, en fait, vous voyez ? » (GYN1)

Enfin, les représentations d'un accouchement idéal sont contrastées parmi les professionnels eux-mêmes et/ou contrastent avec celles des femmes :

- L'accouchement « pas beau » mais bien vécu par les protagonistes : les soignants sont parfois étonnés de constater que des couples ou des femmes sont déçues du déroulé de leur accouchement, alors qu'ils estiment, de leur point de vue, que tout s'est bien passé. Et inversement : il arrive que certaines patientes soient ravies alors que l'équipe soignante a, elle, mal vécu le moment.

« SF3 : Et a contrario, parfois nous on vit mal un accouchement, parce qu'on se dit « pfff quel accouchement pas beau » et finalement les gens... »

SF2 : Oui ils sont super contents parce qu'ils se rendent pas compte que c'était pas un bel accouchement. » (SF2 et SF3 en focus group)

- Les femmes s'attardent sur des petites choses mais aux grandes conséquences : les soignants ne se rendent pas toujours compte des détails qui marquent les femmes lors de leur accouchement. Ce qui n'a pas beaucoup d'importance à leurs yeux peut parfois en avoir pour la patiente, qui en reparle souvent bien plus tard.

« Y'a souvent des p'tites choses, qui nous paraissent peut-être, allez j'veux dire, anodines, parce que c'est notre quotidien, qui à elles leur paraissent beaucoup plus grosses heu que prévu, et qui vont rester jusqu'au prochain accouchement. (...). J'ai déjà eu : juste elle n'aimait pas la position pour faire descendre le bébé, ben ça l'a bloquée pour refaire un enfant » (SF2) ; « C'est vraiment toutes ces petites choses, qui ne sont pas grand-chose finalement, mais qu'on peut mettre en place pour le bien-être des patientes et pour le respect de l'idée qu'elles auraient, parfois un peu utopique, soyons clairs, de leur jour d'accouchement, en ne faisant pas passer le confort médical, voire la routine avant ça quoi. » (SF4)

4.3 Obstacles à la mise en œuvre de l'autonomie

Tout au long des entretiens, les personnes interrogées ont évoqué les difficultés qu'elles rencontrent au quotidien dans la gestion des demandes d'autonomie des femmes. Ces obstacles ont été classés en trois sous-catégories.

4.3.1 Surmédicalisation et sécurité

Parmi les obstacles pouvant gêner les soignants lorsqu'ils cherchent à rencontrer les demandes d'autonomie des femmes, les menaces médico-légales sont régulièrement rappelées dans les entretiens. Trois menaces médico-légales ont été identifiées, dont deux seront évoquées dans d'autres parties. Il s'agit notamment, pour les professionnels de santé hospitaliers, d'**assurer la sécurité de la future mère et de son bébé** durant tout le séjour à la maternité. Les demandes d'autonomie qui entraîneraient des risques pour la sécurité des patients (ou du personnel soignant) ne peuvent donc pas être acceptées à l'hôpital.

« (...) on a derrière nous toute la pression du médico-légal hein. Ah oui, quand c'est la patiente qui dit : « moi, je veux ci, moi, je veux ça », qui prend son truc un peu à la carte et qu'après ça va mal se terminer, qu'est-ce qui va se passer ? Les gens ils portent plainte. Et nous voilà devant les tribunaux. Donc pour se prémunir d'ennuis judiciaires, y'a des médecins qui prennent pas de risque et qui font une médecine défensive. » (GYN3)

Plusieurs professionnels insistent d'ailleurs sur le fait qu'ils ne sont en rien responsables d'événements indésirables liés à des initiatives d'autonomie qui seraient survenus en dehors de leurs murs, par exemple avant l'arrivée de la femme à la maternité.

« La dame qui arrive à dilatation complète, elle n'était pas chez-nous, elle n'était pas admise. On n'est pas responsable du rythme du bébé avant. » (SF5) ; « (...) s'il arrive une complication, ça bascule sous ma responsabilité et je dis ok, mais je ne suis pas responsable du fait qu'il y a eu cette complication. Je reste juste responsable d'essayer de récupérer la situation. (...) je suis pas responsable de la cause, uniquement de la gestion de la conséquence. On peut pas garantir que pour une conséquence, on rattrape tout à 100 %. » (GYN2)

Comme l'explique un gynécologue, le contexte sécuritaire propre à l'hôpital serait également à l'origine de la surmédicalisation de l'accouchement...

« (...) avec le recul, ça s'est médicalisé à cause du médico-légal et maintenant, je crois que c'est un petit peu le retour, le retour de flamme de ça, de l'excès de médicalisation. On a eu peur des procès. Du coup, tout est super médicalisé et on a trop médicalisé. » (GYN3)

...surmédicalisation qui serait elle-même à l'origine d'une volonté de retour aux sources de certaines femmes quant à leur accouchement.

« Donc c'est à dire que y'a beaucoup de demandes parce que les dames veulent retrouver un petit peu, bien sûr une certaine autonomie physiologique à cet acte de l'accouchement hein, qui est en soi naturel. (...) Aussi parce que malheureusement ben les dernières décennies, ben avec les progrès de la médecine, on a vu heu une médicalisation hein, (...)... probablement aussi avec l'avènement de tous les échanges qu'il y a possibilité de faire avec les réseaux sociaux, avec internet tout ça. Ben y'a des gens, qui de plus en plus, parlent de leurs expériences, entre autres négatives hein heu, de la manière dont auraient été gérés le travail et l'accouchement. Qui colle pas, plus, toujours avec la physiologie. » (GYN1)

Les soignants y perçoivent une difficulté : bien qu'ils approuvent globalement la nécessité de limiter les interventions médicales lors d'accouchements, ils savent que tout n'est pas faisable, pour des raisons de sécurités donc, et aussi parce que l'organisation du travail du personnel ne permet pas une disponibilité suffisante pour pouvoir répondre à toutes les demandes.

« Mais on peut avoir aussi des jours où on a 10 accouchements sur la journée. Ces jours-là, on est quand même aussi très contentes d'avoir des mamans et des co-parents qui savent gérer au niveau, au niveau douleur. (...) Mais ça peut être aussi le manque de temps qui fait qu'on n'arrive pas à prendre correctement les gens en charge. Nous, ça va plus loin. (...) On essaie d'être le moins invasif possible, de respecter la physiologie tant que c'est possible. » (SF5)

Un exemple de demande refusée dans les trois maternités pour des raisons de sécurité est le fait de vouloir accoucher dans l'eau. Au moins une baignoire de dilatation est accessible dans chaque hôpital, mais l'accouchement dans l'eau n'y est pas permis. Cela est dû à l'absence de personnel formé, aux baignoires inadaptées, au refus des assurances, mais aussi aux soignants eux-mêmes, dont la plupart ne sont pas convaincus du bien-fondé de cette manœuvre. Les couples habitant la Province de Luxembourg qui souhaiteraient une naissance dans l'eau doivent donc traverser tout le pays (la maternité citée comme référence se trouve à Ostende) pour accéder à cette demande.

« Par contre, celles qui disent « Moi, je veux accoucher dans l'eau » là, par exemple, je dis : « madame, nous, ici, on n'accouche pas dans l'eau. On n'a pas le matériel, on n'a pas la formation, on n'a pas l'infrastructure, on n'a pas été formés. Donc ça non, accoucher dans l'eau pour nous, dans ces conditions-là, c'est prendre des risques. (...) Donc soit elle va réellement accoucher là où elle peut accoucher dans l'eau, soit si elle vient accoucher chez-nous, elle sait qu'elle n'accouchera pas dans l'eau. Donc voilà, il faut être réglo, je veux dire des deux côtés, quand on explique, voilà. » (SF6)

4.3.2 Temporalité des étapes d'un accouchement

Une des difficultés relatives par les soignants dans la gestion des demandes d'autonomie des femmes concerne le *timing* d'un accouchement. En effet, il n'est pas possible de prédire si un accouchement surviendra dans une période calme ou chargée, et donc de savoir si les soignants pourront répondre à toutes les demandes des femmes.

« Je veux dire que c'est mieux, mais on n'est peut-être pas encore... il y a des jours où ça peut être quand même un peu compliqué [de répondre aux demandes des femmes], puisqu'on ne sait pas toujours prévoir la charge de travail. » (SF5)

De plus, une situation a priori sous contrôle peut très rapidement changer, voire dégénérer en obstétrique. Dans certains cas, l'équipe soignante doit réagir vite, en parant au plus urgent. Il semble normal, aux yeux des soignants, que certaines demandes d'autonomie passent alors au second plan, car il s'agit de sauver des vies.

« Ben parfois répondre à des demandes c'est compliqué parce que, dans l'urgence il faut poser les actes, il faut faire des choses par rapport à la maman et au bébé. Mais la maman, elle est rarement dans une situation où elle est réceptive et il faut le temps qu'elle... généralement, il lui faut le temps d'assimiler l'information. (...) donc ça dépend toujours des situations. Quand on doit agir dans l'urgence, on doit agir dans l'urgence. Donc la priorité, c'est l'urgence. » (SF10)

Enfin, pour certains professionnels hospitaliers, le fait de ne pas avoir assez d'occasions de *débrief* avec les couples en post-partum les empêche de cerner et/ou de comprendre ce qu'ils ont vécu en matière d'autonomie lors de l'accouchement. Hormis des suites de couches compliquées, les gynécologues revoient les femmes une seule fois en post-partum, et la

plupart des sages-femmes ne les revoient jamais... Sauf à l'occasion d'une autre naissance à venir. C'est d'ailleurs plutôt à ce moment-là, (pour un deuxième, un troisième, etc. enfant) que les couples se confient et énoncent des souhaits plus clairement. D'une manière générale, les personnes interrogées souhaitent que les femmes s'expriment davantage quant à leur vécu et à leurs demandes d'autonomie.

« SF7 : Si, ça par contre, oui. Il y a des vécus, si. Et plus tard, on en apprend sur...

SF8 : Quand c'est un deuxième, par exemple « oh mon premier, il y a deux ans, on n'a pas su faire ça... » (...)

SF8 : oui ça ressort par après, peut-être à l'occasion d'une 2e grossesse.

SF7 : Oui, ça revient plus facilement plus tard après que sur un séjour qui est quand même court, enfin si ça arrive aussi. Mais c'est plus conscientisé quand... quand elles reviennent en disant : « ben je veux plus ça » quoi. » (SF7 et SF8 en focus group)

4.3.3 Multidisciplinarité et contraintes matérielles

Les sages-femmes et les gynécologues sont amenés à collaborer ponctuellement avec des médecins anesthésistes. Deux situations sont concernées par des demandes d'autonomie : l'anesthésie péridurale, et l'accouchement par césarienne. Dans les deux cas, les praticiens de en maternité interrogés expliquent que l'organisation du travail des médecins anesthésistes et la disposition des blocs opératoires au sein de l'hôpital les empêchent de répondre favorablement aux femmes qui réclame plus d'autonomie.

« Là, ou moi, c'est vrai que moi, tant que tout avance bien, que le bébé et la maman vont bien, heu je m'en fous, elles font ce qu'elles veulent. Boire et manger, si ça tenait qu'à moi, je m'en fous, elles peuvent boire ou manger même il y a la possibilité d'une péridurale voire d'une anesthésie générale. C'est peut-être plus les anesthésistes qui limitent... » (GYN2) ; « ben, si vous voulez, les anesthésistes ils n'ont pas de patientèle, donc eux ils ne se rendent pas compte de l'évolution de la demande des gens. (...) on voudrait une salle de césarienne dans notre bloc d'accouchement, mais la résistance, c'est eux. On lutte parce que tout ça, c'est dans le cadre d'un bien-être materno-fœtal quoi. (...) on est très sensibles nous au bien-être des dames. (...) Donc quand on fait une césarienne en urgence, il faut courir, il faut prendre un ascenseur, qui pourrait tomber en panne... » (GYN1)

4.4 Réactions face au vécu et aux demandes des femmes

Cette section rassemble les éléments issus des entretiens qui illustrent la manière dont les sages-femmes et les gynécologues abordent leurs patientes quand elles se confient au sujet de leur vécu ou de leurs souhaits d'accouchement.

