



# Les Dossiers de la Maïeutique

www.dossiers-de-la-maieutique.fr

Les Dossiers de la Maïeutique (2015) 2(2), 73-83

## La Prise de Décision Partagée lors d'accouchements complexes : barrières et facteurs facilitants

[Shared decision making in complex childbirths: barriers and facilitators]

Yvonne Meyer, Franziska Schläppy-Muntwyler, Franziska Parpan, Jessica Pehlke-Milde

Contact : Yvonne Meyer, HESAV, Beaumont 21, CH 1011 Lausanne, tél. +41 21 316 81 62, yvonne.meyer@hesav.ch

Soumission initiale le 14.2.2015 - Soumission révisée le 22.3.2015 - Accepté pour publication le 31 mars 2015

---

### RESUME

*Introduction* : Les perspectives de la prise de décision chez les sages-femmes et les femmes lors d'accouchements à domicile ou en maison de naissance au moment de la survenue de complications inattendues ont été explorées dans une première étude (Pehlke-Milde *et al.*, soumise pour publication). Elle a mis en évidence les mécanismes d'un processus de décision dynamique influencé par différents facteurs individuels, contextuels et politiques.

*Objectif* : A partir du même recueil de données, cette étude-ci vise l'exploration d'un point spécifique du processus de décision : les perceptions des sages-femmes et des femmes sur les barrières et les facteurs facilitants de la Prise de Décision Partagée – PDP – (shared decision making).

*Méthode* : Cette étude de type compréhensif a été basée sur les données initialement recueillies dans deux cantons suisses, Vaud et Zurich, totalisant 20 interviews de sages-femmes et 20 interviews de femmes impliquées en tandem dans ces accouchements. Elle a fait l'objet d'une analyse déductive des contenus conduite à l'aide d'une taxonomie qui définit une série de barrières et de facteurs facilitants de la PDP et avait déjà été utilisée avec succès auprès d'autres professionnels dans différents contextes de pratique médicale (Gravel *et al.*, 2006; Légaré *et al.*, 2008). L'application de la taxonomie au contexte de la pratique sage-femme a nécessité quelques adaptations minimales.

*Résultats* : L'analyse a montré dans quelle mesure et en quoi la PDP est empêchée ou facilitée. Globalement, les résultats taxonomiques ont montré nettement moins de barrières que de facteurs facilitants, ceci tant chez les sages-femmes que les femmes, avec un rapport quasi du simple au double (sages-femmes : 53 barrières pour 93 facteurs facilitants; femmes : 62 barrières pour 109 facteurs facilitants).

Chez les sages-femmes, les trois principales barrières à la PDP sont *la non-applicabilité dans certaines situations cliniques, le manque de continuité décisionnelle à l'hôpital et le manque de soutien des proches*. Du côté des femmes, les principales barrières à la PDP sont *le développement de sentiments négatifs, le manque de continuité décisionnelle à l'hôpital et le manque d'auto-efficacité*. Les trois principaux facteurs facilitants de la PDP repérés chez les sages-femmes sont *l'auto-efficacité élevée, la préférence des femmes et l'inclusion d'un cadre temporel*. Pour les femmes, les principaux facteurs facilitants de la PDP sont *les signes révélateurs dans les situations cliniques, la communicabilité et la confiance entre prestataire et cliente*.

*Discussion et Conclusion* : La prééminence des facteurs favorisant confirme l'application fréquente de la PDP dans le contexte des accouchements à domicile et en maison de naissance. L'étude apporte aussi de nouveaux éléments de compréhension en éclairant la PDP d'un double point de vue sages-femmes/femmes. Malgré la survenue de complications imprévisibles, les sages-femmes et les femmes de l'étude ont montré que la PDP reste applicable dans une majorité de situations. Il y a cohérence avec la Charte des Droits fondamentaux des Femmes et des Sages-Femmes qui définit pour chaque femme le droit de participer activement à des décisions sur les soins médicaux et à fournir un consentement éclairé (ICM, 2011). Cependant, il existe certaines situations de barrières élevées, où la décision peut être prise unilatéralement, généralement par la sage-femme.

### ABSTRACT

#### Shared decision making in complex childbirths: barriers and facilitators

*Introduction*: Midwives' and women's points of view when unexpected intrapartum complications occurred in labour at home or in birth centres were explored in a first study (Pehlke-Milde *et al.*, submitted for publication). It highlighted dynamic decision making processes that are influenced by various individual, contextual and political factors.

*Objective*: Using the same original data, this study aimed to explore one particular aspect of the decision process: midwives' and women's perceptions of the factors that act as either barriers or facilitators of shared decision making (SDM).

*Methods*: Qualitative comprehensive study based on the primary data initially collected in two Swiss cantons, Vaud and Zurich, included 20 interviews of midwives and 20 interviews of women involved in home or birth centres labour and delivery. A taxonomy

defining barriers and facilitators to SDM, successfully tried and tested with different health professionals (Gravel *et al.*, 2006; Légaré *et al.*, 2008), was used to undertake a deductive content analysis. The taxonomy required minimal changes to adapt it to midwifery practice.

**Results:** The analysis demonstrated the extent to which and the areas where SDM is constrained or enabled. The taxonomy results generally showed fewer barriers than facilitators, for midwives as well as for women, with practically twice as few barriers as facilitators (midwives: 53 barriers / 93 facilitators; women: 62 barriers / 109 facilitators).

For midwives, the three main SDM barriers were *the non-applicability of SDM in certain clinical situations, a lack of continuity in decision making within the hospital and a lack of support from relatives and friends*. Women reported that the main barriers to SDM were *the development of negative feelings, the lack of continuity of decision making within the hospital and lack of self-efficacy*. The three main facilitators of SDM reported by midwives were *high self-efficacy, patient preference, and the inclusion of a time frame*. For women, the main facilitators of SDM are *the "telltale" clinical signs, effective communication and trust between provider and client*.

**Discussion and Conclusion:** The pre-eminence of the facilitators confirms the integration of SDM in the context of home and birth centres care. The study also provides new evidence of understanding, by illustrating SDM from two different perspectives: midwives and labouring women. Despite the complexity of obstetric situations, SDM is demonstrated bilaterally, which is consistent with the International Confederation of Midwives declaration that every woman has the right to be actively involved in the decisions concerning her care so as to provide an informed consent (ICM, 2011). However, there are some situations when barriers to SDM are high and the decision can be taken unilaterally, usually by the midwife.

**Mots clés :** prise de décision partagée, accouchement à domicile, sage-femme, femme

**Keywords:** shared decision making, homebirth, midwife, woman

## Introduction

La prise de décision partagée (PDP) per partum est un élément constitutif du modèle des soins centrés sur la femme (Berg *et al.*, 2012). Or dans les maternités, c'est souvent l'approche médico-technique qui prévaut (Knibiehler, 2007). Les femmes sont beaucoup informées des risques liés aux différentes phases de l'accouchement (Walsh *et al.*, 2004). Un exemple emblématique est la surveillance généralisée de la santé du fœtus par la cardio-tocographie (CTG) en continu, y compris dans les situations à bas risque (Smith *et al.*, 2012). Dans une pratique sage-femme nourrie par un modèle de soin comme celui centré sur la femme, la PDP s'imposerait. La femme serait informée sur les recommandations de bonnes pratiques liées au CTG, ainsi que les alternatives possibles de surveillance intermittente des bruits cardiaques fœtaux par auscultation ou avec un appareil Doptone, puis compte tenu des préférences de la femme, une décision commune serait prise.

