

Table des matières

Sommaire.....	ii
Liste des tableaux	vii
Liste des figures.....	viii
Remerciements.....	x
Chapitre I: Problématique.....	1
1.1 Buts de la recherche.....	9
1.2 Objectifs de la recherche	9
Chapitre II: Cadre de référence	11
2.1 La théorie de l'apprentissage-enseignement de Gagné (1976).....	12
2.2 Les huit phases d'apprentissage de la théorie de l'apprentissage-enseignement de Gagné (1976).....	16
Chapitre III: Recension des écrits.....	27
3.1 Le soutien à la parturiente.....	28
3.1.1 La définition du soutien à la parturiente	29
3.1.2 Les catégories de soutien à la parturiente	29
3.1.3 Les bénéfices du soutien pour la parturiente, le travail et le fœtus	36
3.2 Méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur	42
3.2.1 Hydrothérapie.....	43
3.2.2 Mobilisation	49
3.2.3 Positionnement.....	56
3.2.4 Ballon de naissance	63
3.3 Le rôle de l'infirmière en salle d'accouchement	69
3.3.1 Rôle élargi	69
3.3.2 Rôle de soutien.....	74
3.3.3 Rôle d'enseignement.....	75
3.4 La pratique basée sur les résultats probants.....	77
Chapitre IV: Méthodologie.....	81
4.1 Devis de recherche.....	82

4.2 Milieu de la recherche	83
4.3 Échantillonnage	85
4.4 Stratégies de recrutement.....	89
4.5 La participation à la recherche.....	91
4.6 Méthodes et outils de collecte des données	94
4.7 Déroulement des activités de la recherche.....	101
4.8 Description de la formation	105
4.9 Analyse des données.....	119
4.10 Considérations éthiques	119
Chapitre V: Résultats et analyse.....	124
5.1 Caractéristiques sociodémographiques et personnelles des participantes.....	127
5.2 Connaissances individuelles	148
5.3 Connaissances catégories.....	163
5.4 Prétest et posttest	175
5.5 Analyse de variance, corrélations et test t	180
5.6 Questions d'appréciation générale.....	182
Chapitre VI: Discussion et recommandations	185
6.1 Pertinence de la formation	186
6.2 Infirmière et le soutien à la parturiente.....	188
6.3 Faits saillants	189
6.4 Objectifs de la recherche	192
6.5 Recommandations.....	193
6.5.1 Recommandation au niveau de la formation.....	194
6.5.2 Recommandations au niveau de la pratique.....	196
6.5.3 Recommandation au niveau de la recherche.....	200
6.6 Retombées.....	201
6.7 Avantages et limites de la recherche	203
Chapitre VII: Conclusion	208
Références	212
Appendice A: Contenu de la formation sur le soutien aux parturientes.....	221
Appendice B: Affiche annonçant le début de la formation	256

Appendice C: Questionnaire de données sociodémographiques et personnelles	258
Appendice D: Prétest et posttest.....	264
Appendice E: Contrat d'engagement	277
Appendice F: Formulaire de consentement.....	282
Appendice G: Certificat d'éthique	292
Appendice H: Grille d'évaluation de la formation.....	296

Liste des tableaux

Tableau

1 Processus, événements et interventions d'enseignement en relation avec les phases de l'apprentissage (Gagné, 1976).....	25
2 Comportements associés au soutien émotionnel.....	32
3 Comportements associés au soutien physique.....	33
4 Comportements associés au soutien informatif.....	34
5 Comportements associés au soutien avocate.....	35
6 Rôle élargi de l'infirmière à la salle d'accouchement.....	72
7 Critères d'admissibilité pour les agents multiplicateurs et les participantes.....	89
8 Détails inhérents aux séances de formation sur le soutien aux parturientes.....	109
9 Description et contenu de la formation (magistrale).....	110
10 Description et contenu de la formation (pratique).....	111
11 Phase de l'apprentissage de la théorie de l'apprentissage-enseignement de Gagné (1976) en lien avec les événements et interventions d'enseignement.....	118
12 Données sociodémographiques et personnelles.....	142
13 Les fréquences d'utilisation des méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur.....	144
14 Moyenne (écart-type), test t et χ^2 relatifs aux connaissances individuelles des participantes.....	160
15 Moyenne (écart-type) et test t des résultats relatifs aux connaissances des participantes.....	173
16 Score au prétest et posttest et différence entre les deux, pour chacune des 22 participantes.....	176

Liste des figures

Figure

1	La théorie de l'apprentissage-enseignement au travers des différentes théories de l'apprentissage	13
2	Les phases d'un acte d'apprentissage et le processus associés (Gagné, 1976).....	17
3	Les catégories du soutien à la parturiente et les comportements à adopter par l'infirmière, inspiré de Adam et Bianchi (2008); Bianchi et Adam (2004, 2009).	30
4	Catégorie d'âge, pourcentage (%) de participantes pour chacune d'entre elles.....	128
5	Expérience, pratique infirmière.....	130
6	Expérience, pratique en obstétrique.	131
7	Pourcentage (%) de participantes dans chaque niveau de formation.	134
8	Pourcentage (%) de participantes associé aux différents quarts de travail.....	135
9	Pourcentage (%) de participantes associé aux différents statuts.	137
10	Quarts travaillés par semaine, obstétrique.....	138
11	Pourcentage (%) de participantes ayant ou non accouché.....	140
12	Pourcentage (%) de participantes ayant reçu ou non de la formation sur le soutien aux parturientes.....	141
13	Utilisation des méthodes de soulagement de la douleur.....	146
14	Moyenne prétest et posttest, catégorie connaissances des bienfaits des méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur.	165
15	Moyenne prétest et posttest, catégorie connaissance des effets généraux reliés au stress.	167
16	Moyenne prétest et posttest, catégorie connaissances relatives au bain.....	168

Figure

17	Moyenne prétest et posttest, catégorie connaissances reliées à la mobilisation et au positionnement.....	170
18	Moyenne prétest et posttest, catégorie connaissances reliées au ballon de naissance.	171
19	Évolution de la moyenne des participantes au prétest et posttest.....	179

Remerciements

Ce projet est le résultat de trois années et demie de constance, de compromis et d'efforts. J'aimerais d'abord exprimer toute ma reconnaissance à ma directrice Mme Marie-Josée Martel, pour sa disponibilité, son écoute et tous ses précieux conseils, tant sur le plan professionnel que personnel. Je remercie spécialement la direction du Centre de santé et des services sociaux de Trois-Rivières (CSSSTR) qui m'a permis de concilier travail et étude. Je souligne également le soutien et la confiance que m'ont portés Mme Sylvie Tousignant, coordonnatrice du secteur parent-enfant du CSSSTR et Mme Linda Lemire, conseillère cadre en activités cliniques du secteur parent-enfant également du CSSSTR. Des remerciements s'adressent aussi aux infirmières et médecins de l'obstétrique du CSSSTR pour leur grande réceptivité, participation et promotion du projet, sans qui ce dernier aurait été irréalisable. De même, ce projet n'aurait pu être complet sans la participation de M. Louis Laurencelle, professeur à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) et d'Andra Laurent, étudiante en psychologie à l'UQTR et la collaboration lors de l'analyse statistique des données. Un grand merci à Mélanie Landry, infirmière clinicienne et amie, pour son aide lors de la révision de documents et pour la rédaction de tableaux et de PowerPoint. Je remercie mes parents Manon et Guy et le conjoint de ma mère, Marcel qui, par leur confiance, leur soutien et leur amour, m'a permis d'atteindre cet objectif de carrière. Des remerciements particuliers à mon conjoint Pierre pour son soutien, sa patience et sa compréhension tout au long de ce projet. Je remercie mes amies et collègues de travail pour leur

écoute et encouragement dans les moments les plus difficiles. Finalement, mille mercis à mon fidèle compagnon Madox pour sa présence lors de mes longues heures de rédaction.

Chapitre I: Problématique

Donner naissance est une expérience naturelle, un processus normal qui n'implique pas, apriori, d'interventions médicales. Dans la dernière décennie, il y a eu une augmentation marquée de l'utilisation, par les parturientes¹, de l'épidurale lors de l'accouchement (Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2008). En 2009, au Québec, dans le cas de femmes ayant donné naissance par voie vaginale, 69% ont reçu une épidurale, soit deux fois plus qu'en 1993-1994 (Agence de la santé et des services sociaux du Canada (ASPC), 2009). De plus, les dernières données démontrent que sur 56 000 naissances par voie vaginale, seulement 16% se sont déroulées sans aucune analgésie (MSSS, 2002).

Le MSSS (2008) a émis des recommandations, quant à l'accouchement, afin de diminuer le recours aux interventions obstétricales (césarienne, épidurale, déclenchement du travail, etc.) et d'offrir des soins prioritairement orientés vers le soutien des parturientes par des méthodes non pharmacologiques en regard du soulagement de la douleur. Ces interventions sont invasives et présentent des risques pour la parturiente, le fœtus et le déroulement du travail. De ce fait, le MSSS (2008) recommande de former les médecins et les infirmières sur les méthodes non pharmacologiques à offrir aux parturientes. En outre, il considère que

¹ Nom donné à la femme pendant les quatre stades du travail, incluant l'accouchement (Lowdermilk, Perry & Cashion, 2012).

le soutien doit être offert en continu depuis la phase active du travail jusqu'à l'accouchement, et ce, par une personne formée à cet effet.

En tant que personnel soignant, les infirmières doivent agir avec humanité et respecter le caractère physiologique naturel du travail et de l'accouchement (MSSS, 2008). De surcroît, elles ont un rôle prépondérant dans le soutien et le déroulement du travail auprès de la parturiente. Pour ce faire, l'infirmière doit offrir un environnement propice au libre choix, à l'accompagnement et au soutien des femmes lors du travail et de l'accouchement (MSSS, 2008). Cependant, la seule étude qui traite du temps consacré à l'encadrement de ces femmes démontre que seulement une infirmière sur cinq offre du soutien et parmi celles qui en offrent, elles y consacrent seulement 6,1% de leur temps (Gagnon & Waghorn, 1996); ce qui est bien peu dans le contexte si intense du travail et de l'accouchement

Plusieurs auteurs se sont intéressés au soutien à la parturiente (Bruggemann, Parpinelli, Osis, Cecatti & Neto, 2008; Campbell, Lake, Falk & Backstrand, 2006; Hodnett, Gates, Hofmeyr & Sakala, 2007; Hodnett, Gates, Hofmeyr, Sakala, & Weston, 2011; Lowdermilk et al., 2012; McGrath & Kennell, 2008; Sauls, 2004). Ce dernier est défini comme étant les interactions humaines intentionnelles entre l'infirmière et la parturiente, l'aidant à faire face positivement au processus de la naissance (Sauls, 2004). Les auteurs ont recensé bon nombre d'effets bénéfiques

attribuables au soutien, soit des effets sur la parturiente, le déroulement du travail et sur le fœtus. D'abord, chez la femme qui accouche, il y a une diminution de l'utilisation d'analgésies et d'anesthésies, des accouchements vaginaux assistés de forceps ou de ventouse, du niveau de catécholamines et de l'anxiété et du stress (Campbell et al., 2006; Hodnett et al., 2007; Hodnett et al., 2011; McGrath & Kennell, 2008). De même, il en ressort une augmentation de la relaxation, de la satisfaction de l'expérience de l'accouchement, du sentiment de confiance et de la proportion d'allaitement exclusif à quatre et six semaines du postpartum (Bruggemann et al., 2008; Campbell et al., 2006; Hodnett et al., 2011). De plus, nombreux sont les effets du soutien sur le déroulement du travail, tels une diminution de la durée du temps de travail et des accouchements par césarienne ainsi qu'une augmentation de la proportion d'accouchement vaginaux spontanés (Campbell et al., 2006; Hodnett et al., 2011; McGrath & Kennell, 2008). Finalement, le nouveau-né pourrait avoir un meilleur score d'apgar à une et cinq minutes de vie (Campbell et al., 2006; Hodnett et al., 2011). Le soutien est une méthode efficace afin de diminuer la douleur des femmes lors du travail et de l'accouchement (Campbell et al., 2006; Hodnett et al., 2007; Hodnett et al., 2011; McGrath & Kennell, 2008).