Tout d'abord, il ressort des entretiens que les femmes osent davantage s'exprimer sur leur vécu et leurs envies d'accouchement que dans le passé. Cette évolution serait liée, selon les soignants, à la levée d'un certain nombre de tabous dans le champ de la santé gynécologique

en général, mais aussi au fait que les sages-femmes et les gynécologues des dernières générations ont compris **l'importance d'écouter** les femmes et de prendre leurs demandes en compte.

« (...) il faut pouvoir faire cette jonction entre « ce qu'elle ressent » et « ce que moi je sais ». Parce que moi je pense que c'est vraiment en travaillant ensemble que les femmes auront plus d'autonomie et probablement que les sages-femmes se plairont plus dans leur travail. En tout cas moi, personnellement, je me plais beaucoup plus dans mon travail depuis que j'écoute beaucoup plus les femmes. » (SF4) ; « Une prise en charge difficile peut toujours être difficile, mais si la personne sent qu'elle a été écoutée, qu'elle a été considérée, même s'il y a une erreur derrière, il se passera rien. Les gens seront quand même contents, parce qu'ils se diront : « ça peut arriver, mais on a été écoutés ». (...) Les gens, quand ils portent plainte, c'est pas parce qu'ils n'ont pas été contents, c'est parce qu'ils n'ont pas été souvent écoutés, dans leurs plaintes, dans leur douleur. » (SF5)

La motivation qu'ont les soignants à réagir positivement aux sollicitations de leurs patientes en matière d'autonomie est aussi liée, en partie, à une seconde menace médico-légale. En effet, certains praticiens ont **peur de plaintes pour entrave à l'autonomie** que pourraient formuler certaines patientes. Cela les pousse à faire évoluer leur pratique.

« Et à l'inverse, on entend quand même de plus en plus, et peut être que ça fait peur aux médecins, et c'est ça qui leur fait peut-être être à l'écoute, y'a des gens qui portent plainte... parce qu'ils n'ont pas été écoutés, parce qu'il y a eu peut-être un sentiment de... à l'extrême, de violation de leur intimité. Mais c'est vrai que les médecins sont donc peut-être plus à l'écoute, à faire attention pour justement respecter... je pense pas par crainte, je pense par réelle volonté d'accompagner les patients, parce qu'on aime notre métier, parce qu'on a envie que les gens vivent bien leur accouchement. » GYN2

Plusieurs soignants ont par ailleurs identifié des **facilitateurs** à la **compréhension** du vécu des femmes et de leurs demandes :

- Avoir vécu un accouchement, qui plus est dans le service où l'on travaille, améliore la compréhension des besoins des femmes en autonomie ;

« Je l'ai vécu pour mon deuxième, où j'ai des collègues qui étaient dans le couloir. Moi, je crevais de mal, mais elles ne savaient pas que j'avais mal... Je crevais de mal toutes les deux minutes. (...) Et ça, je trouve qu'on a plus. Parce que maintenant, on a vraiment notre service post-partum d'un côté, et notre bloc d'accouchement là-bas, un peu à l'écart. Et les femmes ça leur permet d'être dans une bulle. Parce que le bruit, quand on a mal, y'a rien de plus irritant. Et je m'en suis rendu compte en passant par-là [rires]. » (SF9)

- Le fait de suivre des patientes en post partum permet de se rendre compte de l'importance de certains aspects pratiques, auxquels on ne pense pas forcément sur le moment ;

« Quand je revois les mamans en post natal, je revois vraiment tout leur vécu de l'accouchement. (...) Par exemple, celles pour qui ont vraiment respecté la bulle, à qui on a proposé de la musique, à qui on a mis les lumières tamisées, où on a fait attention de pas venir plusieurs fois dans la pièce pour des actions qui

n'étaient pas forcément nécessaires, elles le remarquent et elles sont vraiment reconnaissantes de ce point. Avant je n'aurais pas forcément pensé à ça, alors que maintenant ça me paraît logique ! » (SF4)

- Les consultations sages-femmes dans le cadre de la préparation à la naissance permettent d'aborder des sujets différents du pur suivi médical, en ayant une approche plus holistique où les questions d'autonomie ont leur place.

« La première consultation consiste à vraiment de l'information sur le déroulé du suivi de grossesse, des démarches administratives etc. Pour faire déjà une première grande anamnèse avec les patients. Et la suivante permet d'avoir un retour avec elle par rapport à leurs souhaits, à leurs questionnements, etc. Et du coup on peut discuter des choses qui sont possibles de faire ou pas, en fonction des circonstances et de la situation liées à la maman. » (SF10)

Par contre, certaines demandes d'autonomie formulées par les femmes sont **mal comprises** par les soignants, qui n'hésitent pas à les qualifier de « *farfelues* », « *abracadabrantes* », « *loufoques* », etc... Bien que la plupart disent accepter d'y répondre favorablement, dans les limites posées par le cadre hospitalier.

« Alors, une autre demande que nous on estime assez farfelue, c'est le bébé lotus : donc le bébé naît, donc on le laisse accroché au placenta et au bout d'un moment ça se nécrose et le placenta se détache (...) Moi personnellement, je... moi ce truc-là, je... Enfin bon on l'a fait hein, elles disent « je veux », on essaie de respecter la demande, mais... J'ai un peu de mal à comprendre la signification hein mais bon heu, ces personnes qui le demandent en trouvent une. » (GYN1) ; « Parfois, c'est vrai qu'il y avait des demandes... Nous, on aurait pu les qualifier d'un peu loufoques... moi, par exemple, j'ai le souvenir, d'une femme qui voulait récupérer son placenta et le cuisiner. (...) voilà c'est assez exceptionnel. C'était des choses qui étaient un peu interpellantes parce qu'on ne connaissait pas, qu'on n'avait pas l'habitude. » (SF10)

Finalement, le souhait d'autonomie dont les femmes peuvent leur faire part et qui fait le plus réagir les participants à cette étude concerne l'accouchement à domicile. Sans que la question ait été formulée par les chercheurs, tous les répondants l'ont évoquée. De manière générale, ils ne comprennent pas la démarche, qu'ils jugent bien trop **risquée**. Beaucoup de soignants évoquent des situations dramatiques, mais rares, survenues lors d'un accouchement à domicile, et dont les conséquences ont dû être gérées à l'hôpital.

« Oui, c'est ça, j pense qu'il y a quand même une évolution dans les demandes des couples. Heu et en fait, ici ce qui ressort beaucoup c'est ce qu'en Province de Luxembourg y'a très peu d'alternative à l'hôpital. ...ce que je trouve très bien, parce que je ne comprends pas qu'on puisse accoucher en dehors de l'hôpital. » (SF3) ; « Parce que, si voulez, les accouchements à domicile, je trouve ça un retour en arrière, c'est dangereux comme tout. Moi je ne voudrais jamais, jamais, jamais aller faire un accouchement à domicile.(...) Et je ne comprends pas comment des sages-femmes osent se lancer dans un accouchement à domicile alors qu'elles en font très peu.» (GYN3)

4.5 Bienveillance obstétricale

Cette catégorie s'intéresse à la manière dont les professionnels de santé gèrent les nombreux enjeux bioéthiques propres à l'autonomie des parturientes dans le contexte hospitalier. Les notions de consentement, de choix pour sa santé, de violences obstétricales ainsi que des exemples y sont présentés.

4.5.1 Gérer le consentement en obstétrique

Les données récoltées dans cette étude montrent que le recueil du consentement avant un acte médical posé durant le travail, l'accouchement ou en post-partum ne peut pas toujours se faire clairement ou systématiquement. Dans leur pratique quotidienne, les soignants sont régulièrement amenés à *avertir* les patientes avant un geste médical, plutôt que de réellement recueillir leur consentement au préalable. Cette réalité de terrain s'explique par le manque de temps disponible lors des situations urgentes : les professionnels doivent réagir le plus vite possible et il n'est pas envisageable de « perdre » des minutes précieuses pour une discussion relative au consentement.

« J'ai un peu l'impression qu'on n'est, dans les situations d'urgence, pas dans du consentement mais presque dans de l'avertissement. (...) On prévient la patiente pour, en un sens, réduire un peu l'impact que ça peut avoir au niveau mental chez elles, comme ça elle a été prévenue. Mais en même temps elle n'a pas marqué son accord, quoi. » (SF4)

Certains soignants considèrent par ailleurs qu'il y a une sorte de *contrat de confiance* (via le projet de naissance notamment) entre les patients et eux, qui fait que les couples comprennent que certains gestes sont indispensables. Ces gestes sont en quelque sorte acceptés *tacitement*.

« Et donc dans ces projets de naissance-là, moi, ce que j'aime bien, c'est que c'est un contrat de confiance entre l'équipe et la patiente. Si l'équipe s'engage à respecter ce que la patiente souhaite, il faut savoir que le patient, il a aussi des engagements, en sachant, ben « j'accepte je connais les règles qui se passent ici au niveau hospitalier et je les accepte ». » (SF5) ; « Tandis que y'en a d'autres : (...) « non, j'ai pas de question, je vous fais confiance, vous faites [votre boulot] », ben on sent bien qu'il y a pas besoin, qu'ils nous font confiance, et ils savent bien que les actes sont posés si c'est nécessaire. » (GYN2)

4.5.2 Aider les femmes à choisir

Comme abordé dans le point précédent, le contexte d'un accouchement peut induire des situations particulières où un choix *éclairé* ne peut pas se faire dans des conditions optimales. Cependant, bien d'autres éléments peuvent être discutés à l'avance ou même durant le travail

ou l'accouchement et les soignants se disent même très ouverts aux idées des femmes, tant que ces choix n'induisent pas de risque.

« Si, pour eux, c'est important, il n'y a aucun souci. Moi, je dis toujours : il faut dire ce que vous avez envie. Il y a 90%, je pense, des choses qui sont faisables. (...) Mais de toute façon, c'est toujours avec le choix des gens, avec l'accord des gens, etc. Oui, tout à fait, et c'est pas l'inverse dans notre métier, c'est pas moi qui vais dire : « Madame, on provoque l'accouchement tel jour », ou même les gynécos, je pense, sauf si y'a vraiment une raison médicale. Mais autrement, c'est d'abord le choix des gens et nous, on fait en sorte que ça se passe au mieux pour eux, en respectant leurs choix. Ça, c'est très important. » (SF6)

Plusieurs soignants se considèrent également comme des *guides* dont le rôle est de donner toutes les clés aux femmes, afin qu'elles puissent faire des choix en toute connaissance de cause.

« J'explique toujours aux dames : c'est leur grossesse, leur accouchement, leur bébé. Nous, on est là pour leur donner l'éducation adéquate pour arriver justement à leur projet de grossesse, d'accouchement etc. qu'elles désirent. Donc nous, on est, je vais dire, le support. On est là pour les aider, mais on n'est pas là non plus pour faire tout à leur place. » (SF9)

4.5.3 Lutter contre les violences

De manière générale, les participants à l'étude constatent que des évolutions en matière de dialogue, de formation et d'adaptation des pratiques professionnelles ont été nombreuses en matière de lutte contre les violences obstétricales durant les deux dernières décennies. Bien que certaines améliorations pourraient encore être proposées, les soignants pensent que les femmes qui accouchent dans leurs maternités ne subissent pas, ou très peu, de violences obstétricales.

« C'est assez nouveau, qu'on parle depuis quelques années, de violences obstétricales. On a eu une formation, en tant que sage-femme, d'un jour, c'était le thème d'une formation. Et donc moi, je vais à cette formation. Et alors ben voilà, l'exposante expliquait des... relayait des paroles de femmes qu'elle n'a pas inventées, hein, l'exposante. (...) Enfin bon, moi, personnellement, je faisais des yeux comme ça, parce que je me dis : soit à mon hôpital, on travaille vraiment mieux que les autres, ce que je ne crois pas, soit on est déjà peut-être un petit peu avant-gardistes dans notre manière de... Je trouve qu'on dialogue déjà beaucoup etc. Donc moi, très franchement, en aucun cas je me suis retrouvé dans tout ce discours. (...) On fait attention, parce que s'il y a ce genre de discussions, c'est qu'il y a... Je pense que les femmes n'inventent pas. Il y a toujours moyen d'améliorer mais de nouveau, le premier truc, c'est la communication. » (SF6)

Cependant, certains soignants expriment la méfiance qu'ils éprouvent désormais dans leur pratique depuis les débuts des dénonciations des VO. En effet, une troisième menace médico-légale pèse sur eux : **celle de procès pour des actes médicaux** posés, parfois en urgence, et considérés par certaines femmes comme des violences obstétricales.

