

Faculté de santé publique

Médias visuels et perception des risques des primigestes concernant l'accouchement

Mémoire réalisé par

Manon BIVER

Promoteur(s)

Professeur William D'HOORE

Madame Marie-Hélène LAHAYE

Année académique 2020-2021

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

**Médias visuels et perception des risques
des primigestes concernant l'accouchement**

Mémoire réalisé par

Manon BIVER

Promoteur(s)

Professeur William D'HOORE

Madame Marie-Hélène LAHAYE

Année académique 2020-2021

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Résumé

Nom et Prénom : BIVER Manon

Titre : Médias visuels et perception des risques des primigestes concernant l'accouchement

Promoteur et co-promoteur : D'HOORE William et LAHAYE Marie-Hélène

INTRODUCTION : Les médias véhiculent principalement une image de danger et de risque autour de la naissance. Ils légitiment ainsi sa prise en charge médicale et technologique soutenue afin de ne prendre aucun risque. Cela peut amener les femmes enceintes à surestimer leur perception du risque autour de la naissance, et à considérer la médicalisation et les interventions comme nécessaires au bon déroulement du processus. Or la médicalisation routinière de la naissance n'est pas sans effets iatrogènes. Beaucoup d'études ont analysé les représentations médiatiques de la naissance, mais peu ont été réalisées concernant leur impact sur les femmes enceintes (Hidalgo, 2018 ; Luce et al., 2016 ; Regan & McElroy, 2013). Ce mémoire recherche a pour objectif d'étudier l'influence des médias visuels sur la perception des risques des primigestes concernant l'accouchement à bas risque en milieu hospitalier.

METHODES : A l'aide d'une méthode qualitative, 18 entretiens semi-directifs ont été réalisés en Belgique francophone.

RESULTATS : La majorité des femmes interrogées s'imaginent le travail et l'accouchement comme un processus naturel et peu risqué, et ne sont pas en faveur d'une médicalisation importante. La plupart ne semblent pas garder spécifiquement en mémoire certaines séquences vues dans les médias, déclarent que ceux-ci n'ont pas eu d'influence sur leur ressenti concernant leur accouchement futur, ni sur leur vision de l'accouchement et estiment que les médias ne sont pas forcément un reflet de la réalité.

CONCLUSION : Au terme de l'analyse, nous pouvons mettre en avant le fait que les médias visuels semblent avoir une faible influence concernant la perception des risques liés à l'accouchement. Nous émettons l'hypothèse que certaines caractéristiques de l'échantillon, notamment un niveau d'éducation élevé, ont pu jouer un rôle dans les résultats obtenus. Toutefois, nous avons pu remarquer qu'il semblerait utile de conseiller une préparation à la naissance aux primigestes au vu des bénéfices qu'elle pourrait apporter, notamment concernant la perception des risques liés à la naissance.

Mots-clés : Primigeste, médias, perception des risques, accouchement, naissance, risque, risque perçu, médicalisation, représentations, pregnant woman, risk perception, media.

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont permis l'élaboration et l'aboutissement de ce mémoire.

A mon promoteur, le Professeur D'Hoore, et à ma co-promotrice, Madame Lahaye, pour leur investissement, disponibilité, bienveillance et guidance. Leurs pistes et conseils avisés ont permis d'alimenter ma propre réflexion.

A mes lecteurs, Madame Sulejmani et Monsieur Jacques, pour l'intérêt et le temps qu'ils vont consacrer afin de lire et d'évaluer ce mémoire.

Aux futures mamans qui ont accepté de participer à mon étude en m'accordant un entretien. Chaque entretien ayant permis de réaliser et d'enrichir mon analyse.

A ma maman, pour son soutien sans faille depuis toujours.

A ma marraine, pour la relecture attentive de mon travail.

A toutes les personnes qui, de près ou de loin, m'ont soutenue, aidée et encouragée tout au long de ce mémoire.

Votre aide à toutes et tous a été précieuse. Merci

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

Introduction générale.....	1
Revue de la littérature.....	2
1. Histoire de la naissance et de l'accouchement en Occident	2
1.1 L'ère de l'accouchement à domicile.....	2
1.2 Importance grandissante de l'obstétricien masculin.....	3
1.3 Formation des sages-femmes	3
1.4 Transition du domicile vers le milieu hospitalier	3
1.5 Vers une médicalisation de la naissance et une standardisation des pratiques	4
2. Médicalisation de la naissance	5
2.1 Concept de grossesse et d'accouchement à bas risque	5
2.2 Pratique hospitalière orientée vers la gestion des risques.....	6
2.3 Le milieu hospitalier : ses pratiques de routine et leurs conséquences.....	7
2.4 Impacts psychologiques de la médicalisation.....	10
2.5 Recommandations et cadre législatif.....	12
3. Perceptions des femmes autour du travail et de l'accouchement	14
3.1 Concept de perception du risque	14
3.2 Perception du risque autour de la naissance	14
3.3 Sources d'informations des femmes enceintes.....	17
3.4 Les médias et la naissance.....	18
4. Question de recherche	22
Méthodes	23
1. Type de méthode	23
2. Méthode de collecte des données	23
2.1 Outils	23
2.2 Stratégie d'échantillonnage	24
3. Ethique et confidentialité.....	25
4. Méthode d'analyse des données	25
5. Collecte et analyse des données	26
5.1 Contexte des entretiens.....	26
5.2 Description de l'échantillon	26
5.3 Analyse des données.....	26
Résultats	27
1. Représentations du travail et de l'accouchement normal	27
1.1 Douleur.....	27

1.2	Caractéristique du processus	27
1.3	Source des connaissances	30
2.	Médias visuels et accouchement	33
2.1	Séquences vues.....	33
2.2	Ressenti	35
2.3	Vision de l'accouchement	38
2.4	Reflet ou non de la réalité.....	39
3.	Accouchement et risque perçu.....	41
3.1	Sécurité perçue	41
3.2	Risque perçu	43
	Discussion	46
1.	Réflexions sur l'influence des médias concernant la perception des risques des participantes ..	46
2.	Réflexions globales sur la perception des risques des participantes.....	51
3.	Limites et biais	56
	Conclusion.....	58
	Bibliographie.....	60
	Annexes.....	67
	Annexe 1 : Guide d'entretien	67
	Annexe 2 : Formulaire d'information et de consentement.....	70
	Annexe 3 : Accord du comité d'éthique.....	73

Introduction générale

Actuellement, la majorité des naissances a lieu en milieu hospitalier, sous haute surveillance médicale et paramédicale (Thoumsin & Emonts, 2007). Le principe du risque et sa maîtrise qui guide la façon de travailler en milieu hospitalier a mené à une médicalisation de la naissance et à une standardisation des pratiques effectuées (Clavandier & Charrier, 2015). Cette notion de risque imprègne les représentations, menant à penser que l'accouchement médicalisé ainsi qu'une haute technologie sont nécessaires dans une optique de sécurité (Hidalgo, 2018).

Pourtant, la médicalisation et ses pratiques ne sont pas sans effets iatrogènes. La médicalisation peut en effet avoir des conséquences médicales, induire du stress et de la passivité chez la parturiente ainsi qu'impacter son vécu d'accouchement (Braun & Lalman, 2014).

Les médias véhiculent principalement une image de danger et de risque autour de la naissance. Ils légitiment ainsi sa prise en charge médicale et technologique soutenue afin de ne prendre aucun risque (Hidalgo, 2018). Or les médias sont un moyen de connaissance important pour les femmes. Ils sont pour la plupart des femmes primigestes la seule opportunité de voir un accouchement (Luce et al., 2016). Une représentation sensationnelle du risque dans les médias peut mener les femmes à surestimer la probabilité d'expérimenter une complication. De plus, la perception du risque que les femmes enceintes ont à propos de la naissance influencerait leurs décisions lors du travail et de l'accouchement (Regan & McElroy, 2013). En effet, la peur ressentie peut amener la parturiente à considérer la médicalisation comme essentielle afin de diminuer les risques. Néanmoins, dans la littérature, les preuves de l'influence des médias sur les perceptions des femmes enceintes sont de faible qualité.

La question de recherche traitée dans ce mémoire sera donc la suivante : « *Quelle est l'influence des médias visuels sur la perception des risques des primigestes concernant le travail et l'accouchement à bas risque en milieu hospitalier belge francophone ?* »

Dans un premier temps, la revue de littérature nous mène à la question de recherche. Elle est suivie par une description de la méthode employée pour répondre à la question. Le recrutement des participantes nous a permis de réaliser des entretiens qualitatifs semi-directifs afin de collecter les données. Les résultats de l'analyse des données sont ensuite présentés. Pour terminer, la discussion nous permet de donner un sens aux résultats obtenus.

Revue de la littérature

1. Histoire de la naissance et de l'accouchement en Occident

L'histoire de la naissance est intéressante afin de mieux comprendre le contexte (Morel, 2007). « Depuis tout temps, l'accouchement est un acte réputé “naturel”, mais socialisé par chaque culture, par chaque époque. Les sociétés humaines ont créé des gestes, des rites, des croyances [...] et ont donné ainsi une signification symbolique à la naissance » (Braun & Lalman, 2014, p.5).

1.1 L'ère de l'accouchement à domicile

Dans l'Antiquité, l'accouchement se faisait entre femmes. Accoucher représentait une épreuve pour les femmes, du fait de la peur, de la douleur et du risque encouru, la naissance pouvant être synonyme de mort (Braun & Lalman, 2014). Concernant la mortalité maternelle à l'époque de l'Empire Romain, les chiffres sont très peu précis : elle est estimée entre 0,5 et 2% (Bonnell Freindin, 2020).

Au Moyen-Age, les taux de mortalité de la mère et du nouveau-né sont importants. L'accouchement avait lieu à la maison, dans une ambiance chaude et calfeutrée (Thoumsin & Emonts, 2007). La femme en travail était entourée uniquement par des femmes, ayant un rôle d'aide et de soutien. Elles apportaient également de la sécurité à la femme, qui pouvait ressentir de l'angoisse lorsqu'il s'agissait d'une première naissance. Les hommes n'étaient pas acceptés, mis à part le père. La naissance n'était pas comme de nos jours un « événement intime, privé, solitaire ou exclusivement familial » (Morel, 2007, p.23). La matrone, dont la connaissance du métier était acquise par la pratique, occupait la place centrale. La femme pouvait accoucher dans diverses positions, mais toujours « à couvert », c'est-à-dire sous des tissus, vêtements ou draps. La douleur elle, était envisagée comme inévitable, tel que suggéré dans la Bible « tu enfanteras dans la douleur » (Morel, 2007). En cas de complications, soit « l'ensacheur » venait secouer violemment la parturiente, soit le forgeron venait brandir un marteau sur son abdomen. Au 14^e siècle, à Bruges et à Gand, les sages-femmes devaient se soumettre à un code déontologique strict, qui comprenait entre autres le fait que lors de la survenue d'une complication, la règle était de recourir à un médecin (Thoumsin & Emonts, 2007).

1.2 Importance grandissante de l'obstétricien masculin

Nous avons pu voir que jusqu'ici, l'accouchement était quasi exclusivement une affaire de femmes, les praticiens masculins n'intervenant qu'en cas de graves complications (Thoumsin & Emonts, 2007). Aux 17^e et 18^e siècles, ils commencent peu à peu à s'immiscer dans les chambres où ont lieu les naissances et manifestent le souhait de réaliser des accouchements normaux. Petit à petit la représentation de la vie et de la mort se modifie : mourir à l'accouchement devient inacceptable pour les femmes, elles désirent la vie pour elles et leurs bébés. Dès lors, le praticien homme, représentant sécurité et force, s'impose. Il gagne la confiance des familles à force de naissances compliquées réussies. Son arrivée va alors transformer les pratiques traditionnelles existantes jusque-là autour de la naissance. Les traditions ancestrales telles qu'entraide féminine, chaleur et intimité disparaissent : les accompagnantes sont mises dehors, les fenêtres sont ouvertes et le feu réduit. Cela dans un but de sécurité de la femme. Il va également lui imposer la position allongée sur le dos, la plus pratique pour lui. La femme perd alors sa liberté posturale et de mouvements. La femme adoptant les autres positions est alors comparée à un animal. Il parvient également à se faire une place de par son utilisation des nouveaux instruments, les forceps et les leviers (Morel, 2007). Le forceps, inventé par Chamberlen, a représenté un progrès, puisqu'il a permis de sauver de nombreuses vies. Permettant d'échapper à une naissance par césarienne, qui était alors associée à une mortalité énorme, cet instrument eut une grande importance dans la pratique. La pratique instrumentale de l'accouchement a été un premier pas vers sa médicalisation. Ce dernier n'est plus vu comme un événement naturel, il nécessite l'intervention de l'homme médecin, de par sa force et son savoir (Morel, 2007 ; Thoumsin & Emonts, 2007).

1.3 Formation des sages-femmes

Malgré cela, les matrones réalisent encore la grande majorité des accouchements, surtout à la campagne. Elles sont fort critiquées par les médecins, accusées d'engendrer une mortalité maternelle et fœtale importante. Dès 1760, en France, afin de diminuer cette mortalité, une courte formation médicale est donnée aux matrones de campagne afin de les transformer en sages-femmes (Morel, 2007). Des formations vont ensuite apparaître un peu partout, devenant obligatoires au 19^e siècle dans l'Europe du Nord (Braun & Lalman, 2014).

1.4 Transition du domicile vers le milieu hospitalier

Jusqu'ici, nous avons pu voir que l'accouchement se déroulait à domicile, dans un environnement familial, intime et chaleureux. Néanmoins, la mortalité des femmes en couches

y était très élevée, notamment à la suite d'accouchements voie basse impossibles, de fièvres puerpérales ou encore d'hémorragies de la délivrance. Par exemple, en France au 18^e siècle, la mortalité des femmes à l'accouchement est estimée entre 1 et 2%. Les hôpitaux restent des lieux de naissance peu fréquentés, n'accueillant que des femmes pauvres ou célibataires. L'hôpital est donc un lieu d'assistance et non un établissement de soins, et enregistre une mortalité très importante, due à l'entassement et à des fièvres puerpérales très contagieuses. Fin des années 1840, les recherches de Semmelweis vont permettre d'identifier les modes de transmission de cette fièvre. Suite à cela, des pratiques d'hygiène rigoureuse mises en application dans les hôpitaux vont permettre une baisse très importante de la mortalité maternelle. La vision de l'hôpital va peu à peu changer : l'image du lieu effrayant va céder sa place à une image d'un endroit aseptisé, où l'on soigne et guérit (Morel, 2007).

Parallèlement, ce n'est que vers le milieu du 19^e siècle qu'apparurent les premières méthodes de gestion de la douleur, tels que le protoxyde d'azote, l'éther et ensuite le chloroforme (Thoumsin & Emonts, 2007). D'autres drogues anesthésiantes et analgésiques telles que l'opium et la morphine apparurent également. Néanmoins, cette volonté d'accoucher sans douleur amène les femmes à dépendre plus fortement du médecin. Ces méthodes de gestion de la douleur vont également attirer de plus en plus de femmes vers l'hôpital. La naissance en milieu hospitalier va assez vite se répandre (Morel, 2007). En Belgique, dans les années 1930, les sages-femmes réalisant les accouchements à domicile vont être amenées à rejoindre les maternités hospitalières, car les parturientes accouchent de plus en plus à l'hôpital. Elles seront alors sous les ordres des médecins, et leur rôle sera de prendre en charge les accouchements eutociques¹ (Braun & Lalman, 2014). Les hôpitaux vont se transformer et se moderniser, pour plus de sécurité et de confort. D'autres transformations dans les pratiques de la naissance se répandirent ensuite, telles que la péridurale, le monitoring et l'échographie (Morel, 2007).

1.5 Vers une médicalisation de la naissance et une standardisation des pratiques

La notion de sécurité lors de l'accouchement devient prioritaire, l'encadrement médical est systématique. La naissance à l'hôpital devient la norme. Les pratiques médicales vont apporter sécurité et efficacité, mais ne sont pas sans conséquences iatrogènes (Braun & Lalman, 2014). Selon Statbel (2019), la mortalité maternelle² en Belgique pour la période 2012-2016 est de 3,7 décès pour 100 000 naissances vivantes.

¹ L'eutocie est le caractère normal d'un accouchement (Eutocie. (n.d.)).

² Durant la grossesse ou dans un délai de 42 jours après la fin de cette grossesse.

2. Médicalisation de la naissance

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les recherches indiquent que 70 à 80% des femmes sont considérées à bas risque lors du commencement du travail, et que la majorité des naissances se passeraient bien sans intervention médicale (as cited in Gouilhers-Hertig, 2014). Néanmoins, actuellement, dans les pays développés, la plupart des femmes accouchent en milieu hospitalier sous une haute surveillance médicale et technique (Gouilhers-Hertig, 2014). En effet, depuis les années 2000, les professionnels ont eu un recours croissant à des interventions ayant auparavant pour but d'éviter les risques ou de traiter les complications (OMS, 2018).

2.1 Concept de grossesse et d'accouchement à bas risque

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), une grossesse à bas risque est une grossesse dont le « déroulement est dit “normal”, soit “sans complications” avérées, chez une femme en bonne santé et qui le reste. Ce sont les grossesses pour lesquelles la probabilité d'accouchement normal et de naissance normale est la plus grande » (HAS, 2007, p.12).

D'après le Centre fédéral d'expertise des Soins de Santé belge (KCE), un accouchement à bas risque est un accouchement normal d'une femme enceinte en bonne santé considérée jusque-là comme étant à bas risque de complications obstétricales (Mambourg, Gailly & Zhang, 2010). L'OMS et le KCE s'accordent pour définir la naissance normale comme un travail dont le déclenchement est spontané, avec un faible risque dès le début et tout au long du processus de travail et d'accouchement, qui mènera à la naissance spontanée d'un fœtus en position céphalique entre 37 et 42 semaines de gestation. La femme et son enfant se portent bien après la naissance (KCE, 2010 ; OMS, 1997). « Le niveau de risque obstétrical est évalué par le gynécologue pour chaque patiente avant le début de l'accouchement. Chez la femme en bonne santé présentant un faible risque obstétrical, le déroulement de l'accouchement peut être considéré comme normal aussi longtemps qu'il n'y a pas de complications » (Mambourg et al., 2010, p.25). D'après le KCE, « Le nombre d'accouchements par voie basse sans complications peut être estimé au maximum à 70,3% en Flandre, 72,6% à Bruxelles et 73,3% en Wallonie » (Benahmed et al, 2014, p.8).

L'accouchement de femmes enceintes “à bas risque” peut donc parfois rencontrer des complications, mais il faut également signaler que « le travail et l'accouchement de femmes enceintes qualifiées “à haut risque” durant la grossesse peut se dérouler normalement » (Mambourg et al., 2010, p.25).

2.2 Pratique hospitalière orientée vers la gestion des risques

En 1997, l'OMS affirme que l'approche fondée sur les risques concernant l'accouchement est à la base de la prise de décision depuis des décennies. Actuellement, d'après Clavandier et Charrier (2015), le principe du risque est omniprésent et guide la façon d'organiser les naissances. De par la formation médicale qu'ils ont reçue, les obstétriciens ont la notion de gestion du risque fort ancrée dans leurs modes d'actions. Ils se doivent de traiter les pathologies mais aussi de les anticiper :

Le sentiment d'insécurité est omniprésent et repose par conséquent sur l'idée de la nécessité de se concentrer sur la recherche de pathologie, plus que sur la surveillance d'un processus physiologique. La gestion des risques par l'établissement des normes, et tout écart à la norme devient potentiellement pathologique (Braun & Lalman, 2014, p.47-48).

L'idée du risque inhérent à chaque naissance implique que « les parturientes doivent bénéficier de soins uniformisés, toutes étant considérées en principe comme “à risque” d'avoir un accouchement compliqué » (Rivard, 2013, p.36). Ce principe d'anticipation du risque lié à la mise au monde a des conséquences. En effet, « l'idéologie du risque implique la recherche de la maîtrise et du contrôle à tout prix » (Chapoix, 2012, p.1). Cette notion de gestion des risques semblerait être utilisée comme justification à une surmédicalisation³ de la grossesse et de l'accouchement (Braun & Lalman, 2014).

D'après Ducroux-Schouwey (2010), ex-présidente du Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE), il y a médicalisation lorsque l'on intervient dans le « processus naturel » du travail et de l'accouchement. Le regard porté sur l'accouchement et sur le risque entraîne cette médicalisation importante. Pourtant, « la place du corps médical est d'assister un accouchement, de venir en aide si besoin. Moins de 10% des accouchements peuvent être qualifiés de médicaux au sens strict du terme » (Braun & Lalman, 2014, p.73). En effet, l'accouchement est un processus lent par nature, s'étalant sur plusieurs heures voire plusieurs jours. L'utérus se contracte, afin de diriger le fœtus vers la sortie, puis se relâche, permettant à la parturiente et à son fœtus de récupérer avant la contraction suivante. Malheureusement, la lenteur de ce processus physiologique n'est pas compatible avec les « dogmes de l'obstétrique » qui considèrent que la naissance doit se faire le plus rapidement possible, en raison des risques que le fœtus encoure en restant dans l'utérus de sa mère, mais également avec les objectifs économiques hospitaliers visant un rendement maximal des services

³ Il n'existe pas de définition consensuelle de la surmédicalisation. De nombreux aspects sont recouverts par cette notion. De façon générale, cela concerne « des pratiques médicales non validées en termes de bénéfices apportés aux patients, potentiellement nuisibles et donc inutilement coûteuses » (Hanslik & Flahault, 2016, p.202).

d'obstétrique, et donc une rotation importante des parturientes (Lahaye, 2014). En effet, en milieu hospitalier, les enjeux économiques, notamment de rentabilité et productivité, ont un rôle important dans la façon dont sont organisées les prises en charge (Hidalgo, 2018). De plus, actuellement, le contexte médico-légal a également une place de plus en plus importante. L'erreur n'est plus permise, et la responsabilité du médecin est importante dans le processus. La peur de poursuites juridiques a un impact direct sur les pratiques médicales (Jacques, 2007). En effet, cette crainte de poursuites judiciaires les pousse à intervenir davantage (Rivard, 2013). « Dans la lignée des progrès médicaux, les parents exigent aujourd'hui de la part des médecins la garantie d'une bonne santé pour leur bébé, et les médecins en retour demandent aux parents de se soumettre aux pratiques médicales "dans l'intérêt du bébé" » (Braun & Lalman, 2014, p.66). Aux Etats-Unis les obstétriciens, au même titre que les chirurgiens et les neurologues, sont les médecins devant payer les plus grosses primes d'assurance (MACSF, 2017).

