

**Tic-tac... Explorer les perceptions de femmes qui vivent un échec du déclenchement du
travail**

Par

Émilie S. Rioux

Faculté des Sciences infirmières, Université de Montréal

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de *Maître ès sciences* (M. Sc.)
en sciences infirmières option expertise-conseil

Août, 2020

© Émilie Rioux, 2020

Université de Montréal
Faculté des Sciences Infirmières

Ce mémoire intitulé

**Tic, tac...Explorer les perceptions de femmes qui vivent un échec du déclenchement du
travail**

Présenté par

Émilie Rioux

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Marjolaine Héon, Ph.D.

Présidente-rapporteuse

Marilyn Aita, Ph.D.

Directrice de recherche

Christine Genest, Ph.D.

Codirectrice de recherche

Anne-Marie Martinez, M.Sc.

Membre du jury

Résumé

Le déclenchement du travail est une procédure obstétricale qui consiste à provoquer le travail afin que la femme puisse vivre un accouchement vaginal dans les 24 à 48 heures suivant l'initiation de la procédure (Leduc et al., 2013). Cependant, le déclenchement du travail peut ne pas fonctionner entraînant la nécessité de procéder à un accouchement par césarienne après un travail d'une durée de plus de 24 heures. Cette étude qualitative visait à explorer l'expérience de femmes qui ont vécu un échec du déclenchement du travail résultant en une césarienne non planifiée. Cette étude a été menée auprès de 6 femmes durant leur séjour hospitalier post-partum. Les données ont été obtenues à l'aide d'un questionnaire sociodémographique, du dossier médical des participantes et d'un entretien semi-dirigé. Les entretiens semi-dirigés ont été enregistrés, avec l'accord des participantes, puis transcrits et analysés selon l'approche d'analyse thématique de Braun, Clarke, Hayfield et Terry (2019). Cinq thèmes et 12 sous-thèmes ont émergé de l'analyse thématique permettant de mieux saisir l'expérience des femmes vivant un échec du déclenchement du travail résultant en une césarienne. Les thèmes : *Les attentes envers l'expérience, Le soutien reçu, La qualité et quantité de l'information reçue* ainsi que *Le sentiment de contrôle envers l'expérience* semblent influencer la satisfaction ou l'insatisfaction de la participante envers son expérience et contribuent au thème global de *l'Expérience globale de l'échec du déclenchement du travail résultant en une césarienne*. Les infirmières ont un rôle important afin de communiquer l'information aux patientes et de les soutenir quant au déclenchement du travail leur permettant de mieux gérer leurs attentes et exercer le contrôle désiré envers leur expérience.

Mots-clés : accouchement, travail obstétrical, complications du travail obstétrical, accouchement provoqué, césarienne, recherche qualitative; soins infirmiers

Abstract

Induction of labor is an obstetric procedure which consists of inducing labor so that women can experience a vaginal birth within 24 to 48 hours after the initiation of the procedure (Leduc et al., 2013). The induction of labor may not work resulting in the need for a caesarean delivery after lasting more than 24 hours. This qualitative study aimed to explore the experience of women who had experienced labor induction failure resulting in an unplanned caesarean section. This study was conducted with 6 women in the postpartum unit during their hospitalisation. Data were collected from a socio-demographic questionnaire, the participants' medical chart as well as a semi-structured interview. After participants' consent, the semi-structured interviews were recorded, transcribed, then analysed using the Braun, Clarke, Hayfield and Terry (2019) thematic analysis approach. Five themes and 12 sub-themes emerged to better capture the experience of women experiencing labor induction failure resulting in a caesarean. Four themes: *Expectation of Labor and Delivery: Managing Expectations, Antepartum and Intrapartum Support Received, Comprehensive Information Needed, and Feeling in Control of the Experience* emerged as influencing the participant's satisfaction or dissatisfaction towards their *Global Experience of a Failed Induction of Labor Resulting in a Cesarean Section*. Nurses have a strategic role and are key support professionals in communicating information and supporting women during induction of labor, allowing them to better manage their expectations and have the desired level of control over their experience.

Keywords : delivery, obstetric; labor, obstetric; obstetric labor complications; labor, induced; cesarean section; qualitative research; nursing

Table des matières

Résumé.....	3
Abstract.....	4
Table des matières.....	5
Liste des tableaux.....	9
Liste des figures	10
Liste des sigles et abréviations.....	11
Remerciements.....	13
Chapitre 1 – Problématique	15
But de l'étude.....	23
Question de recherche.....	23
Chapitre 2 - Recension des écrits.....	24
Le modèle biopsychosocial de Stevens (2012).....	26
Définition, incidence et fréquence du déclenchement du travail.....	30
Indications du déclenchement du travail.....	31
Indications médicalement justifiées pour la santé fœtale	31
Indications médicalement justifiées pour la santé materno-fœtale	34
Indications médicalement justifiées pour la santé maternelle.....	35
Indications non médicalement justifiées : déclenchements d'opportunité ou de convenance.....	35
Indications non médicalement justifiées : Indications controversées	36
Méthodes de déclenchement du travail.....	37
Risques du déclenchement.....	39
L'échec du déclenchement du travail	40
Expérience du déclenchement du travail	41
La congruence entre le désir de contrôle et le contrôle perçu au moment de l'expérience du déclenchement du travail.....	41
La congruence entre les attentes de la mère et le déroulement du déclenchement du travail	44
La congruence entre les besoins de soutien et le soutien perçu de la femme vivant un déclenchement du travail et la qualité des soins	47
Les caractéristiques du travail et de l'accouchement lors d'un déclenchement du travail	50
Expérience de la césarienne d'urgence ou non planifiée	52

Rôle de l’infirmière dans la salle d’accouchement	55
Chapitre 3 – Méthodologie	59
Devis de recherche	60
Devis qualitatif exploratoire	60
Milieu de l’étude	61
Profil des participantes.....	62
Taille et stratégie d’échantillonnage	62
Critères d’inclusion	63
Critères d’exclusion	63
Le déroulement de l’étude	64
L’échantillon	66
La collecte de données	68
Le processus d’analyse de données.....	70
La familiarisation avec les données	70
Générer les codes initiaux	70
La recherche de thèmes.....	71
La révision des thèmes.....	71
Définir et nommer les thèmes	71
Produire un rapport de thèmes	72
Les critères de scientificité.....	72
La crédibilité	72
La transférabilité	73
La fiabilité.....	73
La confirmabilité.....	73
Les considérations éthiques	74
Chapitre 4 – Résultats	77
Abstract	80
Background and aim	80
Methods.....	80
Findings and Discussion	80
Conclusion	80
Introduction.....	81
Participants, Ethics and Methods.....	82
Design	82
Procedures.....	82
Results.....	83
Sample.....	83
Themes.....	84
(1) Expectations of Labor and Delivery: Managing Expectations.....	84
Expectations During the Antepartum Experience.....	84

Expectations during Induction of Labor (IOL).....	84
Expectations During the Postpartum Recovery.....	85
(2) Comprehensive Information Needed	85
“They Should Have Told us it Could Fail...”.....	86
“We did not Know There Could be Complications.”.....	86
(3) Antepartum and Intrapartum Support Received.....	87
Quality of Support From the HCP During the Antepartum Experience... ..	87
Importance of Support Persons During the Intrapartum Experience.....	87
(4) Feeling in Control of the Experience	88
Deciding to Have an Induction of Labor.....	89
Making Informed Decisions During the Labor Induction.....	89
Deciding to Have a Caesarean Section.....	90
(5) Experience of a caesarean Section After a Failed Induction of Labour.....	91
“I Tried, but I Failed...”.....	91
“It did not go According to Plan, but Once you Have the Baby, all is Fine.”.....	92
Discussion.....	92
Limitations and Strengths of the Study.....	95
Conclusion	96
Acknowledgments and Disclosures	97
Declaration of Conflicting Interests.....	97
Funding	97
Contributors	97
References.....	98
Chapitre 5 – Discussion	103
Discussion des résultats à la lumière du modèle de Stevens (2012).....	104
Thème 1 : Les attentes envers le travail et l’accouchement.....	105
Thème 2 : Le besoin de recevoir des informations détaillées.....	106
Thème 3 : Le soutien reçu durant les phases anté-partum et intra-partum	108
Thème 4 : La perception de contrôle envers l’expérience	109
Thème 5 : Expérience de l’échec du déclenchement du travail résultant en une césarienne.....	110
Considérations méthodologiques.....	112
Moment idéal pour le recrutement et le déroulement de l’étude	112
Choix des participants qui répondent aux critères d’inclusion et d’exclusion....	114
Bénéfices potentiels à participation à l’étude	115
Forces et limites de l’étude	116
Recommandations.....	118
Recommandations pour la pratique clinique.....	119
Recommandations pour la formation.....	120
Recommandations pour la recherche	121

Conclusion	122
Références.....	123
Annexe A : Diagramme Prisma des articles conservées.....	140
Annexe B : Formulaire de Consentement	141
Annexe C : Questionnaire sociodémographique.....	152
Annexe D : Guides d'entretien	154
Annexe E : Certificats d'approbation éthique.....	160
Annexe F : Critères de la revue.....	163

Liste des tableaux

Table 1 <i>Characteristics of Participants</i>	101
---	-----

Liste des figures

Figure 1 <i>Modèle Biopsychosocial de la Satisfaction maternelle de l'accouchement adapté et traduit de Stevens (2012)</i>	27
Figure 2 <i>Recrutement des participantes</i>	67
Figure 3 <i>Schematic Representation of Results</i>	102

Liste des sigles et abréviations

ARM – Artificial rupture of membranes

AWHONN – Association of Women’s Health, Obstetric and Neonatal Nurses

FTP – Failure to progress

GD – Gestational Diabetes

GHTN – Gestational Hypertension

HCP – Health care professional

INSPQ - Institut national de la santé publique du Québec

IOL – Induction of labor

IUGR – Intrauterine growth restriction

PD – Postdate pregnancy

PUPPS – Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy

PROM – Premature rupture of membranes

SOGC – Société d’obstétrique et gynecologie du Canada

Pour toutes les mères qui ont vécu un accouchement difficile, on vous écoute...

Remerciements

Merci à Marilyn et Christine, directrice et co-directrice de recherche pour votre aide immense et vos encouragements soutenus. Vous avez toujours cru en moi. Encore une fois, mille fois merci.

Merci aux membres de mon comité d'approbation, Marjolaine Héon et Jérôme Gauvin-Lepage pour leurs suggestions et commentaires lors de la lecture de ce mémoire. Je remercie également Anne-Marie Martinez, membre du jury, pour sa relecture attentive. J'aimerais remercier Lyne Charbonneau, Chloé Décarie-Drolet et Mareya Ketchian, infirmières-chefs, pour leur accompagnement afin de faciliter la concrétisation du projet au sein de l'unité mère-enfant où s'est déroulée l'étude.

Merci aux femmes qui ont accepté de participer et de m'ouvrir une porte sur votre expérience à la fois joyeuse et difficile. Je vous remercie sincèrement de m'avoir accordé votre temps en acceptant de participer à l'étude.

Merci à ma famille, mon conjoint et mes amis de m'encourager à pousser plus loin.

Merci à mes collègues de la salle d'accouchement et de l'unité post-partum pour votre intérêt dans mon projet et votre aide précieuse à m'orienter vers des participantes potentielles.

Tic-tac... Explorer les perceptions de femmes qui vivent un échec du déclenchement du travail

Cette étude visait à explorer l'expérience des femmes qui ont vécu un échec du déclenchement du travail résultant en une césarienne non planifiée. Ce mémoire est composé de cinq chapitres. Le premier chapitre présente la problématique qui soutient l'étude ainsi que le but et la question de recherche. Dans le deuxième chapitre, on retrouve les thèmes de la recension des écrits qui débute par le modèle biopsychosocial de Stevens qui guide la recension des écrits et l'étude. Ensuite, le déclenchement du travail est décrit en termes d'incidence, de fréquence, d'indications, de méthodes et de risques. Puis, l'état des connaissances sur l'expérience des parturientes du déclenchement du travail ainsi que l'expérience la césarienne d'urgence ou non planifiée sont présentées. Cette section se conclut par la description du rôle de l'infirmière à l'unité des naissances. Le troisième chapitre détaille la méthodologie utilisée pour la réalisation de l'étude. Le quatrième chapitre présente les résultats de l'étude sous la forme d'un article scientifique. Le chapitre cinq conclut le mémoire par une discussion complémentaire des résultats de l'étude en plus des recommandations pour la pratique clinique, la formation, la gestion et la recherche.

Chapitre 1 – Problématique

Le déclenchement du travail est une pratique obstétricale qui consiste à provoquer le travail chez une femme afin qu'elle connaisse un accouchement vaginal dans les 24 à 48 heures suivantes selon le guide de pratique clinique du déclenchement du travail de la société d'obstétrique et de gynécologie du Canada [SOGC] (Leduc et al., 2013). On procède au déclenchement du travail par l'administration de médicaments, par l'installation d'un dispositif médical pour procéder à la dilatation mécanique du col ou par la rupture artificielle des membranes. L'objectif de cette pratique est de diminuer les risques qui sont associés à la poursuite de la grossesse, tant pour la mère que pour le fœtus tels que, par exemple, la chorioamniotite dans le cas de rupture prolongée des membranes, d'éclampsie associée à la prééclampsie ou l'hypertension gestationnelle, ou de décès intra-utérin pour les grossesses post-termes (Leduc et al., 2013). Le déclenchement du travail peut être planifiée ou non dépendant de l'indication du déclenchement du travail. Par exemple, une rupture prolongée des membranes nserait une indication nécessitant Réalisé pour des raisons justifiées et à l'aide de méthodes appropriées, « ... le déclenchement s'avère utile et confère des avantages, tant à la mère qu'au nouveau-né » (Leduc et al., 2013, p. S3). Le déclenchement du travail permet donc de diminuer les risques d'une grossesse en réduisant les taux de morbidité et de mortalité maternelles et néonatales.

Selon les plus récentes statistiques québécoises, approximativement une femme sur quatre a eu un déclenchement du travail entre 2010 et 2011 (Leduc et al., 2013). Au Canada, les taux de déclenchement ont augmenté, passant de 12,9% entre 1991 et 1992 à 21,8% en 2004 et 2005 (Leduc et al., 2013). Cette augmentation est liée au nombre croissant de grossesses à risque, couplée à l'utilisation plus fréquente de technologies reproductives, à l'âge maternel plus avancé lors de la première grossesse ainsi qu'à l'augmentation de comorbidités obstétricales

telles que l'obésité, l'hypertension et le diabète selon la revue systématique de Alfrevic et al. (2016). De plus, l'efficacité de certains médicaments depuis les années 80, tels que les prostaglandines E2 utilisées pour déclencher le travail, a contribué à populariser le déclenchement en augmentant la sécurité de cette procédure (Leduc et al., 2013). Au cours des vingt dernières années, l'utilisation d'autres médicaments efficaces et sécuritaires a également contribué graduellement à une augmentation des taux de déclenchements du travail pour des raisons sociales ou de convenance (Alfirec et al., 2016).

Lorsque le travail est déclenché judicieusement, il permet de diminuer les complications maternels et néonataux liés à une grossesse à risque. Cependant, le déclenchement du travail n'est pas sans conséquences pour les femmes et leurs nouveau-nés. Certaines complications physiologiques peuvent survenir lors du processus du déclenchement. Par exemple, une hyperstimulation utérine peut causer une détresse fœtale et une douleur excessive chez la femme, alors qu'une rupture artificielle des membranes peut causer une chorioamniotite ou une procidence du cordon (Leduc et al., 2013). Il est également possible que le déclenchement du travail ne fonctionne pas et résulte en une césarienne non planifiée (Leduc et al., 2013).

L'échec du déclenchement du travail est décrit comme l'absence d'un accouchement vaginal dans les 24 à 48 heures suivant le début du déclenchement (Leduc et al., 2013). Toutefois, il y a peu de consensus entre experts quant au diagnostic de l'échec du déclenchement du travail dans les écrits¹ (Rouse et al., 2011). Le taux de l'échec du déclenchement du travail a peu été rapporté et documenté, mais représenterait entre 4 et 33% de l'ensemble des

¹ La définition retenue pour l'échec du déclenchement du travail, dans cette étude, est un déclenchement du travail qui résulte en césarienne. D'une part, à cause de plus récentes études, il n'y a pas de consensus sur la durée du temps entre le début du déclenchement et le diagnostic d'un échec du déclenchement du travail. Il se peut également que le déclenchement ne fonctionne pas et que la femme retourne à la maison pour attendre le début du travail obstétrical. Cette situation remet cependant en question la nécessité du déclenchement du travail en premier lieu et est rarissime.

déclenchements du travail selon la revue systématique de Baños et al. (2015) Avant qu'un échec du déclenchement du travail soit diagnostiqué, toutes les femmes vivent une dystocie du travail qui peut survenir ou non lors du déclenchement du travail et qui aboutit, la plupart du temps, en une césarienne non planifiée² (Leduc et al., 2013). Certains facteurs augmentent les risques de l'échec du travail tels que la primiparité, l'âge avancé maternel (plus de 35 ans) et la présence d'un col de l'utérus jugé non-favorable avant de procéder au déclenchement³ (Leduc et al., 2013). L'état du col permet d'évaluer les chances de réussite du déclenchement du travail et de minimiser les risques de césarienne selon le guide de pratique clinique de l'institut national de la santé publique du Québec [INSPQ] (Langlois et al., 2014).

Actuellement, l'échec du déclenchement du travail a peu été étudié et aucune étude, à notre connaissance, ne s'est penchée sur la population des mères qui vivent un échec du déclenchement résultant en une césarienne non planifiée. L'expérience générale du déclenchement du travail non-spécifique au dénouement par césarienne ou par accouchement vaginal a cependant été explorée, par plusieurs chercheurs, depuis la popularisation de cette intervention au début des années 2000 (da Silva Lima et al., 2016; Gatward et al., 2010; Heimstad et al., 2007; Henderson et Redshaw, 2013; Jay et al., 2018a; Knoche et al., 2008; Murtagh et Folan, 2014; Schwarz et al., 2016; Shetty et al., 2005; Westfall et Benoit, 2004). Le déclenchement du travail peut être planifiée ou non, c'est-à-dire qu'une femme enceinte peut s'attendre à un déclenchement en fin de grossesse à cause d'une complication ou se voit imposer

² Dans un premier stade du travail (4 à 10 cm), la dystocie du travail est diagnostiquée lorsqu'il y a absence de dilatation cervicale en présence de contractions modérés à fortes et rupture de membranes pendant un minimum de quatre heures de temps. Au deuxième stade (poussée), pour les primipares, plus de trois heures de poussées et pour les multipares, plus de deux heures de poussée sont nécessaires avant de procéder au diagnostic d'une dystocie du travail.

³ Le score de Bishop est un outil de mesure afin de déterminer si le col est favorable au déclenchement du travail. On attribue un score de 0 à 10 basé sur la dilatation, la longueur, la consistance et la position du col en plus de la station de la tête du fœtus. Plus un score est faible (moins de 6), plus les risques de dystocie du travail sont grands.

le déclenchement en fin de grossesse à cause, par exemple, d'une grossesse post-terme. Le déclenchement du travail peut être perçu, par les femmes, à la fois comme une expérience positive ou négative. D'une part, les futures mères peuvent être inquiètes de la condition de leur fœtus si un déclenchement s'avère nécessaire et est prescrit par un médecin, tout en étant généralement rassurées de procéder à cette intervention pour le bien-être de leur futur bébé ce qui a été exploré par da Silva Lima et al. (2016) dans une étude qualitative de leur expérience. Aussi, lorsque le déclenchement est indiqué dans le contexte d'une grossesse à risque où le stress et l'inquiétude étaient déjà bien présents chez les futures mères, celles-ci espèrent que cette méthode permettra de les libérer de ces sentiments (da Silva Lima et al., 2016). De plus, les femmes qui vivent un déclenchement du travail sont enclines à accepter cette intervention, car elles ont hâte de rencontrer leur nouveau-né selon l'étude quantitative de Attanasio et al. (2018)

D'autre part, selon une étude de DeLuca et Lobel (2014), le processus du déclenchement du travail lui-même peut être une source d'insatisfaction chez les femmes, puisque cela ne correspond pas aux attentes qu'elles avaient face à l'accouchement. Dans une revue systématique portant sur l'expérience et la perception du déclenchement du travail, les femmes rapportent qu'elles vivent souvent un manque de contrôle en lien avec leur incompréhension du processus du déclenchement (Akuamoah-Boateng et Spencer, 2018). L'insatisfaction peut aussi être associée à la longueur du travail, car, dans une étude de cas-témoins rétrospective, lorsque le déclenchement survient avant 6 cm de dilatation cervicale, le travail dure deux fois plus longtemps que lors d'un travail spontané (Harper et al., 2012). Physiologiquement, le déclenchement du travail est également perçu comme plus douloureux par les femmes, ce qui contribue à leur insatisfaction et augmente les taux d'épidurales (Akuamoah-Boateng et al., 2018). D'autres principales sources d'insatisfaction chez les femmes lors du déclenchement du

travail sont l'augmentation du nombre d'interventions médicales, telles que la rupture artificielle des membranes, l'administration d'ocytocine par voie intraveineuse, l'épisiotomie, de même que l'utilisation des forceps et de la ventouse lors de l'accouchement (Akuamoah-Boateng et al., 2018). Ainsi, l'ensemble de ces éléments contribue à une perception négative de l'expérience et à une insatisfaction quant au déclenchement du travail chez les femmes.

Alors qu'il existe des écrits quant à l'expérience des mères en lien avec le déclenchement du travail, il n'en existe aucun selon les recherches effectuées sur l'expérience de celles-ci lors d'un échec du déclenchement du travail qui aboutit en césarienne. Néanmoins, plusieurs chercheurs se sont penchés sur l'expérience de la dystocie du travail ou de la césarienne non planifiée, sans les considérer spécifiquement dans le contexte de l'échec du déclenchement du travail (Burcher, Cheyney, Li, Hushmendy et Kiley, 2016; Chalmers et al., 2010; Fawcett et al., 2011; Herishanu-Gilutz, Shahar, Schattner, Kofman et Holcberg, 2009; Karlström, 2017; Puia, 2013; Robb, 2011; Thomson et Downe, 2016; van Reenen et van Rensburg, 2013). Lors d'études antérieures sur l'expérience de la césarienne non planifiée, les participantes ont rapporté une perte de contrôle et d'insatisfaction liée au manque de communication avec les professionnels de la santé (Burcher et al., 2016; DeLuca et al., 2014; Karlström, 2017). Elles considèrent également la césarienne d'urgence comme un échec, comme si elles n'avaient pas réussi leur rôle de mère et ce sentiment peut perdurer dans le temps comme l'indiquent Kjerulff et Brubaker (2018) dans leur étude. Elles auraient également un plus haut taux de dépression post-partum et de stress post-traumatique, et ce, même un an après l'expérience comparativement aux femmes qui ont eu un accouchement vaginal selon une étude qualitative (Tham et al., 2010). De plus, les femmes qui accouchent par césarienne ont moins de contact avec leur nouveau-né après la naissance, ce qui compromet un lien mère-enfant précoce. De plus, les mères se sentent parfois

moins aptes à prendre soin de leur nouveau-né puisque la récupération post-partum est plus longue et douloureuse qu'un accouchement vaginal, pouvant ainsi influencer leur attachement avec leur nouveau-né (Chalmers et Dzakpasu, 2015; van Reenen et al., 2013). L'échec du déclenchement du travail qui se termine en césarienne peut être une expérience similaire puisqu'il s'agit d'une césarienne non planifiée, cependant l'expérience du déclenchement ajoute une variable dans l'expérience dont les répercussions demeurent encore obscures.

Dans le contexte nord-américain, les infirmières sont présentes dans 99% des accouchements et ont l'opportunité de soutenir les femmes durant le travail et l'accouchement selon les lignes directrices sur l'approche du soutien infirmier durant l'accouchement (Adams et Bianchi, 2008). Une revue systématique des écrits indique que les femmes qui ont bénéficié d'un soutien continu de la part de l'infirmière ou d'un autre professionnel de la santé durant l'accouchement avaient plus tendance à être satisfaites de leur expérience et avaient un taux inférieur de dépression post-partum comparativement aux femmes qui n'avaient pas bénéficié d'un soutien continu (Bohren et al., 2017). Larouche, Martel et Dufresne (2019) dans leur article d'opinion dans *Perspectives Infirmières* indiquent que le rôle des infirmières pendant le travail et l'accouchement est, notamment, d'offrir un soutien émotionnel, des mesures de confort et de soulagement de la douleur (positionnement), de l'information aux femmes et leur conjoint, ainsi que de défendre leurs intérêts auprès des autres professionnels de la santé. Spécifiquement, dans le contexte d'un accouchement difficile, Thomson et Downe (2016) ont identifié que les professionnels de la santé, dont les infirmières, ne répondaient pas toujours de manière adéquate aux besoins en soutien émotionnel lors d'un sondage de 400 participantes dans quatre maternités. Aussi, les mères ont rapporté ne pas avoir obtenu, de la part des professionnels de la santé, un soutien émotionnel adéquat particulièrement lors d'une expérience d'accouchement difficile.

Thomson et Downe (2016) suggèrent que le soutien infirmier devrait être individualisé et recommandent que de futures études évaluent le soutien que les femmes nécessitent pour mieux les accompagner lorsqu'elles vivent un accouchement par césarienne imprévue. Dans le même sens, une meilleure compréhension de l'expérience des femmes lors de l'échec du déclenchement du travail résultant en une césarienne pourrait guider les infirmières à offrir aux femmes un soutien et un accompagnement adéquats lors de cette expérience spécifique.

Que ce soit dans un contexte d'échec du déclenchement ou non, l'expérience de la femme lors du processus du travail et de l'accouchement est un phénomène central qui permet de mieux saisir ce qu'elle vit à travers cette expérience. Le modèle qui a guidé l'étude proposée, soit le modèle biopsychosocial de la satisfaction maternelle liée à l'accouchement, évoque les composantes de la satisfaction des femmes lors de leur accouchement (Stevens, 2012). Ce modèle a été développé dans le cadre d'une étude doctorale sur la satisfaction de leur expérience. En effet, le modèle est basé sur quatre facteurs psychosociaux qui prédisent la satisfaction de la femme : la congruence entre le désir de contrôle et le contrôle perçu durant l'expérience, entre ses attentes et le déroulement de l'expérience, entre ses besoins de soutien et le soutien perçu, ainsi que entre ses attentes envers les professionnels de la santé, telles que l'infirmière et la qualité de la relation avec ces professionnels (Stevens, 2012). De plus, la satisfaction de l'expérience d'accouchement joue un rôle important sur l'attachement postnatal entre la mère et son nouveau-né qui a des répercussions sur le bien-être de la mère et sur le développement de l'attachement avec l'enfant (Stevens, 2012). Ces différentes composantes du modèle peuvent être utilisées également afin de mieux cibler les sources de satisfaction et d'insatisfaction des femmes lors de l'échec du déclenchement du travail ainsi que les différents aspects de l'expérience sur lesquels il est possible d'intervenir en tant qu'infirmière.

En somme, le taux du déclenchement du travail planifiée ou non a augmenté au cours des dernières années et représente une expérience particulière chez les femmes lorsque celui-ci aboutit en césarienne. L'expérience des femmes qui vivent une césarienne d'urgence ou un déclenchement a été étudiée distinctement, toutefois l'expérience des femmes qui ont un déclenchement du travail aboutissant en une césarienne n'a pas été explorée à ce jour. D'importantes répercussions, telles que des difficultés d'attachement précoce avec le nouveau-né ou des traumatismes psychologiques, peuvent se manifester chez les femmes qui ont vécu un déclenchement du travail aboutissant en césarienne. Dans la mesure où l'expérience d'une césarienne suite à un échec du déclenchement pourrait avoir des répercussions négatives sur la santé mentale de la mère et le lien d'attachement précoce avec son bébé, il importe de voir comment la mère peut être accompagnée et soutenue par l'infirmière dans cette expérience pour amoindrir les effets négatifs. Ainsi, il apparaît essentiel d'étudier l'expérience de femmes lors de l'échec du déclenchement du travail qui résulte en césarienne.

But de l'étude

Le but de cette étude est d'explorer l'expérience de femmes ainsi que les sources de satisfaction et d'insatisfaction en lien avec l'expérience lors de l'échec du déclenchement de travail qui aboutit en césarienne.

Question de recherche

La question de recherche est la suivante : Quelle est l'expérience de femmes qui vit un échec d'un déclenchement du travail résultant en césarienne non planifiée?

Chapitre 2 - Recension des écrits

Dans un premier temps, cette section présente le modèle biopsychosocial de l'accouchement de Stevens (2012) ainsi que les différents éléments à considérer afin d'explorer l'expérience de l'accouchement chez les femmes. Ensuite, une recension des écrits en lien avec la définition, l'incidence et la fréquence du déclenchement du travail, ainsi que les indications et les méthodes du déclenchement du travail, est présentée. Puis, l'expérience des femmes en lien avec le déclenchement du travail ainsi que l'expérience de celles qui vivent des accouchements difficiles (césarienne d'urgence, dystocie du travail) sont abordées. Enfin, le rôle de l'infirmière à la salle d'accouchement et particulièrement lors d'évènements traumatiques est présenté, particulièrement dans le contexte d'un rôle de soutien et d'accompagnement.

Les bases de données CINAHL, Embase, PubMed et Medline ont été utilisées pour rechercher les articles pertinents (Annexe A). Les descripteurs anglais et mots-clés « induction of labour/or », « nursing », « experience » et « ceserean section » ont été utilisés séparément ou en combinaison afin de cibler la recherche documentaire (n = 2130 articles). Après que les doublons aient été identifiés, 503 articles ont été conservés. De ces derniers, 300 articles ont été exclus puisqu'ils ne répondaient pas aux critères de recherche. Ces articles n'étaient pas en anglais ou en français, ou la version complète de l'article n'était pas disponible (par exemple des rapports de conférences). Les études des 30 dernières années ont été retenues puisque les méthodes de déclenchements actuellement disponibles ont été évaluées et testées depuis 1990 (Swamy, 2012). Après la lecture des articles complets, 114 articles ont été exclus pour les raisons suivantes. Cinquante articles ont été exclues puisque l'expérience du travail et de l'accouchement était décrite de manière trop générale et n'était pas spécifique à l'expérience du déclenchement du travail, de la césarienne ou de l'échec du déclenchement du travail. Trente-deux articles ont été exclues puisqu'il y avait un dédoublement de l'information présentée. Par exemple, si une revue

systematique ou une méta-analyse était conservée, les études individuelles citées dans ces guides n'étaient pas retenues puisque l'information était dédoublée. Finalement, en cherchant les méthodes du déclenchement du travail, certains articles traitaient de méthodes de déclenchement non réalisées au Canada telles que le misoprostol soit administré per os ou vaginal, (n = 32).

Au final, 89 articles ont été conservés et font partie de la recension des écrits. La majorité de ces articles traitent de l'expérience du déclenchement du travail (n = 21), de l'expérience de la césarienne non planifiée (n = 19) ainsi que de l'échec du déclenchement du travail (n = 15). De plus, des guides cliniques ont été conservés afin de définir le déclenchement du travail (n = 16), ainsi que des articles décrivant les différentes méthodes utilisés pour le déclenchement (n = 10). Enfin, huit articles ont été utilisés pour décrire le rôle de l'infirmière dans le soutien auprès de la parturiente.