Le concept de PDP est apparu dans les années 1990 (Charles *et al.*, 1997). Il s'inscrit dans le droit des patients d'être informé, de donner leur consentement libre et éclairé (Conseil de l'Europe, 1997; Canton de Vaud, 2005). La PDP est un processus où le professionnel de santé et le patient partagent une information médicale en vue d'une prise de décision concernant la santé individuelle d'un patient. Ce processus inclut la prise en compte des préférences du patient sur les options possibles de prévention, de diagnostic ou de traitement, l'apport approprié d'information, notamment les risques éventuels et les éléments de preuve scientifique, la vérification de la bonne compréhension de cette information et l'explicitation d'une part d'incertitude inhérente à toute prise de décision (King *et al.*, 2011; Nieuwenhuijze *et al.*, 2014). En France, dans une synthèse sur la décision partagée, la Haute Autorité de Santé (HAS) spécifie que s'il existe une urgence vitale ou lorsqu'un traitement est indispensable pour ne pas mettre en jeu le pronostic vital

ou la sécurité d'autrui, des aides à la décision n'ont pas lieu d'être développées (HAS, 2013).

Chez les sages-femmes, deux ouvrages-clés abordent la spécificité de la PDP: "The midwifery partnership : a model for practice" (Guilliland & Pairman, 1995) et "Decision-Making in Midwifery Practice" (Raynor *et al.*, 2005). Puis en 2011, la Confédération Internationale des Sages-Femmes (ICM) a publié une charte des droits fondamentaux des femmes et sages-femmes avec la PDP comme pierre angulaire du partenariat femme/sage-femme: "Chaque femme a le droit de participer activement à des décisions sur les soins médicaux qu'elle reçoit et à fournir un consentement éclairé" (ICM, 2011). Plusieurs associations nationales de sages-femmes ont repris la PDP dans leur charte ou code. La HAS a également rédigé une synthèse intitulée "Patient et professionnels de santé : décider ensemble" (2013). Toutefois, dans ces différents textes, on peut constater des variations de terminologie: Informed decision making [Prise de décision éclairée] (Australian Nursing and Midwifery Council, 2008), Informed consent and decision making [Consentement éclairé et prise de décision] (New Zealand College of Midwives, 2009), Shared decision making and informed consent [Décision partagée et consentement éclairé] (North American Registry of Midwives, n.d.), Choix informé (Fédération Suisse des sages-femmes, 2011), Décision médicale partagée (HAS, 2013).

Dans le cadre de cette étude, la Prise de Décision Partagée (PDP) est définie comme le processus de collaboration qui permet aux femmes et aux sages-femmes de prendre des décisions acceptées mutuellement en tenant compte des données scientifiques disponibles, ainsi que des valeurs et préférences des femmes. Cette définition intègre les deux étapes-clés du processus de PDP retrouvées dans les sources précitées: l'échange d'informations et la délibération en vue d'une décision communément acceptée (Berg *et al.*, 2012; HAS, 2013; Raynor *et al.*, 2005; Canton de Vaud, 2005).

Une revue de la littérature démontre que la PDP per partum est encore peu étudiée (Jefford *et al.*, 2010) et mériterait d'être explorée pour développer les connaissances disponibles pour les sages-femmes. La nécessité d'investiguer le droit à l'auto-détermination de la parturiente a aussi été identifié (Von Rahden & Baumgärtner, 2011). Dans une étude qualitative auprès de sages-femmes ayant la double pratique en maison de naissance et en milieu hospitalier, Everly (2012) montre l'influence de l'environnement sur la prise de décision indépendante durant le travail et à l'accouchement, avec davantage de résistance à l'hôpital pour les désirs et préférences des femmes. Une autre recherche qualitative basée sur des entretiens individuels et de groupe de sages-femmes et de femmes montre la complexité de la décision partagée en situation pré- et post-natale et identifie une série de facteurs relationnels, sociaux et politiques qui façonnent la PDP, notamment les identités, l'expérience, l'organisation des soins, la culture hospitalière locale, la médicalisation de l'accouchement, le manque de personnel de santé, les restrictions budgétaires et la pauvreté (Noseworthy *et al.*, 2013).

Les besoins des femmes liés à la PDP dans la sphère de la santé génésique n'ont pas non plus été beaucoup explorés. Quelques chercheurs se sont intéressés au conflit décisionnel dans les tests de dépistage prénataux (Légaré *et al.*, 2010), aux éléments d'influence pour le choix du lieu de naissance (Edwards, 2009) ou au choix de traitement à la ménopause (Légaré *et al.*, 2007).

Deux revues systématiques, la seconde étant une mise à jour de la première, ont été conduites sur l'intégration de la PDP dans la pratique des professionnels de santé. Les études qui ont jusqu'à présent exploré la PDP sont surtout issues de la médecine générale, de la psychiatrie ou de la cancérologie. Quelques études de ces deux revues analysent la PDP à partir d'autres perspectives professionnelles : l'approche professionnelle unique d'infirmière ou multidisciplinaire avec ou sans usagers. Ces deux revues systématiques révèlent une large gamme de facteurs qui soit empêchent la PDP (barrières), soit la facilitent (facteurs facilitants) (Gravel, Légaré & Graham, 2006; Légaré *et al.*, 2008). La contrainte du temps – barrière – et la motivation des professionnels de santé – facteur facilitant – sont les éléments qui ont l'impact le plus important sur la PDP. Une étude est à relever plus particulièrement, car elle cible des sages-femmes, des obstétriciens et des femmes enceintes. Elle examine l'utilisation de feuillets d'information scientifiquement éprouvée pour un choix éclairé des services de maternité (Stapleton *et al.*, 2002). Malgré l'information scientifique des feuillets, les professionnels ont davantage promu des pratiques normatives qu'un choix éclairé. En cause, on retrouve ici aussi la contrainte du temps et des pressions institutionnelles, éléments identifiés comme étant les barrières les plus importantes à la mise en place d'une pratique effective de la PDP.

Au vu de ces premiers éléments, on peut affirmer que le niveau de connaissance sur la PDP dans le contexte obstétrical est encore limité. Investiguer ce que les

sages-femmes et les femmes disent lorsqu'elles sont impliquées dans le même accouchement complexe pour mieux comprendre ce qui empêche et facilite la PDP est donc justifié. Ces accouchements présumés normaux qui présentent des complications subites ou progressives en dehors de l'hôpital sont complexes, car ils nécessitent une détection opportune, puis une réponse appropriée. La PDP n'est pas le propre du milieu extra-hospitalier, loin s'en faut. Mais à domicile ou en maison de naissance, la sage-femme est autonome, ce qui est propice à l'investigation poursuivie.

Lors d'une recherche primaire, nous avons exploré les perspectives de la prise de décision chez les sages-femmes et les femmes lors d'accouchements à domicile ou en maison de naissance lors de complications inattendues. L'étude basée sur la méthodologie de la Théorie Ancrée (Strauss & Corbin, 1990) a montré les mécanismes d'un processus de décision dynamique influencé par différents facteurs individuels, contextuels et politiques. Deux phénomènes distincts ont pu être modélisés : l'espace de décision et l'adaptation au vu du déroulement inattendu du travail d'accouchement (Pehlke-Milde *et al.*, soumis pour publication).

La présente étude poursuit un intérêt qui n'était pas central dans la recherche originale, en s'attachant à comprendre la prise de décision partagée.

## Objectif de recherche

Explorer les perceptions des sages-femmes et des femmes sur les barrières et les facteurs facilitants de la PDP en situation d'accouchements complexes à domicile ou en maison de naissance.