Une autre façon de soulager la douleur du travail et de l'accouchement des parturientes est le soulagement par des méthodes pharmacologiques, soit

l'utilisation d'analgésie et d'anesthésie. L'épidurale fait partie de ces méthodes pouvant diminuer la douleur. Depuis plusieurs années, c'est le recours à l'épidurale durant les accouchements par voie vaginale qui connaît une augmentation (MSSS, 2008). Cependant, cette technique n'est pas sans conséquence. Son utilisation présente des risques tant pour la parturiente, pour le fœtus que pour le déroulement du travail. L'épidurale limite les mouvements de la femme qui accouche et sa maîtrise du travail en raison de nombreuses interventions nécessaires (perfusion intraveineuse et le monitoring) et d'effets tels que l'hypotension orthostatique et les étourdissements, la sédation et la faiblesse des jambes (Hughes, Levinson, Rosen & Shnider, 2002). Celles qui reçoivent une épidurale présentent une fréquence plus élevée de fièvre pouvant entraîner une tachycardie fœtale et nécessiter des examens de diagnostic d'une septicémie du nouveau-né (Hughes et al., 2002). L'hypotension encourue par cette technique peut entraîner une diminution importante de la perfusion utéroplacentaire et de la livraison d'oxygène au fœtus (Lowdermilk et al., 2012). De plus, une rétention et incontinence urinaire peuvent se produire en période postnatale (Lowdermilk et al., 2012). On a établi un lien entre l'utilisation de l'épidurale et un deuxième stade du travail prolongé, de même qu'avec l'utilisation d'ocytocine pour stimuler les contractions utérines lorsqu'elles sont diminuées en fréquence, en intensité et en force et l'accouchement assisté par ventouse ou forceps (Lowdermilk et al., 2012).

Plusieurs auteurs affirment que les infirmières manquent de connaissances concernant le soutien à offrir aux parturientes (Gagnon, Meier & Waghorn, 2007; Hodnett et al., 2007; Hottenstein, 2005). Plus précisément, ces derniers affirment qu'elles manquent de connaissances et de formation concernant les méthodes non pharmacologiques à offrir afin de diminuer la douleur. Les infirmières proposent majoritairement des moyens pharmacologiques de soulagement de la douleur par exemple, l'épidurale, la médication intraveineuse et le bloc honteux (Gagnon et al., 2007; Hodnett et al., 2007; Hottenstein, 2005). De surcroît, le manque de formation est fréquemment identifié par ces dernières comme étant une barrière les limitant dans le soutien aux femmes qui accouchent (Hottenstein, 2005). Les recommandations émises par le MSSS (2008) concernant la formation aux intervenants œuvrant avec les parturientes sont claires à ce sujet. À cet effet, les intervenants responsables de transmettre l'information aux femmes enceintes quand à la gestion de la douleur doivent privilégier l'accouchement physiologique naturel. Selon le MSSS (2008), cette formation doit prévoir l'acquisition des connaissances nécessaires pour soutenir les parents et être axée, notamment, sur le soulagement de la douleur et l'utilisation des moyens autres que médicaux et pharmaceutiques. Le MSSS (2008) n'a pas conçu de formation, il énonce les grands principes selon lesquels une future formation devrait s'inspirer. L'étudiante chercheuse s'en est inspirée lors de la conception de la formation.

Selon Leeman, Fontaine, King, Klein et Ratcliffe (2003), une personne qui est formée pour soutenir les parturientes en continu durant le travail et l'accouchement aurait une influence sur le choix de la méthode adoptée pour soulager la douleur. Conséquemment, une parturiente qui est suivie par une infirmière formée à cet effet a moins recours à des méthodes pharmacologiques (Leeman et al., 2003). Ces constats démontrent bien l'importance du rôle de l'infirmière en regard de l'information qu'elle partage, bien sûr, en étant bien formée.

Depuis la publication de la politique de périnatalité 2008-2018 par le MSSS (2008), les orientations que devraient avoir les soins offerts aux femmes qui accouchent sont bien identifiées. En effet, une approche davantage axée sur la promotion de l'accouchement physiologique naturel et sur le soutien des parturientes doit être privilégiée. Conséquemment, plusieurs centres hospitaliers au Québec ont mis sur pied des nouvelles formations et de la documentation disponible aux infirmières respectant les normes de pratiques actuelles. Malheureusement, en Mauricie, il n'y a actuellement aucune formation existante pour les infirmières concernant le soutien de la parturiente lors du travail et de l'accouchement. Plus précisément, au CSSSTR, aucune formation, que ce soit lors de l'orientation sur le département de l'obstétrique ou au niveau de la formation continue, n'existe pour les infirmières quant au soutien à offrir aux parturientes (S.

Tousignant, communication personnelle, 12 juin 2012). Au CSSSTR, en 2010-2011, l'épidurale a été utilisée dans 50% des accouchements. De plus, sur 1 922 naissances par voie vaginale, seulement 8,6% se sont déroulées sans aucune analgésie ou anesthésie (S. Tousignant, communication personnelle, 12 juin 2012).

Suite aux données et aux constats mis en lumière ci-dessus, il est primordial de mettre en œuvre des actions dans le but d'augmenter les connaissances des infirmières concernant le soutien aux parturientes afin d'offrir des soins qui sont uniformes, basés sur des données probantes et répondant aux besoins de la clientèle. De surcroît, l'étudiante chercheuse œuvrant comme infirmière clinicienne depuis quelques années en périnatalité, constate que l'épidurale est très souvent offerte en premier lieu comme analgésie. De plus, ayant pris connaissance des statistiques quant à l'augmentation de l'utilisation de ce moyen de gestion de la douleur au Québec, elle est convaincue de la nécessité d'implanter une formation destinée aux infirmières en regard du soutien des parturientes. Pour ce faire, une formation a été développée selon les données probantes issues des recommandations de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) (2007), du MSSS (2008), de même que sur une recension exhaustive des écrits sur le sujet. La formation a été enseignée en s'inspirant de la théorie de l'apprentissage-enseignement de Gagné (1976) qui propose les différentes étapes de l'apprentissage chez l'apprenant adulte afin de donner un enseignement adéquat et d'en évaluer les résultats. L'impact de la

formation sur les connaissances des infirmières a également été évalué. Il est à noter que cette formation apportera une pratique clinique basée sur des recommandations et données probantes. Ainsi, l'évaluation de cette formation contribuera aux données probantes dans ce domaine.

1.1 Buts de la recherche

Conception, dispensation et évaluation d'une formation sur le soutien des parturientes, formation destinée aux infirmières de l'obstétrique.

1.2 Objectifs de la recherche

- Concevoir une formation basée sur les données probantes, telles les recommandations de la SOGC (2007), du MSSS (2008), de « l'association of women's health, obstetric and neonatal nurses » (AWHONN), de l'approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (AMPRO^{ob}), de l'ASPC et sur une recension exhaustive des écrits.
- Dispenser une formation avec l'aide de la théorie de l'apprentissage-enseignement de Gagné (1976).

- Évaluer l'impact d'une telle formation sur les connaissances des infirmières en regard du soutien des parturientes à l'aide d'un prétest et d'un posttest.

Chapitre II: Cadre de référence

La section ci-dessous présente le cadre de référence retenu afin d'atteindre les objectifs de la recherche. Le cadre de référence est la théorie de l'apprentissage-enseignement de Gagné (1976). Le cadre de référence a été privilégié puisqu'il permet de structurer une période d'enseignement bien précise. Ceci correspondait à la réalité du milieu qui avait comme plus grande entrave la limite de temps.

2.1 La théorie de l'apprentissage-enseignement de Gagné (1976)

La théorie de l'apprentissage-enseignement de Gagné (1976) a été empruntée à la discipline de la psychologie. Cette théorie s'inscrit dans le courant des théories de l'apprentissage. Ces dernières sont réparties en deux catégories, soit les théories de l'apprentissage comportemental et les théories de l'apprentissage cognitif (McEwen & Wills, 2007). Ces auteurs affirment que les théories de l'apprentissage peuvent servir de cadre aux infirmières chercheuses faisant de l'enseignement. Ces théories suggèrent une manière d'organiser la pensée devant être enseignée à autrui (McEwen & Wills, 2007). Dans tous les cas, l'application de ces théories optimise et facilite l'apprentissage, qui sont des objectifs encourus par les infirmières chercheuses (McEwen & Wills, 2007). La théorie retenue dans le cadre de cette recherche s'inscrit dans les théories de l'apprentissage cognitif plus précisément dans les théories cognitives du développement ou d'interaction

(McEwen & Wills, 2007). La figure 1 permet de mieux situer la théorie de l'apprentissage-enseignement au travers des différentes théories de l'apprentissage.

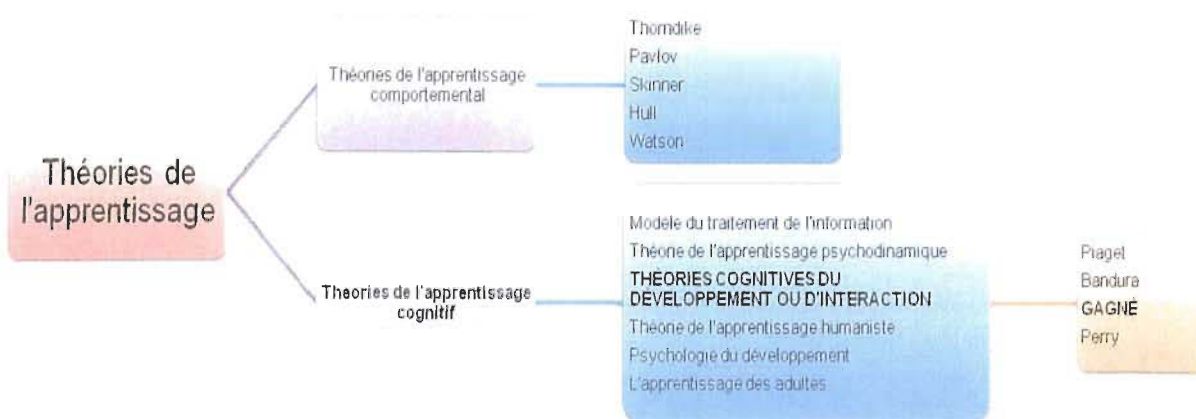


Figure 1. La théorie de l'apprentissage-enseignement au travers des différentes théories de l'apprentissage

Les théories cognitives du développement ou d'interaction ont des caractéristiques propres à elles, à savoir que le comportement, le processus mental et l'environnement sont interreliés, les individus apprennent de leurs expériences et l'accent est mis sur les conditions favorisant l'apprentissage (McEwen & Wills, 2007).