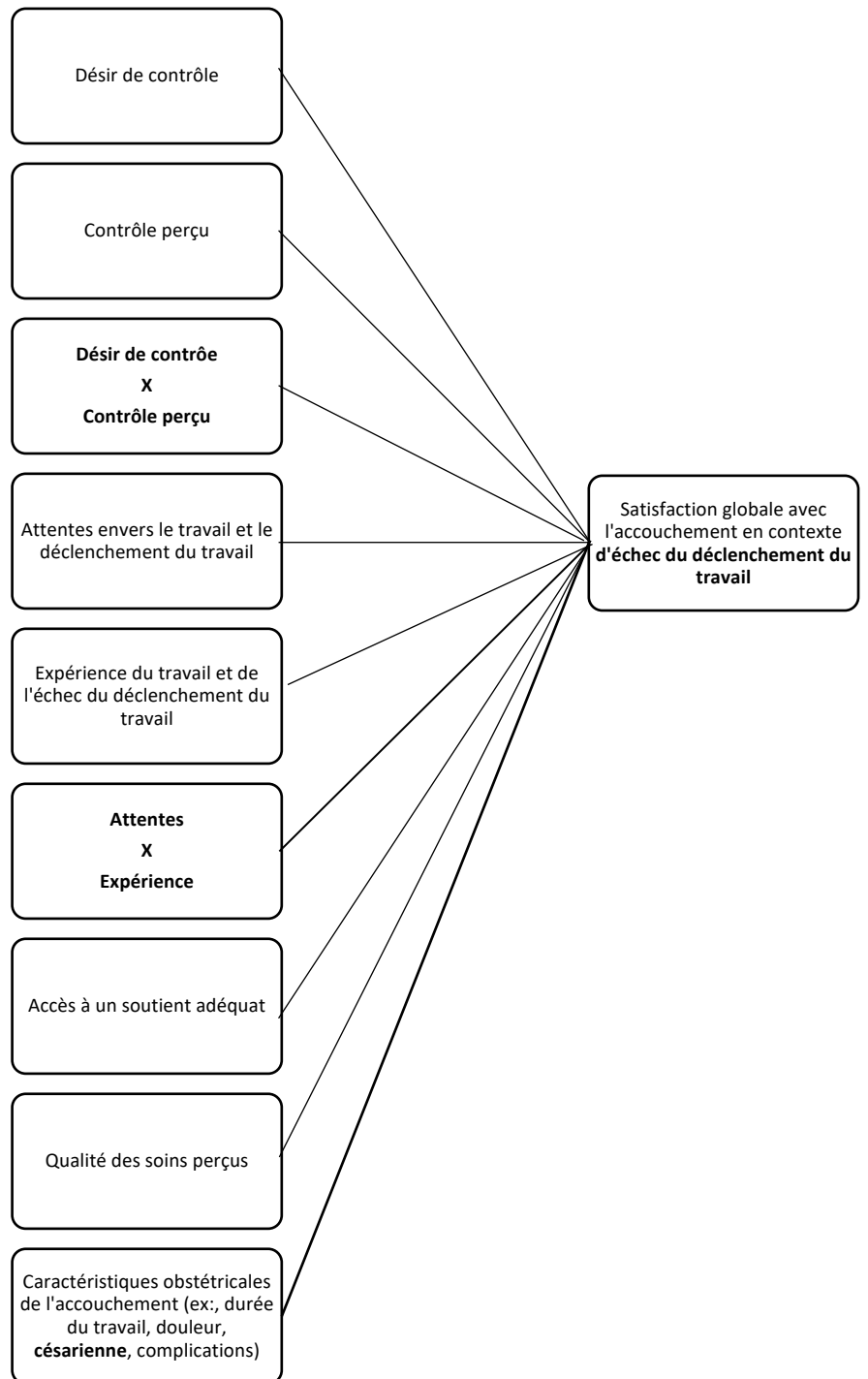
Le modèle biopsychosocial de Stevens (2012)

Le modèle qui guide cette étude est le modèle biopsychosocial de la satisfaction maternelle de l'accouchement de Stevens (2012) (Voir Figure 1). Le modèle biopsychosocial de Stevens sert de modèle afin, notamment, de structurer la recension des écrits et, plus particulièrement, la section portant sur l'expérience du déclenchement du travail. Il a également été utilisé pour structurer l'entretien avec les mères. Ce modèle piste sur les sources de satisfaction et d'insatisfaction des femmes en lien avec l'expérience du travail, soit le contrôle, les attentes, le soutien et les caractéristiques de l'accouchement.

Figure 1

Modèle biopsychosocial de la satisfaction maternelle de l'accouchement adapté et traduit de

Stevens (2012, p. 29)



Le sentiment d'être en contrôle de l'expérience est un élément qui contribue de manière importante à la satisfaction des femmes lors de l'accouchement. Le contrôle réfère à la façon dont la mère perçoit son influence sur les conditions et le contexte de l'accouchement. Ceci inclut sa participation dans le processus décisionnel durant le travail et l'accouchement (Stevens, 2012). Le sentiment de perte de contrôle envers l'expérience peut entraîner des problèmes de santé psychologiques, tels qu'un stress posttraumatique en post-partum. Lorsque la femme ne se sent pas en contrôle de son expérience, ceci augmente la perception de sa douleur, son inconfort et son anxiété. Les femmes sont plus satisfaites de leur accouchement si elles ont accès à l'information concernant les effets secondaires, le déroulement ainsi que la justification du déclenchement du travail et la progression de leur travail. Toujours selon Stevens (2012), certaines femmes ont un plan de naissance au moment de l'accouchement et des objectifs spécifiques pour leur accouchement tandis que d'autres n'en ont pas soulignant ainsi que le désir d'implication des femmes dans la prise de décision varie d'une à l'autre. Ainsi, c'est plutôt la congruence entre le contrôle désiré et le contrôle perçu des femmes durant l'accouchement qui contribue positivement ou négativement à la satisfaction de leur travail et de leur accouchement (Stevens, 2012). Dans le contexte d'un échec du déclenchement, la notion de manque de contrôle pourrait alors jouer un rôle important dans l'expérience des mères.

Selon le modèle, il doit y avoir également une congruence entre les attentes de la mère et son expérience du processus du travail (Stevens, 2012). Les femmes peuvent avoir des attentes spécifiques face au déroulement du travail et ont une idée spécifique d'un accouchement idéal. Les femmes peuvent également avoir une expérience préalable liée à une grossesse précédente ou lors d'une grossesse à risque, ce qui peut influencer leurs attentes du processus du travail. Lorsque l'expérience de l'accouchement ne correspond pas à leurs attentes, les femmes peuvent

vivre difficilement avec cette situation. Par exemple, si la femme envisage d'accoucher par voie vaginale, mais qu'elle vit une césarienne non planifiée, elle peut être moins satisfaite de son expérience que si elle n'avait aucune attente (Stevens, 2012). Ceci pourrait être un enjeu important lors de l'expérience du déclenchement du travail qui aboutit en une césarienne.

Un autre élément qui influence la satisfaction de l'expérience est la congruence entre les besoins de soutien durant le travail et le soutien perçu de la part des professionnels de la santé et des proches, tels que le conjoint ou les autres membres de la famille (Stevens, 2012). En particulier, l'infirmière joue un rôle important dans l'accompagnement de la femme durant le travail, mais celui-ci est peu documenté dans les écrits portant sur le déclenchement du travail qui aboutit en une césarienne. Dans ce contexte, il importe de comprendre les besoins de soutien des femmes ainsi que les interventions permettant d'améliorer leur expérience à l'aide d'un soutien infirmier.

De plus, les caractéristiques du travail, telles que sa durée, la perception de la douleur ainsi que la gestion de la douleur, peuvent être d'autres éléments influençant la satisfaction à l'égard du travail. Ainsi, le fait d'avoir un déclenchement du travail et, ultimement, une césarienne peut influencer l'expérience et la satisfaction de la mère face à son accouchement selon une revue qualitative de da Silva Lima et al. (2016). Dans le même ordre d'idées, la présence de complications maternelles ou néonatales, ou d'autres événements inattendus suite à l'accouchement, peut également contribuer à la satisfaction ou l'insatisfaction de l'expérience (Stevens, 2012). Ces facteurs sont particulièrement importants dans le contexte d'un déclenchement du travail aboutissant en une césarienne, puisque cette expérience est caractérisée par une durée prolongée ou une dystocie du travail, en plus d'être, parfois, accompagné de

complications maternelles ou néonatales ou les deux simultanément selon l'étude de Karlström (2017).

En d'autres mots, les différents thèmes du modèle, étant la perception du contrôle de l'expérience, les attentes envers l'accouchement, le soutien durant l'accouchement, les caractéristiques et les complications durant le travail, ont orientés les questions du guide d'entretien afin de mieux comprendre l'expérience des femmes qui vivent un échec du déclenchement aboutissant en une césarienne. De même, ce modèle piste sur les éléments de satisfaction et d'insatisfaction des femmes qui contribuent à l'expérience globale de leur accouchement, de même que le rôle souhaité de l'infirmière afin de mieux les soutenir dans leur expérience ce qui guidera la recension des écrits.

Définition, incidence et fréquence du déclenchement du travail

Cette section présente la définition, l'incidence et la fréquence du déclenchement du travail. La définition du déclenchement du travail est le fait de provoquer des contractions chez une femme enceinte dont le travail n'a pas débuté afin qu'elle puisse vivre un accouchement vaginal aussi naturel que possible dans un délai de 24 à 48 heures (Leduc et al., 2013). Le déclenchement du travail est habituellement conseillé lorsque les risques de poursuivre la grossesse sont supérieurs aux risques du déclenchement et lorsqu'il confère des avantages tant à la mère qu'au nouveau-né (Leduc et al., 2013).

Entre 2010 et 2011, 24,9% des accouchements ont été déclenchés dans les unités de naissances québécoises et ce taux peut varier entre les établissements de santé, en raison des pratiques individuelles des obstétriciens et de la clientèle qui fréquente l'établissement (Langlois et al., 2014). Par exemple, les centres tertiaires, qui sont des centres de référence pour des grossesses à risque en raison de services de soins intensifs néonataux, ont un taux supérieur de

déclenchement du travail, puisque leur clientèle vit davantage de grossesses à risque où un déclenchement est indiqué (Langlois et al., 2014).

Il appert que la fréquence des déclenchements du travail risque aussi d'augmenter dans les prochaines années, notamment en raison d'une augmentation de comorbidités obstétricales présentes chez les femmes enceintes (Bonsack et al., 2014). En effet, le taux d'obésité, qui est en augmentation dans la population mondiale, entraîne une incidence plus élevée des taux de diabète de type 2, d'hypertension, de décès intra-utérin, de dystocie du travail et de césarienne. L'obésité maternelle, sans d'autres comorbidités obstétricales, est également associée à un taux supérieur de grossesses post-terme, ainsi qu'à un besoin de déclenchement du travail (Bonsack et al., 2014). Avec l'avancement des technologies reproductives et l'âge maternel avancé, les complications durant la grossesse, telles que l'hypertension et le diabète gestationnels, le déclenchement du travail et l'accouchement par césarienne, ont eux aussi, tendance à augmenter selon un guide clinique de la SOGC (Allen et al., 2006)

Indications du déclenchement du travail

Les indications du déclenchement du travail sont nombreuses et peuvent être divisées en deux catégories : celles médicalement justifiées, ainsi que celles d'opportunité et de convenance (Langlois et al., 2014). La catégorie des déclenchements médicalement justifiés peut être également sous-divisée en indications pour la santé fœtale, materno-fœtale ou maternelle.

Indications médicalement justifiées pour la santé fœtale

L'indication la plus fréquente d'un déclenchement du travail médicalement justifié est lorsque la grossesse est post-terme, c'est-à-dire que la grossesse dure plus que 41 semaines, ce qui représente environ 50% des déclenchements (Austin et Benn, 2006; Schwarz et al., 2016).

Un déclenchement est alors justifié, car l'efficacité placentaire diminue significativement après 42 semaines, ce qui augmente les risques de complications pour le fœtus (Leduc et al., 2013). Ceci peut résulter en des risques accrus de morbidité périnatale, de mortalité fœtale et d'accouchement assisté par ventouse ou forceps (Leduc et al., 2013). La revue systématique étayant les indications du déclenchement du travail de Mozurekwich et al. (2009) indique que la mortalité infantile et l'aspiration du méconium, qui sont parmi les risques les plus fréquents de la grossesse post-terme, peuvent être diminuées en ayant recours à un déclenchement du travail après 41 semaines. Pour les femmes de 40 ans ou plus, elles devraient être considérées biologiquement post-terme à 39 semaines de gestation, compte tenu du risque de mortinaissance chez les femmes plus âgées (Leduc et al., 2013).

Une autre indication médicalement justifiée est la présence d'un diabète gestationnel, de type 1 ou de type 2 (Leduc et al., 2013), car le déclenchement permettrait de diminuer le risque de macrosomie fœtale (Bonsack et al., 2014). La macrosomie fœtale peut causer des complications au niveau de l'accouchement, telles qu'une dystocie de l'épaule du nouveau-né, une augmentation du taux d'hospitalisation aux soins intensifs néonataux, une hémorragie post-partum, un arrêt de la progression du travail et un accouchement par césarienne selon un guide clinique de la SOGC (Berger et al., 2016). Le contrôle de la glycémie durant la grossesse et l'accouchement est particulièrement important puisqu'un taux plus élevé de glucose sanguin est relié à un risque plus élevé de décès fœtal intra-utérin (Leduc et al., 2013). Un manque de contrôle de la glycémie durant la grossesse justifie l'urgence du déclenchement et devrait idéalement se dérouler entre 38 et 39 semaines de gestation afin de minimiser les risques de macrosomie et de mortalité intra-utérine (Bonsack et al., 2014; Leduc et al., 2013; Mozurkewich et al., 2009).

L'indication est également justifiée dans les cas de retard de croissance fœtale, car cette condition peut causer des répercussions sévères sur le nouveau-né, surtout si cette condition est jumelée avec une insuffisance placentaire qui entraîne une hypoxie selon une étude retrospective de Hidaka et al. (2018). Il est généralement indiqué de déclencher le travail, puisque ceci permet de diminuer le risque de décès fœtal intra-utérin (Mozurkewich et al., 2009; Rabinovich et al., 2018). Les fœtus, lorsque le milieu intra-utérin n'est plus favorable aux échanges d'oxygène et de nutriments, sont plus à risque de vivre de la détresse, et cela est d'autant plus important dans des contextes de retard de croissance intra-utérine (Bijlenga et al., 2011; Kalafat et al., 2018). Le déclenchement du travail lors d'un retard de croissance intra-utérine est ainsi souvent associé avec des taux élevés de césarienne et de mortalité néonatales durant le travail spontané et durant le déclenchement du travail à cause des échanges inadéquats d'oxygène et de nutriments (Mozurkewich et al., 2009).

D'autres conditions, moins communes, où le déclenchement est médicalement indiqué pour des raisons de santé fœtale incluent des maladies allo-immunes (Leduc et al., 2013). Cette situation survient lorsque la mère forme des anticorps contre le fœtus pouvant entraîner la maladie hémolytique du fœtus ou du nouveau-né où les globules rouges sont détruits trop rapidement causant de l'anémie et élevant le taux de bilirubine sanguin. Pour les grossesses gémellaires, il y a peu d'études qui soutiennent la nécessité du déclenchement du travail dans cette situation (Mozurkewich et al., 2009). Bonsack et al. (2014) recommandent toutefois un déclenchement entre 38 et 38 6/7 semaines lors de grossesse gémellaire de jumeaux fraternels (di-amniotique, dichorionique), puisque les risques deviennent les mêmes pour une grossesse unique post-terme. Pour les jumeaux identiques (mono amniotique, dichorionique), les

recommandations sont de procéder à un déclenchement du travail entre 34 et 38 semaines à cause des risques de transfusion de jumeau à jumeau.

Indications médicalement justifiées pour la santé materno-fœtale

Des situations de risque pour la santé à la fois maternelle et fœtale peuvent aussi justifier le recours à un déclenchement du travail. La pré-éclampsie sévère à plus de 37 semaines de grossesse est considérée comme une priorité élevée de déclenchement du travail (Leduc et al., 2013). Selon une revue systématique, la pré-éclampsie est caractérisée par une atteinte des systèmes nerveux central, cardiorespiratoire, hématologique, rénal, hépatique et/ou fœto-placentaire chez la mère couplée avec une pression artérielle élevée et est accompagnée d'une morbidité ainsi que d'une mortalité maternelle importante (Magee et al., 2014). Ce problème, durant la grossesse, peut découler d'une hypertension chronique ou gestationnelle, et peut dégénérer vers de l'éclampsie (convulsions). Chez le fœtus, la pré-éclampsie ou l'hypertension gestationnelle peut causer un retard de croissance intra-utérine et des conséquences y sont associées telles que l'hypoxie et la détresse fœtale durant l'accouchement, d'hypoglycémie et des troubles neurologiques ainsi que moteurs pour le nouveau-né (Magee et al., 2014).

D'autres priorités materno-fœtales sont la chorioamniotite, soit une infection du liquide amniotique, et la rupture spontanée des membranes à terme en présence de colonisation maternelle au streptocoque du groupe B (Leduc et al., 2013). Il s'agit d'indications au déclenchement du travail à cause de leurs potentiels infectieux, tant pour la mère que pour le nouveau-né (Leduc et al., 2013). Selon Mozurkewich et al. (2009), il est recommandé de procéder au déclenchement du travail dans les 12 heures suivant une rupture de membranes à terme afin de diminuer le risque de chorioamniotite, d'endométriose et d'admissions aux soins intensifs néonataux.

Indications médicalement justifiées pour la santé maternelle

Les autres indications du déclenchement sont des maladies maternelles, telles que le cancer ou une condition cardiaque, qui ne peuvent pas être traitées durant la grossesse ou qui ne répondent pas au traitement (Leduc et al., 2013). Dans ces contextes, pour permettre de traiter efficacement la mère, il est justifié de procéder au déclenchement du travail avant terme.

D'autres indications maternelles sont un décès intra-utérin lors de la grossesse actuelle ou lors d'une grossesse antérieure où il peut être bénéfique de procéder au déclenchement du travail pour, entre autre, diminuer l'anxiété parentale et le risque de récurrence du décès intra-utérin (Leduc et al., 2013).

Indications non médicalement justifiées : déclenchements d'opportunité ou de convenance

Les déclenchements d'opportunité ou de convenance surviennent pour des raisons de commodité ou à la demande de la femme sont associés à la pratique individuelle du médecin (Leduc et al., 2013). Par exemple, une femme pourrait demander un déclenchement pour des inconforts physiques de grossesse ou d'un historique d'un accouchement précipité (Eisenberg Center at Oregon Health & Science University [ECOHSU], 2009). Un médecin pourrait suggérer un déclenchement avant ses vacances ou pour faire coïncider les accouchements de plusieurs patientes (ECOHSU, 2009). Il est difficile d'estimer le taux de déclenchements d'opportunité ou de convenance, puisque celui-ci est dépendant des pratiques individuelles des médecins. Le taux de déclenchement d'opportunité et de convenance est en augmentation aux États-Unis. En effet, selon une analyse rétrospective portant sur 7000 accouchements, le taux de déclenchement de convenance a augmenté de 87% entre 1995 et 2009 (Kozhimannil et al., 2014). Dans cette étude, les femmes de race blanche, plus âgées, éduquées et ayant une assurance privée étaient les plus probables d'avoir recours à des déclenchements de convenance. Les chercheurs de cette même

étude indiquent un besoin de communication et la présence d'un processus décisionnel afin d'évaluer adéquatement la nécessité d'un accouchement de convenance.

Les déclenchements de convenance ou de commodité sont toujours d'actualité dans le contexte nord-américain, puisque l'*Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses* [AWHONN] a publié une prise de position sur *Non-Medically Indicated Induction and Augmentation of Labor* en 2014 en invitant les professionnels de la santé à privilégier les accouchements spontanés (AWHONN, 2014). L'accouchement spontané est plus sécuritaire pour une grossesse non à risque, puisque les processus physiologiques et hormonaux du travail sont optimisés, diminuant ainsi les risques associés au déclenchement du travail. Ceci permet d'optimiser la gestion de la douleur naturelle, l'expulsion du placenta, l'allaitement et l'attachement entre la mère et le nouveau-né.

Indications non médicalement justifiées : Indications controversées

Comme il a été déterminé, procéder à un déclenchement est décidé en considérant les bienfaits du déclencheent et les risques de poursuivre la grossesse. Précédemment la macrosomie et l'indice de masse corporel de plus de 35 étaient des justifications pour procéder au déclenchement du travail. Cependant, les études sur le sujet indiquent qu'il pourrait y avoir plus de risques au déclenchement que de risques de poursuivre la grossesse. La pratique doit donc rattraper les recommandations de la littérature sur le sujet.

Une indication, qui est non médicalement justifiée, est la macrosomie, où le poids fœtal est estimé à plus de 4000g, mais qui n'est pas associée à un diabète gestationnel. Dans l'étude de Cheng et al. (2015), il est rapporté que 20% des femmes qui ont eu un diagnostic de macrosomie fœtale ont accouché d'un enfant de plus de 4000 g et que le déclenchement augmentait le nombre d'interventions durant l'accouchement, peu importe le poids réel du nouveau-né. Dans un tel

contexte, le déclenchement n'est pas recommandé, puisqu'il ne diminue pas l'incidence de la dystocie de l'épaule et peut même faire doubler les taux de césarienne chez les femmes (Leduc et al., 2015; Sanchez-Ramos et al., 2002). De même, une augmentation de l'échec du déclenchement du travail est notée dans une revue systématique concernant les femmes ayant un déclenchement du travail pour macrosomie non liée à un diabète gestationnel (Mozurkewich et al., 2009).

Comme l'indiquent Bonsack et al. (2014) et Humphrey et Tucker (2009), il y a également un taux disproportionné de déclenchements du travail qui sont suggérés aux femmes qui ont un indice de masse corporelle de plus de 35 après avoir pris en considération les complications associées à l'obésité. Le déclenchement du travail dans le contexte de l'obésité, même si elle n'est pas accompagnée de comorbidités, est souvent proposé aux femmes surtout lorsque l'obésité est accompagnée d'une petite taille chez la mère (Humphrey et Tucker, 2009). La disproportion entre le poids et la taille fait souvent craindre des disproportions au niveau pelvien et au niveau du poids du fœtus, mais n'est pas une indication justifiée pour le déclenchement du travail (Humphrey et al., 2009).

Méthodes de déclenchement du travail

Afin de déterminer la meilleure méthode du déclenchement du travail, la première étape est de déterminer la maturité du col de l'utérus de la mère selon le score de Bishop (Leduc et al., 2013). Le score de Bishop est basé sur la dilatation, l'effacement, la longueur, la consistance et la position du col de l'utérus. On attribue un score de 0 à 2 à chacun de ces éléments afin d'obtenir un score sur 10. Avec un score de 6/10 ou moins, le col est dit non favorable au déclenchement du travail. Il faut ainsi procéder à une étape préalable de maturation du col de l'utérus en utilisant des méthodes, telles que l'administration de prostaglandines E2 ou le recours à une sonde de

Foley (Leduc et al., 2013). Si le score est supérieur à 6/10, on peut réaliser une rupture artificielle des membranes avec ou non l'administration d'ocytocine par voie intraveineuse (Leduc et al., 2013).

Dans les centres hospitaliers du Québec, les prostaglandines E2 et la sonde de Foley, ou le double ballonnet, sont les techniques les plus utilisées afin de permettre la maturation du col de l'utérus en prévision d'un déclenchement du travail (Leduc et al., 2013). Les prostaglandines E2 sont administrées sous la forme d'un tampon médicamenteux qui est inséré dans le col de l'utérus (Cervidil®). Ce tampon est maintenu en place pour une durée maximale de 12 heures et exige que la femme demeure à l'hôpital. Après 12 heures, la maturité du col est réévaluée avec le score de Bishop. Au besoin, un deuxième tampon ou une sonde Foley sont insérés. La sonde de Foley, ou le double ballonnet (Cook®), est une méthode mécanique qui peut offrir l'avantage à la femme de retourner à la maison suite à son insertion. La sonde est maintenue en place pour un maximum de 24 heures. Il est possible que la sonde tombe du col d'elle-même et alors, l'ouverture du col est considérée être à 3 cm, ce qui est favorable au déclenchement (Leduc et al., 2013). Le choix de la méthode pour la maturation du col est basé sur la préférence du médecin. Cependant, dans certaines circonstances, la sonde de Foley est privilégiée par exemple lors d'un retard de croissance intra-utérin où le fœtus serait plus sensible à l'hyperstimulation de la prostaglandine E2 (Leduc et al., 2013). Lorsque la femme se présente avec un score supérieur à 6/10 au moment du déclenchement du travail ou qu'elle obtient ce score suite à l'étape de la maturation du col, le travail est déclenché par la rupture artificielle des membranes, suivie ou non, de l'administration intraveineuse d'ocytocine (Leduc et al., 2013).

Risques du déclenchement

Le déclenchement du travail est une intervention obstétricale à laquelle plusieurs risques peuvent y être associés. Selon la revue systématique de Bonsack et al. (2014), les risques associés au déclenchement du travail consistent en une augmentation d'accouchement instrumental (forceps ou ventouse) et d'hémorragie post-partum et également, de risques pour le nouveau-né, tels qu'une intolérance au travail, une infection et un syndrome de détresse respiratoire. Ces risques sont liés à une durée prolongée du travail. Il y a également un risque que le déclenchement ne fonctionne pas, ce qui est qualifié d'échec du déclenchement du travail. Dans un tel contexte, une césarienne est proposée à la mère, puisque la dilatation du col demeure inchangée et que la durée du travail obstétrical est prolongée sans accouchement (Bonsack et al., 2014).

De façon générale, la durée du travail des femmes qui ont un déclenchement est plus longue que celles qui ont eu un travail spontané nonobstant la race, l'obésité maternelle, la macrosomie et le score de Bishop à l'admission (Harper et al., 2012). Plus spécifiquement, c'est la longueur de la phase de latence qui influence les risques plus élevés de césarienne, d'hémorragie post-partum, de chorioamniotite, d'intolérance fœtale au travail ou de syndrome de détresse respiratoire néonatal. En effet, selon les résultats d'une étude ayant suivi une cohorte de 10 677 femmes ayant eu un déclenchement du travail, la longueur de la phase de latence semblait proportionnelle aux taux de césarienne, d'hémorragie post-partum et de chorioamniotite (Grobman et al., 2018). Simon et Grobman (2005) ont également observé une augmentation des risques de chorioamniotite et d'hémorragie post-partum si la phase de latence durait plus de 18 heures. Ceci est confirmé par les résultats de l'étude de Kawakita et al. (2016) où, dans leur cohorte rétrospective de 20 000 femmes, les risques de chorioamniotite, d'endométriose et

d'admission du nouveau-né aux soins intensifs néonataux étaient plus importants lorsque la phase de latence durait plus de 12 heures chez les primipares et plus de 15 heures chez les multipares. Ainsi, lors du déclenchement du travail, puisque la phase de latence est souvent plus longue, il y a davantage de risques de vivre de telles complications. Ces risques doivent être pris en considération au moment de commencer un déclenchement du travail, spécialement lorsque l'indication n'est pas médicale.

L'échec du déclenchement du travail

L'échec du déclenchement du travail est un risque potentiel qui est défini comme étant un travail qui n'aboutit pas en accouchement vaginal dans les 24 à 48 heures suivant l'initiation du déclenchement (Langlois et al., 2014). Ainsi, un accouchement par césarienne s'avère nécessaire lorsque la phase de latence est prolongée, s'il y a une dystocie du travail ou un tracé fœtal non rassurant (Gabbay-Benziv et al., 2016). Un minimum de 12 heures d'administration d'ocytocine par voie intraveineuse est souvent nécessaire suivant la rupture des membranes avant de diagnostiquer un échec du déclenchement (Baños et al., 2015; Beckmann, 2007; Gabbay-Benziv et al., 2016; Goetzl, 2014; Grobman et al., 2018; Kawakita et al., 2016; Rouse et al., 2000). Toutefois, certaines études recommandent même d'attendre jusqu'à 24 heures d'administration d'ocytocine après la rupture des membranes avant de diagnostiquer un échec du déclenchement du travail en absence de complications, ce qui permettrait de diminuer le taux de césarienne sans augmenter les risques de chorioamniotite et d'atonie utérine post-partum augmentant les risques d'hémorragie (Schoen et Navathe, 2015). Le diagnostic d'un échec du déclenchement du travail résultant en une césarienne peut ainsi dépendre des critères établis par les médecins.

Ce sont entre 4 et 33% des déclenchements du travail qui ne fonctionnent pas et qui résultent en une césarienne (Baños et al., 2015). Le taux d'échec ne semble pas tributaire de la

méthode de maturation du col utilisée durant le déclenchement. En effet, le taux d'échec de 16% est rapporté pour les femmes qui ont expérimenté un déclenchement par double ballonnet et de 14% pour celles dont les prostaglandines ont été utilisées (Boyon et al., 2014). Lors d'un col défavorable au moment du déclenchement (score de Bishop de moins que 6/10), la probabilité d'avoir un accouchement vaginal est moindre (Leduc et al., 2013). Un score entre 0 et 3 risque davantage de résulter en un échec du déclenchement du travail ou en césarienne (Leduc et al., 2013). Lorsque la femme se présente avec un score supérieur à 6/10, elle a davantage de chances d'avoir un accouchement vaginal, qu'elle soit primipare ou multipare.

Expérience du déclenchement du travail

Quelques études ont examiné l'expérience des femmes dans le contexte d'un déclenchement du travail, mais ne spécifient pas si le déclenchement a fonctionné ou non (Austin et al., 2006; Brown et Furber, 2015; da Silva Lima et al., 2016; Gatward et al., 2010; Heimstad et al., 2007; Henderson et al., 2013; Jay et al., 2018b, 2018a; Moore et al., 2014; Murtagh et al., 2014; Shetty et al., 2005; N. R. Stevens, 2012; Westfall et al., 2004). Les résultats de ces études seront présentés selon les facteurs du modèle biopsychosocial de la satisfaction globale de l'accouchement de Stevens (2012), le modèle retenu pour la présente étude.

La congruence entre le désir de contrôle et le contrôle perçu au moment de l'expérience du déclenchement du travail

Dans le contexte de l'accouchement, le contrôle perçu envers l'expérience peut être considéré comme la mesure par laquelle la mère pense que ses actions ont influencé la naissance et l'accouchement (Stevens, 2012). Le désir du contrôle est individuel à chaque femme. Certaines femmes se sentent vulnérables quant à leur expérience et deviennent passives et ont différé toutes les décisions à leur médecin (Matthews et Callister, 2004). Il semble y avoir une

corrélation entre le sentiment d'être en contrôle de l'expérience de l'accouchement et la perception positive ou négative de celle-ci (Stevens, 2012). Par exemple, le sentiment de ne pas être en contrôle de l'expérience peut résulter en une expérience d'accouchement négative (par exemple un syndrome post-traumatique) (Stevens, 2012). Le niveau de satisfaction des femmes à l'égard de leur accouchement est donc lié au rapport entre le désir de contrôle et le niveau de contrôle perçu (Stevens, 2012).

L'indication du déclenchement pour une grossesse post-terme représente à peu près 50% de tous les accouchements et ainsi plusieurs études se sont concentrées sur cette expérience (Austin et al., 2006; Schwarz et al., 2016). Westfall et Benoit (2004) ont entrepris des entretiens avec 23 femmes après leur accouchement afin de mieux comprendre l'expérience du déclenchement du travail dans le cadre d'une grossesse post-terme dans une étude qualitative. Le désir de contrôle est souvent un enjeu dans la grossesse post-terme, puisqu'il s'agit d'une balance entre attendre le début du travail naturellement ou provoquer l'accouchement. Plusieurs participantes n'ont pas perçu que leur grossesse post-terme était un problème médical, mais plutôt que leurs symptômes physiques liés à la grossesse étaient dérangeants. La grossesse post-terme inquiétait davantage leurs professionnels de santé, leurs amis et leurs familles qu'elles-mêmes. Elles ressentaient la pression de ces derniers à utiliser des méthodes naturelles ou d'avoir recours à un déclenchement du travail, alors que la plupart des participantes préféraient que le travail débute naturellement. Plus de 95% d'entre elles auraient poursuivi la grossesse si les suivis anténataux (échographies et tests de réactivité) étaient normaux. La plupart des participants ont essayé de contrôler par elles-mêmes le déclenchement de leur accouchement en utilisant des remèdes naturels pour stimuler le travail, par exemple avec des relations sexuelles ou l'huile de ricin. Plusieurs des femmes ont exprimé leur insatisfaction à ce que le travail soit

déclenché médicalement, peut-être justement à cause d'une perte de contrôle envers leur désir d'accouchement naturel. Quant à leurs expériences, le déclenchement du travail était associé à un travail plus court, mais plus intense en termes de force et fréquence des contractions (Westfall et al., 2004).

