

Etude multifactorielle du taux de césariennes en Belgique par visite de maternités

**RAPPORT REMIS AU COLLEGE MÈRE NOUVEAU-NÉ
AVRIL 2010**

Gaëtan Absil,
Stéphanie Bednarek,
Chantal Vandoorne,
APES-ULg

An-Sofie Van Parys, U Gent
Guy Martens, U Gent

Prof. Jean-Michel Foidart

Prof. Dr. Marleen Temmerman



Joignez à cela les cris continuels d'une femme qui souffre, l'impatience d'un mari qui la voit souffrir, l'importunité d'une cohue de babillardes qui vous assassinent, pour ainsi dire, par leurs instances, voulant vous forcer à mettre en travail celles qu'elles croient mal à propos d'y être déjà. J'avoue qu'en ces occasions on court le risque d'exposer la vie de la mère et celle de son enfant, aussi bien que sa propre réputation et qu'il n'est presque point de chemin qui conduise plus directement à précipiter les travaux trois, quatre, cinq et même jusqu'à six semaines ou plus, avant le terme ordonné par la nature.

PEU PH., *La pratique des accouchements*, Paris, 1654, p. 57¹

¹ in GELIS et al., *Entrer dans la vie*, Paris, Julliard, 1978, p. 76

Remerciements

Les chercheurs remercient toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont favorisé la réalisation de cette recherche. En premier lieu, nous remercions le Collège Mère Nouveau-né de nous avoir confié cette recherche, de nous avoir toujours accordé la confiance et le soutien nécessaire lors des différentes étapes de celle-ci. En particulier, nous souhaitons souligner l'intérêt et l'originalité d'une démarche incluant des chercheurs et des méthodes des sciences humaines dans le domaine de l'obstétrique.

Nous remercions le SPF, et en particulier Mme Clercx et le Dr. Wim Alvoet, pour leur soutien logistique et scientifique à cette recherche.

Nos remerciements vont également aux maternités qui nous ont permis de prétester et d'améliorer notre protocole d'enquête.

Nous sommes redevables aux professionnels des maternités qui ont donné de leur temps pour participer aux interviews. Sans eux, rien de ce rapport n'aurait pu être écrit. Lors des procédures qualitatives, la récolte de données passe fréquemment par des rencontres face à face, et ces rencontres sont de nature à changer le chercheur. Nous remercions donc aussi les professionnels pour les opportunités qu'ils nous ont offertes de mieux comprendre leur univers, de changer l'image que nous pouvions avoir de leur travail et d'en comprendre la complexité. Nous espérons que les résultats de cette recherche traduisent aussi fidèlement que possible la culture des maternités que nous avons visitées.

Cette recherche n'aurait pu aboutir sans l'assistance des professionnels, sages-femmes, cadres administratifs et chefs de services qui ont organisé les entretiens dans les diverses maternités.

Enfin, ces équipes de recherche remercient également les personnes, et en particulier le prof. Dr. Maria Grypdonck qui, par leur relecture, ont contribué à la réalisation de cette recherche.

PREMIERE PARTIE : EXECUTIVE SUMMARY	7
DEUXIEME PARTIE: PRESENTATION DE L'ETUDE	9
1. INTRODUCTION	10
1.1. PRÉSENTATION DE LA PROBLÉMATIQUE ET ENJEUX DE L'ENQUÊTE	10
1.2. PRÉSENTATION DES ÉQUIPES DE RECHERCHE ET DES EXPERTS	10
2. OBJECTIFS ET QUESTIONS DE RECHERCHE	11
3. CHOIX D'UNE METHODE QUALITATIVE	12
4. RÉCOLTER LA DIVERSITÉ	16
4.1. SÉLECTION DES MATERNITÉS : DIVERSITÉ DES CONTEXTES	16
4.2. SÉLECTION DES PROFESSIONNELS DANS LES MATERNITÉS : DIVERSITÉ DES POINTS DE VUE	17
4.3. RÉCOLTE DES DONNÉES PAR ENTRETIEN	18
4.3.1. Choix de la méthode adaptée aux objectifs et au contexte de la recherche	18
4.3.2. Des conditions de récolte légèrement différentes du côté néerlandophone ou francophone	18
<i>Accueil de l'enquête et soutien des maternités à l'organisation</i>	18
<i>Lokaal waar interview plaatsvond</i>	19
<i>Entre liberté de parole et parole débridée</i>	19
4.4. RETRANSCRIPTIONS	20
5. PREMIÈRE CONDENSATION : PRÉCODAGE DES ENTRETIENS : CONSTITUTION D'UNE LISTE DES CODES	21
5.1. CODAGES DE L'ENSEMBLE DES ENTRETIENS CÔTÉ FRANCOPHONE ET NÉERLANDOPHONE	21
5.1.1. Liste de codes : une grille d'analyse entre étique (théorie) et émique (sens de l'acteur)	21
5.1.2. Analyse de contenu et bilinguisme	21
5.1.3. Etapes de la création des codes pour les deux chercheurs	22
5.1.4. Utilisation d'un logiciel pour soutenir l'analyse Nvivo	23
6. DEUXIÈME CONDENSATION : RÉALISATION DES PROFILS ET ANALYSE GLOBALE	23
7. TROISIÈME CONDENSATION : ANALYSE DES PROFILS ET CONSTRUCTION DES INDICATEURS	24
7.1. COMPARAISONS ENTRE MATERNITÉS SELON LES INDICATEURS	24
7.2. INTERPRÉTATION DES INDICATEURS : LA THÉORIE DES CADRES DE L'EXPÉRIENCE	24
8. RÉFLEXIONS CRITIQUES SUR LA MÉTHODOLOGIE	25
8.1. AMBIGUÏTÉ DES VERBATIMS	25
8.2. SATURATION ET FRÉQUENCE	25
8.3. SITUATIONS D'ENTRETIEN	26
8.4. PERTE DES INFORMATIONS ET CONFIDENTIALITÉ	26
8.5. L'OBJET DE L'ÉTUDE POUR LES PROFESSIONNELS INTERVIEWÉS	27
8.6. LES INDICATEURS D'ÉVALUATION	27
TROISIEME PARTIE :	28
LES PROFILS DES MATERNITES	28
1. MATERNITES A BAS TAUX DE CESARIENNES	29
1.1. MATERNITÉ 2	29
Facteurs liés à la perception du risque	29
Facteurs liés à la perception de la grossesse	29
Facteurs liés à l'organisation de la maternité	30
Synthèse/discussion	31
1.2. MATERNITÉ 3	32
Facteurs liés à la perception du risque	32
Facteurs liés à la perception de la grossesse	32
Facteurs a l'organisation de la maternite	33
Synthèse/discussion	35
1.3. MATERNITÉ 6	35
Facteurs liés à la perception du risque	35
Facteurs liés a la perception de la grossesse	36
Facteurs liés à l'organisation de la maternité	37
Synthèse/discussion	38
1.4. MATERNITÉ 7	39
Factoren m.b.t. risicoperceptie	39
Factoren m.b.t. de zwangerschap	40
Factoren m.b.t. organisatie van het ziekenhuis	40

1.5. MATERNITÉ 9	41
Factoren m.b.t. risicoperceptie	41
Factoren m.b.t. de zwangerschap	42
Factoren m.b.t. organisatie van het ziekenhuis	42
2. MATERNITES A TAUX MOYEN DE CESARIENNE	44
2.1. Maternité 11	44
Factoren m.b.t. risicoperceptie	44
Factoren m.b.t. de zwangerschap	45
Factoren m.b.t. organisatie van het ziekenhuis	46
2.2. MATERNITÉ 12	46
Factoren m.b.t. risicoperceptie	46
Factoren m.b.t. de zwangerschap	47
Factoren m.b.t. organisatie van het ziekenhuis	47
3. MATERNITES A HAUT TAUX DE CESARIENNES	49
3.1. MATERNITÉ 1	49
Facteurs liés à la perception du risque	49
Facteurs liés à la perception de la grossesse	50
Facteur liés é l'organisation de la maternité	51
Synthèse/discussion	52
3.2. MATERNITÉ 4	53
Facteurs liés à la perception du risque	53
Facteurs liés la perception de la grossesse	54
Facteurs liés à l'organisation de la maternité	55
Synthèse/discussion	56
3.3. MATERNITÉ 5	57
Facteurs liés à la perception du risque	57
Facteurs liés à la perception de la grossesse	58
Facteurs liés a l'organisation de la maternité	58
Synthèse/discussion	60
3.4. MATERNITÉ 8	61
Factoren m.b.t. risicoperceptie	61
Factoren m.b.t. de zwangerschap	61
Factoren m.b.t. organisatie van het ziekenhuis	62
3.5. Maternité 10	63
Factoren m.b.t. risicoperceptie	63
Factoren m.b.t. de zwangerschap	64
Factoren m.b.t. organisatie van het ziekenhuis	65
QUATRIEME PARTIE : DISCUSSIONS ET CONCLUSIONS	66
1. ANALYSE DES RÉSULTATS	67
1.1. PROCÉDURE D'ANALYSE	67
1.1.1 <i>Bref rappel de la procédure d'analyse</i>	67
1.1.2 <i>Des transversalités aux indicateurs</i>	67
1.1.3 <i>Interprétation du tableau des indicateurs</i>	68
1.2. RÉSULTATS COMPARATIFS	69
1.2.1 <i>Similitudes entre toutes les maternités en faveur d'une décision de césarienne</i>	69
1.2.2 <i>Là où les différences fondamentales s'observent entre maternités à bas et haut taux de césariennes</i>	71
1.2.3 <i>L'induction comme différence entre les bas taux et les taux moyens :</i>	72
1.2.4 <i>Les indicateurs non discriminants</i>	74
2. DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS	77
2.1. UNE CULTURE INDIVIDUELLE PROFESSIONNELLE ET UNE CULTURE INSTITUTIONNELLE	77
2.2. DES RECOMMANDATIONS	79
à propos des conditions partagées : soutenir les professionnels	79
à propos des conditions qui distinguent bas et haut taux : une politique qui vise le sentiment de sécurité	79
pour comprendre et favoriser le changement auprès des professionnels	80
BIBLIOGRAPHIE	82
ANNEXES	84
ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN	85

INTERVIEWSCHEMA	88
ANNEXE 2 : LISTE DES CODES	91
ANNEXE 3 : MATRICE ENCODAGE	101
ANNEXE 4 : ANALYSE GLOBALE	102
ANNEXE 5 : SYNTHSE DES INDICATEURS	121

Table des tableaux et figures

<i>Tableau 1 : Entretiens réalisés</i>	20
<i>Tableau 2 : Répartition des indicateurs entre cadres primaires et secondaires</i>	69
<i>Tableau 3 : Les indicateurs partagés par les maternités</i>	70
<i>Tableau 4 : Les indicateurs qui distinguent les taux de césarienne</i>	73
<i>Tableau 5 : Les indicateurs non discriminants</i>	76
<i>Tableau 6 : Classements des indicateurs selon leur lien avec la décision de césarienne</i>	78
<i>Figure 1 : Schéma de la condensation des données</i>	14
<i>Figure 2 : Schema van de reductie process</i>	15

PREMIERE PARTIE : EXECUTIVE SUMMARY

Rapport exécutif disponible sur le répertoire institutionnel de l'ULg ORBI : <http://hdl.handle.net/2268/104350>

**DEUXIEME PARTIE:
PRESENTATION DE
L'ETUDE**

1. INTRODUCTION

1.1. PRÉSENTATION DE LA PROBLÉMATIQUE ET ENJEUX DE L'ENQUÊTE

L'augmentation du taux de césariennes est une problématique largement répandue qui n'épargne pas la Belgique. En particulier, le Ministère de la Santé Publique a présenté, il y a deux ans, ses conclusions sur la pratique des césariennes dans les maternités belges. Le principal constat met en évidence l'augmentation du taux de césariennes observé dans les cas à faibles risques au cours des 10 dernières années et les disparités importantes entre les hôpitaux dans ce domaine (Martens E., 2008).

Cette recherche prend pour objet les décisions et les pratiques de césariennes primaires et secondaires dans le cas de grossesses à faibles risques. Les grossesses à faibles risques ont été définies par les critères suivants : primipare ou multipare d'au moins 37 semaines de grossesse, pas de présentation en siège de l'unique fœtus porté, qui n'est pas mort-né, qui pèse entre 3 et 4 Kg et n'est porteur d'aucune malformation congénitale.

Ce focus pourrait donner une fausse impression de la pratique générale en obstétrique. Nous attirons l'attention des lecteurs sur le fait que tous les résultats présentés dans ce rapport doivent être lus en lien avec la réalisation de césariennes dans le cas de grossesse à bas risques, pour lesquelles l'évidence aurait favorisé un accouchement physiologique. L'objet de cette recherche est de nature à mettre en lumière la diversité des pratiques et des représentations des professionnels, de même que la diversité des contextes institutionnels où elles se réalisent. D'une part, cette diversité pourrait être reconnue comme un critère de qualité témoignant de l'adaptation des professionnels à des grossesses qu'ils définissent comme étant uniques. D'autre part, cette diversité pourrait aussi exprimer des pratiques moins adéquates qui se développent sous l'influence de l'expérience des professionnels et du contexte institutionnel. Cette recherche, dont l'objectif est de documenter et de comprendre les « facteurs » qui favorisent une décision de césarienne pour les grossesses à bas risques, est de nature à mettre l'accent sur ces pratiques moins adéquates.

Les « facteurs » qui influencent la décision de césarienne se posent en tension entre une pratique « officielle » et une pratique « officieuse » (Boltanski L., 2004). La pratique officielle pourrait être définie comme étant la pratique définie par la littérature, les guidelines et les bonnes pratiques. La pratique officieuse serait, elle, plutôt dans la sphère de « l'arrangement » (Boltanski L., 2004) avec soi, avec ses collègues, avec les normes sociales et scientifiques. Cette recherche explique comment les « arrangements » se construisent à partir des expériences des professionnels.

1.2. PRÉSENTATION DES ÉQUIPES DE RECHERCHE ET DES EXPERTS

Ce projet de recherche étant un projet fédéral, il a été conduit par une équipe néerlandophone (UG) et une équipe francophone (APES-ULg - Ecole de Santé publique de l'Université de Liège). L'APES-ULg assure la coordination de cette recherche. Cette recherche est basée sur une méthodologie commune aux deux équipes. Les documents, qui exposent cette méthodologie commune, ont été négociés puis traduits dans les deux langues.

Le projet a été soumis et accepté par le comité d'éthique de Liège (707).

L'équipe francophone est constituée de chercheurs de l'APES-ULg (C. Vandoorne, G. Absil et S. Bednarek). L'APES-ULg est une équipe pluridisciplinaire constituée de chercheurs en sciences humaines et spécialisés dans les méthodes qualitatives. Elle fait partie de l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Liège et est attachée au Service Santé au Travail et d'Education pour la Santé.

De Nederlandstalige equipe (UG) is als volgt samengesteld: Prof. Dr. Marleen Temmerman (eindverantwoordelijke Nederlandstalige equipe), Dr. Guy Martens (expert), Mevr. An-Sofie Van Parys (studiecoördinatie en interviewer).

La recherche se déroule sous la supervision de deux experts, un par régime linguistique: Prof. D. Bekaert pour l'équipe néerlandophone et Prof. Cl. Lecart pour l'équipe francophone. Les experts ont été engagés par le Collège Mère Nouveau-né pour faciliter les contacts avec les maternités et surtout, pour apporter un soutien à l'analyse des résultats afin de :

- garantir la clause de confidentialité des résultats ;
- appuyer les équipes de recherche lors de la phase de réalisation de l'enquête ;
- apporter leur expertise dans le domaine de l'obstétrique afin d'améliorer l'interprétation des résultats ;
- vérifier si les répondants sélectionnés correspondent aux critères mentionnés infra.

Une attention particulière a été accordée au respect de l'anonymat et de la confidentialité des propos. Le rapport sera élaboré de manière à rendre impossible l'identification des maternités visitées, y compris pour les membres du Collège Mère Nouveau-né.

Par ailleurs, les chercheurs des deux équipes et l'expert du côté francophone ont ignoré le taux de césariennes des maternités sélectionnées jusqu'au tout dernier moment de l'interprétation des profils de maternités. Le but était qu'ils ne soient pas influencés, a priori, dans la réalisation et l'analyse des entretiens.

Nous avons décidé de produire un corps de rapport bilingue, français et néerlandais. La présentation des résultats (profils de maternité) est restée dans la langue d'origine. L'introduction, la méthodologie, la discussion et les conclusions ont été traduites, de même que le rapport exécutif.

2. OBJECTIFS ET QUESTIONS DE RECHERCHE

Comme cela est démontré dans la littérature, la problématique des césariennes et de leur augmentation est complexe. C'est donc une approche multifactorielle qui doit être envisagée si nous voulons cerner les causes de cette tendance avérée. Le but n'est pas de savoir ou de montrer quelle est la meilleure façon de fonctionner, mais bien de mieux comprendre pourquoi il existe une si grande différence entre les hôpitaux en ce qui concerne les taux de césariennes à bas risques. La compréhension de ces différences s'articule autour de trois axes : les raisons autres que médicales qui sont en lien avec les pratiques de césariennes, la mise en place de dispositifs pour encadrer ces pratiques et la transposition dans les maternités des solutions validées au niveau international.

La littérature scientifique fournit des pistes déjà bien argumentées sur les facteurs à mettre en lien avec le taux de césariennes. Trois principaux thèmes ont ainsi été déterminés, [le guide d'entretien figure en annexe], chacun étant décliné dans une série de sous-questions :

- L'explication de l'augmentation du taux de césariennes
- La prise de décision d'effectuer une césarienne pour une grossesse à bas risques au sein de la maternité
- L'existence d'une politique institutionnelle en faveur d'une diminution du taux de césariennes

3. CHOIX D'UNE METHODE QUALITATIVE

Le choix d'une méthode qualitative, avec une collecte de données par interviews, repose sur les constats suivants. Premièrement, la méthodologie de cette recherche devait se appuyer des informations supplémentaires par rapport à celle réalisée antérieurement (Martens E., 2008). Il s'agit de documenter la question du taux de césariennes par un autre moyen que l'enquête par questionnaire et de prendre pour focus les pratiques de césariennes pour les grossesses à bas risques. Deuxièmement, l'objet de cette recherche s'inscrit dans les pratiques des professionnels. Or, ces pratiques peuvent être soit observées, soit abordées par l'analyse du discours des professionnels. **Notre choix s'est porté sur l'analyse du discours des professionnels sur leur pratique par le moyen d'entretiens.**

Cette recherche part du postulat qu'il existe un lien entre le discours sur les pratiques et les pratiques elles-mêmes. La manière dont les professionnels racontent leurs pratiques, leurs « arrangements », est à double sens. Le discours des professionnels représente la manière dont les professionnels expliquent leur choix mais c'est un indice de la manière dont leurs expériences, répétées et intériorisées, deviennent des guides pour l'action. Le processus d'analyse choisi vise à permettre le passage de l'expérience individuelle à des phénomènes collectifs liés à la prise de décision.

Une recherche qualitative de cette nature ne peut viser un échantillonnage représentatif au sens statistique du terme. Cependant, les chercheurs ont opté pour une récolte des données dans des contextes contrastés afin de maximiser les différences potentielles. En matière d'analyse, les chercheurs ont opté pour une approche par cas et comparative entre des maternités à bas et à haut taux de césariennes.

Le processus d'analyse² repose sur la méthodologie de condensation des données (Miles B. et Huberman M., 2003, p. 29). Cette méthodologie consiste à rendre « utilisable » et « pratique » la masse des données générées par une étude qualitative. Elle opère une série de condensations de la masse des données par des processus explicites, établis en fonction des questions de recherche. Dans le cas de cette étude, les condensations sont de trois natures (cf schéma p 15 et 16). En premier, il s'agit d'analyser l'ensemble des entretiens par le moyen de

² Nous avons choisi d'explicitier en détail le processus afin de faciliter l'appropriation des résultats par les lecteurs et de répondre aux critères de qualité d'une recherche qualitative, notamment en termes de description des procédures et de séquences de recueil de données (Miles B. et Huberman A., 2005). Il s'agit aussi de présenter la démarche qualitative pour des professionnels habituellement ancrés dans les démarches quantitatives randomisées. Vidal (2010.), dans son livre sur le travail multidisciplinaire, identifie l'explication de la démarche comme cruciale lorsqu'il s'agit de croiser médecine et sciences humaines.

codes, ce qui permet d'identifier les informations utiles à l'enquête. Ensuite, les informations significatives – les indices – repérés dans les entretiens sont synthétisées dans des profils de maternités (analyses de cas structurés, Miles B. et Huberman M, 2003 p. 485). Du côté néerlandophone, la construction des profils des maternités a été précédée par une analyse globale présentée en annexe. Les analyses de cas visent à faire ressortir les traits caractéristiques de chaque maternité. Enfin troisième condensation, l'ensemble des informations produites est synthétisé dans une matrice qui expose de manière claire les résultats. Les informations sont alors formulées sous la forme d'indicateurs permettant la comparaison entre les maternités. Les chercheurs gardent trace de chaque étape des transformations et sont capables d'expliquer pourquoi telle « information » donne lieu à tel indicateur.

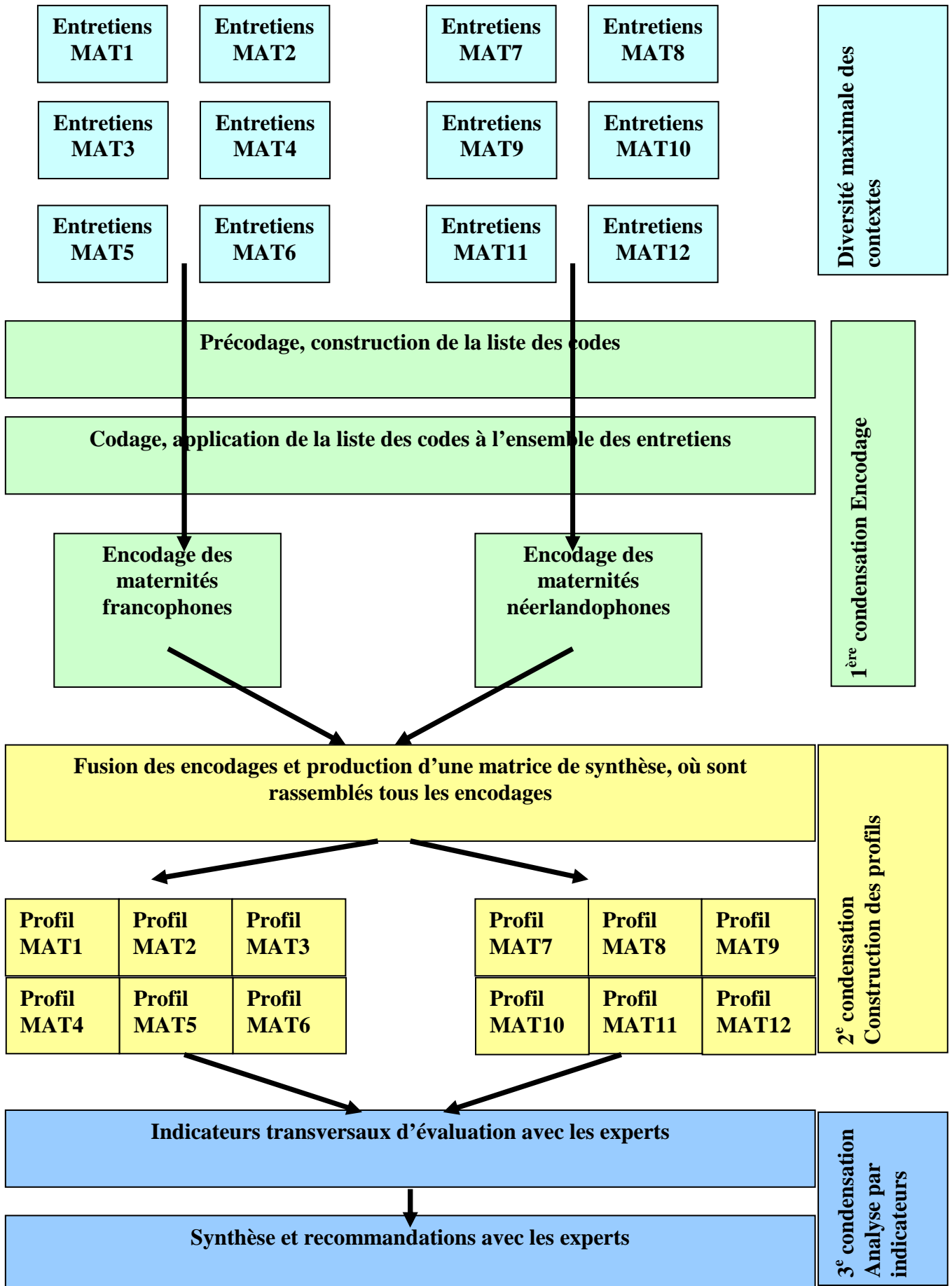


Figure 1 : Schéma de la condensation des données

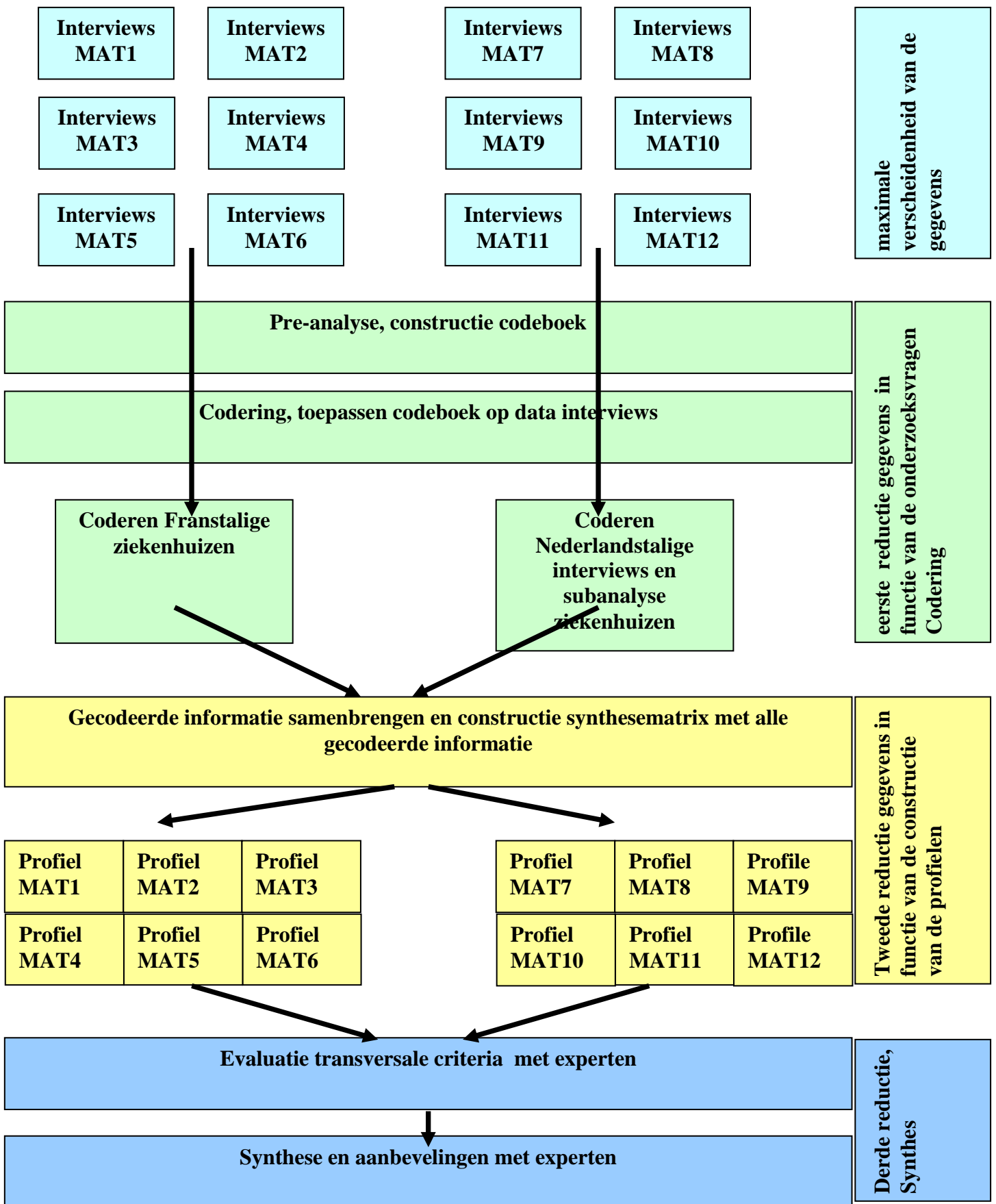


Figure 2 : Schema van de reductie proces

4. RÉCOLTER LA DIVERSITÉ

4.1. SÉLECTION DES MATERNITÉS : DIVERSITÉ DES CONTEXTES

L'ensemble des maternités a été contacté et à quelques rares exceptions près, elles ont marqué leur accord de principe pour accueillir l'équipe de recherche. Le choix des maternités à visiter a ensuite été réalisé par le Ministère de la Santé publique (Dhr. Wim Alvoet). Au total, 12 maternités ont été retenues³ : 6 maternités francophones et 6 néerlandophones. Dans chaque région, les maternités ont été sélectionnées en fonction de leur appartenance à l'un des deux groupes suivant :

- (1) un groupe caractérisé par un "Taux de Césariennes (TC) élevé", composé des hôpitaux dont l'écart se situe au-delà de la zone de non-interprétation⁴ et dont la borne inférieure de l'intervalle de confiance (après correction de Bonferroni) ≥ 0 ;
- (2) un groupe caractérisé par un "TC faible", composé des hôpitaux dont l'écart se situe en-deçà de la zone de non-interprétation et dont la borne supérieure de l'intervalle de confiance (après correction de Bonferroni) ≤ 0

Cette sélection est effectuée au hasard si le groupe comprend plus de 3 maternités par régime linguistique.

Voor de UZ Gent studie, vijf van de zes oorspronkelijk geselecteerde ziekenhuizen gingen akkoord om te participeren, één ziekenhuis weigerde. We vroegen vervolgens aan dr. Aelvoet een reserve-selectie te maken van drie ziekenhuizen met een gelijkaardig keizersnedenpercentage als het ziekenhuis dat weigerde te participeren. Uit deze reserve-selectie vonden we nog een ziekenhuis bereid te participeren. Zoals eerder aangehaald, kozen we ervoor om in elk landsgedeelte 6 ziekenhuizen te rekruteren, 3 ziekenhuizen met een laag percentage geselecteerd en 3 met een hoog percentage. De bepaling of een ziekenhuis een hoog of een laag keizersnedenpercentage had, gebeurde op basis van de vergelijking met het nationaal gemiddelde (18% in 2009, SPE?). . We willen hierbij graag opmerken dat bij het opheffen van de blindering aan het einde van de analyse, bleek dat er in Vlaanderen 2 ziekenhuizen een hoog keizersnedenpercentage hadden, 2 een middelmatig en 2 een laag. Door een vergissing bij het selecteren van de steekproef is het dus aan Nederlandstalige zijde niet mogelijk om en ziekenhuizen op te delen in een groep met een laag en een hoog percentage. De specifieke gevolgen hiervan worden verder besproken in het resultaten-hoofdstuk

³ L'échantillonnage est construit en accord avec un design d'analyse de cas d'institution pour lequel Teddlie et al. (2009) recommandent de varier les sources d'information et de limiter l'enquête à un nombre de cas compris entre 4 et 12 institutions. Le nombre d'interviews par institution doit être suffisant pour répondre aux questions de recherche et refléter la complexité de l'institution.

⁴ La zone de non-interprétation étant ainsi définie: "Pour déterminer les limites de cette zone de non-interprétation, nous avons commencé par calculer l'écart d'un hôpital par rapport au taux national et à la tendance nationale en appliquant la formule suivante: écart (en %) = $(RR - 1) \times 100$. La limite inférieure a ensuite été définie pour le TC comme un écart de - 25 % - ce qui correspond au RR de 0,75 - et sa limite supérieure (équivalent statistique de la limite inférieure) comme un écart de + 35%."

4.2. SÉLECTION DES PROFESSIONNELS DANS LES MATERNITÉS : DIVERSITÉ DES POINTS DE VUE

Le protocole de l'étude prévoit, par hôpital participant, un entretien avec 5 membres de l'équipe périnatale (au minimum le chef de service, 2 gynécologues choisis au hasard, la responsable des sages-femmes et une sage-femme choisie au hasard)⁵.

Précisons que pour contribuer à dissiper le doute selon lequel il pourrait s'agir d'une étude réalisée par l'administration ou un ministère, les maternités sélectionnées reçoivent une lettre de soutien concernant cette étude signée par les présidents des deux sociétés scientifiques de gynécologues obstétriciens.

Un contact entre le chef de service et l'équipe de chercheurs est pris pour organiser les modalités de l'enquête. En effet, il lui est demandé de fournir au chercheur une liste des praticiens de son service. Cette liste devrait s'assortir des caractéristiques suivantes pour chaque praticien (gynécologue et sage-femme) dans la mesure où ces données sont disponibles : âge, sexe, nombre moyen d'accouchements par an, obstétricien indépendant ou faisant partie intégrante du staff ou encore cumulant les deux positions, ancienneté dans la profession, numéro de téléphone où cette personne est facilement joignable et lieu où il a fait ses études⁶. Il est aussi demandé au chef de service de fixer une journée durant laquelle le chercheur pourra réaliser tous les entretiens en prenant en compte les horaires du chef de service et de la chef du service des sages-femmes.

Eens de selectie afgerond was, werden de verloskundige diensthoofden van geselecteerde ziekenhuis per brief (zie bijlage) uitgenodigd om deel te nemen aan de studie. Een week na het versturen van de brieven, werd er een herinneringsbrief via email verstuurd en werd er vervolgens telefonisch contact opgenomen. Op basis van deze lijst met variabelen (cf. supra) die de diensthoofden aan de onderzoekster (ASVP) bezorgden, werd een zo evenwichtig mogelijke selectie gemaakt van respondenten (de gynaecoloog die diensthoofd was, de hoofdvroedvrouw, 2 gynaecologen en 1 vroedvrouw). De onderzoekster maakte naast de selectie van de respondenten ook steeds een gelijkaardige reserve-selectie in geval de geselecteerde respondent zich niet vrij kon maken op het moment van het interview. Vervolgens contacteerde de onderzoekster de participerende ziekenhuizen en deelde de selectie mee aan de verantwoordelijke (de gynaecoloog-diensthoofd en/of de hoofdvroedvrouw). De verantwoordelijke(n) gingen in overleg met de geselecteerde respondenten op zoek naar een datum om de interviews in het ziekenhuis

⁵ D'avoir multiplié les points de vue sur le contexte de prise de décision signifie que nous avons récolté une vue plus complète sur les différentes étapes qui mènent à la réalisation d'une césarienne dans le cas de grossesses à bas risques. Nous avons aussi récolté des données sur les perceptions du rôle de chaque personne interviewée ainsi que sur ses rapports avec les futurs parents et les autres professionnels.

⁶ Ces informations permettent d'avoir une vision globale du service (type d'hôpital, âge moyen du personnel du service obstétrique, nombre d'hommes et de femmes dans le service, etc.). Cependant, ces informations sont inexploitable dans le cadre de ce rapport en raison de la clause de confidentialité. D'autre part, elles permettent aux chercheurs de choisir et de contacter les personnes à interviewer en favorisant la diversité sur les dimensions suivantes :

- des membres du personnel médical représentatif des jeunes mais aussi des plus âgés ;
- aussi bien des hommes que des femmes ;
- des obstétriciens pratiquant peu d'accouchements sur un an ainsi que ceux en pratiquant plus ;
- si l'organigramme le permet : des gynécologues indépendants et des gynécologues qui font partie intégrante du staff hospitalier.

te laten plaatsvinden. Deze datum werd dan gecommuniceerd naar de onderzoekster en er werd een datum afgesproken waarop alle zorgverleners geïnterviewd werden.

4.3. RÉCOLTE DES DONNÉES PAR ENTRETIEN

4.3.1. Choix de la méthode adaptée aux objectifs et au contexte de la recherche

Dans le mesure où le temps mis à disposition de l'équipe de recherche était limité et où les membres du CMN estimaient que les praticiens hospitaliers auraient peu de temps à consacrer à ce type d'interview (durée maximale estimée entre 30 minutes et 60 minutes), nous avons opté pour une méthode d'entretien semi directive. Ce type d'entretien permet de centrer le discours des personnes interrogées autour de différents thèmes définis au préalable et consignés dans un guide d'entretien. C'est l'interaction interviewer/interviewé qui va décider du déroulement de l'entretien. En fonction de ce qui sera exprimé ou pas, l'interviewer pourra introduire de nouveaux thèmes ou utiliser des relances. Les relances prennent pour objet le dire antérieur de l'interviewé.

Ces interviews prévoient d'obtenir le relevé des stratégies institutionnelles, des attitudes obstétricales de l'équipe soignante ainsi que le fonctionnement de l'équipe périnatale multidisciplinaire, de même que tout élément permettant d'identifier, en fonction de critères établis par Chaillet (BIRTH 34:1 March 2007), les raisons qui pourraient expliquer les différences par rapport à la norme tant vers le haut que vers le bas (par exemple : prise de décision en équipe, peer review ou second avis, guidelines, information sur le taux de césariennes dans l'hôpital, etc.).

Voor de Nederlandstalige kant, vervolgens werd er een pretest uitgevoerd om de kwaliteit van de introductie voor het interview en het interviewschema na te gaan. Er werden aan Nederlandstalige kant 3 proefinterviews gedaan in het UZ Gent. Er werden één vroedvrouw, één gynaecologe en één assistent gynaecologie geïnterviewd.

Du côté francophone, un pré test du guide d'entretien et du protocole de recrutement des professionnels a été effectué au début de l'enquête. Le pré-test a mis en évidence la qualité du guide d'entretien auprès de deux sages-femmes, par contre il montrait clairement des difficultés auprès de deux gynécologues (longueur de l'entetien, difficulté de rester centrer sur les grossesses à bas risques, difficulté de comprendre une démarche qualitative pour des professionnels habitués aux approches quantitatives)⁷.

L'introduction et le guide d'entretien ont été adaptés sur base des feedback obtenus lors des prétests.

4.3.2. Des conditions de récolte légèrement différentes du côté néerlandophone ou francophone

Accueil de l'enquête et soutien des maternités à l'organisation

De praktische organisatie van de interviews in de verschillende ziekenhuizen aan Nederlandstalige kant is vlot verlopen. De communicatie met de verantwoordelijken in de ziekenhuizen verliep goed en mits de aanklappende houding van de onderzoekster

vonden alle interviews op een vrij korte tijdsperiode plaats. Alle interviews zijn doorgegaan op de daartoe voorzien dag in participerende ziekenhuizen. Slechts in één ziekenhuis is de onderzoekster één keer teruggekeerd omdat een gynaecologe zich niet kon vrijmaken op het initieel afgesproken moment.

Du côté francophone, l'organisation des entretiens dans les maternités s'est déroulée sans trop de difficulté avec les quatre premières maternités. Il a été plus difficile d'organiser les entretiens dans les deux dernières maternités, à cause des particularités organisationnelles des maternités⁸. Les maternités, et en particulier les chefs de service, ont mis tout en œuvre pour le confort du chercheur. Cependant, les contraintes organisationnelles n'ont pas toujours permis de respecter l'ensemble des demandes inscrites dans le protocole. Le chercheur a toujours été accueilli chaleureusement par les professionnels des maternités qui se sont facilement prêtés à l'exercice, malgré les contraintes de l'organisation de leur travail. Nous constatons l'étonnement des professionnels, et en particulier des gynécologues, quant à la formation du chercheur de l'ULg. Pour quelques-uns, il était à la limite du tolérable qu'un « non médecin » réalise une enquête dans le champ de l'obstétrique.

Lokaal waar interview plaatsvond

L'équipe francophone a été confrontée à quelques difficultés. Le protocole prévoyait que les entretiens devaient avoir lieu le même jour, et qu'un local devait être fourni au chercheur. Seules deux maternités ont pu fournir ce local (souvent pour des raisons de manque de place). Dans les autres maternités, le chercheur s'est déplacé à la rencontre des professionnels, réalisant les entretiens dans des salles d'attente, divers bureaux, une salle en aménagement, ... La variété des lieux d'entretien peut avoir une influence sur le contenu de l'entretien : les lieux où se sont déroulés les entretiens offrent des possibilités de remémoration pour la personne interviewée. Certains lieux se sont révélés inconfortables : l'entretien étant interrompu par les activités normales de la maternité (coup de fil, urgences, consultation de dossier, ...).

De interviews van Nederlandstalige equipe hebben meestal plaatsgevonden in een omgeving waar de onderzoekster vrij rustig kon praten met de respondent (vb. vergaderzaal, bureau diensthoofd/hoofdvroedvrouw). In de meeste gevallen gingen alle interviews binnen eenzelfde ziekenhuis ook in hetzelfde lokaal door. In enkele uitzonderlijke gevallen ging het interview op vraag van de respondent, in een ander lokaal door (vb. de eigen consultatieruimte). Het gebeurde occasioneel dat het interview kort onderbroken werd door een telefoongesprek of een collega die iets kwam vragen, maar dit was echter slechts in de minderheid van de interviews het geval.

Entre liberté de parole et parole débridée

Le thème de l'étude est de nature à susciter des questions et des réactions de protection. « Qu'est-ce qu'on nous veut ? Pourquoi ? ». Et malgré les précautions du protocole (lettre d'appui des organisations professionnelles, experts), le chercheur francophone a systématiquement réexpliqué le cadre de l'étude⁹. D'une manière générale, nous avons expliqué oralement à chaque chef de service les tenants et les aboutissants de l'enquête tels

⁸ Tel objet, tel aménagement deviennent le support qui permet l'émergence d'un souvenir, d'une situation, d'une explication

que nous les connaissions. Les nombreux courriers et rappels par email, n'avaient pas suffi à poser un cadre précis. Il y avait parfois des remises en question du fondement de l'enquête.