## Méthode / collecte des données

Etude secondaire de type compréhensif. La méthode choisie porte sur l'exploration avancée du concept de Prise de Décision Partagée (PDP). Elle part de données déjà disponibles et en fait une analyse secondaire. C'est une des formes décrites pour l'analyse secondaire de données qualitatives (Heaton, 2004).

La présente étude reprend la partie des données sur la co-décision intégrée au corpus de la recherche primaire. Le matériel est issu d'interviews individuelles, 20 de sages-femmes et 20 de femmes, dont 16 sont des paires de sage-femme/parturiente impliquées dans le même accouchement complexe. Ces données ont été recueillies entre février 2012 et mars 2013 dans deux cantons suisses, Vaud et Zürich. Le recrutement a eu lieu sur la base de listes de sages-femmes indépendantes de la Fédération Suisse des Sages-Femmes. A l'époque du recrutement, Vaud comptait 14 sages-femmes pratiquant des accouchements extra-hospitaliers et Zurich 24. La diversification des contextes de pratique a guidé le recrutement des sages-femmes. Les femmes ont, elles, été contactées par l'entremise de la sage-femme en

charge de l'accouchement thématized. Pour la moitié des femmes, l'interview a eu lieu dans l'année qui a suivi l'accouchement. Pour l'autre moitié, le délai a été de deux à quatre ans sauf pour une femme où il a excédé cinq ans. L'étalement s'explique par la relative rareté des complications rencontrées en milieu extra-hospitalier et le choix d'une situation caractéristique de la prise de décision dans le cadre d'un accouchement complexe, par ex. le transfert du nouveau-né en pédiatrie. Les entretiens ont été assurés par les collaboratrices de recherche (deux sages-femmes et une sociologue) à l'endroit choisi par les personnes interviewées (cabinet, domicile, autre). Toutes les participantes se sont exprimées spontanément à partir de l'invitation à raconter une situation choisie pour les sages-femmes et la propre situation d'accouchement pour les femmes. L'entretien s'est poursuivi de manière ouverte et interactive, les personnes interrogées étant considérées comme expertes de leurs déterminations et actions (Witzel, 2000). Les données ont été enregistrées, puis retranscrites mot à mot. Puis une analyse qualitative de contenu a été choisie pour traiter les données (Mayring, 2000). Il s'agit d'une procédure par catégorie déductive. L'encodage, puis l'analyse ont été faits sur la base d'une taxonomie pré-existante, élaborée par Gravel *et al.* (2006). Cette taxonomie exemplifie le processus de PDP entre professionnels de santé et patients à partir de trois catégories de facteurs : connaissance, attitude et comportement. Chacune de ces catégories comprend une série de codes prédéfinis représentatifs des barrières et des facteurs facilitants de la PDP. Les codes de Gravel *et al.* (2006) sont définis dans le tableau 1 de leur article. Cette taxonomie a été utilisée avec succès dans deux revues systématiques (Gravel *et al.*, 2006; Légaré *et al.*, 2008) et dans le cadre d'autres études (Cabana *et al.*, 1999; Espeland & Baerheim, 2003), ce qui a permis de l'améliorer et de l'enrichir. Pour cette recherche, la taxonomie a été utilisée avec la permission de la Professeure Légaré. Elle a été traduite en français par nos soins. A l'encodage, cette taxonomie s'est révélée en grande partie compatible avec nos données. Quelques difficultés ont été rencontrées du fait du contexte spécifique de l'obstétrique et de l'application de la taxonomie non seulement aux professionnels, ici les sages-femmes, mais également aux femmes. En sériant les données des deux corpus, il est apparu nécessaire de revoir quelques codes de la taxonomie originale. Cela a été fait sous les formes suivantes: A. ajout, B. reformulation et C. redéfinition de codes. La liste des nouveaux codes se trouve dans les tableaux 1 et 2.

- A. Un ajout de code a été fait. Il cible la continuité décisionnelle à l'hôpital lors d'un transfert. Cet ajout découle de la littérature (Everly, 2012) et des citations recueillies.
- B. Une reformulation globale des codes a privilégié l'appellation "femme" plutôt que "patient". Des reformulations spécifiques ont été apportées à quatre codes. (1) Le code relatif à l'applicabilité a été redirigé sur les caractéristiques des sages-femmes dans la taxonomie des femmes. Les citations ont en effet montré que certaines caractéristiques, comme le degré d'expérience de la sage-femme, conditionnent

la PDP chez les parturientes. Le code sur les caractéristiques des femmes dans la taxonomie des sages-femmes a lui été maintenu. (2) Le code qui porte sur la confiance envers les présentateurs de la PDP a été redirigé sur la confiance entre prestataire et cliente. Il est en effet apparu à l'usage que la PDP dépend grandement de la confiance des parties les unes envers les autres. (3) Le code des ressources a été redirigé sur le soutien ou manque de soutien des proches. Là aussi, l'usage a montré que la PDP est conditionnée par le comportement des proches à l'accouchement. (4) Le code de la pression du temps a été reformulé en direction de l'inclusion d'un cadre temporel. En effet, la temporalité tient une place particulière en obstétrique. L'inclusion d'un cadre temporel consiste à se donner un temps avant de prendre une décision ferme. Selon les situations, il peut s'agir de quelques minutes ou au contraire plusieurs heures.

- C. Une redéfinition a porté sur le code situation clinique, qui était clair pour les sages-femmes, mais pas pour les parturientes. Les citations ont permis de clarifier que la situation clinique chez les parturientes est liée à la perception ou non de signes révélateurs d'un problème.

Toutes les citations des interviews ayant trait à la PDP ont été rangées dans les catégories prédéfinies de la taxonomie. Cette application déductive de l'analyse de contenu (Mayring, 2000) a permis d'élaborer des résultats en deux parties : une partie quantitative, avec indication de la fréquence des citations par code et une partie qualitative avec interprétation d'extraits d'interviews. Dans le texte ci-dessous qui présente les résultats, les citations apparaissent avec le numéro attribué à chaque participante. Il arrive qu'une participante soit citée deux fois lorsqu'elle exprime deux idées différentes pour un même code (exemple : 4<sub>1</sub>, 4<sub>2</sub>). Il peut s'agir d'une sage-femme qui nomme un élément de sa pratique survenu dans deux accouchements différents ou d'une parturiente qui exprime deux ressentis distincts pour un même code.

Pour assurer la fiabilité et la validité de l'analyse, le codage des interviews a été fait par l'auteure principale, puis discuté avec une co-auteure particulièrement expérimentée dans l'analyse de contenu.

La recherche primaire a été validée par la Commission Cantonale d'Éthique (Vaud). Cette étude secondaire ne comportant pas de nouvel objectif et les participantes ayant été informées par écrit de l'investigation sur la prise de décision et la codécision au moment où elles ont fourni les données, aucune nouvelle démarche éthique n'a été engagée. Des fonds labellisés "DO REsearch" du Fonds National Suisse pour la Recherche ont permis le financement de l'étude primaire.

## Résultats

Les résultats démographiques montrent que les sages-femmes sont majoritairement des Suissesses ou des

Européennes des pays limitrophes, âgées entre 40 et 60 ans. Elles pratiquent des accouchements extra-hospitaliers depuis de nombreuses années. Mais il y a également de la relève, avec quelques sages-femmes qui ont opté pour ce choix plus récemment, le critère légal en Suisse étant d'avoir exercé deux ans avant de travailler comme sage-femme indépendante (Conseil Fédéral, 1995).