Une autre étude qualitative a exploré l'expérience spécifique de la grossesse post-terme chez les primipares toujours dans le contexte du déclenchement du travail (Gatward et al., 2010). Plusieurs éléments comme le stress d'une grossesse post-terme et les suivis durant la phase antépartum contribuent à un sentiment de perte de contrôle de leur expérience et une expérience négative du déclenchement du travail. Dix-huit des participantes qui ont eu un déclenchement du travail ont indiqué qu'elles étaient contentes de la fin de la grossesse, mais qu'elles auraient également souhaité laisser leur corps et leur bébé décider d'être prêts à accoucher. En ayant un déclenchement du travail, elles ont dû renoncer à leurs attentes envers leur accouchement idéalisé, c'est-à-dire un accouchement naturel. Elles étaient souvent conscientes de la médicalisation de l'accouchement qu'elle allait vivre en plus de la cascade d'interventions possibles, telles qu'une épidurale, un accouchement instrumental ou une césarienne. Ceci pouvait évidemment avoir un impact sur leur perception de contrôle de leur expérience. Elles avaient également peur de l'impact du déclenchement sur leur bébé et leur corps, mais lors de la naissance de leur enfant, ces peurs se sont dissipées. Ainsi, la naissance d'un bébé en santé pourrait en quelque sorte effacer leur expérience négative. Elles ont également ciblé un manque d'informations personnalisées concernant le processus du déclenchement ce qui pourrait potentiellement avoir un impact sur le contrôle perçu de leur expérience (Gatward et al., 2010). Les participantes ont mentionné un manque d'informations et de préparation envers leur déclenchement du travail nécessaires pour gérer leurs attentes, mais Gatward et al. (2012) n'ont

pas identifié spécifiquement quelles étaient ces informations. Il serait alors pertinent d'identifier quelles seraient les informations nécessaires pour permettre aux femmes de mieux gérer leurs attentes.

Un facteur important dans la perception de contrôle sur la décision de procéder au déclenchement du travail ou durant le travail est le processus décisionnel partagé entre la femme et le professionnel de la santé. Dans une étude quantitative américaine sur le processus décisionnel, 64% des femmes ont indiqué qu'elles étaient impliquées par leur professionnel de la santé dans ce processus (Attanasio et al., 2018). Cependant, celles qui rapportaient être moins impliquées dans le processus décisionnel faisaient partie de façon disproportionnée dans des groupes minoritaires ethniques et raciaux, étaient moins éduquées et n'avaient pas d'assurance privée. Il faut ainsi se demander les raisons que les femmes appartenant à des groupes sociaux minoritaires ont une perception moindre de contrôle sur leur expérience. De plus, Attanasio et al. (2018) ont indiqué que le processus décisionnel partagé était proportionnellement lié à la satisfaction de l'accouchement. Tel que rapporté précédemment, le processus décisionnel peut également être influencé par des caractéristiques du travail et de l'accouchement soit la douleur, la fatigue et l'accès à l'information (Matthews et al., 2004).

La congruence entre les attentes de la mère et le déroulement du déclenchement du travail

Lors des accouchements, les femmes ont souvent un plan de naissance et des préférences quant aux interventions qu'elles souhaitent recevoir durant l'accouchement (Lowe, 2007). Certaines femmes vivent des grossesses à risque qui sont très médicalisées tandis que d'autres doivent avoir des déclenchements en fin de grossesse, par exemple une grossesse post-terme ou rupture prolongée des membranes. Dépendant des contextes, les futures mères peuvent être plus ou moins préparées à l'éventualité de vivre un déclenchement du travail.

Selon une étude qualitative avec un approche naturaliste et d'investigation interprétative de Lincoln et Guba, 12 femmes vivant une grossesse à risque, plusieurs ont vécu cette épreuve avec beaucoup de peur, d'insécurité et de stress (Price et al., 2007). En effet, la présence de complications durant la grossesse était une expérience stressante et teintée d'incertitude pour les femmes et leurs familles (Price et al., 2007). Ainsi, pour ces femmes, avant même la procédure du déclenchement planifié, elles étaient généralement plus préoccupées par la santé de leur nouveau-né, particulièrement dans le contexte d'une grossesse à risque (Oliveira et Mandú, 2015). Aussi, ces femmes avaient davantage de préoccupations envers les interventions qu'elles allaient possiblement expérimenter que les femmes n'ayant pas vécu une grossesse à risque (Henderson et al., 2013). Souvent, elles avaient des difficultés à s'investir dans la grossesse à cause d'une perte de contrôle envers leur expérience (Price et al., 2007). Cependant, ces femmes s'attendaient à avoir un déclenchement de leur travail et elles ont pu en effet s'y préparer davantage (Price et al., 2007).

Dans une étude quantitative avec un questionnaire à questions ouvertes conduite en Nouvelle-Zélande, 79 femmes qui ont eu un déclenchement du travail ont indiqué qu'elles avaient principalement reçu des informations sur le déclenchement du travail par leur professionnel de la santé (74% des 79 participantes; Austin et Benn, 2006). Lorsque les femmes ont été questionnées sur les raisons à propos desquelles elles avaient eu un déclenchement, certaines d'entre elles ont répondu que leurs professionnels de la santé avaient pris la décision et qu'elles leur faisaient confiance (Austin et al., 2006; Jay et al., 2018b). Les femmes ont aussi indiqué que la sécurité du nouveau-né justifiait le déclenchement et que les professionnels de la santé utilisaient cette indication pour les convaincre d'avoir un déclenchement au lieu de présenter les avantages et les inconvénients (Jay et al., 2018b). Dans l'étude quantitative de

Shetty et al. (2005), 157 des 450 participantes (34,7%) ayant répondu à un sondage en lien avec leurs perceptions, attentes et leur satisfaction face au déclenchement du travail ont énoncé être insatisfaites de l'information qu'elles avaient reçue à propos du déclenchement. Cette insatisfaction venait du fait qu'elles estimaient ne pas avoir eu les informations nécessaires leur permettant de prendre une décision éclairée ou qu'elles avaient de fausses croyances envers le processus de déclenchement liées au manque d'informations données par les professionnels de la santé. Par exemple, 27,2% des femmes s'attendaient à accoucher dans les 12 heures suivant le début du déclenchement (Shetty et al., 2005). Austin et Ben (2006) ont également conclu que la participation des femmes au processus décisionnel était limitée lors du déclenchement du travail dans leur étude. Les participantes ont indiqué qu'elles avaient reçu peu d'informations sur les effets négatifs ou les risques du déclenchement (Austin et al., 2006). Jay et al. (2018a) ont indiqué que, pour la plupart des participantes, peu importe l'indication, le déclenchement était présenté comme une pratique de routine avec peu ou pas d'opportunité de discussion sur la procédure, les effets secondaires, ainsi que les alternatives possibles. Il semble alors intéressant de se demander comment ce manque d'informations peut influencer les attentes de la femme envers son expérience.

Peu importe si les femmes s'attendaient à un déclenchement ou non, ou vivaient une grossesse à risque ou non, elles se préparaient à leur accouchement. Leurs principales sources d'informations liées à leur grossesse proviennent de leur entourage, soit les professionnels de la santé, leur mère ou leurs proches et elles se créent un plan de naissance qui représente leurs attentes envers l'accouchement en général (Cook et Loomis, 2012). La participation aux cours prénataux semblent augmenter les taux de satisfaction des femmes envers leur accouchement, puisqu'il s'agit d'un point d'accès à des informations et offre également un réseautage avec des

pairs, des sources qui peuvent orienter leurs attentes (Waldenstrom et al., 2004). Cependant, si la femme vit un déclenchement du travail, ce plan de naissance doit être modifié, car il ne peut plus s'aligner avec l'idéologie initiale (par exemple un accouchement en maison de naissance). Les changements drastiques dans le plan de naissance de la mère étaient les plus dévastateurs selon les résultats de l'étude qualitative de Cook et Loomis (2012). Dans cette étude descriptive avec une approche narrative de l'expérience de 15 femmes sur leur accouchement, trois facteurs pouvant causer le plus de changements dans leur plan de naissance ont été identifiés, soit l'équipe présente durant l'accouchement (sage-femme vs obstétricien) et l'endroit où se déroulait la naissance (à domicile, en maison de naissance ou à l'hôpital), le type de gestion de la douleur et l'usage d'interventions médicales et la durée de l'hospitalisation et la qualité des soins. L'insatisfaction des soins et la perception négative de l'expérience d'accouchement étaient ainsi, pour ces femmes, reliées avec les changements de leurs attentes initiales ainsi que le contrôle qui leur étaient conférés à vivre ou non ces changements (Cook et al., 2012).

La congruence entre les besoins de soutien et le soutien perçu de la femme vivant un déclenchement du travail et la qualité des soins

La satisfaction ou l'insatisfaction de l'expérience du déclenchement du travail est liée à la congruence entre les besoins de soutien et le soutien perçu par la parturiente ceci inclus le soutien reçu de son entourage et des professionnels de la santé. Menhart et Prosen (2017) ont étudié la satisfaction de l'accouchement avec un questionnaire administré à 300 nouvelles mères. Le soutien offert par le professionnel de la santé qui était présent durant l'accouchement était le principal facteur contribuant à une expérience d'accouchement positive. En particulier, le soutien et la communication par le professionnel de la santé étaient une des principales sources d'insatisfaction dans l'expérience de ces femmes (Menhart et Prosen, 2017). Par exemple, les

femmes sentaient qu'elles n'étaient pas comprises par les infirmières lorsqu'elles expliquaient leur douleur (Brown et Furber, 2015). Dans le cas contraire, une excellente communication avec le professionnel de la santé correspondait à une plus grande satisfaction de l'accouchement (Menhart et al., 2017). Le manque de compréhension et de soutien durant le déclenchement était des sources de déception, de démoralisation et de frustration chez ces femmes (Brown et al., 2015). De plus, l'expérience du suivi prénatal pouvait également venir influencer leur expérience du travail et de l'accouchement. Si, par exemple, elles avaient ressenti que peu de temps leur était alloué durant les suivis prénataux et qu'elles n'avaient pas reçu toutes les informations pertinentes ainsi que le soutien émotionnel et les réponses à leurs questions, elles étaient plus insatisfaites de leur expérience (Waldenström, Hildingsson, Rubertsson et Rådestad, 2004). Ainsi, il serait important de considérer les besoins de soutien dans toutes les étapes du déclenchement du travail, dont la phase antépartum.

Lors du déclenchement du travail, il peut parfois y avoir un manque de congruence entre leur désir de soutien des professionnels et le soutien obtenu par les femmes. Une pénurie de professionnels de la santé semble être un facteur précipitant à l'insatisfaction des femmes vivant un déclenchement du travail qui peut-être variable entre les centres hospitaliers (Henderson et Redshaw, 2013). Découlant de cette problématique, les femmes sentaient parfois qu'elles étaient laissées seules et que le soutien était manquant. Cette pénurie des soins peut également être liée à l'organisation des soins, en particulier durant la phase de préparation du col qui se déroule dans l'unité des soins antépartum où la disponibilité du personnel est moindre (Henderson et al., 2013). Dans une étude phénoménologique de sept femmes ayant eu un déclenchement de travail, il a été observé que de débiter le processus du déclenchement dans l'unité antépartum influençait spécifiquement le contrôle des femmes en lien avec leur expérience d'accouchement,

puisqu'elles avaient moins accès aux professionnels de la santé que dans la salle d'accouchement (Brown et al., 2015). Elles sentaient ainsi un manque de congruence entre leur désir de soutien des professionnels et le soutien qu'elles obtenaient.

La présence, l'encouragement, la continuité des soins et l'expertise des infirmières dans la salle d'accouchement ont souvent été cités comme étant très importants pour les femmes en travail (Matthews et al., 2004). Dans cette étude qualitative descriptive de l'expérience d'accouchement, plusieurs mères ont indiqué qu'une attention personnelle et positive était la plus aidante pour elles en termes de soins donnés par les infirmières, ce qui maintenait leur dignité envers leur expérience. Elles ont été surprises de constater l'importance du rôle infirmier alors qu'elles s'attendaient que les médecins seraient plus présents lors de leur travail et accouchement.

Une revue systématique a évalué l'impact du soutien continu durant le travail et l'accouchement (professionnel de la santé et accompagnatrice à la naissance; Bohren et al., 2017). Le soutien continu étati défini comme une combinaison de méthodes de confort, de soutien émotionnel, d'informations reçues et façon d'être par des professionnels de la santé ou des accompagnatrices à la naissance formées à cet effet selon ces chercheurs. Les femmes qui ont reçu un soutien continu ont davantage accouché par voie vaginale, avaient moins de sentiments négatifs vis-à-vis leur expérience et avaient recours à moins d'anesthésie péridurale. Ainsi, si une femme est accompagnée par une personne de confiance comparativement à aucun compagnon durant le travail, le soutien d'un membre de la famille ou d'un ami semble augmenter la satisfaction dans son expérience (Bohren et al., 2017). Cette étude n'illustre pas uniquement les points forts d'avoir un soutien continu, mais également l'importance de la qualité

du soutien par rapport à la satisfaction de l'accouchement et ne doit pas être négligé dans la considération de l'expérience de la parturiente.

Les caractéristiques du travail et de l'accouchement lors d'un déclenchement du travail

Certaines études ont évalué l'expérience des femmes face au déclenchement du travail selon la méthode utilisée. Kehl et al. (2013) ont investigué la satisfaction et l'acceptabilité des femmes lors de l'utilisation du ballon-double (Cook®) et d'une préparation de misoprostol orale comme méthodes de déclenchement. Bien que la préparation de misoprostol orale ne soit pas utilisée dans le contexte québécois, cette étude randomisée démontre néanmoins l'expérience du déclenchement du travail avec le ballon-double. Les participantes ont mentionné que l'insertion du ballon-double n'était pas confortable, mais une fois installée, 70% d'entre elles n'ont pas été importunées ou inconfortables et ont même rapporté une satisfaction en lien avec l'accouchement. Les femmes de cette étude ont cependant précisé qu'elles avaient une bonne relation avec les professionnels de la santé et qu'elles étaient impliquées dans le processus décisionnel, contrairement aux témoignages évoqués dans d'autres études. Ainsi, la relation avec le professionnel de la santé pourrait être plus importante que l'expérience physique de la femme elle-même. Les chercheurs indiquent également que la méthode utilisée pour le déclenchement est qu'un seul aspect de l'expérience et n'est pas un déterminant majeur de l'expérience globale (Kehl et al., 2013).

Comparé à la méthode du ballonnet-double ou sonde de Foley, le dispositif intravaginal cause des contractions douloureuses qui peuvent être associées à une hyperstimulation utérine (Alfirevic et al., 2016). Cette hyperstimulation utérine peut causer une hypoxie fœtale (Langlois, 2014), ce qui peut être une source de stress et une expérience négative pour la mère et sa famille. Cette complication n'est pas nécessairement expliquée aux mères (Brown et al., 2015). Peu

d'études ont exploré les perspectives des femmes lors d'un déclenchement de travail spécifiquement avec la méthode du dispositif intravaginal, alors que cette méthode est fréquemment utilisée au Québec lors du déclenchement du travail (Alfirevic et al., 2016; Goetzl, 2014).

Dans certaines circonstances, telles que les grossesses post-terme, les femmes peuvent retourner à la maison, suite au déclenchement, en attendant que le travail devienne plus actif. D'une manière générale, les femmes se disent davantage satisfaites de leur expérience du déclenchement à la maison en comparaison avec les femmes ayant leur déclenchement à l'hôpital (Amorosa et Stone, 2015; Reid et al., 2011; Smith, 2017; Turnbull et al., 2013). Dans une étude randomisée de Biem, Turnell, Olatunbosun, Tauh et Biem (2003), les chercheurs ont noté que, dans leur cohorte de 300 femmes (150 dans le groupe à la maison et 150 dans le groupe à l'hôpital), 56% des femmes ayant vécu le déclenchement à la maison étaient satisfaites du déclenchement, comparativement à 39% des femmes dont le déclenchement s'est déroulé à l'hôpital. Les femmes ont aimé l'option de retourner à la maison, cette dernière étant perçue comme un environnement sécuritaire et rassurant, offrant une plus grande liberté, tandis que l'hôpital était perçu comme un environnement plus contraignant (Reid et al., 2011). Les femmes n'étaient pas plus anxieuses à la maison et avaient même davantage d'anxiété lorsqu'elles étaient hospitalisées (Amorosa et al., 2015; Turnbull et al., 2013). Une revue de la littérature et une étude randomisée ont rapporté que certaines femmes exprimaient une certaine appréhension à retourner à la maison pour débiter le processus du déclenchement (Smith, 2017; Turnbull et al., 2013). Certaines femmes avaient des préoccupations envers leur sécurité, puisqu'elles n'étaient plus en centre hospitalier (Smith, 2017). L'anxiété et l'incertitude étaient des réactions

communes chez ces femmes. Cependant, l'expérience globale du déclenchement du travail à la maison était davantage positive que pour les femmes dont le déclenchement a été fait à l'hôpital.

Les procédures et les interventions associées au processus du déclenchement du travail sont également une source d'insatisfaction chez les femmes. En effet, chez dix participantes, selon une approche qualitative descriptive, la majorité d'entre elles auraient souhaité un accouchement plus naturel avec moins d'interventions (da Silva Lima et al., 2016). Ces résultats sont en lien avec certains autres écrits qui rapportent le fait que les femmes qui vivent un déclenchement du travail trouvent l'accouchement plus douloureux en raison des interventions obstétricales qui en découlent (Austin et al., 2006; Henderson et al., 2013). En ce sens, elles demandent l'épidurale plus fréquemment pour gérer la douleur, ce qui renforçait leur insatisfaction à ne pas avoir un accouchement plus naturel (Hildingsson et al., 2011). Donc, des procédures médicales telles que l'utilisation d'une péridurale, le déclenchement du travail, la stimulation du travail (par l'ocytocine), un accouchement par instrumentation (forceps, ventouse), une césarienne d'urgence et la dystocie du travail pouvaient contribuer à une expérience négative (Waldenstrom et al., 2004).

Bref, l'expérience des femmes qui vivent un déclenchement du travail a été relativement bien explorée. En revanche, cette expérience n'a pas été étudiée spécifiquement lors d'un échec du déclenchement du travail où des enjeux spécifiques, tels qu'une césarienne d'urgence, s'additionnent.

Expérience de la césarienne d'urgence ou non planifiée

Lorsque l'accouchement ne se produit pas de manière attendue, les femmes sont davantage affectées par la fatigue, la douleur et les effets secondaires des médicaments (Armstrong et Kenyon, 2017). Elles délèguent parfois le processus décisionnel d'avoir recours à

une césarienne à leurs médecins, surtout lorsque ceux-ci justifient le besoin de cette intervention pour la sécurité de leur bébé (Armstrong et al., 2017). Il faut aussi noter que les femmes qui accouchent par césarienne ont moins de pouvoir décisionnel face à la situation, puisque cette décision doit parfois être prise dans un court délai (Attanasio et al., 2018). En rétrospective, les femmes étaient insatisfaites avec la décision d'avoir une césarienne et auraient voulu qu'on leur présente autant les risques que les avantages possibles lorsqu'interviewées deux semaines postpartum (Armstrong et al., 2017). Les chercheurs suggèrent d'accompagner la femme à un choix logique en considérant des soins personnalisés afin d'offrir une dignité, de la compassion et du respect (Armstrong et al., 2017).

Une césarienne d'urgence peut être associée à une expérience de travail obstétrical et d'accouchement négative (Carquillat et al., 2016; Karlström, 2017; Wiklund et al., 2008). Ces expériences peuvent être associées à des émotions traumatiques et à une insatisfaction de leur expérience (Baston et al., 2008; Boorman et al., 2014). D'ailleurs, même dix ans plus tard, la satisfaction des mères quant à leur accouchement peut être influencée par le mode d'accouchement (Bossano et al., 2017). Lors d'analyses qualitatives de l'expérience des mères d'une césarienne non planifiée, celles-ci ont exprimé des émotions négatives, comme une perte de contrôle, une déception que leur expérience ne se soit pas déroulée comme prévu et une peur pour leur sécurité ainsi que celle de leur bébé (Burcher et al., 2016; Rijnders et al., 2008; Somera et al., 2010). Les émotions positives des femmes étaient de sentir de l'excitation à l'idée de rencontrer leur bébé ainsi qu'une résignation que la situation était nécessaire et souhaitable (Somera et al., 2010; Tully et Ball, 2013). Souvent, les femmes ne considèrent pas, durant la période anténatale, la possibilité d'avoir une césarienne et, le fait que celle-ci soit non planifiée, semble entraîner une baisse de la capacité d'adaptation chez ces dernières en période post-

partum (Armstrong et al., 2017; Weiss et al., 2009). Elles vivent également davantage de troubles d'humeur et d'anxiété à six semaines post-partum (Baas et al., 2017; DeLuca et al., 2014). D'ailleurs, dans une étude randomisée évaluant une intervention pour diminuer le stress post-traumatique de Horsch et al. (2017), 39% des femmes ayant vécu une césarienne d'urgence, avaient développé un trouble de stress post-traumatique à un mois post-partum, même si le bébé était en santé. Une revue systématique a déterminé postcésarienne que 3% des femmes ont développé un stress post-traumatique et entre 9 et 44% d'entre elles ont vécu leur accouchement comme un évènement traumatique (de Graaff et al., 2018). Ceci pourrait être expliqué en partie par le fait que l'accouchement vaginal était perçu par la majorité des femmes comme plus souhaitable qu'une césarienne (Sparks et al., 2015). En effet, les femmes qui ont eu une césarienne percevaient davantage que leur accouchement était un échec et se sentaient moins fières que celles ayant vécu un accouchement vaginal (Kjerulff et al., 2018). Ainsi, l'expérience d'une femme vivant un échec du déclenchement du travail qui résulte en une césarienne peut ne pas correspondre à ses attentes d'un accouchement vaginal. De même, en déléguant le pouvoir décisionnel lors d'une césarienne d'urgence, il y a souvent une perte de contrôle de l'expérience des femmes.

Au sujet de la relation mère-enfant, Chalmers et al. (2010) ont noté, dans une cohorte de 6 421 femmes canadiennes, qu'une césarienne non-planifiée était associée à moins de contacts entre la mère et le nouveau-né et à moins de pratiques favorables à l'allaitement dans les deux heures suivant l'accouchement, comparée à un accouchement vaginal. D'autres études ont montré qu'il y avait un retard dans les liens d'attachement précoces entre la mère et le nouveau-né qui pouvait durer plusieurs semaines et à plus long terme (Herishanu-Gilutz et al., 2009; van Reenen et al., 2013; Zanardo et al., 2016). Ceci pourrait être attribué aux sentiments de

détachement durant la première rencontre avec leur bébé après la césarienne, puisqu'elles interagissent moins rapidement avec celui-ci suivant l'accouchement (Herishanu-Gilutz et al., 2009). La douleur ressentie après la césarienne était également un facteur précipitant des difficultés d'interaction avec le nouveau-né, puisque les mères expriment dépendre de leur entourage et un besoin de soutien et d'assistance qui les rendent davantage impuissantes envers la situation (Herishanu-Gilutz et al., 2009). De plus, lorsque les mères vivent du stress et parfois même un état de stress posttraumatique, elles sont moins disponibles pour leur bébé, ce qui peut avoir un impact sur l'attachement précoce mère-enfant (van Reenen et al., 2013). Ainsi, l'expérience d'une césarienne d'urgence ou est une expérience stressante, souvent difficile à vivre pour les femmes et qui peut avoir des conséquences à court, moyen et long termes.

Ces éléments viennent influencer l'expérience des femmes qui vivent un échec du déclenchement du travail résultant en une césarienne. La complexité de l'expérience résultante de l'expérience du déclenchement du travail et de la césarienne non planifiée justifie le besoin de valider et d'approfondir nos connaissances de l'expérience du déclenchement du travail résultant en césarienne auprès des femmes.

Rôle de l'infirmière dans la salle d'accouchement

Aux États-Unis, les infirmières sont présentes lors de 99% des accouchements (Adams et al., 2008), ce qui est possiblement similaire au Canada, puisque nous avons un contexte de pratique similaire. Lorsque l'accouchement se déroule dans les centres hospitaliers, les infirmières sont omniprésentes lors du travail et de l'accouchement (Adams et al., 2008). Elles détiennent ainsi une position privilégiée afin de soutenir la femme et sa famille. Larouche, Martel et Dufresne (2019) soulignent ainsi le rôle de l'infirmière dans la salle d'accouchement auprès de la femme : « l'infirmière en obstétrique contribue significativement à l'expérience

vécue, à la satisfaction, au sentiment de contrôle, à l'amorce de l'allaitement et aux succès des premières expériences parent-nouveau-né. » (Larouche et al., 2019, p. 62)

Un des rôles principaux de l'infirmière de la salle d'accouchement est lié au soutien continu offert aux femmes. Le soutien continu est défini comme un soutien un-à-un d'une infirmière ou d'une accompagnatrice à la naissance au travers le processus du travail et de l'accouchement (Bohren et al., 2017). La plupart du temps, ce sont les infirmières qui prodiguent un soutien continu. Dans une revue systématique ayant pour but d'évaluer l'impact émotionnel et physiologique du soutien continu auprès des femmes, le soutien continu est associé à un taux plus élevé d'accouchement vaginal, à une utilisation moindre d'analgésie et d'anesthésie, ainsi qu'à une durée moins longue du travail (Bohren et al., 2017). En général, le soutien continu est associé à de meilleures retombées pour la femme et sa famille, telles qu'un travail plus court, plus de chances d'avoir un accouchement vaginal et une diminution du taux d'épidurale (Larouche et al., 2019). Le soutien continu par les infirmières était également associé à une expérience positive d'accouchement et de travail (Bohren et al., 2017). De plus, le modèle biopsychosocial de Stevens (2012) reconnaît que la satisfaction de l'accouchement est liée à la congruence entre la perception du soutien requis et le soutien donné ainsi que l'interaction avec les professionnels de la santé, particulièrement celui des infirmières.

Dans une étude de cohorte prospective de Bryanton, Gagnon, Johnston et Hatem (2008), une expérience positive de la femme est attribuée aux interventions infirmières suivantes : augmenter la relaxation et le contrôle de la patiente envers son expérience, promouvoir le soutien du conjoint ainsi qu'encourager le contact immédiat avec leur bébé après la naissance. Adams et Bianchi (2008) ont identifié, dans leur recension des écrits sur le soutien intrapartum, quatre types d'interventions qui sont utilisées par des infirmières pour soutenir la femme durant le

travail : les mesures de confort, le soutien émotionnel, l'information et la défense des intérêts. Les mesures de confort peuvent inclure le contrôle environnemental, telles qu'ajuster la température de la pièce et l'intensité lumineuse, favoriser l'utilisation de la musique, encourager différents positionnements, ainsi que le massage et l'application de chaud et de froid durant le travail. Ces interventions peuvent diminuer la douleur et permettre à la femme d'être plus confortable. Les différentes interventions au niveau du soutien émotionnel ont pour but d'être avec la mère et d'établir un lien de confiance (Adams et al., 2008). Selon un sondage auprès de 260 nouvelles mères, le soutien émotionnel perçu est le facteur le plus important qui contribuerait à leur satisfaction face à leur expérience d'accouchement (Martin, Nikula, Laukkala et Pölkki, 2015). De plus, encourager, considérer les préférences individuelles, et répondre aux questions honnêtement étaient d'autres interventions émotionnelles utiles, selon les femmes (Martin et al., 2015). La promulgation d'informations a pour but de promouvoir le contrôle de la patiente dans le processus décisionnel lié à l'expérience (Adams et al., 2008). Le savoir-être des infirmières est particulièrement important, puisque cette intervention permet à la femme d'accoucher avec dignité selon Adams et Bianchi (2008). Ceci inclut également d'être sensible aux attentes de la mère malgré la culture obstétricale du centre hospitalier où elles vont accoucher (Adams et al., 2008). La défense des intérêts peut inclure préserver l'intimité de la parturiente, faire preuve d'écoute active et soutenir les décisions du couple, contrôler les visites et respecter le plan de naissance (Larouche et al., 2019)

Des études quantitatives ont évalué l'impact du rôle de l'infirmière lors d'une césarienne d'urgence (Chalmers et Dzakpasu, 2015; Giacobbe et al., 2012; Sigurdardottir et al., 2017). Les femmes qui vivent des césariennes d'urgence ont besoin d'une attention spéciale lors de la récupération post-partum, notamment puisqu'elles expriment souvent le besoin de mieux

comprendre leur expérience (Giacobbe et al., 2012). Le respect, qui vise la dignité de la patiente, l'information qui leur a été donnée, leur rôle dans le processus décisionnel et la compétence des professionnels de la santé jouent un rôle important dans la satisfaction des femmes qui ont eu un accouchement non planifié (Chalmers et Dzakpasu, 2015). Ainsi, il y a un besoin, non seulement d'explorer et d'approfondir le rôle de l'infirmière lors du déclenchement du travail, mais également lors de l'échec du déclenchement du travail résultant en césarienne, puisque cette expérience pourrait potentiellement être vécue difficilement par les mères.

En conclusion, cette recension des écrits a présenté l'état des connaissances actuelles sur le déclenchement du travail qui est une pratique fréquente à l'unité des naissances. L'expérience de la femme qui vit un déclenchement du travail a bien été explorée ainsi que l'expérience de la césarienne d'urgence. Cependant, à ce jour, aucune étude ne semble avoir évalué l'expérience de la femme qui vit un échec du déclenchement du travail, soit un déclenchement du travail qui résulte en césarienne.

Chapitre 3 – Méthodologie

Cette section porte sur la méthodologie utilisée afin de répondre au but et à la question de recherche. Premièrement, le devis, soit un devis qualitatif exploratoire, ainsi que le milieu de l'étude sont décrits. Puis, le déroulement de l'étude est présenté incluant les stratégies de recrutement et la collecte de données. Ensuite, l'analyse des données est abordée. Finalement, les considérations éthiques et les critères de scientificité de l'étude sont discutés.

Devis de recherche

Devis qualitatif exploratoire

Le devis de cette étude, qualitatif exploratoire, a permis d'explorer l'expérience des femmes ayant expérimenté un échec du déclenchement du travail qui a abouti en césarienne. L'étude qualitative permet, par plusieurs approches, d'étudier la vie sociale de l'être humain (Saldaña, 2011). Le choix d'un devis qualitatif était justifié par le désir de donner la parole aux femmes et d'étudier leur expérience particulière (Saldaña, 2011).

Le but de l'étude exploratoire était de comprendre tout ce qui est important à propos d'un sujet, par exemple d'un groupe, d'une activité, d'un processus ou d'une situation, où le sujet lui-même est peu défini (Stebbins, 2001). Ce type de devis permet de mettre en évidence les différentes manifestations d'un phénomène et les processus qui le sous-tendent, surtout lorsque le phénomène est peu exploré ou incompris (Polit, Beck, Loiselle et Profetto-McGrath, 2007). L'aspect exploratoire de cette étude qualitative a permis d'analyser la nature du phénomène selon l'expérience des femmes qui ont vécu l'échec du déclenchement du travail ainsi que les facteurs liés à ce phénomène qui est peu exploré (Polit et al., 2007).

Milieu de l'étude

L'étude s'est déroulée dans un centre hospitalier tertiaire de la région de Montréal. Il s'agit d'un centre spécialisé et de référence pour les grossesses à risque où l'unité mère-enfant comprend 20 salles d'accouchement et 40 lits post-partum. Selon les statistiques les plus récentes, en 2017, le nombre total d'accouchements dans ce centre hospitalier était de 3842 et le taux de déclenchement du travail de 27,3%, ce qui représente une hausse de 5% depuis 5 ans (taux de 22,2% entre 2013 et 2014) (Willett, 2018). Ce taux représente environ 1000 femmes par année qui vivent un déclenchement du travail. Pour ce qui est des césariennes, le taux était de 30,9% en 2017 dans ce centre hospitalier, soit légèrement plus élevé que la moyenne provinciale de 25,1% et la moyenne canadienne de 28,2% pour la même année (Willett, 2018). Il n'y a cependant pas de données disponibles sur le taux d'échec du déclenchement du travail résultant en une césarienne. Toutefois, basé sur les écrits scientifiques, nous pouvons estimer qu'entre 4 et 33% des déclenchements du travail résultent en césarienne (Baños et al., 2015; Leduc et al., 2015), ce qui représenterait, en 2017, environ 30 à 400 femmes au centre hospitalier où s'est déroulée l'étude.