« Après médico-légalement on est obligés d'un tas de trucs parce que quand ça tourne mal maintenant les gens vous accusent aussi maintenant hein. Pour un oui ou pour un non. » (GYN1)

Il leur arrive même de renoncer à poser certains actes médicaux pour mieux coller aux volontés de la patiente, alors qu'ils jugent pourtant que ces actes sont utiles pour leur santé.

« On a remarqué scientifiquement qu'il y avait moins... des délivrances plus faciles, et moins d'hémorragies au moment de la délivrance si on faisait une injection de 5 unités d'ocytocine heu en intraveineux, à la sortie... « aux épaules » comme on dit. Donc y'a parfois des personnes qui arrivent en disant « ben moi je ne veux pas, ça ». Personnellement, je leur explique le fondement, mais si elles me disent « je veux pas », je marque dans le dossier « pas le faire ». (...) Mais maintenant, une qui me dirait « c'est de l'ocytocine artificielle, je n'en veux pas », à ce moment-là, ben c'est tout. Je lui ai expliqué pourquoi, elle veut pas, elle veut pas. » (GYN1)

4.5.4 Illustration : l'épisiotomie

Afin d'expliciter les réactions provoquées par les dires des femmes au sujet de leur accouchement vécu ou projeté, de nombreux répondants à l'étude évoquent l'épisiotomie. Si la récurrence du geste a, selon eux, fortement baissé dans les trois maternités de la Province de Luxembourg, il demeure, pour les femmes projetant un accouchement, une source d'inquiétudes et de questionnements.

« Elles arrivent, au projet de naissance « Je veux pas d'épisio » (...) Elles ne se rendent absolument pas compte, qu'une épisiotomie... Elles croient, à mon avis, qu'on fait ça à toutes les femmes, parce qu'on aime bien d'en faire. » (SF6)

Les professionnels de santé ne comprennent pas tous pourquoi l'épisiotomie est redoutée ou regrettée par tant de femmes. La plupart d'entre eux pensent que le fait d'en discuter avant, en expliquant bien les situations médicales qui la justifient, suffit à les faire changer d'avis, ou à leur faire accepter le geste plus facilement. En effet, ils considèrent que les peurs exprimées par les femmes sont dues à des informations erronées, véhiculées par des proches ou lues sur Internet ou les réseaux sociaux.

« L'épisiotomie c'est pas... qu'est-ce que j'avais entendu aussi... pas de patientes hein mais sur Internet, dans des reportages... que l'épisiotomie c'était presque une mutilation génitale, mais il faut quand même rester les pieds sur terre. » GYN3

Mais peu de soignants reçoivent des témoignages des femmes ayant mal vécu leur épisiotomie, notamment en raison du déroulé du suivi en post-partum⁶. Ils évoquent plutôt des cas de déchirures graves mais rares du périnée, dont on ne peut être certain d'éviter en pratiquant une épisiotomie.

« Maintenant si je reprends sur ma pratique, j'ai quand même eu deux déchirures graves, depuis que je mène cette politique de plus faire des épisios, voilà. Mais voilà, ça c'est décrit, c'est inévitable en même

⁶ Cf. point 4.2.2 « Temporalité des étapes d'un accouchement ».

temps(...) ben une épisio qui se compliquait d'une déchirure de l'anus, j'en ai vu aussi ! donc ça reste heu voilà... Maintenant est-ce que si on avait fait l'épisio, on va éviter ce genre de trucs ? je ne suis pas sûr non plus. C'est un peu complexe hein tout ça.» (GYN1) ; « Si, ça par contre, oui. Il y a des vécus, si. Et plus tard, on en apprend sur... Par exemple, sur les épisio, des douleurs sur des épisios, et pourtant, c'est pas systématique, mais il y en a certaines chez qui ça marque plus. » (SF7)

En ce qui concerne les demandes d'autonomie de type « éviter de pratiquer une épisiotomie », les soignants rappellent qu'il est impossible de promettre à la femme qu'elle n'en aura pas, au vu du caractère imprévisible d'un accouchement. Mais puisque le geste n'est plus effectué automatiquement comme cela a pu être le cas par le passé, les professionnels considèrent qu'ils font *toujours* tout leur possible pour l'éviter.

4.6 Aspects relationnels et communicationnels

Ce thème évoque l'importance de la communication soignant-*soignée* dans la relation avec les femmes demandeuses d'autonomie. Cet aspect a été mis en avant par tous les soignants lors des entretiens. Il constitue une base saine pour favoriser le bon déroulement de chaque étape d'une naissance, et pour améliorer le vécu des femmes. Les personnes interrogées insistent sur la nécessité d'informer et d'échanger avant l'accouchement, pendant les différentes étapes du jour J, et durant toute la période du post-partum.

« Il faut en discuter, c'est important, le dialogue, et que les gens se sentent en confiance. Ça, c'est important. Dialoguer et que les gens se sentent en confiance et pas commencer à se braquer et leur faire comprendre que leur projet est complètement pas adapté, stupide... » (SF9)

Les soignants expliquent qu'après avoir discuté de certaines demandes d'autonomie avec leurs patientes, celles-ci se disaient rassurées et effectuaient des choix moins risqués pour leur santé.

« Et quand on explique aux gens à quoi ça sert, comment on fait, si on ne le fait pas, qu'est-ce que c'est... tout de suite, elles barrent hein sur [leur projet de naissance]. Ou elles disent: « ça va, alors, ne marquez pas. ». » (SF6)

Finalement, les professionnels de santé reconnaissent leur rôle en matière de prévention des peurs de d'accoucher. En effet, certaines demandes d'autonomie formulées par les femmes émaneraient de contenus diffusés sur Internet mais n'auraient pas de fondement dans les maternités concernées.

« . [des femmes] qui ont peur de l'accouchement parce qu'elles se font topo, parce qu'elles ont entendu dans la famille, l'accouchement d'une tante qui, limite, était comme une boucherie alors que je pense que si on faisait un [tour] en arrière, c'est pas du tout la même chose. Mais parfois, il y a des gens qui ont des des drôles d'images. Et à la limite, parfois, même l'accouchement avec une sage-femme qui les entoure

bien, les réconcilie avec ces peurs-là. Elle disent après « en fait c'était pas du tout comme j'imaginai », ça c'est gai, par contre. » (SF9)

Il s'agit alors, pour les soignants, d'aider les femmes à traiter les informations trouvées en dehors du cadre professionnel avec davantage d'esprit critique, ou les solliciter directement à l'hôpital.

« Ce que je regrette un petit peu, à un moment, et ça c'est le problème des réseaux sociaux et tout ça, c'est que si vous n'êtes pas un peu critique, vous pouvez croire tout ce que les gens racontent hein. » (GYN1) ; « Mais oui, et le gros problème d'internet, tous les réseaux sociaux, c'est qu'on lit des choses très, très, très bien, très vraies, mais aussi des grosses conneries. Et moi j'dis toujours aux, mamans, si vous avez une question, n'allez pas avoir sur internet. (...). Mais quand on ne sait pas quel est le vrai, quel est le faux, on ne sait pas. Vous avez une question, vous nous téléphonez. On est 24h/24, il y a quelqu'un à la maternité. » (SF6)

4.7 Ressources et forces

Dans le cadre de cette recherche, quatre ressources et forces permettant aux sages-femmes et aux gynécologues de répondre aux demandes d'autonomie ont pu être identifiées.

- Le projet de naissance sert d'outil d'expression pour les femmes, et de feuille de route pour les soignants ;

« C'est un petit peu une façon de palper l'ambiance avant d'arriver directement à la rencontre des gens. Et ça, ça fait tout-à-fait partie du respect et heu et ça permet aussi de doser quelle autonomie souhaite la femme à ce moment-là, pour ne pas avoir parfois des commentaires ou des comportements maladroits. (...). Il permet d'aider aussi la sage-femme de voir un petit peu comment est-ce qu'elles devraient accompagner dans l'idéal, ces patientes. » (SF4)

- Quelques soignants se considèrent comme des relais des demandes des femmes ;

« SF8 : On est un peu l'intermédiaire aussi entre les patientes et les gynécos, parce qu'on n'osera plus dire. SF7 : on l'explique oui. Après on en touche un mot [au gynécologue] au moment de l'accouchement. « Madame, elle a un mauvais souvenir de son épiso au premier accouchement ». Après, il répond toujours la même chose : « on verra bien ». Mais au moins on l'a dit, quoi. » (SF7 et SF8 en focus group)

- Quand les conditions de travail des sages-femmes sont améliorées, l'autonomie des femmes l'est aussi ;

« Ben ça a déjà été amélioré récemment hein. On a augmenté notre quota de sages-femmes par pause et de nuit. Et ça, gros constat que c'est que bénéfique. Heu parce que ça nous permet d'être plus auprès des patientes, des couples. (...) On est quand même plusieurs dans l'équipe à dire « ben maintenant on peut repasser un peu du temps auprès des gens », c'est quand même chouette, on retrouve un peu l'essence du métier, quoi. » (SF2)

- Les professionnels de la périnatalité incluent plusieurs dimensions de l'autonomie à l'accouchement dans l'éducation à la santé qu'ils proposent à leurs patientes.

« Il y a tout le rôle d'éducation mais qu'on peut faire pour les rendre vraiment beaucoup plus autonomes par rapport à ça. On essaye de leur demander leur avis et de, par exemple même dans la gestion, des fois, de certaines maladies, par exemple par rapport à un diabète, en fonction de la patiente. Je dis pas qu'on peut le permettre avec toutes les patientes, mais elles peuvent également être autonomes dans la prise en charge d'un traitement, c'est-à-dire qu'elles ont un protocole et qu'en fonction de leur glycémie, elles peuvent commencer à se gérer vraiment également, elles-mêmes. On a des mamans qui sont des fois à risque de prééclampsie, à qui on va donner les conseils de base pour savoir quand venir, à qui on va aussi dire de contrôler leur tension. Donc oui, on essaie de les rendre aussi autonome par rapport, des fois, à certaines pathologies. » (SF5)

4.8 Propositions

Il a été demandé aux participants de proposer des idées visant à améliorer l'autonomie des femmes au sein de la maternité où ils travaillent.

4.8.1 Davantage d'autonomie professionnelle pour la sage-femme

Beaucoup de personnes interrogées ont exprimé le souhait de rendre la sage-femme plus autonome dans sa pratique. Tant les gynécologues, que les sages-femmes elles-mêmes se sont exprimés sur ce point, alors que cette question ne faisait pas partie du guide d'entretien. Les soignants y voient, en fait, un bénéfice en ce qui concerne le vécu d'accouchement : celui-ci serait moins perçu comme un événement de santé à connotation négative, et plus comme un événement naturel et physiologique. Les répondants s'accordent d'ailleurs pour dire que le rôle premier de la sage-femme est la gestion de l'accouchement **eutocique**, alors que le gynécologue, lui se concentre sur l'accouchement **dystocique**.

Concrètement, les membres des trois maternités ont peu de possibilité de changer les pratiques pour augmenter l'autonomie professionnelle des sages-femmes, mais ils pensent avoir un socle de confiance mutuelle qui leur permet de travailler adéquatement compte tenu du cadre hospitalier. Leurs valeurs et idéaux respectifs de leurs professions font qu'ils se rejoignent sur une proposition très concrète d'amélioration de l'autonomie des femmes qui accouchent : créer un gîte de naissance.