La théorie de l'apprentissage-enseignement a été développée par Robert M. Gagné (Payant, Davies, Graham, Peterson, & Clinch, 2008). Lorsque les étudiants vont à l'école ou s'orientent vers un programme éducatif quelconque, ils sont engagés dans des activités d'apprentissage. Le but central de tout programme

éducatif est de promouvoir l'apprentissage. À côté d'un étudiant en situation d'apprentissage, l'agent le plus important est l'enseignant.

En fait, le mot enseignement peut être défini comme étant l'ensemble des événements planifiés pour initier, activer et supporter l'apprentissage chez l'humain (Payant et al., 2008). De tels événements doivent être d'abord planifiés et présentés de manière à produire un résultat chez celui qui apprend. La responsabilité de la planification et de la présentation de l'enseignement requiert évidemment une connaissance du processus d'apprentissage. Pour planifier, pour activer et supporter l'apprentissage, il faut avoir une conception de ce qui se passe dans la tête de celui qui apprend.

Pour Gagné (1976), l'apprentissage est un processus comparable à d'autres processus organiques humains tels que la digestion et la respiration. Aussi, il définit l'apprentissage comme suit: « Un processus exclusif à certains organismes vivants, incluant l'être humain. C'est un processus qui permet à l'humain de modifier ses comportements de façon assez rapide et plus ou moins permanente ». Celui-ci ajoute qu'un apprentissage a eu lieu lorsqu'on note un changement de comportement et qu'il y a persistance de ce changement. Quelques-uns des événements qui provoquent l'apprentissage proviennent de l'extérieur. Ce sont des choses facilement observables par exemple, le matériel didactique proposé par

l'enseignant (tableaux, figures, etc.), les intonations, etc. Par la suite, l'apprentissage peut être observé tant de manière parlée (verbalisation de l'enseignement) qu'écrite (instruments). En outre, plusieurs événements d'apprentissage se produisent à l'intérieur et sont inférés à partir d'information. Ces activités internes que l'on situe dans le système nerveux central sont appelées processus d'apprentissage. Considérant l'acte d'apprentissage comme un tout, il est alors nécessaire de décrire l'ensemble des événements qui entrent en jeu pendant quelques secondes et parfois quelques minutes.

L'enseignant se voit gardien de trois fonctions relatives à la promotion de l'apprentissage. D'abord, l'enseignant est le directeur de l'enseignement, il voit à ce que celui-ci soit présenté avec efficacité aux étudiants, par communication orale, lecture, etc. Ensuite, l'enseignant organise les conditions d'apprentissage de telle sorte que chacun des étudiants apprenne ce qui était prévu. Enfin, ce dernier doit évaluer l'enseignement. L'enseignant efficace se préoccupe de ce que chaque étudiant a appris et décide de la façon d'arriver à des conclusions valides concernant les produits d'apprentissage. Ainsi, l'enseignant planifie des situations qui permettront à l'étudiant de démontrer ce qu'il a appris (ex : questionnaires, examens, oraux, etc.).

2.2 Les huit phases d'apprentissage de la théorie de l'apprentissage-enseignement de Gagné (1976)

Tel que mentionné ci-dessus, il existe des processus internes et externes qui sont fondamentaux à l'acte total de l'apprentissage. C'est ainsi que les processus internes d'apprentissage que l'on situe dans le système nerveux central peuvent être influencés par des événements externes tels des stimuli provenant de l'environnement éducatif qui sont souvent des communications verbales de l'enseignant, un manuel ou une autre source. Ces événements, lorsqu'ils sont planifiés pour soutenir l'apprentissage, sont généralement appelés enseignement (Gagné, 1976). L'ensemble de ces événements peut être analysé, selon Gagné (1976), en huit phases d'apprentissage, soit : la motivation, l'appréhension, l'acquisition, la rétention, le rappel, la généralisation, la performance et le feedback. De même, chacune de ces phases comporte différents processus entrant en action pendant chacune d'elle. La figure 2 ci-dessous illustre les phases d'un acte d'apprentissage et les processus qui leur sont associés.

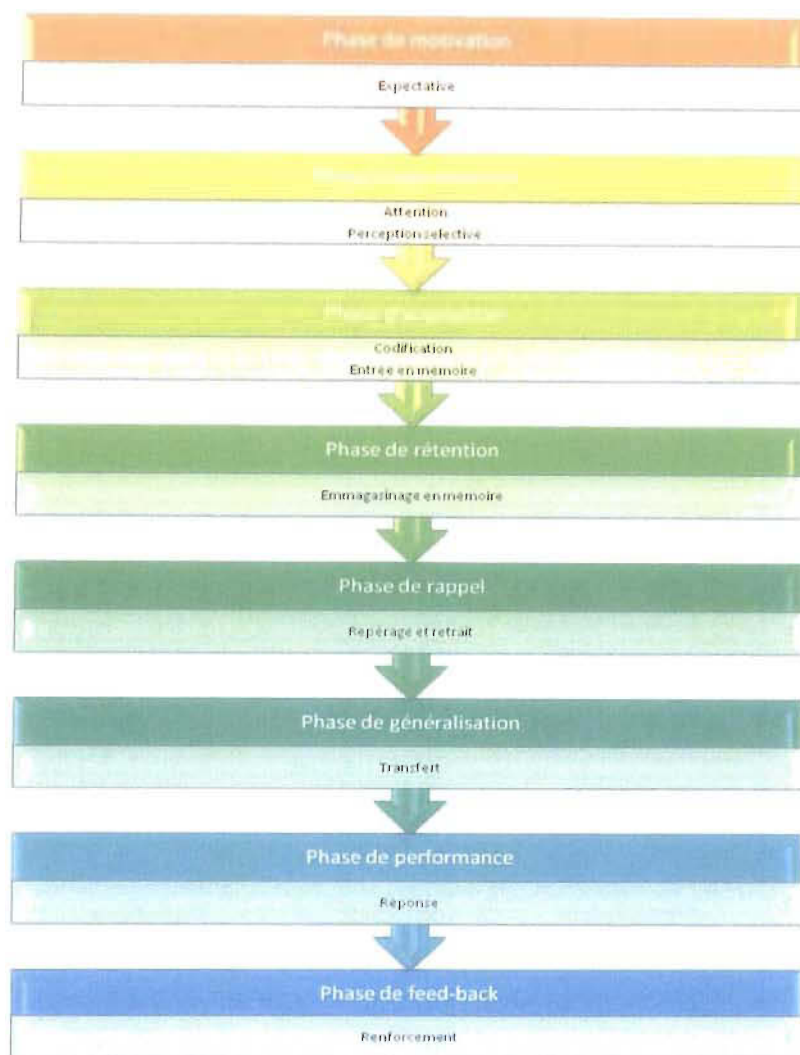


Figure 2. Les phases d'un acte d'apprentissage et les processus associés (Gagné, 1976).

La première phase, soit celle de la *motivation*, est caractérisée par le fait que pour apprendre, une personne doit être motivée à faire des efforts pour atteindre le but. La motivation doit être provoquée par un processus d'expectative ; c'est-à-dire une anticipation de la récompense obtenue lors de l'atteinte du but fixé (Riopelle, Grondin & Phaneuf, 1988). Chez celui qui apprend, l'expectative peut être produite

par la communication de la nature du but. L'expectative est ce que l'individu espère voir se produire comme conséquence de son activité d'apprentissage. Gagné (1976) propose deux principaux types de motivation intervenant dans un processus d'apprentissage. Il s'agit de la motivation relative à un accomplissement personnel et d'accomplissement social. Lors de cette phase, l'apprenant imagine ce que son apprentissage va lui permettre de réaliser personnellement tout en utilisant ses connaissances dans son rôle sociétaire. À cette étape, l'enseignant devra donner une description valorisante de la capacité à acquérir. Par exemple, lors d'une formation, il énonce concrètement l'objectif à atteindre, puis les objectifs généraux et spécifiques afin d'établir et de maintenir une expectative quant au résultat d'apprentissage. De plus, des affiches peuvent être apposées à différents endroits afin de provoquer l'expectative.

La phase *d'appréhension* est définie comme étant celle où l'apprenant va recevoir la stimulation nécessaire afin de lui permettre de saisir et enfin de comprendre l'information (Riopelle et al., 1988). Il y a deux processus impliqués dans cette phase, il s'agit de l'attention et de la perception sélective. L'attention est définie comme l'action mentale de focaliser sur un objet déterminé. Selon Riopelle et al. (1988), ce processus est ordinairement conçu comme un état temporaire interne qui est provoqué par une stimulation externe. À titre d'exemple, l'enseignant peut utiliser des phrases qui vont capter l'attention des apprenants du

genre: Écoutez bien..., Regardez..., Remarquez... Par exemple, des directives orales ou écrites de ce type peuvent contrôler l'attention dans plusieurs actes d'apprentissage. La perception sélective est l'action de saisir par les sens et l'esprit les stimuli présentés. Par ce fait même, l'apprenant prête attention aux stimuli qui répondent à ses besoins d'approbation et d'affiliation. Cependant, afin de rendre possible la perception sélective, les différentes composantes de la stimulation externe doivent être distinguées ou discriminées (Gagné, 1976). Ainsi, l'enseignant qui désire enseigner la musique doit montrer aux étudiants comment différencier les différents sons que représentent les notes de musique.

La phase *d'acquisition* est caractérisée par le passage de l'état non appris à l'état appris (Gagné, 1976). Le processus impliqué lors de cette phase est la codification. Ce qui demeure temporairement dans la mémoire à court terme n'est apparemment pas identique à ce qui a été perçu. Pour Gagné (1976), la codification est une transformation de l'entité perçue en une forme plus facilement emmagasinable (Riopelle et al., 1988). Selon l'auteur de la présente théorie, la codification pour l'emmagasinage à long terme peut être favorisée lorsque les stimuli sont regroupés de certaines façons, classifiés sous certains concepts déjà appris ou simplifiés sous forme de principes. À cet effet, l'enseignant peut regrouper les stimuli sous forme de concepts déjà appris ou simplifiés tels figures, tableaux, photos, etc.