Les femmes, elles, ont en majorité plus de 30 ans, voire plus de 40 ans pour certaines. Toutes sont Suissesses ou originaires d'un pays de l'Union Européenne. Elles sont mariées ou vivent avec un partenaire. Leur niveau de formation est élevé, soit un apprentissage, un baccalauréat ou des études supérieures. Une majorité exerce professionnellement. Leurs activités se concentrent dans les domaines de l'agriculture, du commerce, de l'économie, de la santé, de l'éducation, de l'art et de l'assistance spirituelle. Il s'agit de 10 nullipares

et de 10 multipares. Initialement, 12 femmes désiraient accoucher à domicile et huit en maison de naissance. Les problèmes rencontrés ont concerné toutes les phases de l'accouchement : pré-travail, dilatation, expulsion, délivrance placentaire, ainsi qu'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine. Dans six situations, le problème a été résolu sur place et dans 14 situations, les sages-femmes ont décidé d'un transfert à l'hôpital.

Les tableaux 1 et 2 montrent les résultats de l'analyse qualitative de contenu avec la fréquence d'apparition des barrières et facteurs facilitants de la PDP en fonction des codes attribués aux sages-femmes et aux femmes.

Ces tableaux montrent nettement plus de facteurs facilitants que de barrières dans les deux groupes de participantes. Les facteurs facilitants sont au nombre de 93 pour les sages-femmes et de 109 pour les femmes, alors que le total des barrières est de 53 pour les sages-

Tableau 1 - Sages-femmes (inspiré de Légaré et al. 2008, avec permission des auteurs)

Codes	Barrières										Facteurs facilitants											
	Nombre de citations de non adhérence à PDP										Nombre de citations d'adhérence à PDP											
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>Connaissance</b>																						
<i>Peu de sensibilisation</i>											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<i>Peu de familiarité</i>											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<i>Oubli</i>											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Attitude</b>																						
<i>Peu d'accord/Accord sur les aspects de PDP</i>											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Interprétation de l'évidence											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<i>Peu applicable/Applicable</i>											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Caractéristiques de la femme											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Situation clinique											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Demande à la femme du rôle PDP souhaité											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Demande à la femme si elle a besoin d'aide ou si pression indue											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Demande des valeurs ou clarification des valeurs											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Coût-bénéfice défavorable/Favorable											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Manque de confiance entre prestataire et femme/Confiance											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<i>Peu d'accord en général/Accord</i>											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Trop "recette de cuisine" - trop rigide pour être appliqué											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Défi pour l'autonomie											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Concept biaisé											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<i>Peu praticable/Praticable</i>											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Complet désaccord avec l'utilisation du modèle/Accord											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<i>Peu d'attente/Attente</i>											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Issue de santé pour femme/bébé											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Démarche de santé											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sentiment provoqué négatif/positif											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Manque d'auto-efficacité/Auto-efficacité											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Manque de motivation/Motivation											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Comportement (Facteurs externes)</b>																						
<i>Facteurs associés avec la femme</i>											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Préférence des femmes											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<i>Facteurs associés avec PDP comme une innovation</i>											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<i>Peu testable/Testable</i>											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<i>Peu compatible/Compatible</i>											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Complexe/Facile à utiliser											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<i>Peu observable/Observable</i>											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<i>Peu communicable/Communicable</i>											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Augmente l'incertitude/Diminue l'incertitude											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<i>Pas modifiable/modifiable</i>											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<i>Facteurs associés avec des facteurs environnementaux</i>											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Inscription d'un cadre temporel											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Manque de soutien par les proches/Soutien											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Contraintes organisationnelles/Soutien											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Manque d'accès aux services de santé/Accès											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<i>Peu remboursé/Remboursé</i>											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Crainte de poursuite pour faute professionnelle											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Partage de responsabilité avec la femme											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Manque de continuité décisionnelle à l'hôpital/Continuité											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Total des citations</b>											<b>53</b>											

femmes et 62 pour les femmes.

Les trois barrières à la PDP les plus fréquemment identifiées chez les sages-femmes relèvent des *situations cliniques* (n = 9) [5, 7, 13, 14, 16, 17<sub>1</sub>, 17<sub>2</sub>, 17<sub>3</sub>, 18], *du manque de soutien des proches* (n = 8) [3, 5, 10<sub>1</sub>, 10<sub>2</sub>, 16, 18<sub>1</sub>, 18<sub>2</sub>, 20] et *du manque de continuité décisionnelle à l'hôpital* (n = 7) [2<sub>1</sub>, 2<sub>2</sub>, 5, 10, 13, 18, 19]. Les trois barrières les plus fréquemment identifiées chez les femmes relèvent du développement de *sentiments négatifs* (n = 10) [24, 26, 28<sub>1</sub>, 28<sub>2</sub>, 29, 31, 34, 37, 38, 39], *du manque de continuité décisionnelle à l'hôpital* (n = 9) [24, 25, 26<sub>1</sub>, 26<sub>2</sub>, 27, 39<sub>1</sub>, 39<sub>2</sub>, 40<sub>1</sub>, 40<sub>2</sub>], et *du manque d'auto-efficacité* (n = 7) [22, 26, 30, 33, 34, 37, 40].

Pour les sages-femmes, la première barrière à la décision partagée est *la non-applicabilité liée aux situations cliniques*, en particulier lorsque survient une urgence vitale.

*Si j'ai une souffrance foetale, on est d'accord que je lui dirai: "Stop là, on arrête tout et puis j'appelle l'ambulance". C'est évident que je ne vais pas leur laisser le choix. (Sage-femme 13)*

Des femmes ont renchéri dans le code portant sur l'issue de santé patiente/bébé.

*Dans mon cas, je ne pouvais rien dire de toute façon, c'était la vie de mon bébé qui était en jeu (...), donc voilà. Moi je pense, c'est la sage-femme qui prend la décision dans le cas urgent. (Femme 39)*

La deuxième barrière à la PDP pour les sages-femmes est liée au *manque de soutien des proches*. Il peut s'agir du conjoint ou d'autres membres de la famille ou amis. Le manque de soutien peut se marquer de différentes façons : perte de confiance, distensions relationnelles ou comportement inadéquat.

Tableau 2 - Femmes (inspiré de Légaré et al. 2008, avec permission des auteurs)

Perception des barrières/facteurs facilitants d'implémentation de la Prise de Décision Partagée (PDP) en situation d'accouchement à domicile ou en maison de naissance

Codes	Barrières										Facteurs facilitants											
	Nombre de citations de non adhérence à PDP										Nombre de citations d'adhérence à PDP											
	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>Connaissance</b>																						
<i>Peu de sensibilisation</i>											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<i>Peu de familiarité</i>											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<i>Oubli</i>											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Attitude</b>																						
<i>Peu d'accord/Accord sur les aspects de PDP</i>											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Interprétation de l'évidence											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<i>Peu applicable/Applicable</i>											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Caractéristiques de la sage-femme											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Situation clinique											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Demande à la femme du rôle PDP souhaité											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Demande à la femme si elle a besoin d'aide ou si pression indue											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Demande des valeurs ou clarification des valeurs											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Coût-bénéfice défavorable/Favorable											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Manque de confiance entre prestataire et femme/Confiance											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<i>Peu d'accord en général/Accord</i>											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Trop « recette de cuisine » - trop rigide pour être appliqué											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Défi pour l'autonomie											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Concept biaisé											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<i>Peu praticable/Praticable</i>											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Complet désaccord avec l'utilisation du modèle/Accord											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<i>Peu d'attente/Attente</i>											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Issue de santé pour femme/bébé											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Démarche de santé											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sentiment provoqué négatif/positif											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Manque d'auto-efficacité/Auto-efficacité											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Manque de motivation/Motivation											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Comportement (Facteurs externes)</b>																						
<i>Facteurs associés avec la femme</i>											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Préférence des femmes											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<i>Facteurs associés avec PDP comme une innovation</i>											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<i>Peu testable/Testable</i>											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<i>Peu compatible/Compatible</i>											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Complexe/Facile à utiliser											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<i>Peu observable/Observable</i>											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<i>Peu communicable/Communicable</i>											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Augmente l'incertitude/Diminue l'incertitude											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<i>Pas modifiable/modifiable</i>											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<i>Facteurs associés avec des facteurs environnementaux</i>											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Inscription d'un cadre temporel											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Manque de soutien par les proches/Soutien											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Contraintes organisationnelles/Soutien											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Manque d'accès aux services de santé/Accès											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<i>Peu remboursé/Remboursé</i>											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Crainte de poursuite pour faute professionnelle											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Partage de responsabilité avec la femme											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Manque de continuité décisionnelle à l'hôpital/Continuité											1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Total des citations</b>											62											