De verwachtingen m.b.t. defensieve reacties aan Nederlandstalige kant, bleken ongegrond. Zowel de diensthoofden en de geïnterviewde respondenten waren erg bereid om mee te werken aan het onderzoek. We willen hierbij wel opmerken dat aangezien er met een reserve-selectie werd gewerkt, is het wel mogelijk dat net de geselecteerde respondenten die sceptisch stonden ten opzichte van het onderzoek niet bevraagd werden. Telefonisch contact prof. Bekaert met alle ziekenhuizen peiling verloop interviews vermelden

TABLEAU DES ENTRETIENS RÉALISÉS

Tableau 1 : Entretiens réalisés

Id	Dates	Nombres d'entretiens réalisés	Les entretiens ont été réalisés en x visites	Le protocole d'enquête à pu être respecté	Les professionnels avaient compris l'objet et la procédure de l'étude
Maternité 1	05/2009	5	1	√	√
Maternité 2	06/2009	6	1	√	√
Maternité 3	06/2009	5	1	√	√
Maternité 4	07/2009	5	1	√	√
Maternité 5	10/2009	5	3	≈	≈
Maternité 6	10/2009 et 11/2009	5	4	≈	≈
Maternité 7	07/2009	5	1	√	√
Maternité 8	07/09	5	1	√	√
Maternité 9	07/09	5	1	√	√
Maternité 10	07/09	5	1	√	√
Maternité 11	07/09	5	1	√	√
Maternité 12	08/09	5	2	√	√

Nb : Six entretiens ont été réalisés dans la maternité 2, suite à une opportunité dans cette maternité

4.4. RETRANSCRIPTIONS

Les 61 entretiens (31 francophones et 30 néerlandophones) ont été enregistrés et intégralement retranscrits *ad verbatim*. Les enregistrements étaient complétés par une prise de notes en direct et une prise de notes en différé à propos des circonstances de l'entretien. Les retranscriptions des interviews ont été revues, complétées et corrigées par les chercheurs, si besoin.

5. PREMIÈRE CONDENSATION : PRÉCODAGE DES ENTRETIENS : CONSTITUTION D'UNE LISTE DES CODES

5.1. CODAGES DE L'ENSEMBLE DES ENTRETIENS CÔTÉ FRANCOPHONE ET NÉERLANDOPHONE

5.1.1. *Liste de codes : une grille d'analyse entre étique (théorie) et émique (sens de l'acteur)*

La liste des codes est issue d'un positionnement entre étique et émique¹⁰. Une partie des codes est indirectement issue de l'analyse de littérature réalisée au début de l'enquête lors de la construction du guide d'entretien, il s'agit en particulier des facteurs organisationnels. Une autre partie des codes est directement issue des réponses données pendant les interviews et n'était pas « documentée » dans la revue de littérature, par exemple la place des sages-femmes dans le processus décisionnel.

5.1.2. *Analyse de contenu et bilinguisme*

L'analyse de contenu est particulièrement liée à la connaissance fine de la langue des répondants. C'est pourquoi, afin d'éviter des malentendus linguistiques, les chercheurs ont décidé que les entretiens néerlandophones et francophones seraient analysés par les chercheurs maîtrisant la langue des personnes interviewées. En conséquence, les chercheurs ont rapidement mis en place un processus d'échange et de coconstruction de leurs outils d'analyse. En clair, les chercheurs doivent s'entendre sur les mots (les codes) qui leurs permettront de conduire des analyses comparables. « Les codes sont des étiquettes qui désignent des unités de signification pour l'information descriptive ou inférentielle compilée dans une étude. Les codes peuvent prendre la forme d'une étiquette catégorielle simple ou d'une étiquette plus complexe (par exemple une métaphore). » (Miles M et Huberman A., 2003, p. 112) Les chercheurs n'ont pas traduit au plus près le sens de chaque mot. L'idée est de construire un consensus, suffisamment explicite sur la signification des codes utilisés. Etant donné les régimes linguistiques des deux équipes, cette opération technique est un préalable, long mais incontournable, pour la validité des résultats présentés dans ce rapport.

¹⁰La méthodologie qualitative distingue deux approches. L'approche étique favorise l'utilisation de la théorie et de la littérature pour construire les questions de recherche et l'interprétation des données. L'approche émique favorise le respect du point de vue de l'acteur, du répondant, et délaisse volontiers les références théoriques (De Sardan J.-P. O, 2008) A l'heure actuelle, aucune des deux approches n'est pratiquée de manière isolée. Les chercheurs placent cette recherche entre ces deux pôles.

5.1.3. Etapes de la création des codes pour les deux chercheurs

La liste des codes a été réalisée en plusieurs étapes¹¹. Premièrement, les chercheurs ont analysé indépendamment leurs premiers entretiens réalisés et retranscrits.

Vervolgens werden er aan Nederlandstalige zijde 3 interviews geselecteerd uit verschillende ziekenhuizen en van verschillende beroepsgroepen. De grote thema's en categorieën die uit deze interviews naar voor kwamen, werden bij wijze van pre-analyse verzameld. Op basis van deze preliminaire analyse werd een eerste aanzet voor een codeboom opgesteld waarin de verschillende categorieën hiërarchisch georganiseerd werden. Op basis van deze preliminaire codeboom werden nog 2 andere interviews geanalyseerd en werden de verschillende categorieën/thema's verder uitgewerkt. Dit codeboek werd vervolgens ingebracht in het softwarepakket NVIVO 8. Aan de hand van dit programma werd de eerste 15 interviews gecodeerd. Dit wil zeggen dat ieder relevant stuk tekst van de interviews onderbracht werd onder een bepaalde categorie van het codeboek. Na het coderen van de eerste helft van de interviews werden de resultaten uitgeschreven. Vervolgens werden de volgende 15 ziekenhuizen geanalyseerd en werden nieuwe elementen toegevoegd en/of andere minder relevante elementen weggelaten.

Du côté francophone cette première étape a été réalisée par la technique de lecture flottante (Bardin L, 2007) pour identifier une première série de codes à la fois en relation avec les questions de recherche, mais aussi en relation avec des thématiques émergentes.

Les chercheurs ont mis en commun leurs listes. Cette mise en commun a pour but à la fois d'assurer que les chercheurs parlent de la même chose avec les mêmes concepts, même si les mots sont différents. Elle a aussi pour but de proposer une **première liste** qui sera testée et enrichie par la suite.

Une **deuxième liste** de codes a été élaborée après la récolte des informations et la retranscription des entretiens. Cette deuxième liste a été construite en testant les codes de la première sur l'ensemble des entretiens. Chaque chercheur a effectué ce travail dans son propre régime linguistique. A l'issue de ce travail, les chercheurs ont mis leur liste en commun en vue de réaliser la **liste définitive des codes**. De manière systématique, les codes ont été organisés en « catégories¹² » (la liste des codes organisés par catégories figure en annexe), puis chaque code a été discuté entre les deux chercheurs. Cette discussion visait à établir une définition de chaque code partagée par les deux chercheurs. La définition des codes permet d'orienter l'analyse des entretiens en limitant les interprétations des chercheurs.

¹¹ 1. Analyse des cinq premiers entretiens 2. Création d'une première liste de codes par chaque équipe 3. Mise en commun de la liste des codes 4. Validation de la liste des codes par l'analyse des entretiens 5. Ajustement et modification apportés par les deux équipes 6. Réunion entre les équipes afin d'établir la liste définitive des codes et d'en établir les sous catégories.

¹² Le regroupement en catégories consiste à regrouper des codes qui entretiennent des relations parce qu'ils décrivent différents aspects d'un phénomène. En soi, la construction des catégories peut être considérée comme une étape du travail itératif d'interprétation entre les deux équipes de recherche.

5.1.4. Utilisation d'un logiciel pour soutenir l'analyse Nvivo

A partir de la liste des codes, un plan d'analyse a été établi avec le logiciel Nvivo. L'entièreté des retranscriptions ont été intégrées dans la base de données du logiciel.

Les chercheurs ont utilisé le logiciel d'aide à l'analyse de contenu¹³. L'utilisation du logiciel a facilité les échanges entre les chercheurs et a permis de garder le travail des deux équipes en parallèle. L'utilisation du logiciel a permis la constitution d'une base de données commune, rassemblant les retranscriptions des deux régimes linguistiques. Elle a permis aussi une fusion des codages réalisés par les deux équipes, facilitant ainsi l'étape d'analyse et d'interprétation. Le Logiciel permet de garder trace de tout le processus d'analyse. Cette traçabilité de la procédure peut, le cas échéant, étayer les choix des chercheurs.

6. DEUXIÈME CONDENSATION : RÉALISATION DES PROFILS ET ANALYSE GLOBALE

Op basis van de resultaten van de exploratieve analyse aan Nederlandstalige zijde, kwam duidelijk naar voor dat er weinig samenhang was tussen de interviews uit eenzelfde ziekenhuis. De antwoorden verschillende erg tussen de individuen en er was sprake van weinig uniformiteit. Daarom werd er besloten om eerst een globale analyse te maken van alle Nederlandstalige interviews op individueel niveau en vervolgens over te gaan tot een subanalyse op ziekenhuisniveau. Deze subanalyse liet toe om de resultaten van de beide landsgedeelten met elkaar te vergelijken.

Du côté francophone, les résultats de l'analyse par codes de chaque maternité sont synthétisés dans une fiche « profil » structurée en trois catégories : (1) pression médicale, (2) politique de la maternité et (3) représentation de la grossesse. La structure de cette fiche de cas a été choisie suite à l'analyse des entretiens, à l'établissement de la liste définitive des codes. Les choix opérés par les chercheurs reposent sur la consistance des données dont ils disposent (ce qui est le plus documenté), mais aussi sur les éléments qui – malgré les orientations du guide d'entretien – ont été identifiés par les professionnels comme les facteurs prépondérants. Les profils des maternités ont été soumis à la lecture critique des experts dans le souci d'évaluer leur « lisibilité » et leur qualité en tant que source d'information sur la dynamique d'une maternité. La lecture des profils par les experts nous a permis d'améliorer considérablement la qualité de ces derniers.

Ensuite, les profils des maternités ont été présentés aux deux experts, Prof Bekaert et Prof. Lecart. A chaque expert, il a été demandé de classer les maternités d'après les profils, selon qu'elles présentaient un taux haut ou bas de césariennes. Cette tâche participe de la vérification de la qualité des données. A partir des informations des profils, les experts pourront-ils identifier le taux de césariennes sera bas ou haut. Le classement des experts est quasi superposable à celui réalisé à partir du taux réel, sauf pour les deux maternités à taux moyen.

¹³ Ce logiciel ne réalise pas l'analyse lui-même mais apporte une aide précieuse à la logistique de l'analyse (classement, codage, construction de tableau, ...) et améliore la qualité des résultats

7. TROISIÈME CONDENSATION : ANALYSE DES PROFILS ET CONSTRUCTION DES INDICATEURS

7.1. COMPARAISONS ENTRE MATERNITÉS SELON LES INDICATEURS

Avec l'apport des experts (Prof Bekeart et Prof Lecart), les chercheurs ont identifié les facteurs de prise de décisions transversaux à l'ensemble des profils. L'identification de ces facteurs a mené à la réalisation d'une liste d'indicateurs d'évaluation qui constitue la base de la synthèse de cette recherche. Les indicateurs sont repris dans un tableau permettant de les positionner pour chaque maternité selon qu'ils sont très présents (▲), présents (►), peu/pas présents (▼) dans le discours des professionnels. L'objectif de ce tableau est de permettre l'identification de « profil type » en lien avec un taux élevé ou bas de césarienne. A ce stade, les chercheurs, avec l'aide des experts, peuvent interpréter le tableau en recontextualisant les indicateurs à l'aide des profils des maternités et de la littérature

Les indicateurs retenus ont été répartis en plusieurs catégories telles que l'organisation de la maternité, le rôle du chef de services, le rôle des sages-femmes, la culture de travail partagée, l'induction, la qualité de vie du gynécologue, la gestion de la pression médico-légale et la gestion de la pression parentale.

7.2. INTERPRÉTATION DES INDICATEURS : LA THÉORIE DES CADRES DE L'EXPÉRIENCE

Ce que les professionnels ont relaté, ce sont les éléments qui, selon eux, leur permettent de prendre une décision de césarienne pour des grossesses à bas risques. Ces éléments sont repris dans le tableau 3 (p.75) en termes d'indicateurs. L'ensemble des indicateurs constituent les cadres de l'expérience des professionnels. Goffman (1974) distingue deux types de cadres, montre l'analyse que les indicateurs se répartissent entre ces cadres.

Les cadres primaires de l'expérience permettent aux professionnels de répondre à la question « qu'est-ce qui se passe ici ? », « qu'est-ce qui se passe pendant cette grossesse ou ce travail ? ». Pour répondre à cette question, le professionnel mobilise d'emblée une série d'éléments significatifs issus de son expérience. Les cadres secondaires de l'expérience réfèrent aux normes collectives qui devraient régir les actions. Ainsi, les informations d'un monitoring font partie des cadres primaires, tandis que les guidelines expliquant ces informations et précisant les décisions font partie des cadres secondaires.

Les cadres primaires de l'expérience sont modulés par l'expérience (Goffman, 1974) et peuvent mener à des typifications¹⁴ de l'action en lien avec les contextes organisationnels, communicationnels et psychosociologiques de cette dernière (Garfinkel H, 2002 ; Muchielli A 2005). La typification¹⁵ désigne le processus par lequel des expériences vécues et réfléchies, parfois implicites, peuvent conduire à des apprentissages, puis à des orientations quasi systématiques pour la prise de décision (Schon D., 1983).

¹⁴ La typification désigne le processus mental qui généralise les expériences similaires vécues par les professionnels et les transforme en une attitude unique et typique.

¹⁵ Il est ainsi tout à fait admissible que la liste des codes représente en fait « une sorte » de cartographie des typifications des professionnels ou de la culture des maternités.

8. RÉFLEXIONS CRITIQUES SUR LA MÉTHODOLOGIE

8.1. AMBIGUÏTÉ DES VERBATIMS

En matière d'analyse des entretiens, les chercheurs se sont interrogés quand au statut des « éléments rapportés » par les professionnels. Lorsqu'un professionnel répond à une question, les informations qu'il délivre ont au moins deux statuts. D'une part, ces informations témoignent d'une perception de la réalité du travail, et d'autre part elles témoignent des représentations sociales de ces mêmes professionnels ; souvent exprimées en termes de relations à l'autre. (Cicourel A., 2002). Ainsi, lorsque les professionnels parlent des parents, ils livrent à la fois des éléments objectivables à propos de leurs relations avec les parents (« ils mettent la pression »), mais aussi des éléments qui témoignent de leurs représentations sociales à propos des parents ou à propos de leur statut social. Ainsi, un gynécologue peut à la fois nous informer sur la pression mise par les parents notamment avec l'appui d'informations issues d'Internet (éléments objectivables de la relation), tout en mettant en jeu une représentation de la profession médicale dont l'autorité ne serait plus respectée. Il n'est pas toujours aisé d'établir la part entre ce qui nous renseigne directement sur les conditions de travail, sur les pratiques, donc sur les facteurs de prise de décision, et ce qui nous renseigne sur les représentations des professionnels ; ce d'autant plus que les représentations des professionnels comptent parmi les facteurs de prise de décision.

Les entretiens comportent un rapport à la vérité de « ce qui se passe dans une maternité ». Chaque professionnel a, plus ou moins volontairement, joué le jeu de dire « les choses telles qu'elles se passent ». Cependant, les croisements d'informations entre les interviews des professionnels sont parfois très contradictoires. La mise à jour de contradictions est de nature à documenter les enjeux sous-jacents à la question du taux de césariennes ou à ceux des perceptions croisées des professionnels entre eux. Pour les chercheurs, ces contradictions ont un statut d'information sur l'existence ou non d'une culture de service.

8.2. SATURATION ET FRÉQUENCE

En matière d'étude qualitative, la qualité des données est souvent évaluée selon le critère de saturation. Par saturation, on entend la redondance des informations produites par le guide d'entretien (De Sardan J. P.-O., 2008). Après un certain nombre d'entretiens, il n'est plus possible d'obtenir de nouvelles informations significatives avec ce guide d'entretien. Au terme de la recherche, nous pouvons affirmer que le critère de saturation est atteint si l'on envisage la maternité comme unité d'analyse. A l'échelle des pratiques individuelles, nous ne pouvons pas affirmer que le critère de saturation est atteint.

En utilisant certaines fonctions du logiciel Nvivo, nous pouvons établir la fréquence à laquelle chaque code a été mentionné par les professionnels dans chaque maternité, qui est pour rappel notre échelle d'analyse. Le tableau (annexe 3) croise les maternités avec les codes. Le chiffre qui apparaît aux intersections de ce tableau signifie le nombre de professionnels qui ont mentionné cet élément dans cette maternité. Les éléments en vert foncé sont ceux pour lesquels le code a été mentionné par tous les professionnels (5). En rouge apparaissent les codes qui ne sont pas du tout mentionnés (0). Cette idée de la fréquence n'est pas en soi une donnée de cette enquête, elle s'inscrit plutôt dans la gestion des informations et dans le processus qualité entre les deux équipes de recherche.

8.3. SITUATIONS D'ENTRETIEN

En dépit des précautions établies par le protocole, il est indubitable que la récolte des données par entretien connaît des variations entre les deux équipes de recherche. Plusieurs facteurs doivent être pris en compte comme le genre des chercheurs, leurs formations, leurs connaissances du champ de l'obstétrique, leurs habitudes langagières. Outre ces facteurs spécifiques aux chercheurs, nous devons aussi reconnaître le rôle du contexte propre à chaque situation d'entretien. Ainsi, l'heure, le lieu, l'ambiance et ou le climat de la maternité, ... favorisent des différences entre les entretiens.. La qualité des informations contenues dans les entretiens retranscrits dépend aussi de la représentation que la personne interviewée a de l'enquête et du chercheur. Pour quelques répondants, l'entretien comporte d'autres enjeux. Leurs réponses aux questions sont le lieu de l'expression de revendications contre la loi, les finances, les universités, ... etc. Pour d'autres, l'enquête, en dépit des nombreuses explications, demeure un processus de l'ordre du contrôle. Des réactions du type, « moi je n'ai rien à cacher » dénote de ce positionnement par rapport à l'enquête. Le chercheur a tenu compte de ces positionnements particuliers lors de l'analyse de l'entretien.

8.4. PERTE DES INFORMATIONS ET CONFIDENTIALITÉ

Les informations contenues dans les profils de maternité sont soumises à deux contraintes. Premièrement, elles présentent succinctement, ce qui dans la réalité est souvent beaucoup plus complexe. Deuxièmement, la clause de confidentialité¹⁶ de cette étude oblige les chercheurs à : soit omettre certains éléments pertinents mais qui permettraient d'identifier la maternité, soit tenter de maintenir l'élément sans en rien dire de concret. Bien que soumis à ces deux contraintes, les profils des maternités répondent à la définition de la « thick description » (Geertz C., 1973), c'est-à-dire une description qui croise les points de vue pour décrire une culture locale, et qui permet une compréhension de cette culture en dépassant la simple accumulation des faits.

¹⁶ Les résultats de cette recherche sont sous le sceau de l'anonymat garanti par les chercheurs. La garantie de l'anonymat oblige les chercheurs à exclure toute information susceptible de permettre une reconnaissance des maternités ou des professionnels interviewés. Or, ces mêmes informations font parfois partie des facteurs qui expliquent, en partie, la dynamique d'une maternité. Afin de garder la spécificité de chaque maternité et de permettre une comparaison, les chercheurs ont essayé de conserver, par touches impressionnistes, ce genre d'information.

8.5. L'OBJET DE L'ÉTUDE POUR LES PROFESSIONNELS INTERVIEWÉS

L'objet de cette étude engendre une difficulté lors des entretiens. D'une manière générale, cette difficulté touche à ce que Cicourel (Cicourel A, 2002) nomme la sollicitation. Face à une question, le répondant doit très rapidement rassembler ses souvenirs pour y répondre. Or, ces souvenirs ne sont pas organisés à la manière des questions de recherches ou du guide d'entretien. Dans notre cas, les chercheurs constatent la grande difficulté des professionnels à rester focalisés sur les cas de grossesse à bas risques¹⁷.

8.6. LES INDICATEURS D'ÉVALUATION

L'évaluation repose sur la détection d'indices dans le discours des professionnels dont la présence témoigne des caractéristiques de la maternité. Il s'agit donc d'une manière « indirecte » de connaître les activités des maternités ou des professionnels, seule une observation participante permettrait d'obtenir des indices directs.

TROISIEME PARTIE :
LES PROFILS DES
MATERNITES

1. MATERNITES A BAS TAUX DE CESARIENNES

NB : les maternités sont présentées dans l'ordre de leur encodage dans la base de données.

1.1. MATERNITÉ 2

Facteurs liés à la perception du risque

Les professionnels de la maternité constatent une **forte pression du médico-légal** identifiée comme du **stress**. Dans l'hypothèse où un accouchement n'est pas un évènement que l'on maîtrise totalement, le **moindre soupçon de doute** peut justifier le choix du gynécologue de réaliser une césarienne. Cette pression justifie la réalisation de césarienne comme "carte de la prudence" face au doute. *Le médico-légal c'est-à-dire dès qu'il y a la suspicion d'un moindre petit problème qui pourrait arriver, pour ne pas le prendre, on césarise plutôt que d'entamer une voie basse.* Hors du contexte de prise de décision, les professionnels envisagent l'argument médico-légal comme **à double tranchant**. Une césarienne restant plus risquée qu'un accouchement par voie basse, si la césarienne connaît des complications, alors le gynécologue sera aussi tenu de se justifier face au médico-légal.

La pression médico-légale est identifiée à une **disqualification de l'obstétrique classique** (ventouse et forceps). La perception des risques durant l'accouchement est devenu une crainte quant à son bon déroulement et **aux conséquences possibles pour l'enfant**.

La pression ressentie quant au médico-légal **s'étend aux sages-femmes** qui, de plus en plus (voir facteurs sage-femme) sont impliquées ou se sentent impliquées dans le bon déroulement de l'accouchement. *Je suis aussi responsable que lui parce que lui n'aura pas eu la bonne info. En tout cas, moi dans ma tête c'est comme ça que je le vis et c'est vrai que dans le médico-légal on est moins souvent remise en question que le médecin.* Pour le chef des sages-femmes, la pression médico-légale **s'exerce sur l'organisation du travail** et de l'accouchement. S'il ne se sent pas responsable de la décision concernant le mode d'accouchement, il se sent responsable d'un accident [sic] dû à **une surcharge de l'équipe**.

A contrario de la gestion du risque actuelle, les professionnels évoquent les pratiques qui avaient cours **il y a 15, 20 ans**. Ils attirent l'attention qu'à cette "époque", **l'état dans lequel le bébé sortait semblait moins importer** et que le pédiatre était plus souvent appelé pour des soins à un nouveau-né en détresse.

Les parents sont perçus comme des acteurs **qui planifient l'arrivée de l'enfant**. Cette planification est expliquée par les professionnels par une pression exercée par le milieu familial ou par le souhait des parents que l'accouchement se déroule endéans le terme présenté comme normal. Un professionnel parle de "**pression très intense**" et d'"**avoir été tanné**" tout au long de grossesse par une maman qui voulait absolument accoucher par césarienne

Facteurs liés à la perception de la grossesse

Le rapport à l'induction semble être uniquement dicté par des **raisons obstétricales**, c'est à dire si la patiente est à terme et si le col est favorable. **Si le col n'est pas favorable**, l'équipe dialogue avec la parturiente, mais sans céder à une demande d'induction. Il semble que si les conditions sont favorables, les professionnels **ne tiennent pas leur ligne de conduite avec autant de rigueur**; sans dire qu'ils cèdent systématiquement. *C'est quelqu'un qui est à 4, 5*

cm et à qui on donne un petit coup de pouce, c'est pas « madame, vous êtes à 38 semaines, ça vous arrange bien, moi aussi, on va déclencher aujourd'hui ».

"il n'y a pas de raison de se baser sur le poids pour faire une césarienne, aucune raison en plus il est inestimable, impossible d'estimer réellement et donc on fait une épreuve du travail donc le bébé, on se dit on verra bien ce que tu deviens." En matière de définition du bas risque, certains gynécologues témoignent de leur difficulté à distinguer le normal du pathologique à partir d'indices partiellement vrais.

L'accouchement **n'est pas** perçu comme **la propriété du gynécologue qui a suivi la maman**. Cette dernière est mise **en relation avec toute l'équipe** et est avertie très tôt qu'en cas d'indisponibilité un autre gynécologue pourrait l'accoucher.

Une **première césarienne** ne justifie pas un autre accouchement par césarienne.

Facteurs liés à l'organisation de la maternité

Le **gynécologue prend les décisions** pour les patientes dont il a la charge. Les gynécologues interviewés s'accordent sur l'intérêt de respecter des règles "bien précises" afin d'éviter les décisions prises au "pifomètre".

La **féménisation** de la profession de gynécologue conjuguée avec les obligations familiales est évoquée comme un facteur qui explique l'augmentation des inductions, surtout s'il s'agit d'une pratique libérale. *Elles sont toutes faites à 18h. A 18h, elle le sent ou ne le sent pas, il y a intérêt à 18h à ce qu'elle soit loin dans la dilatation.*

Les sages-femmes collaborent étroitement avec les gynécologues. Cette **collaboration étroite** est nécessaire puisque c'est la sage-femme qui suit le travail et son évolution. Cette collaboration fonctionne notamment grâce à la **confiance** que leur accordent les gynécologues. Les sages-femmes **se sentent impliquées** dans la décision de césarienne. Elles peuvent, après discussion avec le gynécologue, essayer de mettre en place des stratégies pour faciliter le travail. Parfois, elles peuvent impliquer un deuxième gynécologue dans la prise de décision si elles estiment qu'il y a des raisons d'encore espérer une voie basse. Cette possibilité de discuter autour d'une décision n'est pas systématique. Les sages-femmes la pratiquent **lorsqu'il n'y a pas d'urgence**. Les discussions ne visent pas nécessairement la décision, mais aussi souvent le processus, le fonctionnement de l'équipe

Certaines mamans arrivent à la maternité **extrêmement angoissées**. Or, cette angoisse doit être gérée par l'équipe, parfois avec l'aide d'un psychologue. Une maman angoissée par un accouchement par voie basse exerce une pression pour être accouchée par césarienne.

Le **chef de service** est perçu comme **le moteur du changement** qui a su profiter du renouvellement des praticiens pour institutionnaliser un autre projet.

"On a intérêt à ce que l'équipe gagne globalement et ça permet aussi d'être tout le temps avec les accoucheuses, de les voir, on travaille avec elles, c'est du vrai partenariat."

Selon certains professionnels, **l'introduction du STAN** a permis de limiter les "attitudes romantiques", c'est à dire les accouchements par voie basse sur une intuition. L'utilité du STAN n'est pas partagée par l'ensemble des professionnels. Pour ces derniers, la qualité des informations du STAN n'est pas nécessairement **supérieure à celle des monitorings**.

Selon les sages-femmes, les péridurales sont plus légères et favorisent la participation active

de la parturiente. Afin de maintenir possible la participation de la parturiente, il s'agit **de composer entre analgésie et gestion de la douleur**.

Afin d'assurer une **bonne qualité de vie aux gynécologues**, et ainsi d'éviter les inductions de convenance; la maternité est organisée de manière communautaire bien que les gynécologues consultent en privé. Les gardes, les vacances, les urgences, les honoraires sont **répartis de manière équitable** suite à des réunions d'équipe. *Oui parce que c'est confortable pour nous, moi je ne voudrais pas revenir à la manière dont j'ai travaillé avant.*

Cette organisation palie trois constats. **La qualité de vie des gynécologues** a été identifiée comme un facteur favorisant la réalisation de césariennes. Il s'agissait, avant, pour le gynécologue de préserver sa vie sociale et familiale. En plus de la qualité de vie, **l'optimisation de l'organisation du travail** peut entrer en ligne de compte. Il s'agit pour le gynécologue d'optimiser sa journée et de limiter sa présence à l'hôpital à une journée. Enfin, la privatisation - dans le sens où le gynécologue privé est seul -et le souhait de personnaliser l'accouchement - c'est le gynécologue qui suit qui accouche - entraînent le gynécologue dans des rythmes infernaux. *Ça arrange à moitié tout le monde, c'est facile, sur RDV. Une césarienne que j'ai à 19h30, à 20h30 je suis en congé tranquillement.*

L'équipe dispose d'un référentiel "la Bible" qui reprend les normes à respecter par les gynécologues, les sages-femmes et les pédiatres. Ce référentiel est établi par consensus.

Synthèse/discussion

L'organisation de la maternité est centrée sur un travail en équipe. Lors de la grossesse, la future maman est mise en relation avec l'ensemble de l'équipe, cela afin de limiter l'existence d'un lien privilégié avec un gynécologue. Les gynécologues partagent leurs honoraires, et investissent du temps dans la régulation de l'équipe, principalement en matière de congé, tour de garde. L'idée promue est de préserver la qualité des soins en préservant la qualité de vie des gynécologues et en luttant contre une "commercialisation" des accouchements.

Les gynécologues travaillent en collaboration étroite avec les sages-femmes. Ces dernières respectent les avis des gynécologues. Réciproquement, ces derniers tiennent compte de l'avis des sages-femmes. Par ailleurs, des formations conjointes sont organisées mêlant gynécologues et sages-femmes.

Les professionnels perçoivent une pression exercée par les parents qu'il s'agisse d'exigence ou de stress. Cependant, l'organisation de cette équipe lui permet de gérer cette pression. L'explication de ce phénomène se trouve dans la capacité de tous des professionnels à tenir le même discours cohérent aux futurs parents. Le même phénomène est observable quant à la pression médico-légale.

Les professionnels partagent un référentiel commun, mis à jour. Ce référentiel, conjointement à l'utilisation du STAN, semble être un élément qui permet de limiter les interventions "à l'intuition". L'ensemble de l'équipe paraît engagé en faveur d'un accouchement par voie basse sauf contre indication médicale. Les inductions par convenance -des gynécologues ou des parents - ne sont pas acceptées. Un des principes d'action est de favoriser le travail actif de la maman. Cependant, dans le cas de certains "col limite", la nature peut être un peu encouragée.

L'organisation et la culture de travail ont été rendues possibles par l'action du chef de service. Ce dernier a su profiter du renouvellement des cadres de l'équipe pour instituer une nouvelle dynamique en s'appuyant sur son équipe de gynécologues et de sages-femmes. Le mot d'ordre est le partage : des savoirs, des expériences, des congés, des honoraires, des formations, des spécialisations, ...

1.2. MATERNITÉ 3

Facteurs liés à la perception du risque

Certains gynécologues optent pour le respect de la physiologie, mais sans que cela ne comporte trop de risques. Il s'agit pour eux de **trancher entre ce qui relève du normal et ce qui n'en relève pas**, parfois en prenant un second avis. Les limites entre l'eutocie et la dystocie ne semblent pas uniquement fondées sur la théorie. Une part de ces limites tient aux **compétences du gynécologue**, s'il se sent ou non capable de réaliser un acte qui lui paraît compliqué.

Le **médico-légal** est **de plus en plus lourd**. Le médico-légal est présenté comme une des **premières raisons** qui justifient le taux de césariennes. La césarienne devient une protection contre les risques et les poursuites. Le phénomène de protection interviendrait de manière accrue dans le cas où subitement le **monitoring devient mauvais** et où l'accouchement devrait être effectué par des **manœuvres instrumentales**. La césarienne est perçue, par certains médecins, comme **une diminution du risque** de l'accouchement.

Le risque dépend aussi de la **pression imprimée par les attentes des parents**. Lorsque les parents exigent une césarienne, le gynécologue peut se sentir **obligé d'accéder à la demande**. En effet, dans le cas contraire, tout accident lui serait imputé. Pour certains gynécologues, il existe **des patients à hauts risques médico-légaux**. Ces derniers seraient **repérables** lors des consultations par leur **attitude de contrôle** de la pratique du gynécologue. L'utilisation du STAN est perçue comme **un argument en cas de problèmes médico-légaux**. Selon les professionnels, les mamans ont une **représentation positive de la césarienne**. Elle serait **sans risque et sans douleur**. Les mamans connaissent très bien le terme normal d'une grossesse et elles peuvent **angoisser si ce terme est dépassé**.

Une orientation de l'action est présente chez les gynécologues interviewés : le principal souci semble de **protéger le bébé**.

Facteurs liés à la perception de la grossesse

Tous les gynécologues ne respectent pas les normes établies. *C'est comme ceux qui après une 1^{ère} césarienne, font d'office une césarienne, il y en a d'autres en fonction de la décision de la première césarienne, qui feront quand même une voie basse*. Parmi les gynécologues qui ne respectent pas ces normes, certains **inventent des raisons médicales qui n'en sont pas**. Ces médecins sont **appelés "césarisant"**.

La **formation actuelle** des gynécologues tendrait à uniformiser leurs réflexes professionnels, et dans le cas de siège, à n'employer que la césarienne. Les **"dernières engagées"** sont citées comme ayant la **césarienne facile**.

Un protocole a été instauré qui prend en compte le score de Bishop. Cependant, il semble que la maturité du col ne soit **pas systématiquement respectée**. Les critères utilisés sont ceux produits par le GGOLF, mais d'après les professionnels, ces critères ne sont pas mis par écrit et sont **continuellement discutés lors de conférences**. Selon un gynécologue il n'y aurait **aucune indication officielle** qui favoriserait l'accouchement par césarienne pour une maman ayant déjà accouché par césarienne.

Le **monitoring** n'est pas perçu comme un outil suffisamment sensible et spécifique. **Le STAN** bien qu'introduit dans le service ne récolte **pas l'adhésion** des professionnels par **faute de formation**. Le peu d'adhésion au STAN s'explique parce que l'équipe a une forte expérience, et que par le passé, la plupart **des décisions à l'intuition ont laissé un bon souvenir**. Ce d'autant que, pour les gynécologues, chaque grossesse est unique.

Le style de vie de la maman (consommation du tabac) peut favoriser la décision de réaliser une césarienne à cause des risques anticipés pour le bébé, qui ne serait éventuellement pas assez fort pour supporter un travail normal.

Facteurs a l'organisation de la maternite

Le gynécologue est le **responsable de la décision**, même s'il peut tenir compte de l'avis des sages-femmes. Les mamans ont fréquemment un **lien privilégié** avec leur gynécologue. Souvent, elles exigent d'être accouchées par ce dernier Les gynécologues **en fin de carrière** sont perçus comme étant **moins ouverts à la discussion**. Les gynécologues de cette maternité ne semblent **pas avoir de pratique uniformisée**. La maternité n'a **pas une politique formalisée** dont l'objectif serait de diminuer le taux de césarienne. Cela, le chef service l'explique par le fait de travailler avec **des gynécologues indépendants**. Cela limite les possibilités de contrôle du travail. *Ici forcément chaque médecin est responsable de ce qu'il fait, est responsable de sa patientèle.* Tous les gynécologues ne rentrent pas dans ce nouveau cadre qui s'implante dans la maternité.

La gestion du temps de travail intervient dans la décision de césarienne. Il s'agit d'optimiser le temps. En plus de la gestion du travail, **la préservation d'une qualité de vie entre en jeu**. *C'est vraiment purement organisation personnelle. La nuit c'est fait pour dormir, donc on ne revient pas la nuit pour une dame qui est là depuis 6 heures et demi du matin et donc le soir ça doit être fini.* Les gynécologues tiennent à la **privatisation qui garantit la relation et la qualité des soins**. Que se passe-t-il si la patiente est accouchée par un gynécologue qui ne la connaît pas du tout ? *Ce serait le gynécologue du jour. Un peu comme vous allez au restaurant vous avez le plat du jour, mais si vous aviez envie de manger une sole et qu'on vous fourgue un poulet rôti, ça peut être très bien mais c'est pas la même chose.*

Les sages-femmes, à partir des documents de référence, peuvent **refuser d'inscrire une césarienne ou une induction dans le planning**. Dans ce cas, la sage-femme téléphone au gynécologue pour l'avertir. Pour la chef des sages-femmes, il s'agit d'une **attitude de service**. Par ailleurs, la sage-femme qui prend cette décision sera **soutenue par le chef de service** de l'obstétrique. Les sages-femmes accompagnent la grossesse selon un protocole, mais elles ne prennent pas directement de décisions concernant les césariennes. Cependant, les sages-femmes ont **une part, même limitée, dans la décision**. Cette part de décision tient dans la possibilité de **donner leur avis**. *Bien sûr on tient compte de leur avis je veux dire, mais elles ne vont pas s'avancer du tout dans la démarche décisionnelle.* La participation de la sage-femme à la décision dépend de sa perception de la validité des arguments médicaux avancés par le gynécologue et de la réputation de ce dernier (est-il collaborant ?). Selon les

gynécologues, **l'expérience et les compétences** individuelles des sages-femmes influencent la qualité des **informations qu'elles communiquent**. Pour bien comprendre le propos d'une sage-femme, le gynécologue doit **connaître le style de communication** de cette dernière (synthétique, paniquée, ...).

Si, d'une manière générale, les sages-femmes **temporisent** et tentent tout pour que l'accouchement se passe par voie basse, leur **implication demeure ambiguë**. Elles peuvent tout à fait à **suggérer une césarienne** si elles la jugent nécessaire. *Oui, je crois qu'il faut aussi savoir qu'en général c'est la sage-femme qui suit la patiente en travail et quand elle se trouve en situation difficile, elle appelle le gynécologue et donc souvent quand elle l'appelle en difficulté c'est parce que elle sent elle-même qu'on va devoir prendre une décision. Par contre, dans les situations où c'est un travail qui n'avance pas et où le gynéco s'impatiente parfois un peu parce que ça n'avance pas suffisamment, c'est vrai qu'il arrive que l'accoucheuse temporise en disant, on va peut-être essayer d'abord d'arrêter le synton pendant quelque temps pour redémarrer, de faire bouger la patiente, de positionner la patiente autrement. Puis le gynéco accepte ou refuse. Je crois que, en général, ils sont plutôt compliants.*

Les séances d'information avec les futures mamans sont des occasions d'expliquer les raisons pour lesquelles le gynécologue "ne déclenche pas" l'accouchement. Par exemple l'importance pour l'enfant que la grossesse dure 40 semaines. La prise en charge d'une **maman anxieuse par l'équipe** permet une meilleure gestion de la pression. La prise en charge de la grossesse et de l'accouchement par **une équipe est rassurante** pour les parents. Ils savent que chaque **décision est le fruit d'une discussion** entre plusieurs spécialistes. Les demandes des mamans (induction, césarienne) sont à replacer dans un contexte : le stress, la douleur, le ras le bol de porter l'enfant, la fatigue. Les parents peuvent être perçus comme **exigeants**, mais le mot d'ordre est ne de **pas céder** à leur demande s'il n'y a pas de **raison obstétricale**. Ainsi, la demande d'une maman qui en a marre avec sa grossesse n'est pas recevable. Malgré la cohésion de l'équipe, il arrive que la **gestion du stress induit par les parents ne "soit pas possible** (cas de travail très long) et que la décision de pratiquer la césarienne vise à **soulager la charge mentale de l'équipe**.

La politique de la maternité est soutenue **par un travail de conscientisation** lors des réunions de service qui ont lieu chaque semaine. Ce travail de conscientisation semble conduit par les sages-femmes et milite pour un respect de **l'accouchement physiologique**. Au sein de la maternité, les professionnels perçoivent les **tentatives d'uniformiser** les pratiques et la permanence des différences de pratique. Le **chef de service assure un rôle de référent** (son GSM est toujours allumé). Cependant, à l'heure actuelle, le chef de service ne se sent **pas encore suffisamment reconnu** par les gynécologues pour pouvoir influencer sur une décision de césarienne s'il la juge prématurée. Une des actions du chef de service a été de proposer un protocole pour les inductions. Les professionnels **perçoivent des changements** quant à la pratique de **l'induction de convenance** depuis que l'hôpital a reçu le label "**ami des bébés**". Avant, il était courant que les gynécologues pratiquent des déclenchements de convenance à 37-38 semaines. De nouveaux protocoles sont en place qui interdisent le déclenchement **avant 39 semaines**. *Et je vais dire qu'au niveau statistique, au niveau induction, on est en baisse et on est en chute par rapport aux inductions de convenance. Notre taux d'induction de convenance diminue.* Les professionnels travaillent avec **des documents**, présentés comme **un peu vieux** (5 ou 6 ans). Ces documents précisent notamment qu'il ne peut y avoir d'induction de convenance avant 39 semaines.

Les professionnels se réunissent toutes les semaines pour **un staff** où sont discutées certaines situations critiques. Tous les professionnels ne sont **pas présents à ces réunions**. D'une manière générale, les staffs sont des occasions de **dialogues ouverts** entre les professionnels. Ces réunions permettent aux gynécologues de **soumettre leur décision** de césarienne aux autres professionnels. Enfin, ces réunions permettent de revenir sur la **gestion de situations passées** afin qu'au futur, les erreurs ne se répètent pas.

Une équipe fixe de la salle d'accouchement est perçue comme un facteur favorable. La gestion des ressources humaines vise explicitement à **conserver les emplois** sur le long terme et à éviter trop de *turn over*. *Les gynécologues connaissent très bien les sages-femmes et les sages-femmes connaissent très bien les gynécos, ça fait notre force en fait*. La présence d'un **gynécologue sur place** peut être déterminante, surtout lorsqu'il s'agit d'interpréter un monitoring. Or, il n'y a pas systématiquement un gynécologue de référence ou un anesthésiste sur place, en particulier la nuit. Dans ce cas, les sages-femmes se sentent **livrées à elles-mêmes**. La chef des sages-femmes insiste pour que **la communication se passe au mieux**. C'est pourquoi elle incite les sages-femmes à demander aux gynécologues de revenir et vice versa.

Les professionnels disposent de statistiques concernant leurs pratiques, mais la disponibilité de ces statistiques est irrégulière car dépendante du service informatique.