4.8.2 Gîte de naissance

Cette idée a été mentionnée par la plupart des participants à l'étude, au moment d'évoquer leurs besoins *matériels* pour mieux accueillir les femmes dans leurs désirs. Certains y pensent depuis de nombreuses années, comme un rêve impossible, d'autres réfléchissent assez concrètement à cette possibilité. Ce serait une première en Province de Luxembourg, et cela répondrait à plusieurs revendications : (i) améliorer l'autonomie des femmes en leur

permettant davantage de contrôle et de choix, (ii) répondre à une demande constante de lieux d'accouchements alternatifs dans la région, (iii) garantir plus de sécurité pour les accouchements *extramuros* car le gîte serait situé dans l'hôpital ou juste à côté, (iv) simplifier l'organisation des gardes des gynécologues, etc. Mais ces professionnels de santé savent qu'il est encore peu probable d'envisager concrètement la création d'un gîte, car en-dehors du secteur de la naissance, l'idée n'a pas encore convaincu. Certains signalent néanmoins qu'un gîte de naissance implanté, par exemple, dans le futur hôpital d'Houdemont, aurait aussi un avantage économique, au vu de l'engouement qu'il susciterait dans la population et au sein de la profession de sage-femme.

4.8.3 Formation

Les professionnels de santé interrogés sont plutôt ambivalents à la question de savoir s'il y a des lacunes en matière de formation permettant de mieux répondre aux demandes d'autonomie des femmes. D'un côté, ils constatent que les thématiques de communication, de violences obstétricales et de droit du patient en général font aujourd'hui partie intégrante du cursus des études visant à devenir sage-femme ou gynécologue. Ils saluent donc cette évolution et constatent déjà les améliorations sur le terrain avec les jeunes diplômés.

D'un autre côté, les personnes interrogées ne sont pas convaincues que les formations continues comme elles sont proposées actuellement, permettent d'améliorer les pratiques favorablement à l'autonomie des femmes. Plusieurs d'entre elles remarquent effectivement que tant qu'une formation concernant des enjeux éthiques tels que l'autonomie n'est pas obligatoire, ou financée par l'employeur, peu de collègues sont motivés à y participer. Par contre, il serait tout-à-fait envisageable et plus efficace pour la plupart des répondants de créer un colloque interne, multidisciplinaire, afin de réfléchir en équipe à l'évolution de leurs pratiques.

4.8.4 Agencement du futur hôpital

Concernant l'hôpital d'Houdemont qui devrait être construit prochainement, et dans lequel une partie des participants à cette recherche seront amenés à travailler, les questionnements mais aussi les propositions sont nombreux. Les soignants s'interrogent sur les processus de réflexion liés à l'aménagement des locaux. Ils n'ont pas encore, par exemple, une idée précise de la disposition des futurs blocs opératoires. Or cet agencement a une importance capitale pour la sécurité des césariennes. Des discussions seraient en cours avec les anesthésistes à ce

sujet. Par ailleurs, il ressort des entretiens que les sages-femmes et gynécologues sont relativement satisfaits de leurs locaux et du matériel qui compose les salles d'accouchement. Ils ont installé, parfois récemment, différents dispositifs permettant aux femmes d'avoir concrètement davantage d'autonomie (comme des ballons, des lianes, des baignoires de dilatation, des tapis, des lumières plus douces, des appareils de monitoring avec télémétrie, etc.) et souhaitent simplement retrouver ces éléments dans la future maternité.

5. DISCUSSION

5.1 Résultats, littérature et perspectives

L'autonomie de la femme à effectuer ses choix pour un accouchement est un sujet de plus en plus étudiés dans la littérature dans le monde, en témoignent des études récentes en Lituanie[63], en Suisse[64], aux Etats-Unis[65] ou encore au Brésil[66]. Mais l'angle d'approche s'intéresse le plus souvent au vécu des femmes. Peu d'études se concentrent sur ce que vivent les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens qui exercent en maternité hospitalière.

Le but était donc de donner la parole aux professionnels de santé, confrontés quotidiennement aux requêtes des femmes réclamant plus d'autonomie à leur accouchement. Plus précisément, la recherche vise à comprendre leur vécu et les enjeux éthiques qui en découlent. La question de recherche suivante fut formulée :

« Comment les demandes relatives à l'autonomie des femmes enceintes en vue de leur accouchement sont-elles perçues par les sages-femmes et les gynécologues des maternités en Province de Luxembourg ? »

L'analyse qualitative menée a tout d'abord permis d'identifier les différentes manières avec lesquelles les soignants perçoivent l'autonomie de leurs patientes. Parmi les représentations qu'ils se font de l'autonomie souhaitées par les femmes, ils citent le fait de **se sentir impliquée** dans les différentes étapes et de pouvoir **participer aux soins**. Ces deux notions ont également été identifiées dans la littérature comme des facteurs influençant l'autonomie des femmes qui accouchent [39,40,63]. Les professionnels encouragent aussi leurs patientes à **l'empowerment** : ils semblent avoir conscience que cette notion joue un rôle important dans l'amélioration du vécu de la période périnatale, comme le développent Leahy-Warren et

Nieuwenhuijze (2023) [67] dans leur étude. La plupart des personnes interrogées confirment la nécessité de placer la patiente **au centre des soins** et essaient de répondre à ce besoin déjà bien exploré dans la recherche [10,39,40,65,68]. Les soignants pensent également que l'autonomie des femmes qui accouchent passe par le fait de **recevoir les bonnes informations** et au bon moment, ce qui corrobore avec les recherches menées en la matière [63,69]. Enfin, les professionnels imaginent que les femmes veulent pouvoir **effectuer des choix éclairés** dans le cadre de leur autonomie. Cela correspond aux données trouvées dans la littérature [70,71]. Les données relatives aux représentations qu'ont les soignants de ce qu'est l'autonomie d'une parturiente semblent donc globalement correspondre à ce que les femmes réclament.

En ce qui concerne la perception d'un accouchement « idéal », les données de cette étude montrent que les professionnels de santé n'imaginent pas toujours quelles attentes habitent les femmes en vue de leur accouchement. Peu d'études abordent le sujet en confrontant le point de vue des soignants à celui des *soignées*. La vision de l'accouchement idéal pourrait faire l'objet de recherches supplémentaires. Par contre, la notion de « satisfaction » liée à son vécu d'accouchement est étudiée depuis plusieurs dizaines d'années [72–74]. Mais puisque les sages-femmes et gynécologues ont fait part de difficultés à recueillir les récits de vécu d'accouchement de toutes leurs patientes, il semblerait peu judicieux de les inciter à réagir de la sorte. Travailler sur les attentes des femmes et discuter avec elles des croyances entourant la naissance en préparant l'accouchement aideraient sans doute davantage les soignants dans leur démarche.

Une dimension du vécu des soignants explorée dans les résultats de cette recherche concerne les obstacles à la mise en œuvre de l'autonomie des femmes. Plus précisément, les participants ont relaté différentes situations où ils se retrouvent empêchés, malgré eux, de répondre favorablement à certaines demandes. Un premier obstacle évoqué par les soignants réside en la médicalisation de l'accouchement (ou plutôt la *surmédicalisation*, selon certains). Plusieurs soignants évoquent ce sujet-là, et semblent un peu impuissants face au cadre hospitalier rigide et dont les femmes se plaignent parfois [31,75]. Selon plusieurs gynécologues interrogés, la surmédicalisation de l'accouchement à l'hôpital entraîne des menaces médico-légales. À cause de la pression qui repose sur leurs épaules en matière de sécurité, certaines demandes d'autonomie ne sont tout simplement pas envisageables à

l'hôpital. Le vécu des soignants face à cet obstacle sécuritaire n'a pas vraiment été exploré dans la recherche sous ce prisme, mais on retrouve plutôt des écrits au sujet de la gestion des risques dans leurs métiers [4,76]. L'exemple du refus d'accoucher dans l'eau dans les trois hôpitaux est donné par les soignants pour illustrer le fait qu'on ne peut pas *tout* faire sécuritairement dans un cadre hospitalier. Cette thématique a été explorée selon le vécu de sages-femmes par Cooper et al. (2021) [77] notamment, mais globalement, la plupart des recherches sur l'accouchement dans l'eau concernent plutôt l'avis des femmes [78,79]. Il serait intéressant d'explorer davantage l'origine des réticences des soignants face aux accouchements dans l'eau, tant la demande est régulièrement formulée par des femmes au sein des trois maternités.

En matière de réactions face au vécu et aux demandes des femmes, les personnes interrogées font d'abord le même constat que dans la littérature [55] : les femmes osent davantage exprimer leurs ressentis et leurs envies que par le passé. Par ailleurs, les appels [55,80] visant à mieux écouter ces femmes et à prendre en compte la manière dont elles peuvent bien ou mal vivre certains événements difficiles semblent avoir été entendus. Les soignants se disent également *poussés* à adapter leur attitude face aux demandes des femmes à cause d'une seconde menace médico-légale : les plaintes déposées à leur encontre pour **entrave** à l'autonomie. Il est probable que de telles plaintes soient de plus en plus nombreuses, puisque davantage de femmes osent dénoncer les attitudes défavorables en matière d'autonomie. Cependant, cet aspect des réactions des professionnels de santé face à la menace médico-légale ne semble pas exploré dans la littérature. Il serait pertinent de se pencher sur la question.

En outre, les répondants expliquent qu'ils réagissent favorablement à la plupart des demandes formulées par les femmes, mais si certaines demeurent selon eux incompréhensibles et qu'ils n'en perçoivent pas l'utilité.

Quelques exceptions sont tout de mêmes formulées de manière quasi-unanime : une large majorité des participants à l'étude se disent, par exemple, clairement opposés à l'idée d'accoucher à domicile. Que ce soit un accouchement encadré par une sage-femme libérale (ADA) ou un accouchement en totale autonomie (ANA), la pratique est dénoncée par les professionnels spécialistes de la naissance à l'hôpital pour sa dangerosité. La question suscite également des réflexions dans la littérature scientifique, entre les données indiquant qu'il

faudrait décourager les femmes d'y avoir recours [81], et les démarches visant au contraire à rassurer sur cette pratique [82]. Les données récoltées dans cette recherche montrent que le sujet crispe les professionnels de santé, qui ne sont pas prêts, pour la plupart, à réfléchir à une possibilité d'accès à cette demande des femmes de manière sécurisée. Les soignants savent pourtant que des femmes déterminées à accoucher à domicile dans la région ne se laissent pas convaincre de renoncer à leur projet et prennent alors des risques parfois importants. Comme de nombreux travaux de recherche réalisés sur l'accouchement à domicile dans d'autres pays [37,63,83–85], il serait intéressant d'explorer les réactions des soignants face à l'accouchement à domicile en Belgique, et spécialement dans une zone comme la Province de Luxembourg où les distances à effectuer pour atteindre une maternité peuvent être grandes. De plus, très peu de professionnels interrogés semblent soutenir le travail de leurs collègues sages-femmes libérales qui pratiqueraient (il y en aurait très peu dans la région, ndlr) des accouchements à domicile. Certains répondants les accusent même de prendre des risques inconsidérés, ou doutent de la légalité de leur pratique. Or l'accouchement à domicile est autorisé en Belgique [82]. Une deuxième suggestion de recherche à entreprendre serait de rassembler praticiens hospitaliers et indépendant autour de cette question. Cela permettrait de la traiter avec pragmatisme et sérénité, en évitant de marginaliser davantage sages-femmes et femmes adeptes de la pratique, comme cela se voit en France [86], notamment.

Ensuite, la présente recherche s'est attardée sur la notion de **bienveillance obstétricale**, souvent mise en relation étroite avec l'autonomie des femmes dans les études [55,64,87]. Les données récoltées dans ce mémoire apportent sinon peu d'éléments nouveaux en ce qui concerne les notions de consentement, de choix éclairé ou de lutte contre les violences obstétricales. Ces notions sont déjà largement exploitées dans la littérature [8,50,57,70,88–90]. Les résultats de cette étude confirment que bien des chantiers sont en cours dans le domaine, et que les soignants y prennent part dans une démarche positive et constructive. Les demandes des femmes à limiter les interventions médicales lors de leur accouchement sont aussi bien comprises par les soignants, qui cherchent à améliorer leurs pratiques. L'exemple de l'épisiotomie longuement commenté lors des entretiens rejoint les données [24,91,92] de littérature dans l'ensemble, en ce qui concerne l'évolution des pratiques et les demandes des femmes.