2.3 Le milieu hospitalier : ses pratiques de routine et leurs conséquences

La standardisation des actes médicaux est très importante. La naissance doit suivre des protocoles qui comprennent entre autres les positions admises, les phases du travail et leur durée maximale permise ainsi que les examens vaginaux réalisés par les sages-femmes. La conséquence est que cette prise en charge standardisée et systématique, au départ pour les patientes à risques, s'applique maintenant également aux patientes à bas risque (Braun & Lalman, 2014 ; Lahaye, 2015). L'OMS (2018), mentionne l'augmentation des pratiques dans le but de contrôler, accélérer ou encore initier le processus physiologique qu'est l'accouchement. Comme le montrent les données du CEpiP⁴ pour l'année 2019 dans le tableau n°1, ces pratiques sont relativement fréquentes en Région Wallonne et en Région de Bruxelles-Capitale.

Les interventions de routine sont donc très fréquentes en milieu hospitalier. Or les recherches montrent clairement qu'interférer dans le processus physiologique normal de la naissance sans indication médicale s'avère dangereux. Il existe une multitude de recherches qui fournissent des preuves concernant les bonnes pratiques pour l'accouchement. On peut notamment retrouver ces pratiques evidence-based sur la Cochrane Library (Lothian, 2012). Un rapport Euro-Peristat de 2010 a montré qu'un grand nombre de pays développés avaient un taux d'interventions en augmentation, sans grande évidence scientifique que cela menait à une

⁴ Centre d'épidémiologie périnatale : asbl qui recueille et traite les données périnatales wallonnes et bruxelloises (CEpiP. (2020)).

amélioration des issues maternelles et néonatales (as cited in Luce et al., 2016). « Les interventions non nécessaires sont associées à une augmentation de la morbidité maternelle et néonatale [traduction libre] » (Luce et al., 2016, p.1). Selon Rivard (2013), la médicalisation et sa cascade d'interventions entraînent des conséquences négatives autant sur la santé physique que psychologique. De plus, un acte entraîne quasi inévitablement la présence d'un autre. Un engrenage se met alors en place, duquel il est difficile de se détacher (Braun & Lalman, 2014 ; Lahaye, 2015). « La pratique de l'accouchement dirigé a provoqué un accroissement des interventions finalement défavorables à la santé, la plus délétère étant la césarienne » (Rivard, 2013, p.47).

L'accouchement non médicalisé est en déclin un peu partout dans le monde. Une sorte de pression implicite pèse sur les femmes, et celles décidant de ne pas se plier à la norme, sont jugées irresponsables et aberrantes (Hidalgo, 2018). La notion de risque permet un contrôle important de la part du personnel médical (Gouilhers-Hertig, 2014).

Tableau 1. Données épidémiologiques du CEpiP (2020)⁵ pour l'année 2019

Taux	Wallonie (Leroy et Van Leeuw, 2020)	Bruxelles (Leroy & Van Leeuw, 2020)
Inductions	30,4%	32%
Péridurale	75,9% des accouchements voie basse	70,1%
Episiotomie	23,7% des accouchements voie basse	17,8%
Naissances instrumentées	7,4%	9,3%
Césarienne	22,5% des naissances	20,3%

Nous allons maintenant détailler quelques pratiques de routine.

L'utilisation d'ocytocine de synthèse (Syntocinon®) : elle a pour but d'accélérer (ou de déclencher) le travail et l'accouchement en augmentant la fréquence et l'intensité des contractions. Cette pratique n'est pas sans risque : elle augmente notamment le risque d'hémorragie de la délivrance, de souffrance fœtale par hypercinésie⁶ mais aussi de rupture utérine. Le travail peut également être plus douloureux, puisque stimulé artificiellement, et donc pousser la patiente à prendre la péridurale assez rapidement. Les perfusions d'ocytocine sont dans une grande majorité des cas faites sans en avoir préalablement averti la patiente, et

⁶ Excès d'activité utérine, et donc de contractions utérines.

donc sans son consentement éclairé (Boie et al., 2018 ; Lahaye, 2014). La perfusion d'ocytocine devient presque systématique lors d'un accouchement (Braun & Lalman, 2014).

L'amniotomie ou rupture artificielle de la poche des eaux : elle est l'une des pratiques les plus courantes actuellement, dont le but est d'augmenter le rythme des contractions et de diminuer la durée du travail. Selon le KCE, il n'y a pas de preuves scientifiques qui permettent une recommandation de cette pratique en routine chez les femmes dont le travail évolue normalement (Mambourg et al., 2010).

Le déclenchement du travail de convenance (sans indication médicale) : il est de plus en plus fréquent, pratique pour l'organisation hospitalière, le milieu médical donnant une grande importance à la maîtrise (Mambourg et al., 2010; Szejer, 2006). Les gynécologues le présentent comme « le moyen idéal pour coordonner l'ensemble des intervenant(e)s et réunir les meilleures conditions médicales et psychologiques » (Braun & Lalman, 2014, p.53). La plupart du temps, la patiente va s'approprier la suggestion venant de son gynécologue, même si elle n'avait pas imaginé programmer la naissance de son enfant. Néanmoins, les contractions induites par un déclenchement sont plus douloureuses qu'une mise en travail spontané. Le recours à la péridurale est plus important en cas de déclenchement (Braun & Lalmand, 2014). D'après le KCE, il entraîne une augmentation des accouchements instrumentés (Mambourg et al., 2010).

L'épisiotomie : d'après Braun et Lalman (2014), elle est fréquemment réalisée lors de l'accouchement. Néanmoins les indications de cette pratique (prévention des déchirures du périnée, prévention des prolapsus et des incontinences urinaires, diminution de la durée de la phase d'expulsion) sont récemment questionnées par les études. Les taux d'épisiotomie en Belgique sont élevés. Par la suite, l'épisiotomie peut engendrer des douleurs assez importantes pour la femme.

L'expression abdominale ou Kristeller : elle consiste à effectuer une pression importante sur le fond utérin afin d'accélérer la naissance de l'enfant, mais laissant des séquelles physiques et psychologiques à la femme ayant donné naissance (Lahaye, 2014). En 2007, la HAS a reconnu l'abandon de cette pratique, vu son absence d'indication médicale (Braun & Lalman, 2014).

L'extraction instrumentale : lors de l'accouchement même, si la durée dépasse le cadre protocolaire, une extraction instrumentale voire une césarienne seront réalisées (Braun & Lalman, 2014). L'extraction instrumentale augmente de façon significative le risque de déchirure vaginale et du sphincter anal, d'hémorragie du post-partum, de rétention urinaire

aigue ainsi que de douleurs périnéales et dyspareunie pour la femme (Beucher, 2008). Pour le nouveau-né, les complications principales sont les hémorragies intra et extra-crâniennes et les complications traumatiques (Baud, 2008).

La péridurale : « l'accouchement dirigé sous péridurale a généré ses “normes” obstétricales » (Szejer, 2006, paragraphe 13). En effet, une péridurale entrainera souvent une optimisation du travail afin de l'accélérer, un monitoring fœtal continu, une épisiotomie ou encore des touchers vaginaux réguliers (Szejer, 2006). Des actes médicaux vont être réalisés afin que le travail suive le cadre protocolaire. De plus, même si elle représente une grande avancée technique, la péridurale immobilise la parturiente durant son travail. L'instrumentation à la naissance (ventouse, forceps) est également plus souvent employée, la péridurale entraînant un relâchement des muscles, le fœtus trouve moins facilement ses appuis (Braun & Lalman, 2014). En effet, d'après le KCE (2010), la péridurale est associée à une augmentation de la durée d'expulsion, à une utilisation accrue de l'ocytocine, et à une augmentation des naissances instrumentales. A l'hôpital, pour des questions de sécurité ou d'organisation, les femmes vont souvent être orientées par l'équipe soignante vers la pose d'une péridurale (Braun & Lalman, 2014). En effet, pour la sage-femme, accompagner une patiente sans péridurale prend plus de temps qu'une patiente avec péridurale. De plus, si la naissance devait se terminer par une césarienne ou une instrumentation, il est plus facile si la patiente a déjà une péridurale. Arnal (2016) mentionne le fait que la péridurale peut constituer pour l'équipe un instrument de modulation comportementale, notamment lorsque la douleur de la femme dérange l'équipe, cette dernière ne sachant plus quoi faire pour la soulager, ou lorsque le comportement de la patiente est jugé inadapté.

2.4 Impacts psychologiques de la médicalisation

Déroulement du travail : stress et passivité : un stress plus important a été observé chez les femmes enceintes en parallèle de cette obstétrique plus sécuritaire (Szejer, 2006). Une étude Suisse datant de 2014 a montré que cette culture dominante du risque était une source d'anxiété pour beaucoup de femmes, qui peuvent les mener à se laisser aller dans de la surmédicalisation (Gouilhers-Hertig, 2014). « Une femme qui se retrouve dans un univers stressant tel que l'hôpital peut très bien ne pas se retrouver en sécurité » (Ducroux-Schouwey, 2010, para. 5). Cela peut mener à du stress, qui a des effets iatrogènes. En effet, la femme peut stresser à la vue de tout l'appareillage se trouvant dans une salle de naissance, faisant un lien entre nombre élevé d'appareils et dangerosité de l'accouchement. Alors que dans les représentations du personnel soignant et médical, tout cet appareillage est justement là pour rassurer la patiente. Il

apparaît donc que la sécurité médicale nécessite également une sécurité psychologique (Ducroux-Schouwey, 2010). En effet, d'après Braun et Lalman (2014), l'ambiance et les routines hospitalières interventionnistes peuvent dès lors provoquer peur et stress chez la future maman. Michel Odent⁷ (as cited in Braun & Lalman, 2014, p.59) affirme que ce stress et cette peur peuvent s'opposer au bon déroulement du travail et de l'accouchement, par augmentation du taux d'adrénaline. Le néocortex, ou cerveau de la pensée, doit être mis au repos. En effet, les conditions idéales pour le travail et la naissance seraient

Un lieu où il fait chaud, dans la pénombre, où règne le silence ou une musique douce, où elle se sent en sécurité, en sachant qu'elle ne sera pas dérangée, ni observée, et où elle sera libre de bouger comme elle le souhaite et émettre tous les sons et cris qu'elle veut (Braun & Lalman, 2014, p.59).

De plus, la médicalisation a rendu les parturientes relativement passives. Une grande majorité des femmes accouchant en milieu hospitalier se soumettent au corps médical et se « laissent accoucher » par le médecin, dans un souci de sécurité (Braun & Lalman, 2014). Une tournure de phrase est assez révélatrice de la réalité en salle d'accouchement : en effet, on entend souvent le verbe « accoucher » à la forme passive. Très souvent, les femmes évoquent le fait qu'elles « ont été accouchées par », et l'équipe soignante dira « j'ai accouché Mme X ». Ces phrases prononcées tous les jours, pouvant sembler anodines, nous illustrent comment le monde médical réduit les patientes à la passivité (Lahaye, 2014). La médicalisation et l'évolution technique et technologique ont un peu occulté le côté humain de ce processus. Il n'est pas facile pour la parturiente de faire part de ses souhaits et ses choix dans ses structures. La médicalisation réduit la liberté de choix (Ducroux-Schouwey, 2010). La culture du risque ancrée dans les pratiques des professionnels ne semble pas aller en faveur de l'autonomie ni de la liberté de choix des femmes (Einson, 2018). Lorsque leur liberté de choix est réduite, les femmes trouvent comme explication à cela qu'il s'agissait d'un acte médical nécessaire (Braun & Lalman, 2014). Elles ont une certaine pression et n'osent pas refuser certaines interventions, de par cette croyance que tout est fait dans leur meilleur intérêt (Einson, 2018). Selon Johanson (2002), la médicalisation de plus en plus importante a pour conséquence une diminution du contrôle pour les parturientes en salle d'accouchement (as cited in Fair & Morrison, 2012).

⁷ Chirurgien et obstétricien français, auteur du concept des accouchements avec des conditions environnementales « comme à la maison » (Michel Odent. (n.d.)).

Vécu de l'accouchement : l'OMS (2018) mentionne le fait que la médicalisation de la naissance peut impacter négativement le vécu d'accouchement. Or, d'après Fair et Morrison (2012), des études ont montré qu'un vécu insatisfaisant de l'accouchement est associé à une augmentation des dépressions post-partum, voire de stress post-traumatique. Une médicalisation importante de la naissance peut mener la femme à se sentir dépossédée de son accouchement, ce qui a également une répercussion sur un sentiment d'incompétence de ne pas avoir réussi à accoucher son enfant. De plus, cela peut avoir un impact négatif dans la future relation parentale, la mère pouvant se sentir également incompétente (Chapoix, 2012).

2.5 Recommandations et cadre législatif

Recommandations

Des recommandations sont formulées sur base d'études, que ce soit au niveau international par l'OMS, mais aussi national, en Belgique, par le KCE. Ce sont des recommandations de bonne pratique, afin de guider le travail quotidien vers plus d'humanité. Cela n'est pas toujours évident pour les professionnels, étant donné leurs habitudes souvent ancrées, les normes qu'ils ont assimilées, mais aussi les enjeux économiques concernant la santé (Braun & Lalman, 2014).

Au niveau international, l'OMS a réalisé plusieurs publications (1997, 2009, 2014, 2018) sur les pratiques réalisées en salle d'accouchement. La dernière publication (OMS, 2018) mentionne de nouvelles recommandations de bonnes pratiques pour les naissances sans complications ni facteurs de risques, afin de favoriser des soins de qualité et une « expérience positive de l'accouchement ». L'OMS mentionne l'importance des soins centrés sur la patiente, ainsi qu'une diminution des interventions de routine inefficaces et potentiellement nuisibles. Une intervention médicale ne doit être réalisée que si il y a une évidence claire de son efficacité pour améliorer les résultats et diminuer les dangers potentiels. Les pratiques sont classées en quatre catégories (de non recommandé à recommandé, avec ou sans conditions). Par exemple, dans les pratiques recommandées on peut y trouver entre autres l'accompagnement, les soins respectueux, une communication efficace, l'explication aux femmes sur la variation importante de la durée de la phase de latence⁸, diverses techniques de soulagement de la douleur à la demande et selon les préférences de la femme, la mobilité et les positions verticales, le choix de la position d'accouchement et un clampage tardif du cordon. Pour les femmes à bas risque obstétrical, la possibilité de boire et manger durant le travail ainsi

⁸ Période caractérisée par des contractions douloureuses et des changements variables du col de l'utérus, avec un certain degré d'effacement et une progression lente de la dilatation allant jusqu'à 5 cm (OMS, 2018).

qu'un examen du col toutes les 4h font également partie des pratiques recommandées. Dans les pratiques non recommandées, nous retrouvons notamment le rasage de routine, l'utilisation de la règle de dilatation d'un cm/h ou encore le monitoring fœtal continu lors d'un travail spontané, la gestion active du travail, l'amniotomie et l'utilisation d'ocytocine afin de l'accélérer, l'épisiotomie de routine et l'expression abdominale.

Au niveau national, le KCE (2010) a formulé des recommandations de bonnes pratiques pour l'accouchement à bas risque, dans lequel il énonce notamment que l'épisiotomie et l'amniotomie ne devraient pas constituer des pratiques de routine. Il énonce également qu'il est « important que les femmes enceintes et leurs partenaires soient bien informés des étapes de l'accouchement, afin de faire des choix conscients qui seront respectés dans la mesure du possible » (Mambourg et al., 2010, résumé).

Cadre législatif

En Belgique, la loi relative aux droits du patient a été adoptée le 22 août 2002, et publiée le 26 septembre 2002 au moniteur Belge. Selon la Plateforme pour une naissance respectée (2018), la parturiente peut y retrouver ses droits, notamment le fait d'avoir le droit à des soins de qualité dans le respect de son autonomie et de sa dignité humaine (article 5). Cette loi énonce également le fait que le consentement de la patiente est nécessaire avant tout acte médical, et qu'elle a le droit de le retirer à tout moment (article 8). Afin de pouvoir donner un consentement éclairé, il est nécessaire que la femme enceinte reçoive des informations (par exemple sur les effets secondaires, risques, alternatives et objectif(s) de l'intervention).

3. Perceptions des femmes autour du travail et de l'accouchement

Il y a peu de connaissances sur la façon dont les femmes envisagent la naissance (Regan & McElroy, 2013).

3.1 Concept de perception du risque

Un risque peut être un danger, une menace potentielle, une probabilité ou encore une conséquence. Un risque est envisagé comme pouvant être quantifié de façon objective. La conception subjective d'un risque a une grande importance : en effet cela concerne la façon dont il est perçu. La perception des risques a une influence sur les comportements et attitudes (Dubé, 2008). Selon Beck (as cited in Rivard, 2013, p. 47) « dans la société du risque, la perception d'un risque potentiel importe davantage que le risque réel ». Selon Chauvin et Hermand (2006), les études réalisées sur les perceptions des risques ont cherché à répondre à deux questions. Tout d'abord le fait que certaines choses soient perçues comme plus risquées par les individus en général. La méthode psychométrique a notamment permis d'y apporter une réponse : en effet, des auteurs ont montré que les principaux déterminants du risque perçu étaient la peur et le manque de connaissance liés à un risque. Ensuite, le fait que certaines personnes ont une perception du risque plus élevée que d'autres. Les recherches à ce propos ont abouti à des résultats peu satisfaisants. Concernant des variables sociodémographiques, les études ont montré une perception du risque différente inter-individuelle, selon leur âge, genre ou niveau d'expertise scientifique. Concernant des variables psychosociales, il ressort de ces études que le statut sociétal et l'exposition aux médias sont des déterminants importants dans la perception du risque, tandis que la confiance sociale, la personnalité, les croyances religieuses, l'anxiété sont des déterminants modérés du risque perçu.

3.2 Perception du risque autour de la naissance

La représentation majoritaire actuelle de l'accouchement en Europe est celle d'un processus compliqué nécessitant, dans un but de sécurité, les connaissances et compétences du personnel médical. En effet, de nombreux auteurs ont montré qu'une grande majorité de femmes enceintes a une représentation de l'accouchement comme risqué (Darra, 2009 ; Lothian, 2012). Gouilhers-Hertig (2014) confirme que la conception qui domine actuellement concernant la naissance est celle du risque. Malgré une diminution considérable des risques au fil des siècles, la société actuelle se focalise sur cette part restante de risque qu'il faut prévenir, contrôler et réduire. La notion de risque imprègne les discours, les préoccupations et donc les

représentations. Gilbert énonce que les risques ne sont pas neutres, mais plutôt socialement construits (as cited in Gouilhers-Hertig, 2014).

Cette culture du risque autour de la naissance débouche sur de la peur pour la femme. « Au plus on se focalise sur le risque, au plus on crée de la peur et au moins les femmes ont confiance dans leur corps et leur habilité à donner naissance [traduction libre] » (Lothian, 2012, p.46). Rivard (2013) confirme ce manque de confiance en leur propre capacité à mettre leur enfant au monde, qui se perpétue. « Des recherches récentes montrent que les femmes enceintes ont de plus en plus peur de l'accouchement et qu'elles sont par conséquent encore plus disposées qu'il y a une vingtaine d'années à accepter les interventions » (Rivard, 2013, p. 46). Moins elles se font confiance et moins elles sont capables de prendre des décisions pour elles-mêmes ou leur bébé. Leur pensée principale est « mieux vaut prévenir que guérir ». Les femmes subissent une sorte de pression, un impératif moral afin de se conformer aux normes et aux protocoles et d'adhérer à la vision que la gestion des risques améliore l'issue de l'accouchement (Lothian, 2012). En conséquence, elles consentent ainsi aux interventions médicales réalisées lors du travail et de l'accouchement, étant en recherche de sécurité. La technologie médicale est présentée comme indispensable afin de permettre la sécurité du processus. Par exemple, pour certaines, la péridurale et l'épisiotomie font partie intégrante de l'accouchement (Darra, 2009). En effet, la péridurale est devenue la norme en ce qui concerne la naissance, apportant sécurité et confort (Braun & Lalman, 2014). Soumis à cette culture du risque, et souhaitant un bon déroulement de l'accouchement et un bébé en bonne santé, les futurs parents sont en recherche et rassurés par les technologies importantes présentes dans les institutions hospitalières. En effet « grossesses et accouchements aujourd'hui se doivent d'être "réussis" : les femmes cherchent des garanties pour que tout se passe bien, sans risque pour le bébé et sans douleur pour elles » (Braun & Lalman, 2014, p.85). Les femmes n'ont plus la représentation de leur corps comme lieu de sécurité pour l'enfant (Chapoix, 2012).