En ce qui a trait aux accouchements et aux processus de déclenchement, deux équipes différentes peuvent assurer le suivi des futures mères, soit une équipe de médecine familiale et une équipe d'obstétriciens-gynécologues. L'équipe de médecine familiale prend en charge le suivi des grossesses à faible risque et peut transférer les soins à l'équipe d'obstétriciens-gynécologues en cas de complications durant la grossesse ou l'accouchement, par exemple lors d'une planification d'une césarienne ou d'une détresse fœtale. Le centre hospitalier est aussi affilié avec une maison de naissance où des sages-femmes assurent le suivi des femmes, mais qui transfèrent les soins de celles-ci à l'hôpital si des complications surviennent pendant

l'accouchement. Quant aux processus de déclenchement, la mère peut être admise à l'unité de soins anténatals ou à la salle d'accouchement pour la préparation du col. Dans le cas des mères qui vivent un échec du déclenchement du travail aboutissant en une césarienne, cette dernière procédure peut se dérouler à l'unité des naissances ou dans une des salles d'opération du centre hospitalier. La même équipe d'obstétriciens-gynécologues est présente, peu importe où se déroule la césarienne, cependant la présence ou non du nouveau-né et du conjoint lors des soins post-anesthésiques peuvent différer dépendamment de l'endroit où la césarienne a eu lieu. Si la césarienne a eu lieu à la salle d'accouchement, les soins post-anesthésiques se déroulent avec le nouveau-né et le conjoint, tandis que si la césarienne a lieu dans une salle d'opération, les soins post-anesthésiques se déroulent dans une salle de réveil commune de l'hôpital sans le nouveau-né et le conjoint. Dans ce dernier cas, la mère et son nouveau-né peuvent être séparés pendant une durée qui varie de 1 à 2 heures avant de pouvoir être réunis. Dans ce cas, cette séparation peut engendrer les limites suivantes : diminuer la durée du peau-à-peau et retarder l'initiation de l'allaitement. Une fois à l'unité post-partum, la mère est hospitalisée pendant 48 heures pour ensuite obtenir son congé.

Profil des participantes

Cette section présente la taille et la stratégie d'échantillonnage incluant les critères d'inclusion et d'exclusion ainsi que les démarches de recrutement des participantes.

Taille et stratégie d'échantillonnage

La taille de l'échantillon prévue était de 6 à 10 femmes. Le nombre prévu de participantes permettait ainsi de respecter les recommandations de Malterud, Siersma et Guassora (2015) en lien avec les études exploratoires. Selon ces auteurs, les facteurs suivants ont été pris en considération pour déterminer la taille de l'échantillon de la présente l'étude: a) la portée

restreinte du but de l'étude, et b) la spécificité de l'expérience des femmes qui vivent un échec de déclenchement du travail. De plus, le nombre total de participantes recrutées devait être ajusté selon la richesse des entretiens et visait à obtenir une redondance dans les thèmes soulevés (Malterud et al., 2015; Polit et al., 2007). Les participantes ont été sélectionnées en utilisant un échantillonnage par choix raisonné.

Critères d'inclusion. Pour être sélectionnées, les participantes devaient être primipares ou multipares et avoir vécu un échec du déclenchement du travail résultant en césarienne. De plus, elle devaient :

- (1) Être âgées de 18 ans ou plus.
- (2) Parler et lire le français ou l'anglais.

Dans le but d'obtenir des cas représentatifs de l'expérience à l'étude, des primipares et des multipares étaient sélectionnées afin d'inclure des participantes avec diverses expériences. Dans le contexte où les grossesses à l'adolescence sont des expériences spécifiques, les participantes devaient être âgées de plus de 18 ans. Les participantes devaient parler et lire le français ou l'anglais pour comprendre le formulaire de consentement et permettre les entretiens avec l'étudiante-chercheuse qui est bilingue. Au moment du recrutement, les participantes devaient être hospitalisées à l'unité post-partum (durée typique de 48 heures).

Critères d'exclusion. Les participantes qui avaient les caractéristiques suivantes ne pouvaient pas participer dans l'étude:

- (1) Avoir eu une grossesse à risque ayant nécessité une hospitalisation anténatale prolongée.

(2) Avoir donné naissance à un nouveau-né nécessitant une admission aux soins intensifs néonataux.

(3) Avoir expérimenté un déclenchement de travail indiqué pour un décès intra-utérin ou une mortinaissance durant le déclenchement.

(4) Avoir un problème de santé mentale sévère qui interférerait avec la participation à l'étude ou l'obtention d'un consentement éclairé.

Ces critères d'exclusion ont été retenus, car ils pouvaient influencer l'expérience du déclenchement du travail ainsi que leur compréhension de l'étude.

Le déroulement de l'étude

L'identification des participantes potentielles a été réalisée par l'étudiante-chercheuse avec la collaboration des gestionnaires et des infirmières soignantes de l'unité post-partum. L'étudiante-chercheuse a initialement identifié des participantes potentielles par la consultation du registre des admissions des naissances afin de répertorier celles qui avaient eu un déclenchement du travail résultant en césarienne. L'infirmière de l'unité post-partum a vérifié que la participante potentielle répondait aux critères d'inclusion et d'exclusion en consultant le dossier de la participante-potentielle. L'approche auprès des mères a ensuite été réalisée approximativement 24 heures après leur césarienne afin de leur permettre d'avoir un moment de répit et d'assurer que le premier contact et le premier allaitement avec leur nouveau-né avaient eu lieu. L'infirmière de l'unité post-partum a ensuite demandé à la participante potentielle si elle serait intéressée à participer à l'étude et si elle désirait obtenir d'autres informations au sujet de cette recherche. Si oui, l'étudiante-chercheuse présentait brièvement son projet d'étude aux participantes et leur remettait le formulaire de consentement qui contenait des précisions au sujet

de l'étude (Annexe B). Puis, une période de réflexion d'une durée variable déterminée par les participantes potentielles était accordée afin qu'elles lisent le formulaire de consentement et de décider si elles voulaient participer ou non à l'étude.

Après la période de réflexion, l'étudiante-chercheuse a rencontré de nouveau les participantes potentielles. Afin d'assurer une bonne compréhension du projet et un consentement libre et éclairé, des informations précises ont été discutées avec les participantes, soit a) durée estimée de l'entretien d'environ 30 minutes; b) le lieu où se déroulerait l'entretien (chambre ou bureau privé dans l'unité post-partum, ou domicile selon la préférence de la participante); c) le déroulement de la collecte de données par enregistrement audio de l'entretien; d) la conservation des données de recherche sur une clé USB sécurisée, ainsi que l'anonymat des données confidentielles.

Par la suite, les participantes ont été encouragées à poser des questions. La possibilité de participer ou non à l'étude et de se retirer en tout temps pendant l'entretien a également été discutée. De plus, les participantes ont été informées que si elles refusaient de participer à l'étude cela n'influencerait pas les soins qu'elles recevaient ni ceux reçus par leur nouveau-né. Si la participante acceptait de participer à l'étude, le formulaire de consentement était signé avec l'étudiante-chercheuse. La copie originale du formulaire du consentement était remise à la participante et une photocopie de la page signature était conservée par l'étudiante-chercheuse. Enfin, le meilleur moment pour mener l'entretien était déterminé conjointement avec la participante.

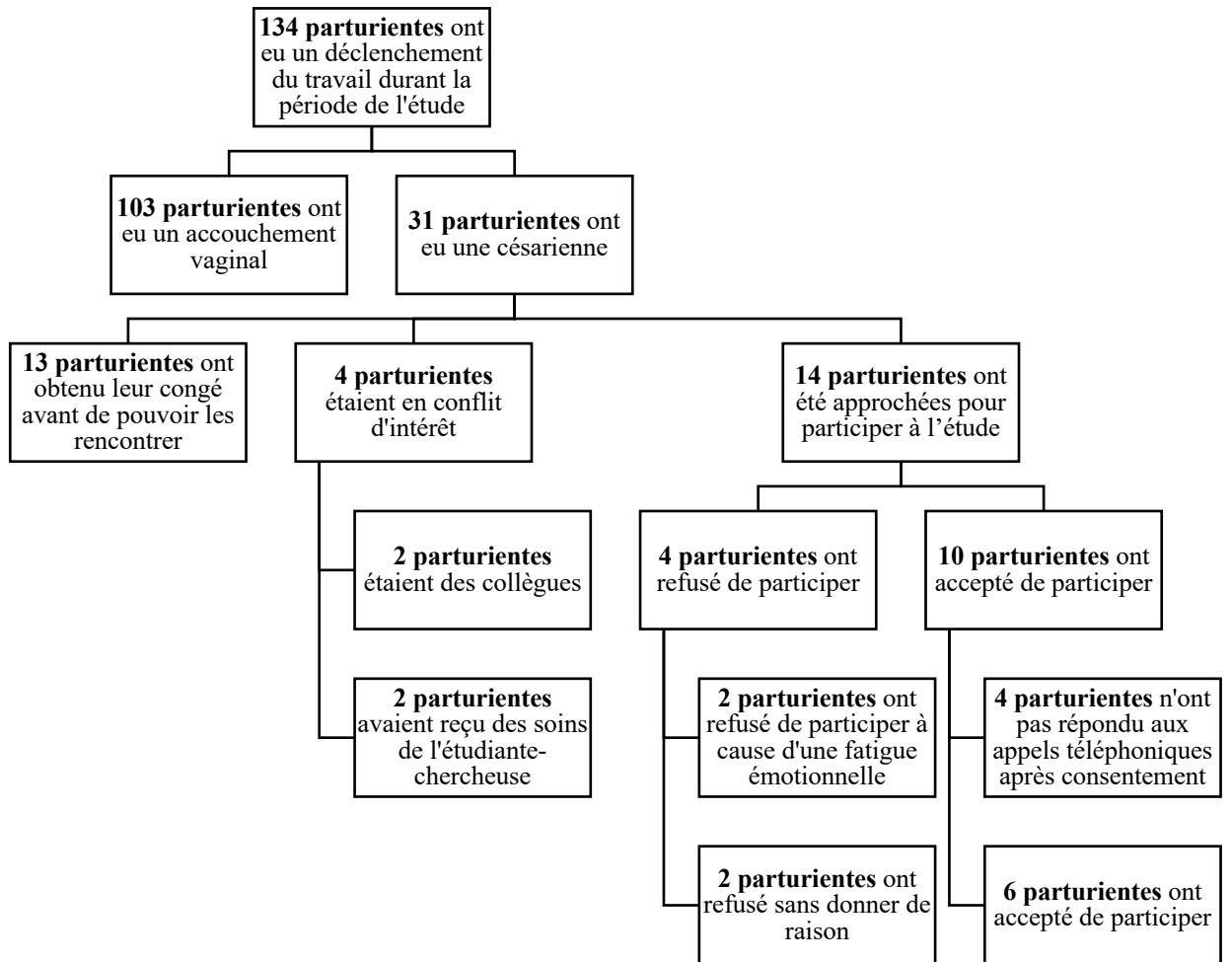
L'échantillon

Le recrutement a eu lieu entre le 13 janvier et le 2 mars 2020⁴. Durant la période de recrutement, 134 parturientes ont eu un déclenchement du travail (Voir Figure 2). Des 134 parturientes, 31 d'entre elles ont eu une césarienne suivant le déclenchement du travail représentant un taux d'échec du déclenchement du travail de 20%. Au total, 14 parturientes ont été approchées et parmi ces dernières, six participantes ont accepté de participer à l'étude. Quatre participantes ont refusé de participer à cause d'une fatigue émotionnelle ou sans donner de raison. Quatre participantes, après avoir donné leur consentement, n'ont pas répondu au suivi téléphonique. Une de ces participantes a été réhospitalisée pour de la haute pression la rendant inadmissible à l'étude. Considérant la richesse des données obtenues, il a été déterminé que cet échantillon était suffisant (Malterud et al., 2015).

⁴ Le recrutement a pris fin en raison de la pandémie de covid-19. Il n'aurait pas été considéré éthique de poursuivre le recrutement et la collecte de données dans ces conditions exceptionnelles. De plus, les activités de recherche et de collecte de données de l'Université de Montréal ont été suspendus empêchant la continuation du projet-étude.

Figure 2

Algorithme du Recrutement des Participantes



La collecte de données

Afin de procéder à la collecte des données, différents outils ont été utilisés. Tout d'abord, un questionnaire sociodémographique a été rempli par l'étudiante-chercheuse en collaboration avec les participantes. Ce questionnaire a permis de recueillir l'âge des participantes, leur nombre de grossesses antérieures avec des précisions sur l'âge gestationnel et leur nombre d'enfants vivants, la raison pour le déclenchement du travail, leur nombre de semaines de grossesse au moment du déclenchement, la durée du déclenchement du travail, ainsi que le dernier niveau de scolarité complété (Annexe C). Ce questionnaire a été rempli dès les premières minutes de l'entretien afin d'établir un lien avec la participante.

Dans un deuxième temps, un guide d'entretien basé sur la recension des écrits et le modèle de Stevens (2012) a été élaboré (Annexe D). Le format semi-dirigé du guide d'entretien a permis aux participantes de verbaliser leur expérience et a encouragé l'expression individuelle de leur expérience. De plus, le guide a évolué au fur et à mesure des entrevues pour bien saisir la globalité de l'expérience des femmes et le contenu a été adapté selon les besoins informationnels ciblés dans l'étude. La durée moyenne des entretiens a été de 29 minutes.

Dans un troisième temps, directement après les entretiens, des notes de terrain ont été écrites dans un journal de bord par l'étudiante-chercheuse telles que l'impression générale et des détails essentiels à la compréhension de l'entretien. Les notes de terrain ont aussi inclus des précisions relevées dans les dossiers médicaux des participantes comme la durée du travail, les interventions médicales et infirmières durant le travail et l'accouchement, ainsi que le déroulement général de l'accouchement. Ces données ont servi à la triangulation des données et ont permis de compléter les transcriptions des entretiens, en plus de valider le déroulement du travail et de l'accouchement des participantes.

Les entretiens se sont tous déroulés à la première journée post-césarienne des participantes. Selon la revue systématique de Hodnett (2002), il est cohérent avec les études antérieures que l'entretien se déroule durant l'hospitalisation. Toutes les patientes ont mentionné qu'elles étaient trop fatiguées ou trop éprouvées par la situation pour procéder à l'entretien la journée même de la naissance (J0). La journée du congé posnatal n'était également pas un moment idéal (J2) puisque les familles étaient anxieuses de retourner à leur domicile. Quant à l'endroit de l'entretien, toutes les mères ont choisi de rester dans leur chambre de l'unité post-partum (deux étaient dans des chambres privées et quatre dans des chambres semi-privées) et des mesures ont été mises en place, telle qu'une distanciation physique avec les voisins de chambre, pour assurer la confidentialité de l'entretien dans les chambres semi-privées. Également, toutes les mères ont opté pour que leur conjoint soit présent durant l'entretien. Tous les conjoints (sauf pour une participante) ont apporté des précisions importantes lors des entretiens surtout lorsque les participantes ne se souvenaient pas de certains éléments ou moments vécus.

Les entretiens semi-dirigés ont été enregistrés de façon audio avec l'autorisation des femmes. Par la suite, les enregistrements audios ont été retranscrits et des pseudonymes ont été attribués dans les transcriptions afin d'assurer la confidentialité des participantes et de leur conjoint le cas échéant. Les entretiens ont été enregistrés et leur transcription, sous forme de verbatim, a été réalisée entièrement par l'étudiante-chercheuse. Une mise en commun des données sociodémographiques, des notes des dossiers médicaux ainsi que des notes terrains de chaque entretien ont été classées sous forme de tableau dans un fichier EXCEL. Comme mentionné précédemment, toutes les données ont été sauvegardées sur une clé USB avec la protection d'un mot de passe.

Le processus d'analyse de données

Une analyse thématique a été réalisée à partir des transcriptions d'entretien selon les six phases de l'analyse thématique de Braun et al. (2019). Le processus est décrit dans les prochaines sections.

La familiarisation avec les données

La première étape consistait à se familiariser avec les données, ce qui consiste à lire et à se questionner sur le contenu de la transcription (Braun et al., 2019). Ce processus a été accompli au fur et à mesure que les entretiens se sont déroulés afin de formuler un début d'analyse et de se familiariser avec les données. Cette étape a également été réalisée en lisant et relisant les transcriptions. Les transcriptions ont été lues à plusieurs reprises, jusqu'à ce que des liens entre les entretiens se forment. Ces liens ont été notés dans le journal de bord.

Générer les codes initiaux

La deuxième phase était de générer des codes qui permettaient de débiter l'analyse. Un code est une unité de sens qui présente quelque chose d'intéressant à partir des données (Braun et al., 2019). Le but de cette étape est de générer des codes composés de petits groupes de données. Cette étape a été faite directement dans les documents WORD de transcriptions. Un lexique de codes a été initié à cette étape inspirée en partie du modèle de référence de Stevens et des thématiques du guide d'entretien. Le premier entretien a été codé indépendamment par l'étudiante-chercheuse et une des directrices de recherche en utilisant le lexique de codes. Cet exercice a confirmé qu'il y avait une très grande cohérence entre les codes formulés par l'étudiante-chercheuse et la directrice de recherche. L'étudiante-chercheuse a donc ensuite

généraliser les codes dans les transcriptions suivantes. La directrice et la codirectrice de recherche ont ensuite validé l'ensemble des codes et a proposé des modifications.

La recherche de thèmes

La troisième phase était la recherche de thèmes formés à partir des différents codes (Braun et al., 2019). Un thème permet d'identifier une structure dans les données ou les codes initiaux. Après l'étape de codification des transcriptions, l'étudiante-chercheuse a inséré les citations codifiées dans un document EXCEL et les a regroupés en thèmes distincts. Un remaniement des regroupages de codes a été fait à cette étape afin d'en dégager les thèmes. Cette étape a été terminée par la formation d'une liste de thèmes qui a été assemblée schématiquement dans une carte thématique.

La révision des thèmes

La quatrième phase comprenait de revoir les thèmes et de les synthétiser. Il y a deux niveaux à la révision des thèmes (Braun et al., 2019). Premièrement, il faut vérifier que les thèmes correspondent aux codes et répondent à la question de recherche. Deuxièmement, les thèmes doivent être reliés et cohérents avec les données et avec le concept central qui ici fait référence à l'expérience des femmes qui vivent un échec du déclenchement résultant en césarienne. Cette étape s'est terminée avec un nombre de cinq thèmes qui ont été révisés et validés par les deux directrices de recherche.

Définir et nommer les thèmes

La cinquième phase, où le travail analytique et l'interprétation sont faits, consistait à définir et à nommer les thèmes (Braun et al., 2019). Chaque thème a été défini et une définition lui a été attribuée. Grâce à ces définitions, des liens ont été formés entre les thèmes. Le travail

d'analyse doit raconter une histoire conceptuellement riche et nuancée, alors que le libellé des thèmes doit être informatif et engageant.

Produire un rapport de thèmes

Finalement, la dernière étape était de produire un rapport des thèmes accompagné de verbatim descriptifs. Le but est d'affiner l'analyse à travers l'intégration des écrits et de déterminer l'ordre dans lequel les thèmes sont présentés (Braun et al., 2019). Un deuxième objectif de cette étape était de créer une histoire complexe et riche de l'analyse.

Les critères de scientificité

Les critères de scientificités choisis pour l'analyse des données sont inspirés de ceux formulés par Nowell, Norris, White et Moules (2017) pour l'analyse thématique, soit la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la confirmabilité.

La crédibilité

La crédibilité d'une étude est déterminée par la correspondance entre les témoignages des participantes et la représentation qu'en fait le chercheur, ce qui peut être accomplie par la triangulation entre les données et entre les chercheurs (Nowell et al., 2017). La triangulation entre les données a été faite entre les données du journal de bord, du dossier médical, du questionnaire sociodémographique et des transcriptions. Pour ce qui est de la triangulation entre les chercheurs, la vérification des données entre l'étudiante-chercheuse, la directrice et la codirectrice de recherche a assuré une crédibilité des données. L'étudiante-chercheuse et les directrices de recherche ont également une expérience pertinente dans la santé maternelle et infantile et en analyse qualitative, ce qui confère une crédibilité aux résultats.

La transférabilité

La description détaillée des participantes et du milieu de recherche permet d'assurer la transférabilité des résultats (Nowell et al., 2017). Cette étape suggère que les conclusions tirées dans ce projet devraient pouvoir être appliquées à un contexte similaire. La richesse de la description des témoignages a permis d'assurer la transférabilité entre le contexte de recherche et la transférabilité de l'étude dans d'autres milieux.

La fiabilité

Afin d'assurer la fiabilité de l'étude, la démarche de l'étude et les choix méthodologiques ont été détaillées par les notes du journal de bord. L'utilisation d'un journal réflexif a permis de soutenir la crédibilité des résultats en plus de la triangulation des données. De plus, l'étude a été encadrée par une codirection expérimentée dans l'approche qualitative et périnatale. La triangulation des sources et des chercheurs a permis d'assurer que les résultats étaient crédibles. Ainsi, l'étudiante-chercheuse s'est assurée que le processus de recherche était logique, fiable et documenté, tel que suggéré par Nowell et al. (2017).

La confirmabilité

La confirmabilité s'assure que l'interprétation des résultats du chercheur est dérivée des données et est assurée lorsque la crédibilité, la transférabilité et la fiabilité des données sont atteintes (Nowell et al., 2017). Avoir recours aux verbatim des participants permet également d'assurer la crédibilité ou la confirmabilité des résultats. Ainsi, les fondements théoriques, méthodologiques et analytiques ont été décrits dans ce projet-étude afin d'offrir une compréhension adéquate et justifiée des conclusions de l'étude.

Les considérations éthiques

Le projet a obtenu l'approbation éthique du centre hospitalier choisi ([REDACTED] - 2020-1987) (Annexe E). L'infirmière-chercheuse a également reçu l'approbation des gestionnaires de l'unité mère-enfant afin de procéder à l'étude.

Les principes éthiques d'étude qualitative en sciences infirmières tels que décrits par Orb, Eisenhauer et Wyaden (2000), soit l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice ont été respectés. Pour le principe d'autonomie, un consentement libre et éclairé devait être respecté (Orb et al., 2000). Un formulaire de consentement a été remis aux participantes lors de l'explication de l'étude permettant un consentement libre et éclairé (Annexe B). Les participantes pouvaient également se retirer de l'étude en tout temps. Les participantes pouvaient ainsi exercer leurs droits à titre de personnes autonomes et libres d'accepter ou de refuser de participer à l'étude (Orb et al., 2000).

Le principe de bienfaisance indique que la recherche doit être bénéfique pour le participant et non lui engendrer des préjudices (Orb et al., 2000). Les critères d'inclusion ont permis de ne pas exclure des participantes potentielles pour des questions de race, de classe sociale ou d'orientation sexuelle. De plus, l'identité des participants est demeurée confidentielle et l'usage de pseudonyme a été respecté (Orb et al., 2000). La confidentialité des données et l'anonymat des participantes ont été assurés en leur attribuant des noms fictifs et en entreposant les données dans un fichier crypté sauvegardé sur une clé USB avec un mot de passe et conservé à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Les données seront conservées pour sept années post recherche et toutes les informations seront ensuite détruites. Le processus d'entreposage des données a également été vérifié par le département de la gestion et la sécurité des données du centre hospitalier où s'est déroulé l'étude. De plus, les participantes ont été

avisées que le contenu de leur entretien ne serait pas dévoilé à d'autres professionnels de la santé ou collègues afin qu'elles soient assurées d'aucun préjudice lié à leurs soins.

Bien que Orb et al. (2000) ne discutent pas du principe de non-malfaisance, des mesures ont été prises pour éviter des préjudices aux participantes. Une référence auprès de l'équipe de travail social à l'hôpital était prévue au cas où les participantes nécessiteraient d'un soutien émotionnel après l'entretien. Les coordonnées de la travailleuse sociale ont également été mises à la disposition des parturientes sur le formulaire de consentement. Aucune référence n'a été nécessaire dans cette étude.

Le principe de justice fait référence à l'égalité et l'équité dans la recherche (Orb et al., 2000). Ce principe vise à éviter l'exploitation et l'abus des participantes (Orb et al., 2000). Puisque l'étudiante-chercheuse travaille dans le même milieu de travail où l'étude s'est déroulée, les enjeux éthiques de la relation infirmière-patiente et étudiante-chercheuse-patiente ont été considérés (Sanjari et al., 2014). Une demande d'assignation de l'étudiante-chercheuse vers une autre clientèle n'a pas été acceptée à cause d'une pénurie d'infirmières à la salle d'accouchement. Cependant, un effort considérable a été entrepris par les gestionnaires de l'unité afin de réassigner les parturientes vivant un déclenchement du travail à d'autres infirmières soignantes. Lorsque cette réassignation n'a pas été possible, l'étudiante-chercheuse n'a pas approché les parturientes pour le recrutement (4 parturientes). Donc, les participantes qui ont été recrutées n'avaient pas reçu de soins de l'étudiante-chercheuse à titre d'infirmière clinicienne.

Dans l'article d'Orb et al. (2000), d'autres considérations éthiques liées à la recherche infirmière qualitative sont mises de l'avant. Premièrement, étant donné que les chercheurs ont souvent une expertise comme clinicien auprès de cette population, gérer le rôle de chercheur peut être difficile (Orb et al., 2000). Une attention particulière, comme clinicienne et étudiante-

chercheuse, a été portée pour écouter les participantes et non intervenir à titre de clinicienne lors des témoignages. De plus, le risque de revoir la participante à l'unité de soins après l'entretien était minime étant donné que le recrutement a été fait à l'unité post-partum. Être une infirmière du milieu a permis de faciliter l'intégration dans le milieu, ainsi que de planifier une rencontre afin de clairement identifier le rôle de l'infirmière-chercheuse au sein de l'unité post-partum.

Chapitre 4 – Résultats

Ce chapitre présente les résultats de l'étude soit l'expérience des femmes qui vivent un échec du déclenchement du travail résultant en une césarienne. L'article s'intitule "*Tic, Tock...Exploring the experience of women who lived a failed induction of labor*" et a été rédigé en anglais puisque la majorité des entretiens de l'étude se sont déroulés dans cette langue. Ceci augmente la fiabilité des résultats rapportés. Cet article sera soumis à un périodique spécialisé en obstétrique et gynécologie, soit *Women and Birth*. *Women and Birth* est un journal principalement axé sur l'étude de l'expérience des parturientes. Cet article présente la problématique, la méthode, les résultats ainsi que la discussion et a été formaté selon les critères de la revue (Annexe F). Les auteurs de cet article sont Émilie Rioux, Marilyn Aita et Christine Genest. L'article a été révisé par tous les co-auteurs.

Tic, Toc...Exploring the Experience of Women who Lived a Failed Induction of Labor

Émilie S. Rioux^{1,2}, Marilyn Aita^{1,3,4}, Christine Genest^{1,4, 5}

¹ Faculty of Nursing, University of Montréal, Québec, Canada

² CIUSSS West-Central Montréal, Québec, Canada

³ CHU Sainte-Justine Research Centre, Montréal, Québec, Canada

⁴ Quebec Network on Nursing Intervention Research (RRISIQ)

⁵ CIUSSS Montréal-East Research Center, Québec, Canada

Corresponding author:

Émilie S. Rioux, B. Sc., M. Sc. (student)

Community Local Service Centre (CLSC) Park Extension

7085 Hutchison St

Montreal, Quebec, Canada H3N 1Y9

Tel: (514) 273-9591 x6337

Email: emilie.rioux.comtl@ssss.gouv.qc.ca

Running title: Experience of a failed induction of labour

Page count: 24

Abstract

Background and aim

Many women experience labour induction which is an obstetrical practice consisting of inducing labour to a pregnant woman to achieve a vaginal delivery in the 24 to 48 following hours. To date, no study has explored women' experience of a failed labour induction. The aim of this research project was to explore the experience of a failed labour induction resulting in a caesarean section.

Methods

An exploratory qualitative design was used. Six participants who experienced a failed induction of labour that resulted in a caesarean section were recruited in a tertiary maternal care hospital in Montreal, Canada and were interviewed in the first day postpartum. Participants were 18 years or older and spoke English or French. Data was collected through semi-structured, face-to-face interviews, as well as a sociodemographic questionnaire and a review of the participants' medical chart.

Findings and Discussion

Analysis revealed five themes that influenced the experience of women living through a failed induction of labour. (1) *Expectations of Labour and Delivery: Managing Expectations*, (2) *Antepartum and Intrapartum Support Received*, (3) *Comprehensive Information Needed*, and (4) *Feeling in Control of the Experience*. These themes contributed to an overarching fifth theme: (5) *Experience of a caesarean Section After a Failed Induction of Labor*.

Conclusion

Results contribute to provide a better understanding of the experience of a failed labour induction resulting in a caesarean section which can guide healthcare providers to provide better care to women experiencing this situation.

Keywords : delivery, obstetric; labour, obstetric; obstetric labour complications; labour, induced; caesarean section; qualitative research; patient satisfaction; nursing research

Introduction

Labour induction is an obstetrical practice consisting of inducing labour to a pregnant woman to achieve a vaginal delivery in the 24 to 48 hours once initiated (1). The goal of this practice is to decrease the risks of antepartum and intrapartum complications such as high blood pressure, chorioamnionitis, and intrauterine fetal death (1). As per the World Health Organization (2), in developed countries, as many as one in four women's labours is induced. As well, an increase number of inductions are expected in the next few years as the rates of diabetes and obesity are increasing in the general population thus resulting in a higher proportion of high-risk pregnancies (2,3). Despite conferring positive advantages to women such as decreasing pregnancy complications, other risks during the process can arise such as a failed induction of labour which is defined as an unplanned caesarean section after at least 24 hours of being in labour (1). Different sources estimate the failure rate to be between 4 to 33% of all labour inductions (4,5).

Studies have previously investigated the experience of women living an induction of labour, as well as those living an unplanned caesarean section but independently. Both experiences have been described as being difficult for women by previous studies (6,7). In particular, women may express anxiety during the induction process as their care plan is not always clear or predictable (8). To our knowledge, the intersect of these experiences has not been previously studied and we were interested in understanding the experience of women going through a failed induction of labour resulting in a caesarean section to guide healthcare professionals in accompanying these women. Therefore, the aim of this study was to explore the experiences of women of a failed labor induction resulting in a caesarean section. The biopsychosocial model of Stevens guided our understanding of the experience of women living a failed labor induction (9). In the biopsychosocial model of Stevens, the intersect between the

desire for control and the perception of control, the expectations and the experience of labour and delivery, access to support and quality of care received as well as the obstetrical characteristics all contributes to the global satisfaction of labour experience (9).

Participants, Ethics and Methods

Design

An exploratory qualitative design was used to capture the experiences of women living a failed induction of labour resulting in a caesarean. This study took place in a tertiary maternity affiliated university hospital in Montreal, Quebec between January and March 2020. In 2017, the total number of deliveries in this maternity hospital was 3842, the induction of labour rate was 27.3% which was an increase from 2013 (22.2%) and 30.9% of patients had a caesarean section (10). However the rate of failed induction of labour is unknown in this setting. This study was approved by the ethics committees of the hospital centre where the study took place (██████████-2020-1987).

Procedures

We recruited women who had experienced a failed induction of labour resulting in a caesarean. To be included, participants had to be : a) 18 years or older, b) reading and speaking fluent French or English, c) lived through a failed induction after at least 24 hours of labour regardless of the indication and d) hospitalised in the postpartum unit at the time of recruitment lasting usually 48 hours (average stay of a caesarean section). The exclusion criteria were: a) experiencing a high-risk pregnancy with a prolonged admission, b) giving birth to an infant admitted to the neonatal intensive care unit, c) experiencing an intrapartum fetal death or stillbirth during this pregnancy, or d) having a severe mental health issue which would limit understanding of the study. The exclusion criteria were selected to prevent specific situations where the participants' experience of a failed labour induction would be influenced.

We collected data using a sociodemographic questionnaire, a semi-structured interview guide and a medical charts review. The interview guide was developed by the principal investigator and was

modified throughout the research process. We used the biopsychosocial model of Stevens to guide the interview questions (9). The sociodemographic data of participants included the age, the number of previous pregnancies, the reason(s) for the induction of labour, the number of weeks of pregnancy, the duration of labour and delivery process, the medical conditions during pregnancy and the level of education. With the medical chart review, we created a timeline of events from the medical and nursing charting notes about the interventions, the support offered and the general labour and delivery process such as induction method, time or rupture of membranes, etc. The interviews were conducted in English or French depending on the participants' preference. Prior to the beginning of the study, women's consent for participation and audiotaping of the interviews was obtained. Following transcription of the interviews, thematic analysis was performed using the six steps of the Braun, Clarke, Hayfield and Terry method (10).