Concernant les aspects relationnels et communicationnels relatifs aux demandes d'autonomie, les données récoltées dans ce mémoire corroborent avec la littérature [52,93,94] concernant l'importance de considérer le **dialogue** et **l'écoute** comme des clés dans leurs rapports avec leurs patientes. Les soignants semblent considérer sérieusement l'influence de leur manière de communiquer autour de l'autonomie à l'accouchement. Ils mettent également un point d'honneur à aider les femmes en termes de traitement de l'information en périnatalité. Cela démontre leurs capacités à orienter favorablement les femmes dans leur utilisation d'Internet et des réseaux sociaux, entre autres, des outils modernes dont le rôle dans l'autonomie des parturientes n'est plus à démontrer [29,95,96].

Finalement, les participants à l'étude ont mis avant ce qu'ils considèrent comme des **forces** pour traiter les demandes d'autonomie des femmes. En particulier, ils identifient le projet de naissance comme un outil central de communication dans l'autonomie, confirmant ainsi les données de littérature [97–99]. Les soignants aimeraient aller plus loin et leurs quatre **propositions** formulées (davantage d'autonomie professionnelle pour la sage-femme, la création d'un gîte de naissance, une formation adaptée et des aménagements dans le futur hôpital) mériteraient d'autres types d'exploration. En recherche quantitative afin de produire des données chiffrées suffisamment solides à présenter aux instances décisionnaires, par exemple, ou encore des recherches qualitatives au design participatif afin de penser les modalités de certaines pratiques en équipe.

5.2 Forces

Tout d'abord, il convient de relever que peu d'études étrangères, et à la connaissance de l'équipe de recherche, aucune étude belge ne s'était intéressée au vécu des soignants face aux demandes d'autonomie des femmes. La principale force de cette recherche est donc son angle d'approche, qui permet à des acteurs clés de la santé maternelle de s'exprimer.

Ensuite, l'utilisation d'entretiens semi-directifs, couplés à des séances de focus groupes, apporte de la richesse et renforce la diversité des verbatim collectés. Le caractère participatif de ce type de recherche ajoute également une dimension intéressante pour explorer les multiples enjeux bioéthiques [100]. Cette recherche entend d'ailleurs apporter des éléments de réponse en termes de promotion à la santé de la femme en prenant en compte les aspects typiques d'une région bien déterminée. Elle s'inscrit donc dans une démarche pertinente en

termes de santé publique, car elle explore une situation en la replaçant dans son contexte [59,101].

Enfin, le fait que la chercheuse principale n'exerce pas la même profession que les participants à l'étude peut être considéré comme une force ou comme une manière de maîtriser un risque de biais. En effet, elle est plus neutre par rapport au sujet que si elle avait exercé un des deux métiers concernés par la recherche, tout en ayant des connaissances suffisantes en médecine maternelle pour traiter la problématique.

5.3 Biais et limites

Cette étude peut être critiquée au motif que la méthodologie pour la collecte des données n'a pas pu être réalisée comme prévue initialement. En effet, seules deux séances de focus groupe ont eu lieu, sur les trois séances envisagées au minimum. De plus, ces séances incluaient peu de répondantes (respectivement 3 et 2 sages-femmes). Cette limite induit donc une richesse de données légèrement diminuée, et restreint les avantages des techniques de focus groupes.

De plus, aucun focus groupe n'a pu être réalisé avec des gynécologues. Il y a donc un intérêt moindre pour le choix d'étudier les deux professions dans une seule étude. En effet, le nombre de sages-femmes participantes dépasse largement le nombre de gynécologues. Même si la proportionnalité entre les différents profils étudiés a peu d'influence sur les résultats dans une étude phénoménologique [59], le risque de biais est à considérer.

6. CONCLUSION

Cette recherche permet de cerner la manière dont les professionnels de santé qui pratiquent les accouchements dans un cadre hospitalier perçoivent les demandes d'autonomie des femmes. Il est intéressant de comprendre les visions des soignants car celles-ci déterminent leur attitude professionnelle, et plus largement, permettent (ou pas) aux femmes d'accéder au degré d'autonomie qu'elles souhaitent pour accoucher.

Ensuite, l'analyse réalisée dans ce mémoire parvient à mettre en avant les difficultés rencontrées quotidiennement par les soignants face aux souhaits d'autonomie formulés par leurs patientes. Explorer le vécu des professionnels favorise la compréhension des enjeux bioéthiques soulevés par les questions d'autonomie dans le champ de la santé périnatale.

Ces obstacles sont partiellement contournés grâce aux ressources que les participants identifient. En effet, l'étude met en évidence les différents moyens mis en œuvre pour tenter d'améliorer le vécu d'accouchement en général. Les soignants se montrent d'ailleurs ouverts aux idées des femmes, et intéressés par la thématique. Ils semblent prêts à continuer à faire évoluer leurs pratiques pour réconcilier les femmes avec l'accouchement hospitalier, quand cela est nécessaire.

Pour ce faire, ils proposent plusieurs idées parfois utopiques, mais qui permettraient, selon eux, de répondre à des besoins en matière de santé maternelle en Province de Luxembourg. Parmi ces propositions, il faut noter leur volonté de réfléchir collectivement à la possibilité de créer un gîte de naissance dans un cadre hospitalier. Ce projet pourrait s'inscrire dans une démarche de promotion de la santé en lien avec les mouvements prônant la bienveillance obstétricale et de lutte contre les violences obstétricales.

Finalement, ce projet permet d'insister sur l'importance et la nécessité d'explorer encore le vécu des soignants, car ce type de méthode permet à la fois d'apporter des avancées dans leurs conditions de travail et dans leur satisfaction au travail, tout en contribuant à améliorer la santé des femmes qui vivent une naissance.

7. BIBLIOGRAPHIE

- [1] World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement [Internet]. World Health Organization; 2014 [cited 2023 Aug 13]. Report No.: WHO/RHR/14.23. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/134588>.
- [2] Schyns-van den Berg AMJV, Claudot F, Baumann A. Anaesthesiology and ethics: Autonomy in childbirth. *European Journal of Anaesthesiology | EJA*. 2018;35:553.
- [3] Shaw D, Guise J-M, Shah N, et al. Drivers of maternity care in high-income countries: can health systems support woman-centred care? *The Lancet (British edition)*. 2016;388:2282–2295.
- [4] Opdam F, Dillen J van, Vries M de, et al. How to Make the Hospital an Option Again: Midwives' and Obstetricians' Experiences with a Designated Clinic for Women Who Request Different Care than Recommended in the Guidelines. *International journal of environmental research and public health*. 2021;18:11627-.
- [5] Newnham E, Kirkham M. Beyond autonomy: Care ethics for midwifery and the humanization of birth. *Nursing ethics*. 2019;26:2147–2157.
- [6] “Il faut arrêter l’omerta” : “Paye ton gynéco” dénonce les violences obstétricales [Internet]. *L’Obs*. 2017 [cited 2023 Aug 15]. Available from: <https://www.nouvelobs.com/rue89/rue89-nos-vies-connectees/20170801.OBS2842/il-faut-arreter-l-omerta-paye-ton-gyneco-denonce-les-violences-obstetricales.html>.
- [7] #PayeTonUtérus, contre les gynécologues irrespectueux. *Le Monde.fr* [Internet]. 2014 Nov 26 [cited 2023 Aug 15]; Available from: https://www.lemonde.fr/societe/article/2014/11/26/payetonuterus-contre-les-gynecologues-irrespectueux_4529587_3224.html.
- [8] Salter CL, Olaniyan A, Mendez DD, et al. Naming Silence and Inadequate Obstetric Care as Obstetric Violence is a Necessary Step for Change. *Violence against women*. 2021;27:1019–1027.
- [9] Leijerzapf DR, Van Der Pijl MSG, Hollander MH, et al. Experienced disrespect & abuse during childbirth and associated birth characteristics: a cross-sectional survey in the Netherlands. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024;24:170.
- [10] Prioritizing women’s choices, consent, and bodily autonomy: From a continuum of violence to women-centric reproductive care. *Social Science & Medicine*. 2023;333:116110.
- [11] La plateforme [Internet]. Plateforme pour une naissance respectée. [cited 2024 Aug 15]. Available from: <https://www.naissancerespectee.be/la-plateforme/>.
- [12] Santé O mondiale de la. La prévention et l’élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l’accouchement dans des établissements de soins :

declaration de l’OMS. 2014 [cited 2024 Aug 15]; Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/134589>.

- [13] Objectifs du Millénaire pour le développement [Internet]. [cited 2023 Aug 13]. Available from: <https://www.un.org/fr/millenniumgoals/maternal.shtml>.
- [14] Miller S, Abalos E, Chamillard M, et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet (British edition)*. 2016;388:2176–2192.
- [15] WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2023 Aug 13]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513809/>.
- [16] Olza I, Uvnäs-Moberg K, Ekström-Bergström A, et al. Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. *PLoS One*. 2020;15:e0230992.
- [17] Buckley SJ. Executive Summary of Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity Care. *The Journal of perinatal education*. 2015;24:145–153.
- [18] Kennedy HP, Cheyney M, Lawlor M, et al. The Development of a Consensus Statement on Normal Physiologic Birth: A Modified Delphi Study. *Journal of Midwifery & Women’s Health*. 2015;60:140–145.
- [19] Sakala C, Romano AM, Buckley SJ. Hormonal Physiology of Childbearing, an Essential Framework for Maternal–Newborn Nursing. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2016;45:264–275.
- [20] Romano AM, Lothian JA. Promoting, protecting, and supporting normal birth: a look at the evidence. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2008;37:94–104; quiz 104–105.
- [21] Clesse C, Lighezzolo-Alnot J, de Lavergne S, et al. The evolution of birth medicalisation: A systematic review. *Midwifery*. 2018;66:161–167.
- [22] van der Pijl MSG, Hollander MH, van der Linden T, et al. Left powerless: A qualitative social media content analysis of the Dutch #breakthesilence campaign on negative and traumatic experiences of labour and birth. *PLoS One*. 2020;15:e0233114.
- [23] Dwekat IMM, Ismail TAT, Ibrahim MI, et al. Mistreatment of Women during Childbirth and Associated Factors in Northern West Bank, Palestine. *International journal of environmental research and public health*. 2022;19:13180-.
- [24] Huck J, Moutel G, Baumann S. Information et consentement sur l’épisiotomie : Comment améliorer les pratiques ? *Santé Publique*. 2022;34:243–253.
- [25] Shaw JCA. The medicalization of birth and midwifery as resistance. *Health Care Women Int*. 2013;34:522–536.

- [26] Wilson BL. Delivery Outcomes of Low Risk Births: Comparison of Certified Nurse Midwives and Obstetricians. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 1989;1:9–13.
- [27] Thompson SM, Nieuwenhuijze MJ, Low LK, et al. Exploring Dutch midwives' attitudes to promoting physiological childbirth: A qualitative study. *Midwifery*. 2016;42:67–73.
- [28] Larsson M. A descriptive study of the use of the Internet by women seeking pregnancy-related information. *Midwifery*. 2009;25:14–20.
- [29] Chee RM, Capper TS, Muurlink OT. The impact of social media influencers on pregnancy, birth, and early parenting experiences: A systematic review. *Midwifery*. 2023;120:103623.
- [30] Sanders J. Sharing special birth stories. An explorative study of online childbirth narratives. *Women Birth*. 2019;32:e560–e566.
- [31] Cole L, LeCouteur A, Feo R, et al. "Trying to give birth naturally was out of the question": Accounting for intervention in childbirth. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*. 2019;32:e95–e101.
- [32] Olza I, Leahy-Warren P, Benyamini Y, et al. Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. *BMJ Open*. 2018;8:e020347.
- [33] Downe S, Finlayson K, Oladapo OT, et al. What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLoS One*. 2018;13:e0194906.
- [34] Webb R, Ayers S, Bogaerts A, et al. When birth is not as expected: a systematic review of the impact of a mismatch between expectations and experiences. *BMC pregnancy and childbirth*. 2021;21:1–475.
- [35] Hemberg JAV, Kock J. Being in a bubble - Childbirth as a potential path towards becoming in health - Lived experiences of mothers during childbirth. *Scand J Caring Sci*. 2018;32:1348–1358.
- [36] Chabbert M, Wendland J. Le vécu de l'accouchement et le sentiment de contrôle perçu par la femme lors du travail : un impact sur les relations précoces mère – bébé ? *Revue de Médecine Périnatale*. 2016;8:199–206.
- [37] Niles PM, Baumont M, Malhotra N, et al. Examining respect, autonomy, and mistreatment in childbirth in the US: do provider type and place of birth matter? *Reproductive health*. 2023;20:67–67.
- [38] Deherder E, Delbaere I, Macedo A, et al. Women's view on shared decision making and autonomy in childbirth: cohort study of Belgian women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22:551.
- [39] Crepinsek M, Bell R, Graham I, et al. A global review of the inferred meaning of woman centred care within midwifery professional standards. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*. 2023;36:e99–e105.