La phase de *réention* correspond au processus de l'emmagasinage en mémoire. C'est à ce moment que l'entité apprise, qui a été modifiée par le processus de codification, est emmagasinée dans la mémoire à long terme. Cette phase est caractérisée par trois propriétés. Premièrement, ce qui est appris est emmagasiné de façon permanente sans diminution d'intensité pendant plusieurs années. Deuxièmement, certaines des choses apprises peuvent s'estomper avec le temps, ce qui pourrait être dû à une perte graduelle de mémoire qui est un processus normal dans le temps chez l'être humain. Troisièmement, ce qui est emmagasiné en mémoire peut être sujet à des interférences, ce qui veut dire que les souvenirs les plus récents se mêlent aux plus anciens (Gagné, 1976). C'est la phase d'apprentissage la moins connue, car la moins accessible au chercheur puisqu'il s'agit d'un processus cognitif interne. Afin de contrer le phénomène de perte de mémoire avec le temps, l'enseignant peut fournir du soutien à l'apprenant, tels documents, cartables, etc.

La phase de *rappel* correspond au souvenir des connaissances acquises. Pour amener un changement de comportement, l'apprentissage doit inclure une phase dans laquelle ce qui a été appris est rappelé afin qu'il y ait une performance (Gagné, 1976). Il y a deux processus actifs à l'intérieur de cette phase, le repérage et le retrait. Riopelle et al. (1988) affirment qu'à la suite d'une stimulation externe, l'information devient accessible. Afin de faciliter l'emmagasinage de l'information,

l'enseignant peut user de communication verbale. À titre d'exemple, quelqu'un peut stimuler la mémoire d'un étudiant qui essaie de se rappeler la signification de "gravité", en lui disant: "Vous rappelez-vous Archimède ?".

La phase de *généralisation* est caractérisée par le fait que ce qui a été appris peut être transféré et appliqué dans d'autres contextes (Gagné, 1976). Dans cette phase, le processus qui est impliqué est le transfert. Celui-ci permet de transposer ce qui a été appris dans des situations différentes. Le but d'un enseignement en vue du transfert serait d'équiper l'apprenant d'un processus de repérage et de retrait qu'il pourrait appliquer dans divers contextes pratiques. Afin de s'assurer que les apprenants puissent utiliser l'apprentissage dans d'autres contextes, l'enseignant peut utiliser les discussions. Il peut aussi mettre l'apprenant dans une situation fictive et demander quelle serait l'intervention à préconiser dans une situation donnée.

La phase de *performance* est caractérisée par la preuve tangible qu'un apprentissage s'est produit par la production d'une réponse ou l'émission d'un comportement (Gagné, 1976). Cette phase permet de vérifier si l'apprentissage s'est accompli. Le processus qui est impliqué est la réponse de l'apprenant. Ainsi, après le processus de repérage, de retrait et de transfert, l'apprenant est capable de donner une réponse satisfaisante. Selon Gagné (1976), le meilleur moyen pour s'assurer

que l'apprentissage a eu lieu est l'évaluation de la performance. Par exemple, le fait de répondre à un questionnaire après une formation afin de mesurer l'apprentissage est un excellent moyen.

Enfin, la dernière phase de la théorie de l'apprentissage-enseignement élaborée par Gagné (1976) est le feedback. Le processus impliqué est le renforcement. Ce processus est très important, car il vient valider la récompense fixée par l'enseignant. Ainsi, le renforcement confirme la récompense anticipée et permet la fermeture de la boucle de l'apprentissage. Cette dernière phase de l'apprentissage peut évidemment être influencée par des événements extérieurs tels des encouragements, des tests et travaux assignés d'une note, etc. (Gagné, 1976). Par exemple, l'enseignant pourrait rencontrer chaque apprenant après une formation suivie d'une évaluation et faire un retour sur ladite évaluation.

Bien que les processus d'apprentissage ne soient pas directement observables, ils peuvent être néanmoins influencés par l'environnement de celui qui apprend. L'enseignant met en place certains facteurs externes qui influencent les processus d'apprentissage. Ainsi, des événements peuvent être organisés pour affecter la motivation de celui qui apprend, son attention ou n'importe lequel des processus qui composent l'acte total d'apprentissage. Lorsque ces influences

externes sont utilisées pour promouvoir l'apprentissage, elles constituent des procédures d'enseignement.

La connaissance des différentes phases de l'apprentissage et des processus associés permet à l'enseignant d'organiser systématiquement les savoirs à transmettre en un système cohérent (Riopelle et al., 1988). Ainsi, tel que mentionné ci-dessus, l'enseignant a la tâche de planifier, structurer, sélectionner et superviser l'arrangement des événements externes, dans le but d'activer les processus d'apprentissage nécessaires (Gagné, 1976). Pour ce faire, des événements d'enseignement représentant des moyens utilisés par l'enseignant pour supporter chaque phase de l'apprentissage sont recensés dans ce texte. De même, ces événements d'enseignement servent à la planification et à l'organisation des interventions d'enseignement, soit l'enseignement proprement dit.

C'est exactement l'exercice qu'a fait l'étudiante chercheuse dans le cadre de ce projet. L'étudiante chercheuse a acquis bon nombre de connaissances concernant les phases et les processus d'apprentissage. Ce qui lui a permis d'organiser les savoirs afin de les transmettre de manière cohérente. Les savoirs ont été organisés de manière à en faciliter la compréhension soit, sous forme de tableaux, de figures et sous différents concepts. De plus, l'étudiante chercheuse a planifié et structuré l'enseignement en créant des objectifs généraux et spécifiques. La transmission de

l'information s'est faite en collaboration avec les agents multiplicateurs par le biais d'exposés magistraux, de discussions, de démonstrations, de simulations et de mises en application. Le cadre de référence choisi pour cette recherche est d'une pertinence capitale afin que l'étudiante chercheuse puisse organiser sa pensée avant de l'enseigner à autrui.

Le tableau 1 illustre le parallèle entre les phases d'apprentissage, les processus impliqués, les événements et les interventions d'enseignement.

Tableau 1

Processus, événements et interventions d'enseignement en relation avec les phases de l'apprentissage (Gagné, 1976)

Phases de l'apprentissage	Processus impliqués	Événements d'enseignements	Interventions d'enseignement
Motivation	Expectative	Activer la motivation Informé celui qui apprend de l'objectif	Communiquer l'objectif à atteindre Donner les avantages de l'apprentissage
Appréhension	Attention Perception sélective	Attirer l'attention	Donner des stimuli Procurer des indices différentiels
Acquisition	Codification Entrée en mémoire	Stimuler le rappel Guider l'apprentissage	Présenter des exemples de codification
Rétention	Emmagasinage en mémoire	Inconnus	Inconnus
Rappel	Repérage et retrait	Améliorer la rétention	Provoquer des repérages en donnant des indices
Généralisation	Transfert	Promouvoir le transfert de l'apprentissage	Utiliser les notions apprises dans une situation nouvelle
Performance	Réponse	Provoquer la performance et donner le feedback	Employer des moyens de performance
Feedback	Renforcement	Provoquer la performance et donner le feedback	Donner une réponse en se référant à des normes

La théorie de l'apprentissage-enseignement de Gagné (1976), laquelle propose les différentes étapes de l'apprentissage chez l'apprenant adulte afin de donner un enseignement adéquat et d'en évaluer les résultats, représente le cadre de référence utilisé pour le transfert de connaissances. La théorie a servi afin de structurer un épisode d'enseignement qui respecte les contraintes du milieu (temps restreint, etc.). Le type de contenu de la formation correspondait aux différentes phases de Gagné (1976). Cette théorie a servi afin de dispenser la formation sur le soutien des parturientes.

Chapitre III: Recension des écrits

Dans le cadre de cette recension des écrits, trois thèmes sont abordés soit : le soutien à la parturiente, le rôle de l'infirmière en salle d'accouchement et les résultats probants.

Cependant, avant d'aborder le soutien, il importe de mentionner que pour l'ensemble de la recension des écrits effectués dans le cadre de cette recherche, les bases de données qui ont été consultées sont : «Academic search complete», «CINAHL with full text», «ebook collection (EBSCOhost)», «Education research complete», «Eric», «Medline with full text» et «PsycINFO». De plus, des mots clés généraux ont été utilisés pour chacun des thèmes, soit : « labour », «labor», «childbirth» et «delivery». À cela s'ajoutent des mots clés spécifiques à chacune des sections. Ces derniers sont identifiés au début de chacune des sections.

3.1 Le soutien à la parturiente

Cette partie du mémoire est divisée en plusieurs sections, soit la définition du soutien à la parturiente, ses catégories et les comportements à adopter par l'infirmière. De même, les bénéfices en lien avec la parturiente, le travail et le fœtus ainsi qu'une recension exhaustive des écrits relative au soutien de la parturiente

sont abordés. Enfin, une partie traitant des méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur termine cette section.

3.1.1 La définition du soutien à la parturiente

Sauls (2004) définit le soutien à la parturiente comme étant les interactions humaines intentionnelles entre l'infirmière et la parturiente, aidant la femme à faire face positivement au processus de la naissance. Hottenstein (2005) complète cette définition en ajoutant que ce dernier est un élément essentiel pour atteindre des issues optimales de la naissance. Il peut être fait en continu ou de manière ponctuelle. Il peut être prodigué par le partenaire, l'infirmière, l'accompagnante à la naissance ou par une personne représentative, choisi par la parturiente ou le couple (MSSS, 2008).

3.1.2 Les catégories de soutien à la parturiente

Le soutien à la parturiente est divisé en quatre catégories, soit: émotionnel, informatif, physique et avocate (Adams & Bianchi, 2008; Bianchi & Adams, 2004, 2009). Le terme avocate est une traduction libre de l'étudiante chercheuse du mot «advocacy». À l'intérieur de chacune des catégories se retrouvent des

comportements à adopter par l'infirmière (Adams & Bianchi, 2008; Bianchi & Adams, 2004, 2009). La figure 3 présente les catégories du soutien à la parturiente et les comportements à adopter par l'infirmière. Le terme soutien est une traduction libre de «support», ce dernier est utilisé dans les écrits anglais. Il est à noter que les documents présentés en appendices contiennent l'anglicisme «support», ce n'est que vers la fin de la rédaction du présent mémoire que l'étudiante chercheuse s'est réajustée.