Results

Sample

A total of six women were recruited and had a variety of ethnic and sociodemographic backgrounds which captured the cultural diversity found at the hospital where the study took place (Table 1). The mean age of the participants was 29 years old and varied from 24 to 40 years old. All participants were primiparous; except participant 4. Five out of the six participants received epidural analgesia during labour. All participants, except participants 1 and 2, were followed by the high-risk pregnancy team for complications which justified their labour induction. For participants 1 and 2, the labour induction was not planned and was experienced following admission to the labour unit. Concerning the method of induction, all participants received a cervical ripening agent (Cervidil® - Prostaglandin E2) and/or a mechanical preparation of the cervix (Foley), except for participant 5 whose cervix was favourable for induction. Then all participants experienced an artificial rupture of membranes followed by oxytocin administration.

Themes

The analysis led to the identification of the following five major themes: (1) *Expectations of Labor and Delivery: Managing Expectations*, (2) *Comprehensive Information Needed*, (3) *Antepartum and Intrapartum Support Received*, and (4) *Feeling in Control of the Experience* which contributed to our fifth central theme: (5) *Experience of a caesarean Section After a Failed Induction of Labor*. Twelve subthemes were also classified under the five themes (Figure 2).

(1) *Expectations of Labor and Delivery: Managing Expectations.*

All participants had expectations towards their labour and delivery experience: “Everyone has an idea or a vision of how you want to give birth” (Participant 3). It was possible to classify expectations in three subthemes according to the stage of labour: *Expectations During the Antepartum Experience*, *Expectations During Induction of Labor* and *Expectations During Postpartum Recovery*.

Expectations During the Antepartum Experience. All participants expected to deliver vaginally and not by caesarean. Participant 1 explained that a vaginal delivery was expected and was presented as the ideal outcome by their healthcare providers: “I guess I felt there was a lot of encouragement to deliver vaginally. And this is *kinda* presented as the ideal. You know when you speak to your doctor, this seems to be the preferable route as well.” A vaginal delivery was synonymous to a natural delivery by most participants and needing an induction of labour was not expected: “It was problematic because it would start a cascade of interventions and may lead to things did not want such as an epidural and/or a C-section” (Participant 3).

Expectations during Induction of Labor (IOL). All participants, except participant 3, were not prepared for the pain generated by the induction. They did not expect to feel that intensity of pain which profoundly influenced their overall experience. For Participant 1, she expressed the pain and discomfort of requiring two rounds of Cervidil®:

During the second Cervidil®, I started having more contractions and there was no way I could do a third round and handle it. So, they did a sweep and brought the cervix from 1 ½ to 2 ½ so then I was able to get an epidural.

She described a powerlessness of experiencing pain that nothing could be done to relieve the pain until a certain cervical dilatation rendering her eligible for an epidural. For participant 6, she did not expect the experience to be as painful as it was:

If I had known the pain was going to be this hard, I would not have gone for that [induction of labour], after suffering three days to have a normal delivery. I suffered a lot and then needed to go for the C-section.

She was frustrated that she had suffered without obtaining the hoped outcome of a vaginal delivery.

Expectations During the Postpartum Recovery. After the caesarean, the anticipated recovery was more difficult and complicated for most of the participants: “It pulls, and it hurts [...] but still you feel the tugging [...] I was not expecting it to be this bad.” (Participant 2). Post-op swelling was also cited as a major inconvenience. Equally, decreased mobility impacted day-to-day life:

I know that with a vaginal birth recovery, it is a bit easier. You can be up and walking the next day with no extra trouble, which is not the case with a caesarean [...] it is more difficult to deal with this little bum, when you are not feeling your best” (Participant 1).

Participant 4 anticipated that this situation would be more complicated: “With my 18-month-old, he will always want to be picked up. That will be difficult.” However, participants 5 and 6 cited that this was not as concerning for them as they would rely on family support through this time.

(2) Comprehensive Information Needed

For some participants, part of the information received about the induction of labour was congruent with their experience. For example, “Well, with the Cervidil®, we are going to try it twice and then move to oxytocin. Oxytocin is a natural drug that you use to increase the contractions which allows the cervix to dilate. This is pretty much what I was told. Which was the process that we did.” (Participant 1). Some participants found information by looking online: “I guess I mostly looked online what the process would be. We did not go into details [with the doctor]” (Participant 1) or by an information booklet (Participant 4). All participants indicated that some information was lacking in order to make

decisions which influenced their experience of a failed induction of labour. This section includes the following subthemes: *“They Should Have Told us it Could Fail...”* and *“We did not Know There Could be Complications...”*

“They Should Have Told us it Could Fail...” All participants stated that despite receiving basic information about the induction, in retrospect, they would have preferred information about possible complications of the induction process: “So I guess a little more education would have been helpful, but it is not something that we discussed. A C-section was presented as a possibility, but it was not presented as detailed.” (Participant 1) Most participants did not envision that the induction of labour could fail: “You need to explain to patients that the induction may not work. So that they could at least expect it. Know that, in my head, it was impossible that it could not work” (Participant 2). For participant 2 and her partner, they felt like the healthcare professionals knew their induction would fail but did not prepare them. Indeed, it seems like the possibility of having a failed induction of labour was not something the participants were prepared for.

“We did not Know There Could be Complications.” It seems that few participants received information about possible complications during the induction process: “They said there would be no side effects” (Participant 6). Participant 1 explained that after receiving some oxytocin, the baby began showing signs of fetal distress: “We did not discuss the special cases like if your baby does not tolerate it [...]. Well with my doctor we never had that conversation and you do not see that online.” Participant 2 also did not expect complications such as a partial cord prolapse post artificial rupture of membranes which caused them stress and sleeplessness. For participant 3, one key risk was not mentioned to her that would have impacted her decision-making :

I will say, though, the one piece of information that we did not get that in retrospect would have been good to know, when we broke the waters, no one explained that when you break the waters it starts the clock. [...] That after 24 hours it increases the risk of infection and you are going for a C-section. [...] If I had known, I would have pushed back the clock more.

(3) Antepartum and Intrapartum Support Received

The support system of the woman in labour plays an important role in encouraging and guiding them through the labour and delivery experience. This theme includes the following subthemes: *Quality of Support From the Healthcare Provider [HCP] During the Antepartum Experience* and *Importance of Support Persons During the Intrapartum Experience*.

Quality of Support From the HCP During the Antepartum Experience. During the antepartum experience, the quality of support received during that period appeared to be setting up women's expectations and experience. Most participants required a closer follow-up with the high-risk pregnancy team in order to monitor their pregnancy. Participant 6 was followed by the diabetes clinic and she felt well supported by them: "They encouraged me and said look this is what is going to happen and manage your diet." For participant 4, however, this was a stressful situation since she had received little to no explanation of why her baby's growth was restricted: "I did not get the causes [...] They tried to reassure me, but I did not have the reasons. I had lots of questions, but not the reasons. [...] It was out of my control." A similar situation occurred with participant 2: "Every time, we would not stay long with the doctor. [...] She did actually rush. We did not feel like we were being prioritised. Like [she] did not take enough time to really figure out what was going on". This created a lack of control which permeates through their experience.

Importance of Support Persons During the Intrapartum Experience. During labour and delivery, feeling a connection or lack of connection with the healthcare provider influenced the majority of participants' experience of the failed induction of labour. Connection was described by participants when healthcare providers were invested in the care: "we had multiple [HCP] throughout different shifts and it was fine. [...] Some are more invested than others" (Participant 1). Secondly, connection was particularly relevant when nurses would explain the process and provided information in a way they could understand. Another participant (participant 3) felt that nurses advocated for her during a decision-making process which demonstrated her connection and investment towards her goals and desires:

The other thing that I liked about that moment is, when the doctor came in, talking about starting Pitocin and breaking the waters [...] the nurse said you know she is trying to do this as naturally as possible and not to do the Pitocin.

For two participants, the lack of connection impacted their level of trust with the healthcare professional. Participant 3's husband felt the medical resident was not connecting with her and asked for the attending staff to clarify the need for doing a caesarean section. For participant 4, the lack of trust was more complex. She had a previous negative experience with the resident who counselled her to get a premature epidural: "I asked him if it was to get rid of me faster than he was suggesting a C-section. I was really not trusting his judgement. I was really not reassured, because of our interaction the previous day" (Participant 4). Therefore, the participant turned to the nurses she trusted in order to make the decision to have a caesarean section. Additionally, she later found out it was not him performing the caesarean section therefore she was reassured.

All participants found the support they gained from family members was helpful and encouraging. Some participants relied on other family members who had previous experiences with labour and delivery: "it is very helpful, especially my sister because she already has kids. She is helping me with what to do. [...] She was very helpful." (Participant 5) For others, their partner was their main support person and contributed to a positive experience. Seeking advice and support from an experienced person was also important for participant 3: "We decided pretty much early on that we wanted a doula. Just so that we had someone, throughout talking to us what the real risks are, and benefits are" (Participant 3).

(4) Feeling in Control of the Experience

Every participant had different desires and wishes in terms of being involved in the decision-making process and giving them control over their experience. They all experienced it in a different way throughout the whole pregnancy and labour and delivery experience. This section includes the following sub-themes: *Deciding to Have an Induction of Labor, Making Informed Decisions During the Labor Induction on and Deciding to have a caesarean section.*

Deciding to Have an Induction of Labor. Some participants had a role in the decision-making process to have a labour induction, but others did not participate in the process. For participant 3, the decision-making process to have an induction of labour was perceived as a balance between her idealised birth plan and fear of cataclysmic events:

So on one side of the equation was that the labour was not going to live up to this idealised version of what I was looking for. And on the other hand, there were these cataclysmic possibilities such as him being still born. There was just no question. Of course, I am going to let go of my ideals to make sure he comes out safety.

This was a difficult decision for her and her family:

In the moment it was a difficult decision to make, but when I went home, I mourned for it, there were a lot of tears. [...] So we both grieved for it that night, but I actually thought that the grieving let us let go and focus on what was happening.

Most participants, however, did not participate in the decision-making process to have an induction of labour: for participant 5, “I respect whatever she [primary MD] says. I trust her decision”.

Making Informed Decisions During the Labor Induction. Making informed decisions during the induction process was important for half of the participants. For participant 3, feeling empowered to make informed decisions was central to her experience:

Even though the birth did not end up the way I wanted, we felt like we were making empowered decisions the whole way through. That we were in control of the experience. Because it created a space where the doctors, almost every single one of them, took the time to stop and listen to us and respect what we were or were not willing to do.

She eloquently explained that empowered decision-making can be important to maintain her agency during the induction process:

It also felt a few times in the birthing centre that my agency was being removed and only my stepping in and asking, benefits, risks, alternatives and is this necessary. What I meant by losing agency, there would be a bunch of people talking in the room about me but not to me and I would be presented with a plan. Had I not known I had a choice, the way that it was presented was like this is the way that it is happening. So no options. [...] Had that not been the case, I can see how it could spiral out from somebody and it happens to them instead of something that they chose.

For other participants, making informed decisions involved mostly the decision or not to proceed to a cesarean section: “The decision to move forward with the c/s we came to later with the doctor’s recommendations” (Participant 1).

In retrospect, two participants wondered if the induction of labour was really necessary. Participant 4, halfway through the process, when very little cervical change was noticed, asked them to reconsider the induction process: “They discussed my case, and I was like is there any way to continue this pregnancy to term? Could I come back so that everything is normal. They said no, it would be a risk.”

Deciding to Have a Caesarean Section. As previously mentioned, all participants were not expecting to experience a caesarean section and the decision to do so was difficult for all participants. Participant 1 felt empowered by the decision-making process which allowed her to feel in control of her experience: “So that is how we came up with this decision [to have a C-section], we felt like we made a go of it and we gave it enough time.” She especially appreciated the support given by the obstetrician on call: “He was really good at considering it was not my original plan. It was such a humanising experience to know he cares for us” which allowed her to feel comfortable with their decision-making process.” On one side, participant 1 felt that because the baby was tolerating labour well, they could take their time making the decision to proceed to a caesarean section: “She had a completely normal labour until that point which is why we left it until that point. Because she was doing so well.” Participant 3 also believed the decision to proceed to a caesarean section was taken collaboratively: “So here are your options: we can call an end to this now and go for a C-section or we can try for a couple more hours with the Pitocin.”

Despite feeling in control of her experience, participant 1 indicated that it was not an easy decision to take:

It did stress me out more, but at the same time it was necessary because at the end of the day, I think it is necessary for them to give you that option, for that heads up. Obviously, it is much easier for someone to tell you this is what has to happen. I preferred that way vs. them saying there is no other option but there is.

Despite seemingly giving the control to the woman and her partner to make the decision in some cases, most participants stressed that they were warned that baby could suffer from consequences if the labour was prolonged to sway them into having a caesarean section: “They definitely stressed that there might not be any more progress without putting the baby in distress because you know, because she was not responding well to the drugs.” (Participant 1)

For participants 2, 4, and 5, they were told that they needed a caesarean section and the decision-making process seemed unilateral. This was a shock for participant 2 and her partner: “When they told us it was a possible C-section that was a shock.” For participant 4, since the cervical dilatation had arrested, she was told: “your labour is not progressing. I passed from 3 to 5 cm. And, the contractions were long, and baby was still not descending. That is when they decided to do a C-section.” Participant 5 stated that: “at 9 cm they were already telling me that I might get a C-section already” and “they made the decision”.

(5) Experience of a Caesarean Section After a Failed Induction of Labour

We found that the expectations towards labour and delivery, the support received during the experience, the information needed as well as feeling in control of the experience all contributed to our participants’ experience of a caesarean section after a failed induction of labour. Even if most participants found a way to reframe their experience in a more positive way, this experience was better than expected: “This is the first time I had surgery, the first time I was in an OR. But it never felt overwhelming” (Participant 3) and “We are still going to tear open your belly. I know it is very medicalised. It scares me, I am still scared. I was shaking. [...] but it went well.” (Participant 4) However, for others, they described feeling upset, disappointed, sad, scared and annoyed: “What can I say, when someone goes through all of that? I would never want to go through it again.” (Participant 2) The experience of a caesarean section after a failed induction of labour includes the following sub-themes: *“I Tried, but I Failed...”* and *“It did not go According to Plan, but Once you Have the Baby, all is Fine.”*

“I Tried, but I Failed...” In the words of participant 6: “I tried, but I failed.” She was encouraged by her family to opt for a caesarean section but wanted to experience labour and delivery. Most participants felt like it was their body failing them, but they gave it their best shot: “it is my body that did not react. [...] There are things we cannot control. [...] Man does not control everything. I did not have a choice, I had to accept that.” (Participant 4) Participant 4, in particular, used humour as a coping mechanism to process her experience: “Each body reacts differently. The proof: Mrs. Oxytocin”. For

most participants, despite feeling disappointed and sad that they failed to have the experience of a vaginal birth: “what can I do? I have to do the best thing for me and my baby.” (Participant 5)

“It did not go According to Plan, but Once you Have the Baby, all is Fine.” Even though all the participants did not attain a vaginal delivery, most participants conceded that: “The fact that she is a healthy baby, even though it did not go to plan. We were not so concerned about the plan.” (Participant 1). Participant 3 agreed:

We hit the end of the road, there was no other way he could come out safely and on time. So, it is actually not the worst thing, the worst thing is waiting too long and something happens. [...] It was so funny because it was the worst-case scenario in my mind and when we came down to it, down to the experience of it, it was fine, no big deal.

Five out of six participants felt that even though their experience did not go to plan, they gave it their best shot to attain their ideal experience. All participants mentioned that the health of the baby and mother trumps their experience. For participant 5 in particular, her trust in God is what allowed her to come to terms with her experience: “Because I am really a religious person. I think it helps. [...] I just trust the Lord. I know that whatever happens, he is not going to let me down and especially not my baby. I trust Him. Whatever it is, it will be.” For most participants, therefore ending up with a caesarean section was not the end of the world: “It was so funny because it was the worst-case scenario in my mind and when we came down to it, down to the experience of it, it was fine, no big deal” (Participant 3) which demonstrated her resilience towards her experience.

Discussion

The experience of women undergoing a failed induction of labour resulting in a caesarean section is evidently multifactorial. In terms of expectations towards induction of labour, even though all participants did not expect to have a caesarean delivery, it appears that they did not all perceive their experience with dissatisfaction. Expectations seemed to be managed through a continuum. Indeed, as their experiences shifted through their labour and delivery, it seems to have enhanced their adaptation to the situation. Some participants felt empowered that they had an induction and did not perceive their

caesarean experience as a personal failure. They stated that even though it did not play out how they expected, they were still satisfied because they had a healthy baby. The relief of a healthy baby after a stressful and unexpected delivery can often erase negative birth experiences (12).

Access to labour support and quality of care impacted the women's experience of a failed induction of labour. Some participants felt their doctors were not providing them with the support and information they needed which decreased their trust towards their physicians. This is consistent with the study of Tham, Ryding and Christensson (13) who highlighted that non-interested caregivers and intense fear during delivery could negatively affect the experience of support and can have postpartum adaptation repercussions. As previously reported, women were satisfied when they felt their caregiver was respecting them, concerned for their dignity, compassionate, provided information, involved in decision-making and competent (14).

Most participants stated that their main source of support was their family members during labour and delivery. This contributes to our understanding the importance of including the family in the care as well as informing nurses on how to intervene with them. Nursing's knowledge and support have previously been reported as an important resource for mothers during labour (15). Nurses played an important role in advocating and explaining information in the way women could understand. Many participants testified to the empathy and encouragement provided by nurses and felt satisfied by their care. Surprisingly, no participants highlighted the use of complementary therapies or relaxation techniques to help with pain management. However, labour support with other pain management alternatives by nurses has been previously well documented as essential to a women's labour and delivery experience (16). However, when the healthcare professional is perceived to be untrustworthy or not in control of the childbirth, this negatively impacts the participants' satisfaction in their experience especially in participants with an external locus of control.

We found that in order to exert control over their experience, participants described many informational needs. The single most requested information was that induction could fail. It has been

argued in previous studies that too much information and responsibility for decision-making may cause anxiety and lack of control (6). All participants wanted all the information possible in order to make informed decisions about their care and help them prepare for a caesarean. This is consistent with current research that indicated that only 37% of women believed that they received enough information for the induction regardless of a vaginal or caesarean outcome (17). The timing of when women prefer to receive information about labour induction (ante partum or intra partum) may depend on the individual needs of the woman but has not been investigated to date. It also questions whether women embark in an induction of labour process knowing the full risks and benefits of the intervention required to make an informed decision towards an induction of labour and a caesarean delivery (18).

The desire for control and the control perceived during the induction of labour permeated throughout all the testimonies. Previous findings suggested that enabling women to exert desired control over childbirth is likely to enhance satisfaction of birth (19). Our participants with a lower education level had less of an ability to access or understand health literature influencing their control over the experience. In parallel, healthcare professionals may be less likely to involve patients with a lower social economic class in the decision-making process further hampering their perceived control over their experience (20). This seemed to be the case especially for participant 2. Women in marginalised social groups (such as new immigrants or with low education level) are also less likely to report shared decision-making during birth (21), which was reported by participant 5 and 6. Cultural and religious background may also come into play in order to understand perceptions of control over experience. Also, an external locus of control may be more acceptable in Asian compared to Western cultures (21). Therefore, relinquishing control to the healthcare provider for decision-making processes may be more common in Asian cultures (9) explaining the behaviour of those two participants. Strong religious beliefs may additionally, by relinquishing control to a higher power (God), helped one of our participants in coming to terms with their experience.

Perception of pain had a major impact on labour and delivery and perception of their control of their experience for some participants. Labour pain normally progressively intensifies and is perceived as stressful which can undermine the perception of control over women's experiences if not managed adequately (23). Given that the perception of pain can be more intense and debilitating during an induction of labour than in spontaneous labour (24), this can impact their control towards her experience.

This study adds to and contrasts with the biopsychosocial model of childbirth satisfaction of Stevens (9) which was used as a theoretical framework for this study. This study adds complexity towards the intersect between expectations and experience as described in the biopsychosocial model of childbirth satisfaction of Stevens (9). Indeed, it is not only the correlation between the expectations and the experience of childbirth that contribute to maternal satisfaction, but, as concluded in our study, when women are able to adapt their expectations, this can translate in a more positive experience. In terms of labor support, as described in the model (9), the adequacy of support is important in contributing towards maternal satisfaction of support. Participants particularly emphasized that the relationship with their healthcare provider could result in satisfaction or dissatisfaction in their experience which was consistent with the biopsychosocial model (9). This study adds to the Stevens model by introducing cultural and socio-economic variables that can influence the desire and the perception of control towards their experience. In contrast with the model, participants did not report that the characteristics of labor and delivery particularly influenced their experience. The only exception to this was the anticipation that postpartum recovery would be more complicated. Furthermore, the birth of a healthy child tended to erase negative emotions about the experience which played on the global satisfaction and was not a part of the Stevens (2012) model.

Limitations and Strengths of the Study

The strength of this study is that participants were able to share their raw experiences within 48 hours after delivery. Equally, women who were approached in the first 24 hours post-op declined participating since they were too tired and overwhelmed to participate. Still, as 48 hours is a short time

after delivery, women might not have fully appropriated their experience which limits our results. Debriefing after a difficult or unexpected birth outcome has been used as a strategy to decrease rates of postpartum depression and post-traumatic stress syndrome (24). However, debriefing needs further research because of a lack of evidence to support this intervention (24). One strength of this study is that it highlighted the need for women to discuss their birth experience guiding clinical care. However, this study was limited in terms of exploring the longer-term effects of a failed induction of labour resulting in a caesarean section.

In addition, the trustworthiness criteria of Nowell et al. (2017) highlight the other strengths which include the use of triangulation between data collected in the medical charts, the sociodemographic questionnaires and the transcripts (25). There was also a triangulation of data used in the study as well as the researchers contributed to the credibility of these results as the different researchers were experienced in research methods and perinatal health research. Furthermore, we ensured thick description of the participant characteristics which can ensure a transferability of results between the context of the research and other contexts. The research methods were clearly documented and traceable and verified by all three authors to achieve dependability of the results.

To our knowledge, this is the first study exploring the experience of women living a failed induction of labour and adds to our knowledge and understanding of this experience allowing health care professionals to better accompany women in this experience. In addition, it appears that this is the first study using the biopsychosocial model of labour and delivery satisfaction by Stevens (9) as its theoretical underpinning. This study contributed to our understanding and conceptualisation of the model applied to a specific context in labour and delivery.

Conclusion

All women who undergo an induction of labour may experience a failed induction of labour. Our study identified factors that can facilitate women's adaptation and management of expectations. Firstly, all women need sufficient information both before and during the induction process to understand and

make decisions about their care. Secondly, the woman's desire for control in decision-making needs to be respected by healthcare professionals to feel satisfied with their experience. Thirdly, women need to feel a connection with their healthcare provider who is providing support and care to her in order to trust and feel comfortable in the decision-making process. By providing timely and detailed information, nurses and healthcare professionals play an important role in managing patients' expectations towards labour induction, which in turn can improve satisfaction with their experience. Healthcare professionals should be informed and supported in how to approach and provide adequate and timely information to women about labour induction.

Acknowledgments and Disclosures

Declaration of Conflicting Interests

The authors declare no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Funding

The authors disclose no financial support for the research, authorship and/or publication of this article.

Contributors

Thank you to Marjolaine Héon, Jérôme Gauvin-Lepage and Anne-Marie Martinez who contributed to the conceptualisation of this study as well as to the revision and proofreading of this article.

References

1. Leduc D, Biringier A, Lee L, Dy J. Induction of labour: review. *J Obstet Gynaecol Can.* 2013 Sep;35(9):840–57.
2. World Health Organization. WHO recommendations: induction of labour at or beyond term [Internet]. 2018. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277233/9789241550413-eng.pdf>
3. Bonsack CF, Lathrop A, Blackburn M. Induction of Labor: Update and Review. *J Midwifery Womens Health.* 2014 Nov;59(6):606–15.
4. Baños N, Migliorelli F, Posadas E, Ferreri J, Palacio M. Definition of Failed Induction of Labor and Its Predictive Factors: Two Unsolved Issues of an Everyday Clinical Situation. *Fetal Diagn Ther.* 2015;38(3):161–9.
5. Talaulikar VS, Arulkumaran S. Failed Induction of Labor: Strategies to Improve the Success Rates: *Obstet Gynecol Surv.* 2011 Nov;66(11):717–28.
6. Jay A, Thomas H, Brooks F. Induction of labour: How do women get information and make decisions? Findings of a qualitative study. *Br J Midwifery.* 2018 Jan 2;26(1):22–9.
7. Karlström A. Women’s self-reported experience of unplanned caesarean section: Results of a Swedish study. *Midwifery.* 2017 Jul;50:253–8.
8. Jay A, Thomas H, Brooks F. In labour or in limbo? The experiences of women undergoing induction of labour in hospital: Findings of a qualitative study. *Birth Issues Perinat Care.* 2018 Mar;45(1):64–70.
9. Stevens NR. Perceived control and maternal satisfaction with the childbirth experience [dissertation]. [US]:University of Kansas; 2012. 147 p.
10. Willett A. Family Birthing Center Newsletter Fall: The FBC Year in Review. 2018.
11. Braun V, Clarke V, Hayfield N, Terry G. Thematic analysis. In: *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences.* 2019. p. 843–60.

12. da Silva Lima BC, Alves Ribeiro MM, Costa Martins ER, Conceição de Almeida Ramos R, Ribeiro Francisco MT, Machado de Lima DV. Feelings amongst high-risk pregnant women during induction of labour: a descriptive study. *Online Braz J Nurs*. 2016 Mar;15(2):254–63.
13. Tham V, Ryding EL, Christensson K. Experience of support among mothers with and without post-traumatic stress symptoms following emergency caesarean section. *J Swed Assoc Midwives*. 2010 Nov;1(4):175–80.
14. Chalmers BE, Dzakupasu S. Interventions in labour and birth and satisfaction with care: The Canadian Maternity Experiences Survey Findings. *J Reprod Infant Psychol*. 2015 Sep;33(4):374–87.
15. Matthews R, Callister LC. Childbearing Women’s Perceptions of Nursing Care That Promotes Dignity. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2004 Jul 1;33(4):498–507.
16. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub6/full>
17. Stevens G, Miller YD. Overdue Choices: How Information and Role in Decision-Making Influence Women’s Preferences for Induction for Prolonged Pregnancy. *Birth*. 2012;39(3):248–57.
18. Dann L. Grace’s story: an analysis of ethical issues in a case of informed consent. *Br J Midwifery*. 2007 Oct;15(10):634–9.
19. DeLuca RS, Lobel M. Diminished control and unmet expectations: Testing a model of adjustment to unplanned cesarean delivery. *Anal Soc Issues Public Policy ASAP*. 2014;14(1):183–204.
20. Pampel FC, Krueger PM, Denney JT. Socioeconomic Disparities in Health Behaviors. *Annu Rev Sociol*. 2010 Aug;36:349–70.
21. Attanasio LB, Kozhimannil KB, Kjerulff KH. Factors influencing women’s perceptions of shared decision making during labour and delivery: Results from a large-scale cohort study of first childbirth. *Patient Educ Couns*. 2018 Jun 1;101(6):1130–6.

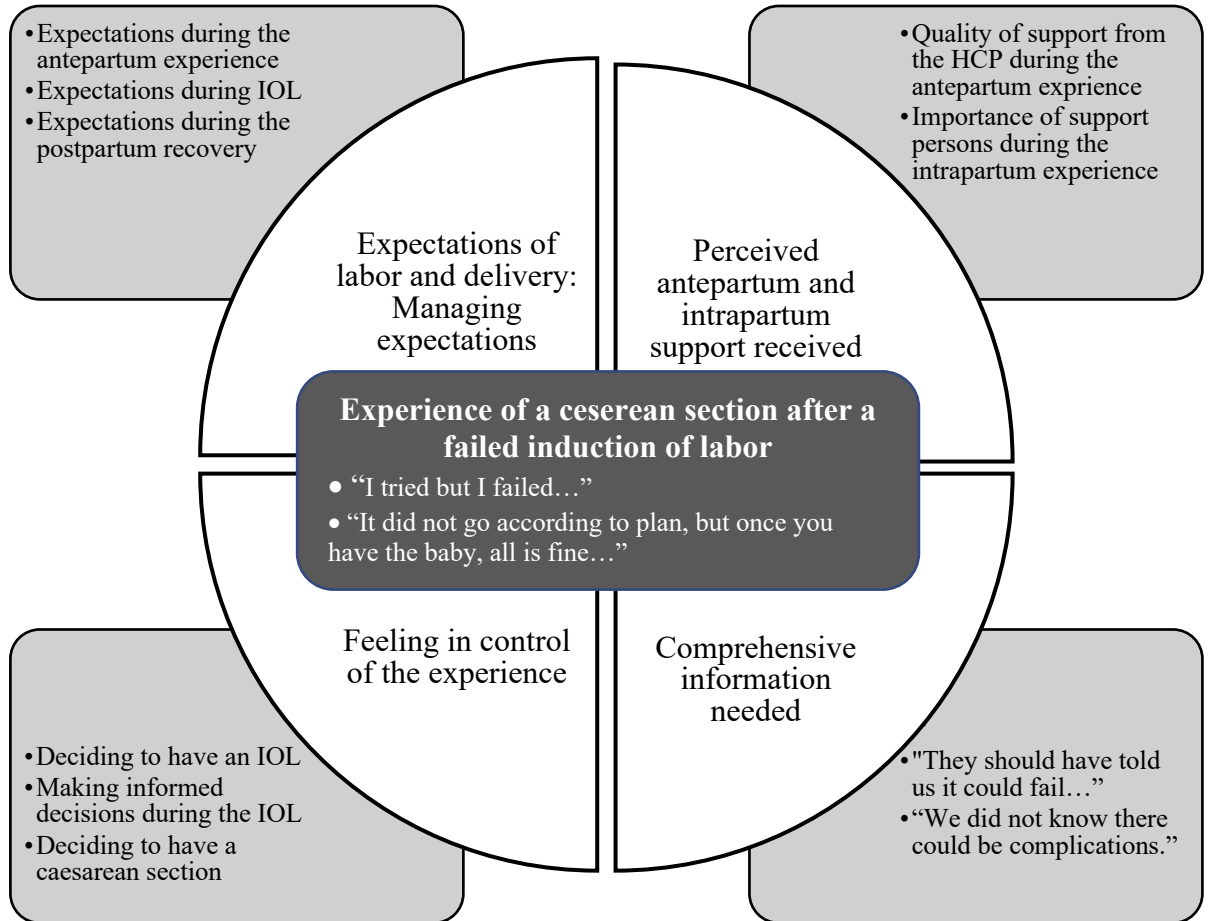
22. Cheng C, Cheung S, Chio J, Chan M. Cultural meaning of perceived control: A meta-analysis of locus of control and psychological symptoms across 18 cultural regions. *Psychol Bull.* 2013;139(1):152–88.
23. Henderson J, Redshaw M. Women’s experience of induction of labour: a mixed methods study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2013;92(10):1159–67.
24. Bastos M, Furuta M, Small R, McKenzie-McHarg K, Bick D. Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(4):67.
25. Nowell L, Norris J, White D, Moules N. Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria.

Table 1*Characteristics of Participants*

	Ethnic background	Parity	Age	Reason for Induction of labour (IOL)	Followed for a high-risk pregnancy	Method of IOL	Gestational age (GA)	Level of education	Reason for caesarean section
Participant 1	Caucasian	1	31	Premature Rupture of Membranes (PROM)	No	Cervidil®, Oxytocin+ Artificial rupture of membranes (ARM)	39	University	Failure to progress (FTP) (at 5 cm dilation)
Participant 2	Caucasian	1	25	Post-dates (PD)	No	Cervidil®, Foley, Oxytocin+ ARM	41	High School	FTP (at 4.5 cm dilation)
Participant 3	Asian	1	40	Gestational hypertension (HTN)	Yes	Cervidil®, Foley, oxytocin +ARM	38	University	FTP (at 5.5 cm dilation)
Participant 4	African	2	27	Intrauterine growth restriction (IUGR)	Yes	Foley, oxytocin +ARM	37	University	FTP (at 5 cm dilation)
Participant 5	Asian	1	30	Pruitic Urticaria, plaques and papules of pregnancy (PUPPS)	Yes	Oxytocin+ ARM	39	College	Second stage arrest
Participant 6	Indian	1	24	Gestational diabetes (GD)	Yes	Cervidil®, Oxytocin+ ARM	39	High school	Second stage arrest

Figure 3

Schematic Representation of Results



Chapitre 5 – Discussion

Cette étude qualitative visait à explorer l'expérience des femmes qui vivent un échec du déclenchement du travail résultant en une césarienne. Cette discussion complète celle de l'article présentée dans la section des résultats. Ce dernier chapitre est divisé en quatre sections : la discussion des résultats à la lumière du modèle de Stevens (2012), les considérations théoriques, méthodologiques et analytiques; les forces et les limites de l'étude, ainsi que les recommandations pour la pratique clinique, la formation, la gestion et la recherche.