Cela se confirme par l'étude de Regan et McElroy (2013), réalisée aux Etats-Unis. La perception du risque que des femmes primigestes (ayant une grossesse à bas risque) ont à propos de la naissance influencerait leurs décisions lors du travail et de l'accouchement, notamment concernant le lieu de naissance. Selon les auteurs, cette perception du risque provient de leurs croyances à propos de la capacité de leur corps à donner naissance, et donc se mettre en travail spontanément, arriver à dilatation complète et donner naissance à un enfant

sans avoir besoin d'interventions médicales. Les auteurs ont classé les femmes primigestes en 3 groupes :

- le 1^{er} groupe (26,5%) avait confiance en la capacité de leur corps de donner naissance sans intervention médicale. Les primigestes avaient une représentation de la naissance comme étant un processus physiologique normal, à bas risque, nécessitant un minimum d'interventions médicales.
- le 2^e groupe (22,4%) avait plutôt tendance à douter de leur capacité à donner naissance sans intervention médicale. Elles avaient la représentation d'un phénomène physiologique, mais nécessitant tout de même une intervention médicale afin d'assurer une sécurité pour leur bébé, d'assurer une gestion du processus et d'avoir accès à une péridurale. Elles se disent flexibles, c'est-à-dire ouvertes à n'importe quelle intervention médicale jugée nécessaire, même si elles questionnent parfois leur réelle utilité et qu'elles ne correspondent pas à leurs souhaits. Selon elles, la naissance est incertaine, et ne ressemblerait jamais ce à quoi elles auraient voulu.
- le 3^e groupe (51,1%) voyait la naissance comme à haut risque, effrayante, dangereuse et incertaine, nécessitant une gestion médicale active et résultant en interventions d'urgence. Leur principale préoccupation était la possibilité de décès maternel ou fœtal. La peur qu'elles ont de l'accouchement influence leurs demandes ou l'acceptation des interventions médicales, indépendamment de leur nécessité. A posteriori, lors de l'accouchement, ce groupe a connu le plus haut taux de césarienne (20%).

Effectivement, toutes les femmes n'associent pas forcément interventionnisme à sécurité. Une étude Suisse (Gouilhers-Hertig, 2014) montre que les femmes interrogées se représentent l'accouchement en milieu hospitalier comme pouvant être l'objet de pratiques interventionnistes, selon une routine institutionnelle, parfois sans raison médicale, ce qui peut mener à des effets iatrogènes. Selon elles, une grande importance est donnée aux risques médicaux peu fréquents, au détriment du vécu et de l'impact psychologique des femmes. Dans le même ordre d'idée, deux études, réalisées en Angleterre (Gibbins & Thomson, 2001) et en Australie (Fenwick, Hauck, Downie & Butt, 2005), ont contredit le fait que les femmes voulaient et espéraient une naissance médicalisée. La plupart des femmes ont exprimé le fait de vouloir avoir un rôle actif et d'avoir un sentiment de garder le contrôle.

3.3 Sources d'informations des femmes enceintes

Selon Regan et McElroy (2013), la perception du risque des femmes primigestes à propos de l'accouchement s'est formée à partir d'expériences personnelles, dont les informations reçues de la famille et des amis, et les représentations issues des médias. En effet, auparavant, lorsque l'accouchement était une affaire de femmes, ces dernières se partageaient des connaissances, compétences et croyances sur la naissance. La naissance était un phénomène social et familial (Hidalgo, 2018). En quelques dizaines d'années, les transmissions de génération en génération à propos de la grossesse et de l'accouchement ont connu une coupure. Les expériences sont également très décalées, vu l'évolution et les progrès technologiques médicaux (Braun & Lalman, 2014). Actuellement, aux Etats-Unis, beaucoup de femmes vont chercher l'information dans les médias télévisés afin de savoir à quoi s'attendre lors de l'accouchement (Cummins, 2020). Les médias sont un moyen de connaissances important pour les femmes, malgré les représentations très négatives véhiculées. Selon des primigestes interrogées (issues principalement des Etats-Unis et d'Angleterre), la télé-réalité les aide à savoir ce qu'il pourrait arriver à l'accouchement, ce à quoi elles peuvent s'attendre. Au Canada, les femmes sont en recherche de ce genre de programme afin d'approfondir leurs connaissances, étant donné le manque de transmissions culturelles à ce propos (Luce et al., 2016). Declercq (2006) énonce le fait qu'aux Etats-Unis, les primigestes sont plus susceptibles d'obtenir des informations sur l'accouchement à la télévision qu'aux sessions de préparation à la naissance (as cited in Hundley, van Teijlingen & Luce, 2015). En effet, Sears et Godderis ont montré que la seule opportunité pour la plupart des femmes de voir une naissance se trouve souvent dans les médias (as cited in Luce et al., 2016). Elles regardent cela comme une sorte de préparation à la naissance.

On peut également voir un certain succès de la littérature de vulgarisation concernant la grossesse et l'accouchement, qui est une source d'informations pour la femme (Maclean, 2014). Le livre de Laurence Pernoud⁹ « J'attends un enfant » constitue une référence pour les parents. Etant fréquemment réactualisé, il est transmis de génération en génération, et renseigne sur les « bons » comportements à emprunter pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Les femmes y trouvent les réponses à leurs questions, parfois non posées aux professionnels de la naissance (Braun & Lalman, 2014).

D'un autre côté, des ressources sont conçues par les mouvements militants existants afin de transmettre des informations claires et transparentes au sujet de l'accouchement, et de

⁹ Journaliste française, auteure des livres « J'attends un enfant » et « J'élève mon enfant » (Phélip, O. (n.d.))

permettre une plus grande autonomisation des femmes. Par exemple, concernant la préparation prénatale, le livre « Vivre sa grossesse et son accouchement : Une naissance heureuse » d'Isabelle Brabant, sage-femme québécoise, est également devenu une référence francophone. Tout en apportant de l'information, il ouvre aux différents choix qui peuvent se présenter, mais aussi aux vécus possibles (Braun & Lalman, 2014).

3.4 Les médias et la naissance

Les médias véhiculent notamment cette image de danger autour de l'accouchement et légitiment ainsi sa prise en charge médicale et technologique soutenue afin de ne prendre aucun risque (Hidalgo, 2018). Ils représentent souvent la naissance selon un modèle très médical. Les patientes ont souvent une capacité de choix très limitée (Cummins, 2020). Une revue de portée de la littérature¹⁰ (Luce et al., 2016) a analysé les principales représentations ressortant des médias, et leur influence sur les primigestes. Selon les auteurs, la médicalisation est très présente dans les médias. Aux Etats-Unis les interventions médicales sont la norme. Le fait de présenter la naissance comme pathologique a permis de justifier l'autorité des médecins sur le processus. Ces médias présentent la naissance comme dangereuse et risquée. Les programmes télévisés ont besoin de « drames, dangers, crises et événements inhabituels à diffuser, tels que des naissances imprévisibles et rapides [traduction libre]» (Luce et al., 2016, p.5). Les images vues ne sont pas une représentation fidèle de la plupart des accouchements. En effet, une naissance typique, à faible risque, avec un travail lent et long sans interventions, est beaucoup moins susceptible d'être montrée. Les accouchements sans incident ou peu risqués ne sont pas ou peu montrés. Chez les primigestes, cela mène à de la peur et de l'anxiété, ce qui peut entraîner le fait d'avoir besoin des professionnels, d'accepter le contrôle médical et les interventions. En effet, les femmes prendraient des décisions selon ce qu'elles voient dans les émissions. La naissance devrait dès lors être représentée de façon plus réaliste. La représentation de la naissance par les médias serait un facteur explicatif de l'augmentation des taux d'interventions lors d'une naissance. Les auteurs soulignent néanmoins que la littérature étudiée n'aborde pas le fait qu'il y a des issues plus larges en jeu dans la prise de décision des femmes et que des influences externes dans la relation de cause à effet, telles que des facteurs socio-économiques ou environnementaux, ne sont pas du tout prises en compte dans les études analysées.

¹⁰ Scoping review.

Maclean (2014) confirme la présence de cette représentation dans les journaux anglais. Afin d'attirer les ventes, les gros titres relayent souvent des expériences dramatiques. Or ces expériences ne représentent pas la majorité des naissances. Les cinq thèmes les plus fréquemment retrouvés étaient, dans l'ordre : « peur, supplice, douleur, personnel efficace, personnel malveillant » (Maclean, 2014, p.582). Cela peut mener à de l'anxiété chez les femmes enceintes, qui ne s'étaient pas imaginées de tels déroulements. Une naissance sans particularité sera rarement mise par écrit dans un journal. Il y a donc un écart important entre les messages véhiculés par les journaux et le déroulement d'une grande majorité des naissances. Par exemple, d'après Bick (2010), en Australie deux décès ont eu lieu lors de l'accouchement et ont été largement diffusés dans les journaux écrits et télévisés australiens. Cela a mené de nombreuses femmes à avoir une certaine perception du risque autour de la naissance. Les circonstances des décès, découlant de décisions inappropriées (choix du mode d'accouchement pour le premier et naissance à domicile en l'absence de personnel qualifié pour le deuxième), ont été présentées d'une façon non rassurante puisque ne menant pas à imaginer leur rareté. Robotham (2001) a souligné que des titres à sensations dans les journaux peuvent amener les femmes à se diriger vers une naissance médicalisée (as cited in Luce et al., 2016, p.6).

Concernant internet, la plupart des études proviennent des Etats-Unis. Un grand nombre de femmes américaines utilisent l'internet afin d'avoir des informations, notamment ce à quoi un accouchement normal ressemble. Deux-tiers utilisent les informations lues afin de prendre des décisions concernant la grossesse et l'accouchement. Pourtant, les messages sociaux véhiculent l'idée que la naissance a besoin d'être médicalisée. Cela conditionne les représentations et croyances des femmes (Luce et al., 2016).

Les programmes de télé-réalité sur la naissance sont donc des sources d'informations pour les futures mamans. Plusieurs études ont analysé les représentations véhiculées dans les programmes anglophones et francophones.

- ✓ Les programmes anglophones comme « A Baby Story » et « Birth Day » mettent en image une naissance dangereuse et imprévisible et véhiculent la norme d'une naissance médicalisée. Les interventions de routine sont présentées comme nécessaires, et le corps des femmes comme incapable de donner naissance sans cela. Les épisodes se focalisent souvent sur les complications pouvant survenir, ou encore sur les comportements à adopter. La peur de la douleur est renforcée. Presque aucune naissance physiologique

sans intervention n'est présentée dans le programme (Morris & McInerney, 2010 ; VandeVusse & VandeVusse, 2008). Une thèse a montré comment le programme de télé-réalité anglais « One Born Every Minute », qui présente la naissance de façon dramatisée, affecte les perceptions de la naissance d'étudiantes Américaines. L'auteur a pu observer une augmentation de la peur et de l'anxiété chez les étudiantes (Rink, 2012). Une étude (Vitek & Ward, 2019) a investigué l'influence de la télé-réalité sur des étudiantes américaines. Lors de l'expérience, ces dernières ont été divisées en trois groupes : visualisation d'une séquence de naissance médicalisée, d'une naissance avec l'aide d'une sage-femme et d'une vidéo éducative neutre sur l'accouchement. Les femmes ayant visualisé la séquence médicalisée ont rapporté la plus grande peur et la plus basse auto-efficacité concernant l'accouchement par rapport aux autres groupes.

- ✓ Concernant les programmes de télé-réalité francophones, Lécossais et Kunert (2016) ont étudié l'émission française « Baby-Boom ». Ce programme dit montrer le déroulement quotidien et les émotions courantes lors d'une naissance. Cette émission véhicule principalement les normes en cours dans les salles d'accouchements hospitalières mais également l'image de la « bonne parturiente », avec des contraintes très présentes implicitement. Le programme annonçant montrer la réalité des salles d'accouchement, les pratiques réalisées sont présentées comme communes et naturelles. En effet, presque chaque accouchement diffusé suit un certain schéma : arrivée de la patiente, monitoring, examen du col toutes les heures, péridurale et poussées. L'accouchement eutocique est énormément ritualisé. « Les demandes sortant de ce processus ou de ce cadre sont peu appréciées par le corps médical » (Lécossais & Kunert, 2016, p.2). Les contraintes implicites sont clairement présentes. La plupart des patientes accouchent en position gynécologique, suivent les injonctions des sages-femmes qui leur expliquent « comment se comporter, respirer ou pousser au moment de la contraction » (Lécossais & Kunert, 2016, p.6), et sont félicitées lorsque le schéma est respecté. « Elles sont jugées des bonnes paires [...] sur leur capacité à obéir aux demandes des sages-femmes et médecins au moment voulu » (Lécossais & Kunert, 2016, p.7). « Les femmes ne sont pas maîtresses de leur accouchement, mais sont ici des patientes disciplinées et félicitées pour leur docilité » (Lécossais & Kunert, 2016, p.10). « La meilleure parturiente est donc celle qui se laisse entièrement prendre en charge par l'institution tout en suivant scrupuleusement les prescriptions du corps médical » (Lécossais & Kunert, 2016, p.2). Le programme montre le corps médical comme détenant le savoir sur le processus d'accouchement, et les patientes comme apprenantes de ce savoir. Il est fréquent de voir

des femmes ne sachant pas comment cela va se passer. Une des principales craintes de ces femmes est la peur de mal faire et ainsi de mettre leur bébé en danger. De plus, le fait de ne pas avoir de maîtrise sur son corps, par exemple de crier sous l'effet de la douleur, n'est pas valorisé, et est même parfois stigmatisé par le personnel médical. Néanmoins, les femmes donnant naissance sans péridurale ont l'air plus libres, plus autonomes dans leurs choix, et adoptent des positions diverses. A l'inverse des femmes ayant pris la péridurale, qui elles sont présentées comme passives et suivant le schéma rituel prévu du travail et de l'accouchement.

Une représentation sensationnelle du risque dans les médias peut mener les femmes à surestimer la probabilité d'expérimenter une complication. Cela influence donc la capacité de la femme à évaluer correctement le risque (Regan & McElroy, 2013). D'autant plus que « la peur de l'accouchement est l'un des principaux facteurs psychologiques associés à un travail long, à la douleur perçue lors de l'accouchement et à des demandes d'intervention en augmentation [traduction libre] » (Vitek & Ward, 2019, p.2). Néanmoins, les preuves de l'influence des médias sur les perceptions sont de faible qualité. La littérature sur les représentations de la naissance dans les médias est relativement développée, mais peu d'études ont mesuré l'impact de ces représentations sur les femmes enceintes. Des recherches sont nécessaires afin de voir où les femmes vont chercher leurs informations concernant le travail et l'accouchement (Hundley et al., 2015 ; Luce et al., 2016). Hundley, van Teijlingen & Luce (2015) suggèrent qu'il est important d'étudier l'influence des médias sur les femmes et précisent qu'il est intéressant de savoir si les médias modifient la compréhension des femmes à propos de la naissance et si cela provoque une augmentation de leur peur.

4. Question de recherche

Au terme de cette revue de littérature, nous avons pu voir que peu de recherches ont été réalisées sur les représentations ou la perception des risques des primigestes concernant le travail et l'accouchement en Belgique. De nombreux facteurs ont une influence sur la perception des risques. L'exposition aux médias, en tant que facteur psychosocial, serait un déterminant important dans la perception du risque en général (Chauvin & Herman, 2006). Néanmoins, concernant le domaine du travail et de l'accouchement, les preuves de l'influence des médias sur les perceptions sont de faible qualité. Peu d'études ont mesuré l'impact de ces représentations sur les femmes enceintes (Luce et al., 2016).

Dans ce travail, la question de recherche suivante sera développée :

« Quelle est l'influence des médias visuels sur la perception des risques des primigestes concernant le travail et l'accouchement à bas risque en milieu hospitalier belge francophone? »

Dans le cadre de cette recherche, les médias visuels comprennent toute séquence visuelle pouvant être visionnée à l'aide d'un écran, par exemple via un ordinateur, une télévision ou encore un cinéma.

Méthodes

1. Type de méthode

Afin de répondre à la question de recherche « *Quelle est l'influence des médias visuels sur la perception des risques des primigestes concernant le travail et l'accouchement à bas risque en milieu hospitalier belge francophone?* », ce mémoire a été réalisé selon une méthode qualitative. En effet, le but de ce mémoire est d'explorer, de comprendre et d'analyser l'expérience des femmes enceintes à propos des médias visuels, et non pas de quantifier un phénomène, ni d'établir des relations statistiques à partir de données numériques. La recherche qualitative va nous permettre d'approfondir le sujet choisi, qui semble insuffisamment connu dans la littérature actuelle. En lien avec la méthode qualitative, la compréhension du détail a son importance, de même que la subjectivité de la personne interrogée. En effet, nous recherchons ici le récit, l'avis et le ressenti des primigestes, et non pas des réponses objectives aux questions posées (Aujoulat, 2019).

2. Méthode de collecte des données

2.1 Outils

Nous avons réalisé des entretiens individuels semi-directifs auprès de la population cible, de sorte à faire émerger des convergences au sein d'un échantillon représentatif. L'entretien semi-directif permet pour le participant de bénéficier d'une liberté de parole relative, au sein d'un cadre défini par le chercheur (Aujoulat, 2019).

Afin de mener à bien ces entretiens, un outil a été réalisé à l'aide de la revue de littérature : le guide d'entretien (annexe 1). Il comprend dix questions au total, afin d'explorer la perception des risques des femmes interrogées à propos du travail et de l'accouchement, mais également leur expérience concernant les médias visuels. Il inclut aussi des questions de relance. Dans le but de pouvoir caractériser l'échantillon, des questions supplémentaires se trouvent en fin d'entretien. Celles-ci ont été posées uniquement si les données recherchées ne sont pas apparues durant l'entretien. Ce guide d'entretien, une fois conçu, a été testé sur deux personnes de notre entourage, afin d'y apporter les modifications nécessaires.

Etant donné que l'on se trouve dans le cadre d'entretiens semi-directifs, le chercheur peut se permettre une certaine flexibilité dans la façon d'utiliser ce guide d'entretien. Ce dernier

constitue un support plutôt qu'un carcan. L'ordre des sujets abordés a peu d'importance, le chercheur s'adapte autant que possible à ce que lui dit le participant (Aujoulat, 2019).

Nous avons réalisé et retranscrit les entretiens nous-même.

2.2 Stratégie d'échantillonnage

2.2.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none">- Etre primigeste- Habiter en Belgique- Etre majeure (≥ 18 ans)	<ul style="list-style-type: none">- Mener une grossesse à risque- Parler une autre langue que le français- Être enceinte de moins de 12 semaines d'aménorrhée- Avoir une profession ayant un lien avec l'obstétrique (sage-femme, gynécologue et kinésithérapeute)

Le choix de s'adresser à une population majeure a été fait pour des questions de facilité.

Les participantes sont incluses à partir de douze semaines d'aménorrhée, afin d'avoir passé la période la plus à risque de fausse couche (d'après UZ Brussel (n.d.), 80% des fausses couches ayant lieu lors des 12 premières semaines).

2.2.2 Recrutement des participantes

Le recrutement des participantes a été fait via le réseau social Facebook. Nous avons fait le choix de ne pas dépendre d'un hôpital en particulier afin de pouvoir récolter un maximum d'expériences différentes et de pouvoir toucher différentes régions et milieux sociaux.

Nous avons posté une annonce afin d'informer les futures mamans de la recherche réalisée. Une adresse mail y était inscrite afin qu'elles puissent nous contacter si elles souhaitent y participer ou encore si elles souhaitent plus d'informations. Des participantes pouvaient également être incluses suite à un effet « boule de neige ». Notre échantillon est donc un échantillon de convenance.

Concernant la taille de l'échantillon, elle n'était pas prédéfinie. L'échantillon fut considéré comme complet lorsque la saturation des données¹¹ a été jugée atteinte. Tant qu'elle n'était pas jugée atteinte, des annonces sur le réseau social Facebook étaient réitérées.

¹¹ Absence d'émergence de nouvelles données.

3. Ethique et confidentialité

Concernant l'éthique de ce travail de recherche, nous avons introduit une demande au Comité d'Ethique hospitalo-facultaire de Saint-Luc le 9 février 2021. L'accord définitif a été donné le 30 mars 2021 (annexe 3).

Un formulaire d'information et de consentement éclairé¹² (annexe 2) a été remis aux participantes avant l'entretien, pour lecture et accord. Il précise notamment que leur participation est volontaire, et qu'elles peuvent la retirer à tout moment.

Lors des entretiens, l'objet et le contexte de la recherche leur ont été réexpliqués. Nous avons également demandé aux femmes enceintes la permission d'enregistrer l'entretien, en leur précisant qu'elles avaient le droit de le stopper à tout moment et que cet enregistrement allait être écouté uniquement par le chercheur.

Les entretiens ont été entièrement retranscrits en respectant la confidentialité et l'anonymisation (usage de chiffres afin d'identifier les entretiens, et suppression de tous les prénoms dans le matériau d'analyse). Les participantes ne peuvent pas être reconnues.

4. Méthode d'analyse des données

Le but d'une analyse qualitative est d'extraire le sens des données (Paillé & Mucchielli, 2016). La méthode d'analyse choisie est un mélange de prédéfini et d'inductif. En effet, des rubriques ont été prédéfinies en fonction des questions du guide d'entretien. Au sein de ces rubriques, des thèmes ont émergé des entretiens réalisés. La démarche de thématization a été réalisée de façon continue : les thèmes ont été identifiés et notés au fur et à mesure de la lecture et de l'analyse des entretiens.