Synthèse/discussion

Les pratiques des gynécologues ne sont **pas uniformes** dans cette maternité. Les normes établies par le chef de service ne sont **pas respectées**. Cela tient à la fois à la **légitimité du chef de service** et à **l'autonomie de certains gynécologues privés**.

Les **sages-femmes jouent un rôle crucial** dans l'admission des inductions et césariennes programmées. Elles sont encouragées à entrer en dialogue avec le gynécologue afin de vérifier si sa décision est médicalement fondée. Le revers de cette pratique est le développement chez certains gynécologues de **stratégies de contournement** par l'utilisation de **l'argument médical**.

Des réunions d'équipes sont mises en place, elles abordent les décisions de césariennes ou les situations difficiles. Elles ont pour objectifs d'instaurer **une culture favorable à l'accouchement physiologique**. Cependant, ces réunions ne semblent pas rassembler l'ensemble du personnel. Même si les professionnels reconnaissent les difficultés relatives à la **lecture des monitorings**, l'usage du STAN n'est pas encore institué

1.3. MATERNITÉ 6

Facteurs liés à la perception du risque

Les **jeunes gynécologues** ne semblent **plus savoir accoucher un siège par voie basse** par défaut de formation. Ce d'autant plus que **les manœuvres sont décriées** dans la littérature scientifique et dans les colloques (« faire un forceps équivaut à être un meurtrier pour le pelvis maternel »). Le choix de réaliser un accouchement par voie basse relève aussi de la capacité du gynécologue à **accepter un inconfort dû à l'incertitude**. *C'est une rigueur et le matin quand vous vous rasez vous vous rasez, bien et malgré cette rigueur là, on a beaucoup de stress.*

Les interactions entre les guidelines et le médico-légal sont décrites comme **un cercle vicieux**. Les guidelines sont très clairs, mais **leur respect entrainerait une augmentation des césariennes**. Ce constat est particulièrement souligné par les professionnels qui ont une longue expérience. Le médico-légal **réduit** de plus en plus **la liberté de manœuvre** des gynécologues, par exemple les hémorragies crâniennes causées par les ventouses. Les **manœuvres**, outre le fait que de moins en moins de gynécologues les pratiquent, sont **délétères** ou documentées comme telle. Notamment, il s'agit de **préservation du périnée**.

Le risque est envisagé dans **une balance entre une césarienne rapide à l'issue de laquelle le bébé va bien et un accouchement difficile où ni la maman et le bébé ne vont bien**. *Je pense que toutes les césariennes majoritairement sont des césariennes justifiées pour ne pas prendre de risques inutiles*. Le risque médico-légal est sous le **contrôle d'autres médecins qui ne défendront pas** des erreurs dues à un non respect des guidelines.

Il semble "bien connu" qu'il y a **plus de procès pour une césarienne non faite que pour une césarienne abusive**. *Il ne faut pas se lancer dans un forceps, il vaut mieux courir vers la césarienne*. La perception de la pression médico-légale **s'étend aux sages-femmes** qui se sentent aussi impliqués en cas de procès.

Les parents sont envisagés avec **leurs exigences et le risque de complication médico-légale** qu'elles comportent. C'est pourquoi une demande d'accouchement par voie basse d'un siège peu être acceptée par le gynécologue **s'il n'y voit pas de risque**. A l'inverse, si d'emblée dans le même cas de figure la maman demande un accouchement par césarienne (avec le même niveau de risque), le gynécologue **ne prendra aucun risque médico-légal et optera pour une césarienne**. Les parents **ne reconnaissent plus la position d'autorité du gynécologue** dans le cadre de la naissance. Les mamans ont des exigences quand aux modalités de leur accouchement, un gynécologue parle de parents qui **font le forcing**. Les plaintes des parents sont rapprochées de la **tendance américaine** qui consiste à profiter des « erreurs médicales » pour recevoir de l'argent.

Facteurs liés a la perception de la grossesse

Les **inductions** devraient être limitées à un terme de **39 semaines** avec un score de **Bishop favorable**. Il semblerait que les indications du score de **Bishop ne soient pas suffisamment respectées**. *Moi j'essaie d'être raisonnable, je fais parfois des inductions sur des cols défavorables mais j'arrête, je ne vais pas au finish, je fais 2 ou 3 fois et puis j'arrête*.

Les professionnels **sont partagés quand à la question d'un accouchement physiologique** qui attend que l'enfant soit prêt. L'un d'eux anticipe l'apparition de **pathologies engendrées par les césariennes** comme des déchirures utérines. Ce même gynécologue envisage la césarienne comme étant plus risquée qu'un accouchement par voie basse.

Les gynécologues semblent **plus axés sur la clinique**, notamment par une confiance dans l'avis de la sage-femme ou l'avis d'un collègue.

Les indications du STAN ne sont pas absolues, leur valeur dépend des **compétences** et de **l'expérience** du professionnel à les utiliser. Les normes, e.g. le score de Bishop, ne semblent pas partagées au sein de l'équipe. Cette différence est notamment remarquable entre les gynécologues "césarisant" et l'équipe de sages-femmes. Le **STAN n'est pas toujours perçu comme fiable**, un gynécologue affirme avoir eu *deux, trois, blagues avec le STAN*.

En matière de pratique, l'une d'elle émet cette **remarque** : *qu'on n'utilise pas les prostaglandines pour faire mûrir le col pour une induction... les 3 milligrammes je trouve vraiment que c'est une crasse. Il faudrait garder ça pour les indications médicales.*

Facteurs liés à l'organisation de la maternité

La prise d'une décision de césarienne c'est quelque chose de multifactoriel en dehors des indications claires actuelles qui font partie des guidelines. Le gynécologue considère **l'obstétrique comme un art**. A l'heure actuelle, il ne pense pas qu'il soit possible de rédiger un protocole valable pour toutes les situations. Seules quelques **indications semblent évidentes**, en particulier le terme et la maturité du col. En respect de l'art et en conséquence de la relativité des guidelines, certains appliquent "**leur propre règle**". Par exemple, prendre en compte le fait que l'on se soit trompé d'une semaine sur le début de la grossesse.

Les gynécologues et les sages-femmes reconnaissent qu'il y a trop d'induction de convenance dans cette maternité, même si actuellement cette pratique semble diminuer. Il semble y avoir **des gynécologues très portés sur la césarienne** qui peuvent aller jusqu'à corriger le terme de la grossesse afin de **transformer leur jugement en indication médicale**. *Il vaut mieux trouver une indication médicale semi bidon pour se donner bonne conscience.* Les inductions sont liées à une optimisation de **l'organisation des tâches du gynécologue**, en fonction par exemple de **sa présence ou non sur place**; en fonction de **ses vacances** ou, par sécurité, fonction de la disponibilité de l'encadrement pluridisciplinaire (plus facilement mobilisable en journée). Tous les gynécologues de cette maternité ne partagent pas cette manière de travailler, certains font passer **l'accouchement physiologique avant leur confort personnel**.

On met quand même un peu notre droit de veto dans l'histoire et on leur dit « Ecoutez, on n'attendrait pas un peu », soit ils se justifient en trouvant une raison médicale un peu discutable, mais ça peut aussi arriver qu'ils disent « Oui, ça va, on va peut-être postposer », la femme n'étant pas nécessairement très chaude pour le faire, on met ça dans la balance en disant « Ecoutez votre patiente préférerait aussi attendre ». Dans ce cas-là ils n'insistent pas En cas de litige avec un gynécologue sur une indication de césarienne, les sages-femmes **impliquent l'avis d'un deuxième gynécologue** pour tenter d'infléchir cette indication. Cependant, le gynécologue responsable de sa patiente n'est pas obligé de changer d'avis.

Les sages-femmes auraient **leurs gynécologues de préférence**, c'est à dire des gynécologues avec lesquels elles aiment mieux travailler. Les sages-femmes **orientent leur discours quand elles communiquent avec les gynécologues**. L'orientation du discours, donc comment elles racontent le déroulement du travail, va dépendre du gynécologue. Cependant, il ne s'agit pas pour elles de prendre les mamans en otages ou de les insécuriser en remettant en cause le gynécologue devant elles. Elles discutent avec les gynécologues, avec **parfois des frictions**, mais il ne semble pas que ces frictions mettent en péril les collaborations ultérieures. Un gynécologue sera plus enclin à suivre l'avis, par exemple une demande de "revenir à la maternité", s'il estime la sage-femme de confiance

Les mamans demandent des **inductions de convenance dès le 37^e semaine**. Ces demandes là sont **refusées**. Il n'est pas évident que des demandes d'induction à la 38^e semaine le soit. Les raisons évoquées sont fréquemment des raisons d'**organisation familiale**, de présence ou non d'un mari éloigné du domicile par son métier. Les gynécologues s'accordent **qu'il ne faut pas céder au chantage consumériste** : si je n'ai pas ma césarienne, j'irai voir ailleurs. La

décision de césarienne, face à une maman exigeante, doit être **négociée avec cette dernière**. C'est à dire que le gynécologue peut tenter de faire changer l'avis de la future maman par la discussion.

Le **stress induit par les parents** est une contrainte à gérer. Ce stress ne se limite pas à la maman, les autres **membres de la famille** (le papa) y participent. Ce **stress est moindre si les parents sont psychologiquement préparés à la naissance**. Il y a un intérêt à communiquer aux parents qu'en cas d'indisponibilité de leur gynécologue le jour de l'accouchement, un gynécologue de garde prendra la suite.

Il semble qu'au sein de cette maternité, *on fonctionne [...] sur le principe d'induction, donc on provoque les accouchements*. Le mot d'ordre de la maternité serait de **ne pas tenter des actes qui dépassent ses compétences** ou sa force (gynécologues atteint par la maladie, stress).

Les professionnels ne perçoivent **pas l'existence d'une politique** mise en place par la maternité pour limiter le taux de césarienne. Il semble exister des procédures, des manières de faire qui sont communes à l'ensemble des sages-femmes. Ces **procédures sont principalement acquises par l'expérience** de travail au sein de l'équipe. Au sein de cette maternité, on apprend en parlant et en analysant ses erreurs. Il semblerait que **des recommandations** aient circulé au sein de la maternité, mais il semble qu'**un travail d'actualisation** soit en cours.

Le travail d'équipe est perçu comme quelque chose de **fondamental**. Selon les sages-femmes, il s'agit même **d'une petite famille** au sein de laquelle, dans l'intérêt de la qualité du service, les bonnes relations doivent être maintenues. Les gynécologues de cette maternité entretiennent **des "groupes d'amis" ou des spécialistes de référence** avec lesquels ils peuvent échanger sur leurs doutes. *Un groupe d'amis, de personnes que j'estime au niveau médical et au niveau humain et en cas de nécessité, on se remplace les uns les autres avec toute confiance*. Les jeunes assistants sont co-formés par les sages-femmes auprès desquelles ils apprennent à surveiller le travail. Les sages-femmes nouvellement engagées sont suivies régulièrement afin des les aider à construire leur **identité professionnelle** et leur capacité à **gérer les situations difficiles**.

Un anesthésiste et un pédiatre sont toujours présents, disponibles sur place. La garde est toujours assurée, et les gynécologues ont suffisamment confiance dans leurs collègues pour leur déléguer un accouchement en cas d'indisponibilité. La présence, pour les sages-femmes, d'un collègue expérimenté est rassurante. Toutefois, les situations de sous effectifs sont stressantes. Les pauses de sages-femmes sont organisées de manière à préserver leur vigilance et la qualité des soins.

Synthèse/discussion

Dans cette maternité, les pratiques des gynécologues sont assez diversifiées et individualisées. Cette diversité s'explique par la formation des gynécologues, par leur éthique personnelle et leur perception de l'obstétrique comme un art relevant d'un jugement clinique. La diversité témoigne d'un inconfort des gynécologues qui doivent situer leurs pratiques entre deux morales : celle du risque médico-légal et celle de la bonne pratique.

La diversité des pratiques s'exprime dans un cadre assez vague posé par la maternité. Il n'y a

pas de référentiel identifié par les professionnels, il n'y pas de contrôle exercé sur les pratiques des gynécologues sauf en matière de prise de risque, puisqu'il leur est conseillé d'accoucher selon les techniques qu'ils maîtrisent le mieux. La politique de la maternité n'est pas formalisée, mais elle existe explicitement à travers le rôle joué par les sages-femmes, celle-ci pouvant essayer d'infléchir une décision de césarienne quitte à y impliquer un deuxième gynécologue. Au sein de cette maternité, il semble exister des gynécologues « césarisants », qui confrontés à la résistance des sages-femmes, jouent sur les indications médicales pour justifier leurs choix.

Les professionnels travaillent en petits groupes de connivence fondés sur une reconnaissance mutuelle des compétences.

L'utilisation du STAN n'est pas répandue, faute de formation à son utilisation ou à cause d'une mauvaise expérience de son utilisation.

1.4. MATERNITÉ 7

Factoren m.b.t. risicoperceptie

Alle geïnterviewde zorgverleners in dit ziekenhuis geven aan er sprake is van een duidelijk beleid/filosofie, men probeert namelijk de bevallingen zo natuurlijk mogelijk te laten verlopen. Met andere woorden men streeft ernaar zo weinig mogelijk te interveniëren en alsook zo weinig mogelijk keizersneden te doen. Beide beroepsgroepen, nl. de gynaecologen en de vroedvrouwen lijken door dit beleid vrij eensgezind op één lijn te staan. Dit ziekenhuis heeft het Baby-Friendly-Hospital label en werkt dus volgens deze voorwaarden. Een illustratie hiervan is het uitvoeren van skin-to-skin tijdens de keizersnede. Vanaf de baby geboren is, wordt deze (indien medisch mogelijk) onmiddellijk op de borst van de moeder gelegd gedurende de operatie. Verschillende zorgverleners vertellen dat de ervaringen met deze techniek erg positief zijn. Er wordt aangegeven dat door het contact tussen moeder en kind de uterus beter samentrekt en dat er vlotter kan doorgewerkt worden omdat de vrouw met haar kind bezig is.

De medico-legale druk wordt ook in dit ziekenhuis duidelijk gerapporteerd, maar tegelijk wordt er verteld dat defensieve verloskunde (d.w.z. een keizersnede doen om zichzelf medico-legaal juridisch in te dekken) niet binnen hun beleid past. De politiek in de verloskamer 'dwingt/stimuleert' de zorgverleners om een beleid 'pro-natuur' te voeren en spontaan verloop te verkiezen boven de interventie. De respondenten lijken een groot vertrouwen te hebben in de mogelijkheden van de vrouw om spontaan vaginaal te bevallen, de angst voor het medico-legale lijkt hierdoor minder groot. De zorgverleners hebben een duidelijke overtuiging dat ze aan goede verloskunde doen en brengen dit ook over op hun patiënten. Ze zien het als hun taak om onzekere toekomstige ouders het vertrouwen te geven in de fysiologie van de bevalling. Er wordt bovendien regelmatig aangehaald dat het ziekenhuis door dit beleid of deze overtuiging een specifiek publiek aantrekken. Door de reputatie van het ziekenhuis komen veelal vrouwen bevallen die bewust voor een 'natuurlijke bevalling' kiezen. Ondanks het vrij uniforme beleid, geven de vroedvrouwen aan dat er toch sterke individuele verschillen zijn tussen de artsen onderling. De ene arts is angstiger/onzekerder dan de andere en zal ook sneller dan de andere overgaan tot een keizersnede en/of meer interveniëren.

De druk van de patiënten is ook een factor die duidelijk in de interviews van dit ziekenhuisnaar voor kwam. Men ervaart dat de toekomstige ouders verwachten dat een bevalling perfect verloopt en ze zijn in dat opzicht veeleisend geworden zijn. De respondenten hebben de indruk dat de patiënten mondiger zijn geworden, maar linken dat eerder aan het publiek die ze aantrekken. De druk die ze ervaren van de patiënten hangt sterk samen met de medico-legale druk, aangezien de artsen ervan overtuigd zijn dat wanneer er iets mis loopt tijdens de bevalling zij hiervoor beschuldigd zullen worden.

Factoren m.b.t. de zwangerschap

Passend binnen het beleid van het ziekenhuis, zijn alle zorgverleners een duidelijke voorstander van een vaginale bevalling en een spontaan verloop.

De foetus wordt in arbeid wordt niet continu gemonitord, er wordt intermitterend naar de harttonen geluisterd. Het niet continu beluisteren van de harttonen wordt als een verklaring gegeven voor het minder snel onnodig overgaan tot een keizersnede. Men (de ouders en de zorgverleners) ziet het tracé niet continu en zal dus minder snel panikeren i.g.v. vb. beperkte variabiliteit.

Er wordt in dit ziekenhuis zo weinig mogelijk geïnduceerd, maar het gebeurt soms wel om organisatorische redenen zowel m.b.t. de patiënt als m.b.t. de arts. Bepaalde artsen werken met ricinusolie en er wordt aan de vrouwen geadviseerd zo lang mogelijk af te wachten. Er wordt uitgelegd dat induceren zonder medische reden de kans op een slepende arbeid vergroot. De principes van de Bishop-score spelen bij alle zorgverleners een belangrijke rol. Er wordt niet geïnduceerd als de verloskundige situatie ongunstig is.

Bepaalde (oudere) gynaecologen in dit ziekenhuis doen nog stuitbevallingen, soms worden vrouwen hiervoor naar deze collega's verwezen. Een stuitligging betekent in dit ziekenhuis niet persé een keizersnede.

Er wordt ook zelden primaire keizersneden gepland, er wordt meestal de (proef)arbeid afgewacht al dan niet in combinatie met een pelvimetrie.

Factoren m.b.t. organisatie van het ziekenhuis

Net zoals in alle andere deelnemende ziekenhuizen zijn het de artsen die autonoom de beslissing tot keizersnede nemen, maar de vroedvrouwen spelen in dit ziekenhuis een prominente rol. Er is geen leidinggevende arts die het voortouw in neemt, ook niet het diensthoofd. Dit wordt zowel door de gynaecologen als door de vroedvrouwen op een dergelijke manier verwoord. Vooral de hoofdvroedvrouw speelt een rol m.b.t. het monitoren van het percentage keizersneden. Zij houdt de statistieken bij en beschouwt het als haar taak om de artsen hiermee te confronteren. Deze controlerende rol wordt niet moeiteloos aanvaard door de artsen, sommige artsen beschouwen zichzelf als diegene die de verantwoordelijkheid dragen en dulden weinig tegenspraak van de vroedvrouwen. Er wordt aangegeven dat de vroedvrouwen veel 'haar op hun tanden' hebben en dat ze beslissingen van de artsen in vraag durven stellen. De artsen geven aan dat de vroedvrouwen hun beslissingsproces beïnvloeden en hun ertoe aanzetten om een zo natuurlijk mogelijk verloop af te wachten. Bovendien doen de vroedvrouwen minimum één autonome prenatale consultatie en krijgen ze de kans om heel wat informatie te geven aan de toekomstige ouders en het 'pro-natuur' beleid van het ziekenhuis over te brengen.

De manier van beslissen is dezelfde als in de andere ziekenhuizen. De vroedvrouwen volgen de arbeid op en brieven (afhankelijke van het individuele beleid van de arts) de gynaecoloog op regelmatige tijdstippen. Ze geven de verloskundige gegevens meestal telefonisch door en beïnvloeden impliciet en expliciet de beslissing van de arts. Bepaalde

individuele artsen geven aan gevoeliger te zijn dan anderen voor de druk vanuit de vroedvrouwen. Over het algemeen zullen de vroedvrouwen een afwachtende houding aannemen en volgen ze de arbeid autonoom op. Vanaf het ogenblik dat de arbeid niet meer fysiologisch verloopt zal de gynaecoloog ingeschakeld worden en is er een duidelijke wisselwerking tussen de arts en de vroedvrouw die de arbeid volgt.

De beslissing om tot een keizersnede over te gaan is ook in dit ziekenhuis een individuele beslissing van de arts., maar er is wel duidelijk sprake van een wisselwerking met de vroedvrouwen. Er wordt niet systematisch overlegd tussen de artsen onderling, maar in geval van twijfel wordt er een collega geconsulteerd (overdag als deze beschikbaar is). In geval van een stuitbevalling of een externe kering zullen bepaalde collega's die dit wel nog doen, geconsulteerd worden en zal er besloten worden om al dan niet samen de bevalling te doen.

De gynaecologe die diensthoofd is, speelt achter de schermen een rol m.b.t. de opvolging van de indicaties voor de keizersnede. Ze bekijkt de indicaties voor alle keizersnede die er gebeuren en volgt dit nauwgezet op. De keizersneden en de indicaties werden ook enkele keren (niet systematisch) tijdens een intervisievergadering binnen het multidisciplinaire team besproken.

1.5. MATERNITÉ 9

Factoren m.b.t. risicoperceptie

De medico-legale druk wordt in dit ziekenhuis door verschillende respondenten aangegeven als belangrijkste motivatie om een keizersnede uit te voeren en wordt bestempeld als een evolutie van de laatste jaren. Het wordt verschillende keren in verband gebracht met de opleiding van de jonge artsen. De angst voor het medico-legale zou tijdens de opleiding meegegeven worden en een duidelijke invloed hebben op de praktijk van de jongere artsen. De jonge generatie artsen beschouwen een keizersnede niet (meer) als een invasieve procedure en gaan daarom gemakkelijker een keizersnede verrichten om zichzelf veilig te stellen, om inschattingsfouten vermijden. Het gebrek aan verloskundige ervaring wordt eveneens als verklarende factor naar voor gebracht.

Sommige artsen vertellen dat de angst om in een gerechtelijke procedure betrokken te geraken, een grote motivatie is om tijdens een normale arbeid sneller over te gaan tot secundaire keizersnede. Een keizersnede wordt niet enkel als een curatieve methode gebruikt in geval van complicaties. Bepaalde respondenten rapporteren dat er primaire keizersneden gebeuren als preventieve methode, d.w.z. om te vermijden dat er problemen zouden ontstaan tijdens de arbeid vb. in geval het kind groot ingeschat wordt.

Het feit dat de foetale harttonen op papier staan en mogelijks door de rechter als hypoxie geïnterpreteerd wordt, is eveneens een belangrijke motivatie om sneller in te grijpen en een keizersnede te doen.

De druk van de patiënten is een factor die ook in dit ziekenhuis ervaren wordt, maar in tegenstelling tot de andere ziekenhuizen, lijkt het geen grote impact te hebben op de beleving van de respondenten. Sommige zorgverleners vertellen dat ze de indruk hebben dat een beperkt aantal vrouwen denken dat een keizersnede veiliger is en minder risico's met zich meebrengt. De invloed van de vrienden/familie en wat ze op tv zien, wordt hier als verklaring voor gegeven. Slechts een minderheid van de vrouwen zal volgens de respondenten in dit ziekenhuis om een keizersnede vragen zonder medische indicatie. Over het algemeen zijn de respondenten het erover eens dat ze geen keizersneden zonder

medische indicatie uitvoeren. Psychologische redenen zoals vb. een traumatische verloskundige voorgeschiedenis, vaginisme en panische angst voor de bevalling zijn wel duidelijke argumenten om toch een keizersnede ‘op vraag’ in overweging te nemen.

Enkele respondenten rapporteren dat een keizersnede uitvoeren iets is wat ‘gemakkelijker’ en planbaar is. Als de bevalling niet goed vordert en vb. de inductie niet verloopt zoals gepland, zal de stap naar een keizersnede sneller gezet worden. Er wordt volgens bepaalde respondenten niet lang genoeg afgewacht omdat het beter in de werkplanning van de arts past en omdat de patiënten eveneens het geduld niet meer hebben om af te wachten. Volgens enkele respondenten zijn het niet zo zeer de parturiënten die minder geduld lijken te hebben, maar speelt vooral de druk vanuit de omgeving mee die vindt dat de baby er op een bepaald ogenblik moet zijn.

Factoren m.b.t. de zwangerschap

Alle respondenten verkiezen een vaginale bevalling boven een keizersnede.

Sommige respondenten in dit ziekenhuis verklaren het gestegen keizersnedenpercentage door de huidige strenge monitoring van de baby. Als de baby continu gemonitord wordt, zullen er sneller (vals positieve) alarmtekens opduiken waardoor iedereen gespannen en bang is. Hierdoor zal men ook sneller overgaan tot een keizersnede, maar hoe snel er ingegrepen wordt verschilt sterk van arts tot arts. Er wordt wel gemeld dat dit sinds de invoering van de STAN®-monitor verbeterd is. Als een baby in dit ziekenhuis een suboptimaal CTG-tracé heeft, wordt de STAN®-monitor aangelegd. Deze nieuwe techniek zorgt ervoor dat de respondenten het gevoel hebben dat de conditie van de baby iets objectiever geëvalueerd kan worden en men ook langer kan afwachten om over te gaan tot een keizersnede.

Men ziet ook in dit ziekenhuis een duidelijke verband tussen het aantal inducties en het aantal keizersneden (hoe hoger het aantal inducties, hoe hoger het aantal keizersneden). Er wordt verteld dat er soms ingeleid wordt omwille van organisatorische redenen zowel m.b.t. de arts als m.b.t. de patiënt. Inleiden omwille van commoditeit bij gunstige obstetrische situaties, vormt volgens de respondenten geen probleem. Inleiden bij ongunstige obstetrische situaties zorgt voor ‘failed inductions’ en op hun beurt voor meer keizersneden. Hier wordt de druk van de patiënten opnieuw aangehaald. De arts zou de moed moeten hebben om patiënten terug naar huis te sturen wanneer een inductie niet aanslaat, maar dat blijkt niet evident te zijn aangezien de patiënt in vele gevallen de inductie mee bespoedigd heeft. De planbaarheid van de inductie (en dus de bevalling) is een belangrijke motivatie, zowel voor de arts als voor de patiënt en omgeving. ,

De Bishop-score is een instrument waarvan het belang erkent wordt, maar volgens de respondenten te weinig gebruikt wordt.

Factoren m.b.t. organisatie van het ziekenhuis

De beslissing om een keizersnede uit te voeren is een autonome beslissing van de individuele arts, maar er wordt verteld dat er redelijk veel overlegd wordt tussen de vroedvrouwen en de artsen. De vroedvrouwen volgen de parturiënten op en geven hun bevindingen door aan de behandelende arts. Vervolgens wordt er doorgaans in samenspraak beslist wat de volgende stappen zijn, maar de eindbeslissing ligt wel bij de gynaecoloog. Verschillende respondenten geven aan dat er een goede verstandhouding is tussen het team van de gynaecologen en het team van de vroedvrouwen. De vroedvrouwen rapporteren dat het niet evident is om als vroedvrouw in te gaan tegen de

beslissing van de gynaecoloog, maar vertellen wel impliciet de beslissing van de gynaecoloog te beïnvloeden. De gynaecoloog ervaart op zijn/haar beurt soms druk van de vroedvrouw om een keizersnede te doen. De gynaecoloog die diensthoofd is, speelt geen leidinggevende rol m.b.t. de beslissingen voor keizersneden.

Er wordt niet systematisch overlegd tussen de artsen onderling, in geval van twijfel wordt een collega geconsulteerd als deze in de buurt is. Beslissen in teamverband lijkt volgens de meeste respondenten moeilijk haalbaar en niet noodzakelijk, aangezien iedere arts die voor zichzelf dient te bepalen.

In het verleden werden er in dit ziekenhuis vergaderingen georganiseerd waar de casuïstiek van de keizersneden besproken werd. Deze vergaderingen zijn in de loop van de tijd verwaterd omdat men nog moeilijk een moment vond om waarop alle gynaecologen beschikbaar waren. Bepaalde respondenten wijten dit aan de vervrouwelijking van de artsenploeg waardoor deze minder beschikbaar zijn in het weekend. De meeste respondenten gaven aan dat ze het een spijtige zaak vinden dat deze vergaderingen verwateren. Volgens hen zou het, met oog op het aantal keizersneden, een goed idee zijn om deze besprekingen opnieuw te organiseren.

2. MATERNITES A TAUX MOYEN DE CESARIENNE

2.1. MATERNITÉ 11

Factoren m.b.t. risicoperceptie

De impact van de **medico-legale** druk is duidelijk aanwezig in dit ziekenhuis. Men geeft daarenboven aan dat deze factor vroeger minder aanwezig was. De patiënt (en zijn omgeving) is mondiger geworden en de respondenten hebben de indruk dat deze sneller naar de rechtbank stappen. Dit wordt door verschillende respondenten beschreven als een trend die overgewaaid is uit Amerika. De patiënten lijken niet meer in te calculeren dat er iets mis kan gaan tijdens de zwangerschap/bevalling, waardoor de artsen het misschien ‘té safe’ spelen en sneller een (primaire) keizersnede doen.

“Als ge hem op voorhand doet, die keizersnede, de mensen kunnen u nooit iets verwijten. Ge hebt alles gedaan voor die kleine.”

Er wordt gerapporteerd dat een bepaalde collega grif toegeeft dat zijn keizersnedenpercentage te hoog is omdat hij bang is voor complicaties en de eventueel hieruit volgende processen. Onder de gynaecologen leeft dat er nog nooit een gynaecoloog veroordeeld is omdat hij/zij teveel keizersneden gedaan heeft, maar wel omdat hij/zij er (één) te weinig heeft gedaan. De media krijgt hier een duidelijke rol in toebedeeld en draagt bij aan de beeldvorming door de vele aandacht voor aanklachten, medische processen en kritiek op artsen.

Sommige respondenten verduidelijken dat in de perceptie van de bevolking alle problemen opgelost of voorkomen kunnen worden door het uitvoeren van een (primaire) keizersnede. Hierdoor zullen volgens een bepaalde arts, sneller medico-legale stappen gezet worden wanneer er zich complicaties voordoen bij een vaginale partus. Enerzijds omdat er zich effectief zelden problemen voordoen bij keizersneden en de verbazing daardoor des te groter is wanneer er zich wel een probleem stelt. Anderzijds baseert deze arts zich op een theorie van een advocaat die gespecialiseerd is in medico-legale aspecten van de verloskunde. Deze theorie is gebaseerd op het feit wanneer er iets fout gaat bij een bevalling, ‘het mannetje’ zijn nest zal verdedigen en daardoor veel sneller juridische stappen zal ondernemen dan in andere medische disciplines. Het verwachtingspatroon van de bevolking t.o.v. de zorgverleners is helemaal anders voor een jonge parturiënte vergeleken met een vrouw van 80 jaar met hartproblemen. Men zal volgens deze arts gemakkelijk veronderstellen dat de zorgverleners het maximale gedaan hebben om de oudere dame te redden, maar dat gezien de ouderdom niets aan te doen viel. Terwijl men i.g.v. complicaties bij de bevalling verwacht dat alles perfect zal verlopen en al sneller de arts zal beschuldigen van medische fouten als er zich complicaties voordoen.

De respondenten hebben de indruk dat de patiënten een keizersnede als een **risicovrije procedure** beschouwen en bovendien denken dat een vaginale partus meer risico's inhoudt. Men denkt volgens de respondenten dat een keizersnede beter is voor de baby (wordt zachter geboren), maar ook voor zichzelf beschouwen ze een keizersnede als de betere optie. De artsen hebben weinig geduld, te weinig verloskundige ervaring, teveel angst en willen uit gemakzucht hun werk plannen zodat ze vb. 's nachts niet hoeven op te staan. Bepaalde respondenten verduidelijken dat ze het slachtoffer zijn van hun eigen succes. Een keizersnede verloopt in de meeste gevallen zonder problemen, men heeft goede pijnstilling, het is op 2u achter de rug, zonder arbeid/vaginale scheuren, ze moeten maar een dag langer blijven dan een vaginale bevalling, het herstel verloopt meestal vlot,... . Verschillende respondenten vertellen dat de toekomstige ouders tegenwoordig

meer structuur willen in hun leven, terwijl dit aspect vroeger meer losgelaten werd. Alles lijkt veel meer gepland te worden en een primaire keizersnede leent er zich uitstekend toe verlos te plannen, de geboortekaartjes op tijd te bestellen... Men wil een perfect kind en lijkt niet meer in te rekenen dat er ook iets fout kan lopen tijdens de bevalling. Het feit dat de mensen mondiger zijn geworden heeft volgens bepaalde respondenten als gevolg dat de inbreng van de patiënt in het beleid van de arts ook groter is geworden.

Bepaalde respondenten geven aan dat de artsen zelf een erg belangrijke rol spelen in de beeldvorming over een keizersnede t.o.v. de patiënten. Ze stellen een keizersnede voor als een veilige en gemakkelijke oplossing, waardoor de patiënt dit ook zal verkiezen. Deze arts legt uit dat je alles kan 'verkopen' aan een patiënt door de manier waarop je het verhaal brengt.

Aan sommige respondenten wordt soms gevraagd om een keizersnede te doen op vraag zonder medische indicatie. Bepaalde artsen illustreren dat bepaalde vrouwelijke collega's zelf een keizersnede op verzoek verkiezen boven een vaginale partus. Er wordt aangegeven dat patiënten erg goed lijken te weten naar welke arts ze moeten stappen om datgene te bekomen wat ze willen (vb. keizersnede). Enkele artsen verwijzen door naar een collega die wel keizersneden op vraag doet als patiënten een keizersnede vragen zonder (in hun ogen) grondige medische indicatie.

Factoren m.b.t. de zwangerschap

In dit ziekenhuis worden alle vrouwen gemonitord met behulp van een **STAN[®]-monitor**. Enkele respondenten geven aan door het feit dat de baby meer gemonitord wordt, er ook meer tekens zullen opduiken die de artsen sneller op het spoor zullen zetten om een (onnodige) keizersnede uit te voeren. Van zodra de baby een teken geeft van foetale nood, zal men in vele gevallen geen risico's willen nemen en een keizersnede uitvoeren. Hoe snel er ingegrepen wordt varieert sterk van arts tot arts. De ene arts zal naast een ST-event nog andere klinische parameters in rekening brengen en de andere niet. Dit heeft ook als gevolg dat de ene arts sneller zal beslissen om over te gaan tot een keizersnede dan de andere.

Alle respondenten vertellen dat er vrij veel **geïnduceerd** wordt omwille van organisatorische redenen, zowel op vraag van de patiënt als vb. vóór het verlos van de behandelende arts. In vele gevallen komt de vraag voor inductie van de toekomstige ouders en wordt dit gestimuleerd door de arts (zodat deze minder nachtelijke bevallingen/sectio's moet doen). Verschillende respondenten vertellen dat er heel wat inducties omwille van commoditeit gebeuren erg vroeg in de zwangerschap (vanaf 36 weken). Sommige artsen induceren alleen als de verloskundige situatie gunstig is, anderen houden hier geen rekening mee. De vroedvrouwen hebben de indruk dat er veel geïnduceerd wordt wanneer de baarmoederhals nog niet rijp is. De meeste inducties moeten ook snel gaan. Als de situatie tegen de avond weinig gevorderd is, worden de vroedvrouwen en de gynaecologen de situatie beu en gaan ze over tot een keizersnede. Enkele respondenten schetsen een vrij manipulatieve sfeer m.b.t. de inducties. Er wordt gezegd dat de verloskundige situatie gunstig is om te induceren en soms blijkt dit helemaal niet het geval. Als er reeds verschillende inducties gepland zijn, krijgen sommige vrouwen vaginale tabletjes mee naar huis om dan 'spontaan' in arbeid opgenomen te worden. Als er een bepaalde zwangerschapsduur als ondergrens afgesproken zou worden, vermoeden bepaalde respondenten dat men zou schuiven met de vermoedelijke verlosdatum.

Eén arts schetst de inductie-politiek als een gewoonte, een bepaalde traditie. Vóór dat hij in dit ziekenhuis begon te werken wachtte niemand af tot een zwangerschapsduur voorbij 40 weken. Er werd gezegd aan de patiënten dat er niet over tijd mochten gaan en ze verwachtten dan ook geïnduceerd te worden. Deze arts zelf voert het beleid om iedereen minimum 10 dagen over tijd te laten gaan, na verloop van tijd werd dit ook door de patiëntenpopulatie aanvaard.

Factoren m.b.t. organisatie van het ziekenhuis

De beslissing om een (primaire en secundaire) keizersnede uit te voeren is net zoals in alle andere ziekenhuizen een autonome en individuele beslissing van de gynaecoloog. Er is geen enkele arts die hier een leidinggevende rol op zich neemt. Sommige artsen nemen een afwachtende houding aan en andere een meer ingrijpende houding (ook meer keizersneden). De rol van de vroedvrouw wordt nogal ambivalent weergegeven. Enerzijds zeggen ze geen impact te hebben op de beslissing van de arts en zeggen sommige artsen dat ze zich niet mogen moeien met het medisch beleid. Anderzijds wordt er verteld dat ze op een impliciete en expliciete manier het beleid beïnvloeden. Als ze op een rustige manier communiceren zal de arts minder snel geneigd zijn om over te gaan tot een keizersnede. Soms communiceren de vroedvrouwen openlijk dat ze vinden dat er teveel inducties gebeuren, maar ze hebben de indruk dat deze boodschap niet gehoord wordt.

De beslissing om een keizersnede uit te voeren wordt meestal overlegd tussen de arts (+ supervisor i.g.v. een assistent) en de vroedvrouw, maar heel zelden tussen de artsen onderling. Als dit wel gebeurt, is dat eerder toevallig omdat er een collega in de buurt is.

Verschillende respondenten verhalen dat er een moeilijke onderlinge communicatie is tussen de artsen. Sinds het ziekenhuis gefusioneerd is, lijkt de artsenploeg in twee groepen verdeeld. Men wil niet samenwerken in groep, omdat sommige artsen vinden dat hun eigen patiënten primeren en dat een andere arts minder capabel is om de bevalling te doen. Eén keer per jaar wordt er een perinatale audit georganiseerd waar alle cijfers multidisciplinair besproken worden. Maandelijks worden de individuele statistieken doorgestuurd naar de artsen zodat deze geconfronteerd worden met de onderlinge verschillen. De gynaecologen met de grote uitschieters worden hierop aangesproken, maar lijken altijd een uitleg klaar te hebben om hun praktijk te verantwoorden.

2.2 MATERNITÉ 12

Factoren m.b.t. risicoperceptie

Net zoals in de meeste andere ziekenhuizen is de **medico-legale** druk erg aanwezig. Men ziet deze evolutie in Belgische ziekenhuizen, maar eveneens op internationaal niveau. De druk wordt geïllustreerd door het volgende voorbeeld. Een à terme zwangere patiënt vraagt om een inductie en dit wordt geweigerd door de arts. Indien er achteraf iets fout gaat met de baby, heeft die arts het gevoel dat hij/zij ‘hangt’. Met andere woorden, in de perceptie van de arts zal het net die patiënt zijn waar men de interventie aan weigert die een rechtszaak zal aanspannen. Artsen die zich niet gesteund voelen door de wetenschap (vb. i.g.v. een vaginale stuitbevalling) zullen extra voorzichtig zijn.

Eén arts schetste zichzelf als minder vatbaar voor de medico-legale druk door haar buitenlandse werkervaring. Door het feit dat ze een map moest bijhouden waarin alle complicaties verzameld werd, heeft ze het gevoel hiermee op een constructieve manier om te gaan en is ze minder bang voor mogelijke medico-legale repercussies.

De **druk van de patiënt** wordt door alle respondenten aangehaald. De patiënten lijken volgende respondenten hun zwangerschap(pen) anders te beleven dan vroeger. Ze willen minder kinderen en bijgevolg ook geen risico's meer lopen, ieder kind is een kostbaar kind. Ze verwachten ook dat alles perfect zal verlopen en indien dit niet het geval blijkt, zoeken ze een schuldige (in de meeste gevallen de arts). De toekomstige ouders lijken ervan overtuigd dat een keizersnede een veilige oplossing is voor de baby. Het is gemakkelijk, het gaat snel, het is planbaar en men moet geen arbeid doorstaan. De patiëntenpopulatie lijkt erg gefixeerd op de vermoedelijke verlosdatum en alles wordt daar rond gepland en geregeld. Zowel de arts als de patiënt percipiëren een keizersnede niet (meer) als een invasieve procedure. Men lijkt minder geduld aan de dag te leggen, met als gevolg dat het beleid invasiever en agressiever wordt.

Factoren m.b.t. de zwangerschap

Het intensiever monitoren van de foetus is een feit dat ook in dit ziekenhuis aan het keizersnedenpercentage gekoppeld wordt. De respondenten geven aan dat door de invoer van de **STAN[®]-monitor** er een goede evolutie is. Vroeger was de interpretatie van foetale nood enkel gebaseerd op de CTG-monitor. Deze is weinig specifiek en het enige verschil met intermitterend ausculteren is dat er door de CTG-monitor meer keizersneden gebeuren zonder dat de echte foetale nood beter gedetecteerd wordt. Door de STAN[®]-monitor kan de foetale nood iets nauwkeuriger gedetecteerd worden. Er is dus een goede evolutie omdat er minder keizersneden gebeuren zonder dat dit nodig was,. Toch blijven er nog baby's geboren worden op indicatie van de STAN[®]-monitor waarvan de PH-waarden volledig normaal waren en er dus geen keizersnede vereist was.

Induceren omwille van organisatorische redenen gebeurt af en toe volgens de respondenten. Dit zowel omdat de patiënt ernaar vraagt als omwille van de verlofplanning van de arts. Er wordt duidelijk aangegeven dat er één collega is die graag induceert omwille van commoditeit, de andere artsen lijken zich meer aan de gangbare standaarden te houden (+40 weken). Voor hun moet er al een erg zware sociale redenen aangehaald worden om te induceren omwille van commoditeit. De meeste artsen induceren enkel als de obstetrische situatie gunstig is, maar voor sommige artsen speelt dat minder mee. De beoordeling of de verloskundige situatie al dan niet gunstig is, is volgens enkele artsen een zeer subjectief en individueel concept. Ook op dat vlak beschikt de arts over de therapeutische vrijheid.