*J'ai vécu peut-être trois-quatre fois (...) qu'ils (des conjoints) (...) où j'ai eu le sentiment qu'ils ont eu soudainement vraiment peur pour leur femme et leur enfant, qu'ils ont perdu confiance (...) dans le fait que nous faisons une bonne surveillance dans la maison de naissance (...) et que pour eux il faut DE SUITE aller à l'hôpital. Ça oui (...) et là je trouve que c'est assez difficile... (Sage-femme 3)*

La troisième barrière à la PDP est commune aux sages-femmes et aux femmes. Il s'agit du *manque de continuité décisionnelle à l'hôpital*. Plusieurs situations montrent une rupture vis-à-vis du projet d'accouchement, sans que la situation clinique l'impose. Les deux témoignages ci-après, l'un de sage-femme en Suisse alémanique et l'autre de femme en Romandie, se font écho pour une situation similaire. Dans les deux cas, il s'agit d'une stagnation du travail avec décision de transfert, pour continuer l'accouchement avec les moyens de l'hôpital et si possible permettre un accouchement par voie basse. Les réponses qui ont été données à l'hôpital ont été perçues comme pour le moins inattendues, voire brutales.

*Et alors ils ont immédiatement fait une césarienne (...) et (...) sans même essayer autre chose (...) et pour la femme ça a été une ENORME frustration la manière dont ils ont agi. (Sage-femme 2)*

*Le médecin (formulation changée) revient, et nous dit : "Écoutez (...) ça devient dangereux pour votre enfant" (...) alors que notre enfant n'avait pas eu de souffrance fœtale à aucun moment (...) ça c'est sûr et certain (...) on m'a toujours répété que le cœur allait bien (...) mais bon, sur le coup, on ne savait pas on a dit ok pour la césarienne (...) donc ça s'est terminé en césarienne. (Femme 40)*

D'autres situations touchant à la continuité de la PDP à l'hôpital font état de tension entre la sage-femme et le personnel hospitalier. Il y a aussi la crainte fondée ou non que la parturiente, une fois transférée, n'ait plus rien à dire.

La première barrière à la PDP pour les femmes porte sur le *développement de sentiments négatifs*. Une relation difficile avec la sage-femme ou la difficulté à admettre le revirement de la situation d'accouchement constitue chacun à leur manière des obstacles à la PDP

*Et alors la sage-femme a dit NON, je transfère. Mais entre moi et cette sage-femme ce n'était pas tellement optimal. Beaucoup de choses ne jouaient pas et là j'ai été passablement déçue quand elle a subitement dit oui nous transférons. C'était vraiment (...) déjà elle est arrivée et elle était fatiguée, cela se sentait, elle revenait d'un autre accouchement ou je ne sais pas quoi. Mais je pense que quand tu accouches la première fois tu es plutôt démunie... (Femme 26)*

*Et j'ai dû lentement m'habituer à l'idée (...) // Mhm // mais EN MÊME TEMPS j'ai remarqué que je n'y arrivais pas bien (...) je voulais que l'enfant vienne maintenant et tout de suite // Mhm // et cet hôpital, j'ai*

*toujours pensé, non je ne veux pas aller dans CET HÔPITAL (...) car c'est pour ça que nous sommes dans la maison de naissance pour avoir la sage-femme que je connais (...) et pas n'IMPORTE quelle sage-femme... (Femme 29)*

Dans ces deux témoignages, on découvre qu'une femme s'est sentie forcée dans la prise de décision et l'autre l'a acceptée à contrecœur. On peut en déduire que hâter une décision, quand il n'y a pas d'urgence et que la personne n'a pas encore atteint la compréhension voulue par l'équipe hospitalière, entraîne un lot de frustrations.

La deuxième barrière à la décision partagée pour les femmes ayant déjà été évoquée, nous abordons la troisième qui porte sur le *manque d'auto-efficacité*. Il peut y avoir la fatigue, le stress ou un manque de clarté d'esprit qui amène les parturientes à s'en remettre à la sage-femme pour décider.

*A mon avis en tant que patiente on peut prendre beaucoup de décisions (...) on peut beaucoup discuter (...) mais moi je n'étais plus en état de prendre une décision; je n'avais pas l'esprit assez clair pour pouvoir prendre une décision un peu cohérente. Je veux dire avec les montées d'hormones que (...) le corps est capable de créer... (Femme 37)*

Ce témoignage fait état de capacité *insuffisante pour prendre une décision* cohérente. La femme reconnaît que l'espace de discussion existe, mais qu'à un moment donné elle est empêchée et doit passer la main. Ici, on peut imaginer qu'il n'y aura pas la même frustration que celle exprimée dans les deux témoignages précédents, par le fait qu'elle reconnaît son incapacité.

Quant aux trois facteurs facilitants les plus souvent nommés, pour les sages-femmes, ils concernent *l'auto-efficacité* (n = 12) [1, 2<sub>1</sub>, 2<sub>2</sub>, 3, 4<sub>1</sub>, 4<sub>2</sub>, 5, 6, 8<sub>1</sub>, 8<sub>2</sub>, 12, 20], *la préférence des femmes* (n = 7) [4<sub>1</sub>, 4<sub>2</sub>, 6, 11, 14, 16, 17] et *l'inclusion d'un cadre temporel* (n = 7) [5, 9, 10<sub>1</sub>, 10<sub>2</sub>, 13, 17, 20]. Pour les femmes, les facteurs facilitants sont les signes révélateurs dans *la situation clinique* de son propre accouchement (n = 10) [21, 23, 24<sub>1</sub>, 24<sub>2</sub>, 27<sub>1</sub>, 27<sub>2</sub>, 34, 36, 37, 40], *la communicabilité* (n = 10) [22, 24, 25, 35, 36, 37, 38<sub>1</sub>, 38<sub>2</sub>, 39, 40], et *la confiance entre prestataire et cliente* (n = 9) [26, 27, 28, 30, 34, 35<sub>1</sub>, 35<sub>2</sub>, 37, 40].

Du côté des sages-femmes, le premier facteur facilitant est *l'auto-efficacité*. On retrouve ici l'information de l'éventualité d'un transfert per partum, dès qu'il y a des signes annonciateurs. La sage-femme dit les choses avec tact et communique de façon subtile, car si la parturiente entrevoit, elle, la difficulté et sa résolution, la prise de décision est plus aisée. Dans le témoignage ci-après, on voit que la sage-femme n'hâte pas la décision, bien au contraire, elle utilise une rhétorique intéressante de question ouverte pour permettre à la femme d'évoluer vers la conscientisation du problème.