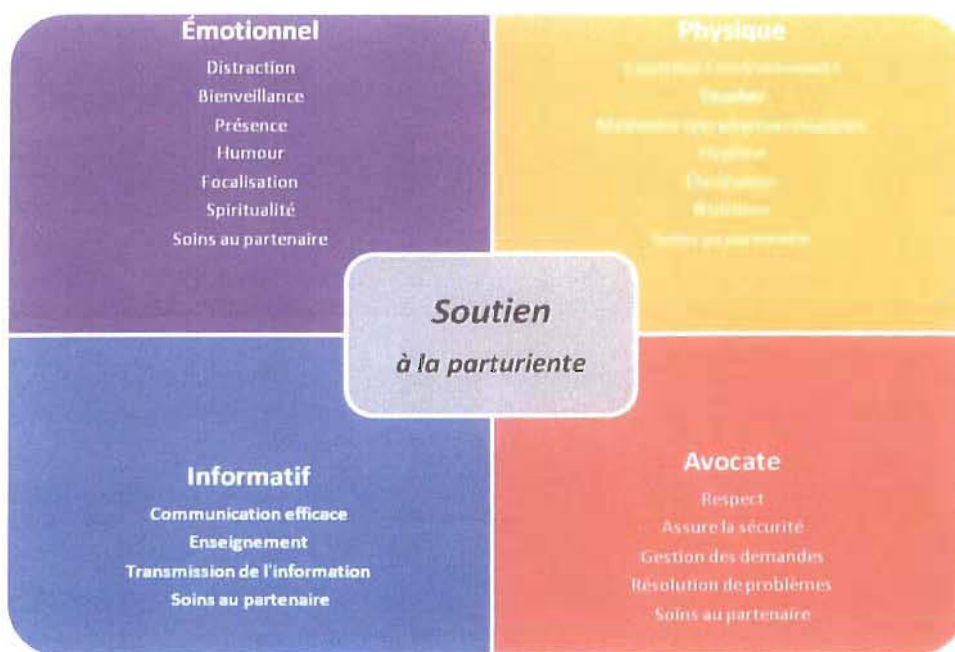


Figure 3. Les catégories du soutien à la parturiente et les comportements à adopter par l'infirmière, inspiré de Adam et Bianchi (2008); Bianchi et Adam (2004, 2009).

La section ci-dessous expose successivement les catégories du soutien et présente la définition, les comportements à adopter par les infirmières et les bienfaits attribuables à chacune d'entre elles.

Sauls (2004) définit le *soutien émotionnel* comme étant la capacité à participer et à partager subjectivement les sentiments de la parturiente. Les comportements se référant au soutien émotionnel sont la distraction, l'attitude bienveillante, la présence, l'humour, la focalisation, la spiritualité et les soins au partenaire (Adams & Bianchi, 2008; Bianchi & Adams, 2004, 2009). Selon ces mêmes auteurs, l'infirmière doit comprendre les sentiments, faire preuve d'empathie et de compassion, aider à conserver le contrôle et prendre son temps pour prodiguer les soins. Les bénéfices recensés de ce type de soutien sont une diminution de l'anxiété de la parturiente, une amélioration de la relaxation tôt dans le travail et un soulagement du stress émotionnel vécu par le partenaire, pouvant contribuer à atténuer le stress maternel (Adams & Bianchi, 2008). Le tableau 2 présente les comportements associés au soutien émotionnel.

Tableau 2

Comportements associés au soutien émotionnel

(Adams & Bianchi, 2008; Bianchi & Adams, 2004)

Comportements à adopter	
Distraktion	<ul style="list-style-type: none"> . Visualisation . Imagerie . Encouragements . Hypnose
Bienveillance	<ul style="list-style-type: none"> . Voix calme, confiante et douce . Louanger . Contact visuel . Flexibilité . Expression faciale plaisante
Présence	<ul style="list-style-type: none"> . Regrouper les tâches . Relation de confiance . Transmettre l'expertise
Humour	<ul style="list-style-type: none"> . Humour approprié . Focaliser sur des éléments drôles au travers le processus du travail et de l'accouchement
Focalisation	<ul style="list-style-type: none"> . Prendre en charge la routine . Recadrer les pensées négatives en positives
Spiritualité	<ul style="list-style-type: none"> . Reconnaître et encourager la spiritualité . Chanter, prier et méditer
Soins au partenaire	<ul style="list-style-type: none"> . Encourager . Louanger . Rassurer . Présence

Adams et Bianchi (2008) définissent le *soutien physique* de par ses comportements. Ces derniers sont le contrôle de l'environnement, le toucher, les méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur, l'hygiène, l'élimination urinaire, l'alimentation et les soins au partenaire. Les bénéfices recensés de ce type de soutien sont une augmentation de la progression du travail, de la satisfaction de l'expérience de l'accouchement, de l'efficacité des contractions utérines et du positionnement optimal du fœtus. Aussi, il en ressort une diminution de la sensation et de la détresse encourue par la douleur, de l'utilisation

d'analgésiques, de traumatismes au périnée, de douleurs lombaires et de la durée du second stade du travail (Adams & Bianchi, 2008). Le tableau 3 présente les comportements associés au soutien physique.

Tableau 3

Comportements associés au soutien physique

(Adams & Bianchi, 2008; Bianchi & Adams, 2004)

Comportements à adopter	
Contrôler l'environnement	. Contrôler la température, le bruit, l'éclairage, les odeurs et les visiteurs
Toucher	. Massage
	. Acupression
Méthodes non pharmacologiques	. Positionnement, application de chaud/froid, hydrothérapie, etc.
Hygiène	. Bain et douche au besoin
	. Soins du périnée
	. Soins de la bouche
Élimination	. Encourager l'élimination urinaire
	. Encourager la mobilisation à la salle de bain
Nutrition	. Fournir de l'eau, glaçons et sucettes glacées
Soins au partenaire	. Offrir du répit
	. Offrir des collations
	. S'assurer de son confort physique

Le *soutien informatif* met l'accent sur l'information transmise aux parturientes et sur les aspects du travail et de l'accouchement donnant ainsi la possibilité à celles-ci de faire partie intégrante du processus de décision (Adams & Bianchi, 2008; Bianchi & Adams, 2004). Les comportements à adopter par l'infirmière sont les techniques de communication efficace, l'enseignement, l'information transmise et les soins au partenaire (Adams & Bianchi, 2008; Bianchi & Adams, 2004). Ce type de soutien est reconnu pour favoriser une expérience

positive de la naissance, pour accroître le sentiment de confiance et la capacité à gérer positivement les contractions et pour réduire les inconforts (Adams & Bianchi, 2008). Le tableau 4 présente les comportements associés au soutien informatif.

Tableau 4

Comportements associés au soutien informatif

(Adams & Bianchi, 2008; Bianchi & Adams, 2004)

Comportements à adopter	
Communication efficace	. Recadrer
	. Utiliser des phrases et des mots appropriés
Enseignement	. Technique de relaxation, de respiration et de poussée
Transmission de l'information	. Vulgariser
	. Familiariser la parturiente avec les routines de soins et le processus normal du travail et de l'accouchement
	. Méthodes pharmacologiques et non pharmacologiques de soulagement de la douleur
Soins au partenaire	. Expliquer les procédures
	. Informer de la progression du travail et de son rôle de soutien envers la parturiente

Aucune définition du *soutien avocate* n'est proposée par Adams et Bianchi (2008) de même que par Bianchi et Adams (2004). Cependant, selon ces auteurs, le rôle d'avocate de la parturiente est composé du respect, d'assurer la sécurité, de la gestion des demandes de la parturiente, de la résolution de problèmes et des soins au partenaire (Adams & Bianchi, 2008; Bianchi & Adams, 2004). Cette catégorie de soutien assure le respect des choix de la parturiente et une relation davantage

satisfaisante avec l'équipe de soins (Adams & Bianchi, 2008). Le tableau 5 présente les comportements associés au soutien avocate.

Tableau 5

Comportements associés au soutien avocate

(Adams & Bianchi, 2008; Bianchi & Adams, 2004)

Comportements à adopter	
Respect	<ul style="list-style-type: none"> . Assurer l'intimité . Soigner sans juger . Protéger les droits
Assurer la sécurité	<ul style="list-style-type: none"> . Encourager l'expression des sentiments positifs et négatifs . Prodiquer une sécurité physique et psychologique
Gestion des demandes	<ul style="list-style-type: none"> . Encourager la parturiente à verbaliser ses peurs et ses besoins . Donner toutes les options de soins possibles et laisser le temps de faire un choix éclairé . Expliquer les risques et bénéfices de toutes interventions . Soutenir les souhaits . Négocier avec l'équipe de soins
Résolution de problèmes	<ul style="list-style-type: none"> . Encourager la résolution de problèmes
Soins au partenaire	<ul style="list-style-type: none"> . Déterminer ses attentes et les respecter . L'encourager à jouer le rôle d'avocate avec la parturiente

Les données actuelles indiquent que la satisfaction d'une parturiente relative à son travail et à son accouchement est déterminée par le degré de concrétisation de ses attentes personnelles et par la qualité du soutien offert par le personnel soignant et des interactions avec celui-ci (Lowdermilk et al., 2012). De plus, sa satisfaction dépend de la mesure dans laquelle elle a pu maîtriser son travail et a pu participer à la prise de décisions, notamment au sujet des choix des mesures de soulagement de la douleur (Albers, 2007). Une parturiente qui bénéficie du soutien en continu depuis le début de son travail est plus encline à avoir un accouchement vaginal

spontané et est moins susceptible d'utiliser des analgésiques ou une épidurale. De plus, elle sera davantage satisfaite de son accouchement (Lowdermilk et al., 2012).

Tel que mentionné dans la section précédente, nombreux sont les effets attribuables à l'intérieur de chacune des quatre catégories de soutien. C'est pour cette raison que sont explorés subséquemment les bénéfices du soutien pour la parturiente, le travail et le fœtus.

3.1.3 Les bénéfices du soutien pour la parturiente, le travail et le fœtus

Spécifiquement, quatre études ont été recensées concernant les bénéfices du soutien à la parturiente, soutien en continu et ponctuel, apporté par une infirmière, une personne représentative choisie par le couple, une doula (assistante ou accompagnante d'expérience engagée pour offrir un soutien à la parturiente et à sa famille pendant le travail et l'accouchement) ou le partenaire. Le mot clé spécifique utilisé est «support». Enfin, les études retenues ont été publiées entre 2006 et 2012.

Une revue Cochrane, réalisée par Hodnett et al. (2012), portant sur 22 études expérimentales de type randomisé contrôlé avec un échantillon total de 15 288 parturientes, a comparé le soutien apporté en continu pendant le travail et l'accouchement (groupe expérimental) aux soins usuels (groupe contrôle). Ces auteurs ne définissent pas clairement le soutien en continu. Par contre, ils mentionnent qu'il pouvait être prodigué par des personnes qualifiées à cet effet. Il pouvait donc s'agir d'une infirmière, d'une doula, d'une sage-femme, d'un membre de la famille ou d'une personne représentative choisie par la parturiente. Le groupe contrôle qui recevait des soins usuels bénéficiait de soins intermittents de la part de l'infirmière. L'épidurale, l'amniotomie et la stimulation du travail pouvaient être proposées. Le conjoint se voyait parfois exclu de la salle d'accouchement.