L'analyse a également été itérative, c'est-à-dire que nous avons alterné des phases de recueil des données et des phases d'analyse. Nous avons analysé les entretiens au fur et à mesure.

¹² Formulaire d'information au participant du Comité d'Ethique hospitalo-facultaire de Saint-Luc (CEHF-FORM-129-1.0).

5. Collecte et analyse des données

5.1 Contexte des entretiens

Etant donné le contexte sanitaire actuel, les entretiens semi-directifs ont tous été réalisés à distance (en audio ou vidéo-conférence), du 1^{er} avril au 5 mai 2021.

Les participantes ont pris connaissance de l'étude via l'annonce Facebook et ses partages (17 participantes) et via l'« effet boule de neige » (1 participante).

Chaque participante a reçu le formulaire d'information et de consentement éclairé. Les consentements à la participation et à l'enregistrement de l'entretien ont été obtenus oralement avant le début de chaque entretien (ces consentements ont été obtenus par écrit pour les premiers entretiens, mais vu la difficulté que cela représentait pour les participantes, nous avons décidé de le faire uniquement oralement par la suite).

Le temps moyen des entretiens est de 25 minutes (minimum : 16, maximum : 82).

5.2 Description de l'échantillon

L'échantillon comprend 18 femmes enceintes. Nous n'avons eu qu'un seul désistement. Les futures mamans sont âgées entre 22 et 36 ans (moyenne : 26 ans) et sont toutes en couple. 5 viennent de la Région de Bruxelles-Capitale et 13 viennent de la Région Wallonne (5 du Brabant-Wallon, 4 du Hainaut, 2 de Namur, 1 de Liège, 1 du Luxembourg). Toutes ont un emploi, excepté deux qui sont au chômage. Concernant le niveau d'études, 1 a un niveau secondaire inférieur, 4 ont un niveau secondaire supérieur (CESS), 4 ont un niveau bachelier, 8 ont un niveau master (dont une qui a un master complémentaire en plus), 1 a un doctorat. Toutes vont accoucher à l'hôpital, sauf une qui a le projet d'accoucher en maison de naissance. Concernant l'âge gestationnel, la moyenne se situe à 29 semaines (minimum : 12, maximum 38).

5.3 Analyse des données

Les entretiens ont été analysés à partir du 17 avril. Nous avons lu le matériau à plusieurs reprises. Nous avons ensuite, entretien par entretien, inscrit les thèmes dans la marge. Nous les avons ensuite répertoriés dans un document à part pour chaque entretien (thème et sa/ses verbatim(s) associé(s)), sous des rubriques classificatoires (en lien avec les questions du guide d'entretien). Ensuite, par rubrique, nous avons regroupé les thèmes de tous les entretiens, en les analysant (réurrence, opposition, regroupement,...), ce qui nous a mené aux résultats¹³.

¹³ Selon la méthode de Paillé et Mucchielli (2016).

Résultats

1. Représentations du travail et de l'accouchement normal

En entendant cette question, les futures mères se sont spontanément **projetées** dans leur propre travail et accouchement. Elles ont dès lors également fait part de leurs souhaits.

Néanmoins, pour quelques-unes le processus reste **flou** : « *C'est encore assez flou pour moi à ce stade-ci* » (E16). Le terme aller vers l'**inconnu** a été exprimé par une des futures mamans.

1.1 Douleur

Dans tous les entretiens réalisés, la douleur est le sujet qui revient quasi systématiquement. Les futures mères savent que le travail et l'accouchement sera un moment **douloureux**.

« *Je me le représente comme quelque chose de douloureux* » (E3)

« *Je sais qu'un accouchement c'est pas une partie de plaisir* » (E16)

En lien avec cette douleur, la plupart des femmes soulignent uniquement la **difficulté** du moment : « *Une nuit de calvaire* » (E2), « *Je sais que les contractions c'est pas facile à supporter* » (E6), tandis que d'autres associent la douleur à une **finalité positive**, qui est la naissance de l'enfant : « *Ça va être un moment où je vais souffrir mais je vais être tellement heureuse que ça va contrebalancer en fait* » (E1), « *Quelque chose de douloureux mais finalement le plus beau jour de ma vie* » (E3). Une des femmes va plus loin en expliquant que pour elle cette douleur a un **but physiologique** : « *C'est une souffrance pour moi naturelle parce que c'est quelque chose où tu te dis ben c'est ton corps qui... ça va être cru ce que je vais dire, mais qui se dilate pour faire sortir la chair de ta chair, ce que tu as conçu pendant 9 mois* » (E9).

Pour deux femmes cette douleur est synonyme de **retour à un instinct primaire**.

1.2 Caractéristique du processus

Naturel

La majorité des femmes s'imaginent le travail et l'accouchement comme un **processus naturel**.

« *Je me dis que de toute façon on a toujours enfanté* » (E5)

« *Les femmes sont capables d'accoucher, elles savent naturellement ce qu'elles font, sinon l'espèce humaine ne serait plus là. C'est quand même un processus naturel* » (E13)

« C'est naturel dans le sens que physiologiquement c'est quand même quelque chose qu'on est censé pouvoir faire naturellement » (E15)

Trois d'entre elles précisent qu'elles envisagent également le travail et l'accouchement de façon naturelle, mais estiment que l'on a **tendance à surmédicaliser** ce processus en milieu hospitalier, en rendant la parturiente plutôt passive.

« Au moment fatidique de l'accouchement en lui-même la femme se trouve en position obstétricale donc sur le dos, les jambes en l'air, et puis toute l'équipe médicale s'affaire autour d'elle pour veiller à ce que ça se passe bien [...] les femmes sont faites pour accoucher et on a un peu retiré ce sentiment de capacité à naître des femmes et on a surmédicalisé l'accouchement. Finalement c'est le médecin qui gère tout et plus la femme du tout qui gère. Alors que normalement une femme si tout se passe bien, est capable de donner naissance sans avoir besoin d'aide de quoi que ce soit » (E4)

« C'est souvent maintenant la femme qui est couchée dans son lit, on lui fout la péridurale pour avoir la tranquillité jusque ce que le col soit tout à fait ouvert quoi » (E9)

La plupart souhaitent quelque chose de naturel, même si elles envisagent parfois la péridurale. Elles souhaitent que les autres **interventions** pouvant avoir lieu durant le travail soient **limitées au strict nécessaire** :

« Si ça se passe bien il n'y a pas besoin de brusquer les choses [...] si il n'y a pas besoin, qu'on laisse faire les choses et qu'on intervienne que en cas de nécessité » (E3)

« Je veux quand même la péridurale parce que je me dis si il y a des choses qui peuvent faire moins souffrir autant prendre mais globalement je me dis le reste si tout se passe bien, si l'enfant se présente bien, si je suis pas trop mal et tout je me dis que tout naturellement peut se faire » (E5)

« Si c'est pas nécessaire et que ça se passe bien, alors je préfère que ce soit le plus naturellement possible » (E15)

L'une d'elles mentionne s'être rendue compte que l'accouchement physiologique avait plus de bienfaits qu'un accouchement surmédicalisé (E14), tandis qu'une autre précise être contre l'industrialisation de la salle de naissance : *« A part si il y a une raison médicale pour un danger pour moi ou pour lui ok. Mais c'est vraiment les seules raisons pour lesquelles...maintenant si elle me dit pour que ça aille plus vite pour libérer la salle de travail pour une autre femme enceinte, non ça je suis pas d'accord » (E10)*. Une des femmes va plus loin en précisant que les interventions peuvent **perturber** le processus : *« Il y a un cocktail d'hormones qui se met en place durant le processus de l'accouchement. Et la femme a vraiment besoin d'être dans un petit cocon dans sa bulle pour que tout se passe bien. Et si on vient perturber ce processus alors il y a certaines hormones qui ne se mettent pas en place et cela peut venir compliquer le processus naturel » (E4)*.

D'autres ne sont simplement **pas contre** les interventions effectuées durant le travail et estiment que si elles sont utilisées c'est qu'il y en a **besoin** ou que cela peut constituer une

aide : « C'est un besoin qui vient aider la femme dans son travail » (E6), « Je préférerais que ça se passe de manière le plus naturel possible, mais je ne suis absolument pas contre une médicalisation du process si c'est nécessaire et si ça peut m'aider à aller plus vite, oui [...] je n'ai pas de problème avec une aide supplémentaire » (E12). La **confiance** en leur gynécologue ainsi qu'au personnel médical est évoquée à plusieurs reprises : « Je pense que c'est vraiment que si on propose ça à l'hôpital c'est qu'on en a vraiment besoin » (E7), « J'ai confiance en ma gynéco donc je pense que si elle me le propose c'est qu'il faut » (E14).

Quelques-unes ont fait un **projet de naissance** afin de communiquer leurs souhaits. Ce projet leur a parfois permis de réfléchir et de se renseigner sur ce qu'elles voulaient ou pas.

« Ça permet de te mettre en réflexion de qu'est-ce que tu attends de ton accouchement quoi [...] de prendre le temps de poser tes questions à ce moment-là et de se renseigner un petit peu » (E9).

Médicalisé

Deux futures mamans ont plutôt en tête un **processus médicalisé**, et souhaitent une telle prise en charge. Elles mentionnent le côté rassurant du médical.

« Qu'on intervienne dans le déroulement [...] j'aime bien le côté rassurant médical » (E8)
« Je veux vraiment être encadrée le plus possible par le corps médical [...] c'est plus pour être rassurée et être sûre que je suis entre de bonnes mains et éviter tout risque ou tout truc négatif qui pourrait m'arriver quoi » (E16)

Durée

La notion de processus **long** revient à plusieurs reprises : « Un processus qui est probablement assez long, en tout cas pour un premier bébé » (E13), sauf pour deux des futures mamans qui visualisent le travail et l'accouchement comme un processus très **rapide** : « Moi ce que j'ai peur c'est de pas avoir le temps entre le début du travail et l'accouchement, le temps d'arriver à l'hôpital » (E17).

La parturiente

Un tiers insiste sur l'importance pour elles de garder un **rôle actif** dans le processus. Le fait de pouvoir continuer à bouger, de marcher pour faire avancer le travail, de ne pas être alitée.

« Avec des positions intuitives d'accouchement plutôt que d'être couchée les 4 fers en l'air sur une table avec perfusion et péridurale et tout ça quoi » (E11)
« Je passe le travail le plus possible à bouger pour l'aider à descendre » (E13)
« Qu'on puisse continuer à marcher et tout ça et être mobile pendant nos contractions » (E14)

Une des futures mamans explique que cela lui permettrait de ne pas subir son accouchement.

« J'aimerais bien ne pas être bloquée sur mon lit d'hôpital, à subir si on peut dire les contractions. Je préfère plutôt être acteur de mon accouchement que d'être,...de subir donc j'aimerais bien pouvoir bouger » (E9)

Parmi ces femmes, certaines mentionnent une certaine **collaboration** et **confiance** entre elles et l'équipe soignante, qui partagerait les informations et leur laisserait la possibilité de faire des choix et de participer.

« On me laisse le temps de vivre les choses, qu'on m'explique aussi les choses et heuu qu'on me fasse aussi confiance dans ce que je pourrai dire » (E3)

« J'aimerais qu'on me laisse décider de ma position d'expulsion [...] cette dimension de collaboration, de communication, de participation, à laquelle moi je tiens beaucoup. J'ai envie qu'on me dise ben voilà vous êtes à telle étape du travail, la prochaine étape c'est ça ou ah ben tiens là on a un problème on va devoir intervenir on va pas vous demander votre avis, ça je suis open aussi, je suis pas médecin » (E13)

Elles émettent également le fait d'avoir envie d'être dans leur **bulle**, avec leur conjoint.

« Qu'elle me laisse faire ma petite popote avec mon ballon, mon chéri,... » (E1)

« J'ai pas envie de me retrouver avec plusieurs personnes dans ce moment qui m'appartient [...] ok les battements du cœur de ton enfant c'est toujours gai de l'entendre parce que c'est toujours émouvant mais je pense que quand t'es dans ton travail t'as juste envie c'est de te mettre dans ta bulle » (E9)

Le **lâcher-prise** revient également à plusieurs reprises, de même que la **flexibilité**.

« Pour moi crier, perdre les pédales, pleurer ben oui c'est normal. C'est le fait d'apprendre à lâcher prise, de se dire t'es pas maitre de ce qui se passe dans son corps » (E9)

« Je sais que je dois rester flexible par rapport aux éventualités » (E13)

1.3 Source des connaissances

Une majorité dit **vouloir s'informer** à propos du travail et de l'accouchement, et se renseigne de façon active.

Entourage

L'**entourage** est la source qui arrive en premier lieu chez presque toutes les futures mamans : la famille, les amies ou encore les collègues.

« Dans ma famille il y a énormément d'enfants qui sont arrivés beaucoup plus tard que moi [...] donc je les ai vus naitre, j'ai vu plein de grossesses, j'ai posé plein de questions sur l'accouchement, j'ai

entendu plein de récits et puis mes copines ont commencé à avoir des bébés aussi donc.... les discussions ont toujours continué sur la question, donc rien n'était nouveau » (E13)
« La majorité viennent du bouche à oreille de mon entourage, parce que je suis entourée de femmes enceintes, mamans, jeunes mamans » (E16)

Néanmoins, pour une des femmes, le sujet est plutôt **tabou**.

« Je trouve que finalement l'accouchement est quelque chose de très tabou et je trouve ça assez fou de...j'ai appris énormément de choses récemment en me disant ok d'accord c'est comme ça que ça se passe » (E12)

De plus, trois d'entre elles **évitent** d'en parler avec leur entourage, dans un but de ne pas se stresser. Elles se fient plutôt aux professionnels.

« Avec mon entourage j'essaye de pas trop en parler parce que j'ai pas envie de stresser avant le jour J » (E6)

Médias et lecture

Les **médias** sont également cités : on y retrouve principalement internet, notamment via des forums, des vidéos (You Tube, documentaires,...), des réseaux sociaux (Instagram, groupes Facebook,...). Beaucoup estiment qu'il faut **filtrer** les informations qui s'y trouvent et se méfient de la **fiabilité** de la source. L'émission la Maison des Maternelles est également citée plusieurs fois. Seules trois futures mamans ont cité les films et les séries.

« Les groupes Facebook si on filtre un peu parce qu'il faut vachement filtrer sur ce genre de groupe pour moi » (E10)

« J'ai quand même la chance d'avoir eu un esprit critique assez développé donc du coup oui je sais que dans les médias il ne faut pas tout prendre pour acquis » (E12)

« Parfois sur internet, c'est pas forcément la meilleure, enfin le meilleur endroit » (E1)

La **lecture**, de livres ou d'articles, permet à certaines femmes d'avoir des informations.

Professionnels

Les **professionnels** permettent également d'apporter des connaissances sur le sujet. Selon elles, leur gynécologue répond surtout aux questions ou propose des ressources, mais leur sage-femme/kinésithérapeute lors de la **préparation à la naissance** leur a beaucoup apporté.

« Ma sage-femme oui oui, enfin elle m'explique plein plein de choses qui me sont vraiment très précieuses mais ma gynécologue je trouve que finalement c'est un médecin et donc elle s'occupe du côté très médical mais moi j'ai pas de problèmes médicaux » (E3)

« On faisait ça sous forme de conversation donc elle me posait des questions pour voir déjà mes connaissances et puis on a fait des exercices pour le jour J pour me soulager etc. et vu qu'elle écrivait tout, j'ai pu reprendre tous les papiers donc j'étais plus que bien informée en fait » (E6)

« [La préparation à la naissance] c'est super important parce que j'ai l'impression...fin je suis un bébé dans le truc quoi ahah, j'y connais rien. Et d'avoir une expérience directement d'une professionnelle »
(E14)

La plupart n'ayant pas encore commencé la préparation à la naissance comptent en faire par la suite.

« J'ai envie de pouvoir être préparée au mieux aussi bien psychologiquement que oui ben pratiquement quoi...si il y a des choses qui peuvent me faire du bien quand je serai sur le moment, des petits exercices de respiration ou autres que je peux mettre en place facilement franchement... autant avoir tout entre les mains pour pouvoir appliquer ça et souffrir le moins possible quoi [...] j'aime bien savoir ce qu'il se passe, ce qu'il va se passer, pourquoi je pourrais avoir mal à tel ou tel endroit, comment soulager la douleur etc.... » (E16)

Formation et vie professionnelle

L'une ou l'autre d'entre elles tirent des connaissances en lien avec leur **profession**.

« Déjà tous les échanges que j'ai pu avoir avec des mamans, avec des personnes qui sont passées par l'accouchement » (E13)

2. Médias visuels et accouchement

2.1 Séquences vues

Les futures mamans ont **peu de souvenirs** concernant des séquences vues dans les médias visuels : « *Alors j'ai vu comme beaucoup de monde peut être un ou 2 épisodes de Baby-Boom mais sans plus [...] Enfin dans les films si je regarde un film et qu'il y a une scène dedans mais vraiment à part Baby-Boom ça me vient même pas* » (E3), « *Oui oui j'en ai vu. Dans les films oui mais je m'en rappelle pas* » (E6), ou en tout cas mentionnent ne pas avoir été marquées : « *Oui je regarde la télé et non rien ne m'a marquée. Je ne me souviens pas* » (E7), « *Non là comme ça...en tout cas il n'y en a pas qui m'ont marquée* » (E18). Néanmoins, une maman dit éviter toute séquence : « *J'ai peur, j'ose pas trop. Comme je t'ai dit avant d'être enceinte ça m'a jamais intéressée, mais ces derniers temps j'évite, je me suis dit je vais laisser ça à la nature comme ça j'ai rien dans ma tête. J'ai peur d'avoir une mauvaise image dans ma tête c'est pour ça j'évite* » (E7).

Films et séries

Concernant ce qu'elles ont pu **retenir** du déroulement du travail et de l'accouchement, la majorité évoque des accouchements **rapides** et **intenses** et qui se déroulent **bien**.

« *On voit toujours la maman qui arrive à l'hôpital qui est en sueur et puis tout le monde fait « poussez poussez » et 5 minutes après son bébé est là* » (E5)

« *Je retiens très fort que c'est décrit comme quelque chose d'extrêmement rapide, où il y a une perte des eaux et bim on part à l'hôpital [...] Donc cette dimension de vraiment très très rapide ça c'est quelque chose que j'ai vu quasiment partout quoi. C'est allez on y va, le bébé arrive* » (E13)

« *En 2-3 poussées le bébé est là* » (E16)

« *Dans les films tout se passe très bien [ahah]. On va à l'hôpital, on se pose sur le lit, le bébé sort, c'est magique [...] globalement dans les films un peu américains globalement ça se passe bien, allez quand on est pas dans une série sur les hôpitaux, si on enlève ces séries-là, on va dire globalement ça se passe plutôt vachement bien* » (E12)

Deux femmes soulignent le fait que si ce n'est pas cette représentation rapide qui est montrée, c'est alors plutôt un accouchement **médicalisé** avec une **image négative de la douleur**.

« *Ça n'a pas l'air extrêmement agréable pourtant je sais que ça peut être tout à fait bien vécu, que la douleur peut être...pas gérée... c'est pas le bon mot, mais acceptée, on peut faire avec et on peut avoir un accouchement qui est magnifique. Ça j'ai eu des témoignages de mamans aussi, et c'est quelque chose qui me ... ça me perturbe qu'on ne le retrouve pas dans les films, dans les séries. On a une image assez négative, assez stressante, et assez médicalisée d'un accouchement, ou alors si c'est pas médicalisé, c'est que le bébé est arrivé trop tôt et que l'accouchement a eu lieu dans la voiture et qu'on a pas eu le temps ou quoi* » (E13)

« Ça ne donnait pas une image très belle de l'accouchement je trouvais » (E18)

Emissions « spéciales accouchements » ou séries hospitalières

La plupart n'ont pas regardé ces émissions ou les **évitent** ces émissions depuis qu'elles sont enceintes, afin de ne pas provoquer de stress et de peur.

« J'ai pas regardé parce que c'est pas... je sais pas.... c'est pas mon kiff, j'ai pas envie de voir ça, je me dis de toute façon entre guillemets ça ne sera pas pareil donc ça ne sert à rien de me stresser » (E5)

« J'ai évité dès que j'ai su que j'étais enceinte [...] Une collègue à moi, elle m'a dit ne regarde pas ça sinon tu vas flipper. Donc heu parce que apparemment ils montrent les pires. Du coup j'ai pas regardé [...] J'avais peur que ça me stresse. Je retire un peu les trucs anxigènes à regarder» (E10)

« C'est un peu flippant [...] j'avoue que je n'étais pas capable de regarder ces scènes donc voilà j'ai vraiment eu un....ça me faisait rien avant, et là depuis que je suis enceinte c'est des trucs que je ne sais pas regarder » (E12)

Trois mamans évoquent que ce qu'elles retiennent de Baby-Boom c'est surtout une **passivité** de la parturiente, ainsi qu'une **médicalisation** : *« C'était surmédicalisé donc c'était la femme qui était couchée, elle faisait rien à part pousser et tout le monde autour s'activait » (E14)*, *« C'est quand même un processus naturel et je ne ressens pas cette mise en avant de la capacité des femmes à accoucher dans les médias [...] on voit des gestes qui sont posés, de façon très naturelle par les médecins, sans avoir de dialogue avec les parents » (E13)*, à l'inverse de deux autres qui ont également regardé quelques épisodes, mais ont vu des naissances sans complications : *« Ça m'est passé sans plus. Ça ne m'a pas marqué, ça ne m'a pas fait peur [...] c'était des grossesses eutociques, c'était des choses assez simples. Y en avait une sans péri et qui je pense avait l'air d'avoir quand même fort mal, mais accouchement qui s'est déroulé à priori sans complication quoi » (E3).*

Selon une des femmes, la série Call The Midwife donne une **vision différente** de la maternité, moins médicalisée : *« Qui m'a rendue la naissance plus naturelle que toutes ces américaines qu'on peut regarder où c'est un peu aseptisé » (E13)*. Elle évoque avoir aimé la regarder *« J'adore cette série [...] on est pas dans quelque chose de super médicalisé, on est dans une autre vision, que j'ai beaucoup beaucoup appréciée » (E13).*

Divers : vidéos internet

Certaines ont vu des **témoignages** divers, notamment un sur les violences obstétricales : *« Surtout les violences obstétricales qui reviennent. Ça a fait quand même pas mal de buzz ces dernières années [...] Des accouchements qui auraient pu bien se passer et qui se sont mal passés parce qu'il y a eu trop de médicalisation » (E4)*, tandis que d'autres ont regardé des vidéos de type plutôt

explicatif lors de recherches sur You Tube ou encore Instagram : « *J'ai vu différents types d'accouchements, dans l'eau etc.* » (E6), « *Je regarde beaucoup de travail prépa, beaucoup de vidéos sur la préparation à l'accouchement, surtout au niveau des positions, sur comment lui peut m'aider* » (E10).