Factoren m.b.t. organisatie van het ziekenhuis

De beslissing om een keizersnede uit te voeren is een **individuele** beslissing van de behandelende gynaecoloog. Iedere arts heeft zijn eigen therapeutische vrijheid en dito verantwoordelijkheid. Er is geen leidinggevende arts die hier het voortouw in neemt, ook niet het diensthoofd. De vroedvrouwen hebben het gevoel weinig inspraak te hebben in die beslissing. De rol van de **vroedvrouwen** wordt voornamelijk omschreven als belangrijk om de noodsituaties in te schatten en deze te melden aan de arts, aangezien de artsen de arbeid niet ter plaatse opvolgen. Er wordt meestal niet overlegd tussen de artsen onderling, behalve in zeldzame twijfelgevallen. De beslissing wordt autonoom door de arts genomen, in overleg met de patiënt.

Elke ochtend in de week is er een **stafvergadering** waar de patiënten besproken worden. Aangezien er een strikt wachtsysteem gehanteerd wordt in dit ziekenhuis, worden alle

patiënten uitgebreid besproken. Tijdens deze vergaderingen worden de twijfelgevallen soms besproken en wordt er af en toe ook de indicatie voor de keizersnede besproken. Sommige respondenten beschouwen dit systeem als een soort 'controlesysteem'. Op die manier wordt de individuele praktijk van de arts dagelijks in vraag gesteld en zal men zijn eigen praktijk in vraag stellen.

Er worden zesmaandelijks retrospectieve besprekingen van de cijfers besproken, ook het keizersnede en de indicaties worden hier op individueel artsen-niveau besproken. Tijdens deze vergaderingen wordt de situatie besproken, zonder dat men aanvallend is t.o.v. de collega's. Er worden geen echte gevolgen aan deze besprekingen gekoppeld, maar men herevalueert de situatie regelmatig.

Jaarlijks gaat er eveneens een audit door, deze resultaten worden multidisciplinair besproken.

3. MATERNITES A HAUT TAUX DE CESARIENNES

3.1. MATERNITÉ 1

Facteurs liés à la perception du risque

Il paraît difficile aux gynécologues de travailler comme leurs aînés, une plus grande place est laissée au **dialogue avec les parents**. Il n'y a pas d'emblée une situation de confiance aveugle des parents envers le gynécologue, celle-ci est à construire et à gagner. La place des parents dans ce dialogue est vécue comme **une situation de stress**. Face à ce stress, et certainement en lien avec la pression médico-légale, les gynécologues sont tentés **d'accepter les demandes des parents**. Il existerait une **perte d'une compétence relationnelle** avec le patient dû à la formation et à la peur du risque.

Le statut des mamans a changé depuis 20 ans, elles ont **de plus en plus leur mot à dire**. Les types d'exigences et les demandes sont nombreux : refus d'accouchement pas voie basse, refus de supporter une deuxième fois les douleurs d'une voie basse, ... Les parents sont perçus comme de plus en plus **stressés et exigeants**. *Il y a déjà eu des pressions même allant jusqu'à dire « Docteur, si j'ai un problème » sous des demis mots « je vais vous attaquer »*. Certains arrivent à la consultation avec **une opinion déjà construite** à partir des informations tirées d'**Internet**. *Quand vous parlez à une dame : « Votre bébé est en siège » réaction immédiate : « ce sera donc une césarienne »*.

Les mamans pressent les gynécologues pour être induites, souvent parce qu'elles ne **supportent plus** leur grossesse. *Nous on en a qui viennent faire un monitoring en fin de grossesse et elles le disent, « je suis à la date », « j'ai dépassé la date, j'aimerais quand même bien » ou « dans 15 jours c'est la date, je suis fatiguée, je ne dors plus »*. Elles donnent un tas de raisons pour qu'on ait un peu pitié et qu'on essaie de faire quelque chose.

Certains parents **planifient leur accouchement**, parfois ils projettent à l'avance l'ensemble des étapes. *Il faut qu'on les éduque dans ce sens là en leur disant qu'il reste un part d'imprévisibilité et que on a beau se dire que ça pourrait se passer comme ça, ça pourrait très bien ne pas se passer comme ça*. Les exigences de mamans sont perçues comme **des menaces médico-légales**. Comme le précise un gynécologue, il y aura bientôt des procès pour une épisiotomie. Les exigences des parents impliquent que les gynécologues sont **plus vigilants** et opéreraient plus facilement pour une césarienne. *Ils y réfléchissent à deux fois par rapport à un procès*. Les parents ont intégré **le risque zéro** dans leur rapport au gynécologue. Ils demandent à ce dernier que tout se passe **sans risque**. Or, le refus du risque par les parents **limite les choix du gynécologue**. *Qu'on soit sûr à l'avance que l'accouchement va bien se passer, ce que l'on ne sait évidemment jamais et donc on doit pouvoir anticiper le risque*. Selon les professionnels, les parents perçoivent la **césarienne** comme **plus sécurisante que l'accouchement par voie basse**. Un **système de médiation** a été mis en place afin de désamorcer les situations de plaintes.

La perception du risque est liée à **l'état du bébé** à la sortie et **non à la manière dont il est sorti**. Dans cette maternité il semblerait fréquent que **des bébés naissent par césarienne** alors que **le monitoring n'était pas mauvais** et que le bébé avait un APGAR élevé. Il semblerait que les gynécologues aient l'impression de **mieux gérer les risques dans le cadre d'une césarienne**, comme par exemple les hémorragies. *Finalemnt, la césarienne devient une intervention qui est aussi banale que d'aller enlever des amygdales. Et donc quelque*

part, la future maman le sait aussi, le médecin aussi. Le risque impacte la pratique des gynécologues **les plus expérimentés**. Ces derniers constatent une augmentation de leur taux de césarienne puisqu'ils **n'osent plus pratiquer une obstétrique instrumentale**.

A contraria, la lecture des risques et l'issue d'une même grossesse peut **varier en fonction de l'expérience du gynécologue** qui la suit. Ainsi, une patiente suivie par un gynécologue inexpérimenté peut passer d'une indication de césarienne à un accouchement par voie basse post terme (+5 jours) lorsqu'elle est reprise par un gynécologue plus expérimenté. **L'utilisation du STAN** est appréciée parce qu'il **permet d'objectiver la décision** de césarienne. Celle-ci repose moins sur l'avis du gynécologue, qui se protège en suivant un protocole établi et validé. La perception du risque influence **l'interprétation des monitorings**, dont certains deviennent « **pathologiques** ».

La formation des sages-femmes comporterait aussi, à l'heure actuelle, une attention accrue sur le **risque médico-légal**.

Facteurs liés à la perception de la grossesse

Selon les gynécologues, le bien de la maman et le bien du bébé sont présentés comme des valeurs qui doivent guider la pratique. Si les critères médicaux sont respectés alors un gynécologue peut **accepter plus facilement une demande d'induction**. Mais ces critères peuvent légèrement varier selon les gynécologues. L'âge du gynécologue (en plus de la pression médico-légale) influence la confiance qu'il peut avoir dans le monitoring vs le STAN. Les gynécologues éprouvent des difficultés à définir ce **qu'est une grossesse à bas risque**, par exemple la grossesse d'une maman obèse est-elle à bas risque ? Deux indications semblent incontournables et mènent à une césarienne programmée : **l'utérus multi cicatriciel** et une **morphologie anormale** de la maman. Cela étant, un gynécologue s'interroge sur la **multiplication des "bassins limités"**, c'est-à-dire qu'il se demande dans quelle mesure « bassin limite » ne serait pas devenu « la bonne raison » pour pratiquer une césarienne. **L'échec de l'épreuve de travail** est la raison principale dans le cas d'une césarienne non programmée. S'il ne semble pas exister d'induction sur des cols très fermés, un professionnel mentionne l'utilisation de **comprimés vaginaux** pour mûrir le col. Dans le cas d'*indications un peu border line*, moi je pense qu'il faut savoir s'arrêter en induction et ça va pas ça va pas tant pis « *madame rentrez chez vous, revenez la semaine prochaine mais si on continue aujourd'hui, on va aller droit dans le mur* ». L'induction est pratiquée le plus souvent dans des **cas de post terme**.

Le **STAN permet de vérifier** la souffrance fœtale indiquée par le monitoring. Cette vérification peut entraîner une décision de césarienne si le STAN indique une souffrance fœtale. Certains attendent de voir si le bébé "se récupère". Le STAN devient une mesure à laquelle le professionnel peut **confronter une intuition clinique**. D'après le chef de service, **une meilleure utilisation du monitoring devrait être impulsée** afin d'éviter une **mauvaise utilisation du STAN**. Les cas les plus difficiles sont ceux où le monitoring (très bon) est en totale contradiction avec les résultats du STAN (ce qui pourrait témoigner d'une sur-utilisation du STAN).

Les parents demandent des inductions **de pure convenance**, surtout quand il s'agit de question d'**organisation familiale** (des enfants en bas âges, mère seule, ...). Il semble de plus en plus difficile de faire accepter aux mamans qu'une grossesse dure 40 semaines; **le dépassement de terme serait très mal vécu**. Face à ces parents les professionnels tentent

d'expliquer les risques liés à l'induction et à la césarienne.

L'augmentation **des fécondations in vitro** et des grossesses multiples pourraient expliquer en partie le taux de césarienne.

Facteur liés é l'organisation de la maternité

Les gynécologues portent **le poids de la décision** et leurs choix sont influencés par ce poids. Ils ont toujours **le dernier mot** quant à la décision de césarienne pour les patientes qu'ils suivent. Et, par exemple, un gynécologue de garde ne peut aller contre une décision de césarienne, sauf cas de très bonne dilatation du col.

Tous les gynécologues **ne respectent pas les consignes pour les inductions**. Certains induisent pour préserver **leur qualité de vie** ou **optimiser leurs heures de présence à la clinique**. Un gynécologue fatigué par le nombre d'accouchements, par des gardes, aura plus vite tendance à induire pour garantir son confort.

Les sages-femmes suivent le déroulement du travail et elles ont **des contacts intermittents avec les gynécologues**, principalement par téléphone dans un climat de confiance. Les sages-femmes interpellent le gynécologue ou un assistant lorsqu'il y a **quelque chose de plus pathologique**. Chaque sage-femme a sa manière de transmettre des informations en fonction de sa **tendance ou non à paniquer facilement**. La panique serait plus fréquente chez les sages-femmes inexpérimentées. *Vous allez mettre 10 sages-femmes devant le même monitoring, vous n'aurez pas la même réaction.* Selon les sages-femmes, l'usage du **STAN permet de vérifier** la lecture du monitoring.

L'équipe de sages-femmes est perçue **comme jeune et pas toujours suffisamment expérimentée**. Or, ce manque d'expérience insécurise les gynécologues. Il y a peu de sages-femmes envers qui ils ont totalement confiance dans leur jugement. D'une manière générale, les gynécologues préfèrent **vérifier les informations** transmises par les sages-femmes. Les sages-femmes n'ont **pas de prise sur la décision d'induction**. Les gynécologues la prennent en privé sans leur en référer et **sans s'en justifier** sauf s'il y a une raison médicale. Ce positionnement est moins vrai dans le cas d'une césarienne : là, en fonction de l'expérience clinique de la sage-femme, **un jeu sur l'information transmise** peut retarder une décision. De même, certaines sages-femmes osent explicitement **proposer des solutions** d'attente au gynécologue, principalement lors de situations "hésitantes". Lors des contacts dans les **consultations prénatales**, les sages-femmes essaient de **dissuader la maman d'accoucher par césarienne** en dehors des indications obstétricales.

Les interventions multidisciplinaires n'existent pas. Et, les professionnels ne semblent pas envisager concrètement leur réalisation. Selon, les sages-femmes des interventions avec les gynécologues **demanderaient une bonne cohésion d'équipe**, surtout si les interventions pouvaient **remettre en cause l'avis du gynécologue**.

Les gynécologues ont quasi tous été **formés dans cette maternité**, dès lors ils partagent la même philosophie de travail : « **on fait tous la même chose** ». Dans cette maternité, il semble que les professionnels **trouvent plus confortable et sécurisant de pratiquer une césarienne**. La pratique de **l'induction** paraît comme fortement **ancrée parmi les gynécologues** de cette maternité, même si selon un professionnel, elle tendrait à diminuer.

Il ne semble **pas y avoir de protocole précis à suivre**, les professionnels agissent au cas par cas.

Le chef de service de l'obstétrique **favorise le rôle des sages-femmes** dans l'évaluation de l'évolution du travail d'une maman. Il met en avant **l'approche "naturelle"** de l'accouchement par les sages-femmes ainsi **qu'un partage de compétences** autour de l'accouchement entre les sages-femmes et les gynécologues qui se seraient tout approprié. La conviction du chef de service dans l'obstétrique instrumentale ne suffit **pas à influencer la pratique des gynécologues** de la maternité.

La garde est assurée par des **gynécologues** qui soit restent à la clinique (s'ils habitent loin), soit restent chez eux (si ils habitent près de la maternité), ou par **des assistants**. Parfois, il n'y a personne présent de garde dans l'hôpital. En cas de garde, il peut être difficile pour un gynécologue de prendre une décision si la maman affirme que son gynécologue habituel lui a prescrit une césarienne alors que rien n'est indiqué dans le dossier. Il n'y a **pas de garde fixe pour les anesthésistes** en salle de césarienne. L'anesthésiste de garde doit être appelé.

Il n'y a **pas de salle d'opération sur le plateau**, mais d'après les professionnels, l'équipe est bien rôdée et ne perd pas de temps lors du transport de la maman.

Les périodes de travail en **sous effectif** augmentent la pression ressentie par les professionnels. Dans ce cadre, si le col est favorable et que le terme de 38 semaines est passé, un gynécologue pratique l'induction.

Synthèse/discussion

Dans cette maternité, la pratique des gynécologues en matière d'induction s'explique par une pression fortement ressentie du médico-légal et des exigences des parents. Les deux pouvant combiner leurs effets, notamment lorsque les gynécologues sont stressés dans leur relation aux parents. Cette pression engendre une « surpathologisation » des grossesses, c'est-à-dire une prise de risque minimale et une justification médicale de cette prise de risque. Les parents pressent les gynécologues par des demandes d'induction de convenance qui sont facilement acceptées s'il n'y a aucune contre indication obstétricale. A cette pression s'ajoutent des pratiques et des prises de positions très contrastées selon la formation et/ou l'expérience des gynécologues.

Les professionnels perçoivent les parents comme étant stressés et très exigeants. Les parents planifient, contrôlent, se construisent une représentation de l'accouchement par la consultation d'Internet. Ils ont une perception positive de la césarienne qui serait, selon eux, plus sécurisante qu'un accouchement par voie basse.

Le rôle des sages-femmes est assez limité face à la décision d'induction ou de césarienne. Dans cette maternité, l'équipe des sages-femmes est perçue comme jeune et inexpérimentée, ce qui entraîne la défiance des gynécologues quand à leur jugement clinique et insécurise ces derniers. Toutefois, les sages-femmes les plus expérimentées osent plus mettre en place des stratégies de temporisation, comme par exemple « jouer » sur les informations transmises aux gynécologues. Par ailleurs, les sages-femmes interviennent auprès des parents pour prôner l'accouchement physiologique.

La lecture des monitorings pose question. Les professionnels semblent utiliser le STAN pour vérifier ce dernier, mais aussi pour documenter leur décision face à la pression médico-légale.

La pratique des gynécologues semble jouir d'une aura de cohésion, alors que les entretiens semblent indiquer le contraire. La diversité des pratiques est peu contenue par une politique institutionnelle quasi inexistante : absence de réunions multidisciplinaires, pas de référentiel, peu de prise sur la pratique des gynécologues. L'absence d'une salle d'opération sur le plateau, l'absence d'un gynécologue de référence sur place la nuit, le travail en sous effectif sont des éléments qui seraient favorables à la décision d'induction ou de césarienne. Les rapports entre les sages-femmes et les gynécologues ne sont pas clairement établis – d'où les jeux implicites sur l'information –, et il semblerait qu'à l'heure actuelle les relations entre les sages-femmes – hormis les plus expérimentées – et les gynécologues ne supporteraient pas des processus de décision qui pourraient remettre en cause l'avis des gynécologues. Ceux-ci paraissent comme « tout puissants » au sein de cette maternité, même face au chef de service.

3.2. MATERNITÉ 4

Facteurs liés à la perception du risque

Le gynécologue est perçu comme le professionnel qui **assume la plus grande part du risque et l'entièreté de la responsabilité** de la décision, même si celle-ci a été influencée par une sage-femme. La pression médico-légale est ressentie comme un frein à la possibilité d'avoir une bonne pratique de terrain (basée sur la clinique et non uniquement sur les recommandations). *Le fait d'avoir plus ou moins de césariennes se situe plutôt sur le niveau de risque que l'on entend prendre par rapport au cas médical d'abord et dans le cadre médico-légal.*

La césarienne n'est **pas considérée** d'emblée **comme la première solution** à toutes les situations. Néanmoins, les gynécologues la pratiquent "**sans remord**" dans la mesure où ils évaluent leur pratique principalement à l'aune de **la santé de l'enfant**. Le risque pour la santé de l'enfant est ainsi la valeur qui permet au gynécologue de passer de la lecture d'un monitoring indiquant une souffrance fœtale à la décision de pratiquer une césarienne. En ce sens, il vaut **mieux une césarienne que des ventouses mal appliquées**. Une **césarienne programmée** présente à la fois des facilités d'**organisation** (on sait quand) et aussi une **sécurité** (tout est prêt). La **césarienne** est perçue comme **plus sécurisante** pour le bébé que l'accouchement par voie basse. Selon, un gynécologue, il ne connaît pas de pédiatre qui ne préférerait pas une césarienne à une voie basse. La perception du risque **influence la lecture du monitoring**, ainsi, par rapport « à avant », il semblerait que **les monitorings moyennement mauvais conduisent plus facilement à une décision de césarienne**

La **définition toujours plus restreinte des grossesses à bas risques** induit un plus grand nombre de césariennes et donc d'utérus cicatriciels, qui à leur tour deviennent des facteurs de risques.

Des accouchements pas voie basse qui ont laissé des **souvenirs difficiles** peuvent influencer la décision du gynécologue. Un gynécologue qui a vécu **quelque chose de grave** garde l'évènement en tête, et cela peut influencer sa décision. Un gynécologue peut décider de pratiquer un accouchement par voie basse même dans des situations qui pourraient être considérées à risque. Tout dépend de la manière dont il va **envisager sa prise de risque**. Les gynécologues sont confrontés à des situations où la césarienne s'impose (monitoring, liquide méconial, ...) alors que, à la sortie le bébé, se porte très bien.

L'âge du gynécologue entre en ligne de compte, mais de manière **ambiguë**. *Je crois que j'ai un peu connu les deux parce que j'ai connu un médecin qui était en fin de carrière et lui c'était un peu le contraire, il devenait beaucoup plus **anxieux** et comme il disait lui-même « je ne sais plus voir de sang ».* Pour d'autres gynécologues, l'âge est synonyme d'**expérience** : face à un monitoring limite, ce type de professionnel sera plus enclin à tenter une voie basse. Lors de leur formation, certains gynécologues n'ont plus appris à accoucher les sièges par voies basses. Cela leur a été **interdit à cause du médico-légal**.

Cette prise de risque s'exprime dans un rapport entre complications médicales et exigences des parents. *Moi personnellement si j'ai une patiente qui me dit je veux absolument une césarienne, si je pense que c'est pas justifié médicalement, je ferai mon possible pour la convaincre mais si elle ne veut pas, je lui fais sa césarienne parce que le risque étant là, si il arrive quelque chose vis-à-vis d'elle, je ne serai pas défendable mais médicalement je le serai mais n'empêche que vis-à-vis de la patiente je ne serai pas défendable donc c'est la volonté de la patiente.* Les professionnels ressentent une **très forte pression** de la part des parents. *Trop exigeant sur le résultat oui, sur le déroulement finalement il y a peu d'emprise.* Les parents sont perçus comme faisant plus facilement **des procès**. Cette pression s'organise tout d'abord autour **des exigences des parents** pour que **l'accouchement** se déroule tel qu'ils l'ont **imaginé**. *Ils ne veulent pas avoir un accouchement en catastrophe dans des conditions difficiles avec un bébé avec un avenir difficile.*

Facteurs liés la perception de la grossesse

L'équipe semble partager une culture de travail **a priori favorable à l'accouchement par voie basse**.

La grossesse est perçue comme un processus au terme duquel **seul le résultat compte, peu importe la manière**. *Le résultat qui est important à avoir, c'est d'avoir ces deux facteurs là : la patiente contente et son bébé qui va bien.* Il y a **souvent une raison obstétricale** qui préside à la décision de pratiquer une césarienne : principalement un **antécédent de césarienne** ou un engagement documenté ou non par une **pelvimétrie**. Cependant, **un antécédent de césarienne ne signifie pas automatiquement une nouvelle césarienne**. Dans cette maternité, les gynécologues évaluent d'abord les raisons de la première césarienne conjointement avec le terme et la présentation de l'enfant.

L'accouchement par voie basse est considéré comme la meilleure solution **si l'on ne doit pas employer de forceps**. Dans ce cas, la **césarienne** serait préférable car elle **conserve le capital utérin de la maman** en vue d'un accouchement ultérieur. La pratique des gynécologues semble se répartir entre ceux qui choisissent ou non de **laisser la chance à la maman** d'accoucher par **voie basse**, même si in fine elle a probablement plus de chance d'être césarisée.

Le monitoring est toujours plus facile à interpréter **a posteriori**. Il ne s'agit pas d'un outil fiable à 100%. La maternité ne dispose pas de STAN, les gynécologues se fient au monitoring même s'ils en reconnaissent **les limites**. Certains professionnels souhaiteraient disposer du STAN ; d'autres l'ayant déjà utilisé, n'en voient pas l'intérêt.

Les parents disposent de **sources d'informations importantes**, en particulier **Internet**. Les **mamans expérimentées** qui ont vécu plusieurs accouchements ont des demandes très précises et il est difficile de les faire changer d'avis.

Facteurs liés à l'organisation de la maternité

Le gynécologue est seul responsable de la **décision de césarienne**. Le jugement du gynécologue est souverain : *chacun doit rester libre de pouvoir déroger à la règle s'il juge que c'est nécessaire*. De même, il lui appartient d'expliquer **sa philosophie de travail aux parents**. La **liberté individuelle** des gynécologues est particulièrement mise en avant. Le choix des indications de césarienne, donc la définition pour chaque grossesse de ce qui est pathologique, appartient aux gynécologues. Or, il y aurait **une « surpathologisation » de l'accouchement**. Les gynécologues ne se sont **pas fixés de normes**, ils tiennent à leur **liberté thérapeutique**. Pourtant, **des guidelines circulent** entre eux. *Il y a quelques normes qui sont admises comme siège de primi et avoir une mauvaise pelvimétrie. Les autres critères sont quand même excessivement subjectifs*. **Les guidelines sont jugés peu utiles**, parce que d'une part l'évidence est que le bébé doit sortir à **41 semaines** et que chacun travaille **avec ses propres critères**. Dans cette maternité, il ne semble **pas y avoir de contrôle entre les gynécologues**. Ces derniers travaillent **dans la confiance les uns vis-à-vis des autres**. *On travaille tout seul sur un pied d'égalité*.

Les gynécologues très actifs, « **overbookés** », auraient plus facilement tendance à pratiquer des césariennes. Les patientes entretiennent **des relations fortes avec leur gynécologue**, au point de ne pas vouloir accoucher avec un autre. Cependant pour diminuer cette angoisse, certains gynécologues tentent d'emblée d'établir **un lien de confiance entre la maman et d'autres gynécologues** qui pourraient être de garde le jour de l'accouchement. Les professionnels reconnaissent qu'il est plus facile de **gérer la pression mise par les parents en équipe**. **La demande** d'une induction ou d'une césarienne par une maman **n'est pas prise à la légère**, surtout en regard du **risque légal**. « S'il se passe quelque chose ... » Dans cette maternité, les relations de proximité avec les patients renforcent le refus du risque pour **préserver son image et sa patientèle**. Les parents ont des comportements de **consommateurs**, ils menacent de **changer de gynécologue**. De plus, convaincre une maman de refuser une césarienne consommerait **trop d'énergie**, or tous les gynécologues ne souhaitent pas faire cet investissement. La possibilité d'une césarienne est évoquée pendant la grossesse, mais principalement avec les mamans qui abordent la question. Pour les gynécologues, il s'agit avant tout **de ne pas décevoir la patiente**, mais le fait d'en parler ne présume pas de la suite. Les futures mamans ne semblent pas réceptives à une discussion sur la césarienne **trop longtemps avant la date d'accouchement**.

Un gynécologue raconte que **lorsqu'il laisse sa chance** à un accouchement par voie basse et que finalement, « comme c'était prévisible », l'accouchement est une césarienne, il reçoit des **commentaires, presque des reproches**, de la part de ses collègues : "tu aurais pu le faire plutôt".

La sage-femme tient **un rôle** dans la réalisation de la césarienne. Elle peut, par diverses stratégies, **freiner la décision**. **Ces stratégies sont souvent connues par les gynécologues**, qui suivant les cas acceptent ou non des les prendre en compte. L'influence de la sage-femme consiste plus fréquemment à **temporiser, donner du temps à la maman**. Plus rarement, si le travail dure longtemps, la sage-femme peut essayer de **favoriser un coup de pouce ou une césarienne**.

La place que les sages-femmes occupent dans l'équipe **dépend de l'envie du gynécologue de travailler en collaboration**. Les actions des sages-femmes sont plus particulièrement dirigées **vers les gynécologues avec lesquels elles entretiennent de bons rapports**. Ces actions

seront plus efficaces si **le gynécologue estime** que la sage-femme a un **bon sens clinique**. Elles ne sont **pas au courant des raisons** avancées par le gynécologue qui a programmé une césarienne.

Il ne semble **pas** y avoir d'**intervisions** ou des **staffs** prévus au sein de l'équipe. Par contre, les professionnels mentionnent de **nombreuses réunions informelles** quand le besoin s'en fait ressentir.

La **stabilité de l'équipe** permet aux professionnels de bien se connaître. Ainsi, les gynécologues peuvent **décoder** le degré d'urgence selon le style de communication de la sage-femme. La **qualité de l'information** présentée par la sage-femme ou **son assurance** peut influencer le retour du gynécologue à la maternité. *On voit les mêmes têtes régulièrement, après quelques mois on sait quand même vite avec qui on travaille. Il y a une certaine confiance qui s'installe.*

La maternité dispose des **statistiques d'accouchement de chaque gynécologue**. A partir de ces statistiques, certains gynécologues ont pu **réduire** leur nombre de césariennes.

Les césariennes se déroulent en salle d'opération qui n'est pas sur le plateau. **La garde** est organisée à tour de rôle, mais **les gynécologues ne résident pas à la maternité**. Leur domicile est situé à environ 5, 10 minutes. Sauf congés ou autres indisponibilités, c'est **le médecin qui suit la patiente qui l'accouche**. Les échanges entre les sages-femmes et les gynécologues sont principalement effectués **par téléphone**. Il n'est **pas toujours facile de prendre un deuxième avis dans la période de garde**. Il y a toujours l'impression de **gêner son collègue**.

Les gynécologues fonctionnent en pôle d'honoraires. Les **honoraires sont équitablement répartis entre** eux. Il n'y a donc pas de pression à la rentabilité. Les professionnels sont **en demande d'un renforcement du travail en équipe** (codécision, ...), qui pourrait protéger la **qualité de vie** (repos) et peut-être **diminuer le taux d'induction**.

Synthèse/discussion

La pratique des gynécologues est ambiguë. Cette ambiguïté tient vraisemblablement aux variables individuelles. Si les gynécologues semblent a priori favorables à un accouchement physiologique, la pression mise par les parents, la perception du risque médico-légal ou encore par les pairs tendrait à favoriser les décisions d'induction ou de césarienne. La pratique des gynécologues est influencée par leur formation et leur expérience. Les gynécologues de cette maternité tiennent particulièrement à leur liberté thérapeutique, même face aux guidelines.

D'une manière générale, la césarienne est toujours perçue comme plus sécurisante pour le bébé. Les césariennes programmées seraient encore plus sécurisantes puisque tout est organisé à l'avance. Cette représentation de la césarienne s'inscrit dans une perception du risque. Cette perception a des répercussions sur l'interprétation des monitorings, les monitorings moyennement mauvais conduisant plus fréquemment à une césarienne. La pression médico-légale semble régir les choix des gynécologues.

Les parents induisent une pression sur les gynécologues. Cette pression s'accroît par son rapport avec la menace médico-légale. Les demandes des parents ne sont pas prises à la

légère, surtout que ces derniers ont une représentation de l'accouchement comportant un risque « zéro ». La pression des parents peut aller jusqu'à la menace de changer de gynécologue. Il serait particulièrement difficile de changer l'avis des parents lorsque ceux-ci se sont informés sur Internet ou lorsque ceux-ci sont expérimentés (plusieurs grossesses).

Les sages-femmes ont un rôle explicite dans la décision de césarienne, qui est connu par les gynécologues. Elles emploient diverses stratégies afin de temporiser la décision et de donner plus de temps à un accouchement physiologique. Cependant, lorsque le travail dure longtemps, elles peuvent aussi intercéder en faveur d'une césarienne. L'impact de leurs arguments va dépendre de leur relation avec les gynécologues, certains gynécologues étant connus pour n'être pas influençables.

Les professionnels de cette maternité soulignent l'importance de travailler en équipe qu'il s'agisse d'établir un lien de confiance entre la maman et d'autres professionnels ou encore de pouvoir parler entre soi afin de gérer le stress. Par ailleurs, les professionnels demanderaient un renforcement de travail en équipe. Notamment parce que le travail en équipe pourrait protéger la qualité de vie des gynécologues. Au sein de cette maternité, les gynécologues se partagent équitablement les honoraires.

Les professionnels mentionnent de nombreuses interventions informelles entre eux, mais il ne semble pas y avoir de staffs. L'équipe des sages-femmes est stable, aussi est-il facile pour les gynécologues d'interpréter les informations de ces dernières.

La maternité dispose de statistiques pour chaque gynécologue. La garde est toujours assurée, mais le gynécologue n'est pas toujours sur place (domicile proche). Dans ce cas les informations sont principalement échangées par téléphone. En période de garde, il semble moins aisé d'avoir recours à un deuxième avis. Les gynécologues travaillent en confiance les uns par rapport aux autres : ils n'exercent pas de contrôle sur la pratique d'un collègue.

3.3. MATERNITÉ 5

Facteurs liés à la perception du risque

Il semble exister une idée, "que l'on entend souvent", parmi les gynécologues : que l'on ne **leur reprochera jamais d'avoir fait une césarienne.**

Il est préférable que le gynécologue accouche en utilisant **les compétences qu'il maîtrise le mieux.** Les gynécologues **qui maîtrisent l'obstétrique instrumentale oseraient plus,** mais tout en reconnaissant que les forceps s'ils sont **protecteurs pour l'enfant** peuvent être **destructeurs pour la future mère.** En cas de décision d'un accouchement instrumental, un gynécologue peut faire **appel à un collègue plus expérimenté et qui maîtrise la technique.**

La **pression du médico-légal** est mise en avant comme favorisant la césarienne. Mais elle induit aussi un **cercle vicieux** : si après une présentation en siège, il y a césarienne, alors si il y a un deuxième enfant ce sera aussi une césarienne. **L'article d'Hanna** est incriminé pour sa participation à la définition du risque.

Face à la pression médico-légale, **la césarienne** est devenue une solution de **facilité** ou un **choix rationnel** basé sur les recommandations (progression du travail) et sur **une balance favorable à la survie de l'enfant** (risque des ventouses par exemple) contre le risque opératoire.

La **perception du risque peut être très différente après l'accouchement**, lorsque les gynécologues ré-analysent leur décision.

Facteurs liés à la perception de la grossesse

Les gynécologues ont des pratiques différentes selon leur style : **le plus inquiet ou le plus cow-boy** (pour reprendre l'expression d'une sage-femme). *Il y a des sièges primipares que certains gynécos vont césarisier d'office, il en a d'autres qui vont essayer par le bas, pourquoi pas ? Ca dépend du gynéco, de son caractère et de sa façon de voir.* Les gynécologues ont l'impression que **l'obstétrique instrumentale est un art qui se perd**, particulièrement auprès des jeunes générations. Ils pourraient être mieux formés à l'extraction fœtale. Actuellement, il semble que les gynécologues tentent de ne pas automatiquement césarisier une maman ayant déjà été césarisée.

Les professionnels mentionnent qu'ils doivent **gérer le stress de la maman** soit que cette dernière c'est forgée une **image de la voie basse** comme très pénible, soit que **la panique** au moment de l'accouchement peut comporter des risques pour l'enfant. *C'est la peur de l'accouchement par voie basse, la peur de ne pas y arriver, la peur de ne pas être à la hauteur.* Dans cette optique, les sages-femmes prodiguent énormément d'informations aux patientes pour expliquer la grossesse et ses issues (suivis de grossesse, visites des lieux). Les mamans sont beaucoup **plus âgées** qu'avant et ont des **grossesses plus précieuses**. **Le public précarisé**, dont on ne peut pas suivre la grossesse depuis le début, peut engendrer un plus grand nombre de césariennes. Les mamans qui ont connu un accouchement difficile souhaitent souvent d'emblée être césarisées.

Facteurs liés à l'organisation de la maternité

C'est toujours un gynécologue qui **prend la décision** de pratiquer une césarienne. **Les gynécologues privés** sont perçus comme pratiquant plus facilement des inductions de convenance pour des raisons d'organisation de leur travail. *Il y a des gynécologues qui font beaucoup de privé, il y a une nette différence entre l'attitude que certains gynécologues qui font du privé peuvent avoir et l'attitude d'un service où il y a une équipe qui prend des décisions.*

Le rôle des sages-femmes semble **très bien balisé**. **Les gynécologues** témoignent d'une très **grande confiance** dans l'équipe des sages-femmes. Du fait qu'elles suivent le travail, les sages-femmes sont reconnues pour être en première ligne. La **manière** dont les sages-femmes vont **présenter la situation** peut avoir **une influence sur la décision de césarienne**. Les sages-femmes modulent leur manière de présenter les situations **en fonction de leur perception de l'attitude du gynécologue**, selon que ce dernier est ou non labellisé comme "césarisant". *On les connaît aussi ; donc souvent ce genre de gynécos, on les appelle à la dernière minute, on ne les appelle pas trop vite pour qu'ils ne soient pas dans nos pieds.* Les "engueulades" des gynécologues témoignent de ce rôle des sages-femmes.

Parfois on change la poche de synto et on met du synto tout frais qui sort du frigo, en se disant qu'il est meilleur, on essaye vraiment toute sorte de petits trucs, on dilate un peu au doigt, on voit comment ça se passe, il y a beaucoup de positions mais quand on a tout essayé et que ça ne bouge pas il faut se mettre un holà et se dire cette femme est là depuis hier, ça n'a pas bougé, il faut intervenir. A ce moment-là, la femme est souvent demandeuse aussi car elle n'en peut plus. Cette implication a **une limite, celle des compétences** de la sage-femme.

Les sages-femmes appellent toujours le gynécologue "si ça coince". Cette implication semble **moins aisée avec les gynécologues qui pratiquent en privé**, l'attitude de ces derniers dépend de leur implication dans l'hôpital.

D'une manière générale, les professionnels **n'acceptent pas les demandes d'induction de convenance** si elles ne peuvent être justifiées par des critères médicaux. Parfois, la date de l'induction est un compromis entre organisation familiale et critères médicaux. Le **chantage consumériste** des patients est d'emblé **refusé**, ils le souhaitent parce qu'ils ne sont pas satisfaits des choix de la maternité, ils peuvent "aller voir ailleurs".

Les nouvelles **informations scientifiques** - issues des grandes études - sont diffusées à l'équipe à l'occasion des staffs (Hanna, Rosenberg).

L'introduction de **techniques de monitoring plus avancées** aurait permis une diminution du taux de césarienne. Le STAN par exemple permet **d'évaluer avec plus d'acuité** les événements qui nécessitent une césarienne. Ce, grâce à **des critères plus spécifiques** de suivi lors de l'épreuve de travail. Mais, le STAN est à **double tranchant**, il permet de détecter plus risques et donc **peut favoriser une décision de césarienne**. Les événements détectés par le STAN relèvent **de l'interprétation**, toujours effectuée par un gynécologue.

Le chef de service est convaincu par **l'utilité des cours répétés de monitoring fœtal**. Il envisage la solution Anglaise du monitoring intermittent pour les grossesses à bas risques. Des **séminaires** existent qui **réunissent sages-femmes et gynécologues** notamment sur l'interprétation des STAN. Ces séminaires ont aussi pour objectif de mieux se connaître entre professionnels. *Quand il y a quelque chose qui ne se passe pas bien, c'est sûr qu'il faut reprendre le dossier et voir où est la faille et ce qu'on aurait pu faire pour ne pas arriver à ça.*

Il y a une **politique établie dans la maternité**, il est demandé aux **vacataires de suivre cette politique**. Même si le gynécologue garde une liberté de choix, il **se réfère souvent au chef de service ou aux gynécologues seniors**. *C'est aussi un peu la politique de l'hôpital. Ici normalement, on n'est pas fort déclenchement de convenance. On essaye plus de déclencher pour raison médicale.*

La maternité dispose d'une "**bible**", écrite il y a 5 ou 6 ans et **actualisée**. Elle est **à disposition** de tous les professionnels. Cette synthèse est perçue comme **très utile et plus rapide** que Medline. Les professionnels sont tenus de **pouvoir expliquer leurs choix** en fonction de ce référentiel. Ce dernier sert de **base à la formation** des plus jeunes. Tous les professionnels (y compris les médecins vacataires) auraient signés une charte "qualité" suite au label "amis des bébés". Le label "**ami des bébés**" a été obtenu par une politique de lutte contre la césarienne et l'induction.

Les staffs sont des occasions de **revenir sur le vécu de l'équipe** et de régler certains flous apparus au cours des suivis de la journée précédente.

La **transmission de la culture de la maternité** est assurée par des équipes systématiquement constituées **d'un professionnel novice et d'un professionnel expérimenté**. **L'obstétrique instrumentale** ferait partie de cette culture. La gestion des ressources humaines vise à **stabiliser les équipes** de sages-femmes. Les **sages-femmes expérimentées** participent à la **formation des assistants** en première année.

Le chef de service met actuellement en place **un système informatisé** pour récolter des données. Il s'agit de montrer **pourquoi on fait des césariennes**. Cependant, les professionnels reconnaissent **la part de jugement personnel** qui est introduite dans toute interprétation de

monitoring. Afin de limiter cette interprétation, le réflexe semble d'être de **soumettre son interprétation à un deuxième avis**.

La **garde** est assurée la nuit par 4 accoucheuses accompagnées d'un assistant et d'un gynécologue. En cas de problème lors du travail, c'est plus souvent **le gynécologue de garde qui appelle le gynécologue de la patiente**. Il y a toujours **une équipe de garde** pour les cas d'urgence, tous est prêt (anesthésistes). Le bloc opératoire est sur le plateau. Les gardes sont organisées afin de toujours maintenir un **nombre suffisant de sages-femmes**, même si selon ces dernières, elles sont parfois un peu en sous nombre.

Les **césariennes programmées et les césariennes itératives se décident en staff** multidisciplinaire. Si ce n'est pas possible en staff, une réunion a lieu avec **un superviseur s'il s'agit d'un assistant**. Dans les cas d'urgence, l'intervision est assurée par un gynécologue senior de garde. Si ce dernier hésite, il peut faire appel à un collègue. Les pédiatres sont présents de manière régulière lors de ces staffs.

Au sein de maternité, une grande attention est portée à **la qualité des dossiers**. Tous les professionnels devraient suivre la même logique pour faciliter sa reprise par un tiers.

Synthèse/discussion

Cette maternité est caractérisée par une politique institutionnelle particulièrement visible et explicite. Cette politique instituée par le chef de service permet de conserver une certaine uniformité des pratiques au sein de la maternité, qu'il s'agisse des gynécologues de la maternité ou des gynécologues vacataires. Cette politique est soutenue par des stratégies visant à assurer la qualité des services et un haut niveau de compétence des professionnels (stabilité de l'équipe, double avis, séminaires, staffs, ...). A titre d'exemple, le double avis semble systématiquement pratiqué au long du travail : sur des monitorings limites, sur des décisions de césarienne.

Il existe une réelle volonté de conserver une culture d'équipe, des savoir-faire par l'organisation de compagnonnages et par une attention aux relations interprofessionnelles, basées sur la reconnaissance des compétences de chacun.

Les sages-femmes dialoguent avec les gynécologues et, parfois dans les limites de leurs compétences, peuvent influencer la décision d'un gynécologue. Cependant, cette implication des sages-femmes dans la décision dépend du statut du gynécologue (privé, semi-privé). En effet, le dialogue semble moins aisé avec les gynécologues pratiquant exclusivement en privé.

Cette politique se traduit aussi dans une position commune des professionnels face aux demandes des parents : d'une manière très claire, les critères médicaux prévalent sur la pression « organisée par les parents » et le chantage consumériste est refusé.

Les professionnels disposent d'un référentiel qu'ils jugent très utile. Ce référentiel est autant un guide pour leur pratique, qu'un document auquel se référer pour justifier leur décision le cas échéant.

La culture de travail est celle d'un travail en équipe. Ce travail en équipe semble très satisfaisant pour les professionnels. Le chef de service est perçu comme quelqu'un qui fait confiance aux sages-femmes et qui a impulsé un changement de mentalité dans le service (par

exemple donner aux sages-femmes la possibilité de réaliser des accouchements). Il n'y a pas de ressenti quand à une hiérarchie entre les sages-femmes et les gynécologues puisque leur rapports semblent basé sur la reconnaissance de leurs compétences mutuelles. (*C[n]'est pas de prendre la place du gynécologue, mais c'est un travail en commun*).