Les résultats ont démontré que les parturientes qui ont bénéficié d'un soutien continu étaient plus susceptibles de connaître un accouchement vaginal spontané (RR 1,08, IC à 95% 1,04 à 1,12) et moins susceptibles de nécessiter une analgésie (RR 0,90, IC à 95% 0,84 à 0,96) ou de signaler de l'insatisfaction (RR 0,69, IC à 95% 0,59 à 0,79). Par ailleurs, leur travail était plus court (différence moyenne de -0,58 heure, IC À 95% 0,59 À 0,79) et elles étaient moins susceptibles de subir une césarienne (RR 0,78, IC à 95%, 0,67 à 0,91), de connaître un accouchement vaginal instrumentalisé (RR 0,90, IC à 95%, 0,85 à 0,96) de nécessiter une analgésie régionale (RR 0,93, IC à 95%, 0,88 à 0,99) ou que leur

bébé présente un faible indice d'Apgar à 5 minutes (effet fixe, RR 0,69, IC à 95%, 0,50 à 0,95). Les auteurs concluent que le soutien continu pendant le travail a des avantages cliniquement significatifs pour les femmes et les nourrissons et ne présente aucun danger connu. Toutes les femmes devraient bénéficier d'un soutien tout au long du travail et de l'accouchement. Cependant, une limite est notée à l'effet que les parturientes dans le groupe contrôle pouvaient être accompagnées d'une personne significative, alors les parturientes se voyaient recevoir du soutien. Le soutien n'était peut-être pas en continu et prodigué par une personne formée à cet effet, mais les parturientes étaient tout de même susceptibles de recevoir du soutien, ce qui constitue un risque de biais considérable.

Une étude de type descriptive menée par Bruggemann et al. (2008) portait sur l'évaluation de l'efficacité et de la sécurité du soutien en continu donné à la parturiente par la personne de son choix, et ce, auprès d'un échantillon de 212 femmes. Parmi celles-ci, 105 parturientes étaient dans le groupe expérimental recevant du soutien par la personne de leur choix alors que 107 parturientes étaient dans le groupe contrôle ne recevant pas de soutien.

Les résultats ont démontré que les femmes qui ont bénéficié d'un soutien par la personne de leur choix, étaient davantage satisfaites (pendant le travail, 88.0 vs 76.00, $p < 0.0001$) (pendant l'accouchement, 91.4 vs 77.1, $p < 0.0001$). À la

lumière de ces résultats démontrant un haut niveau de satisfaction des parturientes, les auteurs encouragent et sensibilisent les infirmières à adopter cette pratique de soins en favorisant une présence en continu aux côtés de la parturiente. Il est essentiel d'être à l'écoute des demandes des parturientes ainsi que de faire preuve de souplesse et d'ouverture d'esprit à leur égard. Les auteurs espèrent que ces résultats serviront à encourager les parturientes à vivre cette expérience accompagnée d'une personne représentative et/ou de l'infirmière.

Il est important de noter que cette étude a été conduite au Brésil où il n'est pas permis d'avoir son partenaire à ses côtés lors du travail et de l'accouchement. Les auteurs ne spécifient pas si les parturientes étaient accompagnées par une ou plusieurs autres personnes lors du travail et de l'accouchement. Dans le groupe contrôle, les parturientes ne recevaient pas de soutien, mais étaient-elles accompagnées? Selon l'étudiante chercheuse, cela constitue une limite à l'étude. De plus, il n'est pas mentionné sur quelle échelle sont mesurés les différents résultats.

Une étude expérimentale de type randomisé contrôlé, menée par McGrath et Kennell (2008), avait pour but de démontrer l'effet positif du soutien en continu offert par une doula chez les parturientes à faible revenu. L'échantillon retenu était composé de 420 parturientes, soit 224 parturientes dans le groupe expérimental qui bénéficiaient d'un soutien en continu par une doula et 196 parturientes dans le

groupe contrôle qui recevaient les soins de routine. Les femmes dans le groupe expérimental bénéficiaient de la présence de la doula du moment de l'hospitalisation, et ce pendant tout le travail et l'accouchement. Les soins offerts par la doula étaient le touché, la proximité, des regards attentifs, de l'enseignement, de la réassurance et des encouragements.

En effet, il y a eu une diminution significative du taux de césarienne (13% versus 25%, $p=0,002$) et d'utilisation de l'épidurale (65% versus 76%, $p=0,008$) dans le groupe ayant reçu du soutien en continu par une doula. De plus, 100% des couples dans le groupe expérimental ont qualifié leur expérience avec la doula de positive. Sur les 420 parturientes randomisées, seulement trois étaient seules au moment de l'accouchement, les 417 autres étaient accompagnées soit par le conjoint ou par une personne représentative. La majorité des parturientes bénéficiaient déjà d'un soutien au moment de l'accouchement, en excluant la doula, ce qui, selon l'étudiante chercheuse, constitue une limite à la recherche. Les effets bénéfiques proviennent-ils du soutien offert par la doula, le partenaire, la personne représentative ou la somme de ceux-ci? De plus, les auteurs ne mentionnent pas en quoi consistent les soins de routine.

Une autre étude expérimentale de type randomisé contrôlé, menée par Campbell et al. (2006), avait comme objectif de comparer les issues d'un soutien en

continu apporté à la parturiente par une doula (groupe expérimental) versus sans doula (groupe contrôle). Cette étude comportait un échantillon de 586 parturientes, soit 291 parturientes dans le groupe expérimental et 295 dans le groupe contrôle. En effet, il appert que dans le groupe expérimental, il y a eu une diminution significative de la durée totale du travail (10 heures versus 12 heures, $p=0,004$), une plus grande dilatation du col de l'utérus au moment de l'épidurale (4,3 cm versus 3,9 cm $p=0,007$) et un meilleur score à l'indice d'Apgar à une (95% versus 90%, $p=0,04$) et cinq (100% versus 97%, $p=0,006$) minutes de vie.

Les auteurs de cette étude reconnaissent qu'il pourrait y avoir un biais relié à la formation, au style d'enseignement et à la personnalité de chacune des doulas ayant prodigué du soutien aux parturientes. De plus, les auteurs ne spécifient pas si les parturientes étaient accompagnées d'une tierce personne, ce qui constitue une limite à l'interprétation des résultats.

À la lumière des résultats de ces études, il apparaît pertinent de reconnaître l'importance et les bénéfices associés au soutien à la parturiente. La section qui suit traite des méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur qui peuvent être proposées aux parturientes lors du travail et de l'accouchement.

3.2 Méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur

Le traitement non pharmacologique de la douleur est devenu de plus en plus important auprès des parturientes (Lowdermilk et al., 2012). Parce que la politique québécoise de périnatalité vise à faire de la grossesse, du travail et de l'accouchement des expériences normales, il devient nécessaire de proposer des méthodes naturelles de gestion de la douleur (MSSS, 2008). La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC, 2007) appuie cette proposition par sa déclaration de principes commune sur l'accouchement normal, qui est défini comme un accouchement avec peu ou pas d'intervention humaine.

À ce jour, plus d'une quinzaine de méthodes non pharmacologiques pour diminuer la douleur chez la parturiente sont documentées. Pour la présente recherche, l'étudiante chercheuse se concentre sur quatre d'entre-elles, soit l'hydrothérapie, la mobilisation/positionnement et le ballon de naissance. Ces dernières ont été sélectionnées à des fins de faisabilité et d'accessibilité dans le milieu choisi. Spécifiquement, au CSSSTR, des ballons de naissance, des douches et des bains thérapeutiques sont à la disposition des parturientes. Des lits adaptés pour le travail et l'accouchement sont disponibles dans chacune des chambres de naissance. Ces derniers rendent possible l'adoption d'une multitude de positions par les parturientes. De plus, des corridors sur le département et des espaces dans les

chambres de naissance permettent une liberté de mouvement. Ces méthodes non pharmacologiques pour soulager la douleur sont explorées subséquemment, soit l'hydrothérapie, la mobilisation/positionnement et le ballon de naissance.

3.2.1 Hydrothérapie

L'hydrothérapie à des fins thérapeutiques n'est pas nouvelle (Cluett & Burns, 2009). Le bain, la douche, l'hydrothérapie par jet (bains de massage) à l'eau chaude sont des mesures non pharmacologiques qui peuvent être utilisées pour favoriser le bien-être et la relaxation pendant le travail (Lowdermilk et al., 2012).

L'utilisation de la douche consiste à installer la parturiente dans la position de son choix, dans un bain ou une douche, et à diriger l'eau directement sur la zone douloureuse. Cette technique permet de diminuer la tension sur les muscles, la douleur et l'anxiété (Simkin, Ancheta & Myers 2005). L'immersion dans le bain, quant à elle, consiste à immerger la parturiente dans un bain rempli d'eau à une température de 36°C à 38°C, lors de la phase active du travail et pour une durée variant entre 60 et 90 minutes en continu (Da Silva, de oliveira, & Nobre, 2009; Jessiman, 2009).

Ces auteurs affirment que cette pratique a été introduite comme étant une alternative pour diminuer la douleur des parturientes. En premier lieu, les avantages de l'hydrothérapie sont explorés. Ensuite, deux études relatives à l'hydrothérapie sont discutées. Enfin, les recommandations liées à son utilisation sont abordées.

Les effets relaxants de l'hydrothérapie sont attribués à la réponse physiologique de l'immersion dans l'eau chaude (Cluett & Burns, 2009). L'eau chaude stimule la libération d'endorphines, détend les fibres musculaires pour empêcher le passage de la douleur et améliore la circulation sanguine de même que l'oxygénation musculaire (Lowdermilk et al., 2012). L'immersion peut favoriser la détente et le progrès du travail (Gilbert, 2007). Des parturientes qui ont utilisé cette technique pendant le travail ont mentionné qu'elle a efficacement soulagé la douleur (Albers, 2007).

Plusieurs auteurs s'entendent sur le fait que l'immersion dans le bain est associée à une meilleure perfusion utérine, à des contractions utérines moins douloureuses et à une durée du temps de travail plus court avec moins d'interventions (Aird, Luckas, Buckett & Bousfield 1997; Garland & Jones 2000; Schom, McAllister et Blanco, 1993). En cas de douleurs dorsales causées par la position postérieure ou transverse de l'occiput fœtal, l'hydrothérapie peut favoriser la rotation de celui-ci vers une position antérieure en raison de la flottabilité

(Lowdermilk et al., 2012). Ces derniers affirment que l'hydrothérapie peut aussi encourager l'utilisation de la position assise et des mouvements qui facilitent la progression du travail et l'adaptation à celui-ci (Stark, Rudell & Haus 2008).

L'immersion dans le bain contribue aussi à faire diminuer la pression sanguine (hypotension) consécutive à une vasodilatation des vaisseaux sanguins en périphérie et à une meilleure redistribution du sang (Hall & Holloway, 1998; Richmond, 2003). De plus, selon l'ASPC (2009), elle accélère le travail et augmente le taux de satisfaction des parturientes. Enfin, l'hydrothérapie réduit le besoin d'analgésiques intramusculaires et intraveineux et d'anesthésie épidurale, tout en diminuant la fréquence des accouchements assistés par forceps ou par ventouse obstétricale ainsi que les épisiotomies et les lésions périnéales (ASPC, 2009).

En lien avec les études portant sur les effets de l'hydrothérapie, la recension des écrits dans les différents moteurs de recherche énumérés précédemment a été faite en utilisant le mot clé spécifique suivant : « bath ». Spécifiquement, deux études se sont intéressées aux effets de l'immersion dans le bain sur la parturiente, le fœtus, les infirmières et sur le niveau de douleur. Les études retenues ont été publiées en 2009.