2.2 Ressenti

Le fait de regarder ces séquences en étant enceintes fait ressentir des **émotions plus vives**.

« Comme je l'ai regardé en étant enceinte ça m'a un peu émue » (E1)

« Depuis que je suis enceinte c'est des trucs que je ne sais pas regarder [...] ça me stresse.

Généralement j'ai envie de pleurer, j'ai une montée d'hormones négatives » (E12)

« Je trouve ça merveilleux, je trouve ça chouette et je suis touchée de voir la naissance d'une maman »
(E13)

Les émissions « spéciales accouchements » et les séries hospitalières peuvent amener du **stress** et de la **peur sur le moment même** : « *Sur le moment du stress quand même, c'est ça qui a un peu retardé.... c'est ça qui m'a fait à chaque fois dire j'attends j'attends heuu j'attends d'avoir un enfant* » (E10), « *C'est un peu flippant quand même. Du coup ça amène un côté plus oh mon Dieu et tout ça* » (E12). Le fait d'avoir été **marquées négativement** revient à plusieurs reprises, que ce soit par les nombreux cris, une surmédicalisation du processus, une intrusion dans l'intimité, une passivité de la parturiente ou encore une impression de pénibilité concernant le travail et l'accouchement : « *Ça me paraissait un peu pénible quoi d'accoucher, un peu antinaturel. Vraiment un mauvais moment à passer, avec de la douleur, des cris* » (E11), « *Accouchement médicalisé et qui peut mal se passer, où finalement c'est pas moi qui ai le contrôle sur ce qu'il se passe dans mon corps. Je n'ai jamais vu, dans un film ou dans une série, un accouchement où la maman va bouger, où elle va se déplacer, où elle va pouvoir donner son avis, où on va lui poser une question, ou même où on va lui expliquer ce qu'on va lui faire* » (E13). Certaines **évitent** donc de regarder ces séquences durant leur grossesse (voir ci-dessus) : « *Je me dis si je regarde un truc et que ça se passe mal ça va forcément m'angoisser* » (E5).

Des **témoignages** vus (violences obstétricales et complications) ont également amené de la **peur**.

« Sur le coup j'étais un peu angoissée, la première chose que je me suis dit c'est « qu'est-ce que mon mari va faire seul avec mon enfant s'il m'arrive quelque chose » » (E6)

Ressenti pour l'accouchement futur

La plupart des futures mamans sont relativement **sereines** par rapport à leur futur accouchement, de par une pensée positive (s'auto-rassurent et évitent de penser aux complications) : « *Complications qui pourrait me ... qui me fait le plus stresser, c'est pour ça que j'essaye de pas y penser* » (E2), « *J'essaye de pas trop y penser Pour ne pas stresser et rester zen [...] je sais que mon bébé va bien, prend du poids... donc pour moi non. A l'heure actuelle je pense que mon accouchement oui, se passera sans souci* » (E9), « *J'essaye d'être assez sereine par rapport à tout ça et de justement pas me faire de films* » (E18), « *Impression que ça va bien se passer [...] je ne m'imagine pas vivre des interventions médicales* » (E3), mais également une certaine fatalité « *C'est pas quelque chose qui me stresse en soit car je me dis qu'il y a plein de femmes qui y sont passées. De toute façon bébé par la porte ou par la fenêtre il va sortir* » (E1), « *Il va arriver dans tous les cas donc je sais que je peux plus faire machine arrière [...] si il y a des complications, tant pis je me dis que c'est la vie et que je ferai tout pour avoir mon bébé dans mes bras en bonne santé* » (E6).

De façon plus isolée, pour certaines les ressources reçues (informations et outils) ou encore la médicalisation les aident à imaginer cela sereinement : « *Via les exercices respiratoires et les différentes positions qu'on peut prendre je sais qu'on peut avoir vraiment....heuu.... du... je vais pas dire du réconfort mais on peut faciliter en fait le travail grâce à ces différents outils là [...] Voilà donc tout ça ça va sans doute m'aider donc j'appréhende pas trop l'accouchement en tant que tel* » (E11), « *Là maintenant je l'imagine assez sereinement, donc je pense voilà j'ai eu toutes les infos en main donc forcément je sais que ça va aller [...] j'ai eu énormément d'informations en fait finalement très tôt, donc ça m'a vraiment assez fort rassurée honnêtement* » (E12), « *J'ai pas de craintes en sachant que c'est médicalisé et qu'il ne pourrait pas se passer grand-chose quoi. Si ça passe pas on fera une césarienne et puis c'est tout quoi. J'ai pas de craintes en fait* » (E8).

L'impatience est également un ressenti exprimé.

« *Je suis un peu pressée de vivre le moment même si je sais que c'est un moment douloureux* » (E6)
« *Pour le moment j'ai juste qu'une envie, c'est de vivre ça. En fait je prends ça pour une expérience extraordinaire à vivre et j'ai trop hâte* » (E14)

La **peur** et le **stress** sont présents chez certaines pour une raison principale : **l'inconnu**.

Cet inconnu regroupe plusieurs éléments : le déroulement : « *C'est l'accouchement en fait. Parce que c'est une première pour moi, je sais pas c'est quoi, je sais pas à quoi ça va ressembler* » (E7), « *L'accouchement en lui-même est stressant parce que c'est vrai que bon après on sait jamais comment ça va se passer* » (E10), le niveau de douleur et la réaction face à cette douleur : « *la peur de l'inconnu, c'est qu'est-ce que ça va être comme douleur* » (E9), « *Ça va venir réveiller le mammifère en moi, et je le connais pas le mammifère en moi, on est des créatures sociales [...] voilà l'effet de la*

douleur c'est une grosse inconnue ça » (E13), l'imprévu et notamment les complications possibles : « J'ai un peu peur de l'accouchement, du déroulement parce que je pense que c'est comme toutes les femmes si il y a un problème [...] j'ai l'impression qu'il y a beaucoup d'imprévu dans l'accouchement en fait » (E10), « Il y a toujours cette crainte qu'il se passe quelque chose [...] peur des risques » (E13).

On peut aussi retrouver isolément un **stress de précipitation** : « Moi ce que j'ai peur c'est de pas avoir le temps entre le début du travail et l'accouchement, le temps d'arriver à l'hôpital » (E17) ou encore de **performance** : « On vit dans une société où de façon générale on nous demande d'être compétents. On nous demande de la performance, et moi c'est quelque chose que j'ai jamais fait accoucher, donc je sais pas si je suis compétente pour accoucher. Et ça, ça me fait peur » (E13).

Une des mamans souligne une **ambivalence** dans son ressenti.

« J'essaye de rester sereine parce que je sais que je peux le faire, et parfois je pars dans ces émotions qui sont plutôt alors dans du stress » (E13)

Influence des médias visuels sur le ressenti pour leur accouchement futur

Majoritairement, les médias vus n'auraient **pas d'influence déclarée** sur le ressenti pour l'accouchement futur. Certaines raisons sont données : le fait de faire abstraction des médias vus (ne pas y penser ou encore les éviter), le fait de ne pas s'identifier (unicité de chaque femme) ou encore le fait de s'auto-rassurer (notamment à l'aide d'informations et de recherches) : « Chaque femme est comme elle est et je me dis que je peux pas me faire... j'essaye vraiment de pas me faire un avis là-dessus en fait... parce ce que je me connais, ça va pas aller sinon » (E2). Une des femmes évoque le fait que regarder des séquences hors grossesse n'avait pas entraîné d'identification : « A ce moment-là je n'espérais pas avoir un enfant à la base. Donc je ne m'étais pas projetée en me disant « tiens ce sera moi en fait ». Non » (E2).

Pour trois d'entre elles les médias visuels auraient eu une **influence** sur leur ressenti concernant leur accouchement en terme de **stress**.

« J'ai regardé énormément de vidéos, de reportages aussi. D'où parfois je stresse un peu pour le mien aussi [...] les médias ils en font aussi parfois desmais pas forcément les films parce que dans les films c'est toujours tout beau tout rose mais dans les médias, dans les autres médias par exemple les émissions... certaines émissions qu'on peut voir à la tv autres que Baby-Boom j'ai l'impression qu'ils en font...aller que c'est ce que je dis, ils montrent que le négatif en fait. Et c'est pour ça que ça peut faire peur en fait » (E10)

« Je vois tout ce que ça a laissé de façon inconsciente et le stress que moi je ressens maintenant à l'approche de mon accouchement » (E13)

Une des mamans explique que ce stress l'a poussée à se renseigner et à chercher d'autres alternatives (séquence vue sur un témoignage de violences obstétricales).

Certaines évoquent une possible **influence inconsciente**.

« Peut-être inconsciemment dans le sens où je sais que c'est un mauvais moment à passer mais que ce sera bien quand même » (E8)

« J'ai sûrement quelque part dans ma tête des trucs que j'ai vu dans des émissions qui ont dû me marquer ou quoi mais je saurais pas te sortir un exemple comme ça » (E16)

2.3 Vision de l'accouchement

Pour la grande majorité, les séquences vues n'ont **pas d'influence** ou n'ont plus d'influence actuellement : *« Ça n'a rien changé » (E3)*, *« C'est un peu ce à quoi je m'attends quoi » (E6)*, pour diverses raisons.

- Le fait que l'accouchement soit une **expérience personnelle et unique** pour chaque femme, et que chaque femme est différente.

« Y a aucun accouchement qui se passe pour 2 femmes de façon identique [...] je me dis, pour cette femme-là ça s'est passé comme ça et pour moi ça se passera pas du tout comme ça » (E1)

« D'une maman à une autre c'était jamais la même chose, le seuil de douleur n'est jamais le même donc voilà c'est pour ça que je ne saurais pas m'identifier à quelqu'un qui ... voilà... j'essaye de pas le faire aussi » (E2)

« Chaque femme est différente d'une autre. Par exemple pour moi ça peut se passer très bien ou le contraire et quelqu'un d'autre le contraire. C'est pour ça, il faut pas focaliser sur la situation de quelqu'un d'autre. C'est pour ça que j'évite en fait » (E7)

- Le fait que les femmes réalisent que les séquences ne représentent **pas forcément la réalité**, notamment grâce à des informations et à un esprit critique.

« Je sais très bien du coup en me renseignant que ce ne sera pas comme ça [...] Je sais que ça reste des films et des séries. Ce n'est pas la vraie vie » (E5)

« C'est un peu l'utopie quoi » (8)

« J'essaye de pas me fier aux médias parce que pour moi c'est un peu quand même ... sur-joué » (E9)

« Les médias ont eu un impact très très fort sur comment j'ai pré-évalué mon accouchement à la base [...] j'avais cette image de on commence à avoir des contractions, on file à l'hôpital par exemple, ou la poche des eaux break c'est fini on fonce à l'hôpital » (E12)

« Toutes mes copines qui accouchent elles disent toujours tu sais... c'est un des premiers trucs qui sort souvent c'est c'est pas du tout comme dans les films franchement [...] j'ai quand même un esprit critique » (E16)

Pour certaines leur vision a pu être **influencée** par les médias visuels.

- Cela a provoqué un **décliv** chez certaines.

« Ça a eu une influence dans le bon sens, dans le sens où ça m'a permis de savoir ce que je voulais pas. Et ce qui existait aussi forcément » (E14)

« De voir des mamans couchées sur leur lit comme ça à subir pour moi c'est pas ça » (E9)

« Témoignages sur BRUT [...] violences obstétricales qui reviennent [...] ça m'a poussé à chercher d'autres alternatives » (E4)

- La notion d'accouchement **rapide** pour certaines.

- La découverte de **complications**.

« Moi avant d'être enceinte, moi j'étais pas au courant... fin si j'étais au courant mais j'étais pas à 100% au courant, moi j'étais là ouais c'est bon ça va aller lalala, et puis une fois arrivée au dernier trimestre je me suis dit euh oui en fait il y a beaucoup de choses à prendre en compte à l'accouchement » (E10)

- Concernant des vidéos plutôt informatives, cela a permis d'apporter des **compléments** à la vision du travail et de l'accouchement (par exemple sur le rôle du papa), ou encore de modifier une vision précédemment formatée par d'autres types de médias.

« Dans ces émissions-là ils axent beaucoup sur le sensationnel. Et j'avais tendance à ne garder en tête que ça. Mais depuis que j'ai découvert ces autres types de documentaires avec des naissances respectées, des moments vraiment doux où la puissance du féminin était vraiment mise en avant, j'ai changé au fil du temps ma vision des choses » (E11)

2.4 Reflet ou non de la réalité

Toutes les femmes exceptée une estiment que les séquences que l'on peut voir dans les films, séries et émissions ne **reflètent pas** la réalité.

« C'est un peu comme de la télé-réalité je trouve en fait » (E7)

« Ça je me dis que ce sont des séries, donc à prendre un peu au second degré » (E14)

- L'**exagération** revient énormément.

« Les seules fois où tu vois l'accouchement à la télé c'est toujours très exagéré, c'est sanguinolent » (E1)

« Ils axent beaucoup sur le sensationnel » (E11)

« Souvent à la télé qu'ils ont tendance à dramatiser, mettre en scène etc. et que si il y a pas de tension ben c'est pas... ben je sais pas ça fonctionne pas aussi bien, je me dis que ça sera pas représentatif ; là la maman je suis sûre dans l'épisode ils vont sortir les forceps ou ils vont faire un truc de fou » (E5)

« Je pense, à l'heure actuelle, les médias en font de trop » (E9)

« Les émissions reportages type Baby-Boom c'est exagéré par contre. Pour moi ils exagèrent la vision parce qu'ils montrent que les cas qui sont un peu pathologiques [...] ils montrent que le négatif en fait » (E10)

- L'**idéalisation** est également un élément important.

« « Poussez » et 5 minutes après son bébé est là » (E5)

« C'est pas la réalité parce que c'est toujours tout rose tout beau tout machin, moi je pense qu'on voit pas l'envers du décor quand même [...] toujours des accouchements qui se passent bien mais c'est pas ça la réalité. Pour moi il devrait avoir un accouchement où... combien d'accouchements ne se sont pas finis en césarienne après un travail de 24h ? » (E9)

« Reflète une réalité ou tout se passe bien [...] dans les films on montre jamais le côté réel. Dans les films ça se passe généralement assez bien » (E4)

- La **non-représentativité** des séquences : les images montrent soit une seule réalité : *« Je pense que c'est entre guillemets possible que ça soit une réalité maintenant ce sera pas forcément la mienne » (E5)*, *« A la télé on ne verra jamais un accouchement en dehors de couchée sur la table gynécologique. Ou alors ça se passe dans une voiture ou autre » (E14)*, soit ne montrent pas tout : *« Je me souviens que d'une émission je vous ai dit où je voyais des accouchements et je pense qu'on montrait très très peu d'image en fait » (E17)*, *« Tu les vois jamais arriver à l'hôpital et qu'on leur dise ah non vous êtes à 2cm » (E6)*. Pour une d'elles il y a un manque d'informations de la part des médias : *« Qu'est-ce qu'il s'est passé dans le corps de la femme en 5 minutes ? Ils disent pas... elle va pas dire j'ai été déchirée, on a dû me couper, on a dû utiliser la ventouse et tout ça [...] je trouve qu'on n'en parle pas assez de cette histoire de césarienne et des complications que ça peut engendrer aussi par la suite [...] Je trouve que on parle de l'épisio nulle part » (E9)*. Une future maman mentionne toutefois la difficulté de représenter le travail et l'accouchement de façon complète dans les médias : *« Mais bon évidemment si il fallait filmer un accouchement entier pendant une série ou un film, le film durerait je sais pas combien de temps.... » (E16)*.

Une seule femme a l'impression que les émissions type Baby-Boom **reflètent assez bien** la réalité (E3).

3. Accouchement et risque perçu

3.1 Sécurité perçue

L'accompagnement et le **soutien** sont des éléments très importants.

- La présence du **conjoint** qui va rassurer, accompagner et soutenir : « *Savoir que mon copain sera près de moi déjà. En fait ça pour moi c'est déjà une sécurité parce que je sais que je ne suis pas seule* » (E2). La sécurité psychologique est importante : « *Pour moi la sécurité c'est plutôt d'avoir quelqu'un avec moi qui va me parler et qui va me rassurer* » (E2).
- La présence de l'**équipe** qui va rassurer, guider : « *J'ai besoin d'être guidée et d'être rassurée dans le fait que ...je fais correctement [...] c'est pas le fait d'avoir un médicament dans le corps, c'est pas le fait de....non c'est vraiment d'avoir une présence rassurante* » (E12), mais également encourager et soutenir, avec bienveillance : « *Une sage-femme qui est douce, qui m'aide dans mon travail, qui trouve les mots pour m'encourager dans ce travail qui sera pas facile* » (E16).

Le **cadre** est également très important pour le sentiment de sécurité.

- Pour certaines le cadre **hospitalier** est rassurant (permettant d'intervenir si nécessaire), ainsi que le fait d'être bien suivie.
« *D'avoir des médecins entre guillemets sous la main si jamais il y a quoi que ce soit ils sont prêts à intervenir [...] J'avais besoin de me rassurer et de me dire qu'elle serait prise directement en charge si il y avait quoi que ce soit* » (E3)
« *Un passage régulier de la sage-femme et du gynéco. Voilà. D'être bien monitorée quoi* » (E8)
Néanmoins, deux femmes soulignent que cela pourrait avoir un effet contraire, notamment amener du stress : « *La sécurité pour moi c'est pas un monitoring et des choses ainsi parce que moi ça aurait tendance à me stresser justement [...] si ça vient à faire des bip bip qu'il ne faut pas ben je suis vraiment du genre à avoir tendance à paniquer donc j'ai peur qu'il y ait des problèmes justement et j'ai peur que le fait de me fixer là-dessus, parce que j'ai pas envie justement de me fixer sur un monito* » (E2), ou encore amener de la médicalisation non essentielle : « *A contrario c'est ce qui me fait peur aussi, et que du coup tout soit médicalisé et qu'on en oublie le fait que si ça se passe bien il n'y a pas besoin de brusquer les choses quoi* » (E3).
- D'autres insistent sur un cadre **chaleureux**, confortable et serein : « *Un bain, un ballon, il y avait des lits ronds, fin plein de trucs quoi [...] quand je vois les salles d'accouchement ou je vais accoucher je me dis on peut que se sentir bien là car ça a l'air assez confortable* » (E10), « *Lumières tamisées* » (E11), « *Qu'on me donne l'opportunité de, d'avoir ce qui pourrait me relaxer. Si c'est un ballon... fin voilà tout ce genre de choses quoi. Donner accès à du matériel et à des ressources* » (E14). Certaines vont plus loin en précisant que cela comprend également un respect de l'intimité et un nombre limité d'intervenants.

- Un cadre **connu** : certaines mentionnent le fait qu'être accouché par sa gynécologue qu'elles connaissent bien est rassurant.

« Je pense que si c'était pas elle le jour de l'accouchement je me sentirais un peu moins à l'aise en fait. C'est la peur de l'inconnu, du coup le fait d'avoir des gens qu'on a déjà vu c'est rassurant »

(E17)

Une certaine **considération** de la part de l'équipe revient également. En effet, le respect et la communication sont importants. Cette communication va dans les deux sens : une communication des attentes pour la femme enceinte, et une écoute et des explications de la part de l'équipe.

« C'est un moment que j'ai jamais vécu donc je pense que je serai stressée le jour même et donc d'avoir des bonnes explications et un bon suivi [...] si j'ai des besoins, ça soit écouté etc. » (E6)

« Expliquer aussi on est obligé de vous perfuser ou quelque chose mais c'est expliquer étape par étape. Prenez 5 minutes pour m'expliquer pourquoi on fait ça [...] en quoi ça consiste, pourquoi on met ça, quel effet secondaire ça va avoir sur moi ou sur mon petit » (E9)

« Le fait de voilà, si... de me sentir respectée même dans leurs actes médicaux. Du style si il faut vraiment une épisiotomie qu'on me le dise et qu'on me prévienne avant [...] Avoir parlé de mon projet de naissance en amont avec le personnel soignant » (E11)

Le fait d'avoir réalisé une **préparation préalable** permet également de sécuriser certaines femmes.