3.4. MATERNITÉ 8

Factoren m.b.t. risicoperceptie

De **medico-legale** druk is een factor die in dit ziekenhuis sterk aanwezig is, het is een belangrijke motivatie voor het gevoerde beleid. De artsen lijken sneller tot een keizersnede over te gaan door de angst voor medico-legale repercussies. Indien vb. de foetale harttonen niet erg goed lijken, zal men *“het veilige voor het onveilige nemen en een keizersnede doen”*. Dit geldt niet enkel voor de secundaire keizersneden, maar volgens enkele respondenten ook voor de primaire keizersneden. Als er een primaire keizersnede gepland wordt, kan men de arts niets verwijten en heeft hij/zij het maximale gedaan voor de baby. Bepaalde artsen geven aan dat het vlugger beslissen om een keizersnede te doen op den duur een gewoonte of een bepaalde politiek wordt. Bepaalde vroedvrouwen vertellen dat de gynaecologen er vaak mee schermen dat ze hoge verzekeringspremies moeten betalen en daarom altijd op hun hoede moeten zijn voor het medico-legale. Ze zeggen eveneens dat dit volgens hun eerder een aanvoelen/angst is die er heerst dan dat er in de realiteit effectief veel vervolgingen zijn.

De **druk van de patiënten** die door de zorgverleners waargenomen wordt, lijkt erg groot in dit ziekenhuis en tevens een belangrijke reden voor het aantal keizersneden. De zorgverleners geven aan dat volgens hun heel wat patiënten een duidelijke voorkeur hebben voor een keizersnede en ook vragen om een keizersnede zonder dat hier een duidelijk indicatie voor is. De zorgverleners ervaren ook dat er veel angst leeft bij de toekomstige koppels. Men is bang dat er iets mis zou gaan met de baby, bang voor de arbeid, voor de pijn. Hier wordt ook een duidelijke link gelegd met de omgeving van de toekomstige ouders, deze zouden een belangrijke rol spelen in het versterken van de angst voor een vaginale bevalling.

Patiënten zijn volgens de zorgverleners eisend/mondiger geworden en hebben de idee dat een keizersnede veiliger is (voor de baby). Ze gaan erg licht over een keizersnede, het is comfortabel en planbaar. Toekomstige ouders zijn minder bereid risico's te nemen en verwachten dat alles perfect zal verlopen. De respondenten verhalen dat ze beïnvloedt worden door deze druk (incl. het medico-legale: ontevreden patiënten vinden hun weg naar de rechtbank) en daardoor sneller overgaan tot een keizersnede.

Factoren m.b.t. de zwangerschap

Sommige zorgverleners zijn van mening dat een **vaginale** bevalling beter/veiliger is en andere zijn ervan overtuigd dat een **keizersnede** beter/veiliger is.

In dit ziekenhuis worden de harttonen continu gemonitord met behulp van de **STAN[®]**-methode. Sommige zorgverleners leggen een duidelijke link met het aantal keizersneden. Door de **continue monitoring** (d.m.v. CTG) zoals het vroeger gebeurde en de beperkingen m.b.t. de interpretatie ervan werd er soms te snel overgegaan tot een keizersnede. Met de invoering van de **STAN[®]**-monitorlijkt dit voor minder problemen te zorgen. Men lijkt langer te durven afwachten met behulp van deze nieuwe technologie. De toekomstige ouders spelen hier een mediërende rol aangezien ze

volgens bepaalde zorgverleners sneller agressief reageren als ze de indruk hebben dat de harttonen van de baby minder goed zijn. De beslissing van de arts om een keizersnede te doen zal hierdoor beïnvloed worden.

Er lijkt in dit ziekenhuis een vrij beperkte barrière te zijn om vrouwen te **induceren**, zowel op vraag van de patiënt als omwille van praktische redenen m.b.t. de gynaecoloog (verlofperiode, planbaarheid). In principe zijn de zorgverleners geen voorstander van het induceren omwille van commoditeit, maar tegelijk hanteren ze een lage drempel voor allerlei uitzonderingen om het wel te doen. Hier speelt opnieuw de druk van de patiënten een belangrijke rol (mondiger, veeleisend, planbaarheid), de artsen geven aan dat ze zich in bepaalde omstandigheden laten overtuigen. Enkele artsen stellen een gunstige verloskundige situatie als voorwaarde (al dan niet met behulp van de Bishop-score), anderen niet. Bepaalde artsen geven aan dat sommige vroedvrouwen een bespoedigende rol spelen m.b.t. het induceren op een onrijpe baarmoederhals.

Er werd door sommige zorgverleners eveneens aangehaald dat het **geboortegewicht** van de baby's tegenwoordig groter is en dat er hierdoor meer wanverhoudingen zijn tussen de baby's en het bekken van de moeder. Dit zou mede verantwoorden waarom er tegenwoordig meer keizersneden gebeuren.

Factoren m.b.t. organisatie van het ziekenhuis

Net zoals in alle andere deelnemende ziekenhuizen zijn het de **artsen** die autonoom de beslissing tot keizersnede nemen, de rol van de vroedvrouwen is hier eerder beperkt. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen een primaire en een secundaire keizersnede. De gynaecoloog beslist **individueel** tijdens de consultatie een primaire keizersnede uit te voeren en de **vroedvrouw** wordt hierin niet betrokken. Als er een vrouw in arbeid is wordt deze opgevolgd door de vroedvrouw en de vroedvrouw gaat op regelmatige tijdstippen feedback geven aan de arts over de evolutie van de partus. De arts zal op zijn/haar beurt instructies doorgeven en beslist autonoom om een secundaire keizersnede te doen. De vroedvrouwen meten zichzelf ook geen rol toe m.b.t. de secundaire keizersneden, het is een beslissing van de arts waar zij weinig aan te zeggen hebben. Er is **geen structureel overleg** (tussen de artsen) voorzien om de beslissing te nemen, in uitzonderlijke gevallen zal men een collega raadplegen indien deze beschikbaar is. Er is geen leidinggevende arts die het voortouw neemt, ook niet het diensthoofd. Men is recent gestart met **interviewvergaderingen** om de indicaties voor de keizersneden te bespreken. Tijdens die vergaderingen werden bepaalde afspraken gemaakt, zoals vb. een twee opinie vragen in geval van twijfel, proefarbeid, de pronostiek voor een volgende bevalling in het dossier noteren i.g.v. een keizersnede.

Het diensthoofd verklaarde het keizersnedenpercentage door bepaalde **gewoontes** die gecreëerd zijn. Zo zijn er in het team van vroedvrouwen, verschillende vroedvrouwen die vrij snel denken dat de arbeid niet zo vlot zal verlopen en dat heeft een versterkende invloed naar de gynaecoloog die beslissing neemt. Deze zal hierdoor sneller geneigd zijn om een keizersnede te doen. Er zijn ook veel jonge assistenten en jonge vroedvrouwen tewerkgesteld die minder ervaring hebben en daardoor minder lang durven afwachten en sneller een keizersnede doen. De gynaecologen doen ook niet aan 'ter plaatse verloskunde', wat volgens het diensthoofd soms een nadeel kan zijn maar ook een voordeel aangezien er misschien nog meer zou ingegrepen worden als de artsen continu aanwezig zouden zijn.

Eén vroedvrouw verklaarde het hoge keizersnedenpercentage door de **organisatie van de verloskunde** in Vlaanderen. Alle normale verloskunde gebeurt door de gynaecoloog die naast zijn/haar bevallingen ook nog een druk operatie- en consultatieschema heeft. Door deze hoge werkdruk, zullen de gynaecologen geneigd zijn om hun werk te plannen en het uitvoeren van keizersneden leent zich hier perfect toe.

3.5. MATERNITÉ 10

Factoren m.b.t. risicoperceptie

De **medico-legale druk** werd in dit ziekenhuis door enkele respondenten in verband gebracht met de privé-setting waarin gewerkt wordt. Een arts die werkzaam is in een academische setting zal zich veiliger voelen en meer durven handelen zoals het hoort. Dit wordt verklaard door het feit dat deze (jonge) artsen het gevoel hebben ingedeekt te worden door hun supervisors. In een kleiner ziekenhuis zijn de artsen volgens verschillende respondenten meer op zichzelf aangewezen en zullen daarom ook sneller ‘op safe spelen’ (lees: sneller een keizersnede uitvoeren). De respondenten verklaren dat de motivatie om keizersneden uit te voeren in vele gevallen angst en ongerustheid is. Voornamelijk één bepaalde gynaecologe is volgens enkele respondenten helemaal niet zelfzeker en erg bang voor een potentieel moeilijke bevalling. Ze is bang voor de rechtbank gedaagd te worden en hierdoor dan niet meer te kunnen werken. Dit is zeker het geval op de momenten dat ze van wacht is en er helemaal alleen voor staat. Sommige respondenten illustreren deze onzekerheid door het feit dat ze systematisch de operatiekamer laat klaarzetten wanneer ze vermoedt dat ze een ventouse zal moeten aanleggen.

Enkele respondenten vertellen dat voornamelijk de jonge artsen bang zijn en verklaren dit voornamelijk door de medico-legale druk. Men is bang om vervolgd te worden voor potentiële problemen met het kind, zelf tot vele jaren na de bevalling. Dit is een belangrijke motivatie om bij een vermoeden van foetale nood sneller over te gaan tot een keizersnede.

Verschillende respondenten verklaren een zeker aantal keizersneden door de **druk van de patiënt** en de wisselwerking die hierdoor ontstaat tussen de arts en de patiënt. De patiënten willen volgens de respondenten geen risico's (meer) lopen, ze willen een perfecte baby en lijken een keizersnede gemakkelijker/comfortabeler te vinden. Ze hebben minder geduld en willen niet afwachten, zeker niet wanneer ze postterm zijn. De patiënten lijken ervan overtuigd te zijn dat het een zwangerschapsduur van meer dan 40 weken, schadelijk is voor de baby. De toekomstige ouders hebben een lage drempelvrees t.o.v. een keizersnede en geven hierdoor de gynaecoloog de pap in de mond. Dit verlaagt op zijn beurt de drempel voor de gynaecoloog, want deze moet volgens de respondenten al erg sterk in de schoenen staan om tegen de druk van de patiënten in te gaan. Zeker wanneer men in het achterhoofd houdt dat bepaalde gynaecologen verklaren dat een keizersnede doen een ‘gemakkelijke’ oplossing is. Dit geldt niet enkel voor de secundaire keizersneden, maar eveneens voor de primaire keizersneden. Sommige respondenten vragen zich af waarom ze een inductie zouden doen waarbij ze het risico lopen op een lange arbeid en uiteindelijk toch een keizersnede zullen moeten uitvoeren. Deze respondenten vinden dat dat ‘het uzelf moeilijk maken’ is. Net zoals de patiënten, lijken de artsen geen geduld meer te hebben volgens sommige respondenten, al zijn er sterke individuele verschillen. Ze lijken geen tijd meer te hebben voor de bevalling, alles moet rap gaan aangezien hun de consultatieruimte vol zit. Dit

heeft niet enkel als gevolg dat ze sneller een keizersnede zullen doen, maar dat ze over heel de lijn sneller zullen interveniëren (vb. sneller een episiotomie uitvoeren, sneller een ventouse aanleggen).

Eén gynaecologe verklaarde haar angst en ongerustheid door de band die ze heeft met haar patiënten. Het is volgens haar erg moeilijk om objectief te blijven bij patiënten die ze later mogelijks zou kunnen tegenkomen vb. in de winkel of bij de kapper. Ze vertelde dat ze bij die patiënten ongeruster is en sneller zal overgaan tot een keizersnede. De idee van deze mensen achteraf nog tegen te komen wanneer er iets zou mislopen, vormde de belangrijkste motivatie hiertoe.

Factoren m.b.t. de zwangerschap

Er werd tijdens de interviews enkele keren aangehaald dat er in dit ziekenhuis geen **STAN[®]-monitor** beschikbaar was. Alle parturiënten worden continu gemonitord met behulp van CTG-monitor en de beperkingen van dit toestel maken het moeilijk om in te schatten of het al dan niet dringend is om een keizersnede uit te voeren. Zo gebeurt het af en toe dat er een dringende keizersnede doorgaat op het operatiekwartier en dat de baby er in perfecte conditie uitkomt. Een STAN[®]-monitor zou dit probleem volgens enkele respondenten kunnen verhelpen en op die manier enkele onnodige keizersnedes vermijden. De reden waarom er (nog) geen STAN[®]-monitor voorhanden is, is omdat de artsen deze volledig zelf moeten financieren. Het ziekenhuis komt hier niet in tussen. Enkele artsen verklaren dat ze voor een dergelijke aankoop veel afdrachten zouden moeten doen en dat ze geen zin hebben om hierdoor bij wijze van spreken 's nacht gratis te moeten werken. Bovendien vertelt één arts dat eens de STAN[®]-monitor beschikbaar zou zijn, ze verplicht zou zijn om bij elke ST-event naar het ziekenhuis te komen wat momenteel met de CTG-monitor niet het geval is.

Het beeld dat gegeven wordt over de **inductie-praktijk** verschilt erg tussen de vroedvrouwen en de gynaecologen. De gynaecologen vertellen dat ze zelden omwille van organisatorische redenen induceren. In uitzonderlijke gevallen doen ze het wel op vraag van de patiënt, maar enkel als de obstetrische situatie erg gunstig (volgens de principes van de Bishop-score) is en als de patiënten in hun ogen een erg goede reden aanhalen (vb. problemen met de opvang van de kinderen is geen goede reden, partner in het buitenland is wel een goede reden). Patiënten induceren voor dat de arts op verlof gaat, is iets wat volgens hen niet gebeurt. De reden hiervoor is dat ze over een goed uitgebouwd wachtsysteem beschikken en dat de patiënten het geen probleem vinden om bij de arts van wacht te bevallen. Een enkele collega induceert soms om organisatorische redenen aangezien deze zodanig veel werk heeft en op die manier de situatie leefbaar probeert te houden.

De vroedvrouwen vertellen dat iedere arts een inductie-dag heeft. Dit wil zeggen dat alle inducties van een bepaalde arts op één dag in de week worden gepland. Die dag is de dag waarop de arts in kwestie in het ziekenhuis aanwezig is en zijn/haar consultaties doet. Indien er al verschillende inducties op de inductie-dag van dezelfde arts zijn gepland, moet de bijkomende inducties georganiseerd worden op de dag van een andere arts. De vroedvrouwen rapporteren dat vroeger bij alle à terme vrouwen een inductie gepland werd, bij sommige artsen gebeurde dit los van het feit of de obstetrische situatie al dan niet gunstig was. Ze vertellen eveneens dat ze inductie-pieken vaststellen voor bepaalde artsen op verlof vertrekken. Het aantal inducties hangt volgens hun ook sterk samen met de werkplanning van de artsen. Het feit of de consultatie al dan niet is volgeboekt, speelt een duidelijke rol. De vroedvrouwen geven aan dat in vergelijking

met vroeger de situatie verbeterd is. Vroeger waren alle vrouwen die geïnduceerd werden, bevallen voor 16u en dat is nu minder het geval.

Factoren m.b.t. organisatie van het ziekenhuis

De beslissing om een (primaire en secundaire) keizersnede toe doen is een **individuele en autonome** beslissing van de behandelende arts, ook het diensthoofd speelt geen leidinggevende rol hierin. Net zoals in de andere ziekenhuizen volgt de vroedvrouw de arbeid op en belt ze de gynaecoloog als er zich een probleem voordoet. Deze komt dan ter plaatse en beslist zelfstandig wat de volgende stappen zijn. Bepaalde gynaecologen overleggen met de vroedvrouwen, anderen doen dat helemaal niet. De vroedvrouwen geven aan dat ze het gevoel hebben weinig impact te hebben op de beslissing van de gynaecoloog. Er wordt voornamelijk wrovel gerapporteerd tussen de vroedvrouwen en één bepaalde gynaecoloog. De vroedvrouwen gaan niet akkoord met de beslissingen van die bepaalde arts omdat deze volgens hun onverantwoorde beslissingen neemt gebaseerd op onzekerheid, angst voor medico-legale gevolgen en gemakszucht.

De beslissing om een keizersnede uit te voeren is in dit ziekenhuis geen teambeslissing. In uitzonderlijke gevallen wordt er advies gevraagd aan een collega als deze toevallig aanwezig is op het verloskwartier.

Uit de interviews komt naar voor dat de structurele organisatie van **privé-artsen** een duidelijke impact heeft op het verloskundige beleid van dit ziekenhuis. De artsen werken erg individueel, er wordt niet gewerkt met assistenten, de artsen krijgen geen vast loon en staan zelf financieel in voor de infrastructuur. Ze vertellen dat ze 's nachts moeten opstaan voor hun eigen patiënten en de dag erna niet kunnen recupereren omdat hun consultatie volgeboekt is tot 's avonds laat. Vergaderingen zijn niet gemakkelijk te organiseren aangezien iedereen thuis in zijn eigen privé-praktijk werkt.

Er worden geen structurele intervisievergaderingen georganiseerd. Naar aanleiding van dit onderzoek werd er wel een samenkomst georganiseerd waar het aantal keizersneden en de indicaties besproken werden. Het recente nieuwe diensthoofd heeft eveneens aan een collega (noot: diegene met het hoogste aantal keizersneden) gevraagd om een analyse te maken van de indicaties voor de keizersnede- van de laatste 6 maanden en dit zal tijdens een dienstvergadering besproken worden. Er wordt aangegeven dat het beleid van het nieuwe diensthoofd reeds een duidelijke impact heeft. Zij voert duidelijk een beleid om het aantal keizersneden naar beneden te halen en dit heeft als resultaat dat het aantal inducties reeds gedaald is. Ze wil evolueren naar een structuur waar meer gewerkt wordt in dienstverband, met interne afspraken en protocollen. Door het creëren van die structuur wil ze een goede verstandhouding scheppen waarbij de meer onderlinge hulp is tussen de collegae artsen.

QUATRIEME PARTIE :

DISCUSSIONS ET

CONCLUSIONS

1. ANALYSE DES RÉSULTATS

1.1. PROCÉDURE D'ANALYSE

1.1.1 *Bref rappel de la procédure d'analyse*

La procédure d'analyse est décrite de manière détaillée dans la deuxième partie de ce rapport. Cependant, pour faciliter la compréhension de la logique des conclusions, nous jugeons utile de la rappeler brièvement ici. Afin de permettre une comparaison entre les maternités, les chercheurs ont construit des transversalités avec l'aide des experts. Les transversalités sont des caractéristiques par rapport auxquelles toutes les maternités peuvent être positionnées. Elles trouvent leur fondement dans les éléments repris dans les profils des maternités et dans l'analyse globale. En ce sens, les transversalités opèrent une condensation de la densité des informations de chaque profil puisque les éléments estimés trop particuliers, parfois liés au contexte local de chaque maternité, n'ont pas été pris en compte dans les transversalités.

1.1.2. *Des transversalités aux indicateurs*

En référence à la théorie des cadres (Goffman, 1974), les transversalités représentent des indicateurs du contexte de prise de décisions. Cela revient à dire que chaque prise de décisions de césarienne est vraisemblablement et potentiellement influencée par ces éléments de contexte, par ces indicateurs transversaux.

Tous les indicateurs ont été scrupuleusement traduits puis inscrits dans un tableau. Chaque ligne du tableau correspond à un indicateur (exprimé en français et en néerlandais) classé sous une catégorie générale. Six catégories sont utilisées : « l'organisation de la maternité », « le rôle du chef de services », « le rôle des sages-femmes », « la culture de travail partagée », « l'induction, la qualité de vie du gynécologue », « la gestion de la pression médico-légale et la gestion de la pression parentale ».

Chaque indicateur est formulé sous la forme d'une proposition orientée : elle est favorable ou défavorable à une décision de césarienne. Les indicateurs favorables à une décision de césarienne sont identifiables par leur case colorée en orange.

Il faut garder présent à l'esprit que ces indicateurs reprennent à chaque fois non pas une observation des pratiques mais des discours sur les pratiques : en ce sens chaque indicateur devrait être précédé de cette précaution : « La majorité des personnes interviewées disent ... ».

Chaque chercheur a évalué les maternités relevant de son régime linguistique sur l'ensemble des indicateurs. Les membres référents des équipes de recherche et des experts sont intervenus afin de valider le jugement posé par les chercheurs. Chaque indicateur est évalué dans les profils de maternité selon cette échelle d'intensité :

très présent	(▲)
présent	(▶)
peu/pas présent	(▼)
indéterminable	(?).

Cependant, trois indicateurs **8(a,b,c)**, **12(a,b,c)**, **23(a,b,c)** sont constitués au départ de propositions mutuellement exclusives. Aussi, la signification des signes (▲)(►)(▼) s'en trouve-t-elle modifiée. Chacune des propositions correspond à un seul niveau de l'échelle.

Proposition favorable à la diminution très présente	(▲)
Proposition dont l'influence sur le taux de césariennes peut être à la fois favorable et défavorable à une diminution est très présente	(►)
Proposition peu/pas favorable à la diminution du taux de césariennes très présente	(▼)
indéterminable	(?).

1.1.3. Interprétation du tableau des indicateurs

Il s'agit de vérifier l'hypothèse selon laquelle certaines configurations d'indicateurs sont liées à un taux élevé ou bas de césariennes. Après évaluation des indicateurs pour chaque profil de maternité, celles-ci ont été regroupées selon leur taux de césariennes. L'interprétation du tableau vise à établir les indicateurs qui distinguent les maternités selon leur taux de césariennes.

Les indicateurs doivent être considérés dans leur dynamique et en interaction les uns avec les autres. L'analyse consiste donc à repérer des configurations d'indicateurs qui favorisent les décisions de césariennes de la maternité, parce que se développent entre eux des phénomènes de synergie, de renforcement réciproque. Il ne s'agit pas de faire des hypothèses de lien causal entre les taux de césariennes et un indicateur isolé. C'est à partir de ces configurations que les recommandations seront formulées.

Dans le but de faciliter la formulation de recommandations, les indicateurs ont été classés dans le modèle des cadres de l'expérience (Goffman, 1974). Pour rappel, les cadres de l'expérience désignent les éléments dont les professionnels tiennent compte lors d'une prise de décision de césarienne (grossesses à bas risques).

- Les cadres primaires sont modulés par l'expérience des professionnels.
- Les cadres secondaires sont modulés par les règles et normes sociales, scientifiques, ou relevant de la politique de la maternité.

Le tableau ci-dessous montre la répartition des indicateurs entre les cadres primaires et secondaires. Cette répartition permet, lors de l'analyse, de mobiliser les « jeux » existant entre les cadres primaires et secondaires au niveau d'une maternité. La classification entre les cadres primaires et secondaires distingue ce qui fait référence à l'expérience pratique individuelle et ce qui fait référence à la politique institutionnelle.

Bien que l'on parle ici d'expérience professionnelle, ce qui pourrait facilement être assimilé à la notion de pratique individuelle avec toute la diversité que cela suppose au sein d'une même maternité, on se réfère aux caractéristiques de l'expérience professionnelle telles qu'elles sont partagées par les professionnels d'une même maternité. Dans le cadre primaire, on retrouve donc des indicateurs qui composent le substrat collectif et local des pratiques individuelles.

Répartition des indicateurs entre cadres primaires et cadres secondaires	
Cadres primaires	Cadres secondaires
1, 3, 9, 11, 14, 18, 19, 20, 21, 22, 23(abc), 24,25, 26, 27	2, 4, 5, 6, 7, 8(abc), 10, 12(abc), 13, 15, 16, 17
Modulés par l'expérience	Modulés par les normes
Les numéros renvoient aux indicateurs du tableau de synthèse	

Tableau 2 : Répartition des indicateurs entre cadres primaires et secondaires

1.2. RÉSULTATS COMPARATIFS

1.2.1 *Similitudes entre toutes les maternités en faveur d'une décision de césarienne*

Toutes les maternités, qu'elles soient à bas, moyen ou haut taux de césariennes, partagent les mêmes indicateurs. Ces indicateurs se situent dans différentes catégories liées à l'organisation de la maternité, à la culture de travail, à la gestion de la pression médico-légale et à la qualité de vie du gynécologue. Les indicateurs [11, 12ab, 18, 19, 22, 27]¹⁸ appartiennent aux cadres primaires, ceux qui sont modulés par l'expérience. Les indicateurs [12ab] participent des cadres primaires en ce qu'ils désignent les pratiques, les stratégies de communication et d'influence déployées par les sages-femmes, souvent contre les gynécologues désignés comme « césarisant ».

Il existe donc un socle commun partagé par toutes les maternités constitué de :

- Utilisation d'outils de surveillance de la souffrance foetale autres que le monitoring [11] ;
- Rôle, le plus souvent officieux, des sages-femmes dans le processus de décision [12ab],
- Difficultés de lecture des monitorings [18] ;
- Manque d'expérience, ou d'un sentiment de compétence bas lié à une surestimation du risque [19] ;
- Formation des jeunes gynécologues [22] ;
- Qualité de vie des gynécologues [27].

Tous ces éléments ont été mentionnés par les professionnels et sont interprétés par les chercheurs comme des facteurs favorisant la décision de réaliser une césarienne pour une grossesse à bas risque. Il existerait donc des cadres primaires favorables à la césarienne et qui seraient communs à toutes les maternités. Or, malgré cela, certaines maternités possèdent un taux plus bas que d'autres.

¹⁸ Les numéros entre [] renvoient aux indicateurs du tableau de synthèse

Maternité		2	3	5	9	7	11	12	1	4	6	8	10
	Taux réels	▼	▼	▼	▼	▼	▶	▶	▲	▲	▲	▲	▲
	Taux estimés par les experts	▼	▼	▼	▶	▼	▶	▼	▲	▲	▲	▲	▲
ID	Transversalités												
	Chef de services (gynécologues, sages-femmes)												
11/P	D'autres outils de surveillance (STAN, pH) sont utilisés en plus du monitoring <i>Naast het CTG worden andere methoden (STAN, pH-metrie) gebruikt om de foetus te monitoren</i>	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▶	▲	▲	▲	▲	▲
	Rôle des sages-femmes dans la décision												
12a/P	Les sages-femmes ont officiellement un rôle dans la décision <i>De vroedvrouwen hebben een officiële rol in het beslissingsproces</i>												
12b/P	Les sages-femmes prennent officiellement un rôle dans la décision <i>De vroedvrouwen hebben een officiële rol in het beslissingsproces</i>	▲	▶	▲	▶	▶	▼	▼	▶	▶	▶	▶	▶
12c/P	Les sages-femmes n'ont aucun rôle dans la décision <i>De vroedvrouwen hebben geen rol in het beslissingsproces</i>												
	Culture de travail partagée												
18/P	Les professionnels mentionnent des difficultés dans l'interprétation du monitoring <i>De zorgverleners vermelden moeilijkheden mbt de interpretatie van de monitoring</i>	▶	▶	▶	▲	▲	▲	▲	▶	▶	▶	▲	▲
	Gestion de la pression médico-légale												
19/P	Le manque d'expérience, une baisse du sentiment de compétence ou une perte de confiance induisent une surestimation du risque <i>Het gebrek aan ervaring of het gevoel van beperkte vaardigheden, leidt tot een overschatting van de risico's</i>	▲	▲	▲	▲	▶	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
22/P	La formation initiale des "jeunes" est fréquemment évoquée pour expliquer l'attitude des gynécologues <i>De initiële opleiding van de jonge artsen wordt vaak aangehaald om de attitude van de artsen uit te leggen</i>	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
	Qualité de vie du gynécologue												
27/P	La qualité de vie des gynécologues est mentionnée comme un facteur favorable à l'induction/césarienne <i>De levenskwaliteit van de gynaecologen wordt vermeld als een factor pro-inductie/keizersnede</i>	▼	▲	▶	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲

Tableau 3 : Les indicateurs partagés par les maternités

1.2.2. Là où les différences fondamentales s'observent entre maternités à bas et haut taux de césariennes

Si les maternités présentent un socle commun des cadres primaires de l'expérience, les indicateurs discriminants les maternités à haut taux et à bas taux [1, 4, 13, 15, 14, 23a, 25] se répartissent à la fois dans les cadres primaires [1, 14, 23a, 25] et les cadres secondaires [4, 13, 15].

Du côté des cadres primaires, les différences semblent s'articuler autour de la gestion des situations d'isolement, de l'existence et de l'animation d'une culture de travail partagée (culture d'équipe) en faveur d'un accouchement physiologique, d'une organisation de la gestion de la pression parentale et de l'utilisation d'arguments qui légitiment les décisions d'induction.

En matière d'organisation de la maternité, nous pouvons observer que les situations d'isolement [1], l'absence d'un deuxième avis [4] existent différemment dans la dynamique des maternités à bas et à haut taux. En effet, l'organisation des maternités à bas taux de césariennes prévoient des manières de gérer les situations d'isolement et institutionnalisent un deuxième avis systématique.

Les caractéristiques de la culture d'équipe permettent de repérer d'autres différences entre les maternités. En particulier, les maternités à bas taux se distinguent par l'existence d'une philosophie de travail en faveur de l'accouchement physiologique [13] et une culture soutenue par l'existence de réunions, de staffs et de formations [15]. La culture des maternités à bas taux ne prend pas pour référence le bien-être de l'enfant pour justifier de pratiquer une césarienne [14].

La gestion de la pression médico-légale est commune à l'ensemble des maternités, mais au sein des maternités à bas taux, on n'évoque pas la pratique qui consiste à « détourner » les indications des outils du suivi pour justifier une césarienne [20]. De même, la gestion de la pression parentale¹⁹ pose une distinction. Toutes les maternités à bas taux considèrent cette pression comme un élément propre à l'accompagnement des futurs parents pendant la grossesse [23a].

¹⁹ Dans une thèse de doctorat récemment publiée, l'auteure décrit la structure des relations entre les gynécologues et les parturientes (Jacques B., p. 97-120). Elle met en évidence l'existence de quatre types de relations allant de la confiance « dépersonnalisée » à la confiance « partenariat ». La confiance dépersonnalisée, plus fréquente auprès des femmes appartenant à la classe populaire et primipare, se construit sur la reconnaissance de la légitimité et de l'expertise médicale. La confiance « totale » repose elle sur une relation privilégiée entre la parturiente et « son » gynécologue. Deux autres types de relations émergent ces dernières années : la « confiance de processus » et, plus rare, la « confiance de partenariat ». La confiance de processus n'est jamais acquise, le médecin doit tout au long de la grossesse démontrer sa compétence et faire preuve de ses qualités relationnelles. La confiance partenariat désigne une demande d'accompagnement personnalisée de la part de la parturiente et une relation démedicalisée. La pression parentale décrite dans ce rapport s'inscrit dans ces types de relations et plus particulièrement, dans le cas des grossesses à bas risque, dans des relations de « confiance de processus ».

Enfin, la gestion et l'utilisation de l'induction sont très contrastées entre les maternités à bas et à haut taux. Principalement, les maternités à haut taux se caractérisent par une culture du « oui [il y a la règle] mais [il y a toujours des circonstances] », pour déroger aux indications de césariennes²⁰. Les professionnels y mentionnent de fréquentes utilisations des « zones grises » des tests et scores, qui laissent une part à la subjectivité des jugements, pour justifier des décisions de césariennes dans les cas limites. [25].

Ainsi les indicateurs qui distinguent les maternités à bas et à haut taux sont :

- Les situations d'isolements des professionnels [1]
- L'absence d'un deuxième avis [4]
- L'existence d'une philosophie de travail en faveur de l'accouchement physiologique [13]
- Une culture soutenue par l'existence de réunions, de staffs et de formations [15].
- La culture des maternités à bas taux n'intègre pas la valeur qu'il est préférable de pratiquer une césarienne pour le bien-être de l'enfant [14].
- La pression parentale comme un élément propre à l'accompagnement des futurs parents pendant la grossesse [23a]
- Les professionnels y mentionnent de fréquentes instrumentalisation des « cas limitent », les « zones grises », la part de subjectivité du jugement des tests et scores [25]

1.2.3. L'induction comme différence entre les bas taux et les taux moyens :

Les maternités à taux moyens ont souvent des configurations similaires à celles des bas taux. La différence notable se situe dans la gestion de l'induction, où les configurations des maternités à taux moyens tendent à se rapprocher de celles à haut taux [24, 25]

²⁰ Cette culture du « oui [il y a la règle], mais [il y a toujours des exceptions] » est à rapprocher des attitudes des gynécologues face aux demandes des parturientes (Jacques B, p. 119-121). L'attitude libérale consiste à répondre à la demande de la patiente mais en référant aux critères médicaux. L'attitude moraliste consiste à réguler la demande en instrumentalisant les textes, ou à faire appel à des critères moraux propres aux médecins, ou à faire appel à son expérience professionnelle.

Maternité		2	3	5	9	7	11	12	1	4	6	8	10
Taux réels		▼	▼	▼	▼	▼	▶	▶	▲	▲	▲	▲	▲
Taux estimés pzz les experts		▼	▼	▼	▶	▼	▶	▼	▲	▲	▲	▲	▲
ID	Transversalités												
	Organisation de la maternité												
1/D	En situation d'isolement, les professionnels décident plus facilement de pratiquer une césarienne <i>Als de zorgverleners alleen zijn, beslissen ze gemakkelijker/snel om een keizersnede uit te voeren</i>	▼	▶	▼	▶	▶	▶	▶	▼	▲	▶	▲	▲
4/D	Les décisions de césarienne (grossesse à bas risques) se prennent le plus souvent en équipe, en intervision, deuxième avis <i>De beslissing om een keizersnede (taagsico) uit te voeren wordt meestal in team genomen, tijdens de intervisie, met behulp van een tweede advies</i>	▲	▶	▲	▲	▲	▲	▲	▼	▶	▼	▲	▲
5/D	Un référentiel écrit et actualisé est disponible pour tous les professionnels de la maternité (le référentiel ne précise pas les indications) <i>Een geschreven up-to-date protocol is beschikbaar voor alle zorgverleners (indicaties zijn niet gespecificeerd in het protocol)</i>	▲	▶	▲	▼	▼	▲	▶	▶	▼	▼	▼	▼
	Culture de travail partagée												
13/D	Il existe une philosophie de travail favorable à l'accouchement physiologique partagée par la plupart des professionnels <i>Er wordt door de meeste zorgverleners een pro-fysiologische werkwijde gedeeld</i>	▲	▶	▲	▶	▲	▶	▶	▼	▼	▶	▶	▶
14/D	La culture des gynécologues de la maternité reconnaît qu'il est moins risqué de pratiquer une césarienne pour la santé de l'enfant <i>De werkwijde van de gynaecologen erkent dat het voor de baby minder risico's inhoudt om een keizersnede uit te voeren</i>	▼	▲	▼	▶	▶	▶	▶	▲	▲	▲	▲	▶
15/D	La culture de travail est soutenue par des réunions, staff, intervisions, ... <i>De werkwijde wordt ondersteund door (staf)vergaderingen, intervisie</i>	▲	▶	▲	▶	▲	▶	▶	▶	▼	▼	▶	▶
	Gestion de la pression médico-légale												
20/D	Les instruments de suivi du travail sont utilisés comme arguments pour justifier la pratique des césariennes (partogramme, monitoring) <i>De instrumenten voor de opvolging van de arbeid worden gebruikt om de praktijk te rechtvaardigen (partogram, monitoring)</i>	▼	▲	▼	▲	▶	▶	▶	▲	▲	▶	▲	▲
	Gestion de la pression parentale												
23a/D	La pression parentale est tempérée parce qu'elle est considérée comme un facteur de l'accompagnement des parents <i>De druk van de ouders wordt getemperd omdat dit gezien wordt als een onderdeel van de begeleiding van de ouders</i>	▲	▲	▲	▶	▶	▶	▶	▶	▼	▶	▶	▶
23b/D	La pression parentale est subie et augmente la perception des risques médico-légaux (peur des procès) et psychosociaux <i>De druk van de ouders wordt ondergaan en doet de perceptie omtrent de medico-legale risico's stijgen (angst voor processen, klachten)</i>	▲	▲	▲	▶	▶	▶	▶	▶	▼	▶	▶	▶
23c/D	La pression parentale est acceptée parce que les options des parents est une opportunité pour justifier la pratique <i>De druk van de ouders wordt aanvaard omdat het de kans biedt om de praktijk te verantwoorden</i>	▼	▶	▼	▶	▶	▶	▶	▲	▲	▶	▲	▶
	Induction												
24/D	Les professionnels mentionnent fréquemment des arguments qui justifient la décision d'induire pour convenance <i>De zorgverleners vermelden vaak argumenten die inductie omwille van commoditeit, verantwoorden</i>	▼	▲	▼	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▶	▲	▲
25/D	Les professionnels instrumentalisent les "limites" des scores, tests, du vérifiable pour légitimer leur décision (zone grise) <i>De zorgverleners instrumentalisieren de grenzen van scores, tests, het controerebare, om hun beslissing te verantwoorden (grijze zone)</i>	▼	▲	▼	▲	▶	▲	▲	▲	▲	▶	▲	▶

Tableau 4 : Les indicateurs qui distinguent les taux de césarienne

1.2.4. Les indicateurs non discriminants

Près d'un tiers des indicateurs ne font partie ni du socle commun ni des caractéristiques discriminantes entre maternités à haut taux et à bas taux : [2], [3], [6], [7], [8], [9], [10], [16], [17], [21], [26]. Ainsi, sur une majorité de ces indicateurs, les maternités 9 et 10, pourtant à haut taux, n'ont pas des profils très différenciés des maternités 2 et 3, à bas taux. Il reste donc à établir la manière dont ces indicateurs agissent localement et d'envisager si la prise en compte de ces indicateurs serait susceptible d'améliorer le taux de césariennes des maternités. On trouvera dans la conclusion une hypothèse sur les modes d'action de ce type de caractéristiques²¹.

Il n'est pas possible d'envisager toutes les configurations possibles, les dynamiques possibles en lien avec ces indicateurs. Par contre, il nous paraît intéressant d'en discuter certaines, choisies parce qu'elles fournissent un éclairage sur les indicateurs du socle commun et les indicateurs discriminants.

Parmi les maternités à bas taux, seules deux maternités (5, 7) ont mis en place des procédures formalisées de communication de la souffrance fœtale ; deux autres ont des procédures de communication peu formalisées (2, 9) et l'une n'en a pas du tout (3). Si aucune maternité à haut taux n'affiche des procédures formalisées, trois d'entre elles présentent des procédures de communication peu formalisées (4, 8, 10). Impossible donc de conclure que la mise en place formalisée de ce type de procédure soit un facteur déterminant.

Une très grande disparité existe quant à l'existence et au respect des directives du chef de service. L'impact du chef de service est constaté dans deux des 5 maternités à bas taux. Là non plus, il n'est pas possible de tirer des conclusions significatives.

Les indicateurs non discriminants devraient être considérés comme ambivalents, c'est-à-dire que leur rôle dans la dynamique de la maternité peut difficilement être relié de manière univoque au taux de césariennes. Cependant, si ces indicateurs sont secondaires, ils ne seraient pas sans effet : leur présence agirait en synergie avec les indicateurs du socle commun et les indicateurs discriminants. Analyser les effets de ces indicateurs non discriminants dépasse le cadre méthodologique de cette recherche, cela nécessiterait d'approfondir l'observation et l'analyse des pratiques des maternités.

Cependant, nous pouvons identifier certaines de leurs interactions à titre d'exemples de l'intérêt d'une telle analyse. Toutes les maternités utilisent des instruments de mesure de la souffrance fœtale. De plus, dans toutes les maternités, les professionnels ont mentionné des difficultés à analyser les monitorings. A ceci, il faut ajouter le fait que les gynécologues tentent de préserver leur qualité de vie.

Si l'on observe la présence de l'indicateur lié à la « liberté décisionnelle », il n'est pas discriminant entre les bas et les haut taux. Pourtant, cet indicateur ne joue pas toujours le même rôle. Ce rôle se précise à la lecture des profils des maternités. Dans la maternité à bas taux, la liberté décisionnelle, même si elle appartient au gynécologue, est encadrée par l'existence d'intervision, de référentiel et d'une culture favorable à l'accouchement physiologique. A l'inverse, il semblerait que la liberté décisionnelle prend une autre signification dans les maternités à haut taux. Là, les professionnels sont plus enclins à assurer

²¹ L'impossibilité de classer ces indicateurs peut être expliquée par le fait que les questions posées lors des entretiens ne permettent pas d'aborder ces indicateurs, où que le petit nombre de l'échantillon (12 maternités) ne permet pas de les discriminer.

leur liberté décisionnelle, non plus en lien avec des guidelines, mais plutôt en lien avec la possibilité d'interpréter les zones grises ou de justifier leur décision.