Une méta analyse de type «Cochrane review» a été menée par Cluett et Burns (2009) portant sur les effets de l'immersion dans le bain sur la parturiente, le fœtus et les infirmières. Cette recherche comprenait onze études expérimentales de type randomisé contrôlé, totalisant un nombre de 3 243 parturientes. Les parturientes dans le groupe expérimental (1 254) se voyaient utiliser l'immersion dans le bain alors que celles dans le groupe contrôle (1 245) n'avaient pas accès à cette méthode de soulagement de la douleur. Les auteurs sont arrivés aux conclusions que cette technique avait pour effet de réduire significativement l'utilisation de toutes formes d'analgésies ou d'anesthésies pendant le premier stade du travail (478/1 254 versus 529/1 245, IC 95%,). De plus, ils ont noté une diminution de la durée du premier stade du travail, soit de 32,4 minutes (IC 95%). Selon les auteurs, les risques de biais pouvant influencer les résultats sont les méthodes différentes d'évaluation de la douleur, la perception de la douleur, l'utilisation de médication, la satisfaction des parturientes, la dépression post-partum, la définition de l'immersion dans le bain, la température de l'eau et la mobilité des parturientes. Tel que mentionné précédemment, la définition de l'immersion dans le bain pouvait être différente d'une recherche à l'autre. La taille des bains, piscines et bassins ainsi que la quantité d'eau comprise variaient. Cela fait en sorte que les parturientes n'étaient pas immergées au même niveau (au niveau du ventre, des épaules, des hanches et du cou). La mobilisation à l'intérieur de l'eau n'était pas toujours possible relatif à un manque d'espace. Certaines

parturientes étaient encouragées à se mobiliser à l'intérieur de l'eau, alors que d'autres devaient rester immobiles, ce qui constitue une limite.

Une étude expérimentale de type randomisé contrôlé, menée par da Sylvia et al. (2009), portait sur les effets de l'immersion dans le bain relativement au niveau de douleur pendant le premier stade du travail. Cette étude a été effectuée auprès de 108 femmes, soit 54 femmes dans le groupe expérimental n'utilisant pas l'immersion dans le bain et 54 femmes dans le groupe contrôle utilisant cette méthode de soulagement de la douleur. La douleur des parturientes était mesurée à l'aide d'une échelle numérique (0 à 10) zéro ne représentant aucune douleur et dix une douleur des plus extrême. Les résultats démontrent que le niveau de douleur ressentie par les femmes dans le groupe contrôle (9,3/10, RR 0,05, IC à 95%) était significativement plus élevé que dans le groupe expérimental (8,5/10, RR 0,05, IC à 95%). De même, une diminution significative de l'utilisation de méthodes pharmacologiques pour soulager la douleur a été soulevée. L'immersion dans le bain permet aux parturientes de jouer un rôle plus actif dans le processus du travail et de l'accouchement. À la lumière de ces résultats, les auteurs suggèrent que l'immersion dans le bain est une alternative souhaitable pour diminuer la douleur de la parturiente. Ces derniers ont soulevé des limites à l'étude, soit le fait que les parturientes ont été recrutées lors de la phase active du travail, la méthode

d'évaluation de la douleur était subjective et les parturientes devaient quitter le bain pour recevoir des interventions de routine.

L'hydrothérapie a fait ses preuves et démontre bien ses avantages et bienfaits, mais il reste très important qu'elle soit supervisée par une infirmière formée, car une mauvaise utilisation peut avoir des conséquences graves telles que: hyperthermie fœtale, tachycardie fœtale, perturbations métaboliques maternelles et fœtales, de même qu'une augmentation de la mortalité et de la morbidité fœtale (Johnson, 1996).

En effet, l'utilisation de l'immersion dans le bain ne doit pas être faite de n'importe quelle manière, il y a des principes de bases à respecter. D'abord, plusieurs auteurs s'entendent sur le fait que l'utilisation de l'immersion dans le bain est davantage efficace en phase de travail actif ou lorsque le col est dilaté à cinq centimètres (Da Silva et al., 2009; Eriksson, Mattsson & Ladfors, 1997). D'autres affirment que l'utilisation précoce du bain, avant cinq centimètres de dilatation, est associée à un travail plus long et à une plus grande utilisation de méthodes pharmacologiques de soulagement de la douleur (Eriksson et al., 1997). Par la suite, la température de l'eau du bain ne doit pas dépasser 38°C et la parturiente doit être le plus possible immergée dans l'eau, soit au niveau des épaules (Da Silva et al., 2009; Eriksson et al., 1997). Finalement, il y a consensus sur le fait que la majorité

des parturientes utilisent l'immersion dans le bain environ 60 minutes (Baxter, 2006; Cluett & Burns, 2009; Da Silva et al., 2009).

Plusieurs auteurs affirment que cette technique, lorsqu'elle est faite de façon adéquate, est considérée sécuritaire et n'est pas associée à une augmentation de temps de travail, ni une augmentation de l'utilisation d'instruments pour aider la délivrance et ainsi, aucun inconvénient ne sont répertoriés au moment de la naissance (Cluett & Burns, 2009; Da Silva et al., 2009).

Alors, c'est selon les critères mentionnés ci-dessus que l'étudiante chercheuse a développé les modes d'emploi de l'immersion dans le bain et la douche. Les critères font partie intégrante du contenu de la formation qui est présenté à l'appendice A.

3.2.2 Mobilisation

La mobilisation est le fait d'être libre de ses mouvements, de circuler librement dans sa chambre ou dans les corridors durant le travail et l'accouchement (Shilling, Romano, & DiFranco, 2007). Il est impossible de parler de la

mobilisation sans aborder le processus physiologique naturel de l'accouchement. La section ci-dessous l'aborde brièvement. Par la suite, les bénéfices de la mobilisation sont décrits.

Le processus normal, naturel et physiologique qu'est la naissance implique une séquence d'événements en interaction: l'amincissement et l'ouverture du col de l'utérus, la rotation de même que la descente du bébé à travers le bassin (Lamaze International, 2007). Selon cet auteur, cette suite d'événements est orchestrée par une libération d'hormones chez la parturiente et la descente du fœtus est facilitée par la mobilisation. Ce dernier soutient que le fait d'être active et de se mobiliser pendant le travail augmente le niveau de tolérance et le niveau de sécrétion d'ocytocine de la parturiente, ce qui assure une bonne progression du travail (Lamaze International, 2007). La parturiente sera en mesure de bénéficier de la sécrétion d'endorphines, hormone antalgique naturelle sécrétée par le corps. La confiance et l'habileté de la parturiente à être en harmonie avec son corps pendant le travail, au lieu de lutter contre les contractions, aide à garder les hormones de stress (cortisol, adrénaline, etc.) à un niveau bas (Lamaze International, 2007).

La section ci-dessous aborde les bénéfices de la mobilisation. Aujourd'hui, la liberté de mouvement pendant le travail et l'accouchement est une demande réaliste et encouragée par la plupart des sages-femmes et obstétriciens (De Gasquet,

2009). Selon Shilling et al. (2007), les infirmières doivent encourager les parturientes à être actives dans leur travail et celles-ci doivent être en mesure de proposer un large éventail de positions aux parturientes. Ces mêmes auteurs affirment que la liberté de mouvement est un aspect important, facilitant la naissance du bébé.

De plus en plus d'études ont montré que la liberté de mouvement est favorable à la mécanique de l'accouchement (De Gasquet, 2009). Shilling et al., (2007) vont dans le même sens en affirmant qu'il y a évidence de bénéfices associés à la liberté de mouvement pendant le travail. En effet, Shilling et al. (2007) mentionnent que c'est de loin la meilleure manière de tirer profit des avantages de la gravité, optimisant ainsi la taille du bassin, ce qui facilite la descente du fœtus.

Selon Lowdermilk et al. (2012), un lien a été établi entre la mobilisation de la parturiente et une intensité accrue des contractions utérines, un temps de travail écourté, un besoin réduit en analgésiques, une plus grande autonomie et une meilleure maîtrise de soi de la parturiente.

AMPRO^{OB} (2012) va dans le même sens en affirmant que, chez les femmes qui n'ont pas recours à l'épidurale, les déplacements peuvent aider à écourter le premier stade du travail et à réduire la douleur.

Parmi les avantages possibles de la mobilisation, on compte une stimulation de l'activité utérine, une distraction aux inconforts du travail, un contrôle maternel et la possibilité d'une augmentation du lien de confiance entre l'infirmière et la parturiente (Enkin, Keirse, Neilson, Crowther, Duley, Hodnett & Hofmeyr, 2001).

Storton (2007) va dans le même sens en affirmant que la mobilisation donne la perception d'avoir une plus grande liberté de mouvement et offre la chance de libérer les tensions musculaires, ce qui diminue la douleur. Celui-ci affirme que les femmes qui utilisent la mobilisation lors de leur travail rapportent une diminution de la douleur. Gasquet (2009) explique qu'il n'y a rien de magique dans la mobilisation et que cela s'explique très simplement. En faisant participer la parturiente, on cumule les bienfaits de la mobilité, seul élément mécanique utilisable dans un accouchement non médicalisé, avec les possibilités modernes d'action, à la fois sur la douleur et sur la sécurité de la parturiente et du fœtus. Chez les femmes qui n'ont pas recours à l'épidurale, les déplacements peuvent aider à réduire la durée du premier stade et à réduire la douleur (Lawrence, Lewis, Hofmeyr, Dowswell, & Styles, 2009). Ces derniers auteurs affirment que les femmes qui se mobilisent connaissent un premier stade du travail plus court d'environ une heure et risquent moins de recourir à l'épidurale.

Lamaze International (2007) invite les fournisseurs de soins à permettre aux parturientes une liberté de mouvement au travers du travail et de l'accouchement, et d'éviter les interventions de routine restreignant cette liberté.

Pour cette recension des écrits portant sur la mobilisation, le mot clé spécifique utilisé est : «mobilisation». Spécifiquement, deux études se sont intéressées aux effets de cette méthode non pharmacologique sur la progression et la durée du travail, sur l'état de santé maternelle et fœtale, sur le type d'accouchement et sur plusieurs autres paramètres importants pour la parturiente et le fœtus. Les études retenues ont été publiées en 2009 et en 2010.

Une étude prospective randomisée contrôlée, conduite par Ben Regaya, Fatnassi, Khelifi, Fékih, Kebaili, Soltan et Hidar (2010), avait comme objectif d'évaluer les effets de la mobilisation au cours de la première phase du travail sur la progression du travail de même que sur l'état de santé maternelle et fœtale. Au total, 200 parturientes ont été randomisées, soit 100 dans le groupe expérimental, se voyant proposer la mobilisation et 100 dans le groupe contrôle qui étaient confinées au lit. La posture verticale a permis une réduction significative (de 34%) de la durée totale de la phase de dilatation ($p<0,0001$), de la perception douloureuse ($p<0,0001$), de la consommation des ocytociques ($p=0,001$), du taux des césariennes et des extractions instrumentales ($p=0,01$). Elle a permis une nette

amélioration du pronostic maternel (taux des complications 7% versus 13%) et du pronostic fœtal (nette amélioration du score d'Apgar à la première et à la cinquième minute, et du taux de transfert au service de néonatalogie). Cependant, il importe de souligner que les parturientes dans le groupe expérimental étaient confinées au lit à partir d'une dilatation égale à six centimètres ce qui, selon l'étudiante chercheuse, diminue les effets possibles de la mobilisation, constituant une limite.