*Nous, des fois, on voit venir le problème [non-*

*progression]. Seulement quand les femmes sont encore dans leur histoire et elles y vont, il y a encore toute une volonté (...) et bien on ne peut pas lui couper l'herbe sous les pieds comme ça. Donc on attend (...) on attend qu'elle soit fatiguée ou de temps en temps on tâte le terrain: "Comment ça va ?, ça va ?" et puis on attend la réponse... On a envie qu'elle arrive dans son chemin et puis qu'elle dise: "Oui, moi je crois que voilà". Comme ça elle n'a pas l'impression qu'on lui a pris son histoire. (Sage-femme 20)*

Le deuxième facteur facilitant de la décision partagée est la *préférence des femmes*. Là, la décision partagée consiste à suivre la parturiente quand elle-même demande d'aller à l'hôpital. Soit elle n'en peut plus, soit elle ne se sent plus en sécurité.

*Tant que la maman veut rester en maison de naissance, elle reste en maison de naissance, il n'y a pas de raisons de transférer. Si elle souhaite, après, avoir une péridurale ou il faut avancer parce qu'elle n'en peut plus à cause de la fatigue, c'est elle qui dit le transfert. (Sage-femme 11)*

En troisième lieu, les sages-femmes ont nommé *l'inclusion d'un cadre temporel* qui dépend d'une possible expectative ou non, compte tenu de la situation clinique. Souvent elles disent explicitement un délai plus ou moins long qui aide de part et d'autre à la prise de décision. L'expression "fenêtre de temps" est révélatrice. Elle donne un espace pour entreprendre des ajustements qui pourraient encore favoriser le processus d'un accouchement normal, mais en même temps elle prépare à l'idée qu'un transfert à l'hôpital pourrait s'avérer nécessaire.

*Oui, parfois on fait une fenêtre de temps et on dit : "Regarde (...) on attend encore deux heures (...) et puis si à ce moment rien n'a changé, s'il n'y a pas de progression du travail (...) alors après nous irons à l'hôpital (...). (Sage-femme 10)*

Du côté des femmes, le premier facteur facilitant nommé est leur propre perception de signes révélateurs dans la situation clinique de leur accouchement. Il peut s'agir de la force physique et de la volonté encore bien présentes ou au contraire manquantes, des douleurs qui deviennent insupportables, ainsi que d'autres signes, comme des étourdissements ou un écoulement vaginal suspect. Les femmes sont mises en alerte par une gamme de ressentis au niveau sensoriel et par l'appréciation de leur état général.

*Bon, le moment où je me suis sentie prête à être transférée c'est donc après le percement de la poche des eaux et que j'ai commencé à avoir très très mal et que ça devenait plus supportable; là (...) à ce moment-là c'était sûr. (Femme 40)*

Il est cependant à noter que la parturiente n'est pas forcément alertée par tous les signes, notamment ceux touchant à la santé du bébé. Un changement dans les

bruits cardiaques fœtaux peut passer inaperçu si la femme est prise par ses propres sensations et/ou parce qu'elle n'a pas la clé de l'interprétation.

*Je n'ai pas senti que ça n'allait plus, que(...) le bébé se sentait mal. J'avais juste trop trop mal. (Femme 40)*

Le deuxième facteur facilitant est lié à la *communicabilité*. Il s'agit ici de la justesse de la communication qui aide à la PDP. Les femmes relèvent l'importance du calme et du côté factuel des sages-femmes pour dire les choses.

*J'ai le sentiment que j'ai été impliquée (...) oui la communication a été claire – que Si je peux (...) je dois plus me mobiliser – et ÇA s'est révélé avoir du sens (...) il s'est réellement passé quelque chose (...) c'est étonnant mais j'avais encore de la force (...) cela aussi a compté pour moi. (Femme 24)*

Le troisième facteur facilitant nommé par les femmes est la *confiance entre prestataire et cliente*. Cette confiance reflète un élément fondamental. C'est parce qu'il y a confiance de la parturiente envers la sage-femme, que la femme parvient à modifier sa façon de voir les choses et à accepter une décision qu'à priori elle ne voulait pas.

*Et puis elle m'a aussi dit: "Je crois qu'il faut transférer" (...) et ma première pensée a été NON! (rit) car (...) c'était exactement ce que je ne voulais pas et elle m'a alors dit (...) : "Des fois il y a simplement une raison (...) qui fait que ça ne progresse pas" // Mhm /// et c'est ça qui m'a convaincu. J'ai alors pensé : "Eh, j'ai confiance en cette femme (...) je lui fais vraiment totalement confiance et j'ai pensé : "Ah oui, si elle dit ça". C'était devenu clair. Il y a peut-être une raison et il faut y aller (...) alors je ne dis pas NON. (Femme 26)*

## Discussion

Notre but, qui était d'explorer la perception des barrières et des facteurs facilitants de la PDP en situation d'accouchement complexe, a été *concrétisé*. En plus, nous avons réalisé une recherche innovante en investiguant les perceptions des sages-femmes jusque-là peu étudiées et celles des femmes, les deux impliquées dans les mêmes situations d'accouchement. La mise en évidence d'une nette prééminence des facteurs facilitants de la PDP parle pour sa *réelle* implantation dans les situations d'accouchement à domicile ou de maison de naissance. On le voit aussi au travers de codes facilitants qui reviennent souvent comme la place donnée à la préférence des femmes, la communicabilité ou la confiance entre prestataire et cliente. Cela est réjouissant car en cohérence avec la Charte des Droits fondamentaux des Femmes et des Sages-Femmes de l'ICM (2011) qui définit pour chaque femme le droit de participer activement à des décisions sur les soins médicaux et à fournir un consentement éclairé (ICM, 2011). L'étude a aussi montré que malgré la complexité



des accouchements extra-hospitaliers avec survenue de complications imprévisibles, la PDP reste applicable dans une majorité de situations. Cependant, il existe certaines situations de barrières élevées, où la décision peut être prise unilatéralement, généralement par la sage-femme.

La force de cette étude est qu'elle est basée sur une taxonomie spécifique à la PDP qui a fait ses preuves (Gravel *et al.*, 2006; Légaré *et al.*, 2008). Moyennant des changements minimes, cette taxonomie s'est révélée intéressante pour comprendre la diversité des facteurs qui interviennent dans la PDP.

Le résultat contraste avec les revues systématiques de Gravel *et al.* (2006) et de Légaré *et al.* (2008), qui, pour rappel, recensent principalement des études dans le milieu médical avec des *résultats* qui montrent davantage de barrières que de facteurs facilitants à l'implantation de la PDP. Nous avons cherché si dans les revues systématiques il y avait des études du milieu obstétrical. Nous en avons trouvé une, celle de Stapleton *et al.* (2002), qui a plusieurs points communs avec notre recherche. Cette étude est aussi qualitative et se passe dans des services de maternité au Royaume Uni, avec pour participants des femmes enceintes, des sage-femmes et des obstétriciens. Elle investigate comment les différents acteurs utilisent dix feuillets basés sur une information scientifiquement éprouvée qui ont été développés pour soutenir les choix des femmes durant la grossesse et à l'accouchement. Les résultats de cette étude montrent que bien que les professionnels de santé aient eu une vision positive à l'égard de la démarche du choix éclairé, ils n'utilisaient pas les feuillets et continuaient à promouvoir des pratiques normatives plutôt que de promouvoir le choix des femmes. Les femmes, elles, ne se sentaient pas soutenues pour des demandes comme la mobilisation pendant le travail ou le monitoring intermittent des bruits cardiaques fœtaux. Les barrières étaient le manque de temps pour parler avec les femmes du contenu des feuillets, la crainte de reproches par la hiérarchie et les impératifs technologiques qui limitaient les choix disponibles. Ces résultats sont intéressants, bien que datant de plus de 10 ans et donc susceptibles d'avoir évolué. Travailler en milieu professionnel intra ou extra-hospitalier modifie l'implantation de la PDP. A l'hôpital, la barrière du manque de temps influe négativement sur la communicabilité. Dans l'exercice extra-hospitalier, les sage-femmes n'ont pas la même pression du temps, car elles sont auprès de la parturiente. Par le fait qu'elles offrent un suivi global, elles peuvent développer le choix éclairé de façon échelonnée pendant la grossesse et à l'accouchement. Elles ne sont pas soumises aux impératifs technologiques, et pour autant que les attentes des femmes soient satisfaites avec des approches "douces", elles peuvent y répondre. Elles n'ont pas non plus de hiérarchie à craindre. Par contre, elles doivent parfois assumer des reproches justifiés ou non du personnel hospitalier par rapport aux décisions de transfert qu'elles ont prises. La crainte peut aussi être ailleurs, dans le fait qu'elles portent la responsabilité de la santé maternelle et néonatale et qu'en cas de mauvaise issue, elles peuvent être poursuivies pour