Discussion des résultats à la lumière du modèle de Stevens (2012)

En résumé, cinq grands thèmes ont été identifiés lors de l'analyse des résultats : *Les attentes envers le travail et l'accouchement, Le besoin de recevoir de l'information détaillée, Le soutien reçu durant les périodes d'anté-partum et d'intra-partum et Le sentiment de contrôle envers l'expérience*, et ces thèmes convergent vers le cinquième thème : *L'expérience des femmes qui vivent un échec du déclenchement du travail résultant en une césarienne*. Le modèle de satisfaction de l'accouchement de Stevens (2012) a été choisi pour guider et mieux comprendre l'expérience des femmes ayant vécu un échec du déclenchement du travail résultant en césarienne. Ce modèle a d'ailleurs guidé l'élaboration du guide d'entretien et l'analyse thématique des données. Tel que présenté dans la recension des écrits, Stevens (2012) a élaboré un modèle où quatre facteurs psychologiques prédisent la satisfaction en lien avec l'accouchement : (1) la congruence entre les attentes de la mère envers l'accouchement et son expérience, (2) la congruence entre le désir de contrôle et la perception de contrôle, (3) l'accès à un soutien social adéquat et (4) la qualité de la relation entre la femme et son professionnel de la santé. Selon ce modèle, les caractéristiques du travail (longueur, douleur) et la présence de complications auraient aussi un effet sur la satisfaction des femmes en lien avec leur accouchement. En général, les résultats de l'étude sont cohérents avec le modèle, cependant il

existe certaines distinctions qui seront présentées selon les cinq thèmes identifiés lors de l'analyse des résultats de l'étude.

Thème 1 : Les attentes envers le travail et l'accouchement

Le modèle biopsychosocial de Stevens (2012) stipule que la satisfaction des femmes quant à l'accouchement provient de la relation entre les attentes envers l'accouchement et l'expérience vécue. Au regard de leurs attentes face à l'accouchement, les participantes de l'étude ne se distinguaient pas de ce qui était rapporté dans les études antérieures à savoir que les femmes préféreraient éviter une césarienne et désirent minimiser les interventions (Lowe, 2007). Le modèle de Stevens (2012) décrit que les attentes liées au mode d'accouchement, telles qu'accoucher par voie vaginale, pourrait influencer l'expérience globales des femmes. Cependant, selon les résultats de la présente étude, même lorsque certaines participantes étaient déçues de ne pas avoir donné naissance par voie vaginale, elles ont tout de même considéré que leur expérience était positive puisqu'elles avaient été capables de modifier leurs attentes durant l'expérience et une fois leur nouveau-né arrivé et en santé. Par exemple, même si la participante 3 tenait à ce que son plan de naissance soit respecté, elle a tout de même considéré son expérience comme positive en modifiant ses attentes lorsque les médecins lui ont expliqué l'importance d'une césarienne pour la santé de son bébé. Cependant, lorsque la participante n'était pas en mesure de modifier ses attentes, telle que la participante 2, l'expérience était alors perçue comme négative. Ainsi, pour cette participante, il s'est avéré difficile de comprendre les justifications menant à la césarienne et donc de modifier ses attentes afin de s'adapter à l'expérience d'une césarienne non planifiée. Ainsi, pour elle, le fait que l'accouchement aboutisse en une césarienne a été inconcevable et très difficile.

Comme il avait été identifié dans la recension des écrits, vivre une grossesse à risque peut influencer les attentes des femmes envers leur accouchement (da Silva Lima et al., 2016). Deux des quatre participantes ayant vécu une grossesse à risque ont indiqué que la présence de complications avant la grossesse était une expérience stressante. Lorsque la grossesse était considérée à risque lors de la période antépartum, ces participantes avaient davantage de préoccupations et de stress avant le début du travail, ce qui a eu un impact sur leur expérience du déclenchement. En effet, elles avaient pu être informées de la possibilité d'un déclenchement pour leur accouchement et expérimenter celui-ci comme une façon de soulager leur stress et de les libérer de leurs préoccupations.

Comme il avait déjà été observé dans d'autres études, les changements dans le plan de naissance peuvent être contrariants (Cook et al., 2012). Comme l'étude de Cook et Loomis (2012) avait souligné, les participantes ont été davantage insatisfaites de leur expérience lorsque la qualité des soins et l'usage d'interventions médicales n'étaient pas cohérentes avec les attentes spécifiées dans leur plan de naissance. L'étude qualitative réalisée révèle que plutôt d'être statique, les attentes envers l'accouchement peuvent évoluer dans le temps selon la situation, l'état de santé de la mère et de l'enfant ainsi que l'information reçue, alors que cette adaptation au niveau des attentes correspondrait à une meilleure satisfaction chez les femmes.

Thème 2 : Le besoin de recevoir des informations détaillées

Bien que le besoin de recevoir des informations détaillées ne se retrouve pas dans le modèle de Stevens (2012), il pourrait être jumelé avec le fait de prendre une décision éclairée. Pour certaines des participantes de l'étude, avoir de l'information détaillée permettait de se sentir plus en contrôle de leur expérience. Ainsi, la quantité et la qualité des informations reçues durant la phase intra-partum semblent influencer la façon dont l'expérience du déclenchement du travail

chez les femmes est vécue. En effet, une participante a rapporté que les avantages et les inconvénients du déclenchement du travail avaient été présentés, mais que les conséquences possibles pour la sécurité de la mère et de l'enfant l'avaient convaincu d'accepter cette procédure. Cependant, en général, les participantes n'ont pas reçu ou ont reçu peu d'informations sur les effets négatifs ou les risques du déclenchement du travail, ce qui est cohérent avec ce qui est rapporté dans d'autres études (Austin et al., 2006; Jay et al., 2018a; Shetty et al., 2005). Les informations reçues ou le manque d'informations peuvent à la fois influencer le sentiment d'être en contrôle de la situation en plus de permettre aux femmes de modifier leurs attentes envers l'expérience. En particulier, les résultats ont démontré que de communiquer des informations-clés telles que les risques du déclenchement du travail ainsi que la possibilité de procéder à une césarienne permettaient aux femmes de mieux vivre avec le fait de vivre une césarienne suite à l'échec du déclenchement du travail.

Les résultats de l'étude ont aussi fait ressortir que le manque d'information face au déclenchement et à la césarienne peut être vécu différemment d'une participante à l'autre. À cet effet, pour une participante le manque d'information sur la césarienne a été problématique et a influencé son expérience globale alors que pour une autre, malgré le fait de ne pas avoir eu toutes les informations désirées de la part de son médecin, elle a trouvé des informations sur internet ce qui lui a permis de se sentir moins seule face à cette expérience. La réassurance qu'elle a trouvée par le témoignage de l'expérience des autres s'est traduite chez elle par une expérience positive soulignant aussi sa capacité d'adaptation en étant proactive à trouver l'information voulue. Pour ce qui est de la quantité d'information désirée, pour une participante il était important d'avoir le plus d'information possible en lien avec les raisons du déclenchement, les risques et les alternatives alors que pour d'autres le manque d'information ne semblait pas problématique. Le

désir d'être en contrôle de l'expérience, mais aussi la quantité d'informations souhaitées par les femmes sont donc variables et doivent évidemment être pris en considération lorsque les professionnels de la santé communiquent de l'information. La présente étude a rapporté que le manque d'information peut être problématique pour certaines. Il serait alors pertinent de voir si le fait de donner trop d'informations pourrait avoir un effet négatif sur leur perception de contrôle et sur leur expérience globale.

Thème 3 : Le soutien reçu durant les phases anté-partum et intra-partum

Le modèle de Stevens (2012) prend en considération que l'accès à un soutien adéquat ainsi qu'à des soins de qualité sont essentiels lors de l'expérience de l'accouchement. À l'instar de ce modèle, les résultats de l'étude soutiennent également l'importance du soutien reçu lors de la grossesse et de l'accouchement. À plusieurs reprises, les participantes ont précisé que la relation avec le professionnel de la santé et le soutien reçu étaient des facteurs très importants dans leur expérience et leur processus décisionnel. Certaines participantes ont critiqué la qualité de leur suivi antépartum et ces sentiments d'insatisfaction et de doute ont refait surface lors de leur expérience du déclenchement du travail. Une relation positive et de confiance avec les professionnels de la santé, dont les infirmières, autant en anté-partum qu'en intra-partum, contribuerait alors à une expérience positive des femmes. D'autant plus que les professionnels de la santé sont responsables de communiquer avec les femmes avant, pendant et après l'expérience du déclenchement du travail afin de les assister dans la gestion de leurs attentes envers leur expérience (Hildingsson et al., 2011). Notamment, les infirmières jouent un rôle important de par leur présence, leur encouragement, leur continuité des soins ainsi que leur expertise auprès des femmes en travail (Matthews et al., 2004). Les participantes ont indiqué de

manière générale qu'elles avaient eu une relation positive avec les infirmières, mais peu d'interventions spécifiques ont été détaillées par les participantes lors des entretiens.

Thème 4 : La perception de contrôle envers l'expérience

La perception de contrôle durant l'expérience du travail et de l'accouchement est un concept central dans le modèle de Stevens (2012) qui permet de prédire une satisfaction de la mère envers son expérience et qui prévient l'apparition de problématiques en post-partum telles que le syndrome de stress post-traumatique. L'habilité des mères à participer aux décisions concernant ses soins est citée dans le modèle comme l'aspect qui contribue le plus à la satisfaction de son expérience (Stevens, 2012). Comme il avait été rapporté dans la recension des écrits, le désir de participer aux prises de décision pendant le travail et l'accouchement est individuel à chaque parturiente (Matthews et al., 2004). Dans le cadre de cette étude, pour certaines participantes, le fait d'être complètement impliquée dans le processus décisionnel en ce qui a trait au travail et l'accouchement était essentiel, alors que pour d'autres participantes cette implication n'était pas importante. Certaines ont d'ailleurs préféré que le médecin prenne les décisions dans leur intérêt et celui de leur bébé. D'autres auraient souhaité participer davantage aux prises de décisions, mais l'information qui leur avait été partagée était limitée et ne leur permettait pas de participer de façon éclairée aux décisions, ce qui a fait en sorte qu'elles ont été moins satisfaites de leur expérience. Un fait intéressant de cette étude et qui rejoint des résultats présentés dans la recension des écrits, est que les femmes qui ont été moins impliquées dans les prises de décisions faisaient davantage partie de groupes ethniques minoritaires et étaient moins éduquées. Il serait intéressant de voir si le manque d'implication était volontaire ou culturelle, ou si cela était plus liée au manque d'information adaptée à leurs besoins et à leur compréhension qui influençaient leur implication.

Le sentiment de contrôle envers l'expérience est également influencé par des caractéristiques du travail et de l'accouchement telles que la méthode du déclenchement du travail, la douleur et la durée du travail. La participante 4 a commenté que le port du ballon était inconfortable et rendait la miction difficile. Pour une autre, le Cervidil® a causé une détresse fœtale suivant son insertion ce qui a été stressant pour elle. Ces participantes auraient alors souhaité avoir davantage de contrôle envers leur expérience, particulièrement pour le choix de la méthode du déclenchement du travail. De plus, pour toutes les participantes, expérimenter le déclenchement du travail en plus d'une césarienne non-planifiée a été stressant et a influencé leur sentiment de contrôle envers leur expérience globale.

Le soutien reçu par les professionnels de la santé a parfois influencé positivement ou négativement la perception de contrôle des participantes envers leur expérience du déclenchement du travail. Une participante a mentionné que sa doula a joué un rôle important de par sa disponibilité et son attitude. Cette accompagnatrice lui a suggéré de demander des informations précises aux professionnels de la santé, soit les risques potentiels, les alternatives et les bienfaits des interventions, ce qui lui a permis de se sentir davantage en contrôle de son expérience. D'une autre perspective, certaines participantes ont rapporté un sentiment de perte de contrôle et une insatisfaction liées au manque de communication avec les professionnels de la santé, ce qui est également corroboré par des études présentées dans la recension des écrits (Burcher et al., 2016; DeLuca et al., 2014; Karlström, 2017).

Thème 5 : Expérience de l'échec du déclenchement du travail résultant en une césarienne

L'expérience quant à la césarienne suivant un échec du déclenchement du travail était similaire à ce qui avait déjà été rapporté dans les écrits quant à l'expérience des femmes qui vivent une césarienne (Somera et al., 2010; Tully et al., 2013). En effet, elles ont indiquées

qu'elles étaient contentes de rencontrer leur bébé après plusieurs heures de travail, et que l'expérience d'accouchement était positive malgré tout en l'absence de complications néonatales. De manière générale, les participantes se sont senties rassurées que leur bébé soit en santé. Les participantes ont exprimé avoir peur de la césarienne ainsi que des impacts physiques de l'échec du déclenchement du travail, mais comme mentionné dans la recension des écrits de Gatward et al., 2010 leurs peurs et inquiétudes se sont dissipées lors de la naissance d'un bébé en santé. Cependant, la naissance d'un nouveau-né en santé a contribué à nuancer ce qui aurait pu devenir une expérience négative du déclenchement du travail et d'une césarienne non-planifiée. Toutefois, il serait pertinent d'explorer si ce sentiment perdure ou si ce n'est pas uniquement le reflet du soulagement ressenti immédiatement par les femmes après qu'elles et leur nouveau-né aient passé à travers cette épreuve. Il est également approprié de préciser qu'aucune participante n'a indiqué, en post-partum immédiat, avoir eu des difficultés à établir un lien mère-enfant. Néanmoins, une participante s'attendait à ce que ce l'établissement de ce lien soit plus difficile à cause de la césarienne, mais ses craintes n'ont pas été confirmées. Ce résultat est intéressant puisque différentes études discutent de l'attachement et des conséquences à plus long terme lors d'une césarienne d'urgence au moment de l'accouchement (DeLuca et al., 2014; Kennedy et al., 2018; Puia, 2013; Somera et al., 2010). En effet, selon une étude menée à un mois post-partum, les mères considèrent la césarienne d'urgence comme un échec et peuvent sentir qu'elles n'accomplissent pas adéquatement leurs rôles de mères en raison de la récupération associée à la césarienne (Kjerulff et al., 2018). Ces sentiments peuvent perdurer et causer des difficultés d'attachement précoce et de santé mentale à long terme (Kjerulff et al., 2018). La présente étude a mis en lumière que les mères ont souvent des préoccupations physiques en post-partum immédiat telles que d'avoir de la difficulté à se mobiliser, de la douleur et des tiraillements

abdominaux. Ces difficultés ont rendu les soins à leur nouveau-né plus difficiles à réaliser que ce qu'elles avaient anticipé. Il serait donc intéressant de voir si ces difficultés se maintiennent à long terme et si l'effet sur l'attachement serait aussi présent.

Considérations méthodologiques

Les fondements méthodologiques sont décrits afin d'offrir une compréhension adéquate des conclusions de l'étude (Nowell et al., 2017).

Moment idéal pour le recrutement et le déroulement de l'étude

Afin de faciliter le recrutement des participantes, il avait été convenu de procéder au recrutement et les entretiens durant la période d'hospitalisation en post-partum soit dans les 48 heures suivant l'accouchement (Voir Figure 2). Ce court délai de temps a fait en sorte que sur les 31 participantes potentielles, 13 n'ont pu être approchées car elles avaient obtenu leur congé avant que l'étudiante-chercheuse puisse les rencontrer. De plus, puisque l'étudiante-chercheuse oeuvrait dans le centre hospitalier où se déroulait l'étude, elle ne pouvait pas approcher certaines participantes potentielles, soit celles dont elles prenaient soin ou qu'elle connaissait afin d'éviter tout conflit d'intérêt et coercition. C'est pour cette raison que quatre autres participantes potentielles n'ont pu être approchées. Ainsi sur les 31 participantes potentielles, ce sont 14 femmes qui ont été approchées pour participer à l'étude. De ce nombre, deux participantes potentielles ont été approchées par l'infirmière de l'unité et ont refusé de participer puisqu'elles n'étaient pas dans un état psychologique stable et propice en raison d'une fatigue physique ou d'un épuisement émotionnel. Deux autres mères ont refusé de participer sans justifier la raison. Quatre mères qui avaient été rencontrées pour discuter de l'étude avaient montré un intérêt et désiraient recevoir un suivi téléphonique pour planifier la rencontre, cependant, deux n'ont pas répondu aux appels lors du suivi téléphonique, une a été réhospitalisée et la dernière était trop

fatiguée pour participer. Elles avaient signé le formulaire de consentement au moment du recrutement.

Ces difficultés liées au recrutement des participantes est une des principales considérations méthodologiques de cette étude soit de déterminer le moment le plus opportun pour approcher les participantes potentielles et leur présenter l'étude. Premièrement, seulement 60% des participantes potentielles ont pu être approché dans les 48 heures suivant l'échec du déclenchement du travail puisque 13 (40%) des participantes-potentielles avaient déjà quitté l'hôpital au moment où l'étudiante-chercheure aurait pu les rencontrer. Il pourrait alors être probable que le recrutement soit plus efficace si les participantes potentielles étaient rencontrées dans les heures qui suivent leur accouchement, mais à ce moment la fatigue et la charge émotionnelle occasionnées par l'accouchement pourraient être trop importantes et influencer leur décision à participer à l'étude. La majorité des femmes recrutées ont été rencontrées le premier jour post-partum, c'est-à-dire plus de 24 heures après leur accouchement. Ce moment a été jugé acceptable par les femmes et le taux d'attrition de l'étude a tout de même été de 60% parmi celles qui ont été approchées.

Également, le choix était donné aux participantes de réaliser l'entretien à l'hôpital ou à domicile, néanmoins le taux d'attrition de quatre femmes qui ont souhaité tenir l'entretien à domicile a été de 100%. Une fois à la maison, une participante a refusé en justifiant une importante fatigue suivant son accouchement et son congé hospitalier. Pour une autre, après avoir obtenu son congé hospitalier, elle a été réadmise pour une hypertension artérielle non résolue la rendant ainsi non éligible à l'étude. Les deux autres participantes n'ont pas répondu aux tentatives téléphoniques pour les rejoindre. Ces refus peuvent possiblement être expliqués par les nouvelles responsabilités familiales ou par un inconfort des femmes de préciser en

personne leur refus de participer à la recherche (Jay, 2015). Il ne semble ne pas y avoir de consensus d'opinion entre les chercheurs sur le moment opportun d'interviewer les femmes après l'accouchement (Hodnett, 2002; Jay, 2015). Selon une revue systématique menée par Hodnett (2012), la majorité des études s'intéressant à la douleur perçue durant l'accouchement avaient été réalisées durant l'hospitalisation. Ceci peut être pratique, sauver du temps et assurer théoriquement à un meilleur taux de réponse (Hodnett, 2002). C'est également le cas de l'étude de Gatward et al. (2010) s'intéressant à l'expérience du déclenchement du travail, où les participantes ont été interviewées 24 à 48 heures postpartum. Le taux d'abandon n'a cependant pas été mentionné. À l'inverse, d'autres études similaires sur l'expérience du déclenchement du travail se sont déroulées, lorsque spécifié, entre trois et six semaines post-partum (Jay et al., 2018a). En conclusion, il semble préférable de réaliser des études similaires en centre hospitalier puisque toutes les participantes qui désiraient faire l'entretien à la maison se sont désistées dans notre étude. De plus, ceci est acceptable dans la mesure où le but de l'étude est de connaître l'expérience immédiate des mères.

Choix des participants qui répondent aux critères d'inclusion et d'exclusion

Le recrutement a aussi été compliqué étant donné que les gestionnaires responsables et des infirmières du milieu, lors du recrutement de participantes potentielles, suggéraient des mères qui ne répondaient pas aux critères de sélection. Elles recommandaient souvent des participantes qui avaient « besoin de parler » de leur expérience, peu importe si elles avaient vécu une césarienne ou un déclenchement du travail lors de leur accouchement. Ces mauvaises recommandations étaient peut-être liées à une compréhension erronée du but de l'étude et des critères d'inclusion par les infirmières et les gestionnaires de l'unité du post-partum ou à un désir d'offrir une intervention à des mères qui en nécessitaient le besoin, bien qu'il y ait eu un courriel

d'explication de l'étude. De plus, il s'avère que certaines infirmières, en post-partum, ne connaissaient pas le déroulement de l'accouchement des patientes ce qui rendait difficile voire même impossible de cibler celles qui avaient vécu un déclenchement du travail résultant en une césarienne. D'une part, elles référaient des mères qui avaient vécu une césarienne sans avoir vécu de déclenchement du travail au préalable. Les infirmières avaient également des difficultés à assimiler les critères de sélection même après leur avoir expliqué l'étude. Cette difficulté a aussi été rapportée dans une autre étude qui a été résolue en accédant à la liste des femmes ayant expérimentées un déclenchement du travail et par une vérification des noms avec la liste de la salle d'accouchement (Jay, 2015), cette stratégie s'est avérée positive dans cette étude et la présente étude.

De plus, quelques participantes potentielles n'étaient pas sur la liste de déclenchement du travail et ont été recrutées soit avec l'aide d'infirmières de l'unité post-partum ou avec la liste des noms de la salle d'accouchement. Ainsi, certaines des participantes potentielles ont été approchées directement pour vérifier si elles étaient éligibles à participer à l'étude. Ainsi, les difficultés du recrutement étaient à deux niveaux, soit une mauvaise identification des participantes potentielles de la part des infirmières et des gestionnaires, ainsi qu'une mauvaise gestion des listes des noms de la salle d'accouchement.

Bénéfices potentiels à participation à l'étude

Le travail et l'accouchement, particulièrement lorsqu'ils ne correspondent pas aux attentes, peuvent être perçus comme traumatisants par les mères et peuvent causer des difficultés d'adaptation post-partum tels que la dépression ou un stress post-traumatique (Bastos et al., 2015). Le débriefing post-partum afin d'offrir un soutien émotionnel et psychologique post-accouchement en offrant aux femmes l'opportunité de discuter de leur expérience a été évalué

dans une revue systématique qui conclut qu'il n'y a pas d'évidence quant à l'effet de cette intervention sur la dépression post-partum (Bastos et al., 2015). Bien qu'il n'existe peu ou pas d'évidence fiable associée au débriefing, Bastos et al. (2015) concèdent que les femmes doivent tout de même profiter de meilleurs soins émotionnels dont l'écoute empathique d'un professionnel de la santé, lorsqu'elles vivent un accouchement qui ne correspond pas à leurs attentes afin d'assurer leur bien-être psychologique. Plusieurs participantes ont été reconnaissantes de pouvoir participer à l'étude et de verbaliser leur expérience auprès d'une infirmière avec une expérience clinique substantielle en obstétrique. Discuter d'un événement traumatisant lors d'une recherche dans un environnement sécuritaire permettrait possiblement aux participantes d'apprécier une perspective différente de leur expérience, ce qui pourrait contribuer à améliorer leur bien-être (Newman et Kaloupek, 2004). Ainsi, d'autres femmes pourraient bénéficier de participer à des études similaires lors de la période post-partum qui leur permettraient de mieux comprendre leur expérience et d'en retirer des bénéfices à plus long terme pour leur adaptation post-partum. De futures recherches sont toutefois nécessaires avec une meilleure qualité d'évidence afin de déterminer si le débriefing post-accouchement pourrait être efficace (Bastos et al., 2015).

Forces et limites de l'étude

Une limite de cette étude peut être attribuée à la nature de l'échantillon recruté. Bien qu'une redondance au niveau des témoignages entre les six participantes (cinq primipares et une multipare) a été observée, il aurait été intéressant d'obtenir davantage de témoignages de multipares qui auraient permis de bonifier les connaissances sur les enjeux spécifiques pouvant être liés aux expériences antérieures de grossesse et d'accouchement. De plus, ces témoignages auraient pu offrir une meilleure compréhension de comment ces enjeux peuvent influencer

l'expérience du déclenchement du travail résultant en césarienne. Ceci pourrait également permettre de diversifier les résultats et leur transférabilité en termes d'expériences de primipares et de multipares. Cependant, une force de l'étude est la diversité des contextes socio-économiques, ethniques et de grossesse (grossesse à risque ou non) des femmes incluses dans l'échantillon qui a permis d'obtenir une variété différente de témoignages et de perspectives dans un contexte particulier (Nowell et al., 2017).

Peu d'études considèrent le conjoint dans l'expérience de travail de la parturiente. Bien que la visée de cette étude n'était pas d'investiguer la dynamique de couple à travers l'expérience de déclenchement du travail résultant en césarienne, certains conjoints ont amené des précisions essentielles lors des entretiens. Leurs témoignages quant à l'expérience des femmes a enrichi la compréhension du phénomène et a aussi permis aux couples de faire le point sur leur expérience ensemble. Un des avantages notables des entrevues dyadiques est de permettre une discussion partagée et enrichie de l'expérience comparativement aux entretiens individuels (Sohier, 1995). Des entrevues avec deux individus permettent ainsi une perspective bidimensionnelle ainsi qu'une vision plus complète de l'expérience (Sohier, 1995). Cependant, il est également possible que la participante sente alors une désirabilité sociale à exprimer son expérience positivement, particulièrement à l'égard du soutien qu'elle a reçu de la part du partenaire durant l'accouchement. Malgré ce désavantage, nous sommes d'avis que les perspectives des partenaires ont été importantes et ont contribué à une meilleure vue d'ensemble de l'expérience des femmes. Nous jugeons que leur participation était importante et de futures études désirant explorer l'expérience du travail et d'accouchement auprès des femmes et leur conjoint ne devraient pas omettre cette possibilité.

Le recrutement s'est déroulé pendant une période approximative de deux mois. Pendant cette période deux groupes de résidents en médecine ont fait leur rotation dans le milieu. D'une part, cela a permis d'avoir une certaine stabilité au niveau des résidents en médecine assurant que les expériences des femmes étaient similaires et comparables. L'unité de soins où s'est déroulé l'étude fonctionne sur un système de garde pour les médecins. De plus, certaines participantes ont vécu un transfert de soins entre l'équipe de médecine familiale et celle d'obstétriciens-gynécologues lors de leur accouchement ce qui aurait également pu augmenter leur stress envers leur expérience, mais n'a pas été mentionné par les participantes lors des témoignages. Ainsi, l'organisation des soins au sein du département pourrait influencer l'expérience des participantes. Nous n'avons pas non plus exploré l'expérience des femmes dépendant de l'endroit où s'est déroulée la césarienne. En fait, nous n'avons pas noté de différence entre les propos des femmes qui ont eu leur césarienne à la salle d'accouchement et celles à la salle d'opération. Ainsi, ces deux facteurs soit le transfert de soins (en lien avec la rotation des médecins) et l'endroit où se déroule la césarienne n'ont pas été mis en relief lors de l'analyse des résultats, ce qui seraient toutefois des pistes intéressantes à explorer dans d'autres études. De plus, nous n'avons pas considéré si le déclenchement était planifié ou non dans notre analyse. Ceci serait également une piste intéressante à explorer puisque ceci pourrait avoir un impact sur la perception de contrôle envers l'expérience.

Recommandations

Cette section détaille les recommandations pour la pratique clinique, la formation et la recherche.

Recommandations pour la pratique clinique

Comme il a été souligné dans l'étude, les infirmières de la salle d'accouchement jouent un rôle essentiel dans l'accompagnement et le soutien des femmes qui vivent un échec du déclenchement du travail résultant en une césarienne. En particulier, l'importance de la quantité et la qualité des informations données aux femmes ont un grand impact sur leur expérience de déclenchement. Les infirmières détiennent une position privilégiée afin de transmettre les informations pertinentes comme plusieurs participantes l'ont mentionné dans l'étude. Ainsi, il est important pour l'infirmière de la salle d'accouchement d'informer la parturiente des différentes étapes et des interventions et ce tout au long de l'expérience (Adams et al., 2008). Une transmission adéquate d'informations aux femmes, spécialement en contexte d'un déclenchement du travail semble essentiel puisqu'elles veulent être préparées à la possibilité d'une césarienne et être en contrôle de leur expérience. De plus, l'interprétation par les infirmières du jargon médical peut également diminuer l'anxiété chez les femmes et leur partenaire (Adams et al., 2008). Les infirmières doivent également faire le suivi auprès des femmes afin de s'assurer qu'elles ont une bonne compréhension des informations transmises (Adams et al., 2008). Il est rapporté les futures mères peuvent ressentir du stress lors d'un travail prolongé, d'une détresse fœtale, ainsi que lors d'interventions médicales (Adams et al., 2008). L'infirmière de la salle d'accouchement peut diminuer cette détresse en identifiant les sources de détresse des femmes et en communiquant l'information pertinente (Adams et al., 2008).

La défense des intérêts inclut de protéger la parturiente, promouvoir ses besoins et les aider à faire des choix dans leurs soins (Adams et al., 2008). Ceci est particulièrement approprié lorsque la parturiente est vulnérable et lorsqu'elle n'est pas préparée au déclenchement du travail. La défense des intérêts par les infirmières permet également aux femmes de maintenir un

contrôle sur leur expérience. Le soutien offert à la parturiente doit être bien documenté en utilisant une terminologie infirmière spécifique aux soins (Adams et al., 2008). Dans le contexte de l'étude, lors de la révision des dossiers médicaux, il a été constaté que les interventions, les soins et le soutien sont rarement documentés dans les notes infirmières.

Recommandations pour la formation

Les infirmières de la salle d'accouchement jouent un rôle important lors de leur accompagnement auprès des parturientes, toutefois les soins infirmiers obstétricaux diminuent d'année en année dans le curriculum des formations en soins infirmiers (Adams et al., 2008; Partin et al., 2011). Dans plusieurs universités en Amérique du Nord, l'utilisation de simulations cliniques de haut réalisme dans les programmes de formation en sciences infirmières est mise de l'avant dans la formation obstétricale (Partin et al., 2011). Il est important toutefois que les notions de soutien émotionnel, de mesures de confort, de transmission d'informations, ainsi que la défense des intérêts soient toujours mis de l'avant dans les curriculums de formation en périnatalité.

Nous avons remarqué, lors de la révision des dossiers, que le soutien des infirmières envers les participantes était peu documenté. Il importe donc que dans l'orientation des nouvelles infirmières à la salle d'accouchement, le soutien durant le travail et l'accouchement prenne une part importante de l'orientation même si parfois elle est plus axée sur la prévention des risques et des complications de l'accouchement (Adams et al., 2008). Ainsi, en termes de formation dans la salle d'accouchement, il paraît nécessaire de bonifier l'orientation à la salle d'accouchement avec ces notions en lien avec le soutien.

Recommandations pour la recherche

Il serait pertinent dans de futures études sur le déclenchement du travail et sur l'expérience en général de l'accouchement, d'inclure les partenaires dans l'entretien. Lorsque les partenaires étaient présents, les entretiens étaient plus riches en plus d'offrir une perspective complémentaire à l'expérience de la femme. En particulier, inclure les partenaires lors d'une étude sur l'expérience de l'échec du déclenchement du travail permettrait également d'observer comment le soutien entre en jeu dans l'expérience de la satisfaction ou de l'insatisfaction de l'expérience.

Également, de futures études qualitatives ou quantitatives explorant à plus long terme et même longitudinalement comment l'expérience de l'échec du déclenchement du travail influence l'attachement mère-enfant, seraient intéressantes. De plus, de telles études pourraient également explorer l'état psychologique des mères qui ont vécu des expériences potentiellement traumatisantes et comment cet état influence leur lien d'attachement avec leur nouveau-né. Une recherche potentielle pourrait investiguer l'impact longitudinal des expériences en post-partum sur les taux de dépression post-partum ou de stress post-traumatiques à la suite d'accouchements difficiles telles que l'échec du déclenchement du travail résultant en césarienne.