« Si je m'étais pas mise dans toute cette préparation avant avec ma sage-femme, avec les cours de sport et tout, ben j'aurais été beaucoup plus stressée par avance en fait, j'aurais probablement paniqué ne sachant pas quoi faire et donc ici ça j'aborde de manière un peu plus sereine à l'avance [...]ça déstresse déjà un petit peu plus et donc je pense qu'une préparation me semble très bénéfique personnellement » (E12)

Pour une des futures mamans, se sentir en sécurité comprend également le fait que le processus se déroule **sans complications**.

« Qu'il n'y ait pas de complications dans le sens ou on ne doit pas m'injecter plein de substances et monitorer pendant trop longtemps, quelque chose comme ça. Eviter quand même de devoir prendre des substances qui seraient traumatisantes peut être pour le petit ou pour moi » (E15)

3.2 Risque perçu

La majorité des futures mamans mettent un **risque inférieur ou égal à 4 sur 10**¹⁴ concernant l'accouchement d'une grossesse à bas risque (moyenne 1,9). Elles disent considérer l'accouchement comme **peu risqué**, mais restent conscientes que le risque zéro n'existe pas.

« Je pense qu'il y a toujours ces petits risques là mais que ça reste quand même faible. Pour moi 3 sur 10 ça reste faible. Mais ça reste quand même quelque chose de pas rien. Pour moi un accouchement ça reste une sacré étape » (E3)

« Pour moi il y a très peu de risques de complications à l'accouchement, en tout cas de nos jours [...] Il y a toujours une chance, un risque. Je pourrais pas mettre 0 parce que pour moi ce serait juste un idéalisme. Le risque 0 n'existe pas » (E9)

« A priori un accouchement normal qui a pas eu de complications pendant la grossesse il y a pas vraiment de souci....ouais peut être 1 ou 2 parce que on ne sait jamais, il pourrait y avoir une hémorragie, une connerie, un gros déchirement ou je sais pas » (E12)

« Je pense que la plupart des accouchements se passent bien mais qu'on n'est pas à l'abri de quelque chose » (E18)

Elles évoquent le fait que l'accouchement est quelque chose de **naturel** et qu'une grande majorité des femmes sont passées par là avant.

« C'est naturel au final et que voilà. Y a plein de femmes qui ont accouché et c'est rare quand il y a vraiment des grosses complications pour la maman ou pour bébé » (E2)

« Pour moi c'est pas risqué c'est tout à fait naturel quoi » (E6)

« Je me dis que les femmes ont de tout temps accouché, et leur corps est fait pour » (E9)

« C'est naturel quoi. Donc oui la médecine est là quand il y a des soucis, c'est juste qu'on a un peu trop médicalisé quelque chose qui est naturel » (E11)

« Je pense pas qu'il y ait beaucoup de risque parce que justement sauf dans certains cas le ... je veux dire c'est vraiment le naturel, l'enfant il va sortir et apparemment c'est assez instinctif la maman qui pousse et qui souffle donc je pense vraiment à ça pour dire naturellement » (E17)

Certaines mentionnent la diminution des risques grâce au **milieu hospitalier**.

« Il y a toujours un petit risque. Voilà heuu mais je pense que aujourd'hui les mamans sont quand même bien encadrées et que ça va quoi [...] je me dis, je vais pas mourir en couches » (E5)

« Pour moi le fait de le faire à l'hôpital, ça diminue le risque et d'être entourée par les médecins, les sages-femmes et tout ce qui s'en suit diminue le risque encore un peu » (E9)

¹⁴ Sur une échelle de risque estimé, allant de 0 à 10.

Les **principaux risques** envisagés¹⁵ sont : une infection, une instrumentation, une cirulaire, une hémorragie, une détresse respiratoire et une réanimation du bébé, une dystocie mécanique, une césarienne urgence, un décès, un problème de santé chez le bébé, une souffrance et fatigue fœtale, des déchirures et dommages périnéaux. Certaines n'y ont pas trop pensé ou ne savent pas trop.

« Pour moi c'est vraiment les trois trucs qui me viennent en tête mais il y a sûrement plein d'autres risques que je ne connais pas...J'ai pas envie de trop me stresser non plus avec toutes les éventualités possibles. Mais voilà ce sont les premiers trucs qui me viennent en tête » (E16)

Ces risques viennent principalement de l'entourage mais également des médias (films, témoignages vidéos,...) et plus rarement dans le cadre de leur formation ou de lectures. Une femme ne sait pas d'où cela lui vient.

Trois futures mamans estiment un **risque supérieur ou égal à 5 sur 10** (moyenne 5,7).

« On sait pas faire face à l'imprévu en fait. Même si ça doit bien se passer, que tout... c'est plus par rapport à l'imprévu » (E10)

« C'est un peu contradictoire par rapport à ce que je pense de l'accouchement, mais je pense que je mettrais quand même 5 [...] je pense que c'est quand même vachement risqué [...] c'est pas rien, il y a des risques d'hémorragie, il y a des risques de complications heuuu donc ouais je pense qu'il y a quand même vachement de risques en fait » (E14)

« Dans mon esprit il y a quand même dans des périodes antérieures ou dans des autres parties du monde il y a quand même des décès pendant l'accouchement de la mère ou de l'enfant ou des 2 » (E15)

Les **principaux risques** envisagés sont : un décès, de la douleur, une césarienne, une hémorragie, une souffrance fœtale, une instrumentation et une blessure du bébé, une détresse respiratoire, une mauvaise position du bébé, une cirulaire. Ces risques viennent principalement de l'entourage et des médias.

¹⁵ Exprimés en termes professionnels et non avec les mots des participantes

Nous pouvons détailler ces données en 3 catégories :

	Score de risque peu élevé (de 0 à 2 sur 10)	Score de risque modéré (de 2,1 à 4)	Score de risque élevé (de 4,1 à 10)
Nombre de femmes	10 femmes	5 femmes	3 femmes
Sources des risques imaginés	L'entourage prédomine, les médias (films, séries, témoignages) sont peu présents	L'entourage et les médias (scénarios catastrophes dans les films, reportages) sont cités à part égale	L'entourage est omniprésent. Les médias (émissions hospitalières et témoignages vidéos) sont très présents (2/3)
Remarques	7 femmes sur 10 ont réalisé une préparation à la naissance	3 femmes sur 5 ont réalisé une préparation à la naissance	Aucune n'a déjà réalisé une préparation à la naissance

Discussion

La discussion va nous permettre de donner du sens à nos résultats et dès lors de pouvoir formuler une réponse nuancée à notre question de recherche qui est « *Quelle est l'influence des médias visuels sur la perception des risques des primigestes concernant le travail et l'accouchement à bas risque en milieu hospitalier belge francophone?* ». Elle va également nous permettre de présenter les limites de notre travail.

1. Réflexions sur l'influence des médias concernant la perception des risques des participantes

Afin de synthétiser nos résultats, nous pouvons émettre le fait que les médias visuels semblent avoir une **faible influence** concernant la perception des risques des femmes enceintes de notre échantillon.

Tout d'abord du fait que toutes les femmes de notre échantillon ont déjà vu des séquences de travail et d'accouchement dans les médias, mais la majorité de ces femmes, même si elles surestiment légèrement les risques, déclarent considérer l'accouchement comme **peu risqué**. Elles sont conscientes que le risque zéro n'existe pas mais estiment que la plupart des accouchements se passent bien. Pour elles, l'accouchement est quelque chose de naturel et la plupart des femmes sont passées par cette étape. Le fait d'être en milieu hospitalier permet également de diminuer les risques. Cette constatation va à l'encontre de notre cadre théorique qui relevait qu'une grande majorité de femmes enceintes a une représentation de l'accouchement comme quelque chose de risqué (Darra, 2009 & Lothian, 2012). En effet, lorsque les femmes interrogées font part de leur représentation d'un travail et d'un accouchement normal, elles **évoquent peu souvent** spontanément **une notion de risque ou de complication**. La plupart des futures mamans s'imaginent un processus plutôt **naturel**. La notion de douleur quant à elle revient systématiquement. Malgré cette douleur, pour elles la nature est bien faite, et les femmes sont capables d'accoucher puisqu'elles l'ont toujours fait. C'est en quelque sorte instinctif. Le lâcher-prise semble une notion importante. En continuité avec cette vision, même si elles envisagent parfois la péridurale, certaines souhaitent que les interventions se limitent au strict nécessaire, afin notamment de ne pas perturber le processus. En effet, il a été observé que lorsque l'accouchement n'est pas perturbé, la femme secrète des

quantités importantes d'ocytocine (Braun & Lalman, 2014). La tendance à la surmédicalisation en milieu hospitalier a été évoquée. Néanmoins, d'autres ne sont simplement pas contre les interventions effectuées durant le travail et estiment que si elles sont utilisées c'est qu'il y en a besoin ou que cela peut constituer une aide. La confiance en leur gynécologue ainsi qu'au personnel médical est évoquée à plusieurs reprises. D'autre part, elles souhaitent également garder un rôle actif, tant physiquement (être mobile) que psychologiquement (collaboration, participation et communication avec l'équipe soignante). Une étude réalisée aux Etats-Unis sur le vécu de l'accouchement chez des femmes primipares, a montré que le fait de garder un certain contrôle et de pouvoir participer aux décisions sont des éléments significativement très importants pour un vécu positif du travail et de l'accouchement. Selon les auteurs ces résultats sont en lien avec d'autres études réalisées récemment (Fair & Morrison, 2012). L'envie d'être dans leur bulle avec leur conjoint est également fort présente.

En outre, la majorité des futures mamans interrogées ne semblent pas être influencées de façon générale par les médias visuels. Plusieurs observations conjointes nous permettent d'arriver à cette constatation.

- ✓ Premièrement, elles **ne semblent pas garder en mémoire spécifiquement certaines séquences** des médias mais semblent plutôt se remémorer un déroulé global : en effet, elles disent garder peu de souvenirs de séquences, ou en tout cas mentionnent ne pas avoir été marquées par des séquences vues. Dans les films et séries elles gardent une image d'un moment intense et urgent mais où tout se passe bien, tandis que celles qui ont regardé les émissions « spéciales accouchements » type Baby-Boom en retiennent plutôt une médicalisation de la naissance associée à une passivité de la femme enceinte. Elles mentionnent très peu souvent des complications vues. Il est très important de souligner que beaucoup de femmes interrogées n'ont pas regardé ou **évitent** ce genre d'émissions depuis leur grossesse, afin de ne pas provoquer de stress et de peur.
- ✓ Deuxièmement, elles déclarent pour la plupart que les médias n'ont **pas eu d'influence sur leur ressenti** concernant leur accouchement futur. Sur le moment même, regarder ces séquences en étant enceinte semble provoquer des émotions plus vives : les femmes sont souvent émues, touchées ou interpellées. Les émissions « spéciales accouchements » apportent quant à elles des émotions plutôt négatives : peur, stress et choc. Néanmoins, pour la plupart, cela ne semble pas avoir d'influence sur leur ressenti futur. Plusieurs raisons interviennent : le fait de faire abstraction des médias vus (ne pas y penser ou encore

de les éviter), le fait de ne pas s'identifier (en évoquant le fait que chaque femme est unique) ou encore le fait de s'auto-rassurer (notamment à l'aide d'informations et de recherches). En effet, la plupart sont sereines, voire parfois impatientes lorsqu'elles s'imaginent leur accouchement : elles semblent beaucoup s'auto-rassurer ou encore éviter de penser aux complications. Elles envisagent parfois l'accouchement avec une certaine fatalité.

Pour l'une ou l'autre d'entre elles, ces séquences ont quand même influencé leur niveau de stress concernant leur accouchement futur. Le stress est effectivement présent chez certaines futures mamans pour une raison principale qui est l'inconnu. Elles se questionnent concernant le déroulement de l'accouchement, le niveau de douleur et leur réaction face à cette douleur, ou encore l'imprévu et les complications possibles. De façon isolée elles ont parfois peur de ne pas arriver à temps à l'hôpital ou encore de ne pas être performante.

- ✓ De plus, elles évoquent le fait que les médias n'ont **pas ou plus d'influence actuellement sur leur vision personnelle** du travail et de l'accouchement. Plusieurs raisons font qu'elles ne préfèrent pas se baser sur ce qu'elles peuvent voir dans les médias. Ces raisons sont fortement liées à des informations reçues (entourage et professionnels) mais également à une réflexion personnelle. Tout d'abord, pour elles l'accouchement est une expérience unique et personnelle : chaque accouchement est différent et chaque femme est différente, ce qui fait qu'elles ne s'identifient pas forcément aux parturientes vues dans les médias. Ensuite, elles réalisent que ce qu'elles voient ne représente pas forcément la réalité. Plus rarement, les médias ont eu une influence sur la vision : une influence positive pour certaines car les médias ont permis un apport d'informations ou un déclic (savoir ce qu'elles souhaitaient et ne souhaitaient pas), mais une influence négative pour une des femmes car les médias lui ont fait découvrir des complications encore inconnues pour elle. Selon Hundley et al. (2015), les représentations de la naissance dans les médias sont filtrées par la femme enceinte en employant ses connaissances et ses expériences, dont les interactions avec sa sage-femme, ses amis et sa famille.
- ✓ Pour terminer, elles estiment que les séquences que l'on peut voir dans les films, séries et émissions ne **reflètent pas la réalité**. Pour elles, l'exagération est très présente : les médias axent principalement leurs images sur le sensationnel, les épisodes dramatiques ou encore le négatif. Pour beaucoup l'idéalisation est également un élément important : les accouchements montrés dans les films et séries sont souvent très courts et sans

complications. Pour certaines les séquences ne sont pas très représentatives : soit elles ne montrent pas tout (très peu d'images) soit une seule réalité est montrée (toujours la même forme d'accouchement par exemple). En effet, notre cadre théorique a montré que les images vues ne sont pas une représentation fidèle de la plupart des accouchements (Luce et al., 2016).

Néanmoins il est important de ne pas omettre que certaines femmes de notre échantillon surestiment modérément voire fortement les risques. Il nous est difficile de pouvoir réellement tirer des conclusions et faire des analyses précises vu le peu de femmes ayant cette perception risquée. De plus, les facteurs influençant la perception des risques étant multiples (entourage, médias, connaissances personnelles, lectures, caractéristiques personnelles,...) il est difficile avec une étude qualitative de pouvoir évaluer plus précisément l'impact des médias visuels. Tout de même, nous avons pu observer une certaine tendance : plus la perception des risques des femmes est élevée, plus les médias semblent avoir une influence. En effet, lorsqu'elles doivent imaginer des risques, elles en citent certains, et disent en avoir parfois entendu parler via les médias. Plus leur perception des risques est élevée, plus elles citent les médias comme source de prise de connaissance du risque. Certains risques cités leur viennent donc des médias et cela a pu contribuer à majorer leur perception. De plus, dans cette catégorie de perception risquée, les femmes n'ont pas regardé ou évitent toutes l'émission Baby-Boom, afin d'éviter de stresser. De par notre analyse, nous pensons qu'un facteur a pu jouer un rôle dans la perception des risques des femmes et leur rapport aux médias : nous pouvons observer que plus les femmes ont une perception du risque élevé moins elles ont fait de **préparation à la naissance**¹⁶. De plus, au fil des entretiens, lorsque nous abordons le sujet de leurs connaissances à propos du travail et de l'accouchement, nous pouvons relever le fait qu'avoir réalisé une préparation à la naissance, pour les femmes l'ayant déjà faite, a semblé être bénéfique. Les futures mamans évoquent le fait que cette préparation, faite par une kinésithérapeute ou une sage-femme, leur a beaucoup apporté. Une étude réalisée en Australie (Grimes, Forster & Newton, 2014) a montré que les femmes ayant eu un suivi par une sage-femme décrivent les discussions avec celle-ci comme leur source d'information la plus utile. De façon générale, les **informations et ressources**, acquises par une préparation à la naissance ou bien par des recherches personnelles, reviennent à plusieurs moments lors des entretiens. Pour certaines, cela a un impact sur leur ressenti, car les informations et ressources les aident à

¹⁶ La majorité des femmes interrogées n'ayant pas fait de préparation à la naissance n'en ont pas encore eu l'occasion, mais souhaitent en faire par la suite.

imaginer l'accouchement sereinement ou encore les ont rassurées. Nous avons pu remarquer que le fait d'avoir réalisé une préparation préalable pour certaines femmes augmente leur sécurité perçue lorsqu'elles s'imaginent leur accouchement futur. Les informations reçues les aident également à percevoir la limite entre réalité et fiction dans les médias visuels. En effet, certaines futures mamans évoquent que les informations reçues leur ont permis de se rendre compte que ce qu'elles avaient vu dans les médias était exagéré ou encore idéalisé, et que cela ne se passe pas forcément comme cela dans la réalité.

En sachant cela, conseiller une préparation à la naissance aux femmes enceintes semblerait être une bonne chose. De plus, ayant observé que plus la perception des risques des femmes est élevée, plus les médias semblent avoir une influence, il pourrait être intéressant d'aborder la question des médias visuels chez les femmes percevant l'accouchement comme risqué. La personne réalisant la préparation peut questionner les femmes enceintes afin de voir ce qu'elles retiennent de ces sources et quel crédit elles y accordent. Cela permettrait de discuter de leurs représentations autour de l'accouchement, d'aborder leurs peurs et de travailler leurs fausses croyances pouvant être issues des médias. Nous pouvons retrouver ces suggestions dans la littérature sur le sujet. Maclean (2014) émet le fait que lors des rendez-vous anténataux, il serait intéressant de demander à la patiente ce qu'elle a pu voir ou entendre sur la naissance dans les médias. Cette suggestion est également faite par le NICE (2008) : les patientes devraient être questionnées sur ce qu'elles ont pu voir et entendre sur la naissance, afin par exemple d'engager la discussion à propos de la naissance ou encore de la démystifier (as cited in MacLean, 2014). En éducation pour la santé / éducation thérapeutique, il est très important de partir des connaissances et représentations des personnes, ainsi que d'ancrer les échanges dans leur réalité. La participation et la mise en réflexion des personnes visées ont une grande importance (Aujoulat 2018 et Aujoulat, 2019).

2. Réflexions globales sur la perception des risques des participantes

Au terme de l'analyse, nous pouvons émettre certaines réflexions que nous avons eues concernant la perception des risques des futures mamans que nous avons interrogées.

Tout d'abord, la perception des risques des femmes est multifactorielle. Cependant, il semblerait que l'**entourage** ait plus de poids dans la perception des risques des femmes interrogées que les médias. Les risques qu'elles citent proviennent majoritairement d'histoires ou d'expériences entendues de bouche à oreille dans leur entourage. Cela rejoint également le fait que lorsqu'elles parlent de leurs sources de connaissances concernant le travail et l'accouchement, on retrouve majoritairement leur entourage (même si certaines évitent d'en parler avec ce dernier dans un but de ne pas se stresser).

Ensuite, nous avons remarqué que la majorité des femmes de notre échantillon avait une vision assez naturelle du travail et de l'accouchement. Nous émettons l'hypothèse que deux changements assez récents concernant le domaine de la gynécologie-obstétrique ont pu impacter les perceptions récentes autour de l'accouchement

- ✓ Premièrement, nous avançons une possible **évolution assez récente des mentalités et de la perception concernant l'accouchement dans la société**. Récemment, le nombre de discours pour un retour vers la physiologie a augmenté. D'après Braun et Lalman (2014), les premières critiques sont apparues dans les années 1970. Le docteur Leboyer¹⁷ a notamment émis des propos qui ont bousculé le discours dominant de l'époque. Il s'est intéressé principalement à l'enfant qui naît et sa souffrance. Il a émis des suggestions pour une naissance sans violence, notamment sur l'environnement du lieu d'accouchement : intimité, pénombre, silence, massages,... Des voix se sont élevées afin de dénoncer une perte de sens de la naissance, due à l'usage des pratiques médicales. Cela a conduit à la construction de nouvelles représentations concernant la naissance, qui s'opposent au système biomédical. L'humanisation de la naissance se poursuit avec le docteur Odent¹⁸, qui met en avant l'importance du respect de la physiologie, et se montre opposé à l'augmentation récente des techniques médicales plutôt intrusives. Récemment, des contestations professionnelles et citoyennes se sont faites entendre concernant cette médicalisation importante de la naissance, jugée très

¹⁷ Gynécologue et obstétricien français. Auteur du livre « Pour une naissance sans violence », il a également donné son nom à une méthode d'accouchement douce, permettant d'éviter tout traumatisme inutile pour le nouveau-né, nommée « méthode Leboyer » (Babelio. (n.d.)).

¹⁸ Médecin.

intrusive dans le processus qu'est la naissance. Des mouvements se sont également créés, dont par exemple en Belgique francophone l'association Alter-NativeS début des années 2000, dont le but était d'apporter de l'information aux couples, leur permettre un partage d'expériences et lutter pour leurs droits. Une plateforme intitulée « Plateforme pour une naissance respectée » a également été lancée par des professionnels de la santé en 2014. Sur internet, nous pouvons retrouver de nombreux récits et témoignages de couples sur leur expérience de l'accouchement. Certains sites de témoignages permettent une sensibilisation à l'accouchement respecté (Braun & Lalman, 2014). D'après Chapiro (2012), de nombreux professionnels mais aussi citoyens ont permis entre autres de mettre en avant les implications de la surmédicalisation de la naissance et à ouvrir une réflexion sur le sujet, permettant une prise de conscience. Dès lors, certains lieux sont en évolution vers une prise en charge plus respectueuse des couples et de la physiologie de l'accouchement, notamment une plus grande liberté de positions et de mouvements pour la parturiente, mais également le développement de « salles natures » pour les couples en demande. Cette évolution de notre représentation concernant la naissance est en progression. De plus, depuis quelques années, le concept d'empowerment autour de la naissance a fait son chemin. L'empowerment est un « processus ou une approche qui vise à permettre aux individus, aux communautés, aux organisations d'avoir plus de pouvoir d'action et de décision, plus d'influence sur leur environnement et leur vie » (Cultures et santé asbl, 2009, p.3). Selon des femmes interviewées dans une étude Suisse (Gouilhers-Hertig, 2014), cette sensation d'empowerment et d'accomplissement personnel a un impact très positif sur leur estime et confiance en elles. Les patientes souhaitant le respect de leur besoins et de leur corps sont de plus en plus nombreuses (Braun & Lalman, 2014).