- [40] Brady S, Lee N, Gibbons K, et al. Woman-centred care: An integrative review of the empirical literature. *International journal of nursing studies*. 2019;94:107–119.
- [41] Vogels-Broeke M, Cellissen E, Daemers D, et al. Women’s decision-making autonomy in Dutch maternity care. *Birth*. 2023;50:384–395.
- [42] Chen C-Y, Cheeseman M. European Court of Human Rights Rulings in Home Birth Set to Cause Trouble for the Future: A Review of Two Cases. *Med Law Rev*. 2017;25:115–125.
- [43] Westergren A, Edin K, Walsh D, et al. Autonomous and dependent-The dichotomy of birth: A feminist analysis of birth plans in Sweden. *Midwifery*. 2019;68:56–64.
- [44] Le périnée est politique ! [Internet]. *Axelle Mag*. 2017 [cited 2023 Aug 12]. Available from: <https://www.axellemag.be/le-perinee-est-politique/>.
- [45] Lohmann S, Mattern E, Ayerle GM. Midwives’ perceptions of women’s preferences related to midwifery care in Germany: A focus group study. *Midwifery*. 2018;61:53–62.
- [46] Lokugamage AU, Pathberiya SDC. Human rights in childbirth, narratives and restorative justice: a review. *Reprod Health*. 2017;14:17.
- [47] Loi du 22 aout 2002 relative aux droits du patient [Internet]. SPF Santé publique. 2016 [cited 2023 Aug 15]. Available from: <https://www.health.belgium.be/fr/loi-du-22-aout-2002-relative-aux-droits-du-patient>.
- [48] Burcher P. The Ulysses contract in obstetrics: a woman’s choices before and during labour. *Journal of medical ethics*. 2013;39:27–30.
- [49] Seijmonsbergen-Schermer A, Thompson S, Jong EF, et al. Understanding the perspectives and values of midwives, obstetricians and obstetric registrars regarding episiotomy: qualitative interview study. *BMJ Open*. 2021;11:e037536.
- [50] Wada K, Charland LC, Bellingham G. Can women in labor give informed consent to epidural analgesia? *Bioethics*. 2019;33:475–486.
- [51] Vedam S, Stoll K, Martin K, et al. The Mother’s Autonomy in Decision Making (MADM) scale: Patient-led development and psychometric testing of a new instrument to evaluate experience of maternity care. *PLoS One*. 2017;12:e0171804.
- [52] Pijl MS van der, Kasperink M, Hollander MH, et al. Client-care provider interaction during labour and birth as experienced by women: Respect, communication, confidentiality and autonomy. *PloS one*. 2021;16:e0246697–e0246697.
- [53] Vedam S, Stoll K, McRae DN, et al. Patient-led decision making: Measuring autonomy and respect in Canadian maternity care. *Patient Educ Couns*. 2019;102:586–594.
- [54] Vedam S, Stoll K, Taiwo TK, et al. The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reprod Health*. 2019;16:77.

- [55] Baumont MS, Dekker CS, Rabinovitch Blecker N, et al. Every Mother Counts: listening to mothers to transform maternity care. *Am J Obstet Gynecol*. 2023;228:S954–S964.
- [56] Feijen-de Jong EI, van der Pijl M, Vedam S, et al. Measuring respect and autonomy in Dutch maternity care: Applicability of two measures. *Women Birth*. 2020;33:e447–e454.
- [57] Vandenbussche C, Costa E, Huberland V, et al. Perception de la notion de « violences obstétricales » par les professionnels et futurs professionnels de la santé : étude transversale par questionnaire. *Périnatalité*. 2023;15:24–32.
- [58] Martínez-Galiano JM, Martínez-Vazquez S, Rodríguez-Almagro J, et al. The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women Birth*. 2021;34:e526–e536.
- [59] Ntebutse J-G, Croyere N. Intérêt et valeur du récit phénoménologique : une logique de découverte. *Recherche en soins infirmiers*. 2016;124:28–38.
- [60] Marquet J, Van Campenhoudt L, Quivy R. Manuel de recherche en sciences sociales. 6e éd. Armand Colin; 2022.
- [61] Morse JM. “Data Were Saturated” *Qual Health Res*. 2015;25:587–588.
- [62] Lejeune M. Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires méthodologiques intégratifs[BR]- Mémoire : Césarienne en urgence : Exploration du vécu des partenaires à Étude qualitative dans un hôpital de la province de Liège.
- [63] Širvinskienė G, Grincevičienė Š, Pranskevičiūtė-Amoson R, et al. To be Informed and Involved’: Women’s insights on optimising childbirth care in Lithuania. *Health expectations*. 2023;26:1514–1523.
- [64] Rost M, Stuermer Z, Niles P, et al. Between “a lot of room for it” and “it doesn’t exist”—Advancing and limiting factors of autonomy in birth as perceived by perinatal care practitioners: An interview study in Switzerland. *Birth*. 2023;50:1068–1080.
- [65] Glover A, Holman C, Boise P. Patient-centered respectful maternity care: a factor analysis contextualizing marginalized identities, trust, and informed choice. *BMC pregnancy and childbirth*. 2024;24:267–267.
- [66] De Oliveira DCC, Gomes ML, Rodrigues A, et al. Incorporation, adaptation and rejection of obstetric practices during the implementation of the “Adequate Childbirth Program” in Brazilian private hospitals: a qualitative study. *Reprod Health*. 2024;20:189.
- [67] Leahy-Warren P, Nieuwenhuijze M. Measuring women’s empowerment during the perinatal period in high income countries: A scoping review of instruments used. *Heliyon*. 2023;9:e14591.
- [68] Buchanan K, Geraghty S, Whitehead L, et al. Woman-centred ethics: A feminist participatory action research. *Midwifery*. 2023;117:103577.

- [69] Pierre F. Information de la femme et consentement en obstétrique. *RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. 2018;46:986–993.
- [70] Nicholls JA, David AL, Iskaros J, et al. Consent in pregnancy - an observational study of ante-natal care in the context of Montgomery: all about risk? *BMC pregnancy and childbirth*. 2021;21:102–102.
- [71] O’Brien D, Casey M, Butler MM. Women’s experiences of exercising informed choices as expressed through their sense of self and relationships with others in Ireland: A participatory action research study. *Midwifery*. 2018;65:58–66.
- [72] Johnson TR, Callister LC, Freeborn DS, et al. Dutch women’s perceptions of childbirth in the Netherlands. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2007;32:170–177.
- [73] Hodnett ED. Pain and women’s satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186:S160-172.
- [74] McCrea BH, Wright ME. Satisfaction in childbirth and perceptions of personal control in pain relief during labour. *J Adv Nurs*. 1999;29:877–884.
- [75] Westergren A, Edin K, Lindkvist M, et al. Exploring the medicalisation of childbirth through women’s preferences for and use of pain relief. *Women Birth*. 2021;34:e118–e127.
- [76] Spendlove Z. Risk and boundary work in contemporary maternity care: tensions and consequences. *Health, risk & society*. 2018;20:63–80.
- [77] Cooper M, McCutcheon H, Warland J. “They follow the wants and needs of an institution”: Midwives’ views of water immersion. *Women Birth*. 2021;34:e178–e187.
- [78] Lewis L, Hauck YL, Crichton C, et al. The perceptions and experiences of women who achieved and did not achieve a waterbirth. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18:23.
- [79] Ulfsdottir H, Saltvedt S, Ekborn M, et al. Like an empowering micro-home: A qualitative study of women’s experience of giving birth in water. *Midwifery*. 2018;67:26–31.
- [80] Collins B, Hall J, Hundley V, et al. Effective communication: Core to promoting respectful maternity care for disabled women. *Midwifery*. 2023;116:103525.
- [81] McCullough LB, Grünebaum A, Arabin B, et al. Ethics and professional responsibility: Essential dimensions of planned home birth. *Seminars in perinatology*. 2016;40:222–226.
- [82] Accouchement à domicile [Internet]. *Femmes de Droit*. [cited 2024 Aug 16]. Available from: <https://femmesdedroit.be/informations-juridiques/abecedaire/accouchement-a-domicile/>.
- [83] Coulton Stoliar S, Dahlen HG, Sheehan A. A national survey of Australian midwives’ birth choices and outcomes. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*. 2023;36:e246–e253.

- [84] Stark MA, Remyse M, Zwelling E. Importance of the Birth Environment to Support Physiologic Birth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2016;45:285–294.
- [85] Takač I, Belak U, Gorjup D, et al. Planned home birth in Slovenia—Are we ready? *The International journal of health planning and management*. 2019;34:e1961–e1967.
- [86] Sestito R. Independent Homebirth Midwives in France: The Persecution of a Profession. *Medical anthropology*. 2023;42:149–162.
- [87] Menage D, Bailey E, Lees S, et al. Women’s lived experience of compassionate midwifery: Human and professional. *Midwifery*. 2020;85:102662–102662.
- [88] Borges MT. A Violent Birth: Reframing Coerced Procedures During Childbirth as Obstetric Violence. *Duke Law J*. 2018;67:827–862.
- [89] Sahiner P, Utkualp N. Opinions and practices of midwives working in the delivery rooms on informed consent in vaginal deliveries. *African journal of reproductive health*. 2023;27:18–25.
- [90] El Kotni M. La place du consentement dans les expériences de violences obstétricales au Mexique. *Autrepart*. 2018;85:39–55.
- [91] Zaami S, Zupi E, Lazzeri L, et al. Episiotomy: a medicolegal vicious cycle. *Panminerva Med*. 2021;63:224–231.
- [92] Klein MC, Liston R, Fraser WD, et al. Attitudes of the New Generation of Canadian Obstetricians: How Do They Differ from Their Predecessors? *Birth (Berkeley, Calif)*. Accepted September 20, 2010. 2011;38:129–139.
- [93] Afulani PA, Buback L, Kelly AM, et al. Providers’ perceptions of communication and women’s autonomy during childbirth: a mixed methods study in Kenya. *Reprod Health*. 2020;17:85.
- [94] Krausé SS, Minnie CS, Coetzee SK. The characteristics of compassionate care during childbirth according to midwives: a qualitative descriptive inquiry. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20:304.
- [95] Slomian J, Bruyère O, Reginster JY, et al. The internet as a source of information used by women after childbirth to meet their need for information: A web-based survey. *Midwifery*. 2017;48:46–52.
- [96] Gleeson DM, Craswell A, Jones CM. Women’s use of social networking sites related to childbearing: An integrative review. *Women Birth*. 2019;32:294–302.
- [97] Shareef N, Scholten N, Nieuwenhuijze M, et al. The role of birth plans for shared decision-making around birth choices of pregnant women in maternity care: A scoping review. *Women Birth*. 2023;36:327–333.
- [98] Bell CH, Muggleton S, Davis DL. Birth plans: A systematic, integrative review into their purpose, process, and impact. *Midwifery*. 2022;111:103388.

- [99] DeBaets AM. From birth plan to birth partnership: enhancing communication in childbirth. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;216:31.e1-31.e4.
- [100] Kook R, Harel-Shalev A, Yuval F. Focus groups and the collective construction of meaning: Listening to minority women. *Women's studies international forum.* 2019;72:87–94.
- [101] Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique.* 2014;LIII:67–82.