D'autres facteurs tels que la parité peuvent également venir jouer sur l'expérience de l'échec du déclenchement du travail. Ainsi, une étude avec seulement des multipares pour voir si l'expérience est similaire à celle des primipares pourrait aussi être une avenue de recherche intéressante.

Conclusion

Cette étude avait pour but d'explorer l'expérience des femmes qui vivent un échec du déclenchement du travail résultant en une césarienne non planifiée. Plusieurs thèmes contribuant à l'expérience des femmes, soient les attentes envers le travail et l'accouchement, le soutien reçu durant l'expérience, la qualité et la quantité d'informations reçues ainsi que la perception de contrôle envers l'expérience ont été identifiés. Ces thèmes mènent au thème global : *Expérience globale de l'échec du déclenchement du travail résultant en une césarienne*. Entre autres, ces résultats permettent d'approfondir les connaissances sur l'expérience des femmes en lien avec le travail et d'accouchement à travers le modèle de Stevens (2012). De plus, cette étude a permis d'identifier des pistes afin d'intervenir auprès des femmes pendant et après qu'elles vivent un échec du déclenchement du travail résultant en césarienne. Particulièrement, les entretiens en post-partum immédiat ont relevé le besoin des femmes à verbaliser leur expérience surtout lorsque celle-ci est négative, mais que celles-ci vivent leur expérience plus positivement lorsque leur nouveau-né naît en santé.

Références

- Adams, E. D. et Bianchi, A. L. (2008). A Practical Approach to Labor Support. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37(1), 106-115.
<https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2007.00213.x>
- Akuamoah-Boateng, J. et Spencer, R. (2018). Woman-centered care: Women's experiences and perceptions of induction of labor for uncomplicated post-term pregnancy: A systematic review of qualitative evidence. *Midwifery*, 67, 46-56.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.08.018>
- Alfirevic, Z., Keeney, E., Dowswell, T., Welton, N., Medley, N., Dias, S., Jones, L., Gyte, G. et Caldwell, D. (2016). Which method is best for the induction of labour? A systematic review, network meta-analysis and cost-effectiveness analysis. *Health Technology Assessment*, 20(65), 1-618. <https://doi.org/10.3310/hta20650>
- Allen, V. M., Wilson, R. D., Cheung, A., Wilson, R. D., Allen, V. M., Blight, C., Désilets, V. A., Gagnon, A., Langlois, S. F., Summers, A., Wyatt, P., Claman, P., Cheung, A., Goodrow, G., Graves, G. et Min, J. (2006). Pregnancy Outcomes After Assisted Reproductive Technology. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 28(3), 220-233.
[https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)32112-0](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)32112-0)
- Amorosa, J. M. H. et Stone, J. L. (2015). Outpatient cervical ripening. *Seminars in Perinatology*, 39(6), 488-494. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2015.07.014>
- Armstrong, N. et Kenyon, S. (2017). When choice becomes limited: Women's experiences of delay in labour. *Journal for the Social Study of Health*, 21(2), 223-238.
<https://doi.org/10.1177/1363459315617311>

- Attanasio, L. B., Kozhimannil, K. B. et Kjerulff, K. H. (2018). Factors influencing women's perceptions of shared decision making during labor and delivery: Results from a large-scale cohort study of first childbirth. *Patient Education and Counseling*, 101(6), 1130-1136. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.01.002>
- Austin, D. et Benn, C. (2006). Induction of labour: the influences on decision making, 34, 8.
- Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses [AWHONN]. (2014). Non-Medically Indicated Induction and Augmentation of Labor. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 43(5), 678-681. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12499>
- Baas, C. I., Wieggers, T. A., Cock, T. P., Erwich, J. J. H. M., Spelten, E. R., de Boer, M. R. et Hutton, E. K. (2017). Client-related factors associated with a "less than good" experience of midwifery care during childbirth in the Netherlands. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 44(1), 58-67. <https://doi.org/10.1111/birt.12266>
- Baños, N., Migliorelli, F., Posadas, E., Ferreri, J. et Palacio, M. (2015). Definition of Failed Induction of Labor and Its Predictive Factors: Two Unsolved Issues of an Everyday Clinical Situation. *Fetal Diagnosis and Therapy*, 38(3), 161-169. <https://doi.org/10.1159/000433429>
- Baston, H., Rijnders, M., Green, J. M. et Buitendijk, S. (2008). Looking back on birth three years later: Factors associated with a negative appraisal in England and in the Netherlands. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(4), 323-339. <https://doi.org/10.1080/02646830802408480>
- Bastos, M., Furuta, M., Small, R., McKenzie-McHarg, K. et Bick, D. (2015). Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth.

- Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), 67.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD007194.pub2>
- Beckmann, M. (2007). Predicting a failed induction. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 47(5), 394-398. <https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2007.00763.x>
- Berger, H., Gagnon, R. et Sermer, M. (2016). Diabetes in Pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 38(7), 667-679.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2016.04.002>
- Biem, S. R. D., Turnell, R. W., Olatunbosun, O., Tauh, M. et Biem, H. J. (2003). A randomized controlled trial of outpatient versus inpatient labour induction with vaginal controlled-release prostaglandin-E2: effectiveness and satisfaction. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 25(1), 23-31. [https://doi.org/10.1016/s1701-2163\(16\)31079-9](https://doi.org/10.1016/s1701-2163(16)31079-9)
- Bijlenga, D., Boers, K. E., Birnie, E., Mol, B.-W. J., Vijgen, S. C. M., Van der Post, J. A. M., De Groot, C. J., Rijnders, R. J. P., Pernet, P. J., Roumen, F. J., Stigter, R. H., Delemarre, F. M. C., Bremer, H. A., Porath, M., Scherjon, S. A. et Bonsel, G. J. (2011). Maternal health-related quality of life after induction of labor or expectant monitoring in pregnancy complicated by intrauterine growth retardation beyond 36 weeks. *Quality of Life Research*, 20(9), 1427. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9891-x>
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K. et Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
- Bonsack, C. F., Lathrop, A. et Blackburn, M. (2014). Induction of Labor: Update and Review. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59(6), 606-615.
<https://doi.org/10.1111/jmwh.12255>

- Boorman, R. J., Devilly, G., Gamble, J., Creedy, D. K. et Fenwick, J. (2014). Childbirth and criteria for traumatic events. *Midwifery*, 30(2), 255-261.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.03.001>
- Bossano, C. M., Townsend, K. M., Walton, A. C., Blomquist, J. L. et Handa, V. L. (2017). The maternal childbirth experience more than a decade after delivery. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 217(3), 342.e1-342.e8.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.04.027>
- Boyon, C., Monsarrat, N., Clouqueur, E. et Deruelle, P. (2014). Cervical ripening: Is there an advantage for a double-balloon device in labor induction? *Gynecologie Obstetrique & Fertilite*, 42(10), 674-680. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2014.07.035>
- Braun, V., Clarke, V., Hayfield, N. et Terry, G. (2019). Thematic analysis. Dans P. Liamputtong (Ed.), *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences* (p. 843-860). Springer Nature Signapore. <https://doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4>
- Brown, S. J. S. et Furber, C. M. (2015). Women's experiences of cervical ripening as inpatients on an antenatal ward. *Journal of the Swedish Association of Midwives*, 6(4), 219-225.
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.06.003>
- Burcher, P., Cheyney, M. J., Li, K. N., Hushmendy, S. et Kiley, K. C. (2016). Cesarean Birth Regret and Dissatisfaction: A Qualitative Approach. *Birth*, 43(4), 346-352.
<https://doi.org/10.1111/birt.12240>
- Carquillat, P., Boulvain, M. et Guittier, M.-J. (2016). How does delivery method influence factors that contribute to women's childbirth experiences? *Midwifery*, 43, 21-28.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.10.002>

- Chalmers, B. E. et Dzakpasu, S. (2015). Interventions in labour and birth and satisfaction with care: The Canadian Maternity Experiences Survey Findings. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 33(4), 374-387. <https://doi.org/10.1080/02646838.2015.1042964>
- Chalmers, B., Kaczorowski, J., Darling, E., Heaman, M., Fell, D., O'Brien, B. et Lee, L. (2010). Cesarean and vaginal birth in Canadian women: a comparison of experiences. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 37(1), 44-49. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00377.x>
- Cheng, E., Declercq, E., Belanoff, C., Stotland, N. et Iverson, R. (2015). Labor and Delivery Experiences of Mothers with Suspected Large Babies. *Maternal & Child Health Journal*, 19(12), 2578-2586. <https://doi.org/10.1007/s10995-015-1776-0>
- Cook, K. et Loomis, C. (2012). The Impact of Choice and Control on Women's Childbirth Experiences. *The Journal of Perinatal Education*, 21(3), 158-168. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.21.3.158>
- da Silva Lima, B. C., Alves Ribeiro, M. M., Costa Martins, E. R., Conceição de Almeida Ramos, R., Ribeiro Francisco, M. T. et Machado de Lima, D. V. (2016). Feelings amongst high-risk pregnant women during induction of labor: a descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 15(2), 254-263. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20165484>
- de Graaff, L. F., Honig, A., van Pampus, M. G. et Stramrood, C. A. I. (2018). Preventing post-traumatic stress disorder following childbirth and traumatic birth experiences: a systematic review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 97(6), 648-656. <https://doi.org/10.1111/aogs.13291>

- DeLuca, R. S. et Lobel, M. (2014). Diminished control and unmet expectations: Testing a model of adjustment to unplanned cesarean delivery. *Analyses of Social Issues and Public Policy*, 14(1), 183-204. <https://doi.org/10.1111/asap.12040>
- Eisenberg Center at Oregon Health & Science University [ECOHSU]. (2009). Elective Induction of Labor: Safety and Harms. Dans, *Comparative Effectiveness Review Summary Guides for Clinicians*. Agency for Healthcare Research and Quality. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK45288/>
- Fawcett, J., Aber, C., Haussler, S., Weiss, M., Myers, S. T., Hall, J. L., Waters, V. L., King, C., Tarkka, M.-T., Rantanen, A., Astedt-Kurki, P., Newton, J. et Silva, V. (2011). Women's Perceptions of Caesarean Birth: A Roy International Study. *Nursing Science Quarterly*, 24(4), 352-362. <https://doi.org/10.1177/0894318411419211>
- Gabbay-Benziv, R., Hadar, E., Ashwal, E., Chen, R., Wiznitzer, A. et Hirsch, L. (2016). Induction of labor: does indication matter? *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 294(6), 1195-1201. <https://doi.org/10.1007/s00404-016-4171-1>
- Gatward, H., Simpson, M., Woodhart, L. et Stainton, M. C. (2010). Women's experiences of being induced for post-date pregnancy. *Women and Birth*, 23(1), 3-9. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2009.06.002>
- Giacobbe, A., Savasta, M., Dominici, R., Vivo, A., Giacobbe, V., Grasso, R., Triolo, V. et Mancuso, A. (2012). The influence of planned kinds of delivery on pregnant women's emotional state. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 25(7), 1188-1190. <https://doi.org/10.3109/14767058.2011.600794>
- Goetzl, L. (2014). Methods of Cervical Ripening and Labor Induction: Pharmacologic. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 57(2), 377. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000024>

- Grobman, W. A., Bailit, J., Lai, Y., Reddy, U. M., Wapner, R. J., Varner, M. W., Jr. Thorp, J. M., Leveno, K. J., Caritis, S. N., Prasad, M., Tita, A. T. N., Saade, G., Sorokin, Y., Rouse, D. J., Blackwell, S. C., Tolosa, J. E. et Thorp, J. M. J. (2018). Defining failed induction of labor. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 218(1), 122.e1-122.e8.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.11.556>
- Harper, L. M., Caughey, A. B., Odibo, A. O., Roehl, K. A., Zhao, Q. et Cahill, A. G. (2012). Normal Progress of Induced Labor. *Obstetrics & Gynecology*, 119(6), 1113-1118.
<https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e318253d7aa>
- Heimstad, R., Romundstad, P. R., Hyett, J., Mattsson, L.-A. et Salvesen, K. A. (2007). Women's experiences and attitudes towards expectant management and induction of labor for post-term pregnancy. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 86(8), 950-956.
<https://doi.org/10.1080/00016340701416929>
- Henderson, J. et Redshaw, M. (2013). Women's experience of induction of labor: a mixed methods study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92(10), 1159-1167.
<https://doi.org/10.1111/aogs.12211>
- Herishanu-Gilutz, S., Shahar, G., Schattner, E., Kofman, O. et Holcberg, G. (2009). On becoming a first-time mother after an emergency Caesarean section: a journey from alienation to symbolic adoption. *Journal of Health Psychology*, 14(7), 967-981.
<https://doi.org/10.1177/1359105309341205>
- Hidaka, N., Sato, Y., Fujita, Y. et Kato, K. (2018). Expectant management of pregnancies complicated by fetal growth restriction without any evidence of placental dysfunction at term: Comparison with routine labor induction. *Journal of obstetrics and gynaecology research*, 44(1), 93-101. <https://doi.org/10.1111//jojogg.1.133446611>

- Hildingsson, I., Karlström, A. et Nystedt, A. (2011). Women's experiences of induction of labour - Findings from a Swedish regional study. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 51(2), 151-157. <https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2010.01262.x>
- Hodnett, E. D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 186(5), S160-S172. [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(02\)70189-0](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(02)70189-0)
- Humphrey, T. et Tucker, J. S. (2009). Rising rates of obstetric interventions: exploring the determinants of induction of labour. *Journal of Public Health*, 31(1), 88-94. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdn112>
- Jay, A. (2015). *Women's experiences of induction of labour: a qualitative study*. [Dissertation doctoral, University of Hertfordshire]. Semantic Scholar. http://researchprofiles.herts.ac.uk/portal/files/10116260/Thesis._Dr_Annabel_Jay_2016.pdf
- Jay, A., Thomas, H. et Brooks, F. (2018a). In labor or in limbo? The experiences of women undergoing induction of labor in hospital: Findings of a qualitative study. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 45(1), 64-70. <https://doi.org/10.1111/birt.12310>
- Jay, A., Thomas, H. et Brooks, F. (2018b). Induction of labour: How do women get information and make decisions? Findings of a qualitative study. *British Journal of Midwifery*, 26(1), 22-29. <https://doi.org/10.12968/bjom.2018.26.1.22>
- Kalafat, E., Morales-Rosello, J., Thilaganathan, B., Tahera, F. et Khalil, A. (2018). Risk of operative delivery for intrapartum fetal compromise in small-for-gestational-age fetuses

- at term: an internally validated prediction model. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 218(1), 134.e1-134.e8. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.10.022>
- Karlström, A. (2017). Women's self-reported experience of unplanned caesarean section: Results of a Swedish study. *Midwifery*, 50, 253-258. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.04.016>
- Kawakita, T., Reddy, U. M., Iqbal, S. N., Landy, H. J., Huang, C.-C., Hoffman, M., Sciscione, A. C. et Grantz, K. L. (2016). Duration of Oxytocin and Rupture of the Membranes Before Diagnosing a Failed Induction of Labor. *Obstetrics and gynecology*, 128(2), 373-380. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001527>
- Kehl, S., Welzel, G., Ehard, A., Berlit, S., Spaich, S., Siemer, J. et Sutterlin, M. (2013). Women's acceptance of a double-balloon device as an additional method for inducing labour. *Journal of Obstetrics*, 168(1), 30-35. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2012.12.018>
- Kennedy, H. P., Cheyney, M., Dahlen, H. G., Downe, S., Foureur, M. J., Homer, C. S. E., Jefford, E., McFadden, A., Michel-Schuldt, M., Sandall, J., Soltani, H., Speciale, A. M., Stevens, J., Vedam, S. et Renfrew, M. J. (2018). Asking different questions: A call to action for research to improve the quality of care for every woman, every child. *Birth*, 45(3), 222-231. <https://doi.org/10.1111/birt.12361>
- Kjerulff, K. H. et Brubaker, L. H. (2018). New mothers' feelings of disappointment and failure after cesarean delivery. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 45(1), 19-27. <https://doi.org/10.1111/birt.12315>
- Knoche, A., Selzer, C. et Smolley, K. (2008). Methods of stimulating the onset of labor: an exploration of maternal satisfaction. *Journal of Midwifery*, 53(4), 381-387. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2008.01.004>

- Kozhimannil, K. B., Macheras, M. et Lorch, S. A. (2014). Trends in Childbirth before 39 Weeks' Gestation without Medical Indication. *Medical care*, 52(7), 649-657.
<https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000153>
- Langlois, H., Chaillet, N., Gagné, G.-P., LaSalle, H., Moutquin, J.-M. et Senikas, V. (2014). *Le déclenchement du travail* (Fiches Prénatales). Institut National de Santé Publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/Data/Sites/8/SharedFiles/PDF/declenchement-du-travail.pdf>
- Larouche, V., Martel, M.-J. et Dufresne, C. (2019). Le soutien infirmier pendant le travail et l'accouchement. *Perspectives Infirmières*, 16(3), 61-64.
<https://www.oiiq.org/documents/20147/1516102/perspective-infirmiere-vol-16-no3-2019.pdf/#page=63>
- Leduc, D., Biringer, A., Lee, L. et Dy, J. (2013). *Déclenchement du travail* (Directive clinique N°296). La Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada. <https://sogc.org/wp-content/uploads/2013/08/gui296CPG1309FrevC.pdf>
- Lowe, N. (2007). A review of factors associated with dystocia and cesarean section in nulliparous women. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(3), 216-313.
<https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2007.03.003>
- Magee, L. A., Pels, A., Helewa, M., Rey, E., von Dadelszen, P. et Canadian Hypertensive Disorders of Pregnancy Working Group. (2014). Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy: executive summary. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 36(5), 416-441. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)30588-0](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30588-0)

- Malterud, K., Siersma, V. D. et Guassora, A. D. (2015). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753-1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- Martin, M., Nikula, P., Laukkala, H. et Pölkki, T. (2015). Mothers' Perceptions of Labor Support. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 40(8), 373-380. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000190>
- Matthews, R. et Callister, L. C. (2004). Childbearing Women's Perceptions of Nursing Care That Promotes Dignity. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 33(4), 498-507. <https://doi.org/10.1177/0884217504266896>
- Menhart, L. et Prosen, M. (2017). Women's satisfaction with the childbirth experience: a descriptive research. *Slovenian Nursing Review*, 51(4), 298-311. <https://doi.org/10.14528/snr.2017.51.4.189>
- Moore, J. E., Low, L. K., Titler, M. G., Dalton, V. K. et Sampsel, C. M. (2014). Moving Towards Patient Centered Care: Women's Decisions, Perceptions, and Experience of the Induction of Labor Process. *Birth*, 41(2), 138-146. <https://doi.org/10.1111/birt.12080>
- Mozurkewich, E., Chilimigras, J., Koepke, E., Keeton, K. et King, V. J. (2009). Indications for induction of labour: a best-evidence review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116(5), 626-636. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.02065.x>
- Murtagh, M. et Folan, M. (2014). Women's experiences of induction of labour for post-date pregnancy. *British Journal of Midwifery*, 22(2), 105-110. <https://doi.org/10.12968/bjom.2014.22.2.105>

- Nabi, H. A., Aflaifel, N. B. et Weeks, A. D. (2014). A hundred years of induction of labour methods. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 179, 236-239. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.03.045>
- Newman, E. et Kaloupek, D. G. (2004). The risks and benefits of participating in trauma-focused research studies. *Journal of Traumatic Stress*, 17(5), 383-394. <https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000048951.02568.3a>
- Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E. et Moules, N. J. (2017). Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1). <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>
- Oliveira, D. do C. et Mandú, E. N. T. (2015). Women with high-risk pregnancy: experiences and perceptions of needs and care. *Escola Anna Nery*, 19(1). <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150013>
- Orb, A., Eisenhauer, L. et Wynaden, D. (2000). Ethics in Qualitative Research. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(1), 93-96. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2001.00093.x>
- Partin, J. L., Payne, T. A. et Slemmons, M. F. (2011). Students' Perceptions of Their Learning Experiences Using High-Fidelity Simulation to Teach Concepts Relative to Obstetrics. *Nursing Education Perspectives*, 32(3), 186–188. <https://doi.org/10.5480/1536-5026-32.3.186>
- Polit, D., Beck, C. T., Loiselle, C. G. et Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières: Approches quantitatives et qualitatives*. Pearson ERPI.
- Price, S., Lake, M., Breen, G., Carson, G., Quinn, C. et O'Connor, T. (2007). The Spiritual Experience of High-Risk Pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 36(1), 63-70. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00110.x>

- Puia, D. (2013). A meta-synthesis of women's experiences of cesarean birth. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 38(1), 41-47.
<https://doi.org/10.1097/NMC.0b013e31826aa855>
- Rabinovich, A., Tsemach, T., Novack, L., Mazor, M., Rafaeli-Yehudai, T., Staretz-Chacham, O., Beer-Weisel, R., Klaitman-Mayer, V., Mastrolia, S. A. et Erez, O. (2018). Late preterm and early term: when to induce a growth restricted fetus? A population-based study. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 31(7), 926-932.
<https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1302423>
- Reid, M., Lorimer, K., Norman, J. E., Bollapragada, S. S. et Norrie, J. (2011). The home as an appropriate setting for women undertaking cervical ripening before the induction of labour. *Midwifery*, 27(1), 30-35. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.11.003>
- Rijnders, M., Baston, H., Schönbeck, Y., van der Pal, K., Prins, M., Green, J. et Buitendijk, S. (2008). Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 35(2), 107-116. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2008.00223.x>
- Robb, K. (2011). A Qualitative Study Exploring Women's Experiences of Unplanned Cesarean Surgery and Their Suggestions for Improving Care. *Canadian Journal of Midwifery Research & Practice*, 10(3), 17-28. <https://www.cjmrp.com/files/a-qualitative-study-exploring-women-s-experiences-of-unplanned-cesarean-surgery-and-their-suggestions-for-improving-care.pdf>
- Rouse, D. J., Owen, J. et Hauth, J. C. (2000). Criteria for failed labor induction: prospective evaluation of a standardized protocol. *Obstetrics & Gynecology*, 96(5, Part 1), 671-677.
[https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(00\)01010-3](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(00)01010-3)

- Rouse, D. J., Weiner, S. J., Bloom, S. L., Varner, M. W., Spong, C. Y., Ramin, S. M., Caritis, S. N., Grobman, W. A., Sorokin, Y., Sciscione, A., Carpenter, M. W., Mercer, B. M., Thorp, J. M., Malone, F. D., Harper, M., Iams, J. D. et Anderson, G. D. (2011). Failed Labor Induction: Toward an Objective Diagnosis. *Obstetrics and gynecology*, 117(2 0 1), 267-272. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e318207887a>
- Saldaña, J. (2011). *Fundamentals of Qualitative Research*. Oxford University Press, USA.
- Sanchez-Ramos, L., Bernstein, S. et Kaunitz, A. M. (2002). Expectant management versus labor induction for suspected fetal macrosomia: A systematic review. *Obstetrics and Gynecology*, 100(5), 997-1002. [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(02\)02321-9](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(02)02321-9)
- Sanjari, M., Bahramnezhad, F., Fomani, F. K., Shoghi, M. et Cheraghi, M. A. (2014). Ethical challenges of researchers in qualitative studies: the necessity to develop a specific guideline. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 7(14). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4263394/>
- Schoen, C. et Navathe, R. (2015). Failed induction of labor. *Seminars in Perinatology*, 39(6), 483-487. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2015.07.013>
- Schwarz, C., Gross, M. M., Heusser, P. et Berger, B. (2016). Women's perceptions of induction of labour outcomes: Results of an online-survey in Germany. *Midwifery*, 35, 3-10. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.02.002>
- Shetty, A., Burt, R., Rice, P. et Templeton, A. (2005). Women's perceptions, expectations and satisfaction with induced labour—A questionnaire-based study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 123(1), 56-61. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2005.03.004>

- Sigurdardottir, V. L., Gamble, J., Gudmundsdottir, B., Kristjansdottir, H., Sveinsdottir, H. et Gottfredsdottir, H. (2017). The predictive role of support in the birth experience: A longitudinal cohort study. *Women and Birth*, 30(6), 450-459.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.04.003>
- Simon, C. E. et Grobman, W. A. (2005). When has an induction failed? *Obstetrics and Gynecology*, 105(4), 705-709. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000157437.10998.e7>
- Smith, L. K. (2017). Outpatient induction of labour with prostaglandins: Safety, effectiveness and women's views. *British Journal of Midwifery*, 25(12), 774-782.
<https://doi.org/10.12968/bjom.2017.25.12.774>
- Sohier, R. (1995). The dyadic interview as a tool for nursing research. *Applied Nursing Research*, 8(2), 96-101. [https://doi.org/10.1016/S0897-1897\(95\)80562-1](https://doi.org/10.1016/S0897-1897(95)80562-1)
- Somera, M., Feeley, N. et Ciofani, L. (2010). Women's experience of an emergency caesarean birth. *Journal of Clinical Nursing*, 19(19), 2824-2831. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03230.x>
- Sparks, T. N., Yeaton-Massey, A., Granados, J. M., Handler, S. J., Meyer, M. et Caughey, A. B. (2015). How Do Maternal Views of Delivery Outcomes Vary by Demographics and Preferred Mode of Delivery? *American Journal of Perinatology*, 32(8), 741-746.
<https://doi.org/10.1055/s-0034-1395480>
- Stebbins, R. A. (2001). *Exploratory Research in the Social Sciences*. SAGE.
- Stevens, N. R. (2012). *Perceived control and maternal satisfaction with the childbirth experience* [Dissertation Doctoral, Univeristy of Kansas]. ProQuest Information & Learning.
https://kuscholarworks.ku.edu/bitstream/handle/1808/8201/Stevens_ku_0099D_11578_D ATA_1.pdf?sequence=1

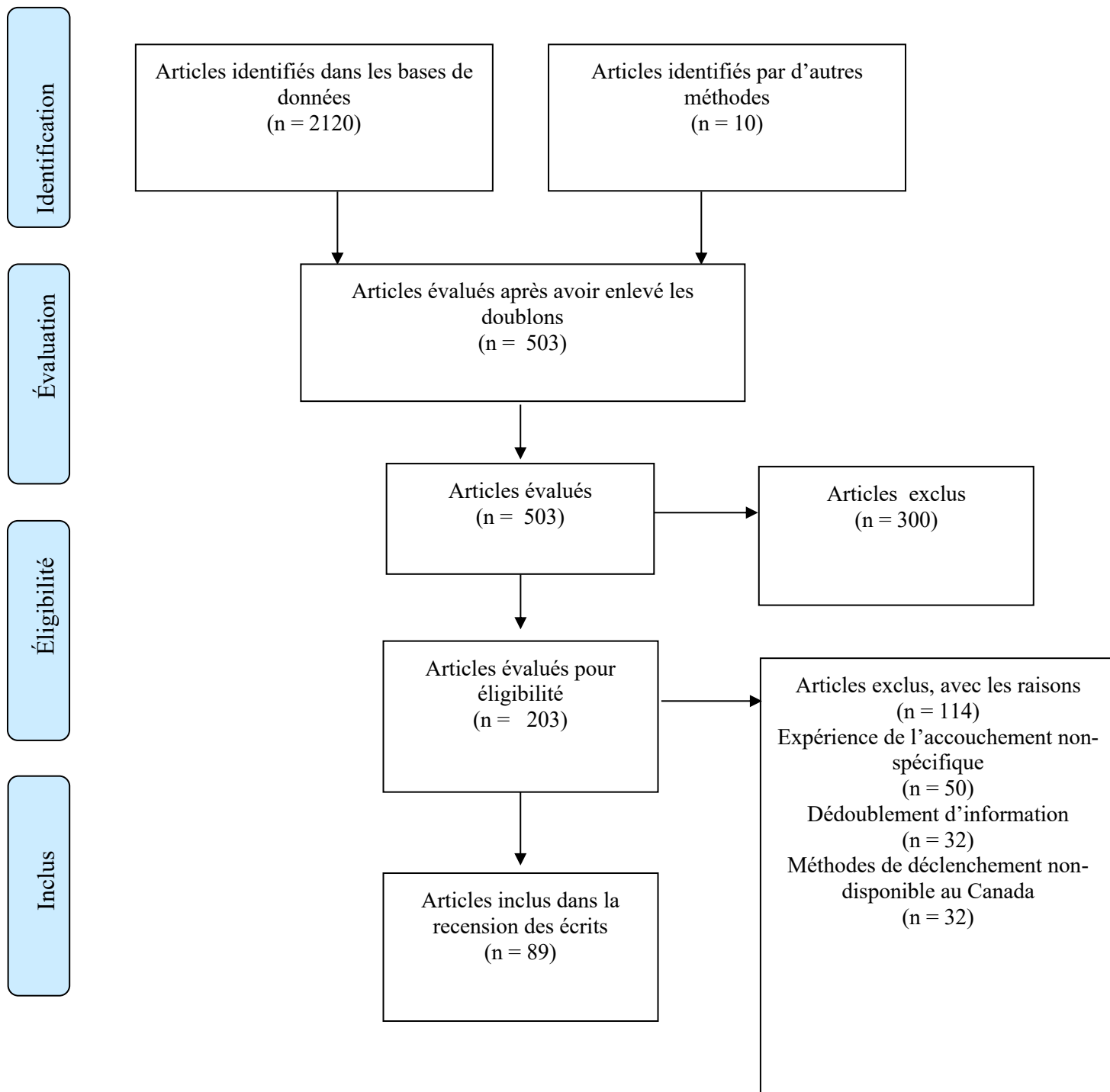
- Swamy, G. K. (2012). Current Methods of Labor Induction. *Seminars in Perinatology*, 36(5), 348-352. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2012.04.018>
- Tham, V., Ryding, E. L. et Christensson, K. (2010). Experience of support among mothers with and without post-traumatic stress symptoms following emergency caesarean section. *Journal of the Swedish Association of Midwives*, 1(4), 175-180. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2010.06.004>
- Thomson, G. et Downe, S. (2016). Emotions and support needs following a distressing birth: Scoping study with pregnant multigravida women in North-West England. *Midwifery*, 40, 32-39. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.06.010>
- Tully, K. P. et Ball, H. L. (2013). Misrecognition of need: Women's experiences of and explanations for undergoing cesarean delivery. *Social Science & Medicine*, 85, 103-111. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.02.039>
- Turnbull, D., Adelson, P., Oster, C., Bryce, R., Fereday, J. et Wilkinson, C. (2013). Psychosocial Outcomes of a Randomized Controlled Trial of Outpatient Cervical Priming for Induction of Labor. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 40(2), 75-80. <https://doi.org/10.1111/birt.12035>
- van Reenen, S. L. et van Rensburg, E. (2013). The influence of an unplanned Caesarean section on initial mother-infant bonding: Mothers' subjective experiences. *Journal of Psychology in Africa*, 23(2), 269-274. <https://doi.org/10.1080/14330237.2013.10820623>
- Waldenstrom, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C. et Radestad, I. (2004). A negative birth experience: Prevalence and risk factors in a national sample. *Birth-Issues in Perinatal Care*, 31(1), 17-27. <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2004.0270.x>

- Walker, K. F., Bugg, G. J., Macpherson, M. et Thornton, J. (2012). Induction of labour at term for women over 35 years old: a survey of the views of women and obstetricians. *Journal of Obstetrics*, 162(2), 144-148. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2012.02.016>
- Walker, S., Rijn, B. van, Macklon, N. S. et Howe, D. T. (2014). PLD.31 The rising rate of labour induction: what is causing the trend? *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*, 99(Suppl 1), A115-A115. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-306576.331>
- Weiss, M., Fawcett, J. et Aber, C. (2009). Adaptation, postpartum concerns, and learning needs in the first two weeks after Caesarean birth. *Journal of Clinical Nursing*, 18(21), 2938-2948. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02942.x>
- Westfall, R. E. et Benoit, C. (2004). The rhetoric of « natural » in natural childbirth: Childbearing women's perspectives on prolonged pregnancy and induction of labour. *Social Science & Medicine*, 59(7), 1397-1408. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.01.017>
- Wiklund, I., Edman, G., Ryding, E. et Andolf, E. (2008). Expectation and experiences of childbirth in primiparae with caesarean section. *Obstetric Anesthesia Digest*, 28(4). <https://doi.org/10.1097/01.aoa.0000337906.65933.2e>
- Willett, A. (2018, Fall). The FBC Year in Review. *Family Birthing Center Newsletter*.
- Zanardo, V., Soldera, G., Volpe, F., Giliberti, L., Parotto, M., Giustardi, A. et Straface, G. (2016). Influence of elective and emergency cesarean delivery on mother emotions and bonding. *Early Human Development*, 99, 17-20. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2016.05.006>

Annexe A : Diagramme Prisma des articles conservées



DIAGRAMME PRISMA 2009



Annexe B : Formulaires de Consentement

Formulaire de consentement version française - Expérience de l'échec du déclenchement du travail

Titre de la recherche : Tic, toc... Explorer les perceptions des femmes qui vivent un échec du déclenchement du travail.