Maternité		Bas taux					Moyen taux		Hauts Taux				
		2	3	5	9	7	11	12	1	4	6	8	10
	Taux réels	▼	▼	▼	▼	▼	▶	▶	▲	▲	▲	▲	▲
	Taux estimés pzz les experts	▼	▼	▼	▶	▼	▶	▼	▲	▲	▲	▲	▲
ID	Transversalités												
	Organisation de la maternité												
2/I	Les relations interpersonnelles entre les professionnels créent un climat de confiance dans le travail courant <i>De relatie tussen de zorgverleners creëert een klimaat van vertrouwen, beïnvloedt de manier van beslissen en de manier van werken</i>	▲	▲	▲	▼	▼	▲	▶	▶	▲	▶	▶	▲
3/I	Un bloc opératoire est disponible sur le plateau <i>Er is een operatiekamer in het verloskwartier</i>	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▼	▶	▲	▲	▲
6/I	L'organisation de la garde diminue le stress des professionnels (notamment la continuité de l'info pendant la garde) <i>De organisatie van de wacht vermindert de stress van de zorgverleners (ter plaatse, continuïteit van informatie tijdens de wacht)</i>	▲	▼	▲	▶	▶	▶	▶	▼	▼	▶	▶	▲
7/I	L'équipe est essentiellement composée de gynécologues indépendants <i>De ploeg bestaat grotendeels uit zelfstandige gynaecologen</i>	▲	▲	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▲	▲	▶	▶
	Chef de services (gynécologues, sages-femmes)												
8a/I	Le chef de service fait appliquer des directives de service ou développer/contrôle la gestion de qualité des soins <i>Het diensthoofd doet het beleid naleven of ontwikkelt/controleert de kwaliteit van de zorgverlening</i>												
8b/I	Les directives du chef de service existent mais ne sont pas appliquées par l'ensemble des professionnels <i>Het diensthoofd voert een bepaald beleid, maar het wordt door de zorgverleners niet toegepast</i>	▲	▶	▲	▼	▼	▼	▼	▶	▶	▼	▼	▶
8c/I	Les directives du chef de service n'existent pas <i>Er is geen beleid van het diensthoofd</i>												
9/I	Il n'y a pas de leader (pas nécessairement le chef de service) parmi les gynécologues dans la prise de décision <i>Er is in het beslisingsproces mdt de keizersneden, geen leidinggevende (niet noodzakelijk het diensthoofd) arts onder de gynaecologen</i>	▼	▶	▼	▲	▲	▲	▲	▶	▲	▶	▲	▲
10/I	La direction de l'hôpital se préoccupe du taux de césarienne (audit, stat, interventions, ...) <i>De directie van het ziekenhuis houdt zich bezig met het keizersnedenpercentage (audit, statistieken, interventie, ...)</i>	▲	▶	▶	▶	▶	▶	▶	?	?	▶	▶	▲
	Culture de travail partagée												
16/I	La culture de travail est soutenue par les relations interpersonnelles <i>De werkideologie wordt ondersteund door de interpersoonlijke realties</i>	▲	▶	▲	▶	▲	▶	▶	▶	▲	▶	▶	▶
17/I	Le service a mis en place des procédures d'interprétation et de communication de la souffrance foetale (monito, stan, pH) <i>De dienst beschikt over het materiaal en de procedures voor de interpretatie en communicatie van foetale nood (monitoring, stan, pH)</i>	▶	▼	▲	▶	▲	▶	▶	▼	▶	▼	▶	▶
	Gestion de la pression médico-légale												
21/I	Les instruments de suivi du travail sont perçus comme une menace <i>De instrumenten voor de opvolging van de arbeid worden beschouwd als een bedreiging</i>	▼	▲	▼	▲	▲	▲	▲	▶	?	▶	▲	▲
	Induction												
26/I	La « liberté décisionnelle » est interprétée comme la souveraineté du jugement médical du gynécologue <i>Beslissingsvrijheid wordt geïnterpreteerd als een alleenheersend medisch oordeel van de arts (therapeutische vrijheid)</i>	▼	▶	▶	▲	▲	▲	▲	▶	▶	▶	▲	▲

Tableau 5 : Les indicateurs non discriminants

2. DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

Suite à l'analyse, nous sommes en mesure de présenter un classement des indicateurs selon qu'ils sont :

- des conditions partagées par toutes les maternités et dont la gestion peut expliquer; les conditions de la diminution du taux de césariennes ;
- des conditions qui distinguent les bas taux et les haut taux ;
- des conditions non discriminantes avec effet potentiel.

2.1. UNE CULTURE INDIVIDUELLE PROFESSIONNELLE ET UNE CULTURE INSTITUTIONNELLE

Ce classement met en évidence que les critères partagés par l'ensemble des maternités (bas, moyens et haut taux) se situent dans les cadres primaires. Il semblerait que la pratique individuelle constitue le socle de l'obstétrique dans la prise de décision de césariennes pour des grossesses à bas risques. Le fait que certains traits de la pratique individuelle soient communs à l'ensemble des maternités laisse, vraisemblablement, supposer qu'il s'agit de « manières de prendre des décisions » culturelles dans le champ de l'obstétrique belge. Les changements techniques, les changements théoriques, les articles et normes de références, les changements sociaux, bref un certain poids de l'histoire de la constitution des pratiques obstétricales, peuvent expliquer l'existence de cette culture. A titre de contre-exemple, les professionnels ayant travaillé à l'étranger n'adhèrent pas entièrement à cette culture.

Plusieurs de ces indicateurs, selon notre interprétation, ont été désignés par les professionnels comme favorables à l'augmentation du taux de césariennes pour les grossesses à bas risques [18,19, 22, 27]. Le rôle des indicateurs [11 et 12] est plus ambigu.

La question qui se pose est alors la suivante : si toutes les maternités partagent des facteurs favorables à l'augmentation du taux de césariennes pour la grossesse à bas risques, alors quels sont les traits des maternités à bas taux, qui contrecarrent ces facteurs partagés ? Et, en termes de pistes d'action, ces traits relèvent-ils de l'expérience de la pratique individuelle ou de la politique de l'institution ?

Comme le montre le tableau (p. 81), les indicateurs qui distinguent les maternités à haut et à bas taux, s'inscrivent dans une configuration qui mêle les cadres primaires et les cadres secondaires. Ils relèvent donc de l'expérience individuelle et de la politique de la maternité. Donc, autrement dit, il y a des facteurs individuels qui dans un contexte donné favorisent la décision vers un accouchement physiologique pour les grossesses à bas risques :

- le fait de ne pas être seul en période de garde ;
- ne pas avoir une représentation positive de la césarienne en terme de risques pour l'enfant ;
- gérer la pression parentale ;
- ne pas instrumentaliser les « zones grises » ou justifier une décision par une surpathologisation.

Mais, ces facteurs individuels de la décision sont potentialisés par des caractéristiques du contexte institutionnel et organisationnel de la maternité, exprimées sous la forme de politique institutionnelle. Il s'agit de :

- la prise de décisions collectives ;
- l'existence et l'utilisation d'un référentiel mis à jour ;
- l'existence d'une philosophie favorable à l'accouchement physiologique ;
- l'existence de stratégies pour soutenir une culture de travail

Indicateurs partagés par toutes les maternités		Indicateurs qui distinguent les maternités à bas taux et à hauts taux-Politiques et normes de l'hôpital	Indicateurs non discriminants, avec effet potentiel
Conditions de fragilité des pratiques professionnelles			Discussion et conclusions
[11] Utilisation d'autres outils de surveillance D'autres outils de surveillance (STAN, pH) sont utilisés en plus du monitoring		[1] En situation d'isolement, les professionnels décident plus facilement de pratiquer une césarienne	[2] Les relations interpersonnelles entre les professionnels créent un climat de confiance dans le travail courant
[12b] Les sages-femmes prennent officieusement un rôle dans la décision		[4] Les décisions de césarienne (grossesse à bas risques) se prennent le plus souvent en équipe, en intervision, deuxième avis	[3] Un bloc opératoire est disponible sur le plateau
[18] Les professionnels mentionnent des difficultés dans l'interprétation du monitoring		[5] Un référentiel écrit et actualisé est disponible pour tous les professionnels de la maternité	[6] L'organisation de la garde diminue le stress des professionnels (notamment la continuité de l'infirmière référentiel ne précise pas les indications pendant la garde)
[19] Le manque d'expérience, une baisse du sentiment de compétence ou une perte de confiance induisent une surestimation du risque		[13] Il existe une philosophie de travail favorable à l'accouchement physiologique partagée par la plupart des professionnels	[7] L'équipe est essentiellement composée de gynécologues indépendants
[22] La formation initiale des "jeunes" est fréquemment évoquée pour expliquer l'attitude des gynécologues		[14] La culture des gynécologues de la maternité reconnaît qu'il est moins risqué de pratiquer une césarienne pour la santé de l'enfant	[8a] Le chef de service fait appliquer des directives de service ou développe/contrôle la gestion de la qualité des soins
[27] La qualité de vie des gynécologues est mentionnée comme un facteur favorable à l'induction/césarienne		[15] La culture de travail est soutenue par des réunions, staff, intervisions, ...	[9] Il n'y a pas de leader (pas nécessairement le chef de service) parmi les gynécologues dans la prise de décision
		[23a] La pression parentale est tempérée parce qu'elle est considérée comme un facteur de l'accompagnement des parents	[10] La direction de l'hôpital se préoccupe du taux de césariennes (audit, stat, intervisions, ...)
		[20] Les instruments de suivi du travail sont utilisés comme arguments pour justifier la pratique de césariennes (partogramme, monitoring)	[16] La culture de travail est soutenue par les relations interpersonnelles
Cadre primaire	Pratique individuelle	[24] Les professionnels mentionnent fréquemment des arguments qui justifient la décision d'induire pour convenance	[17] Le service a mis en place des procédures d'interprétation et de communication de la souffrance fœtale (monito, STAN, pH)
Cadre secondaire	Politique de la maternité		
		[25] Les professionnels instrumentalisent les "limites" des scores, tests, du vérifiable pour légitimer leur décision (zone grise)	[21] Les instruments de suivi du travail sont perçus comme une menace
			[26] La « liberté décisionnelle » est interprétée comme la souveraineté du jugement médical du gynécologue

Tableau 6 : Classements des indicateurs selon leur lien avec la décision de césarienne

Le déploiement concret de ces indicateurs, c'est-à-dire la manière dont ils existent et ont des effets au sein d'une maternité, pourrait constituer une dynamique favorable à l'accouchement physiologique pour les grossesses à bas risques. Cette dynamique serait suffisante pour compenser les facteurs défavorables. La lecture des profils des maternités à bas taux (MAT2, MAT3, MAT5, MAT7, MAT9) montre clairement ce phénomène. Il apparaît aussi mais dans une moindre mesure pour les taux moyens : MAT 11 et MAT 12.

Une explication du taux de césariennes pourrait se situer dans la capacité/possibilité d'une maternité à développer une culture de travail partagée et soutenue par une politique explicite, c'est-à-dire à permettre une modulation des expériences des professionnels en fonction de cadres et de référentiels explicites

2.2. DES RECOMMANDATIONS

...à propos des conditions partagées : soutenir les professionnels

Une partie des indicateurs reflète l'insécurité et la fragilité des professionnels les plus jeunes ou ayant vécu une « expérience obstétrique traumatique » face à la prise de décision et aux incertitudes. Cette insécurité pourrait être renforcée par l'introduction d'outils de mesure de la souffrance fœtale, dont l'utilisation n'est pas maîtrisée. La préservation de la qualité de vie s'inscrit aussi dans cette fragilité : recherche d'un certain confort de vie, d'une vie de famille, fragilité d'une fin de carrière. La pression médico-légale, conjuguée avec la perception d'une pression parentale ou avec l'isolement professionnel font le lit de l'expression, de renforcement et de l'acuité de cette fragilité. L'environnement (le contexte) de prise de décision est globalement décrit et perçu comme menaçant par les professionnels. La fragilité des professionnels apparaît comme un nœud constitué de facteurs qui favoriseraient la décision de césarienne et d'induction. Dès lors, comme expliqué ci-dessous, il est probable que les maternités à bas taux se distinguent par leur capacité à limiter les effets de la fragilité.

Recommandations
Introduire les difficultés liées à la gestion des incertitudes dans la prise de décision dans la formation initiale
Permettre aux assistants d'effectuer des accouchements physiologiques « compliqués » après accord d'un gynécologue senior, ce afin d'augmenter leur sentiment de compétence en obstétrique
Favoriser les formations des professionnels vers une meilleure utilisation des outils de mesure de la souffrance fœtale
Développer des procédures et des techniques de communication entre les équipes qui suivent le travail et le gynécologue qui prendra la décision de césarienne
Proposer un accompagnement aux professionnels ayant connu une expérience traumatique

...à propos des conditions qui distinguent bas et haut taux : une politique qui vise le sentiment de sécurité

Favoriser la prise de décision dans un cadre rassurant et favorable à l'accouchement physiologique devrait limiter les actes de justification des césariennes et des inductions que ce soit par un jeu sur les zones grises ou par une acceptation et une justification médicale des demandes des parents. Ce cadre rassurant peut être créé en jouant sur plusieurs plans.

Plusieurs conditions visent explicitement le sentiment de sécurité des professionnels face à plusieurs menaces réelles et perçues comme le médico-légal, la pression des parents et le poids de la décision « en urgence ». Ainsi, la lutte contre l'isolement pendant la garde, la « codécision » et des démarches de gestion de la pression parentale permettent d'augmenter le sentiment de sécurité et de diminuer l'angoisse des professionnels, angoisse qui est toujours favorable à une décision de césarienne.

Renforcer la cohérence des pratiques des professionnels peut être identifiée comme un autre axe d'intervention. Cette cohésion, qui participe aussi au sentiment de sécurité, s'articule sur une culture de travail partagée et soutenue par des outils comme les réunions d'équipes et le référentiel mis à jour.

Recommandations
Développer au sein des maternités des actions et des programmes visant à sécuriser la prise de décision des gynécologues
Développer une culture de travail partagée soutenue au minimum par un référentiel mis à jour et des réunions d'équipes
Favoriser les procédures de codécision explicite pour les inductions et les césariennes

... pour comprendre et favoriser le changement auprès des professionnels

Het stijgende keizersnedenpercentage wordt door de meeste respondenten op papier als een probleem erkend, maar hun eigen aandeel wordt hierin niet erkend. De oorzaken van het stijgende percentage worden voornamelijk buiten zichzelf geplaatst, vb. het zijn vooral de collega's die veel induceren en keizersneden uitvoeren, er gebeuren meer keizersneden door de stijgende medico-legale druk en door de druk van de patiënten, Indien men iets aan het stijgende percentage wil veranderen, zal dit enkel kans op slagen hebben als de zorgverleners hun eigen aandeel hierin erkennen (model van gedragsverandering, Prochaska & Diclemente, 1992). Dit zou mogelijks kunnen bewerkstelligd worden door de individualiteit binnen de hedendaagse verloskunde terug te dringen en het beslissingsproces duidelijker te organiseren en structureren. Enkele respondenten stelden voor om een supervisor aan te stellen in de verloskamer. Er zou (ook financieel) meer samengewerkt kunnen worden, zodat ook de workload verdeeld kan worden. Het beslissingsproces zou meer georganiseerd en beter gestructureerd kunnen worden met behulp een duidelijke evidence based protocol. De rol van de vroedvrouw, de manier van samenwerken, de indicaties die een tweede opinie vereisen, zouden hier o.a. in gespecificeerd kunnen worden. Dit protocol wordt idealiter ingebed in een duidelijk algemeen beleid van het ziekenhuis m.b.t. de keizersneden, vb. een pelvimetrie of niet, proefarbeid of niet (na een eerste keizersnede), definiëren van postmaturiteit, induceren onder welke voorwaarden, wat informatie wordt er door wie gegeven aan de patiënten... . Het zal onvoldoende zijn dit beleid uit te schrijven, er zullen tevens maatregelen genomen moeten worden om dit beleid om te zetten in de dagelijkse praktijk.

Het terugschroeven van de individualiteit binnen de verloskunde zal een zekere mentaliteitswijziging vragen. Men zal van een autonome beslis cultuur moeten verschuiven naar een overleg-cultuur. De bespreking van het individuele keizersnedenpercentage zou op een minder vrijblijvende manier kunnen gebeuren, met duidelijke gevolgen van voor een te hoog percentage.

Gezien de grote rol die de respondenten toekennen aan de medico-legale druk en de druk van de patiënten, is dit een facet waar in de opleiding meer aandacht aan besteed zou moeten worden. Artsen zouden op een constructieve manier moeten leren omgaan met de grote onzekerheid en de angst voor juridische vervolging. De verantwoordelijkheid van de

gynaecoloog is effectief erg groot, maar indien men hiermee tijdens zijn/haar opleiding niet mee leert omgaan kan dit verstrekkende gevolgen hebben. “

Artsten externaliseren de oorzaken van het CS% . Als ze hun eigen aandeel niet erkennen zal er geen gedragsverandering kunnen plaatsvinden. Dit kan misschien bekomen worden door de individualiteit in de verloskunde terug te dringen en het beslissingsproces meer te structureren/organiseren. Dit kan vb door een supervisor aan te stellen in de verloskamer (alle tijd voor de bevallingen en geen drukke consultatie), de workload te verminderen, financieel samen te werken, de samenwerking met de vroedvrouwen te expliciteren/formaliseren, een algemeen concreet beleid uitwerken (protocols met duidelijke keuzes vb pelvimetrie, voorwaarden inducties...). Dit beleid zou niet enkel op papier moeten gezet worden, maar er zouden ook maatregelen moeten genomen worden om deze in te praktijk te doen toepassen.

BIBLIOGRAPHIE

Méthodologie

- BARDIN L., *L'analyse de contenu*, Paris, Puf, 2007.
- BOLTANSKI L., *La Condition foetale. Une sociologie de l'avortement et de l'engendrement*, Gallimard, « Essai », 2004.
- CICOUREL A., *Le raisonnement médical. Une approche socio-cognitive*, Paris ; Seuil, 2002.
- De SARDAN J-P O., *La rigueur du qualitatif - Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*, Louvain-La-Neuve, Academia-Bruylant, 2008
- EVERS J., *Kwalitatief interviewen, kunst én kunde*. Lemma, Den Haag, 2007
- GEERTZ C., Thick Description: Toward an Interpretive Theory of Culture In *The Interpretation of Cultures: Selected Essays*. (New York: Basic Books, 1973) 3-30.
- GOFFMAN E., *Les cadres de l'expérience*, Paris, Seuil, 1974.
- JACQUES B. , *Sociologie de l'accouchement*, Paris, Puf, 2007.
- MARTIN E., *Hoog percentage keizersneden in België : oorzaken en remedies*, Université d'Anvers, 2007-2008.
- MILES M. et HUBERMAN A., *L'analyse des données qualitatives*, Bruxelles ; de boeck, 2003
- SCHON D., *The Reflective Practitioner: How professionals think in action*, Londres, Temple Smith, 1983
- TEDDLIE et al, *Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioural Research*; Sage, 2009
- VIDAL L., *Faire de l'anthropologie. Santé, science et développement*, Paris, La Découverte, 2010

Relative au taux de césarienne

- Kwee, A., Cohlen, B.J., Kanhai, H.H., Bruinse, H. W. & Visser, G.H. (2004). Caesarean section on request: a survey in The Netherlands. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 113, 186–190.
- Penna, L. (2004). Caesarean section on request for non-medical indications. *Current Obstetrics & Gynaecology* , 14, 220–223.
- Rozenberg, P. (2007). Césarienne programmée en cas de grossesse gémellaire : quand la médecine fondée sur les preuves dérange nos convictions. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 35, 591–596.
- Winer, N. (2007). Césarienne systématique en cas de grossesse gémellaire : Futur proche ou dérive majeure ? *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 35, 587.
- Dupuis, O. (2007). Contre la césarienne en prévention de l'incontinence anale. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 35, 269–271.
- Marpeau, L., & Sentilhes, L. (2007). Contre la césarienne systématique des grossesses gémellaires. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 35, 588–590.
- Vendittelli, F., Rivière, O., Pons, J.C, Lémery, D., Berrebi, A., & Mamelie, N. (2006). Accouchement des grossesses gémellaires : Enquête sur les politiques des maternités françaises. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 34, 19–26.
- Lagrange, E., Ab der Halden, M., Ughetto, S., Boda, C., Accoceberry, M., Neyrat, C. Houle, C., Vendittelli, F., Laurichesse-Delmas, H., Jacquetin, B., Lémery, D., &

Gallot,D. (2007). Accouchement du siège par voie vaginale : Evolution de l'acceptabilité par les obstétriciens et les patientes. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 35, 757–763.

- Philopoulos, D. (2007). À propos de l'article « Excès juridiques : césarienne-alibi et césarienne salvatrice ». *Médecine & Droit*, 2007, 67–69.
- Delotte, J., Schumacker-Blay, C., Bafghi, A., Lehmann, P., & Bongain, A. (2007). Information médicale et choix des patientes : Influences sur la pratique de l'accouchement du siège à terme par voie basse. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 35, 747–750.
- Mitler, L.K., Rizzo, J.A., & Horowitz, S.M. (2000). Physician gender and cesarean sections. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53, 1030–1035.

ANNEXES

Guide d'entretien

Remarques préliminaires pour l'enquêteur

*Ce questionnaire concerne aussi bien le chef de service, les gynécologues que les sages femmes. Il est simplement à noter que certaines formulations semblent mieux correspondre à un entretien avec une sage-femme ; ces formulations sont indiquées **en italique souligné***

Les questions principales (ou thèmes) sont indiquées en gras. Les sous-thèmes et questions listés en dessous et en retrait ne doivent être posés que dans un deuxième temps si ce point n'a pas été abordé spontanément par la personne interviewée.

Introduction : mise en place du cadre

Avant de débiter vraiment l'entretien, je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette étude.

Je m'appelle Gaëtan Absil, je suis chercheur en santé publique et je travaille à l'APES-ULg. Ce service est composé d'une équipe multidisciplinaire spécialisée dans des recherches concernant la santé publique et la prévention.

Pour rappel, elle a pour but d'approcher et de comprendre au mieux les facteurs qui expliquent des prises de décisions différentes au niveau de la pratique des césariennes lorsqu'il s'agit au départ de « grossesses normales », « à bas risques » (primipare ou multipare d'au moins 37 semaines de grossesse, pas de présentation en siège de l'unique fœtus porté, qui n'est pas mort-né et qui pèse entre 3 et 4 Kg et n'est porteur d'aucune malformation congénitale).

Je vais vous poser quelques grandes questions et l'entretien se déroulera comme une discussion. Il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse. Le but n'est pas d'évaluer mais de mieux comprendre.

Notre équipe de recherche s'engage à respecter la confidentialité de cet entretien. Vos réponses seront anonymisées dès le dépouillement des informations. Je vous demande simplement l'autorisation d'enregistrer cet entretien pour pouvoir retranscrire et analyser les résultats de la manière la plus complète et fiable possible. Il nous semble important de préciser qu'aucune donnée individuelle ne sera transmise, ni utilisée par quelque administration publique que ce soit.

Vous aurez bien entendu un feedback des résultats à la fin cette étude ; ce feedback ne sera pas nominatif, mais offrira une vue globale de la situation aussi bien du côté francophone que néerlandophone.

1. Il y a 20 ans le taux de césarienne était d'environ 9%, maintenant il se situe, à de nombreux endroits, à environ 20%. Plus concrètement, selon vous, pourquoi, à l'heure actuelle décide-t-on plus systématiquement/fréquemment de pratiquer une césarienne ?

a. Demandes de césariennes spontanées

- i. Que faites-vous face à une demande de césarienne spontanée de la femme lorsqu'il n'y a pas d'indication médicale ?
- ii. Une plus grande attention à la communication aussi bien avec l'équipe qu'avec la patiente pourrait-elle influencer la prise de décision de faire une césarienne ? (Exemples : créer avec la patiente une relation de confiance, lui donner des explications précises sur les modes d'accouchement, les risques, etc.)
- iii. Y a-t-il une pratique d'informations à la patiente qui passe par une autre voie que celle de la consultation avec le gynécologue ?
- iv. Si vous ou une proche deviez accoucher, en l'absence de problème médical, vers quel type d'accouchement vous orienteriez-vous ?

b. Raisons d'organisation

- i. Arrive-t-il parfois, régulièrement, souvent que l'on pratique une induction de travail pour des raisons d'organisation (de l'hôpital, de l'obstétricien, de la patiente) ?
 - Comment le score de Bishop/le pelvic score intervient-il(s) dans vos prises de décisions ?
- ii. Pensez-vous que les pratiques d'induction peuvent influencer le taux de césariennes ?

c. Difficultés médicales ou médico-légales

2. Comment se prennent les décisions de pratiquer une césarienne au sein de votre maternité ?

- i. Durant les heures normales de travail, mais aussi durant les nuits et les week-ends ?
 - Y a-t-il un gynécologue sur place en continu (jours et heures ouvrables et non ouvrables) ?
- ii. A quels moments et dans quelle mesure intervenez-vous dans cette décision ?
- iii. Attention, veiller à faire émerger les éléments suivants
 - a. La disponibilité d'un anesthésiste
 - b. L'utilisation des monitorings
 - c. La proximité du bloc césarienne et de la salle d'accouchement
 - d. La prise de décision en équipe
 - e. Le respect de la position d'un leader
 - f. L'organisation du rôle de garde
 - g. Les scénarii en cas d'urgence.

3. Question de transition :

Quel est le taux de césariennes de votre hôpital ? D'après vous, où se situe ce taux par rapport aux autres hôpitaux ?

4. Y a-t-il une politique au sein de l'hôpital concernant les césariennes? Si oui, quelle est-elle ?

Avez-vous, vous ou vos collègues, des suggestions pour améliorer, si faire se peut, la pratique institutionnelle et individuelle des accouchements ?

Que pensez-vous de la mise en application par les gynécologues des stratégies pour améliorer le fonctionnement du service ?

Grâce à ces questions, rechercher quelles stratégies sont acceptables parmi les suivantes.

- a. Publication vers l'extérieur des taux de césariennes par hôpital
- b. Information régulière sur l'évolution des taux de césariennes en interne à l'hôpital
- c. Politique institutionnelle de surveillance et de traitement actif du travail (active management of labor), avec optimisation des contractions par ocytocine, analgésie obstétricale, rupture précoce des membranes...
- d. Définition d'une norme de département (trial of labour, doulas, gestion de la douleur, etc.)
- e. Evitement de l'admission qui présente de faux signes de travail
- f. Consentement éclairé
- g. Référence à des guidelines (lesquelles ?)
- h. Cycle : discussion à priori des indications de césariennes programmable, peer review (ou second avis) au moment de la prise de décision et ensuite organisation de colloque obstétrico-pédiatrique

- 5. En conclusion, quelle est votre position personnelle : Pensez-vous qu'il est important de contenir les taux de césariennes ? Si oui dans quelle fourchette ? ou dans quel *range* ?**

Interviewschema

Goeie morgen/middag/avond,

Ik zal beginnen met mezelf **voor te stellen**, mijn naam is An-Sofie Van Parys en ik ben onderzoeker tewerkgesteld aan de Universiteit Gent (ICRH).

Alvorens van start te gaan met het interview, wil ik u **bedanken** voor uw bereidwilligheid om aan deze studie mee te werken.

Dit interview is een onderdeel van een **Belgische studie** waar we inzicht willen krijgen in het **beslissingsproces** die gynaecologen doorlopen om over te gaan tot een **keizersnede** bij **laagrisico** zwangerschappen. Deze definiëren we als een primi- of multipara van minstens 37 weken, geen stuitligging, eenling, levendgeborene, tussen 3 en 4kg en geen aangeboren afwijking.

Ik ga u **drietal** grote vragen stellen en het interview zal zoals een gesprek verlopen, er zijn **geen juiste of foute** antwoorden. Het is absoluut niet de bedoeling om te evalueren, maar wel om **meer inzicht** te krijgen in het hele **beslissingsproces**.

Ons onderzoeksteam verbindt zich ertoe de **absolute vertrouwelijkheid** van dit gesprek te garanderen, al uw antwoorden zullen volledig geanonimiseerd worden dit zowel tijdens de analyse als de rapportage (geen aantal bevallingen, aantal tewerkgestelde artsen...). Om een zo groot mogelijke objectiviteit te garanderen ben ik eveneens niet op de hoogte van het keizersnedenpercentage van uw ziekenhuis.

Het interview zal vermoedelijk tussen een half uur en **een uur duren**. Bent u akkoord dat ik ons gesprek **opneem** zodat ik de resultaten zo volledig en betrouwbaar mogelijk kan uitschrijven en analyseren?

Wanneer de studie afgerond is, zal u **feedback** krijgen over de resultaten. Deze informatie zal niet op naam zijn, maar een algemeen beeld geven van de situatie zowel aan Nederlandstalige als aan Franstalige kant.

Zijn er voor de rest nog **vragen** of onduidelijkheden?

1. **20 jaar geleden bedroeg het aantal keizersneden om en bij de 9%, nu bedraagt dit percentage op vele plaatsen ongeveer 20%.**
 - a. **Vindt u dit een vooruitgang op medisch vlak?**
 - b. **Waarom beslist men, volgens u, om een keizersnede uit te voeren?**
- a. Vraag om **vrijwillige** keizersnede
 - i. Wat doet u in geval van een vraag om vrijwillige keizersnede zonder medische indicatie?
 - ii. Kan meer aandacht voor communicatie zowel met het team als met de patiënte, de beslissing om een keizersnede te doen beïnvloeden ?
ZO ja, in welke zin?
(vb: vertrouwensrelatie, meer uitleg over manieren van bevallen, risico's enz.)
 - iii. Krijgt de patiënte nog via andere kanalen dan via de gynaecoloog informatie?
ZO ja, via waar en wat is de invloed hiervan?
 - iv. Indien u of een naaste moet bevallen en er zijn geen medische problemen, welke manier van bevallen zou u dan kiezen?
 - b. **Organisatorische** redenen
 - i. Gebeurt het dat men de arbeid inleidt om organisatorische redenen (van het ziekenhuis, de verloskundige, de patiënte)?
ZO ja: soms, regelmatig, vaak?
Kan u daar wat meer over vertellen?
Welke rol speelt de **Bishop/pelvic score** in de beslissing?
 - ii. Denkt u dat dit het percentage keizersneden kan beïnvloeden?
 - c. **Medische of pathologisch-anatomische** problemen

2. Hoe wordt binnen het ziekenhuis waar u werkt de beslissing genomen om een keizersnede uit te voeren?

- i. Tijdens de normale werkuren, maar ook 's nachts en in het weekend?
Is er *permanent* een gynaecoloog aanwezig (zowel op werkdagen en tijdens de werkuren als daarbuiten)?
- ii. Wat is uw rol in dit beslissingsproces?
Wanneer en in hoeverre komt u tussen in die beslissing?
- iii. Opgelet, geef meer duidelijkheid over volgende elementen
 - a. De besluitvorming in teamverband
 - b. De aanwezigheid van een leider en soort leiderschap
 - c. De organisatie van de wachttol
 - d. De scenario's in geval van een noodgeval.

3. Eventueel overgangsvraag:

Bent u op de hoogte van hoe het percentage keizersneden in uw ziekenhuis zich verhoudt ten opzichte van andere ziekenhuizen?

Hebt u een idee hoe het percentage keizersneden zich verhoudt tot het totaal aantal ingrepen (ventouse, forceps)?

4. Wat is het huidige beleid van het ziekenhuis waar u werkt te, opzichte van keizersneden?

5. **Hebt u of hebben uw collega's voorstellen om het uitvoeren van keizersneden zowel op het vlak van de instelling, als naar de patiënte toe te verbeteren?**

Wat vindt u van de volgende door de gynaecologen toe te passen **strategieën** om de werking van de dienst te verbeteren?

- a. **Publicatie** van het percentage keizersneden per instelling
- b. Op regelmatige basis **informer**en over de **evolutie** van het percentage keizersneden binnen het ziekenhuis
- c. Beleid van de instelling betreffende het toezicht op en de actieve behandeling van de arbeid (active management of labour), met het optimaliseren van de contracties via ocytocine, obstetrische analgesie, het vroegtijdig breken van de vliezen...
- d. Bepalen van een norm voor de afdeling (trial of labour, doulas, pijnbestrijding, enz.)
- e. Opname vermijden bij tekenen van valse arbeid
- f. Verwijzing naar **guidelines** (welke?)
- g. **Overleg met collega's** vóór beslissing
- h. Obstetrisch-pediatisch colloquium

ANNEXE 2 : LISTE DES CODES

Liste des codes

A. factoren beslissing

Description alle factoren die de beslissing om een keizersnede uit te voeren beïnvloeden

A1. maatschappelijke veranderingen.société qui change

Description perfecte babies, weinig geduld, planbaarheid, ... le bébé parfait, la planification, l'évocation de la société comme argument expliquant le taux de césarienne

Nickname A1

A2. factoren vroedvrouw

Description L'ensemble des facteurs qui implique la sage-femme dans la décision de césarienne ou d'induction

Nickname A2

A2a. fysiologie.grossesse naturelle

Description zwangerschap en bevalling als een natuurlijk en fysiologische gebeuren la sage femme envisage la grossesse comme un phénomène naturelle et, ou physiologique

Nickname A2.a

A2b. ervaring.l'expérience

Description beroepservaring en vaardigheden van de vroedvrouw, implication de l'expérience de la sage-femme

Nickname A2b

A2c. deelname beslissing.participer à la décision

Description rol die vroedvrouw speelt in de beslissing tot keizersnede. Le rôle de la sage-femme dans la décision de césarienne

Nickname A2c

A2d. ogen & oren.voir et entendre

Description vroedvrouw als ogen en oren van de gynaecoloog. la Sage-femme comme yeux et oreille du gynécologue

Nickname A2d

A2e. afwachten.temporiser

Description vroedvrouw wacht af en is buffer met gynaecoloog. La sage-femme tempore la décision du gynécologue

Nickname A2e

A2f. gynaecoloog beïnvloeden.influence le gynécologue

Description de vroedvrouw beïnvloedt de beslissing impliciet en/of expliciet (paniekerig reageren, rustig zijn, ...). La sage-femme influence (implicite, explicite) la décision du gynécologue (painque, ...)

Nickname A2f

A2g. gynaecoloog beslist.décision gynécologue

Description de vroedvrouw beschouwt de gynaecoloog als diegene die beslist. La sage-femme pense que la décision appartient au gynécologue

Nickname A2g

A3. factoren gynaecoloog

Description Facteurs attribué au gynécologue et qui influence la décision

Nickname A3

A3a. opleiding.formation

Description de manier waarop de gynaecoloog opgeleid is verklaard zijn/haar praktijk. La formation du gynécologue explique sa pratique

Nickname A3a

A3b. levenskwaliteit.qualité de vie

Description de gynaecoloog bewaakt het evenwicht tussen werk en privé (daylight obstetrics...). Le gynécologue préserve sa qualité de vie (travail, privé)

Nickname A3b

A3c. leeftijd.age

Description De leeftijd van de gynaecoloog beïnvloedt zijn praktijk (vb. stuit, forceps, ...) L'age du gynécologue influence sa pratique

Nickname A3c

A3d. gynaecoloog beslist.décision du gynécologue

Description de gynaecoloog beschouwt zichzelf als diegene die de beslissing neemt. La

gynécologue se désigne lui-même comme seule personne à prendre la décision

Nickname A3d

A3e. werkplanning. planification du travail

Description de gynaecoloog organiseert zijn werk door sectio's te plannen. Le gynécologue organise son travail par la planification de césarienne

Nickname A3e

A3f. buitenlandse werkervaring.expérience étranger

Description verloskundige ervaring in Frankrijk, Zuid-Afrika, UK. Le gynécologue a une expérience à l'étranger qui influence sa pratique

Nickname A3f

A3g. werkideologie.discours

Description overtuiging van de gynaecoloog van wat 'goede' verloskunde is. Discours du gynécologue sur la césarienne

A3h. inductie.induction

Description ideeën en overtuigingen van de gynaecoloog m.b.t. induceren. Les idées du gynécologue sur l'induction

Nickname A3h

A3i. competentie.compétence

Description handelingen waarvoor de gynaecoloog zich competent acht. Sentiment de compétence du gynécologue

Nickname A3i

A3j. vervrouwelijking.féminisation

Description meer en meer vrouwelijke gynaecologen als verklaring voor het % keizersneden. La féminisation du métier de gynécologue est présenté comme un facteur expliquant le taux de césarienne

Nickname A3j

A3k. ervaring.expérience

Description professionele en persoonlijke ervaringen die de manier van handelen verklaren (vb. verlies baby, prolaps, ...). Une expérience, un événement vécu par le gynécologue explique sa pratique

Nickname A3k

A3l. nieuwe technieken.nouvelles techniques

Description druk van nieuwe technologie zoals STAN, ECTG...la pression des nouvelles techniques (STAN, ...)

Nickname A3I

A4. factoren pat. volgens gyn-vv.

Description Caractéristiques des parents selon les gynécologues

Nickname A4

A4a. middenklasse.classe moyenne

Description middenklasse-ouders, parents de la classe moyenne

Nickname A4a

A4b. risicoperceptie.perception du risque

Description sectio is veiliger & gemakkelijker. La césarienne est plus facile et plus secure

Nickname A4b

A4c. op vraag.sur demande

Description redenen sectio op vraag. Césarienne sur demande

Nickname A4c

A4d. invloed info. Source d'information

Description internet, media, familie & vrienden

Nickname A4d

A4e. verwachtingen. Attentes

Description t.o.v. gynaecoloog (fout ingeschat) en t.o.v. bevalling (perfecte baby, plannen geboortekaartjes..)

Nickname A4e

A5. relatie zorgv.- pat. relation parent-gynécologue

Nickname A5

Created On 25/11/2009 15:50

A5a. consument.consommateur

Description patiënt consumeert zorg en kan van leverancier veranderen (medical shopping). Les parents pratiquent le shopping médical, se comporte comme des clients

Nickname A5a

A5b. informed consent.consentement

Description een patiënt die de informed consent ondertekende is een patiënt die mag beslissen. Un patient informé est un patient qui prend des décisions.

Nickname A5b

A5c. vreemde verwachtingen. Attentes étranges

Description de patiënt heeft rare verwachtingen vb. sterrenbeeld. Les parents ont des attentes étranges (signe du zodiaque, ...)

Nickname A5c

A5d. veeleisende patiënt.exigeant

Description de patiënt onderhandelt met de gynaecoloog, stelt de beslissing in vraag, zet druk en is mondig. Le patient est exigeant et négocie les décisions, met la pression.

Nickname A5d

A5e. planning.planning

Description de patiënt gebruikt de geneeskunde om het professionele en huiselijke leven te organiseren. Le patient utilise la médecine pour organiser son quotidien

Nickname A5e

A5f. overgeïnformeerd.trop informé

Description de patiënt heeft gelezen het internet geconsulteerd en controleert de kennis van de gynaecoloog. le patient est trop informé, voire mal informé (multiplication des sources)

Nickname A5f

A5g. stress & angst.stress et angoisse

Description druk van de patiënten en de maatschappij (beschuldigend igv probleem). La pression des patients et de la société

Nickname A5g

A5h. communicatie

Description communicatie zorgverlener-patiënt. Aspect de la communication entre le patient et le soignant

Nickname A5h

A6. risico & veiligheid

A6a. medico-legaal.medico-légal

Description de beslissing is verwant met de medico-legale druk. La décision est influencée par le médico-légal

Nickname A6a

A6b. rel. ouders.rel parents

Description de beslissing wordt beïnvloedt door de wil om een goede relatie te behouden met de ouders. La décision est influencée par la volonté de maintenir une bonne relation avec les parents

Nickname A6b

A6c. imago.image

Description de beslissing wordt beïnvloedt door het professionele imago van d egynaecoloog. La décision est influencée par l'image professionnelle du gynécologue

Nickname A6c

A6d. mama.maman

Description de beslissing wordt beïnvloedt door de 'veiligheid' van de mama. La décision est influencée par la sécurité de la maman

Nickname A6d

A6e. baby.bébé

Description de beslissing wordt beïnvloedt door de 'veiligheid' van de baby. La décision est influencée par la sécurité du bébé

Nickname A6e

A6f. stuit.siège

Nickname A6f

B. organisatie verlosk.- mat.

Description organisatorische aspecten

B01. collega's.collègues

Description de zorgverleners nemen meer of minder risico's naargelang wie deel

uitmaakt van de ploeg. les soignant prennent plus ou moins de risque selon la personne avec laquelle ils travaillent

Nickname B01

B02. trainingen.formation

Description organisatie gemeenschappelijk interprofessionele trainingen. Organisation de formation interprofessionnelles

Nickname B02

B03. protocol's.protocole

Description er bestaan wel / geen protocols of andere documenten betreffende het beleid over keizersnede%. il existe (pas) un protocole, des documents qui décrivent la politique de la maternité en matière de réduction du taux césarienne

Nickname B03

B04. intervisie.intervision

Description er zijn teamvergaderingen waar het keizersnede% besproken wordt. La décision de césarienne est soumise à une décision/discussion d'équipe

Nickname B04

B05. staf

Description de gynaecologen maken al dan niet deel uit van de staf (zelfstandigen). Les gynécologues participent (pas) aux stafs

Nickname B05

B06. rendabiliteit.rentabilité

Description de financiële rendabiliteit van de mat/verlosk. la rentabilité financière de la maternité

Nickname B06

B07. alleen.seul

Description de zorgverleners staan er alleen voor of met onvoldoende personeel. les soignants sont parfois seuls, manque de personnel

Nickname B07

B08. georg. teambeslissing.décision équipe organisée

Description de beslissing is altijd of nooit een teambeslissing

Nickname B08

B09. impl. teambeslissing.décision équipe implicite

Description de zorgverleners beslissen in teamverband zonder dat dit formeel georganiseerd is

Nickname B09

B10. werkverdeling.répartition des honoraires

Description organisatie verdeling werk en geld

Nickname B10

B11. betrokken diensten.services impliqués

Description andere betrokken diensten mbt de sectio's. autres services impliqué dans la césarienne

Nickname B11

B12. wacht.garde

Description de organisatie van de wachtdiensten. Organisation des tours de garde

Nickname B12

B13. plaats sectiozaal.salle d'opération

Description localisatie sectiozaal. localisation de la salle d'opération

Nickname B13

B14. communicatie.communication

Description onderlingen communicatie zorgverleners. communication entre les soignants

Nickname B14

C. org. zh

Description invloed:druk directie mbt sectio%, audit, SPE

D. redenen.raisons

Description redenen sectios bij laagrisico zwangerschappen/bevallingen

Nickname D

D1. evidence-based

Description obstetrische en medische wetenschappelijke literatuur. Des raisons médicales basées sur la littérature

Nickname D1

D2. grijze zone.zon grise

Description limieten tests/monitoring, dubbelzinnigheden, ontevredenheden, vage indicaties (retrospectief). limites des tests ou monitoring, indications vagues

Nickname D2

D3. VBAC

Description once a caesarean, always a caesarean. Une première césarienne et ce sera tjs une césarienne

Nickname D3

D4. klant is koning.le client est roi

Description en ingaan op de vraag van de patiënt

Nickname D4

D5. routine.routine

Description sectio's is wat we het beste kunnen. la césarienne est une routine de travail que l'on maîtrise

Nickname D5

D6. opsomming. raisons spécifiques

Description opsomming alle redenen

Nickname D6

E. inductie.induction

Nickname E

F. strategieën.stratégies

Nickname F.