8. ANNEXES

ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN	46
ANNEXE 2 : DEMANDES D'AUTORISATIONS ET RÉPONSE DE VIVALIA.....	48
ANNEXE 3 : AFFICHE DE RECRUTEMENT.....	50
ANNEXE 4 : DEMANDE D'AVIS SIMPLIFIÉE AU COMITÉ D'ÉTHIQUE DU CHU DE LIÈGE	51
ANNEXE 5 : RÉPONSE DU COMITÉ D'ÉTHIQUE HOSPITALO-FACULTAIRE DE LIÈGE	54
ANNEXE 6 : LETTRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT.....	56
ANNEXE 7 : CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON	60

Guide d'entretien

Généralités

- **Introduction et présentation de la recherche et de ses objectifs**

Question de recherche : « Comment les demandes relatives à l'autonomie des femmes enceintes en vue de leur accouchement sont-elles perçues par les sage-femmes et les gynécologues des maternités en Province du Luxembourg ? »

L'objectif principal est de comprendre le vécu des professionnels de santé qui reçoivent les femmes enceintes dans les services de maternité de la Province du Luxembourg, face aux demandes d'autonomie de leurs patientes lors de leur accouchement.

- **Anonymisation et utilisation des données**

Les participantes et participants à la séance de focus groupe sont informés que ce mémoire respecte le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). L'entièreté de la séance est, et restera confidentielle. Toutes les données seront anonymisées.

- **Aspects pratiques des focus groupes**

Un *focus* groupe consiste à réaliser une interview groupée, de manière à stimuler des réponses collectives aux questions posées. L'ensemble du groupe se verra poser les mêmes questions ouvertes. En principe, les participantes et participants se connaissent et travaillent régulièrement ensemble, ce qui permet d'obtenir davantage de richesse dans les éléments de réponse.

Il convient de respecter la parole d'autrui tout au long de la séance. Personne ne doit se sentir obligé de répondre à une question.

Les explications nécessaires concernant le formulaire de consentement relatif au traitement des données à caractères personnel seront données avant de procéder aux signatures individuelles.

Le son de la séance de focus groupe est enregistrée grâce à deux enregistreurs audios. Le début et la fin de l'enregistrement seront signalés à tous.

Questionnaire

- **Question d'ouverture :**

« Avant de rentrer dans le vif du sujet, pourriez-vous chacune et chacun vous présenter en quelques mots ? Quelle fonction occupez-vous au sein de la maternité et depuis combien de temps ? »

- **Questions générales concernant l'autonomie de la femme qui accouche :**

1. « De manière générale, qu'est-ce que l'autonomie d'une patiente, selon vous ? »
2. « Quelles sortes de demandes d'autonomie rencontrez-vous avant ou pendant les accouchements ? »

- **Questions relatives au vécu face aux demandes d'autonomie :**

1. *« Lorsqu'une femme vous fait part d'une demande particulière avant ou lors de son accouchement, comment réagissez-vous ? »*

- **Questions supplémentaires si nécessaires :**

« Vous arrive-t-il de recevoir des critiques en rapport avec le manque d'autonomie accordée aux femmes lors de leur accouchement ? Les trouvez-vous fondées ? »

Comment réagissez-vous lorsque des femmes se plaignent de violences obstétricales vécues lors de leur accouchement ? »

« Vous trouvez-vous suffisamment outillés (formés) en ce qui concerne le respect du consentement aux actes lors des situations urgentes propres à un accouchement ? »

« Pensez-vous que vos conditions de travail vous permettent de prendre en compte les demandes d'autonomie des femmes lors des accouchements ? »

- **Questions relatives aux pratiques en lien avec les demandes d'autonomie :**

2. *« A titre collectif, l'organisation de votre service est-elle adaptée à ces demandes d'autonomie ? Des changements récents ont-ils été effectués, et les trouvez-vous efficaces ? »*

- **Questions concernant les perspectives d'évolution :**

3. *« Que faudrait-il changer ou ajouter ou supprimer dans la formation des sages-femmes et des gynécologues afin d'être mieux préparés aux demandes d'autonomie des femmes qui accouchent ? »*

4. *« Davantage de formation continue au sujet de l'autonomie en santé serait-elle utile selon vous ? »*

5. *« Si vous pouviez concevoir le service de maternité du futur hôpital d'Houdemont, que mettriez-vous en place pour améliorer l'autonomie des femmes pour leur accouchement ? »*

ANNEXE 2 : DEMANDES D'AUTORISATIONS ET RÉPONSE DE VIVALIA

De : Derenne Isabelle <Isabelle.Derenne@student.uliege.be>

Envoyé : jeudi 1 février 2024 12:15

À : Leroy Bénédicte <Benedicte.Leroy@vivalia.be>; Direction Médicale CHCA <directionmedicale.cha@vivalia.be>

Objet : demandes d'autorisations - mémoire santé publique Université de Liège

Bonjour,

Dans le cadre de mes études de Master en Sciences de la Santé publique à l'Université de Liège, je réalise un mémoire au sujet de l'autonomie de la femme lors de son accouchement. L'étude vise à explorer les réactions des sages-femmes et des gynécologues face aux demandes d'autonomie des femmes qui accouchent en Province de Luxembourg. Le projet de récolte de données consiste en 3 séances de focus groupe au sein des maternités du groupe Vivalia (hôpitaux de Libramont, Marche et Arlon), lors desquelles seuls des professionnels de santé seraient interrogés sur leur pratique.

Vous trouverez ci-joints le protocole de recherche validé par l'ULiège avec la cote de , ainsi que la demande d'avis au Comité d'Ethique de l'ULiège (en cours de traitement) qui résume les étapes et les modalités de la collecte de données envisagée. Y figurent également les coordonnées de mon promoteur Mr Nathan Charlier, membre ULiège.

Pourriez-vous faire suivre ma demande à qui de droit au sein de Vivalia, et/ou m'indiquer les démarches à suivre pour obtenir les autorisations nécessaires à la planification de mon étude au sein des trois hôpitaux ? Veuillez noter que j'ai déjà eu un entretien avec [X] au sujet de ma thématique, mais je n'ai pas encore entamé de démarche avec les services concernés. J'aimerais d'abord obtenir les autorisations de Vivalia.

Je vous remercie d'avance pour votre réponse.

Meilleures salutations,

Isabelle Derenne

RE: demandes d'autorisations - mémoire santé publique Université de Liège

De : Gilmand Coralie

Envoyé : mercredi 7 février 2024 09:36

À : 'Isabelle.Derenne@student.uliege.be' <Isabelle.Derenne@student.uliege.be>

Objet : RE: demandes d'autorisations - mémoire santé publique Université de Liège

Bonjour Madame Derenne,

Nous accusons réception de votre mail de ce 1^{er} février 2024.

Nous vous informons que les autorisations sont en cours de validation au sein des départements infirmiers.

Nous reviendrons prochainement vers vous lorsque les autorisations auront été acceptées.

Bien à vous,
Bonne journée

Coralie GILMAND

Secrétaire de direction
Pour Madame Bénédicte LEROY
Direction des soins infirmiers
direction.infirmiere@vivalia.be
+32(0)63 55 91 12

Vivalia | Hôpital de Libramont

Avenue d'Houffalize, 35
B-6800 Libramont
www.vivalia.be

RE: demandes d'autorisations - mémoire santé publique Université de Liège
Gilmand Coralie <Coralie.Gilmand@vivalia.be>

de la part de

Direction Infirmiere <Direction.Infirmiere@vivalia.be>

Mer 21/02/2024 08:21

À :Derenne Isabelle <Isabelle.Derenne@student.uliege.be>

Bonjour Madame Derenne,

En suite de mon précédent mail, je peux vous confirmer que votre demande a été validée au niveau du département infirmier des trois sites.

Nous vous souhaitons une bonne continuation pour la suite.

Bonne journée

Coralie GILMAND

Secrétaire de direction
Pour Madame Bénédicte LEROY
Direction des soins infirmiers
direction.infirmiere@vivalia.be
+32(0)63 55 91 12

Vivalia | Hôpital de Libramont

Avenue d'Houffalize, 35
B-6800 Libramont
www.vivalia.be



Invitation à participer à une étude

Cadre de l'étude

Mémoire en vue de l'obtention d'un Master en Sciences de la Santé Publique, Faculté de Médecine à l'Université de Liège (ULiège), Année académique 2023-2024.

Etudiante réalisant le mémoire

Isabelle Derenne, infirmière à la Croix-Rouge de Belgique, étudiante en Master 2 en Sciences de la Santé Publique, Finalité Promotion de la Santé.

Promoteur du projet

Nathan Charlier, professeur associé, directeur de la CARE ESPRIst (Emancipation Sociale, Santé des Populations, Réduction des Inégalités sociales dans les sociétés en transition), Uliège

Sujet

Etude qualitative : « Exploration de la **perception des demandes d'autonomie des femmes enceintes** en vue de leur accouchement par les sages-femmes et gynécologues des maternités en Province du Luxembourg. »

Déroulement de l'étude

- Les données seront récoltées via une séance de **focus groupe**, qui consiste en une discussion collective sur base d'un guide d'entretien préétabli.
- La durée d'un focus groupe varie entre 30 minutes et 1h30.
- **Toutes les données récoltées seront anonymisées. Le respect de la confidentialité est garanti.**

Un minimum de 4 sages-femmes et 1 gynécologue sont recherchés pour participer à une séance de focus groupe au sein de la maternité. La date de cette séance* sera planifiée **entre le 14 mars et le 14 juin 2024.**

Exemples de thèmes abordés

- Représentations de l'autonomie de la femme lors son accouchement ;
- Lien entre théorie et pratique ;
- Le rôle de la préparation à la naissance ;
- Consentement aux soins lors de situations d'urgence ;
- Éventuels besoins des professionnels pour adapter leur réponse aux demandes d'autonomie ;
- *Autres* (le guide d'entretien sera adapté au fur et à mesure).

Contact

0494 51 06 73

Isabelle.derenne@student.uliege.be

Un grand *merci* d'avance !

Demande d'avis au Comité d'Ethique dans le cadre des mémoires des étudiants

(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 ethique@chuliege.be

1. Etudiant (prénom, nom, adresse courriel) :

Isabelle Derenne isabelle.derenne@student.uliege.be

2. Finalité spécialisée : Promotion de la santé

3. Année académique : 2023-2024

4. Titre du mémoire :

« Exploration de la perception des demandes d'autonomie des femmes enceintes en vue de leur accouchement par les sage-femmes et gynécologues des maternités en Province du Luxembourg. »

5. Promoteur(s) (titre, prénom, nom, fonction, adresse courriel, institution) :

a. Nathan Charlier - professeur associé, directeur de la CARE ESPRIst - Emancipation Sociale, Santé des Populations, Réduction des Inégalités sociales dans les sociétés en transition - ncharlier@uliege.be

b. _____

6. Résumé de l'étude

a. Objectifs

L'objectif principal est de comprendre le vécu des professionnels de santé qui reçoivent les femmes enceintes dans les services de maternité de la Province du Luxembourg, face aux demandes d'autonomie de leurs patientes lors de leur accouchement.

Cet objectif est complété par des objectifs secondaires : nourrir les débats éthiques dans le champ de l'autonomie maternelle ; proposer des pistes concrètes d'amélioration des conditions favorisant l'autonomie des femmes lors de leur accouchement ; identifier les éventuels besoins des gynécologues et des sage-femmes en matière de pratique professionnelle favorisant l'autonomie de chaque femme ; dégager des pistes de réflexion pour l'aménagement des locaux et pour l'élaboration des protocoles propres à la future maternité de l'hôpital d'Houdemont.

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

Ce mémoire s'intéressera au vécu des sage-femmes et gynécologues- obstétriciens qui exercent en salle d'accouchement de trois maternités de la Province du Luxembourg. Il s'agira de comprendre et d'analyser leur expérience face aux demandes d'autonomie des femmes qui accouchent.