Encore plus récemment, des publications et témoignages de plus en plus nombreux sur le sujet des violences obstétricales ont pu amener les femmes à se questionner davantage. Une des futures mamans interrogées mentionne que des témoignages vus l'ont amenée à se questionner et à chercher des alternatives à l'accouchement en milieu hospitalier. En effet, ce sujet des violences obstétricales a été fort d'actualité et a été beaucoup relayé par les médias. Notamment, en lien avec la situation actuelle, cette question des pratiques hospitalières en maternité lors de l'épidémie de COVID-19 avec port du masque obligatoire et parfois interdiction de présence du conjoint. Il est possible que cela ait pu amener certaines femmes à vouloir se réapproprier davantage l'accouchement.

- ✓ Deuxièmement nous pouvons nous questionner sur un éventuel effet de la **féménisation de la médecine**. En effet, presque toutes les femmes interrogées parlent d'un professionnel féminin, que ce soit leur gynécologue ou leur sage-femme. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les patientes préfèrent se rendre chez un praticien du même sexe qu'elles lorsque cela concerne des examens intimes (Cousin & Schmid, 2010). Cependant, nous assistons à une féménisation importante de la profession médicale : en France, les femmes sont passées de 10% en 1962, à plus de la moitié en 2020. Quant à la spécialité gynécologie-obstétrique, elles sont passées de 60% en 2003, à 80% en 2010 (Hudry, 2011). En Belgique, si l'on analyse les statistiques concernant les médecins-assistants en gynécologie-obstétrique en 2016, 88% étaient des femmes et 12% étaient des hommes. Chez les médecins diplômés, plus on avance dans les tranches d'âges, plus on retrouve des professionnels de sexe masculin. Par exemple, dans la tranche « 30-35 ans », on retrouve 152 femmes et 32 hommes en droit de prêter, et dans la tranche « plus de 70 ans », on retrouve 36 femmes et 280 hommes en droit de prêter (Miermans & Durand, 2019). Or, dans la littérature, nous pouvons retrouver certaines caractéristiques propres aux professionnelles féminines. Par exemple, le temps passé par patiente qui est plus important chez les gynécologues féminines belges. En effet, elles ont tendance à se concentrer davantage sur le temps passé avec les patientes que sur les procédures chirurgicales (Delvigne, Becu, Van Wiemeersch, Bossens & Vandromme, 2018). Ou encore le fait que les médecins de sexe féminin ont un style de communication plus participatif et ont tendance à permettre plus facilement l'implication du patient dans leur discussion, par exemple en leur demandant leur avis. Leur accord avec le patient est plus facilement manifesté, de même que le fait d'exprimer des encouragements ou de le rassurer plus souvent. De plus, elles ont en général des comportements plus chaleureux (Cousin & Schmid, 2010). Néanmoins il n'existe pas de littérature concernant l'impact de la féménisation de la médecine sur les perceptions des femmes concernant l'accouchement.

Ensuite, certains facteurs sembleraient également jouer un rôle dans la perception des risques des femmes de notre échantillon : en effet, il semblerait qu'elles aient pour la plupart un niveau d'éducation élevé et une bonne littératie en santé. D'après le KCE (2019), la littératie en santé regroupe plusieurs compétences, et peut se définir de cette façon : « capacité à trouver, comprendre, évaluer et assimiler les informations relatives à sa santé, de manière à pouvoir ensuite, dans sa vie quotidienne, poser des choix et prendre des décisions pour maintenir ou

améliorer sa santé et sa qualité de vie » (Rondia, Adriaenssens, Van den Broucke & Kohn, 2019, p.2). Dans notre échantillon, nous pouvons voir que les futures mamans cherchent à s'informer, mais pensent à filtrer les informations, notamment sur internet. Certaines mentionnent spontanément le fait d'avoir un esprit critique. Le niveau d'éducation est un des déterminants de la littéracie en santé (Van den Broucke, 2018). En effet, des enquêtes ont montré qu'un faible niveau de littératie était souvent lié à un faible niveau d'éducation (Rondia et al., 2019).

Il semblerait également que les femmes interrogées aient une **auto-efficacité relativement élevée**. Un lien pourrait être établi entre auto-efficacité et perception des risques concernant l'accouchement. Dans notre revue de la littérature, l'étude de Regan et McElroy (2013) énonce que la perception du risque des primigestes provient de leurs croyances à propos de la capacité de leur corps à donner naissance. Dans la littérature, nous pouvons voir que l'auto-efficacité ou sentiment d'efficacité personnelle (concept d'Albert Bandura) « désigne les croyances des individus quant à leurs capacités à réaliser des performances particulières » (Rondier, 2004, p.475). L'auto-efficacité en termes d'accouchement est la confiance que l'on a dans la capacité de son corps à gérer la parturition (Vitek & Ward, 2019). « Les personnes avec une auto-efficacité élevée visualisent le succès, tandis que celles ayant une basse auto-efficacité visualisent plutôt l'échec et se concentrent sur les choses qui peuvent mal se passer [traduction libre] » (Salomonsson, Gullberg, Alehagen & Wijma, 2013, p.1). Nous pouvons voir que dans le cadre de notre recherche, les futures mamans évoquaient assez rarement ce qui pouvait mal se passer lorsqu'elles abordaient leur propre représentation du travail et de l'accouchement normal. Lorsque venait le moment d'aborder leur ressenti concernant leur accouchement futur, l'imprévu et les complications possibles sont revenus à plusieurs moments, mais la plupart des futures mamans se focalisaient très peu sur ces complications et risques, beaucoup d'entre elles mentionnant notamment le fait d'éviter d'y penser. Des études ont montré que les nullipares avec une croyance d'efficacité basse (confiance plus basse en leur capacité d'adopter des comportements aidants et utiles durant le travail et l'accouchement) étaient associées avec des niveaux supérieurs d'anxiété et de peur de l'accouchement (Salomonsson et al., 2013). Nous avons fortement retrouvé cet aspect exprimé chez une des femmes interrogées qui disait n'avoir jamais accouché et donc ne pas savoir si elle était compétente pour cela, ce qui engendrait de la peur chez elle, mais d'un autre côté elle disait savoir qu'elle était capable de le faire, ce qui faisait qu'elle essayait de rester sereine. On peut également faire un lien entre cette auto-efficacité et la capacité de la femme enceinte à faire ses propres choix. Par exemple, une femme enceinte ayant une basse auto-efficacité, construite suite à des expériences de prises

de décisions antérieures ayant abouti négativement, va avoir moins confiance en ses capacités de bien faire, et pourrait laisser toutes les décisions au personnel médical lors de son accouchement (Nolan, 2021).

Concernant les facteurs influençant l'auto-efficacité, la croyance d'efficacité des futures mamans de notre échantillon semble construite à partir d'une sorte d'apprentissage social : en effet, elles se réfèrent beaucoup aux nombreuses femmes passées avant elles qui ont réussi à accoucher sans problème, de façon générale ou bien parfois plus particulièrement des femmes de leur entourage qui leur ont raconté leur accouchement. Dans notre échantillon, l'entourage est la source de connaissances autour du travail et de l'accouchement qui arrive en premier lieu chez presque toutes les futures mamans. Selon Nolan (2021), ce facteur est très influent lorsqu'il s'agit de naissance. Les expériences des personnes proches vont indirectement avoir un impact dans l'auto-efficacité de la femme enceinte. De plus, il est important de souligner que dans notre échantillon, un grand nombre de futures mamans n'ont pas regardé ou évitent depuis qu'elles sont enceintes les émissions « spéciales accouchements », afin de ne pas provoquer de stress et de peur. En effet, selon Nolan (2021), la persuasion sociale via les médias peut influencer l'auto-efficacité des femmes. Si les médias affichent la naissance comme une expérience risquée et qui nécessite une assistance médicale spécialisée, cela peut diminuer la confiance des femmes en leur corps et leur auto-efficacité concernant l'accouchement. Il est important selon cette auteure de partager des histoires positives et des images de naissances où la femme donne naissance avec force et confiance sans interventions médicales afin de rivaliser avec les drames médicaux qui sont très présents dans les médias télévisés. Une des futures mamans interviewées émet le fait qu'elle a pu voir la série *Call The Midwife*, qu'elle a adoré car cela lui a donné une autre vision de l'accouchement, plus naturelle, moins médicalisée. En effet, cette série montre autre chose que le modèle médical (Luce et al., 2016).

Dès lors, lorsque l'on voit les bénéfices de l'auto-efficacité, il serait intéressant de renforcer celle des femmes enceintes, par exemple en rediscutant des expériences vécues par son entourage, ou encore en partageant des histoires positives de naissance. Donner des informations est un aspect très important dans l'auto-efficacité des femmes, car cela leur permet de comprendre ce qu'elles vivent. Mais il est important de les donner au moment opportun, c'est-à-dire quand les personnes en ont besoin et souhaitent cette information, et de partir de ce qu'elles connaissent sur le sujet visé. Il est important de les valoriser sur les connaissances déjà acquises, mais également de leur en apporter des nouvelles et de corriger les fausses croyances. Il est également important pour ces femmes de pratiques certaines

compétences telles que la respiration, le massage, les différentes positions, la relaxation, la visualisation (Nolan, 2021).

3. Limites et biais

Nous avons identifié certaines limites à notre travail, qui pourraient biaiser les résultats obtenus.

Pour commencer, nous estimons que la réalisation des entretiens en **distanciel** a pu constituer une limite. En effet, suite au contexte sanitaire dû au COVID 19, aucun entretien n'a été réalisé en rencontre face-à-face. Nous pensons que la durée des entretiens a pu être impactée et raccourcie, par manque de fluidité (parfois certaines coupures dues au réseau) ainsi que d'un cadre de confiance. Cela a peut-être pu également biaiser l'une ou l'autre réponse. Néanmoins, le fait de ne pas devoir nous déplacer nous a permis d'avoir un échantillon plus diversifié sur le plan géographique.

Ensuite, comme dans tout travail qualitatif, notre **subjectivité** en tant que chercheur nous a amenés à faire des choix lors de la collecte, du traitement et de l'analyse des données. Un travail de réflexivité préalable nous a permis de prendre conscience de nos motivations, opinions et a priori concernant le sujet, afin de ne pas les imposer et de rester le plus neutre possible lors des différentes phases du mémoire. Nous ne nous attendions notamment pas aux résultats obtenus suite aux entretiens. Malgré tout, notre regard professionnel de sage-femme nous a certainement inconsciemment amenés à réaliser certains choix plutôt que d'autres.

De plus, **sachant le sujet** de l'étude qui portait sur les médias visuels, cela pourrait avoir amené certaines femmes à parler des médias plus souvent qu'elles ne l'auraient voulu. Elles auraient peut-être moins pensé aux médias lors d'une étude sur une perception des risques plus générale.

Pour terminer, nous pouvons considérer un certain biais de sélection concernant l'échantillon. En effet ce dernier présente certaines caractéristiques qui font qu'il n'est pas vraiment représentatif de la population belge : les futures mamans interrogées présentent un **niveau d'éducation** très élevé. 72% des personnes de notre échantillon ont un diplôme de l'enseignement supérieur. Or en 2020, en Wallonie, seulement 35% des Wallons de 25 ans et plus avaient terminé des études supérieures. Plus spécifiquement, chez les femmes, 39%

avaient réalisé des études supérieures (Dujardin, 2021). Les femmes de notre échantillon sont également assez jeunes (leur âge moyen étant de 26 ans). Selon les chiffres belges récoltés par le CEpiP, l'âge moyen des femmes à l'accouchement en 2019 était de 30,5 ans. En Région Wallonne, il était de 28,7 ans pour les femmes primipares. Pour nous, la stratégie d'échantillonnage est en cause : la participation étant volontaire, on peut retrouver un profil similaire pour une grande partie des interviewées : des femmes éduquées, informées¹⁹ et voulant s'informer pour la plupart, et peu influencées par des sources telles que les médias (conscientes qu'il faut filtrer les informations,...). Ces caractéristiques peuvent dès lors biaiser les résultats. Nous avons atteint une saturation des données de ce type d'échantillon. Une nouvelle piste de recherche pourrait être d'investiguer l'influence des médias visuels dans un échantillon de femmes primigestes ayant un niveau d'éducation moins élevé.

Le but de l'analyse qualitative n'est pas que les résultats soient généralisables à toute la population, mais il est important de connaître les caractéristiques de l'échantillon afin de pouvoir éventuellement transférer les résultats à un échantillon et contexte semblable.

¹⁹ Presque toutes les femmes de plus de 30 semaines ont déjà commencé une préparation à la naissance, ce qui est plutôt rare.

Conclusion

Notre recherche avait pour objectif de se concentrer sur une question peu étudiée dans la littérature jusqu'à aujourd'hui. En effet, la littérature sur les représentations de la naissance dans les médias est relativement développée, mais peu d'études ont mesuré l'influence de ces représentations sur les femmes enceintes, et plus particulièrement sur les primigestes qui n'ont pas encore fait l'expérience personnelle d'un accouchement.

Suite à notre revue de la littérature, nous avons pour hypothèse que la représentation souvent sensationnelle, risquée et/ou médicalisée affichée dans les médias pouvait amener la femme enceinte à surestimer le risque encouru lors de l'accouchement. Cependant, au sein de notre échantillon, nous pouvons mettre en avant le fait que les médias visuels semblent avoir une faible influence concernant la perception des risques liés à l'accouchement. Il ressort des entretiens que la majorité des primigestes interrogées déclarent considérer l'accouchement comme peu risqué. Elles s'imaginent un processus plutôt naturel et ne sont pas en faveur d'une médicalisation importante. De plus, la plupart déclarent que les médias visuels n'ont pas eu d'influence sur leur ressenti concernant leur accouchement futur, ni sur leur vision de l'accouchement et estiment que les médias ne sont pas forcément un reflet de la réalité. La majorité des femmes évoquent ne pas garder spécifiquement en mémoire certaines séquences vues, et beaucoup n'ont pas regardé ou ont évité les émissions de télé-réalité autour de la naissance. De façon générale, l'entourage semble avoir plus de poids dans la perception des risques des femmes interrogées que les médias.

Peu de primigestes interrogées ont une haute perception des risques concernant l'accouchement, il nous est dès lors difficile de pouvoir en tirer des fortes conclusions. Toutefois une certaine tendance ressort de l'analyse. En effet, plus elles ont une perception des risques élevée, plus les médias semblent avoir une influence, et moins elles ont fait de préparation à la naissance. De façon générale, il semblerait utile de conseiller une préparation à la naissance aux primigestes. De par les informations et ressources reçues, celle-ci semble notamment avoir un certain impact positif sur la perception des risques des femmes. En tant que professionnels de la santé, lors de ces séances, il pourrait être intéressant d'aborder la question des médias visuels chez les femmes percevant l'accouchement comme risqué, afin de

discuter de leurs représentations, peurs et fausses croyances pouvant être issues des médias. Dans le cadre d'une étude future, il serait intéressant d'interroger des femmes ayant une haute perception des risques concernant l'accouchement afin d'en investiguer les tenants et les aboutissants.

Les résultats de cette étude ont tout de même certaines limites, principalement dues aux caractéristiques de l'échantillon. Les femmes interrogées ont en effet un niveau d'éducation assez élevé. Cet élément est à prendre en compte dans le cadre d'une intention de transférabilité des résultats de ce mémoire.

Bibliographie

- Arnal, M. (2016). Soulager les douleurs de femmes lors de l'accouchement : déviance et normalisation des émotions. *Genre, sexualité & société*, (16).
- Aujoulat, I. (2018). *WFSP 2109 : Promotion de la santé I* [PowerPoint slides]. Retrieved from Université Catholique de Louvain, master en sciences de la santé publique <https://moodleucl.uclouvain.be>
- Aujoulat, I. (2019). *WFSP 2106 : Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique* [PowerPoint slides]. Retrieved from Université catholique de Louvain, master en sciences de la santé publique <https://moodleucl.uclouvain.be>
- Aujoulat, I. (2019). *WFSP 2243 : Education thérapeutique du patient* [PowerPoint slides]. Retrieved from Université Catholique de Louvain, master en sciences de la santé publique <https://moodleucl.uclouvain.be>
- Babelio. (n.d.) *Frédéric Leboyer*. Retrieved from <https://www.babelio.com/auteur/Frederick-Leboyer/23999>
- Baud, O. (2008). Complications néonatales des extractions instrumentales. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 37(8), S260-S268.
- Benahmed, N., Devos, C., San Miguel, L, Vinck, I., Vankelst, L., Lauwerier, E., Verschueren, M., Obyn, C., Paulus, D., & Christiaens, W. (2014). Synthèse : l'organisation des soins après l'accouchement. *KCE report 232Bs*.
- Beucher, G. (2008). Complications maternelles des extractions instrumentales. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 37(8), S244-S259.
- Bick, D. (2010). Media portrayal of birth and the consequences of misinformation. *Midwifery*, 26(2), 147-148.
- Boie, S., Glavind, J., Velu, A. V., Mol, B. W. J., Uldbjerg, N., de Graaf, I., Bor, P., & Bakker, J. J. (2018). Discontinuation of intravenous oxytocin in the active phase of induced labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8).

- Bonnell Freindin, A. (2020, september 11). *Carrying risk in antiquity and the present*. Social Science Research Council. Consulté le 4 décembre 2020 sur <https://tif.ssrc.org/2020/09/11/carrying-risk-in-antiquity-and-the-present/>
- Braun, F, & Lalman, L. (2014). *Naissance respectée ? Naissance d'un mouvement*. CEFA asbl.
- CEpiP. (2020). *Historique et structure*. Retrieved from <https://cepip.be/structure.php?LG=FR>
- Chapoix, G. (2012). Entrer dans la danse ? Pour un autre accompagnement de la naissance. *Santé conjugée*, 62, 31-38.
- Chauvin, B., & Hermand, D. (2006). Influence des variables distales sur la perception des risques: une revue de la littérature de 1978 à 2005. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, 4(72), 65-83.
- Clavandier, G., & Charrier, P. (2015). La naissance en mutation, un enjeu pour la sociologie?. *Recherches familiales*, (1), 165-174.
- Cousin, G., & Schmid Mast, M. (2010). Les médecins hommes et femmes interagissent de manière différente avec leurs patients: Pourquoi s'en préoccuper?. *Revue médicale suisse*, 257(6), 1444-1447.
- Cultures&santé asbl. (2009). *Dossier thématique : l'empowerment*. En ligne sur www.cultures-sante.be
- Cummins, M. W. (2020). Miracles and home births: the importance of media representations of birth. *Critical Studies in Media Communication*, 37(1), 85-96.
- Darra, S. (2009). 'Normal', 'natural', 'good' or 'good-enough' birth: examining the concepts. *Nursing Inquiry*, 16(4), 297-305.
- Delvigne, A., Becu, L., van Wiemeersch, J., Bossens, M., & Vandromme, J. (2018). More women gynecologists in Belgium: assessment of changes in the workforce—a survey. *Archives of gynecology and obstetrics*, 298(6), 1139-1148.
- Dubé, E. (2008). *La perception des risques : aspects théoriques* [PowerPoint slides]. Retrieved from <http://www.inspq.qc.ca>

- Ducroux-Schouwey, C. (2010). *La médicalisation de l'accouchement provoque du « stress »*. Le Monde. Retrieved from https://www.lemonde.fr/societe/article/2010/11/05/une-securite-medicale-pendant-l'accouchement-ne-peut-se-faire-sans-securite-psychologique_1436149_3224.html
- Dujardin, C. (2021). *Niveau de diplôme de la population de 25 ans et plus*. Retrieved from <https://www.iweps.be/indicateur-statistique/niveau-de-diplome-de-population-de-25-ans-plus/>
- Einion, A-B. (2018). *Women need more freedom during labour, not a medicalised birth script to follow*. Retrieved from <https://theconversation.com/women-need-more-freedom-during-labour-not-a-medicalised-birth-script-to-follow-92079>
- Eutocie. (n.d.). In *Larousse*. Retrieved March 3, 2021 from <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/eutocie/31773>
- Fair, C. D., & Morrison, T. E. (2012). The relationship between prenatal control, expectations, experienced control, and birth satisfaction among primiparous women. *Midwifery*, 28(1), 39-44.
- Fenwick, J., Hauck, Y., Downie, J., & Butt, J. (2005). The childbirth expectations of a self-selected cohort of Western Australian women. *Midwifery*, 21(1), 23-35.
- Gibbins, J., & Thomson, A. M. (2001). Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*, 17(4), 302-313.
- Gouilhers-Hertig, S. (2014). Vers une culture du risque personnalisée: choisir d'accoucher à domicile ou en maison de naissance. *Socio-anthropologie*, (29), 101-119.
- Grimes, H. A., Forster, D. A., & Newton, M. S. (2014). Sources of information used by women during pregnancy to meet their information needs. *Midwifery*, 30(1), e26-e33.
- Hanslik, T., & Flahault, A. (2016). La surmédicalisation: quand trop de médecine nuit à la santé. *La Revue de Médecine Interne*, 37(3), 201-205.
- Haute Autorité de Santé. (2007). Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées : argumentaire. *Recommandations HAS*.