F1. % publiceren.publier le taux

Nickname F1

F2. info evolutie.info évolution

Nickname F2

F3. overleg collega's.débats collègues

Nickname F3

F4. eigen of voorstellen collega's

Nickname F4

G. op de hoogte CS%.opinion taux

Nickname G

ANNEXE 3 : MATRICE ENCODAGE

	MAT01	MAT02	MAT03	MAT04	MAT05	MAT06	MAT07	MAT08	MAT09	MAT10	MAT11	MAT12
1 : A. factoren beslissing												
2 : A1. maatschappelijke veranderingen.société qui change	0	0	0	0	0	2	3	5	4	1	3	4
3 : A2. factoren vroedvrouw												
4 : A2a. fysiologie.grossesse naturelle	3	2	2	1	1	1	3	1	3	1	0	1
5 : A2b. ervaring.l'expérience	4	0	1	2	0	0	0	0	0	1	0	0
6 : A2c. deelname beslissing.participer à la décision	3	4	1	2	2	2	2	3	3	1	3	4
7 : A2d. ogen & oren.voir et entendre	6	1	4	5	2	3	2	1	3	0	1	1
8 : A2e. afwachten.temporiser	2	0	3	0	3	3	0	1	1	2	1	1
9 : A2f. gynaecoloog beïnvloeden.influence le gynécologue	6	3	4	4	3	3	3	4	2	0	2	0
10 : A2g. gynaecoloog beslist.décision gynécologue	0	0	0	0	0	1	2	2	2	3	1	2
11 : A3. factoren gynaecoloog												
12 : A3a. opleiding.formation	0	0	0	0	2	0	1	2	1	1	2	3
13 : A3b. levenskwaliteit.qualité de vie	3	3	1	3	0	4	3	4	1	4	2	1
14 : A3c. leeftijd.age	2	1	2	5	1	4	1	1	2	3	4	3
15 : A3d. gynaecoloog beslist.décision du gynécologue	4	1	3	5	2	1	4	3	3	3	3	3
16 : A3e. werkplanning. planification du travail	4	2	2	5	1	1	4	0	1	3	1	2
17 : A3f. buitenlandse werkervaring.expérience étranger	2	0	0	0	1	2	0	1	0	0	0	1
18 : A3g. werkideologie.discours	1	0	4	3	1	3	4	3	3	2	2	3
19 : A3h. inductie.induction	2	0	3	1	0	2	5	5	5	5	5	4
20 : A3i. competentie.compétence	4	0	2	4	1	3	1	0	0	0	0	0
21 : A3j. vervrouwelijking.féminisation	2	1	0	0	0	1	2	0	0	1	2	2
22 : A3k. ervaring.expérience	3	0	1	3	1	4	1	0	1	0	0	1
23 : A3l. nieuwe technieken.nouvelles techniques	4	3	3	4	5	3	3	3	3	2	5	4
24 : A4. factoren pat. volgens gyn-vv.												
25 : A4a. middenklasse.classe moyenne	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0
26 : A4b. risicoperceptie.perception du risque	0	0	0	1	1	2	1	4	4	1	1	4
27 : A4c. op vraag.sur demande	2	2	2	2	0	3	5	5	5	5	5	4
28 : A4d. invloed info. Source d'information	0	0	0	0	0	2	2	5	1	4	2	4
29 : A4e. verwachtingen. Attentes	0	0	0	0	0	0	1	1	3	2	2	2
30 : A5. relatie zorgv. - pat. relation parent-gynécologue												
31 : A5a. consument.consommateur	3	1	0	2	1	2	0	0	1	1	0	2
32 : A5b. informed consent.consentement	2	0	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0
33 : A5c. vreemde verwachtingen. Attentes étranges	4	0	0	3	1	1	0	0	0	0	0	0
34 : A5d. veeleisende patiënt.exigeant	6	1	4	5	2	3	3	3	3	2	1	3
35 : A5e. planning.planning	0	0	2	1	0	3	0	4	0	0	0	1
36 : A5f. overgeïnformeerd.trop informé	5	0	2	4	1	2	0	0	0	0	0	0
37 : A5g. stress & angst.stress et angoisse	5	1	4	3	2	1	1	0	0	1	0	1
38 : A5h. communicatie	0	1	0	2	0	0	5	4	3	3	0	2
39 : A6. risico & veiligheid												
40 : A6a. medico-legaal.medico-légal	5	5	4	4	3	4	4	4	4	3	4	3
41 : A6b. rel. ouders.rel parents	4	3	4	5	2	2	0	0	0	0	0	0
42 : A6c. imago.image	2	0	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0
43 : A6d. mama.maman	2	2	1	1	0	3	0	0	0	0	0	0
44 : A6e. baby.bébé	5	4	1	4	3	3	0	0	0	0	2	1
45 : A6f. stuit.siège	0	0	0	0	0	0	3	3	2	2	1	3
46 : B. organisatie verlosk.- mat.												
47 : B01. collega's.colègues	6	3	2	3	3	5	1	2	0	2	0	1
48 : B02. trainingen.formation	3	3	4	2	4	3	0	0	1	0	1	0
49 : B03. protocol's.protocole	5	3	5	4	5	5	1	4	2	2	2	2
50 : B04. intervisie.intervision	6	4	5	5	5	4	4	4	3	3	4	5
51 : B05. staf	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
52 : B06. rendabiliteit.rentabilité	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0
53 : B07. alleen.seul	0	2	2	2	2	2	0	1	1	1	1	0
54 : B08. georg. teambeslissing.décision équipe organisée	1	4	1	0	2	2	1	0	1	0	0	1
55 : B09. impl. teambeslissing.décision équipe implicite	2	0	1	0	0	2	3	5	4	4	3	4
56 : B10. werkverdeling.répartition des honoraires	1	3	1	0	0	0	1	1	1	2	0	0
57 : B11. betrokken diensten.services impliqués	1	1	2	1	2	2	0	1	0	0	0	0
58 : B12. wacht.garde	5	4	5	2	5	3	5	5	5	5	5	5
59 : B13. plaats sectiozaal.salle d'opération	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0
60 : B14. communicatie.communication	0	0	0	0	0	1	1	4	3	2	2	3
61 : C. org. zh	0	2	0	0	0	1	5	5	5	5	4	4
62 : D. redenen.raisons												
63 : D1. evidence-based	6	4	4	1	5	5	0	0	0	0	0	0
64 : D2. grijze zone.zon grise	5	1	4	3	2	3	0	0	0	0	0	0
65 : D3. VBAC	2	1	3	3	2	0	0	0	0	0	0	0
66 : D4. klant is koning.le client est roi	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
67 : D5. routine.routine	1	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	1
68 : D6. opsomming. raisons spécifiques	4	1	4	3	3	4	4	4	4	4	4	5
69 : E. inductie.induction	5	3	3	2	2	4	0	0	0	0	0	2
70 : F. strategieën.stratégies												
71 : F1. % publiceren.publier le taux	6	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
72 : F2. info evolutie.info évolution	6	5	5	4	5	4	4	4	5	5	5	5
73 : F3. overleg collega's.débats collègues	3	5	3	5	5	5	4	5	5	5	4	5
74 : F4. eigen of voorstellen collega's	6	3	5	5	4	5	4	5	4	5	5	3
75 : G. op de hoogte CS%.opinion taux	5	3	4	5	3	5	3	4	5	5	5	5

Resultaten Nederlandstalig luik kwalitatieve studie betreffende het beslissingsproces bij keizersneden in België

Onderzoeksdoelstelling: Oorzaken van het stijgende keizersnedenpercentage bij laagrisico zwangerschappen in kaart brengen en beter begrijpen, meer specifiek nagaan waarom er dergelijke verschillen zijn tussen de ziekenhuizen.

Onderzoeksvraag 1: Welke factoren beïnvloeden de beslissing om over te gaan tot keizersnede bij een laagrisico zwangerschap?

- a. Zijn er andere factoren dan medische redenen die in verband staat met de praktijk van keizersneden?

1.1. Wie beslist en hoe wordt er beslist?

1.1.1. Gynaecoloog

Uit de interviews met de gynaecologen en de vroedvrouwen komt heel duidelijk naar voor dat de beslissing om over te gaan tot een keizersnede een **individuele** en meestal een volledig **autonome beslissing** is van de gynaecoloog, dit zowel voor de primaire (geplande) als voor de secundaire (urgente) keizersneden. Indien de behandelende arts niet aanwezig is (verlof, weekend, ...), neemt de arts van wacht de beslissing. Er werd één assistente gynaecologie geïnterviewd en zij vertelde dat ze systematische overlegt met haar supervisors voor dat deze beslissen om een keizersnede uit te voeren. De respondenten geven aan dat er geen enkele arts een leidinggevende rol opneemt m.b.t. de beslissing om al dan niet een keizersnede te doen. Alle betrokken diensten hebben wel een leidinggevende gynaecoloog in de functie van diensthoofd, maar dit is hoofdzakelijk voor administratieve en organisatorisch taken. De diensthoofden spelen **geen leidinggevende** rol inzake de beslissing om al dan niet over te gaan tot keizersnede, iedere arts heeft zijn/haar de therapeutische vrijheid en is verantwoordelijk voor zijn/haar eigen beleid. In sommige gevallen wordt de beslissing om een keizersnede uit te voeren met collegae gynaecologen overlegd. Dit **overleg** zal eerder **toevallig** plaatsvinden dan op een georganiseerde manier (cf. infra) en betreft eerder de hoogrisico gevallen dan de laagrisico zwangerschappen. 's Nachts, in het weekend en op feestdagen zal men enkel overleggen in geval van een groot probleem. Het initiatief om te overleggen is afhankelijk van de beschikbaarheid van de collega. Met wie er overlegd wordt (al dan niet binnen de associatie), is de keuze van de individuele arts en wordt niet vanuit de dienst georganiseerd. Meestal overleggen de gynaecologen met collegae gynaecologen waar ze zich goed mee verstaan en waar ze zich door gesteund voelen. De meeste gynaecologen geven aan dat de beslissing tot keizersnede min of meer in samenspraak met de patiënt genomen wordt. Dit is voornamelijk het geval bij een geplande keizersnede, in een urgente situatie is het overleg beperkter.

Het beeld die de gynaecologen geven over de **rol van de vroedvrouwen** met betrekking tot de beslissing is wisselend. Bij een primaire keizersnede hebben de vroedvrouwen volgens de gynaecologen een zeer beperkte rol, ze zijn weinig tot niet betrokken binnen de prenatale opvolging en hebben ook geen inspraak in dat beslissingsproces. Bij een secundaire keizersnede is de rol van de vroedvrouwen groter, maar de meningen zijn verdeeld. Enerzijds geven de gynaecologen aan dat de vroedvrouwen zich **niet moeten bemoeien** met het medisch beleid. Anderzijds spelen ze toch een belangrijke rol aangezien ze de **ogen en de oren** zijn van de gynaecoloog omdat deze de arbeid niet zelf opvolgt. Zeker in het geval van een urgente situatie is de vroedvrouw erg belangrijk aangezien zij (al dan niet samen met de assistenten) rapporteren aan de behandelende arts. In geval van een **dringende keizersnede** gaan de vroedvrouwen de situatie inschatten en de nodige voorbereidingen treffen, maar het blijft de individuele gynaecoloog die de beslissing neemt. De intensiteit van de samenwerking met de vroedvrouwenploeg varieert sterk van ziekenhuis tot ziekenhuis. De

vroedvrouw speelt bij bepaalde gynaecologen een belangrijke expliciete of impliciete rol, bij andere gynaecologen is hun rol eerder miniem. Bepaalde gynaecologen vertellen dat het moeilijk is om te weerstaan aan de **druk vanuit de vroedvrouwen** als deze aandringen om een keizersnede te doen bij vb. een traag vorderende arbeid. Andere gynaecologen geven aan dat de vroedvrouwen een grote voorstander zijn van een natuurlijk verloop, en ze ook druk ervaren van de vroedvrouwen om zo weinig mogelijk keizersneden te doen.

1.1.2. Vroedvrouw

Net zoals de gynaecologen, geven de vroedvrouwen unaniem aan dat de beslissing tot keizersnede, een beslissing van de individuele gynaecoloog is. Ze vertellen tevens dat de artsen zelden onderling overleggen en dat er geen arts is die een duidelijke leidinggevende rol heeft inzake de beslissing tot keizersnede.

In overeenstemming met wat de gynaecologen vertelden, verduidelijken de vroedvrouwen ook zelf dat ze geen rol spelen in het beslissingsproces m.b.t. de primaire keizersneden. De beschrijvingen omtrent hun rol bij secundaire keizersnede, is minder éénduidig. Sommige vroedvrouwen meten zichzelf op dit vlak **helemaal geen rol** toe en zien dit als een proces waarin enkel de arts betrokken is. Anderen geven aan dat ze tijdens de arbeid een **duidelijke rol spelen** m.b.t. de beslissing om al dan niet over te gaan tot keizersnede.

De manier van samenwerken tussen de vroedvrouw die de arbeid opvolgt en de behandelende gynaecoloog verschilt van arts tot arts. Sommige artsen willen systematisch opgebeld worden bij opname en op regelmatige tijdstippen in de arbeid. Andere artsen willen ('s nachts) niet verwittigd worden en de beslissing om te bellen ligt daar meer in de handen van de vroedvrouw. De vroedvrouwen geven, afhankelijk van de manier van werken van de arts, al dan niet regelmatig **feedback** over de gang van zaken. Wanneer de vroedvrouw haar bevindingen aan de arts overbrengt, geeft deze nadere instructies. De vroedvrouwen beslissen in de meeste gevallen zelf wanneer ze de gynaecoloog opbellen maar nemen vaak in geval van twijfel een eerder afwachtende houding aan. Overdag gebeurt het al eens dat de gynaecologen zelf naar de vroedvrouwen bellen om te polsen hoe de arbeid verloopt, maar 's nachts gebeurt dat niet. Voornamelijk 's nachts lijken de vroedvrouwen over meer autonomie te beschikken en wordt vaker een meer spontaan verloop afgewacht.

Sommige vroedvrouwen vertelden dat er een goede **verstandhouding** is tussen de vroedvrouwen en de gynaecologen en dat de meeste beslissingen in samenspraak gebeuren. Andere vroedvrouwen geven aan dat er niet naar hen geluisterd wordt en dat ze het gevoel hebben met hun rug tegen de muur staan wanneer de gynaecoloog beslist. Het gebrek aan overleg en de beperkte inspraak veroorzaakt soms wrevel.

Binnen de ploeg van de **vroedvrouwen onderling** wordt er vaker overlegd, vb. in geval van slechte harttonen wordt regelmatig het advies van collegae vroedvrouwen en/of de hoofdvroedvrouw ingewonnen.

Bepaalde gynaecologen en vroedvrouwen geven aan dat sommige vroedvrouwen de beslissing van de gynaecoloog **impliciet of expliciet beïnvloeden**. De gynaecoloog wordt Impliciet beïnvloed door de manier waarop er gecommuniceerd wordt. Als een vroedvrouw in paniek de arts opbelt, zal een arts sneller geneigd zijn om een keizersnede te doen. Als een vroedvrouw rustig en objectief de vaststellingen doorbelt zal de gynaecoloog waarschijnlijk een afwachtende houding aannemen. Sommige vroedvrouwen vertelden dat ze zeer expliciet op de gynaecoloog inpraten, maar vaak krijgen ze het gevoel niet gehoord te worden. Het effect van de invloed die uitgeoefend wordt op de gynaecoloog is erg afhankelijk van de persoonlijkheid van de arts. Bij de ene arts speelt de vroedvrouw een belangrijke rol, bij de andere speelt deze geen rol.

1.2. Welke factoren beïnvloeden beslissing?

1.2.1. Maatschappelijke veranderingen

Er wordt aangegeven dat de tijdsgeest veranderd is, zowel de gynaecologen als de patiënten en hun omgeving hebben **minder geduld**. Waar men vroeger een meer afwachtende houding zou aannemen, zal er nu **vlugger overgegaan** worden tot een keizersnede. Vrouwen met een slecht vorderende arbeid werden vroeger door de gynaecologen terug naar huis gestuurd, maar dat gebeurt nu veel minder. De toekomstige ouders hebben volgens de respondenten een mentaliteit van “alles nu direct” en lijken zich vast te pinnen op de bevallingsdatum. Niet enkel de zwangere vrouw zelf, maar ook de partner en de omgeving van het koppel spelen hierin volgens de zorgverleners een rol.

Mensen lijken in onze huidige samenleving volgens de respondenten een toegenomen nood te hebben aan **structuur en organisatie**. De respondenten geven aan dat er een druk lijkt uit te gaan van koppel en hun omgeving dat de baby er moet zijn op de uitgerekende datum. De mensen hebben het idee dat het niet goed zou zijn ‘over tijd te gaan’ en dat een keizersnede veiliger is. Bovendien vertellen de respondenten dat de toekomstige ouders **mondiger** geworden zijn, ze stellen de handelingen van de gynaecoloog in vraag en lijken minder snel te tevreden over de zorgverlening.

Er wordt door de respondenten aangegeven dat de toekomstige ouders nogal **licht over de ingreep** gaan, men percipieert de operatie als ‘niet meer zo zwaar’. Sommige gynaecologen zeggen dat ze in dat opzicht het slachtoffer zijn van hun eigen succes. Een keizersnede en het herstel verloopt meestal heel vlot, het gaat snel, zonder pijn en het kan gepland worden. Dit beeld wordt volgens bepaalde respondenten doorgegeven door familie, vriendinnen en de media. Hierdoor beschouwen de mensen een keizersnede niet als een ‘echte’ operatie.

“Dus de mensen hebben ook dat perceptiegevoel niet meer dat het een operatie is. Ge ziet dat ook in de operatiezaal. De man staat daar bij, de kinderarts, ze zijn aan het babbelen, de muziek speelt.”(hoofdgynaecoloog, materniteit 11)

Sommige respondenten geven aan dat er een duidelijke politiek is van ‘**safety first**, zowel bij de ouders als bij de zorgverleners. Mensen krijgen in deze tijd **minder kinderen**, er zijn dus meer eerstbarende en minder meerbarende vrouwen. Dit brengt met zich mee dat de zwangerschap ander beleefd wordt, mensen zijn **minder bereid om risico’s** te nemen. Ieder kind is volgens de respondenten in de ogen van de toekomstige ouders een kostbaar kind en wordt als dusdanig behandeld. De toekomstige ouders staan er niet meer bij stil dat er iets verkeerd kan gaan, ze gaan ervan uit dat een zwangerschap en een bevalling altijd **perfect** verloopt. Indien er dan toch iets verkeerd zou gaan, lijkt er een schuldige gezocht te worden. Ook de zorgverleners zijn minder bereid om risico’s te nemen, maar dit aspect wordt verder uitgediept in het hoofdstuk over de medico-legale aspecten.

Enkele respondenten vertellen dat ze het gevoel hebben dat het **geboortegewicht** van de baby’s alsmaar stijgt en dat er daardoor meer wanverhoudingen zouden zijn tussen de grootte van het bekken en de baby. Bepaalde respondenten geven eveneens aan dat dit de opinie is van sommige toekomstige ouders. Deze visie is volgens enkele respondenten een verklaring en tevens een rechtvaardiging voor het stijgende keizersnedenpercentage.

Bepaalde respondenten geven aan dat het stijgende keizersnedenpercentage een **trend** is die overwaaid uit de Verenigde Staten en Zuid-Amerika. Een trend waarbij vrouwen aandringen op een keizersnede omdat ze vinden dat hun lichaam (perineum en bekkenbodem) niet beschadigd mag worden door een vaginale bevalling. De toekomstige ouders hebben volgens sommige respondenten nood aan comfort. Een keizersnede onder epidurale verdoving lijkt voor de vrouwen eenvoudig, ze hebben geen pijn, de baby is er direct, het is te planbaar en het is beter voor de baby. Deze trend wordt eveneens geïllustreerd door sommige respondenten door de verwijzing naar de studieresultaten van Wright et al. (2001). Deze studie bij Engelse gynaecologen in opleiding toonde volgens bepaalde respondenten aan dat heel wat vrouwelijke artsen een voorkeur had voor een geplande keizersnede **zonder medische indicatie** om de bekkenbodem te sparen.

Het beeld dat de **media** ophangen van een bevalling beïnvloedt volgens sommige respondenten de verwachtingen m.b.t. een realistische bevalling. De mensen lijken te verwachten dat een bevalling snel gaat aangezien dat het op tv ook snel gaat. Op het vlak van aanklachten en processen, lijken de media volgens sommige respondenten een katalyserende rol te spelen.

1.2.2. Medico-legale druk en druk van klachten

Quasi alle respondenten geven aan dat het medico-legale aspect een heel grote rol speelt in de evolutie van het keizersnedenpercentage. Ondanks het feit dat de **stuitbevalling** duidelijk buiten het kader van de bevraging viel, haalden vele respondenten de stuitbevalling aan als voorbeeld om de medico-legale druk te staven. Door het verschijnen van de resultaten van de ‘Term breech trial’ van Hannah et al. (2000) zijn vele artsen gestopt met het verrichten van vaginale stuitbevallingen omdat aangetoond werd dat het (zeker bij een primipara) veiliger is om een primaire keizersnede te doen. Als een arts toch een vaginale stuitbevalling zou doen en de bevalling loopt mis, zal de arts onvoldoende argumenten hebben om zich te verdedigen als hij/zij aangeklaagd wordt voor het gerecht.

Zoals reeds naar voor kwam in het hoofdstuk “Maatschappelijke veranderingen” (cf. supra), zijn de toekomstige ouders volgens de respondenten **minder bereid om risico’s** te nemen en zijn ze tevens beter op de hoogte van mogelijke juridische stappen in geval er iets fout loopt. Ook de gynaecologen zijn omwille van de potentiële dreiging van een proces minder bereid om risico’s te nemen, waar er vroeger misschien al meer afgewacht werd met het risico op een slechtere complicaties voor baby. Gynaecologen hebben zelf een hypotheek, kinderen en een gezin. De mogelijke financiële gevolgen van een veroordeling lijkt een grote impact te hebben op de praktijk van de arts. Ze geven aan bang te zijn om vervolgd te worden indien de baby in de eerste levensjaren één of andere afwijking vertoont die met de arbeid of de bevalling zou kunnen te maken hebben. Indien de arts geen keizersnede gedaan heeft en het gaat fout dan zal hem/haar snel verweten worden dat er geen keizersnede gedaan is. Als de arts een ‘onnodige’ keizersnede gedaan heeft zal hem/haar niets verweten worden.

“Wel ik denk dat het zo is, allée, de spreuk is dat er nog nooit een gynaecoloog is veroordeeld omdat hij te veel sectio’s doet maar wel één om ne keer één dat hij te weinig doet.”(hoofdgynaecoloog, materniteit 11)

Een arts zal zowel primair als secundair sneller overgaan tot een keizersnede om potentiële problemen te vermijden. Het wordt door sommige respondenten gepercipieerd als veiliger om over te gaan tot een keizersnede. We merken hierbij op dat de angst voor complicaties bij de moeder in geen enkel interview aangehaald werd als motivatie om een keizersnede te doen, maar wel de angst voor problemen met de baby.

Bij de **jonge artsen** zou de schrik voor het medico-legale al van tijdens de opleiding meegegeven zijn, bij de oudere artsen lijkt dit minder het geval. Jonge gynaecologen zouden den sneller overgaan tot een keizersnede om hun angst om fouten te maken of dingen over het hoofd te zien tegen te gaan en zichzelf op die manier veilig te stellen.

De **technologie** speelt eveneens een belangrijke rol m.b.t. de medico-legale druk. Vanaf dat de STAN[®] of het CTG (Cardio Toco Grafie) aantoont dat er een teken zou kunnen zijn van foetale hypoxie, gaan gynaecologen sneller beslissen om over te gaan tot een keizersnede. Hierbij wordt het zekere voor het onzekere genomen.

“Er is nu een document dat de baby het wat moeilijk gehad heeft op een bepaald tijdstip. Als hij dan op de laatste bank zit in het eerste studiejaar, (stilte) dan eum... dan zou het kunnen door de ouders toegeschreven worden aan die moeilijke episode in de loop van de arbeid en bevalling hé”(gynaecoloog 1, materniteit 9)

Het koppel zelf speelt hierin eveneens een rol. Aangezien de monitor voor de harttonen van de baby in de kamer staat, gaan de mensen volgens bepaalde gynaecologen sneller agressief reageren als ze denken dat er iets mis is in met hun kindje en in dat opzicht misschien ook sneller juridische stappen ondernemen tegen de gynaecoloog.

Ondanks het feit dat vele respondenten aangeven dat het **zelden** effectief tot een **gerechtelijke procedure** komt, is de angst ervoor wel een grote motivatie om eerder een keizersnede teveel te doen

dan één te weinig. Sommige respondenten geven aan dat ze beïnvloed worden door de ‘horror-verhalen’ over de gerechtelijke vervolgingen van collegae-gynaecologen en dat ze daardoor eerder op ‘veilig’ spelen.

Eén arts beschouwde zichzelf als **minder vatbaar voor de medico-legale druk** door de buitenlandse werkervaring. In het land waar ze enkele jaren werkte moest ze een map bijhouden over alle casussen waar er zich problemen voordeden. De inhoud van deze map werd nauwlettend opgevolgd door de supervisors en werd uitgebreid besproken.

We willen opmerken dat de druk die door de respondenten als medico-legale druk wordt omschreven, verder gaat dan enkel de angst voor een gerechtelijke vervolging. Artsen vrezen evenzeer voor **klachten**, problemen in de relatie met de ouders en slechte reclame ingeval van een moeilijke bevalling. De angst voor deze elementen heeft eveneens een sterke invloed op het beslissingsproces.

1.2.3. Druk van de patiënt

De gynaecologen geven aan dat ze redelijk wat druk ervaren van de toekomstige ouders en dat deze **druk hun beslissingsproces beïnvloedt**.

“Euh, de mensen gaan ook een, een lagere drempelvrees hebben naar een keizersnede en het volstaat dat ze één maal laten vallen in een gesprek van, ja maar ik wil geen risico, dus als het een keizersnede moet zijn, laat het dan maar een keizersnede zijn wat dan weer de drempel voor de arts verlaagt om voorstellen te doen naar een keizersnede.”(hoofdgynaecoloog, materniteit 8)

Deze druk wordt beïnvloed door verschillende facetten, waarvan een groot deel reeds besproken werd in het hoofdstuk ‘Maatschappelijke veranderingen’. In de onderstaande paragraaf geven we een samenvatting van de belangrijkste elementen die de beslissing van de gynaecoloog beïnvloeden, voor aanvullende informatie verwijzen we naar het hoofdstuk ‘Maatschappelijke veranderingen’.

Volgens de respondenten gaan de ouders ervan uit dat alles **perfect** zal verlopen en staan ze er niet meer bij stil dat er zich een probleem kan voordoen. Bepaalde gynaecologen observeren redelijk wat angst bij hun patiënten, **angst** voor de arbeid, voor de pijn en voor mogelijke problemen met de baby. Mensen lijken vervreemd van de fysiologie van heel het gebeuren en ze zijn **mondiger** geworden. Aangezien ze ook minder kinderen krijgen is ieder kind is een **kostbaar kind**. Als de patiënt voor de arts zit tijdens de consultatie en zegt dat ze geen enkel **risico** wil nemen, is dat iets wat de gynaecologen niet naast zich neer kunnen leggen. De redenering hierachter is dat het net die patiënten zijn die naar de rechtbank zullen stappen als er iets mis gaat. De impliciete dreiging van de mogelijke medico-legale gevolgen geeft het gevoel van druk op de schouders van de gynaecoloog. Alles kan netjes **gepland** worden, zo kunnen het verlof van de aanstaande vader, de geboortekaartjes en dergelijke allemaal netjes op voorhand geregeld worden.

“Netjes, een operatie, ritske open, ritske dicht” (gynaecoloog 1, materniteit 12).

De toekomstige ouders zien een keizersnede volgens de respondenten als een **veilige en gemakkelijke** oplossing. Toekomstige ouders gaan **nogal licht over een keizersnede** en zien het als een weinig invasieve procedure. Ouders denken dat een keizersnede voornamelijk voor de baby veiliger is, maar ze weten volgens de respondenten niet goed wat een keizersnede inhoudt, wat de risico’s en de gevolgen zijn. Vele gynaecologen en vroedvrouwen zijn ervan overtuigd dat een keizersnede helemaal niet veiliger is, zowel voor de moeder als voor de baby. In tegendeel, ze zijn van mening dat keizersneden verbonden zijn met een verhoogde kans op Maternele/foetale morbiditeit en mortaliteit. De informatie die de gynaecologen aan de ouders geven over de risico’s van keizersneden is afhankelijk van de visie van de zorgverlener ten overstaan van keizersneden. Artsen die ervan overtuigd zijn dat een vaginale bevalling beter is gaan hun patiënten informeren over vb. het verhoogde risico op maternale sterfte. Artsen die ervan overtuigd zijn dat een keizersnede veiliger is, zullen minder geneigd zijn hun patiënten uitgebreid te informeren over de risico’s en complicaties van

keizersneden. Welke informatie er aan de patiënten gegeven wordt, wordt ook beïnvloed door een zeker opportunisme van de gynaecoloog. De informatie die gegeven wordt, wordt beïnvloed door het feit of het hem of haar beter uitkomt om al dan niet keizersnede uit te voeren.

In verband met de druk van de patiënten, vermelden de respondenten heel vaak de druk om te **induceren** omwille van niet-medische redenen of commoditeit (ook zie hoofdstuk “Inducties”). Redenen die patiënten hiervoor aangeven zijn “ze zijn het beu, ze zien het niet meer zitten, ze willen ervan af, ze hebben geen opvang voor de andere kinderen, ze zijn zelfstandige...”. De patiënten spelen volgens de respondenten een rol in het bespoedigen van de inleiding. Indien de inductie om de één of andere reden niet aanslaat, vraagt het heel wat moed aan de gynaecoloog om de inductie te stoppen en de patiënt terug naar huis te sturen. De gynaecologen geven aan dat je stevig in de schoenen moet staan en sterk moet zijn om tegen die druk in te gaan. Het is soms erg moeilijk om patiënten te overtuigen af te wachten en niet in te grijpen, zeker als ze ooit al een keizersnede gehad hebben lijkt de drempel naar een volgende keizersnede kleiner. Alle respondenten leggen een duidelijke **link tussen het aantal inducties en het aantal keizersneden**. Induceren verhoogd de kans op complicaties en hierdoor eindigen heel wat inducties in een keizersnede. Sommige gynaecologen hebben bepaalde strategieën ontwikkeld om met deze druk om te gaan vb. zo laat mogelijk de beslissing om een keizersnede te doen met de ouders bespreken.

Enkele gynaecologen geven aan dat het moeilijk is om **objectief** te blijven en de juiste beslissing te nemen voor iemand waarmee je al 9 maanden een band hebt opgebouwd. Door de band die met de patiënt wordt opgebouwd, wordt er misschien sneller overgegaan tot een keizersnede bij een vermoeden van foetale nood. Een bepalende factor hierin is de mogelijkheid om de patiënt, buiten de context van het ziekenhuis, nog tegen het lijf te lopen (zeker in geval van complicaties).

Sommige respondenten schetsen de patiënt als een **consument** van zorg. Er dient rekening gehouden te worden met wat de patiënt wenst, want volgens een beperkt aantal respondenten is het de patiënt die uiteindelijk beslist wat er zal gebeuren. Er is een groot aanbod aan gynaecologen en door de grote concurrentie wordt er aan ‘medical shopping’ gedaan, de patiënten zijn volgens bepaalde artsen teveel verwend. Als patiënten niet krijgen wat ze willen (vb. een keizersnede op vraag) gaan ze naar de concurrentie.

Bepaalde gynaecologen ervaren een zekere druk vanuit de patiënten om bij hun **eigen gynaecoloog** te bevallen. Echter de meeste gynaecologen vertellen dat die druk in vergelijking met enkele jaren geleden, kleiner wordt. Dit wordt verklaard door de beter georganiseerde wachtsystemen en het begrip die de meeste toekomstige ouders opbrengen voor het privé-leven van de arts.

“Luistert, ge kunt in beide richtingen. Ge kunt zeggen aan uw patiënt, kijk, in feite nu voor die kleine is het beter dat er een sectio gebeurt, dan, als die moeder dat hoort en ook de vader gaan ze zeggen, ok, ok, doe maar, doe maar dokter hé, maar ge kunt ook zeggen, kijk luister, we gaan nog een beetje proberen e, waarschijnlijk lukt het wel langs normale weg, hé. En, en, en dan kunnen ze gewoon in de andere richting duwen hé” (gynaecoloog 2, materniteit 7)

De informatie die gegeven wordt aan de toekomstige ouders m.b.t. een induceren omwille van commoditeit en een ‘keizersnede op vraag’ (cf. supra), is een goede illustratie van de wisselwerking tussen arts en patiënt. Quasi alle zorgverleners zijn van mening dat induceren omwille van commoditeit en keizersneden doen op vraag, dingen zijn die **niet kunnen**. Ze zullen daarom in eerste instantie het **uit het hoofd te praten** van het koppel. In vele gevallen lukt dit ook en zullen de patiënten het advies van de arts volgen. In bepaalde gevallen gaan de artsen akkoord met de argumenten om er toch op in te gaan en gaan ze in op de vraag van de koppels.

De gynaecologen vertellen dat ze **veel energie** moeten steken in het informeren en geruststellen van toekomstige ouders. Het vraagt veel inspanning om een keizersnede uit het hoofd van de mensen te praten. De artsen ervaren vaak dat ze hier weinig tijd voor hebben of kunnen vrijmaken door hun drukke praktijk. In 3 ziekenhuizen spelen de **vroedvrouwen** een belangrijke rol op dat vlak. Zij zorgen ervoor dat de ouders de nodige informatie krijgen en goed voorbereid zijn.

1.2.4. Leeftijd / opleiding / ervaring van de gynaecoloog

Verscheidene, hoofdzakelijk oudere gynaecologen, geven aan dat de jongere generatie artsen een **andere visie** hebben op keizersneden dan de oudere generatie, naar alle waarschijnlijkheid hangt dit eveneens samen met de maatschappelijke veranderingen (cf. supra). Jonge gynaecologen zijn opgeleid in een universitair centrum waar per definitie veel keizersneden gebeuren omwille van een groter aandeel obstetrische pathologie. Ze zijn opgeleid in de idee dat ze snel een keizersnede moeten doen bij het minste probleem of twijfel. De grote motivatie hiervoor is de angst voor het **medico-legale**. Deze **angst** is er volgens bepaalde artsen met de paplepel meegegeven en de opleiding is defensiever geworden. Jonge artsen vetrekken volgens sommige gynaecologen vanuit het volgende standpunt: “hoe ga ik verdedigen waarom ik geen keizersnede gedaan heb”. Volgens bepaalde respondenten zullen jongere gynaecologen met minder verloskundige ervaring sneller geneigd zijn om een keizersnede te doen om zichzelf veilig te stellen, uit angst om fouten te maken. Jonge artsen lijken af te studeren met veel angst en minder concrete ervaring in de verloskunde. Een jonge gynaecoloog die in een academische setting werkt, voelt zich **veilig en gesteund** doordat er supervisors zijn die inspringen in geval van problemen. Een jonge gynaecoloog in een privé-setting is veel meer op zichzelf aangewezen en zal misschien ook meer op veilig spelen en dus sneller een keizersnede doen. Jongere collega’s lijken eveneens meer te overleggen en **advies te vragen** aan de meer ervaren gynaecologen. Oudere gynaecologen lijken totaal geen overlegcultuur te hebben en het is voor hun niet evident om advies aan elkaar te vragen.

Bepaalde gynaecologen vertellen dat jongere artsen met minder verloskundige ervaring zich gemakkelijker **laten overtuigen door hun patiënten** en ook sneller zullen toegeven om vb. te induceren als de patiënten hierom vragen. De ervaring leert de gynaecoloog meer op zijn/haar strepen te staan en voelt zich beter gewapend om vb. niet te induceren als de obstetrische situatie ongunstig is. Een ander element m.b.t. het verschil in de manier van beoefenen van de verloskunde tussen de oudere en de jongere generatie is de beoordeling van de **foetopelvische verhouding** en de proefarbeid. Volgens bepaalde oudere gynaecologen kan het bekkenkanaal van de moeder alleen beoordeeld worden op het moment dat er goede weeën zijn en niet op voorhand. Jongere collega’s plannen op 37 à 38 weken (al dan niet aan de hand van een pelvimetrie) al sneller een primaire keizersnede omwille van foetopelvische disproportie. Bepaalde oudere gynaecologen zouden in dit geval voor een proefarbeid opteren en niet onmiddellijk voor een keizersnede kiezen.

Wanneer men het heeft over de expertise van de gynaecoloog spreekt men in relatie tot de leeftijd, vaak over de **stuitbevalling**. Jongere collega’s leren tijdens hun opleiding niet meer om een vaginale

stuitbevalling te doen en dat stuk expertise lijkt verloren gegaan. Ook een bevalling met behulp van een forceps wordt niet meer aangeleerd.

In twee ziekenhuizen vertelde men dat de **oudere gynaecologen het laagste keizersnedenpercentage** hadden. Dit werd onder andere verklaard door de ervaring waarover deze oudere gynaecologen beschikken en het feit dat ze hierdoor een meer afwachtende houding durven aannemen. Bovendien werd het type patiëntenpopulatie als een bijkomende verklaring gegeven. Een oudere gynaecoloog zal meer meerbarende vrouwen opvolgen waarbij risico op een keizersnede de facto lager ligt. Een beginnende arts zal voornamelijk eerstbarende vrouwen opvolgen met een grotere risicofactor op keizersneden. Gynaecologen die hoogrisico zwangerschappen opvolgen, zullen logischerwijs ook meer keizersneden uitvoeren.

Een vroedvrouw vertelde over de trendverandering die ze bij de jongere artsen observeerde. Jongere artsen lijken terug **meer geduld** te hebben dan hun oudere collega's. De oudere collega's hebben hun ervaring mee, maar gezien het drukke consultatieschema lijken deze minder geduld te hebben dan hun jongere collegae.

De twee artsen die **buitenlandse werkervaring** hadden, gaven aan zich beter gewapend te voelen voor de verloskunde in Vlaanderen. Enerzijds omdat ze meer pathologie gezien hebben en een bredere verloskundige ervaring hebben opgebouwd. Anderzijds omdat ze minder gevoelig zijn voor de medico-legale druk.

1.2.5. Levenskwaliteit en werkplanning

Bijna alle respondenten vertellen dat de gynaecologen op zoek gaan naar een **evenwicht tussen werk en privé**. In tegenstelling tot vroeger leven gynaecologen niet 100% meer voor hun job, ze hebben ook nog een leven daarnaast. Als men een keizersnede doet is het werk op een uur achter de rug en dan is er tijd voor andere dingen, vb. een vergadering of de kinderen van school halen. Eén van de verklarende factoren die aangegeven wordt voor deze verandering is de toename van het aantal **vrouwelijke** gynaecologen.

Een illustratie van de wisselwerking tussen werk en privé, is dat gynaecologen 's avonds sneller geneigd zijn een keizersnede te doen bij een traag vorderende arbeid om te vermijden dat ze 's **nachts moeten opstaan**. Ook op dat vlak zijn er sterke individuele verschillen, bepaalde gynaecologen vinden het geen probleem om 's nacht te komen voor een bevalling, andere vinden dat verschrikkelijk. Bepaalde respondenten verklaren het hoge keizersnede percentage door **gemakszucht** van de gynaecoloog

Sommige gynaecologen organiseren hun werk door bepaalde **inducties** te plannen. Op die manier werken ze hoofdzakelijk tijdens de kantooruren (daylight obstetrics) en minder 's avonds en tijdens het weekend. Een goede wachtrekening maakt dat volgens sommige gynaecologen de verleiding minder groot is om te induceren om het werk te plannen.

De **werkdruk** speelt evenzeer een rol. Alle gynaecologen hebben privé-consultatie en/of een operatieprogramma. De meeste artsen ervaren dit als een beïnvloedende factor. Het besef dat er veel andere patiënten in de wachtzaal zitten, maakt tot sommige artsen geneigd zullen zijn om sneller een keizersnede te doen. Op die manier kunnen de consultaties ook sneller afgewerkt worden. Bovendien vertelden redelijk wat gynaecologen dat een vaginale bevalling stress met zich meebrengt. Het verloop en de uitkomst is onvoorspelbaar. De gynaecologen geven aan dat eens ze beslist hebben om een keizersnede te doen dat die ongerustheid/stress ook wegvalt.

1.2.6. Werkideologie (wat is goede verloskunde)

Uit de interviews met de vroedvrouwen en de gynaecologen bleek duidelijk dat de visie op wat goede verloskunde is hun praktijkvoering kleurt. Het gebrek aan klare diagnostische tests voor vb. foetale nood maakt dat men in de verloskunde te maken krijgt een vrij grote grijze zone waardoor men beroep doet op zijn/haar overtuiging van wat goede verloskunde is. De ene gynaecoloog is ervan overtuigd dat een **vaginale** bevalling beter is voor de baby en de andere beweert dat een keizersnede beter is. Sommige gynaecologen geloven in een **pelvimetrie** als valabele test om te voorspellen of een vaginale bevalling mogelijk is, andere zeggen dat het bekken enkel beoordeeld kan worden tijdens de arbeid. Ook de meningen over het al dan niet doen van een **proefarbeid** zijn erg verdeeld. Een ander item waar de meningen uit elkaar lopen is over het beleid m.b.t. **postmatureit**.

“Das regionaal gebonden, mijn vader was gynaecoloog in X. In X zeiden ze altijd, dat is uw bevallingsdatum en we zetten u niet aan de gang voor dat je tien dagen over tijd waart. X had ook heel lang een sectiocijfer van beneden de tien procent. En toen ik toekwam in Y kregen ze te horen van, van mijn twee collega’s die hard werkten van, dit is uw bevallingsdatum en ge komt de dag erop binnen als ge niet bevallen zijt.” (gynaecoloog 1, materniteit 11)

De vroedvrouwen vertellen dat er gynaecologen zijn die in gelijkaardige verloskundige situaties veel meer en sneller ingrijpen dan andere. De meeste vroedvrouwen zeggen voorstanders te zijn van een **natuurlijke bevalling**. Bepaalde gynaecologen vertellen dat ze ervaren dat de meeste vroedvrouwen pro-natuur zijn, maar dat er ook bepaalde vroedvrouwen zijn die druk op de gynaecologen uitoefenen om een invasiever beleid te voeren.