faute professionnelle. Cette crainte sous-jacente peut se répercuter sur la PDP. Une sage-femme de notre collectif, qui a vécu par le passé une perte d'enfant suivie d'une enquête sans suite pour elle, dit qu'après ce tragique événement, elle laisse moins de place aux parents pour décider, en particulier quand il en va de la santé de l'enfant.

Il est aussi intéressant de revenir sur la première barrière nommée par les sage-femmes de l'étude, à savoir *la non-applicabilité de la PDP dans certaines situations cliniques*. Pour les sage-femmes, l'urgence vitale est clairement une barrière à la PDP. Ce résultat rejoint un point essentiel de HAS (2013), à savoir qu'en cas d'urgence vitale, des aides à la décision n'ont pas lieu d'être développées. La sage-femme peut donc, en cas urgent, décider unilatéralement du transfert. Généralement les sage-femmes informent oralement les femmes de cette possibilité durant le suivi de grossesse. Certaines maisons de naissance le font par écrit avec un consentement éclairé à signer. Il faut voir aussi qu'en milieu extra-hospitalier, la distinction entre les situations d'urgence et les situations où l'expectative est possible s'établit autrement qu'à l'hôpital. Les sage-femmes doivent en effet intégrer d'autres paramètres comme le mode de transfert en véhicule privé ou en ambulance, la distance de l'hôpital, l'état des routes, etc.

L'autre barrière sur laquelle il est aussi intéressant de revenir, touche au *manque de continuité de la PDP à l'hôpital*. On peut se demander si ce phénomène de rupture de la PDP est normal ou non. Il est clair qu'en situation d'urgence, la réponse médicale technique s'impose et elle est attendue. Mais dans les situations, où l'aide attendue est un accouchement dirigé avec péridurale et ocytocine, le processus de la PDP devrait se poursuivre avec les acteurs de l'hôpital s'ils envisagent une autre décision. Il est intéressant de voir que la Faculté de Médecine de l'Université de Lausanne a ouvert une formation pionnière pour que les nouveaux médecins assistants acquièrent mieux la compétence de la codécision (Lietta, 2012). Une formation contextualisée analogue pourrait aussi s'avérer utile. Elle devrait être interdisciplinaire, incluant les différents acteurs concernés par un transfert de parturiente ou de nouveau-né du domicile/maison de naissance à l'hôpital.

L'étude présente deux sérieuses limitations. La première est que la fréquence de désignation d'un facteur n'est pas le seul critère qui devrait inciter l'approfondissement. Une seule désignation peut être révélatrice d'un élément de grand intérêt. Par exemple, il n'y a qu'une sage-femme qui s'est exprimée sur son manque d'auto-efficacité décisionnelle, dans une situation où elle n'a pas voulu "casser le rêve" des parents. Cette tension entre l'observance de la préférence des femmes et l'auto-efficacité dans la PDP est centrale et mériterait d'être développée. Edwards *et al.*, (2005), auteurs d'une recherche sur la PDP chez les médecins généralistes, incluse dans la revue systématique de Légaré *et al.* (2008), suggèrent de développer des compétences non-seulement liées à la PDP, mais également des compétences

spécifiques à la communication des risques. Une autre approche, qui semble plus en phase avec l'approche des soins centrés sur la femme, consisterait à se former en communication systémique, une clé pour comprendre les aspects multidimensionnels de la femme, sa famille et l'enfant à naître et prendre conscience de son rôle transitoire du système (Frenck, 2000).

La seconde limitation de l'étude porte sur le fait que, dans les deux groupes, les codes de la taxonomie n'ont pas été tous utilisés. Bien que cela puisse s'expliquer par le fait qu'il s'agit d'une recherche secondaire avec un corpus limité de données sur la PDP, il n'en demeure pas moins que la saturation pour l'exploration de la PDP, par les femmes et les sages-femmes de l'étude, n'a pas été atteinte.

## Conclusion et recommandation

Les écrits recensés en introduction indiquent que la PDP est souhaitable pour les sages-femmes. Les résultats de l'étude apportent une meilleure connaissance sur les perceptions de la PDP et confirment son application fréquente dans le contexte des accouchements à domicile et en maison de naissance, au moment délicat de la survenue de complications inattendues. Les femmes disent également leur implication dans la PDP. Il apparaît aussi que les barrières et les facteurs facilitants ne sont pas les mêmes pour les sages-femmes et les femmes, excepté la non-continuité de la PDP une fois la parturiente transférée à l'hôpital. Cette barrière peut être particulièrement déroutante.

A l'issue de cette étude, la recommandation suivante est émise. Les professionnels impliqués dans le transfert de parturientes du domicile / maison de naissance à l'hôpital devraient avoir des opportunités de rencontres pour échanger et discuter de la PDP à partir de situations emblématiques et ainsi développer une vision commune où les parturientes sont des partenaires respectées, capables de choix ou de décisions.

Il serait également utile de conduire de futures recherches sur la PDP. En effet, cette étude n'est pas parvenue à saturation des données; la thématique en milieu extra-hospitalier n'est donc pas épuisée. Il serait aussi intéressant de savoir quelle est la place de la PDP dans les maternités et cliniques en Suisse, car de notre point de vue empirique, les résultats pourraient être autres que le constat sévère de l'étude de Stapleton *et al.* (2002). La mise en lien des barrières et des facteurs favorisant entre les milieux intra et extra-hospitaliers serait intéressante et pourrait aider à la communication interprofessionnelle.

## Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt

## Références

- Australian Nursing and Midwifery Council (2008). *Code of Professional Conduct for Midwives in Australia: Conduct statement 7*. Dernier accès le 23 mars 2015 à [http://midwives.rentsoft.biz/lib/pdf/documents/National/8\\_New-Code-of-Professional-Conduct-for-Midwives-August-2008-2-.PDF](http://midwives.rentsoft.biz/lib/pdf/documents/National/8_New-Code-of-Professional-Conduct-for-Midwives-August-2008-2-.PDF).
- Berg M, Ólafsdóttir ÓA, Lundgren I. (2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care - in Swedish and Icelandic settings. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3(2), 79-87.
- Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, *et al.* (1999). Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*, 282(15), 1458-1465.
- Canton de Vaud (2005). *L'essentiel sur les droits des patients dans les cantons de Berne, Fribourg, Jura, Neuchâtel, Valais et Vaud*. Genève. Dernier accès le 23 mars 2015 à [http://www.vd.ch/fileadmin/user\\_upload/themes/sante/Systeme\\_de\\_sante/Droits\\_des\\_patients/Sani-DDP13\\_Broch\\_PROD\\_layout\\_VD\\_FR\\_C3c\\_web.pdf](http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante/Systeme_de_sante/Droits_des_patients/Sani-DDP13_Broch_PROD_layout_VD_FR_C3c_web.pdf).
- Charles C, Gafni A & Whelan T (1997). Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine*, 44(5), 681-692.
- Conseil fédéral Suisse (1995) Ordonnance sur l'assurance-maladie. OAMal 832.102, (1995) Art. 45b. Conseil fédéral Suisse. Dernier accès le 24 mars 2015 à <http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19950219/index.html>.
- Conseil de l'Europe (1997) Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine: Convention sur les Droits de l'Homme et la biomedicine. Dernier accès le 20 janvier 2015 à <http://conventions.coe.int/Treaty/FR/Treaties/Html/164.htm>.
- Edwards E (2009). *A phenomenological analysis of women's choices, expectations and experiences when intending to give birth in a birth centre*. Submission in partial fulfillment for the degree of Doctor of Philosophy, University of Glamorgan, Royaume Uni.
- Edwards A, Elwyn G, Wood F, Atwell C, Prior L & Houston H (2005). Shared decision making and risk communication in practice: a qualitative study of GPs' experiences. *British Journal of General Practice*, 55(510), 6-13.
- Espeland A & Baerheim A (2003). Factors affecting general practitioners' decisions about plain radiography for back pain: implications for classification of guideline barriers--a qualitative study. *BMC Health Service Research*, 3(1), 8.
- Everly MC (2012). Facilitators and barriers of independent decisions by midwives during labor and birth. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 57(1), 49-54.
- Fédération Suisse des Sages-Femmes (2011). *Charte*. Dernier accès le 23 mars 2015 à [http://www.hebamme.ch/x\\_dnlld/org/Leitbild\\_f.pdf](http://www.hebamme.ch/x_dnlld/org/Leitbild_f.pdf).
- Frenck, N (2000). La famille et le pédiatre, synergie et complémentarité de l'approche systémique en pédiatrie. *Revue médicale de la Suisse Romande*, 120, 219-224.
- Gravel K, Légaré F & Graham ID (2006). Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professionals' perceptions. *Implementation Science*, 1, 16. doi:10.1186/1748-5908-1-16.
- Guilliland K & Pairman S (1995). *The midwifery partnership: A model for practice*. Monograph Series, Department of Nursing and Midwifery, Victoria University, Wellington, New Zealand.
- HAS (2013). *Patient et professionnels de santé : décider ensemble; concept, aides destinées aux patients et impact de la décision médicale partagée*. Dernier accès le 23

- mars 2015 à [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/synthese\\_avec\\_schema.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/synthese_avec_schema.pdf).
- Heaton J (2004). *Reworking qualitative data*. London; Thousand Oaks, California: SAGE.
- ICM (2011). *Charte des Droits Fondamentaux des Femmes et des Sages-femmes*. Dernier accès le 23 mars 2015 à <http://www.internationalmidwives.org/global/francais/chartre-des-droits-fondamentaux-des-femmes-et-des-sages-femmes.html>.
- Jefford E, Fahy K & Sundin D (2010). A review of the literature: midwifery decision-making and birth. *Women Birth*, 23(4), 127-134.
- King JS, Eckman MH & Moulton BW (2011). The potential of shared decision making to reduce health disparities. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 39 Suppl 1, 30-33.
- Knibiehler Y. (2007). *Accoucher : Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXe siècle*. Rennes : Editions de l'École nationale de la santé publique.
- Légaré F, Kearing S, Clay K, Gagnon S, D'Amours D, Rousseau M & O'Connor A (2010). Are you SURE?: Assessing patient decisional conflict with a 4-item screening test. *Canadian Family Physician*, 56(8), e308-314.
- Légaré F, Ratte S, Gravel K & Graham ID (2008). Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient Education and Counselling*, 73(3), 526-535.
- Légaré F, Stacey D, Dodin S, O'Connor A, Richer M, Griffiths F, LeBlanc A, Rousseau JLC, Tapp S (2007). Women's decision making about the use of natural health products at menopause : a needs assessment and patient decision aid. *Journal Alternative Complementary Medicine*, 13(7), 741-49.
- Lietta, A. (2012). La décision partagée est-elle bonne pour la santé? *Le Temps*. 8 septembre 2012. Dernier accès le 23 mars 2015 à <http://www.letemps.ch/Page/Uuid/5a5c44def92b-11e1-941e-04a21e7804b4j1>.
- Mayring Philipp (2000). Qualitative Content Analysis. *Forum: Qualitative Social Research*, 1(2). Révisé Février 2009. Dernier accès le 23 mars à <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0002204>.
- New Zealand College of Midwives (2009). *Consensus statement: Informed Consent and Decision Making*. Dernier accès le 23 mars 2015 à <http://www.midwife.org.nz/quality-practice/practice-guidance/nzcom-consensus-statements/>.
- Nieuwenhuijze M, Korstjens I, de Jonge A, Lagro-Janssen A (2014). On speaking terms: a Delphi study on shared decision-making in maternity care, *BMC Pregnancy & Childbirth* 14(223), e2-11.
- North American Registry of Midwives. (sans date). *Position statement on shared decision making and informed consent*. Dernier accès le 23 mars 2015 à <http://narm.org/accountability/informed-consent/>.
- Noseworthy DA, Phibbs SR & Benn CA (2013). Towards a relational model of decision-making in midwifery care. *Midwifery*, 29(7), e42-48.
- Pehlke-Milde J, Parpan F, Schläppy-Muntwyler F, Fleming V & Meyer Y. *Decision-making in complex birth situations: a grounded theory study*. Soumis pour publication.
- Raynor MD, Marshall JE & Sullivan A (2005). *Decision making in midwifery practice*. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone.
- Smith V, Begley CM, Clarke M & Devane D (2012). Professionals' views of fetal monitoring during labour: a systematic review and thematic analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*, 12, 166.
- Stapleton H, Kirkham M & Thomas G (2002). Qualitative study of evidence based leaflets in maternity care. *BMJ*, 324(7338), 639.
- Strauss A & Corbin J (1990). *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. London: SAGE Publications.
- Von Rahden O, Baumgärtner B (2011). Selbstbestimmung unter der Geburt - wie geht das? *Hebammenforum*, 12, 1037-1038.
- Walsh D, El-Nemer A, Downe S (2004). Risk, safety and the study of physiological birth. In Downe S (ed), *Normal childbirth, evidence and debate*. Oxford: Elsevier.
- Witzel A (2000). The problem-centered interview. *Forum: Qualitative Social Research*, 1(1), Dernier accès le 23 mars 2015 à <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001228>.

## Auteurs

Yvonne Meyer, BSc Midwifery, MA Education, sage-femme enseignante et chercheuse, Unité de recherche en santé, Haute Ecole de Santé Vaud (HESAV), Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO).

Franziska Schläppy-Muntwyler, BSc Midwifery, sage-femme enseignante et collaboratrice de recherche, Unité de recherche en santé, Haute Ecole de Santé Vaud (HESAV), Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO).

Franziska Parpan, Licenciée en sociologie, wissenschaftliche Mitarbeiterin des Instituts für Hebammen, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) - Chercheuse associée, Institut des sages-femmes, Haute Ecole des Sciences Appliquées (ZHAW).

Jessica Pehlke-Milde, sage-femme, Prof Dr, Leiterin der Forschungs- und Entwicklungsstelle Hebammenwissenschaft Hebammen, Zürcher Fachhochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) - Directrice recherche et développement de l'Institut des sages-femmes, Haute Ecole des Sciences Appliquées (ZHAW).