- Hidalgo, P. (2018). *A défaut de pouvoir décider, faut-il se contenter de se laisser accoucher ? Réflexions socio-politiques sur l'accouchement*. Retrieved from <https://www.kairospresse.be/article/a-defaut-de-pouvoir-decider-faut-il-se-contenter-de-se-laisser-accoucher/>
- Hudry, D. (2011). La femme: l'avenir de la gynécologie-obstétrique?. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 3(39), 185.
- Hundley, V., Van Teijlingen, E., & Luce, A. (2015). Do midwives need to be more media savvy?. *MIDIRS Midwifery Digest*, 25(1), 5-10.
- Jacques, B. (2007). *Sociologie de l'accouchement*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Lahaye, M.H. (2014, December 4). *Ces femmes passives qui sont accouchées* [Blog post]. Retrieved from <http://marieaccouchela.net/index.php/2014/12/04/ces-femmes-passives-qui-sont-accouchees/>
- Lahaye, M.H. (2015, March 18). *Le mythe de l'accouchement qui dérape en quelques secondes*. [Blog post]. Retrieved from <http://marieaccouchela.net/index.php/2015/03/18/le-mythe-de-laccouchement-qui-derape-en-quelques-secondes/>
- Lécossais, S., & Kunert, S. (2016). Corps maternant, corps enfantant, corps contraint. Représentations de la maternité dans l'émission Baby-Boom. *Eprouver le corps*, 163-176.
- Leroy, C., & Van Leeuw, V. (2020). *Santé périnatale en Wallonie – Année 2019*. Centre d'épidémiologie périnatale.
- Leroy, C., & Van Leeuw, V. (2020). *Santé périnatale en Région bruxelloise – Année 2019*. Centre d'épidémiologie périnatale.
- Loi relative aux droits du patient. (2002). *Moniteur belge*, 22 août, p.43719.
- Lothian, J. A. (2012). Risk, safety, and choice in childbirth. *The Journal of Perinatal Education*, 21(1), 45-47. doi : [10.1891/1058-1243.21.1.45](https://doi.org/10.1891/1058-1243.21.1.45)

- Luce, A., Cash, M., Hundley, V., Cheyne, H., Van Teijlingen, E., & Angell, C. (2016). "Is it realistic?" the portrayal of pregnancy and childbirth in the media. *BMC pregnancy and childbirth*, 16(1), 40.
- Maclean, E. (2014). What to expect when you're expecting? Representations of birth in British newspapers. *British Journal of Midwifery*, 22(8), 580-588.
- Mambourg, F., Gailly, J., & Zhang, W. H. (2010). Recommandation de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque. *KCE rapport*.
- Michel Odent. (n.d.). In *Wikipedia*. Retrieved November 11, 2020 from https://fr.wikipedia.org/wiki/Michel_Odent
- Miermans, P.J., & Durand, C. (2019). *Médecins spécialistes en Gynécologie-obstétrique sur le marché du travail, 2004-2016 : Résultats du couplage des données PlanCad SPF SPSCAE - Datawarehouse MT&PS - INAMI*. SPF santé publique.
- Morel, M. F. (2007). Histoire de la naissance en France. *ADSP Actualité Dossier en Santé Publique*, 61, 62, 22-28.
- Morris, T., & McInerney, K. (2010). Media representations of pregnancy and childbirth: An analysis of reality television programs in the United States. *Birth*, 37(2), 134-140.
- Mutuelle d'assurances du corps de santé français. (2017). *L'assurance des professionnels de santé aux Etats-Unis*. Retrieved from <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/Cadre-juridique/assurance-etats-unis-interview-brian-atkinson>
- Nolan, M. (2021). Self efficacy : what is it ? Why is it important? And what can we do about it? *AIMS Journal*, 33 (1). ISSN 2516-5852.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1997). Les soins liés à un accouchement normal: guide pratique [Brochure]. Genève: OMS.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2018). *Pour que l'accouchement soit une expérience positive, il est essentiel d'apporter des soins individualisés* [Communiqué de presse]. Retrieved from <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2018/positive-childbirth-experience/fr/>

- Organisation mondiale de la Santé. (2018). *Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement: transformer les soins des femmes et des nourrissons pour améliorer leur santé et leur bien-être: résumé* (No. WHO/RHR/18.12). Organisation mondiale de la Santé.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4^e éd.). Malakoff, France : Armand Colin.
- Phélip, O. (n.d.). *Qui était Laurence Pernoud ?* Retrieved from <https://www.laurencepernoud.com/qui-etait-laurence-pernoud.html#>
- Plateforme pour une naissance respectée. (2018). *Naissance et accouchement : informez-vous sur vos droits*. En ligne www.naisancerespectee.be
- Regan, M., & McElroy, K. (2013). Women's perceptions of childbirth risk and place of birth. *The Journal of Clinical Ethics*, 24(3), 239-252.
- Rink, L. (2012). *" Even More Scared": The Effects of Reality Childbirth Shows on Young Women's Perceptions of Birth* [Doctoral dissertation]. Retrieved from <https://www.lib.umich.edu/collections/deep-blue-repositories>
- Rivard, A. (2013). Le risque zéro lors de l'accouchement: genèse et conséquences dans la société québécoise d'un fantasme contemporain. *Globe: revue internationale d'études québécoises*, 16(2), 27-47.
- Rondia, K., Adriaenssens, Van den Broucke, S., & Kohn, L. (2019). Littératie en santé : quels enseignements tirer des expériences d'autres pays ? *KCE rapport 322Bs*.
- Rondier, M. (2004). A. Bandura. Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle. *L'orientation scolaire et professionnelle*, (33/3), 475-476.
- Salomonsson, B., Gullberg, M. T., Alehagen, S., & Wijma, K. (2013). Self-efficacy beliefs and fear of childbirth in nulliparous women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 34(3), 116-121.
- Statbel. (2019). *Mortalité maternelle*. Retrieved from <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/mortalite-et-esperance-de-vie/mortalite-maternelle#news>

- Szejer, M. (2006). Pour une médicalisation raisonnée de la maternité : protéger l'environnement de la naissance. *Informations sociales*, (4), 54-63.
- Thoumsin, H., & Emonts, P. (2007). Accoucher et naître: de jadis à aujourd'hui. *Revue médicale de Liège*, 62(10), 616-23.
- UZ Brussel clinique de la fertilité CRG. (n.d.). *Trajet de soins pour les femmes qui ont des difficultés à tomber enceintes*. Retrieved from <http://www.brusselsivf.be/quel-est-le-risque-de-fausse-couche-?doscroll=true#L4-6898>
- Van den Broucke, S. (2018). *WFSP 2241 : Comportements et compétences de santé : La littéracie en santé* [PowerPoint slides]. Retrieved from Université Catholique de Louvain, master en sciences de la santé publique <https://moodleucl.uclouvain.be>
- VandeVusse, A., & VandeVusse, L. (2008). Reality Television as a Source of information about birth: the messages and their implications. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 53(5), 482. DOI:10.1016/j.jmwh.2008.05.016
- Vitek, K., & Ward, L. M. (2019). Risky, dramatic, and unrealistic: reality television portrayals of pregnancy and childbirth and their effects on women's fear and self-efficacy. *Health communication*, 34(11), 1289-1295. DOI: 10.1080/10410236.2018.1481708
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience*. Retrieved from <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

Bonjour Madame, je m'appelle Manon Biver, et je réalise un master en Santé Publique à l'Université Catholique de Louvain. C'est dans le cadre de mon mémoire que je réalise cet entretien avec vous aujourd'hui. J'ai pour objectif d'analyser les perceptions autour de l'accouchement et leur lien avec les médias visuels (cinéma, télévision, vidéo, ordinateur,...). Les questions que je vais vous poser seront donc relatives aux médias et à votre perception sur le travail et l'accouchement.

Notre entretien sera enregistré, avec votre accord, afin de permettre une analyse précise des données par la suite. Cet enregistrement ne sera accessible qu'à moi-même et votre nom n'apparaîtra pas dans mon mémoire. De plus vous pourrez stopper l'enregistrement à tout moment si vous le souhaitez. Etes-vous d'accord que cet entretien soit enregistré ?

On considère pour toutes les questions relatives à l'accouchement une grossesse sans complication.

Si vous ne comprenez pas une question, il ne faut pas hésiter à me le dire.

Avez-vous des questions avant de commencer ? Etes-vous toujours d'accord de participer ?

Vous avez reçu le formulaire de consentement que vous pouvez signer si vous confirmez votre souhait de participer. Vous y trouverez également mes coordonnées.

Représentation du travail et de l'accouchement normal

Comment vous représentez-vous un travail et un accouchement **normal** ?

- *Relance : Comment imaginez-vous leur déroulement ? Processus plutôt naturel ou médicalisé ?*
- *Relance : Que pensez-vous des interventions médicales ?*

D'où viennent les **connaissances** que vous avez à propos du travail et de l'accouchement ?

- *Relance : Quelles autres sources de connaissances pouvez-vous me citer ? (entourage, professionnels,...). Comptez-vous faire de la préparation à la naissance par la suite ?*

Médias et vision de l'accouchement

Avez-vous déjà vu des **séquences** de travail/ d'accouchement dans des émissions, films, séries ou vidéos ? Si oui, pouvez-vous en citer unes ?

- *Relance : De façon générale, qu'en avez-vous retenu sur le déroulement du travail et de l'accouchement ?*

Qu'avez-vous **ressenti** lors de ces séquences ? Expliquez-moi.

Et cela influence-t-il le ressenti pour votre accouchement futur ?

- *Relance : Dans quel sens : rassurée ? Ou angoissée ?*
- *Relance : Quel ressenti avez-vous pour votre accouchement futur ?*

La vision de ses séquences a-t-elle modifié votre **façon de voir** l'accouchement ?

- *Relance : Si oui, de quelle façon ?*

Dans quelle mesure pensez-vous que ces séquences reflètent la **réalité** ?

- *Relance : pourquoi pensez-vous cela ?*

Accouchement et risque perçu

Que pouvez-vous citer ce qui fait qu'une naissance **se passe bien** ?

Si vous imaginez un accouchement en milieu **hospitalier**, qu'est ce qui selon vous apporte de la **sécurité** ?

- *Relance : qu'est-ce qui fait que vous vous sentiez en sécurité ?*

Sur une échelle de **0 à 10**, à quel niveau de **risque** associez-vous un accouchement normal? Sur quoi vous basez-vous pour dire cela ?

- *Relance : quels risques principaux imaginez-vous ? Comment avez-vous entendu parler de ces risques ?*

Pour terminer, selon vous, sur **100 femmes** habitant dans un petit village, devant **accoucher à la maison** à la suite d'une tempête de neige et n'ayant pas d'hôpital proche, combien ont des complications ? Et combien meurent à la fin ? Comment arrivez-vous à cette estimation / Qu'est-ce qui selon vous fait que cette situation est à risque ?



Informations complémentaires (en fin d'entretien si cela n'a pas été cité avant)

Parlez-moi un peu de vous :

- âge
- formation et emploi
- terme de grossesse et déroulement de la grossesse
- nationalité
- commune de résidence

Clôture : Merci pour votre temps et pour cet entretien. Est-ce que vous avez d'autres choses à partager/ des questions qui vous sont venues pendant l'entretien ?

Annexe 2 : Formulaire d'information et de consentement

 CEHF-FORM-129-1.0	Format DIC : ICF - étudiants et paramédicaux - Information au patient ou participant (+PACO CTC)	
		Commission d'éthique hospitalo-facultaire Date d'application : 18/11/2019

INFORMATION AU PARTICIPANT

L'influence des médias visuels sur la perception des risques des primigestes concernant le travail et l'accouchement à bas risque en milieu hospitalier belge

Vous êtes invitée à participer de façon volontaire à un entretien en lien avec un mémoire, réalisé dans le cadre d'un master en Santé Publique à l'UCLouvain. Avant d'accepter d'y participer, il est important de lire ce formulaire qui en décrit l'objectif et les modalités pratiques. Vous avez le droit de poser à tout moment des questions en rapport avec cette enquête.

Si vous êtes d'accord avec les modalités de cette enquête, votre signature est demandée en fin de document afin de confirmer votre participation.

Objectif et description de l'enquête

Il s'agit d'une enquête ayant lieu dans le cadre d'un Master en Santé Publique, et qui devrait inclure environ 15 participants, en Belgique. La durée totale de cette enquête est de 1 an, et prendra fin au plus tard en septembre 2021.

L'objectif de cette enquête consiste à analyser le lien entre les médias visuels (cinéma, télévision, vidéos et ordinateur) et le niveau de risque perçu par les femmes enceintes autour du travail et de l'accouchement.

L'intérêt pour le sujet vient du fait que la perception du risque qu'ont les femmes enceintes à propos du travail et de l'accouchement influencerait leurs décisions lors de la naissance. Or les médias véhiculent principalement une image de danger et de risque (hémorragie, instrumentation, mort,...) autour de la naissance. Les preuves de l'influence des médias sur les perceptions sont de faible qualité. Il est donc intéressant d'étudier l'influence que peuvent réellement avoir les médias sur les primigestes.

Si vous acceptez de participer à cette enquête, il vous sera demandé de participer à un entretien unique, réalisé en vidéo-conférence (selon les règles COVID en vigueur) via le logiciel « Teams » ou « Facetime » (à votre meilleure convenance), selon vos disponibilités.

Durant cet entretien, qui durera environ 30 minutes, des questions concernant les médias et votre perception du travail et de l'accouchement vous seront posées. Il sera enregistré, avec votre accord, afin d'augmenter la précision du travail d'analyse. L'enregistrement peut être stoppé à tout moment à votre demande.

Promoteur de l'enquête

Le promoteur de l'enquête est l'UCLouvain (faculté de Santé Publique).

Participation volontaire

Votre participation à cette enquête est entièrement volontaire et vous avez le droit de refuser d'y participer. Vous avez également le droit de vous retirer de l'enquête à tout moment, sans en préciser la raison, même après avoir signé le formulaire de consentement. Vous n'aurez pas à fournir de raison au retrait de votre consentement à participer ; toutefois, les données collectées jusqu'à l'arrêt de la participation à l'enquête font partie intégrante de celle-ci. Votre refus de participer à cette enquête n'entraînera pour vous aucune pénalité ni perte d'avantages.

Votre traitement médical ne sera pas affecté par votre décision. Votre médecin traitant sera averti de votre participation à l'enquête si vous le désirez.

Bénéfices et risques

Nous ne pouvons vous assurer que si vous acceptez de participer à cette enquête, vous tirerez personnellement un quelconque bénéfice direct de votre participation.

Cependant, les informations obtenues grâce à cette étude peuvent contribuer à une meilleure connaissance de l'influence des médias visuels sur les perceptions des femmes enceintes concernant le travail et l'accouchement à bas risque.

Il n'y a aucun risque de participation à cette enquête hormis une éventuelle rupture de confidentialité des données.

Assurance

Si vous ou vos ayants droit (famille) subissez un dommage lié à cette enquête, ce dommage sera indemnisé par le promoteur de l'étude conformément à la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine du 7 mai 2004. Vous ne devez prouver la faute de quiconque.

Noms et coordonnées de l'assureur : Ethias assurance (Rue des croisiers, 24, Liège).

Numéro de police : Police n° 45.399.955

Protection de la vie privée

Votre identité et votre participation à cette enquête demeureront strictement confidentielles. L'identification se fera à l'aide d'un numéro de code. Vous ne serez pas identifié(e) par votre nom ni d'aucune autre manière reconnaissable dans aucun des dossiers, résultats ou publications en rapport avec l'étude. La seule personne ayant accès à la signification de ces codes sera le chercheur principal. Les données seront conservées uniquement durant la durée du mémoire (ce mémoire est réalisé sur une année, les données seront donc conservées au plus tard jusque septembre 2021).

La protection des données personnelles est assurée par la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée et par les réglementations européennes (réglementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) et belges en vigueur. Ces droits sont également garantis par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

Selon le RGPD, vous disposez d'un droit de regard sur le traitement de vos données. Si vous avez des questions à ce sujet, vous pouvez contacter le responsable de la protection des données du centre d'étude à l'adresse suivante : privacy@uclouvain.be

En cas de plainte concernant le mode de traitement de vos données, vous pouvez contacter l'Autorité Belge de Protection des Données : Rue de la Presse 35 - 1000 Bruxelles - Tél. : 02 274 48 00 - e-mail : contact@apd-eba.be

Comité d'éthique

Cette enquête est évaluée par un comité d'éthique indépendant, à savoir le Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCLouvain, qui a émis un avis favorable le 30 mars 2021.

Personnes à contacter si vous avez des questions à propos de l'enquête

Si vous estimez avoir subi un dommage lié à l'enquête ou si vous avez des questions, voulez donner un avis ou exprimer des craintes à propos de l'enquête ou à propos de vos droits en tant que patient participant à une étude clinique, maintenant, durant ou après votre participation, vous pouvez contacter :

Responsable de l'étude : D'HOORE William

Email : william.dhoore@uclouvain.be Téléphone : [+32 2 764 39 56](tel:+3227643956)

Pour la gestion des plaintes non résolues par l'investigateur, vous pouvez contacter comme médiateur le Comité d'Ethique :

E-mail : commission.ethique-saintluc@uclouvain.be Téléphone : 02/764.55.14

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE AU PARTICIPANT

1. Je soussigné(e) (NOM, Prénom(s)),
déclare avoir lu l'information qui précède et accepter de participer à l'enquête intitulée
« L'influence des médias visuels sur la perception des risques des primigestes concernant le travail
et l'accouchement à bas risque en milieu hospitalier belge »
2. On m'a remis une copie de ce formulaire de consentement éclairé signé et daté, ainsi que de la
note d'information destinée au participant. J'ai reçu une explication concernant la nature, le but, la
durée de l'enquête et j'ai été informé(e) de ce qu'on attend de ma part. On m'a donné le temps et
l'occasion de poser des questions sur l'enquête; toutes mes questions ont reçu une réponse
satisfaisante.
3. J'ai été informé(e) de l'existence d'une assurance.
4. Je sais que cette enquête a été soumise et approuvée par le Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire
Saint-Luc - UCLouvain.
5. Je suis libre de participer ou non, de même que d'arrêter l'enquête à tout moment sans qu'il soit
nécessaire de justifier ma décision et sans que cela n'entraîne le moindre désavantage.
6. En signant ce document, j'autorise l'utilisation des données me concernant dans le respect de
 - la loi belge du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée ;
 - la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient ;
 - la loi du 7 mai 2004 relative à l'expérimentation sur la personne humaine ;
 - les réglementations européennes (réglementation générale européenne sur la
protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) et belges en
vigueur.
7. Je n'ai subi aucune pression physique ni psychologique induite pour ma participation à l'enquête.
8. Je consens de mon plein gré à participer à cette enquête.

.....
Nom, prénom et Signature
de la participante

...../...../20.....
Date (jour/mois/année)

Je, soussigné, Mme/Mlle/M. (NOM, Prénoms) confirme que j'ai expliqué la nature,
le but et la durée de l'enquête à la participante mentionné(e) ci-dessus.

.....
Signature de la personne qui procure l'information

...../...../20.....
Date (jour/mois/année)

Annexe 3 : Accord du comité d'éthique

AVIS FAVORABLE DEFINITIF

Concerne : 2021/17FEV/077

N° Protocole : MASTER

Acronyme : n/a

Intitulé : L'influence des médias visuels sur la perception des risques des primigestes concernant le travail et l'accouchement à bas risque en Belgique

Cher Collègue,

Le Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCL a pris connaissance de l'étude susmentionnée. Nous avons examiné l'ensemble des documents concernant cette étude, y compris les documents modifiés suite aux remarques :

- Formulaire de soumission simplifiée, reçu le 17/02/2021
- Résumé, Version 1, reçue le 17/02/2021
- Protocole, Version 1, reçue le 17/02/2021
- Document d'information et de consentement participants, Version 2 datée du 16/03/2021
- CV datés et signés de l'investigateur principal et de l'étudiante, reçus le 17/02/2021
- Certificat d'assurance Ethias daté du 09/02/2021
- Questionnaire 1 RGPD, daté du 08/02/2021

En tant que comité d'éthique principal désigné par le promoteur (unique en Belgique), selon les directives de la loi du 07 mai 2004, nous donnons un avis favorable définitif à ce projet.

Nous rappelons à l'investigateur qu'il est personnellement responsable de cette étude et au promoteur qu'il est responsable de la conformité linguistique des formulaires d'information et de consentement.

Aucun participant ne peut être admis dans une expérimentation ou un essai clinique avant que le comité d'éthique (IRB/IEC) n'ait donné un avis écrit favorable au projet.

Aucune modification ni changement au protocole ne peut être mis en route sans l'approbation préalable écrite du comité d'éthique à l'amendement approprié excepté les situations prévues dans les bonnes pratiques cliniques (BPC/GCP).

Le comité d'éthique principal déclare qu'il procède selon les directives ICH/GCP, les lois et règlements applicables, et ses propres procédures écrites.

Le comité d'éthique principal déclare qu'aucun de ses membres ayant une affiliation avec l'étude ou le sponsor n'a voté pour cette étude.

Une liste des membres actuels est jointe en annexe.

Le comité d'éthique principal sera continuellement informé de tous les SUSAR et déviations liés à ce protocole et qui se sont produits en Belgique.

Le comité d'éthique sera également informé du statut de l'étude sur base continue (comme requis par les directives ICG-GCP 4.10.1).

Nous vous prions d'agréer, cher Collègue, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Po
Mme I. de HEMPTINNE
Membre CEHF

Pde P.eyout

Prof. J.-M. MALOJEAUX
Président