1.2.6.1. Foetale monitoring

De **beperkte specificiteit** van de foetale monitoring wordt door vele respondenten in verband gebracht met het percentage keizersneden.

“Wij weten ook dat continue foetale monitoring, dat dat eigenlijk niet veel bijgebracht heeft. Als ge dat vergelijkt met intermittente foetale auscultatie, dan zie je dat vooral het aantal sectio’s toegenomen is... Maar als het zo weinig specifiek is weet je niet wanneer dat je moet reageren en dat is één van de hoofdoorzaken denk ik waarom dat er meer sectio’s gebeurd zijn.” (gynaecoloog 1, materniteit 12)

Drie van de vijf ziekenhuizen beschikt over een STAN[®]-monitor en de respondenten geven aan dat deze nieuwe technologie helpt om beter in te schatten wanneer er een keizersnede moet gebeuren omwille van foetale nood. De keizersneden waarbij STAN[®] aangeeft dat de baby tijdens de arbeid in nood is, maar waarvan na de geboorte blijkt dat het baby geen problemen stelt, worden er volgens sommige gynaecologen door het gebruik van de STAN[®] niet allemaal uitgefilterd. Het klinisch oordeel m.b.t. de foetale nood blijft dus ook met een STAN[®]-monitor een redelijk belangrijke rol spelen.

De interpretatie van de foetale conditie op basis van de foetale monitoring is blijkbaar iets wat erg **verschilt van gynaecoloog tot gynaecoloog**, de ene arts zal op basis van hetzelfde tracé sneller beslissen om een keizersnede te doen dan de andere.

In één ziekenhuis wordt er niet continu gemonitord, er wordt **intermittent** naar de harttonen geluisterd. Dit is volgens de hoofdvroedvrouw één van de redenen waarom er minder snel overgegaan wordt tot een keizersnede. Enerzijds omdat er slechts een klein stuk van het tracé zichtbaar is waardoor de delen waar de baby slaapt en het tracé minder variabel is, niet voor onnodige onrust kunnen zorgen. Anderzijds omdat de vrouwen hierdoor niet continu in bed liggen tijdens de arbeid en daardoor de arbeid fysiologischer verloopt.

1.2.7. Inducties

Net zoals de stuitbevalling, was de inductie een onderwerp waarover er veel werd over verteld tijdens de interviews. Informatie verzamelen over induceren behoorde niet tot het doel van de studie, maar bijna alle respondenten vertelden spontaan dat het **aantal keizersneden en het aantal inducties** duidelijk aan elkaar vasthangen. Zoals met de meeste andere items zijn er zijn ook hier grote individuele verschillen tussen de artsen, er zijn er die veel inleiden en er zijn er die weinig inleiden. Volgens de respondenten zijn het voornamelijk de inducties omwille van **commoditeit** die voor de toename van het aantal keizersneden veroorzaken. Een inductie waarvan de verloskundige situatie niet gunstig is, zal vaak leiden tot een gefaalde inductie en bijgevolg tot meer keizersneden. Zoals in de bovenstaande hoofdstukken reeds uitgelegd werd, vinden de meeste respondenten dat induceren omwille van organisatorische redenen (van de patiënt & van de gynaecoloog) niet kan. De meeste vinden dat het absoluut niet kan voor 38 à 39 weken en de verloskundige situatie moet optimaal zijn (ingedaald hoofd, een beetje ontsluiting, een zachte verstreken baarmoederhals, ...). Het bepalen en berekenen van de **Bishop-score** wordt weinig toegepast, maar men zegt wel de principes ervan te hanteren. Enkele respondenten vertellen dat het bepalen van een al dan niet gunstige verloskundige situatie subjectief en voor interpretatie vatbaar is, er is dus veel individuele beslissingsruimte. Ondanks het feit dat de meeste respondenten van mening zijn dat inleiden omwille van commoditeit niet kan, vermelden ze tegelijkertijd heel wat **uitzonderingen** waarbij het wel te verantwoorden valt:

“...kijk, die patiënt is eenenveertig weken we zijn van plan ze tot tien dagen over tijd te laten gaan en die tiende dag valt in het weekend, ja dan ga ik ze wel de vrijdag inleiden en niet de zondag.”(gynaecoloog 1, materniteit 12)

“Eum, langs de kant van de man, ja, ik heb het al gezegd, van die nemen hun verlof al vroeger, voor de datum en, en, en dat verlof dat verstrijkt en de baby is er nog niet tot en met van, ja, euh de schoonouders hebben een reis naar Spanje gepland en en en de schoonmoeder wil die baby nog graag zien voor dat ze vertrekt”. (hoofdgynaecoloog, materniteit 9)

“ik kom vanavond zie ik een patiënt waarvan dat de vader, euh, in de gevangenis zit maar hij mag morgen vrij, zij is zevenendertig weken twee dagen, en ze gaan nu vragen voor die inductie te doen want hij mag maar twee dagen vrij. Is dat een reden? Is dat een reden voor een inductie te doen?” (adj. hoofdvroedvrouw, materniteit 11)

In bepaalde ziekenhuizen worden de inducties om organisatorische redenen allemaal **op één dag gepland**. Die ‘inductiedag’ is vaak de dag waar de arts consultaties doet in het ziekenhuis en dus ook snel beschikbaar is voor de bevalling. Er staat in één ziekenhuis een bepaalde grens op het aantal inducties per dag, om in combinatie met de spontane bevallingen de werkdruk een beetje te kunnen spreiden. Soms ontstaan er hieromtrent conflicten tussen de vroedvrouwen en bepaalde artsen. Sommige artsen boeken meer inleidingen dan toegestaan op één dag en geven hiervoor één of andere medisch geïndiceerde reden op, waardoor de vroedvrouwen aangeven dat de werkdruk hoog wordt en daardoor ook mogelijks meer keizersneden gebeuren.

1.2.8. Overzicht medisch-obstetrische redenen keizersnede bij laagrisico

In de onderstaande lijst wordt er een overzicht gegeven van alle redenen die de respondenten opsomden m.b.t. keizersneden bij laagrisico zwangerschappen. De accolades groeperen de redenen die min of meer bij elkaar horen.

- Niet vorderende arbeid;
- Niet vorderende indaling;
- Niet vorderende ontsluiting;
- Vermoeden cephalo pelvische disproportie (vernauwd bekken, macrosoom);
- Postmaturiteit en niet ingedaald hoofd op het ogenblik van de postmaturiteit;
- Slechte foetale harttonen, foetaal lijden;
- STAN[®]-event, slecht CTG;
- Bekkenfoto;
- Bekkenlast, bekkeninstabiliteit, heelkundig bekken;
- Placentaloslating;
- Plots hevig bloedverlies;
- Keizersnede litteken;
- Failed induction;
- Moelijke ventouse-bevalling;
- Afwijkende liggingen (dwarsligging, voetligging);
- Koorts;
- Dystocie;
- Vaginisme;
- Navelstrenprolaps;
- Placenta previa;
- Fibroom of andere obstructie van de uterus;
- Herpes genitalis;
- Cervicaal probleem.

1.2.9. Invloed organisatorische elementen

1.2.9.1. Organisatie/beleid materniteit/verloskamer

De **impact** van de organisatie/beleid van de materniteit/verloskamer op de beslissingsprocessen van keizersneden bij laagrisico zwangerschappen, wordt door de respondenten weergegeven als **eerder beperkt**.

Zoals eerder werd uitgelegd in het hoofdstuk “Wie beslist er en hoe wordt er beslist?” , verloopt het beslissingsproces in geen enkel ziekenhuis op een structureel georganiseerde manier. Er zijn **geen protocollen** die de **indicaties** voor primaire en/of secundaire keizersnede bevatten. De meeste ziekenhuizen hebben wel een protocol over het verloop van een keizersnede, maar niet over de indicatiestelling. Iedere **individuele** gynaecoloog beslist zelf, al dan niet in overleg met de **vroedvrouwen** bij de secundaire keizersneden. De arbeid wordt opgevolgd door de vroedvrouwen en deze geven hun bevindingen door aan de arts (face to face, via de telefoon of via de computer). **Soms overlegt** een gynaecoloog al dan niet telefonisch met een andere gynaecoloog, maar dat hangt volledig af van het initiatief van de gynaecoloog zelf. Overleg wordt in geen enkel ziekenhuis structureel voorzien, uitgezonderd tussen de assistent gynaecologie en de superviserende gynaecoloog. In bepaalde ziekenhuizen zijn er wel dagelijkse of wekelijkse overlegmomenten, maar hier wordt zelden het al dan niet uitvoeren van een keizersnede besproken. De gevallen die daar wel besproken worden zijn meestal de **hoogrisico** situaties (vb. HELLP) of complexe problemen (vb. onderbreking zwangerschap). Volgens de meeste respondenten verloopt het beslissingsproces op dezelfde manier zowel overdag, 's nachts als in het weekend. Enkele respondenten gaven aan het beslissingsproces in de periferie moeilijk kan vergeleken worden met dat in een universitair ziekenhuis, de organisatie van

beide ziekenhuizen is te verschillend. In een universitair ziekenhuis zijn er assistenten en zijn de artsen in loondienst, terwijl in de periferie er meestal geen assistenten zijn en alle artsen onder een zelfstandig statut werken. Dit heeft volgens bepaalde respondenten het gevolg dat er minder overlegd en vergaderd wordt omdat iedereen naast de bezigheden in het ziekenhuis ook zijn drukke **privé-praktijk** heeft.

Eén ziekenhuis heeft wel een vrij éénduidig beleid, men hanteert de principes van het van baby-friendly-hospital label. De respondenten proberen het keizersnedenpercentage zo laag mogelijk te houden, zo weinig mogelijk te induceren en zoveel mogelijk bevallingen zo natuurlijk mogelijk te laten verlopen.

1.2.9.2. Organisatie/beleid ziekenhuis

De meeste respondenten vertellen dat er vanuit de directie en het management **weinig richtlijnen** zijn m.b.t. het aantal keizersneden. In de meeste ziekenhuizen volgt de directie het keizersnedenpercentage van op afstand op, maar of er verdere stappen ondernomen worden verschilt erg van ziekenhuis tot ziekenhuis. Sommige ziekenhuisdirecties gaan over tot **actie**, ze organiseren een audit en monitoren het keizersnedenpercentage van dichtbij. Dit zijn voornamelijk de ziekenhuizen waarvan de respondenten aangaven dat ze een te hoog percentage hebben. De meningen over de inmenging van de directie m.b.t. het keizersnedenpercentage zijn verdeeld. Enerzijds vinden sommige gynaecologen dat de directie zich niet moet bemoeien met medisch beleid, anderzijds ervaren sommige artsen de hulp van de directie als steunend en als de oorzaak van hun dalende keizersnedenpercentage.

1.2.9.3. Intervisie

In de meeste ziekenhuizen worden er **retrospectieve besprekingen** georganiseerd van de keizersneden. Deze momenten van intervisie zijn in de meeste ziekenhuizen eerder occasioneel en hangen af van het initiatief van het diensthoofd (gynaecoloog of hoofdvroedvrouw) dat genomen wordt onder invloed van de vroedvrouwen of het operatiekwartier. In enkele ziekenhuizen worden de vroedvrouwen bij het overleg betrokken, maar meestal vindt de bespreking plaats tussen de gynaecologen **onderling**. Inmenging van de vroedvrouwen in het medisch beleid wordt door de meeste gynaecologen niet aanvaard. Tijdens die vergaderingen worden op een **anonieme** manier de keizersnedenpercentages van de individuele artsen besproken, evenals de indicaties voor de keizersneden. De communicatie tijdens deze vergaderingen is erg indirect. **Iedereen weet** (zonder dat er namen vermeld worden) wie welk percentage heeft, maar niemand spreekt zijn/haar collega rechtstreeks over aan (ook niet het diensthoofd). Het feit deze percentages en de indicaties te bespreken, is een vorm van **sociale controle**. Voor bepaalde artsen ligt het feit gecontroleerd te worden of zich in zekere zin te moeten verantwoorden, gevoelig. Ze vinden dat de therapeutische vrijheid van iedere arts moet gerespecteerd worden. Alle artsen geven weer een bepaalde druk te voelen om een laag percentage te hebben:

“Als je een laag percentage hebt, zijt ge zogezegd een betere gynaecoloog” (gynaecoloog 1, materniteit 7).

Sommige artsen zien het keizersnedenpercentage als een soort **kwaliteitsindicator**, voornamelijk in de ziekenhuizen die aangaven dat ze een té hoog percentage hadden in vergelijking met het nationaal gemiddelde. De intervisie heeft als doel de individuele gynaecoloog in groep te confronteren met zijn cijfer en laat het aan de individuele gynaecoloog om hier **lessen uit te trekken**. Er worden dus geen ‘sancties’ voorzien indien de percentages te hoog blijven. Er wordt gediscuteerd over het feit of bepaalde keizersneden echt nodig waren, zonder daarin verwijtend te zijn naar elkaar. Bepaalde individuele gynaecologen hebben een erg hoog percentage er worden hier voorzichtig op aangesproken. Volgens bepaalde gynaecologen hebben ze altijd een uitleg klaar om hun hoge percentage te verantwoorden. Soms worden er tijdens deze intervisie-momenten bepaalde zaken **afgesproken** vb.: na een eerste keizersnede omwille van foetopelvische disproportie een tweede vaginale bevalling proberen, niet meer induceren voor 38 weken, een tweede opinie vragen i.g.v. twijfel, invoer van de STAN voor een betere indicatiestelling, de prognose voor de manier van

bevallen bij een volgende zwangerschap in het dossier noteren na een voorgaande keizersnede (andere voorstellen om het keizersnedenaantal te beïnvloeden zie hoofdstuk “Voorstellen respondenten”). Het effect van die intervisie wordt zowel door de vroedvrouwen als door de artsen waargenomen, maar blijft vrij **tijdelijk**. Vlak na de intervisie wordt en vb. minder ingeleid en wat langer afgewacht, maar dit effect is van korte duur. Sommige gynaecologen vinden dat er te weinig intervisie is en dat dit frequenter georganiseerd zou moeten worden.

1.2.9.4. Wacht

Alle ziekenhuizen hebben een wachtsysteem voor de gynaecologen, de vroedvrouwen werken in ploegen. In geen enkel participierend ziekenhuis slapen de gynaecologen in, ze zijn allemaal **telefonisch oproepbaar** en wonen niet ver van het ziekenhuis. In de meeste ziekenhuizen is er één arts van wacht, in sommige andere ziekenhuizen zijn twee artsen van wacht. De weekends worden volgens de respondenten verdeeld onder de gynaecologen die deel uitmaken van de staf van het ziekenhuis (zonder de toegelaten geneesheren). Als er verschillende **associaties** zijn in het ziekenhuis worden de wachten binnen die associaties verdeeld. In sommige ziekenhuizen wordt er een **strikt** wachtsysteem gehanteerd, d.w.z. dat de gynaecologen aangeven dat ze niet opgeroepen worden voor eigen patiënten indien ze niet van wacht zijn (tenzij een strikte privé-patiënt, vb. familie). Andere ziekenhuizen hebben geen strikt wachtsysteem, d.w.z. zeggen dat ze meestal opgebeld worden voor de bevalling van hun patiënt als ze niet van wacht zijn.

Ieder ziekenhuis heeft zijn eigen systeem en de gelijkenissen tussen de ziekenhuizen was vrij beperkt. Opvallend was dat de uitleg over de organisatie van de wacht, zelf **verschilde** tussen de respondenten van eenzelfde ziekenhuis.

1.2.9.5. Werkverdeling en financiën

Enkele artsen halen financiële argumenten aan om het keizersnedenpercentage te verklaren. Aangezien er in bepaalde ziekenhuizen **geen financiële samenwerking** is tussen de artsen, verdient iedere arts per prestatie. Bepaalde artsen induceren dan ook vóór het weekend om ervoor te zorgen dat bepaalde patiënten bij hem/haar bevallen en niet bij de arts van wacht. Aangezien het aantal inducties nauw verbonden is met het aantal keizersneden, vergroot daardoor ook de kans op een keizersnede. Eén gynaecoloog vermeldt dat een keizersnede meer tijd en geld kost dan een vaginale bevalling en dat het financiële dus geen motivatie is om meer keizersneden te doen, in tegendeel.

Het feit er **alleen** voor staan, heeft volgens bepaalde artsen en vroedvrouwen een invloed op het keizersnedenpercentage. Artsen in een perifere setting worden niet gesteund door supervisors en overleggen weinig met collega's. Vaak gaan ze uit angst voor de gevolgen, kiezen voor de veiligste oplossing in hun ogen nl. een keizersnede.

Sommige vroedvrouwen geven aan dat indien de **werkdruk** van de **gynaecologen** niet zo groot was, er waarschijnlijk minder keizersneden zouden gebeuren. Het uitvoeren van keizersneden vergroot namelijk de planbaarheid van het werk van de gynaecoloog. Indien op hun beurt de werkdruk van de **vroedvrouwen** minder hoog zou zijn, zouden zij de parturiënten intensiever kunnen opvolgen. Hierdoor zouden ze, volgens de vroedvrouwen, bijvoorbeeld sneller bepaalde angsten kunnen opmerken, vroegtijdig ontdekken dat de arbeid niet goed evolueert en een betere vertrouwensband kunnen opbouwen. Volgens enkele vroedvrouwen zouden hierdoor mogelijks een aantal onnodige keizersneden vermeden kunnen worden.

1.2.8.6. Plaats van de keizersnede

In geen enkel ziekenhuis gingen de keizersneden door op het verloskwartier zelf, ze gebeuren allemaal op het **operatiekwartier** dat in de meeste gevallen vrij dichtbij lag.

Enkele respondenten uitten hun voorkeur om de keizersneden op het verloskwartier zelf te laten doorgaan, maar niemand legde een duidelijk verband tussen de plaats het keizersnedenpercentage.

In één ziekenhuis werd er recent op initiatief van de (hoofd)vroedvrouwen een **systeem** geïnstalleerd waarbij de urgentiegraad van de keizersnede een bepaalde kleurcode toegewezen krijgt. Dit systeem werd gestart naar aanleiding van chaotisch verloop van verschillende urgente keizersneden en de moeilijke samenwerking met het operatiekwartier. Iedere vrouw in arbeid krijgt een bepaalde kleurcode (groen, oranje of rood). Een groene code betekent dat alles normaal verloopt, een oranje code betekent dat er een keizersnede zal gebeuren maar dat het niet dringend is en een rode code betekent dat er onmiddellijk een keizersnede moet gebeuren. In overleg met de spoeddienst is er een rode knop geïnstalleerd waarop gedrukt wordt in geval van een urgente keizersnede. Alle betrokken hebben op dat moment een specifieke taak in heel het proces, met als gevolg dat alles sneller en vlotter verloopt. Dit systeem van kleurcodes bevat geen classificatie m.b.t. de indicaties voor de keizersneden, maar het is een systeem om de samenwerking tussen alle betrokken diensten tijdens een dringende keizersnede beter te stroomlijnen.

Onderzoeksvraag 2: Werden er inspanningen geleverd om het keizersnedenpercentage te beïnvloeden?

Er werden, al dan niet naar aanleiding van de interviews, verschillende initiatieven genomen om het keizersnedenpercentage te beïnvloeden. Wat er precies werd gedaan en hoe intensief deze inspanningen waren, verschilde erg van ziekenhuis tot ziekenhuis. Enkele respondenten uit een aantal ziekenhuizen gaf zelf aan een te hoog percentage te hebben en dit te willen verlagen. Deze ziekenhuizen organiseerden een interne **audit** in combinatie met één of meerder bespreking(en) van de cijfers (cf. hoofdstuk “Intervisie”). Twee ziekenhuizen zijn aan de slag gegaan met de Robson-analyse. In één ziekenhuis wordt er systematisch in het dossier genoteerd wat de prognose is voor de volgende bevalling indien de vrouw een keizersnede kreeg.

Onderzoeksvraag 3: Werden er bepaalde buitenlandse strategieën ingevoerd om het keizersnedenpercentage te laten zakken? Zo nee, zouden deze strategieën overwogen kunnen worden?

3.1. Percentages publiceren in de nationale pers

De meeste respondenten vinden dit **geen goed idee**. Ze zijn van mening dat het grote publiek de betekenis van de keizersnedenpercentages van de ziekenhuizen **niet kan interpreteren** en dat het bekendmaken van percentages daarom beter binnen de beroepsgroep gebeurt. Er wordt hierbij regelmatig verwezen naar de percentages van de universitaire ziekenhuizen. Deze referentiecentra behandelen meer (zware) pathologie en hebben volgens de respondenten daardoor ook meer keizersneden. Ook het feit dat er zo’n sterke individuele verschillen zijn tussen de gynaecologen, wordt uit de publicatie van gemiddelde percentages op ziekenhuisniveau niet begrepen. De respondenten vragen zich zelf af of hiermee niet het omgekeerde effect bereikt zou worden. Misschien zouden vrouwen eerder naar de ziekenhuizen gaan met een hoog percentage om meer kans te hebben dat ze een keizersnede zouden krijgen omdat ze denken dat dat veiliger is.

Sommige respondenten stellen zich de vraag of het keizersnedenpercentage wel een goede kwaliteitsindicator is, de maternale en neonatale morbiditeit-/mortaliteitsindicatoren hebben volgens sommigen meer waarde.

Volgens enkele respondenten zou die publicatie **weinig impact** hebben op het keizersnedencijfer, de verandering zou vooral vanuit de gynaecologen zelf moeten komen en het publiceren van dergelijke cijfers zou volgens hen enkel de concurrentie tussen de ziekenhuizen verhogen.

3.2. Informeren eigen evolutie

De gynaecologen geven quasi unaniem aan dat ze op regelmatige basis geïnformeerd worden door het **SPE** en/of door het **diensthoofd**. Men is het er allemaal over eens dat dit een **goede zaak** is en dat dit het percentage ook beïnvloedt. Het effect van de confrontatie met de eigen cijfers en de vergelijking met andere ziekenhuizen/gynaecologen, maakt dat de gynaecoloog zichzelf in vraag stelt en vb. minder zal induceren of langer afwachten. Het effect is meestal van korte duur. Om de evolutie goed te kunnen monitoren en de gynaecoloog de kans te geven zijn/haar praktijk bij te sturen, is frequenter informeren noodzakelijk. Jaarlijks is volgens de meeste respondenten onvoldoende, maandelijks driemaandelijks of zesmaandelijks lijkt beter geschikt.

3.3. Systematisch overleg beslissing keizersnede

De meningen over systematisch overleg vóór de beslissing om een keizersnede te doen, zijn **verdeeld**. De meeste gynaecologen zijn het erover eens dat er een aantal indicaties evident zijn (vb. foetale nood) en geen overleg vereisen. Terwijl dat er andere indicaties zijn waar er wel twijfel over is, in deze gevallen zou overleg wel een goed idee zijn. Er worden heel wat **praktische bezwaren** opgesomd voor de beperkte haalbaarheid van systematisch overleggen, zeker in geval van een urgente situatie (tijdverlies, dubbel wachtsysteem, e.a.). Een aantal vroedvrouwen zeggen dat overleg enkel zinvol zou zijn wanneer de artsen hun **trots** opzij kunnen zetten. Bepaalde artsen willen overkomen als een sterke ervaren gynaecoloog en advies vragen aan hun collega's past niet binnen dat beeld. Verschillende gynaecologen zien het niet zitten om systematisch te overleggen omdat het onprofessioneel zou overkomen naar de patiënten, alsof ze niet in staat zijn om zelf te beslissen en toestemming moeten vragen aan hun collega's. Er zou een grote mentaliteitswijziging moeten zijn voordat ze systematisch zouden overleggen. Voor jonge gynaecologen en assistenten wordt overleggen wel als aanvaardbaar beschouwd. In de ziekenhuizen waar de communicatie tussen de gynaecologen onderling moeilijk verloopt, is systematisch overleg ondenkbaar.

Voorstellen respondenten

Tot slot geven we een overzicht van alle voorstellen die tijdens de interviews gedaan werden om de praktijk van keizersneden het verbeteren. Het merendeel van deze voorstellen betreft strategieën voor de vermindering van het aantal keizersnede bij laagrisico zwangerschappen.

Bepaalde respondenten stelden voor om (voornamelijk overdag) een **supervisor** in de verloskamer aan te stellen. Deze gynaecoloog is op dat moment verantwoordelijk voor de bevallingen/keizersneden en is dan ook vrijgesteld van andere taken (vb. consultaties). Er zou ook meer in **associaties** kunnen gewerkt worden, waarbij iedere arts zijn specialiteit heeft en de verloskamer wordt overgelaten aan de arts die die dag een minder druk bezet programma heeft. Het systeem van privé-patiënten zou volgens enkele artsen in dat geval beter verlaten worden. Volgens de meeste artsen hebben parturiënten er geen probleem mee dat een andere arts, dan de arts die hun zwangerschap opvolgde, hun bevalling doet op voorwaarde dat dit hen op voorhand goed uitgelegd wordt.

Heel wat respondenten stelden voor om het **inductiepercentage** te laten zakken om op die manier ook het keizersnedenaantal te verminderen. Sommige artsen geven ook aan dat ze willen proberen om zich minder te laten overhalen door de koppels om te induceren. Het zijn voornamelijk de inducties omwille van organisatorische redenen in ongunstige obstetrische situaties, die volgens hen verminderd moeten worden. Er werd eveneens voorgesteld om de patiënten een document (informed consent) te laten ondertekenen indien ze toch wensen geïnduceerd te worden.

Verschillende respondenten waren eveneens van mening dat regelmatig **terugblikken** op de cijfers (keizersneden, inducties, opnames neonatale intensieve zorgen, ...) en de indicaties voor de keizersneden bespreken, een efficiënte manier is om het keizersnedenaantal te terug te dringen. Het feit dat de artsen er zich op regelmatige tijdstippen voor moeten verantwoorden, zorgt ervoor dat er meer zal afgewacht worden en er mogelijk meer vaginale bevallingen gebeuren. Bepaalde respondenten stelden voor (maandelijks) een structurele retrospectieve bespreking te organiseren met

de artsen en de vroedvrouwen samen. In twee ziekenhuizen is men bezig met een analyse van het aantal keizersnede op basis van het classificatie van **Robson** et al. (1996). De bedoeling van deze analyse is een zicht te krijgen op de verschillende types van keizersneden en basis daarvan na te gaan welke er kunnen vermeden worden en hoe dat kan gebeuren. Initiatieven zoals dit onderzoek naar keizersneden, een audit en directies van ziekenhuizen die het percentage monitoren, heeft volgens sommigen het effect gynaecologen wakker te schudden en zorgen ervoor dat er meer aandacht voor is. Er werd eveneens gesuggereerd opnieuw een meer **conservatieve** aanpak in de verloskunde na te streven, van meer geduld te hebben.

“Dus minder inleiden, dus, euh, en geduld hebben hé. obstetrica, dus dat wil zeggen er op staren hé. Ge moet kunnen met de handen op de rug uw patiënt in arbeid kunnen laten. Zonder dat ge direct met van alles tussenkamt hé. Dus het kan een beetje langer duren maar dan is het ook veel zachter en aangener voor uwe patiënt hé.” (gynaecoloog 1, materniteit 9)

Eén arts stelde voor om de keizersnedenpercentages openbaar te maken **per gynaecoloog** omdat de patiënten dan misschien zouden nadenken over de redenen m.b.t. de grote verschillen tussen de gynaecologen en al dan niet een andere gynaecoloog zouden kiezen.

Meer vroedkundig personeel zou volgens bepaalde respondenten ook kunnen helpen om het keizersnedenaantal te verminderen. Als de vroedvrouwen meer tijd hebben om een arbeid op te volgen kan er sneller ingepikt worden op vb. slechte harttonen. Als dit sneller onderkend wordt, zullen de vroedvrouwen minder ongerust zijn en die ongerustheid ook minder op de gynaecologen overdragen. Mogelijks zullen de gynaecologen dan ook minder snel geneigd zijn om een keizersnede te doen.

Er werd eveneens gesuggereerd om zo weinig mogelijk primaire keizersneden te doen om op die manier zoveel mogelijk **repeat keizersneden** te vermijden. Verscheidene respondenten suggereerden om een proefarbeid te doen bij een vrouw die de vorige keer een keizersnede gehad heeft. Op die manier krijgen zoveel mogelijk vrouwen de kans toch vaginaal te bevallen na een voorgaande keizersnede.

Enkele gynaecologen waren van mening dat het gebruiken van een STAN[®]-monitor het aantal (onnodige) keizersneden zou kunnen doen dalen omdat deze de foetale nood exacter weergeeft. Er kan dus rustiger afgewacht worden als de STAN[®]-monitor geen ST-events geeft.

Er wordt ook voorgesteld om een de **vroedvrouw haar rol** te laten spelen m.b.t. de normale bevalling om onnodige keizersneden te vermijden. De vroedvrouwen kunnen onder meer de voordelen van een normale bevalling meer in het licht stellen, een realistisch beeld (minder angstig) geven aan de mensen omtrent de normale bevalling, een intensieve begeleiding tijdens de partus voorzien en de vrouw helpen vertrouwen te hebben in haar eigen lichaam.

Aansluitend hierbij stelde een gynaecoloog voor een **campagne** te lanceren om het grote publiek een evenwichtiger en meer realistisch beeld te geven van een keizersnede. Een dergelijke campagne zou naar analogie kunnen gebeuren van de antibiotica-campagne. Om het keizersnedenpercentage effectief te laten dalen zal er volgens er een multifactoriële aanpak nodig zijn. Men zal hiervoor de perceptie van de bevolking moeten beïnvloeden, het aantal inducties verminderen en de cijfers bekijken per individuele gynaecoloog.

WIE BESLIST EN HOE WORDT ER BESLIST?

Uit de interviews met gynaecologen en vroedvrouwen komt duidelijk naar voor dat de **individuele gynaecoloog autonoom beslist** om al dan niet een keizersnede uit te voeren. Er is geen leidinggevende arts die in de participerende ziekenhuizen de knoop doorhakt, iedere individuele arts heeft zijn/haar therapeutische vrijheid en draagt zelf de verantwoordelijkheid voor die beslissing. Er wordt zelden overlegd onder gynaecologen. In de uitzonderlijke gevallen dat waar dit wel gebeurt, betreft het meestal hoogrisico zwangerschappen en zal dit overleg eerder toevallig plaatsvinden wanneer men een collega tegenkomt op het verloskwartier (niet 's nachts of in het weekend).

Het beslissingsproces wordt volledig in de handen van de individuele gynaecoloog gelaten. Er wordt op dit vlak in de deelnemende ziekenhuizen **heel weinig georganiseerd** of gestructureerd. Iedere arts

functioneert op zijn eigen eilandje en er lijkt weinig structuur of cohesie te zijn. Sterker, bepaalde artsen zijn van mening dat bepaalde collega's teveel keizersneden uitvoeren, maar durven hier weinig over te zeggen. Ze zijn van mening dat ze hier niet veel kunnen aan doen, iedere arts is verantwoordelijk voor zijn eigen keizersnedenbeleid. Ook de verschillende geïnterviewde diensthoofden zien hier voor zichzelf enkel de rol van de percentages te signaleren, zonder verdere gevolgen. Bovendien werken de meeste artsen op financieel vlak volledig zelfstandig, d.w.z. dat iedere arts voor zijn eigen prestaties betaald wordt. Inkomsten en dito werklast worden onderling niet verdeeld, ook niet binnen de associaties waar de respondenten deel van uitmaken.

De **rol van de vroedvrouwen** in het beslissingsproces lijkt wisselend, dit wordt zowel door de artsen als door de vroedvrouwen op die manier weergegeven. De intensiteit van de samenwerking met de vroedvrouwen varieert sterk van ziekenhuis tot ziekenhuis en dit proces is opnieuw erg weinig gestructureerd en georganiseerd. De samenwerking tussen arts en vroedvrouw wordt in grote mate bepaald door de manier van werken van individuele arts. In sommige ziekenhuizen spelen de vroedvrouwen helemaal geen rol in het beslissingsproces en lijken de artsen geen inmenging in het obstetrisch beleid te dulden. De vroedvrouwen zijn in die gevallen bij wijze van spreken de ogen en de oren van de gynaecoloog die de arbeid niet ter plaatse opvolgt. In andere ziekenhuizen beslissen de artsen in overleg met de vroedvrouwen en beïnvloeden deze impliciet en/of expliciet de beslissing van de arts.

WELKE FACTOREN BEÏNVLOEDEN DE BESLISSING?

Er werden tijdens de interviews heel wat verschillende factoren aangehaald die de beslissing beïnvloeden om al dan niet over te gaan tot een keizersnede bij laagrisico zwangerschappen. De belangrijkste vaststelling hierbij is dat de respondenten deze factoren in grote mate buiten zichzelf legden. M.a.w. de oorzaak van het probleem (stijgende keizersnedenpercentage) ligt volgens de respondenten niet bij zichzelf maar: bij de collega's, de medico-legale druk en de druk van klachten, de druk van de patiënten, het gebrek aan ervaring en de opleiding van de jongere collega's, de foetale monitoring e.a. Het stijgende keizersnedenpercentage is voor de meeste respondenten een probleem op papier, maar ze ervaren het zelden als een probleem in hun eigen verloskundige praktijk.

De twee factoren waar de respondenten het meeste belang aan hechten, is de druk van de patiënten en de **medico-legale druk & de druk van klachten**. De respondenten vertellen dat ze minder bereid zijn om risico's te nemen. De belangrijkste motivatie hiervoor is de angst voor potentiële juridische vervolging en eventuele klachten. De arts heeft het gevoel volledig verantwoordelijk te zijn voor het goede verloop van de bevalling en is bang vervolgd te worden indien er in de eerste levensjaren iets mis blijkt met de baby. Hierdoor zal er al sneller overgegaan worden tot een keizersnede. Volgens de respondenten zal een arts die een onnodige keizersnede gedaan niets verweten worden, maar een arts die er één te weinig gedaan heeft wel. De leeftijd/ervaring van de arts en de foetale monitoring blijken twee katalyserende elementen te zijn. Jonge artsen krijgen de angst voor het medico-legale mee tijdens hun opleiding en zullen uit onzekerheid sneller overgaan tot een keizersnede. De beperkte specificiteit van de foetale monitoring, maakt het enerzijds moeilijk is om in te schatten wanneer het echt nodig is om keizersnede uit te voeren. Anderzijds staat het foetale hartritme op papier en kan dit mogelijk in de rechtzaal (tegen de arts/vroedvrouw) gebruikt worden.

De respondenten geven tevens aan dat de **druk van de patiënten** hun beslissingsproces beïnvloedt. De patiënten zijn volgens de respondenten mondiger geworden, hebben minder geduld, willen alles kunnen plannen, willen geen risico's nemen en verwachten dat alles perfect zal verlopen. De druk van de patiënten hangt in grote mate samen met de vraag om geïnduceerd te worden. De beslissing om al dan niet te induceren is ook hier afhankelijk van de individuele goodwill van de arts en het proces is op organisatorisch vlak weinig gestructureerd. De toekomstige ouders lijken, volgens de respondenten, een keizersnede een veilige en comfortabele oplossing te vinden. De meeste respondenten delen deze mening niet, maar of en hoe dit al dan niet gecommuniceerd wordt naar de patiënten is afhankelijk van o.a. de visie van de arts m.b.t. een keizersnede, de werkplanning,...

Naast de druk van de patiënten, de medico-legale druk & de druk van klachten, willen we nog twee elementen kort aanhalen. Het evenwicht tussen **werk en privé** speelt eveneens een rol in het stijgende

keizersnedenpercentage. Het werk kan gepland worden door het uitvoeren van keizersneden, op die manier moet men minder 's nachts opstaan en is er meer tijd voor andere dingen. De praktijk van heel wat respondenten wordt gekleurd door hun individuele werkideologie. In de verloskunde bestaat er een vrij grote grijze zone vb. wanneer spreekt men van foetale nood, wat is de predictieve waarde van een pelvimetrie, vanaf wanneer spreekt men over postmaturiteit, Iedere respondent handelt gebaseerd op zijn/haar overtuigingen, al dan niet gebaseerd op wetenschappelijke argumenten.

AANBEVELINGEN NEDERLANDSTALIG LUIK KWALITATIEVE STUDIE BETREFFENDE HET BESLISSINGSPROCES BIJ KEIZERSNEDEN IN BELGIË

Het stijgende keizersnedenpercentage wordt door de meeste respondenten op papier als een probleem erkend, maar hun eigen aandeel wordt hierin niet erkend. De oorzaken van het stijgende percentage worden voornamelijk buiten zichzelf geplaatst, vb. het zijn vooral de collega's die veel induceren en keizersneden uitvoeren, er gebeuren meer keizersneden door de stijgende medico-legale druk en door de druk van de patiënten, Indien men iets aan het stijgende percentage wil veranderen, zal dit enkel kans op slagen hebben als de zorgverleners hun eigen aandeel hierin erkennen (model van gedragsverandering, Prochaska & Diclemente, 1992). Dit zou mogelijks kunnen bewerkstelligd worden door de **individualiteit** binnen de hedendaagse verloskunde terug te dringen en het beslissingsproces duidelijker te organiseren en structureren. Enkele respondenten stelden voor om een supervisor aan te stellen in de verloskamer. Er zou (ook financieel) meer samengewerkt kunnen worden, zodat ook de workload verdeeld kan worden. Het beslissingsproces zou meer georganiseerd en beter gestructureerd kunnen worden met behulp een duidelijke evidence based protocol. De rol van de vroedvrouw, de manier van samenwerken, de indicaties die een tweede opinie vereisen, zouden hier o.a. in gespecificeerd kunnen worden. Dit protocol wordt idealiter ingebed in een duidelijk **algemeen beleid** van het ziekenhuis m.b.t. de keizersneden, vb. een pelvimetrie of niet, proefarbeid of niet (na een eerste keizersnede), definiëren van. postmaturiteit, induceren onder welke voorwaarden, wat informatie wordt er door wie gegeven aan de patiënten... . Het zal onvoldoende zijn dit beleid uit te schrijven, er zullen tevens maatregelen genomen moeten worden om dit beleid om te zetten in de dagelijkse praktijk.

Het terugschroeven van de individualiteit binnen de verloskunde zal een zekere mentaliteitswijziging vragen. Men zal van een autonome beslis-cultuur moeten verschuiven naar een overleg-cultuur. De bespreking van het individuele keizersnedenpercentage zou op een minder vrijblijvende manier kunnen gebeuren, met duidelijke gevolgen van voor een te hoog percentage.

Gezien de grote rol die de respondenten toekennen aan de medico-legale druk en de druk van de patiënten, is dit een facet waar in de **opleiding** meer aandacht aan besteed zou moeten worden. Artsen zouden op een constructieve manier moeten leren **omgaan** met de grote **onzekerheid** en de angst voor juridische vervolging. De verantwoordelijkheid van de gynaecoloog is effectief erg groot, maar indien men hiermee tijdens zijn/haar opleiding niet mee leert omgaan kan dit verstrekkende gevolgen hebben.

ANNEXE 5 : SYNTHSE DES INDICATEURS

Maternité	Bas taux					Moyen taux		Hauts Taux				
	2	3	5	9	7	11	12	1	4	6	8	10
Taux réels	▼	▼	▼	▼	▼	▶	▶	▲	▲	▲	▲	▲
Taux estimés p2r les experts	▼	▼	▼	▼	▼	▶	▶	▲	▲	▲	▲	▲
ID												
Transversalités												
Organisation de la maternité												
1/D	▼	▶	▼	▶	▶	▶	▶	▼	▲	▶	▲	▲
2/I	▲	▲	▲	▼	▼	▲	▶	▶	▲	▶	▶	▲
3/I	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▼	▶	▲	▲	▲
4/D	▲	▶	▲	▲	▲	▲	▲	▼	▶	▼	▲	▲
5/D	▲	▶	▲	▼	▼	▲	▶	▶	▼	▼	▼	▼
6/I	▲	▼	▲	▶	▶	▶	▶	▼	▼	▶	▶	▲
7/I	▲	▲	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▲	▲	▶	▶
Chef de services (gynécologues, sages-femmes)												
8a/I	▲	▶	▲	▼	▼	▼	▼	▶	▶	▶	▶	▲
8b/I	▲	▶	▲	▼	▼	▼	▼	▶	▶	▼	▼	▶
8c/I	▼	▶	▲	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶
9/I	▼	▶	▼	▲	▲	▲	▲	▶	▲	▶	▶	▲
10/I	▲	▶	▶	▶	▶	▶	▶	?	?	▶	▶	▲
11/P	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
Rôle des sages-femmes dans la décision												
12a/P	▲	▶	▲	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶
12b/P	▲	▶	▲	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶
12c/P	▼	▶	▲	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶
Culture de travail partagée												
13/D	▲	▶	▲	▶	▶	▶	▶	▼	▼	▶	▶	▶
14/D	▼	▲	▼	▶	▶	▶	▶	▲	▲	▲	▲	▶
15/D	▲	▶	▲	▶	▶	▶	▶	▶	▼	▼	▶	▶
16/I	▲	▶	▲	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶
17/I	▶	▼	▲	▶	▶	▶	▶	▼	▶	▼	▶	▶
18/P	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶
Gestion de la pression médico-légale												
19/P	▲	▲	▲	▲	▶	▶	▶	▲	▲	▲	▲	▲
20/D	▼	▲	▼	▲	▶	▶	▶	▲	▲	▶	▶	▲
21/D	▼	▲	▼	▲	▲	▲	▲	▶	?	▶	▶	▲
22/P	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
Gestion de la pression parentale												
23a/D	▲	▶	▲	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶
23b/D	▲	▶	▲	▶	▶	▶	▶	▶	▼	▶	▶	▶
23c/D	▼	▶	▲	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶	▶
Induction												
24/D	▼	▲	▼	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▶	▲	▲
25/D	▼	▲	▼	▲	▶	▶	▶	▲	▲	▶	▶	▶
26/I	▼	▶	▶	▲	▲	▲	▲	▶	▶	▶	▶	▲
Qualité de vie du gynécologue												
27/P	▼	▲	▶	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