Étudiante-Chercheuse : Émilie Rioux, inf. BScN, étudiante à la maîtrise, Faculté des Sciences infirmières, Université de Montréal, Infirmière à la Salle d'accouchement [REDACTED], Courriel : emilie.rioux@umontreal.ca.

Directrice de recherche : Marilyn Aita, inf. PhD, Professeure agrégée, Faculté des Sciences infirmières, Université de Montréal, Téléphone : 514 343-6111 #51473, Courriel : marilyn.aita@umontreal.ca

Codirectrice de recherche : Christine Genest, inf. PhD, Professeure adjointe, Faculté des Sciences infirmières, Université de Montréal, Téléphone : 514 343-6111 #37360, Courriel : christine.genest@umontreal.ca.

1. Introduction:

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'informations et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprendrez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'étudiante-chercheuse responsable de ce projet ou à un membre de l'équipe de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair dans ce formulaire.

2. But du projet:

Le but de ce projet vise à mieux comprendre l'expérience du déclenchement du travail qui a résulté en césarienne. Cette étude vise à évaluer spécifiquement votre expérience vécue afin de mieux comprendre l'expérience du déclenchement et d'améliorer celle qui sera vécue par d'autres mères dans le futur. Nous souhaitons également cibler les sources d'amélioration possibles quant au déclenchement du travail pour de futures mères et cibler ce qui vous a été utiles ou non en ce qui a trait au soutien infirmier.

Pour la réalisation de ce projet de recherche, nous comptons recruter entre 6 et 10 participantes.

3. Déroulement du projet de recherche:

3.1 Lieu de réalisation du projet de recherche, durée et nombre de visites

Ce projet de recherche se déroulera à [REDACTED]. Si vous êtes plus confortable, cet entretien pourrait se dérouler à votre demeure dans les jours suivant votre congé. Votre

participation à ce projet durera approximativement une heure lors d'une visite à votre chambre d'hôpital ou un bureau privé.

3.2 Nature de votre participation

Nous utiliserons un questionnaire pour recueillir des données démographiques. L'étudiante-chercheuse remplira ce questionnaire sociodémographique avec vous au début de l'étude. De plus, l'entretien sera dans un format semi-dirigé, c'est-à-dire que l'étudiante-chercheuse aura une liste de thèmes qu'elle utilisera pour guider l'entretien, mais ceci vous permettra de verbaliser votre expérience de la manière qui vous convient. Avec votre consentement, l'étudiante-chercheuse fera un enregistrement audio de votre entretien afin de faciliter et analyser notre discussion.

L'étudiante-chercheuse, avec votre consentement, étudiera votre dossier médical soit les notes des médecins et des notes infirmières afin d'obtenir les informations suivantes : durée et progression du travail, le support de l'accouchement reçu ainsi que les interventions obstétricales reçues durant votre travail et accouchement.

La durée de votre participation à ce projet durera que le temps de l'entretien. Vous ne serez pas sollicitée après l'entretien pour d'autres recherches en lien avec cette étude.

4. Avantages et bénéfices associés au projet de recherche

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances scientifiques dans ce domaine de recherche. Cette recherche vise, par la compréhension de votre expérience, à mieux comprendre l'expérience de futures mères et mieux les soutenir lors de leur expérience. Il est également possible que verbaliser votre expérience soit bénéfique pour vous.

5. Inconvénients associés au projet de recherche

Outre le temps consacré à la participation à ce projet de recherche, vous pourriez également vivre des émotions difficiles en racontant le déroulement de votre expérience. Découlant de cette possibilité, nous pourrions vous diriger vers l'équipe de travail social si besoin.

6. Risques associés au projet de recherche

Il est possible que de parler de votre expérience soit émotionnellement difficile. Découlant de cette possibilité, nous pourrions vous recommander à l'équipe de travail social si besoin. Cependant, si nous croyons que votre sécurité ou la sécurité de votre bébé est en danger, nous allons vous guider vers les ressources correspondantes sans votre consentement et vous en serez avisé. Il n'y a pas de risques physiques associés à votre participation à cette étude. L'équipe de recherche est d'avis que la participation à ce projet de recherche comporte peu de risque pour vous.

7. Participation volontaire et droit de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser de

participer à ce projet. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans raison, en informant l'équipe de recherche, et ce, par simple avis verbal. Vous pouvez également demander une pause durant l'entretien et possiblement continuer l'entretien plus tard. Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de ne plus participer à ce projet n'aura aucune conséquence pour vous ou pour les soins que vous recevez durant l'hospitalisation.

8. Confidentialité

Durant votre participation à ce projet de recherche, l'étudiante-chercheuse responsable de ce projet ainsi que les membres de l'équipe de recherche collecteront à partir de votre dossier médical certains renseignements vous concernant et qui sont nécessaires afin de répondre aux objectifs scientifiques de ce projet de recherche.

Ces renseignements comprendront uniquement les informations concernant votre état de santé actuelle et certaines données de votre dossier médical (durée et progrès du travail, support reçu durant le travail et les interventions obstétricales), vos réponses au questionnaire sociodémographique, aux notes prises durant l'entretien. Les données sociodémographiques qui seront collectées pourront aussi comprendre d'autres renseignements tels que votre code de participante, votre âge, votre historique obstétrical, la justification pour votre induction, la durée de votre travail, les problèmes médicaux durant la grossesse et votre niveau de scolarité.

Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous serez identifiée que par un code numérique. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée uniquement par l'étudiante-chercheuse et ses directrices de recherche. Les documents seront conservés à l'Université de Montréal sur une clé USB auquel l'accès sera uniquement possible avec un mot de passe.

Ces données de recherche seront conservées pendant 7 ans par la directrice de ce projet de recherche à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Toutes les données sur la clé USB ainsi que les consentements seront détruites 7 ans après la fin du projet de recherche.

Les données de recherche pourront être publiées et faire l'objet de communications scientifiques, mais les données seront anonymes et il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance, de contrôle, de protection, de sécurité, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par des organismes réglementaires ainsi que par des représentants de l'organisme subventionnaire, de l'Université de Montréal ou du Comité d'éthique de la recherche clinique de [REDACTED]. Ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin.

9. Compensation

Vous ne recevrez pas de compensation financière pour votre participation à ce projet de recherche. Vous pourriez cependant vivre des bienfaits psychologiques de parler de votre expérience.

10. En cas de préjudice

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne libérez pas le chercheur responsable de ce projet de recherche et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

11. Communication des résultats

Si vous désirez consulter les résultats de l'étude, vous pouvez communiquer avec l'étudiante-chercheuse au courriel suivant : emilie.rioux@umontreal.ca pour obtenir les résultats généraux de l'étude.

12. Personnes-ressources

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques du projet de recherche ou si vous souhaitez vous retirer du projet de recherche, vous pouvez contacter :

Marilyn Aita, inf. PhD, Professeure agrégée, Faculté des Sciences infirmières, Université de Montréal, Pavillon Marguerite d'Youville, local 6083, Téléphone : 514 343-6111 #51473, Courriel : marilyn.aita@umontreal.ca

Christine Genest, inf. PhD, Professeure adjointe, Faculté des Sciences infirmières, Université de Montréal, Pavillon Marguerite d'Youville, local 6067, Téléphone : 514 343-6111 #37360, Courriel : christine.genest@umontreal.ca.

Émilie Rioux, inf. BScN, étudiante à la maîtrise, Faculté des Sciences infirmières, Université de Montréal, Infirmière clinicienne à [REDACTED], Courriel : emilie.rioux@umontreal.ca.

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le conseiller en éthique du Comité d'éthique de la recherche clinique (CERC) :

Courriel: cerc@umontreal.ca

Téléphone : (514) 343-6111 poste 27395

Site Web: <http://recherche.umontreal.ca/participants>

Toute plainte concernant cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca. L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h.

Les personnes-ressources à [REDACTED] sont les suivantes :

Travailleur social, [REDACTED]

[REDACTED]

Infirmière-chef, Unité familiale des naissances, [REDACTED]

Infirmière-chef, Unité postpartum, [REDACTED]

Pour tous vos questions concernant vos droits comme participants de la recherche pour cette étude, ou si vous avez des commentaires ou des plaintes, vous pouvez contacter le commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS [REDACTED]

13. Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Le Comité d'éthique de la recherche clinique de l'Université de Montréal a approuvé le projet de recherche et en assurera le suivi.

Le bureau de l'examen de la recherche médical/biomédical du CIUSSS [REDACTED] a approuvé le projet et est responsable pour en assurer le suivi éthique durant ce projet.

Déclaration de consentement

Titre du projet de recherche : Tic, Toc... Explorer les perceptions des femmes qui vivent un échec du déclenchement du travail.

Consentement du participant

J'ai lu le formulaire de consentement et j'ai reçu toutes les réponses à mes questions. Une copie du formulaire de consentement signée me sera remise. Ma participation est volontaire et je peux me retirer à tout moment sans raison. En signant ce formulaire, je conserve tous mes droits légaux. J'accepte de participer à cette étude. Je comprends que je peux consulter le dossier que l'équipe de recherche constitue sur moi.

J'accepte que l'étudiante-chercheuse ait accès à votre dossier médical, uniquement les notes au dossier de l'infirmière de la salle d'accouchement et des notes au dossier des médecins pendant l'accouchement pour mieux comprendre votre expérience.

Oui Non

J'accepte que l'étudiante-chercheuse procède à un enregistrement audio de l'entrevue afin de faciliter la transcription et l'analyse des données recueillies suite à votre témoignage.

Oui Non

Signature: _____

Date: _____

Nom du participant: _____

Déclaration de l'étudiante-chercheur

Je certifie que j'ai expliqué à la participante les informations du projet de recherche et qu'elle était libre de se retirer à tout moment. Je m'engage, avec les membres de l'équipe de recherche, à respecter toutes les conditions décrites dans ce formulaire de consentement et à en donner une copie signée au participant.

Formulaire de consentement donné et expliqué par:

Signature: _____ Date: _____

Nom de l'étudiante-chercheuse : _____

Consent Form English Version – Experience of failed induction of labor

Title of Research: Tic, Toc...Exploring the perceptions of women who lived a failed induction of labor.

Student-Researcher: Émilie Rioux, RN, BScN, MScN (cand.), Faculty of Nursing Sciences, University of Montreal, Registered Nurse, Family Birthing Center, [REDACTED],
Email: emilie.rioux@umontreal.ca

Research Director: Marilyn Aita, RN PhD, Associate Professor, Faculty of Nursing, University of Montreal, Telephone: 514 343-6111 # 51473, Email: marilyn.aita@umontreal.ca

Co-Director of Research: Christine Genest, RN PhD, Assistant Professor, Faculty of Nursing, University of Montreal, Telephone: 514 343-6111 # 37360, Email: christine.genest@umontreal.ca.

1. Introduction:

We invite you to participate in a research project. However, before agreeing to participate in this project and signing this information and consent form, please take the time to read, understand and carefully consider the following information.

This form may contain words that you will not understand. We invite you to ask any questions that you may find useful to the student-researcher responsible for this project or to a member of the research team and to ask them to explain any words or information that is not clear in this form.

2. Purpose of the project:

The purpose of this project is to better understand the experience of labor induction that resulted in a caesarean section. This study aims to specifically explore your lived experience in order to better understand the experience and improve this experience for other mothers in the future. We also want to focus on possible sources of improvement for future mother's experience and target what has or has not been useful to you in terms of nursing support.

For the realization of this research project, we intend to recruit between 6 and 10 participants.

3. How the research project will be carried out:

3.1 Location of the research project, duration and number of visits

This research project will take place at the [REDACTED]. If you are more comfortable, this interview could take place at your home in the days following your leave the hospital. Your participation in this project will last approximately one hour during a visit to your hospital room or private office.

3.2 Nature of your participation

We will use a questionnaire to collect demographic data. The student-researcher will complete this socio-demographic questionnaire with you at the beginning of the study. In addition, the interview will be in a semi-directed format, that is, the student researcher will have a list of topics that she will use to guide the interview, but this will allow you to verbalize your experience in a way that suits you. With your consent, the student-researcher will record and transcribe the interview to facilitate and analyze our discussion.

The student-researcher will also look through the nursing notes as well as the medical notes in your medical file to obtain the following information: length and progression of labor, labor support received, and obstetrical interventions carried out during your labor and delivery.

The duration of your participation in this project will last only the time of the interview. You will not be asked after the interview for follow-up research related to this study.

4. Benefits and benefits associated with the research project

You will not derive any personal benefit from your participation in this research project. However, the results obtained will contribute to the advancement of scientific knowledge in this field of research. This research aims, by understanding your experience, to better understand the experience of future mothers and better support them in their experience. It is also possible that verbalizing your experience is beneficial for you.

5. Disadvantages associated with the research project

In addition to the time spent participating in this research project, you may also experience difficult emotions by telling the story of your experience. Based on this opportunity, we can refer you to the social work team if needed.

6. Risks associated with the research project

It is possible that talking about your experience is emotionally difficult. If this happens, we can refer you to the social work team, if needed. However, if we believe that your safety or the safety of your baby is in danger, we will guide you to the corresponding resources without your consent however you will be notified. There are no physical risks associated with your participation in this study.

7. Voluntary participation and right of withdrawal

Your participation in this research project is voluntary. You are therefore free to refuse to participate in this project. You can also withdraw from this project at any time, for no reason, by informing the research team, by simple verbal notice. You can also request a break during the interview and possibly continue the interview later.

Your decision not to participate in this research project or to no longer participate in this project will have no consequences for you or for the care you receive during your hospitalization.

8. Confidentiality

During your participation in this research project, the student-researcher responsible for this project and the members of the research team will collect some information and compile it in a research file about you that is necessary to further understand your experience.

This information will only include information about your current state of health and certain data from your medical chart (duration and progress of labor, labor support and obstetrical interventions), your responses to the socio-demographic questionnaire, and notes taken during the interview. The sociodemographic data that will be collected may include information such as your participant code, your age, your obstetrical history, the reason for your labor induction, the length of your labor, medical issues during the pregnancy and level of education.

All information collected will remain confidential. In order to preserve your identity and the confidentiality of this information, you will be identified only by a numeric code. The key to the code linking your name to your research file will be kept only by the student researcher and her research directors. The documents will be kept at the University of Montreal on a USB key to which access will only be possible with a password.

This research data will be kept for 7 years by the director of this research project at the Faculty of Nursing of the University of Montreal. All data on the USB stick and consents will be destroyed 7 years after the end of the research project.

The research data may be published and subject to scientific communication, but the data will be anonymous, and it will not be possible to identify you.

For surveillance, control, protection and security purposes, your research file may be consulted by a person mandated by regulatory bodies as well as by representatives of the granting agency, the University of Montreal or the Committee of Clinical Research Ethics at the [REDACTED]. These people and organizations adhere to a privacy policy.

You have the right to consult your research file to verify the information collected and have it rectified if necessary.

9. Compensation

You will not receive financial compensation for your participation in this research project. You could, however, experience psychological benefits from talking about your experience.

10. In case of injury

By agreeing to participate in this research project, you do not waive any of your rights and you do not release the researcher responsible for this research project and the establishment of their civil and professional liability.

11. Communication of results

If you wish to consult the results of the study, you can contact the student researcher at emilie.rioux@umontreal.ca to obtain the general results of the study.

12. Contacts

If you have questions about the scientific aspects of the research project or if you wish to withdraw from the research project, you can contact:

Marilyn Aita, professor, Faculty of Nursing Sciences, University of Montreal
Address: Marguerite d'Youville pavilion, local 6083
Email : marilyn.aita@umontreal.ca
Telephone : 514-343-6111 #51473

Christine Genest, associate professor, Faculty of Nursing Sciences, University of Montréal
Address: Marguerite d'Youville pavilion, local 6067
Email: Christine.genest@umontreal.ca
Telephone: 514-343-6111 #37360

Émilie Rioux, student-researcher, nurse clinician [REDACTED]
Email: emilie.rioux@umontreal.ca

For any concerns about your rights or about the researchers' responsibilities regarding your participation in this project, you can contact the ethics counselor of the Clinical Research Ethics Committee (CERC):

Email: cerc@umontreal.ca
Phone: (514) 343-6111 ext. 27395
Website: <http://recherche.umontreal.ca/participants>

Any complaint concerning this research can be addressed to the ombudsman of the University of Montreal, at the telephone number (514) 343-2100 or at the email address ombudsman@umontreal.ca. The ombudsman accepts collect calls. He speaks French and English and takes calls between 9am and 5pm.

The contacts at the [REDACTED] are:

Social Worker, [REDACTED]
[REDACTED]

Head Nurse, Family Unit of Birth, [REDACTED]
[REDACTED]

Head Nurse, Postpartum Unit, [REDACTED]
[REDACTED]

For all questions regarding your rights as a research participant for this study, or if you have comments or wish to make a complaint, you may contact the Local Commissioner of Complaints and Quality of Services of the [REDACTED]
[REDACTED]

13. Monitoring the ethical aspects of the research project

The Clinical Research Ethics Committee of the University of Montreal has approved the research project and will be monitoring it.

The Medical/Biomedical (MBM) Research Ethics Committee of the Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux of [REDACTED] has approved and is responsible for the continuing ethical oversight of the study

Declaration of consent

Title of the research project: Tic, Toc... Exploring the perceptions of women who lived a failed induction of labor.

Participant's consent

I read the consent form and received all the answers to my questions. A copy of the signed consent form will be given to me. My participation is voluntary, and I can withdraw at any time for no reason. By signing the form, I keep all my legal rights. I agree to participate in this study. I understand that I can consult the file that the research team has on me.

I accept that the student researcher has access to your medical file, only to the delivery room nurse's notes and notes from the doctors' records during delivery to better understand your experience.

Yes No

I agree that the student researcher will make an audio recording of the interview to facilitate the transcription and analysis of the data collected as a result of your testimony.

Yes No

Signature: _____ Date: _____

Name of the participant: _____

Statement by the student researcher

I certify that I explained to the participant the information of the research project and that she was free to withdraw at any time. I commit myself, along with the members of the research team, to respect all the conditions described in this consent form and to give a signed copy to the participant.

Consent form given and explained by:

Signature: _____ Date: _____

Annexe C : Questionnaire sociodémographique

Questionnaire sociodémographique version française

Date de naissance : _____

Nombres de grossesses antérieures (incluant fausses-couches, avortements...) : _____

Nombre d'enfants vivants : _____

Âge des enfants : _____

Raison(s) pour le déclenchement du travail : _____

Nombre de semaines de grossesse au moment du déclenchement : _____

Durée du déclenchement du travail : _____

Conditions médicales pendant la grossesse : _____

Niveau de scolarité (dernier niveau complété)

Primaire

Secondaire

Collégial

Universitaire

Sociodemographic questionnaire English version

Birthdate (aaaa/mm/jj) : _____

Total number of pregnancies (including miscarriages and abortions...): _____

Number of live kids: _____

Reason for induction of labor: _____

Number of weeks of pregnancy at the moment of induction of labor: _____

Length of induction of labor: _____

Medical difficulties during the pregnancy: _____

Level of education:

Primary

Secondary

Collegiate

University

Annexe D : Guides d'entretien

Thèmes à aborder en Français basées sur le modèle biopsychosocial de Stevens (2012)

Thèmes	Sous-thèmes	Exemples de question
Expérience antépartum	Attentes envers le travail et l'accouchement	<p>Quelles étaient vos attentes envers l'accouchement avant de vivre le déclenchement du travail?</p> <p>Si vous aviez rédigé un plan de naissance, qu'est ce qui y figurait? Est-ce que ce plan de naissance a été respecté? Si non, pourquoi? Si oui, comment?</p>
	Expérience de la phase antépartum	<p>Comment avez-vous vécu votre grossesse? Est-ce qu'elle était considérée à risque?</p> <p>Aviez-vous vécu des complications durant la grossesse qui ont nécessité un suivi plus restreint, tel que des monitorings antépartum?</p>
	Désir de contrôle	<p>Comment était votre sentiment de contrôle par rapport à votre expérience de grossesse avant de vivre un déclenchement du travail?</p> <p>Vous a-t-on impliquée dans la décision de procéder à un déclenchement du travail? Dans la négative, comment auriez-vous aimé avoir davantage de contrôle dans la décision de précéder à un déclenchement du travail?</p> <p>Avez-vous discuté de cette prise de décision avec vos proches?</p>
Expérience du déclenchement du travail		<p>Quelles étaient vos attentes envers le déclenchement du travail? Quelle a été votre expérience du déclenchement du travail? Quelles ont été les sources de satisfaction</p>

		dans votre expérience? Quelles ont été les sources d'insatisfaction dans votre expérience?
Expérience de l'échec du déclenchement du travail		<p>Quel a été le processus décisionnel d'avoir recours à une césarienne? Est-ce que vous avez pris part au processus de décision? Est-ce que vous vous êtes sentie en contrôle de votre expérience?</p> <p>Dans votre contexte particulier où le déclenchement du travail n'a pas fonctionné, comment est-ce que vous vous êtes sentie? Si vous aviez à revivre l'expérience, qu'est-ce que vous feriez de différent?</p>
Soutien durant l'accouchement		<p>Quelles ont été vos principales sources de soutien durant l'accouchement?</p> <p>Est-ce qu'elles ont été aidantes ou moins aidantes?</p> <p>Comment sont-elles aidantes?</p> <p>Si l'expérience était à refaire, auriez-vous souhaité avoir différentes personnes à votre accouchement? Si oui, pourquoi?</p>
Expérience de la césarienne		<p>Comment avez-vous vécu la césarienne? Qu'est-ce que vous avez trouvé satisfaisant dans votre expérience?</p> <p>Qu'est-ce que vous avez trouvé insatisfaisant dans votre expérience?</p>
Qualité des soins perçus	Expérience des soins offerts par les infirmières	<p>Comment les soins offerts par les infirmières ont contribué à une expérience positive ou négative durant la trajectoire du déclenchement (pendant le travail?, pendant la césarienne?, après la césarienne?)?</p> <p>Quelles seraient vos suggestions, pour le personnel infirmier, qui auraient amélioré vos soins reçus?</p>

	Expérience des soins offerts par les médecins/résidents	<p>Comment les soins offerts par les médecins ont-ils contribué à une expérience positive ou négative?</p> <p>Quelles seraient vos suggestions, pour le personnel médical, afin d'améliorer votre expérience en général?</p>
Caractéristiques obstétricales	<p>Est-ce que la durée du travail a-t-elle contribué à votre expérience? Si oui, comment?</p> <p>Comment avez-vous perçu la douleur des contractions durant le travail?</p> <p>Avez-vous vécu les complications durant le travail? Si oui, comment les avez-vous vécues?</p>	

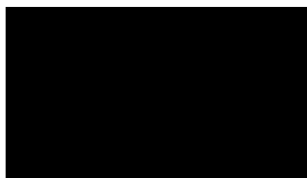
English Interview Guide Based on the Biospsychosocial Model of Stevens (2012)

Theme	Sub-theme	Examples of questions
Antepartum experience	Expectations of labor and delivery	<p>What were your expectations towards labor and delivery before undergoing an induction of labor?</p> <p>If you had a birth plan, what were the important elements on it? Was it respected? If not, how did this make you feel? If yes, how?</p>
	Antepartum Experience	<p>How did you live your pregnancy? Was your pregnancy considered high risk?</p> <p>Did you have more follow-ups than you expected, for example serial fetal monitoring (NST's)?</p>
	Desire for control	<p>How were your feelings of control towards your pregnancy experience before going through a labor induction?</p> <p>Were you involved in the decision to have a labor induction? If not, would you have liked to feel more in control about the induction of labor process?</p> <p>Did you discuss the option of labor induction with your friends and family?</p>
Labor Induction Experience		<p>What were your expectations towards labor induction?</p> <p>What was your experience of labor induction? What was satisfactory or unsatisfactory towards your experience?</p>
Failed Labor Induction Experience		<p>What was your experience of deciding to have a caesarean section? Were you part of the decision to do a labor induction? Did you feel in control of your experience?</p>

		In your particular circumstance the induction of labor did not work, how does this make you feel? If you could relive the experience, what would you have done differently?
Labor support		<p>What were your principal sources of support during labor?</p> <p>Were they helpful or not so helpful? If so, how were they helpful?</p> <p>If you were to relive your experience, would you have preferred different people at your delivery? If yes, why?</p>
Cesarean section experience		How was the caesarean section experience? What was satisfactory or unsatisfactory towards your experience?
Perceived quality of care	Care experience by nurses	<p>How did the care given by nurses contribute to a positive or negative experience during the induction process (during labor?, during the c-section?, after the c-section?)?</p> <p>What suggestions do you have, for the nurses that cared for you, that would have improved your experience?</p>
	Care experience by doctors	<p>How did the care given by doctors/residents contribute to a positive or negative experience?</p> <p>What suggestions do you have for the doctors/residents that cared for you in order to improve your experience?</p>
Obstetrical characteristics		<p>How did the length of your labor contribute to your experience?</p> <p>How did you perceive the pain of your contractions during your labor?</p>

	<p>Did you experience complications during your labor? How was your lived experience of these complications during your labor?</p>
--	--

Annexe E : Certificats d'approbation éthique



2019-12-20

Ms. Marilyn Aita

c/o: Emilie Rioux

email: emilie.rioux@umontreal.ca

Object: Project 2020-1987 - Final Research ethics committee Approval of the Project Following Conditional Approval

Tic, Toc...Exploring the perceptions of women who lived a failed induction of labor.

Dear Ms. Aita,

The Medical/Biomedical Research Ethics Committee (REC) of [REDACTED] Montreal Research Ethics Board (REB) is pleased to inform you that the above-mentioned study received ethics approval.

A delegated review of the research project was provided by member(s) of the Medical/Biomedical REC. The responses and revisions submitted via an F20 form were reviewed and approved by the Chair on 2019-12-20.

The following documents are granted final ethics approval by the Medical/Biomedical REC:

- Initial Submission Form (F11M-11556)
- REC Conditions & PI Responses Form(s) (F20-12338)
 - ICF approved by the REC (Annexe B Formulaire de consentement.pdf)
 - ICF approved by the REC (v3 Consent Form English ER (2).pdf)
 - Document(s) approved by the REC (Protocol de recherche_ER KB (1).docx)
 - Document(s) approved by the REC (Annexe C Formulaire sociodémographique (1).docx)
 - Document(s) approved by the REC (Annexe D Guide d'entretien.docx)
 - Document(s) approved by the REC (English Interview Guide KB (1).docx)

The responses and revisions will be reported to the Medical/Biomedical REC and will be entered accordingly into the minutes of the next meeting, to be held on [2020-01-22](#).

The CIUSSS WCM had the necessary scientific expertise and carried out the scientific evaluation of the project. The committee rendered a positive evaluation of the project.

The ethics approval is valid until 2020-12-20.

The Research Ethics Board of the [REDACTED] (Federalwide Assurance Number: 0796) is designated by the province (MSSS) and follow the published guidelines of the TCPS 2 - Tri-Council Policy Statement: Ethical Conduct for Research Involving Humans (2018), in compliance with the "Plan d'action ministériel en éthique de la recherche et en intégrité scientifique" (MSSS, 1998), and the membership requirements for Research Ethics Board defined in Part C Division 5 of the Food and Drugs Regulations; and acts in conformity with standards set forth in the United States Code of Federal Regulations governing human subjects research, and functions in a manner consistent with internationally accepted principles of good clinical practice.

We also wish to advise you that the MBM REC "working procedures" completely satisfies the requirements for Research Ethics Committee Attestation (REBA) as stipulated by Health Canada.

Duties of Researchers:

Ethics approval may be withdrawn if the following stipulations are not met:

- To obtain prior written approval from the REB for any substantive modification to the research, including changes to the study procedures, financial arrangements and/or resource utilization, before initiating the change; except where urgent action is required to eliminate an immediate hazard to a study participant;
- To maintain confidentially, the updated Research Participants Registry is to be retained for the length of time required by regulations, and in accordance with institutional policy;
- To comply with all relevant regulations and guidelines governing the conduct of research involving human subjects and the requirements of the REB;
- To comply with all REB requests to report study information, including prompt reporting of unexpected or serious adverse events (SAEs) or alarming trends in expected SAEs, according to the policies and procedures of each institution where the study is conducted;
- To advise the REB and all study subjects of new significant findings emerging during the course of the study;
- To comply with quality assurance assessment as defined by each institution's policy;
- To maintain study records according to regulatory requirements.

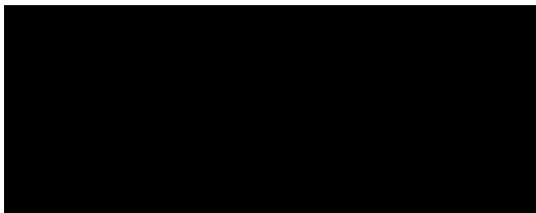
All research involving human participants requires review at recurring intervals. To comply with the regulation for continuing review of at least once per year, it is the responsibility of the investigator to submit an Annual Renewal Submission Form (F9) to the REB prior to expiry. The annual renewal form that will be available to you approximately 60 days prior to the expiry date of this letter. Please note that if the protocol approval expires before its renewal is granted, the data collected after the expiration date may not be considered valid. However, should the research conclude for any reason prior to approval expiry, you are required to submit a Completion (End of a Study) Report (F10) to the REB once the data analysis is complete to give an account of the study findings and publication status.

Furthermore, should any revision to the project or other development occur prior to the next continuing review, you must advise the REB without delay, by submitting an amendment form to the committee. Regulation does not permit initiation of a proposed study modification prior to its approval by the REB.

Please note that that the CIUSSS WCM *Quality Assurance Program* aims to support 10% of active research in our institution. In order to promote best practices in research ethics, our team may contact you to schedule an on-site visit during the course of the study.

Please be advised that you may only initiate the research project after all required reviews and decisions are received and documented.

Respectfully,



FWA 00000796

Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES), selon les procédures en vigueur, en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal.

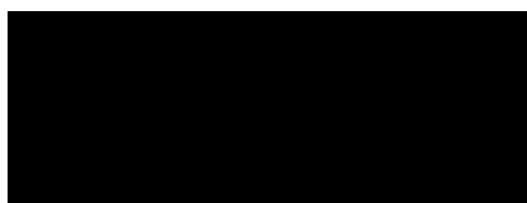
Projet	
Titre du projet	Tic-Toc... L'expérience des parturientes qui vivent un échec du déclenchement du travail
Étudiant requérant	Émilie Rioux, Etudiante à la maîtrise, Faculté des Sciences infirmières
Sous la direction de:	Marilyn Aita, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal & Christine Genest, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
Autres membres de l'équipe:	Dr. Haim Abenheim, professeur agrégé en obstétrique et gynécologie, Université McGill
Financement	
Organisme	Non financé

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au Comité qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au Comité.

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du Comité.



9 octobre 2019
Date de délivrance

1er novembre 2020
Date de fin de validité

1er novembre 2020
Date du prochain suivi

Annexe F : Critères de la revue

Le journal *Women and Birth* est le journal officiel du Collège des Sages-Femmes Australiennes. Le journal publie des articles scientifiques sur les femmes et l'accouchement à travers la pré-conception, le prénatal, l'accouchement et le postnatal. Le focus de *Women and Birth* est sur l'expérience de la femme tout en considérant les grossesses en santé et les grossesses à risque. Les articles qui proviennent de d'autres disciplines, mais qui sont applicable à la pratique des sage-femmes sont les bienvenus.

Pour les articles d'études qualitatives, les auteurs sont encouragés à consulter les « *Standards for Reporting Qualitative Research : A Synthesis of Recommendations* ». Les principes de ce document ont été pris en considération. Les auteurs doivent également déclarer les conflits d'intérêts et les sources de financement.

Pour des articles standards, la longueur maximale de l'article est de 35 pages avec interligne double et des marges de 1 pouce et police de caractères de taille 11. Le nombre de pages inclut les tables, les figures et les références, mais exclut le résumé. L'anglais britannique doit être respecté.