La méthodologie de cette étude consistera en une récolte de données qualitatives sous forme de 3 séances collectives. L'utilisation de la méthode participative dite « focus groupe » permettra d'explorer la réaction des sage-femmes et gynécologues face aux demandes d'autonomie des femmes qui accouchent, en faisant ressortir les enjeux et valeurs éthiques du phénomène. Cet outil permettra une analyse interprétative du vécu des soignants face aux demandes d'autonomie, tout en favorisant l'identification et la compréhension des besoins des professionnels de santé. De plus, il aidera à mieux saisir la complexité de la réalité du terrain et à observer les dynamiques inter- et intra-professionnelles dans chaque équipe.

Idéalement, une séance de focus groupe regroupant des sage-femmes et des gynécologues sera organisée dans chacune des maternités du groupe hospitalier Vivalia en Province du Luxembourg (hôpital de Libramont, hôpital d'Arlon et hôpital de Marche-en-Famenne). Ces séances seront réalisées sur place dans les locaux de chaque hôpital et dureront environ 1h30. Si les focus groupe n'ont pas permis d'atteindre la saturation des données, ou si certains éléments nécessitent davantage d'approfondissement, ils seront complétés par des entretiens individuels semi-dirigés (avec guide d'entretien préalablement établi). Chaque séance de focus groupe sera préparée à l'avance par l'équipe de recherche en établissant un guide global (listes de maximum 5 sujets à aborder, question d'ouverture et question préliminaire).

Le public interrogé sera composé exclusivement de professionnels de santé. Les données récoltées seront toutes anonymisées et conservées de manière sécurisée. Chaque séance sera enregistrée puis retranscrite selon les méthodes de codification en vigueur.

L'analyse des données récoltées consistera en un rapport après chaque focus groupe, puis une analyse comparative sera effectuée entre les 3 maternités étudiées.

Enfin, les participantes et participants à l'étude seront informés à l'avance des objectifs de l'étude, du déroulement de la récolte des données et de l'utilisation qui en sera faite. Leur consentement éclairé sera recueilli au moyen d'un formulaire préétabli.

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

1. L'étude est-elle destinée à être publiée ? **oui**
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**

1. 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...) ? **oui**_
2. 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**
3. S'agit-il d'enquêtes auprès de personnes non sélectionnées (enquêtes de rue, etc.) sur des habitudes sportives, alimentaires sans caractère intrusif ? **non**
4. 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'Ethique.

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'Ethique.

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'Ethique, soit le Comité d'Ethique du lieu où la recherche est effectuée soit, à défaut, le Comité d'EthiqueHospitalo-facultaire de Liège.

Le promoteur sollicite l'avis du Comité d'Ethique 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.

Date : 23/02/2024 Nom et signature du promoteur : Nathan Charlier



ANNEXE 5 : RÉPONSE DU COMITÉ D'ÉTHIQUE HOSPITALO-FACULTAIRE DE LIÈGE

Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)



Sart Tilman, le 12 mars 2024

Madame **Prof. M. GUILLAUME**
Madame **Isabelle DERENNE**
SCIENCES DE LA SANTE PUBLIQUE
CHU B23

Concerne: Votre demande d'avis au Comité d'Ethique
Notre réf: 2024/89

"Exploration de la perception des demandes d'autonomie des femmes enceintes en vue de leur accouchement par les sage-femmes et gynécologues des maternités en Province du Luxembourg. "
Protocole : v1

Cher Collègue,

Le Comité d'Ethique constate que votre étude n'entre pas dans le cadre de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Le Comité n'émet pas d'objection éthique à la réalisation de cette étude.

Vous trouverez, sous ce pli, la composition du Comité d'Ethique.

Je vous prie d'agréer, Cher Collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Prof. D. LEDOUX
Président du Comité d'Ethique

Note: l'original de la réponse est envoyé au Chef de Service, une copie à l'Expérimentateur principal.

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l'Hôpital, 1 – 4000 LIEGE
Président : Professeur D. LEDOUX
Vice-Présidents : Docteur G. DAENEN – Docteur E. BAUDOUX – Professeur P. FIRKET
Secrétariat administratif : 04/323.21.58
Coordination scientifique: 04/323.22.65
Mail : ethique@chuliege.be
Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

MEMBRES DU COMITE D'ETHIQUE MEDICALE
HOSPITALO-FACULTAIRE UNIVERSITAIRE DE LIEGE

Monsieur le Professeur Didier LEDOUX Intensiviste, CHU	Président
Monsieur le Docteur Etienne BAUDOUX Expert en Thérapie Cellulaire, CHU	Vice-Président
Monsieur le Docteur Guy DAENEN Honoraire, Gastro-entérologue, membre extérieur au CHU	Vice-Président
Monsieur le Professeur Pierre FIRKET Généraliste, membre extérieur au CHU	Vice-Président
Monsieur Resmi AGIRMAN Représentant des volontaires sains, membre extérieur au CHU	
Madame Viviane DESSOUROUX / Monsieur Pascal GRILLI (suppléant) Représentant (e) des patients, membres extérieurs au CHU	
Madame Régine HARDY / Madame la Professeure Adélaïde BLAVIER (suppléante) Psychologue, CHU Psychologue, membre extérieure au CHU	
Madame Isabelle HERMANS Assistante sociale, CHU	
Monsieur le Professeur Maurice LAMY Honoraire, Anesthésiste-Réanimateur, membre extérieur au CHU	
Madame la Docteure Marie-Paule LECART Rhumato-gériatre, CHU	
Madame Marie LIEBEN Philosophe, membre extérieure au CHU	
Madame Patricia MODANESE Infirmière cheffe d'unité, CHU	
Madame la Professeure Anne-Simone PARENT Pédiatre, CHU	
Monsieur le Professeur Marc RADERMECKER Chirurgien, CHU	
Monsieur Stéphane ROBIDA Juriste, membre extérieur au CHU	
Madame Isabelle ROLAND / Monsieur le Professeur Vincent SEUTIN (suppléant) Pharmacien, CHU Pharmacologue, ULiège	
Madame la Docteure Liliya ROSTOMYAN Endocrinologue, membre extérieure au CHU	
Madame la Docteure Isabelle RUTTEN Radiothérapeute, membre extérieure au CHU	
Madame Cécile THIRION Infirmière cheffe d'unité, CHU	



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

« Exploration de la perception des demandes d'autonomie des femmes enceintes en vue de leur accouchement par les sages-femmes et gynécologues des maternités en Province du Luxembourg. »

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 : Pr. **Nathan Charlier** - ncharlier@uliege.be

L'étudiante réalisant ce travail de fin d'étude est : **Isabelle Derenne** – isabelle.derenne@student.uliege.be
(master en sciences de la santé publique à finalité promotion de la santé)

Description de l'étude

Cette étude a pour but de comprendre et d'analyser le vécu des professionnels de santé qui reçoivent les femmes enceintes dans les services de maternité de la Province du Luxembourg, face aux demandes d'autonomie de leurs patientes lors de leur accouchement. Ce mémoire s'intéressera aux sages-femmes et gynécologues-obstétriciens qui exercent dans une des trois salles d'accouchement du groupe Vivalia (Arlon, Libramont et Marche).

La méthodologie de cette étude consistera en une récolte de données qualitatives sous forme de 3 séances collectives. L'utilisation de la méthode participative dite « focus groupe » permet d'explorer la réaction des sage-femmes et gynécologues face aux demandes d'autonomie des femmes qui accouchent, en faisant ressortir les enjeux et valeurs éthiques du phénomène.

Cette étude sera menée, sauf prolongation, jusqu'à la fin de l'année académique 2023-2024.

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 **qualitatives** obtenues via les séances de focus group ou des entretiens individuels auprès de sages-femmes et gynécologues.

Thème	Paramètres
Vécu face aux demandes d'autonomie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réactions personnelles face aux critiques des patientes (cf. <i>Violences obstétricales</i>), stratégies d'adaptation individuelles et collectives ; ▪ Difficultés à appliquer la théorie sur le terrain ; ▪ État des conditions de travail ; ▪ Enjeux éthiques autour de la naissance et ses risques pour le nouveau-né et sa mère ; ▪ Respect du consentement lors des situations urgentes et/ou dangereuses sur le plan médical.
Évolution des pratiques en lien avec les demandes d'autonomie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Communication soignant-soignée ; ▪ Procédures propres à chaque équipe ; ▪ Utilisation d'outils matériels et/ou immatériels ; ▪ La place de la préparation à la naissance pour favoriser l'autonomie de la femme qui accouchera ; ▪ Suivi post-partum & enquêtes de satisfaction à la maternité.
Propositions de modifications des pratiques dans le futur	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Volonté de répondre adéquatement aux demandes d'autonomie des parturientes ; ▪ Idées pour la formation des futurs médecins et sages-femmes & pour la formation continue ; ▪ Idées d'aménagements des blocs d'accouchement pour le futur hôpital d'Houdemont.

1. 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.

2. 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'étudiante réalisant ce travail de fin d'étude, sous la direction de son promoteur.

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

Étape 1 : Récolte des données lors des séances de focus group et d'entretiens individuels via un double enregistrement audio. L'ensemble des données sensibles comprenant les contenus audios et les données de contact seront liées entre elles par un code. Les données seront enregistrées sur un disque dur externe et chiffrées via un logiciel (Veracrypt) qui permet d'en protéger l'accès (rendant l'environnement informatique sécurisé et contrôlé).

Étape 2 : Traitement des données récoltées.

- Les entretiens seront retranscrits intégralement et les données extraites seront anonymisées (cf. point 6 concernant la *pseudonymisation*).
- Les données de contact et les fichiers audios seront ensuite tous supprimés, rendant **anonymes** toutes les données utilisées pour la rédaction du mémoire.
- L'analyse qualitative sera effectuée selon un tri des thématiques abordées. Certains extraits (appelés verbatims) de focus groupe et des entretiens individuels seront utilisés sous forme de citations pour la rédaction du mémoire. Ils serviront d'illustration à certains résultats de l'étude.

Étape 3 : Rédaction du mémoire en utilisant les réponses *pseudonymisées*.

1. Ces données seront-elles rendues anonymes ou pseudo-anonymes ?

Lors de leur traitement (cf. étape 2 du point 5), toutes les données récoltées seront *pseudonymisées*. La **pseudonymisation** signifie que les données ne seront plus liées à un nom et un prénom mais bien à un code, que seuls l'étudiante et son promoteur peuvent relier à des identités. La table de correspondance entre le code et l'identité des répondants est conservée séparément. Pour ce mémoire, chaque maternité sera renommée par une lettre (A, B, C). Chaque participant-e sera identifié-e par la lettre correspondant à sa maternité, suivie d'un chiffre (expl : A1 est gynécologue dans l'hôpital A ; C4 est sage-femme dans l'hôpital C ; etc).

2. Qui pourra consulter et utiliser ces données ?

Seuls l'étudiante 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.

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

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

4. 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).

5. 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).

1. 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'étudiante 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'étudiante 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 : CHARLIER Nathan

Date : 2/4/2024

Signature :



Nom et prénom de l'étudiante réalisant le travail de fin d'étude : DERENNE Isabelle

Date :

Signature :

ANNEXE 7 : CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON

Code	Type d'entretien	Lieu	Profession	Expérience
SF1	Focus group	Hôpital	Sage-femme	Moins de 5 ans
SF2	Focus group	Hôpital	Sage-femme	Entre 5 et 10 ans
SF3	Focus group	Hôpital	Sage-femme	Entre 5 et 10 ans
GYN1	Entretien individuel	Hôpital	Gynécologue-obstétricien	Plus de 20 ans
SF4	Entretien individuel	Autre	Sage-femme	Entre 5 et 10 ans
SF5	Entretien individuel	Visioconférence	Sage-femme	Plus de 20 ans
SF6	Entretien individuel	Hôpital	Sage-femme	Plus de 20 ans
SF7	Focus group	Hôpital	Sage-femme	Entre 10 et 20 ans
SF8	Focus group	Hôpital	Sage-femme	Entre 5 et 10 ans
SF9	Entretien individuel	Hôpital	Sage-femme	Plus de 20 ans
GYN2	Entretien individuel	Hôpital	Gynécologue-obstétricien	Moins de 5 ans
GYN3	Entretien individuel	Autre	Gynécologue-obstétricien	Plus de 20 ans
SF10	Entretien individuel	Visioconférence	Sage-femme	Entre 10 et 20 ans