Une méta analyse de type «Cochrane review», effectuée par Lawrence et al. (2009), portant sur les effets d'encourager les parturientes à utiliser des positions à la verticale (la mobilisation, assise, debout et à quatre pattes) versus des positions couchées (couchée, semi-assise et décubitus latéral) pendant le premier stade du travail, avait comme objectif de mesurer les effets de ces positions sur la durée du travail, le type d'accouchement et sur plusieurs autres paramètres importants pour la parturiente et le fœtus. Les études incluses dans cette recension des écrits étaient expérimentales ou quasi-expérimentales, pour un total de 21, et portaient sur 3 706 parturientes. Les femmes dans le groupe expérimental étaient encouragées à adopter certaines positions, soit debout, assise, à quatre pattes ou à se mobiliser. Quant à celles dans le groupe contrôle, elles étaient confinées au lit en tout temps (assise, couchée sur le dos ou non mentionné). En effet, il appert que la mobilisation et les positions debout lors du premier stade du travail réduisent la durée du travail. Ces positions ne sont pas associées à l'augmentation de

quelconques effets négatifs chez la parturiente et le fœtus comme par exemple, de la douleur chez la femme ou une diminution de l'oxygénation foetale. Les auteurs affirment que les parturientes doivent être encouragées à prendre différentes positions confortables pendant le premier stade du travail. Cependant, dans cette revue des écrits, les auteurs rapportent un très haut niveau d'hétérogénéité entre les différentes études. Cette différence est liée à la fois à la taille des échantillons, la durée considérablement variable de la première phase du travail dans chaque étude, mais aussi aux critères d'inclusion non homogènes. Par exemple, certaines études permettaient d'inclure dans le même groupe des parturientes primipares et multipares. Toutes ces constatations font que les résultats de cette revue doivent être interprétés avec prudence.

Suite aux recherches recensées ci-dessus, il appert que la mobilisation pendant le travail et l'accouchement amène un lot considérable d'avantages, tant pour la parturiente, le déroulement du travail que pour le fœtus. Lamaze International (2007) supporte cette technique non pharmacologique de soulagement de la douleur en invitant les parturientes et leur partenaire à choisir un fournisseur de soins qui propose différentes options afin de promouvoir la mobilisation lors du travail et de l'accouchement. De plus, Lamaze International (2007) affirme qu'il est urgent que les fournisseurs de soins permettent une liberté de mouvement aux

parturientes, ne laissant surtout pas les interventions de routine restreindre cette pratique.

C'est à la lumière des renseignements énoncés par les auteurs ci-dessus que l'étudiante chercheuse a proposé le guide d'utilisation de la mobilisation. Celui-ci fait partie intégrante du contenu de la formation qui est présenté à l'appendice A.

3.2.3 Positionnement

Tout comme la mobilisation, trouver sa position d'accouchement est une demande réaliste et encouragée par la plupart des sages-femmes et obstétriciens (De Gasquet, 2009). Le positionnement est la capacité de la parturiente à prendre différentes positions lors du travail et de l'accouchement.

La section ci-dessous est consacrée aux positions pouvant être utilisées lors du premier et second stade du travail. Les positions proposées sont issues de la seconde édition de «*The labor progress, handbook, early interventions to prevent and treat dystocia*», de Simkin et Ancheta (2011).

Il est important de noter qu'une très grande variété de positions est proposée par ces dernières. Pour cette recherche, l'étudiante chercheuse a sélectionné les positions les plus applicables dans le milieu où s'est déroulée l'intervention. Afin d'adopter différentes positions, le CSSSTR met à la disposition des parturientes des ballons de naissance, des bains, des douches, des lits d'accouchement, un banc de naissance et des coussins. De plus, des espaces dans les chambres de naissance permettent l'adoption de nombreuses positions.

Les positions pouvant être utilisées pendant le premier stade du travail sont les positions couchée sur le côté (décubitus latéral et décubitus latéral, lunge), assise (semi-assise, assise le dos droit et assise penchée vers l'avant), debout (debout penchée vers l'avant), à genoux (à genoux penchée vers l'avant avec soutien, genoux ouverts poitrine et genoux collés poitrine) et à quatre pattes (Bolding & Simkin, 2007).

Tandis que pour le second stade du travail, ces mêmes auteurs proposent des positions regroupées en six catégories, soit les positions dans le lit, à l'aide de la barre du lit, debout, dans le bain, sur le banc de naissance et sur la toilette.

L'utilisation d'une variété de positions est reconnue pour ses nombreux bénéfices. Storton (2007) affirme que les parturientes qui sont actives et qui changent de positions pendant le travail sont davantage tolérantes à la douleur des contractions et conservent un niveau élevé d'ocytocine. Ces parturientes bénéficient au maximum des bénéfices des endorphines de leur corps. Le fait de changer de position aide à la descente et à la rotation du fœtus (Storton, 2007).

Il est important de noter que l'utilisation d'une variété de positions aide à la progression du travail et aide le fœtus à faire son chemin à travers le bassin (Simkin & O'Hara, 2002). Les positions choisies par la parturiente sont susceptibles d'augmenter le confort et de faciliter la progression du travail. Ces mêmes auteurs soutiennent qu'il n'y a pas une position qui soit meilleure qu'une autre pour la parturiente et son bébé. Chaque position offre une possibilité d'avantages pouvant aider dans différentes situations.

L'utilisation de la station debout ou du décubitus latéral (position couchée sur le côté) pour accoucher est associée à un deuxième stade du travail plus court, à une légère réduction des accouchements assistés par voie vaginale, à une baisse des épisiotomies, à une diminution de la douleur signalée par la mère au deuxième stade du travail et à un nombre moins élevé de tracés anormaux du rythme cardiaque foetal (Gupta, Hofmeyr, & Shehmar, 2012).

L'ASPC (2011) recommande que les femmes reçoivent de l'information adéquate sur les diverses positions pour accoucher afin de faire un choix éclairé et d'accoucher dans la position qu'elles jugent la plus confortable. Chalmers et Porter (2001) se prononcent contre l'utilisation systématique du décubitus dorsal pour accoucher et qualifient les positions autres que le décubitus dorsal d'indicateurs clés d'une gestion efficace du travail normal.

Les recherches le démontrent, l'adoption de différentes positions et l'alternance de ces dernières sont favorables pour la parturiente, le fœtus et le déroulement du travail (Simkin et al., 2005; Simkin & O'Hara, 2002). Nombreux sont les bénéfices associés à cette pratique. Quelques auteurs se sont intéressés aux effets que pourrait avoir l'adoption d'une position comparativement à une autre, en regard de différents facteurs. La section ci-dessous est consacrée à ce sujet.

Pour cette recension des écrits portant sur les bénéfices d'utiliser certaines positions pendant le travail et l'accouchement, les mots clés spécifiques utilisés sont les suivants : «position» et «positioning». Spécifiquement, trois études se sont intéressées à cette méthode de soulagement de la douleur dans un contexte de travail et d'accouchement. Les études retenues ont été publiées entre 2005 et 2012.

Une méta analyse de type «Cochrane review», menée par Gupta et al. (2012), inclut des études expérimentales de type randomisé et quasi randomisé pour un total de 7 280 parturientes. L'objectif recherché était de démontrer les bénéfices et risques reliés à l'utilisation de différentes positions pendant le second stade du travail. Parmi les études recensées, les parturientes dans le groupe expérimental se voyaient proposer la mobilisation ou différentes positions par exemple, à genoux, assises à 90 degrés ou bien couchées en latéral tandis que les parturientes dans le groupe contrôle devaient rester couchées en décubitus dorsal (position gynécologique). En effet, il appert que l'utilisation des positions debout et en décubitus latéral comparativement à la position décubitus dorsal (position gynécologique) est associée à une réduction non significative de la durée du second stade du travail. Par ailleurs, il en ressort une réduction d'accouchements assistés, des épisiotomies, de la sévérité de la douleur rapportée par les parturientes et du rythme cardiaque fœtal non rassurant. Cependant, ces derniers ont soulevé plusieurs sources possibles de biais. La randomisation a été faite à des moments différents, soit à l'admission de la parturiente ou à dix centimètres de dilatation et une étude a admis des parturientes de 30 semaines d'âge gestationnel. Les auteurs suggèrent que les résultats doivent être interprétés avec prudence due à l'hétérogénéité de la qualité méthodologique des études incluses dans cette revue et aux sources de biais citées précédemment.

Une étude expérimentale de type randomisé contrôlé a été menée par Ragnar, Altman, Tydén et Olson (2006). La recherche portait sur la comparaison de deux positions lors de la poussée. La première position était assise à la verticale (semi-fowler) dans le lit d'accouchement et la seconde (à genoux, appuyée sur la tête du lit à la verticale). Les auteurs s'intéressaient à la durée du second stade du travail et à l'expérience maternelle. Cette étude comprenait 271 parturientes, soit 138 dans le groupe expérimental adoptant une position à genoux et 133 dans le groupe contrôle restant assises. Les auteurs sont arrivés à la conclusion qu'il n'y a pas de différence significative pour la durée du second stade de travail. Cependant, la position assise durant la poussée est associée à un niveau plus élevé de douleur. La position à genoux est généralement associée à une meilleure expérience de la naissance. De plus, cette position permet, à la parturiente, plus de contrôle et de participation. Ces auteurs affirment que la position à genoux diminue le recours à des instruments pour la délivrance comparativement à l'autre position. Ragnar et al., (2006) recommandent la position à genoux pour les parturientes ayant des grossesses normales. Une limite, selon l'étudiante chercheuse, repose dans une discordance entre les critères d'inclusion et d'exclusion par rapport aux raisons d'abandon de l'échantillon. Les chercheurs avaient établi des critères lors de la phase de latence, mais pas spécifiquement au travail actif. À la fin, des participantes ont été exclues pour des raisons de fatigue, de difficulté à pousser, de travail prolongé, etc. Selon l'étudiante chercheuse, il aurait été important que les auteurs ajoutent ces items aux critères d'inclusion et d'exclusion.

Une étude expérimentale de type randomisé contrôlé a été menée par Stremler, Hodnett, Petryshen, Stevens, Weston, et Willan (2005). Elle portait sur l'évaluation des effets à adopter la position à quatre pattes durant la première phase du travail, lorsque le fœtus est en position postérieure, alors que la parturiente accuse une douleur dorsale persistante. Cette étude comprenait 147 parturientes, soit 70 dans le groupe expérimental adoptant la position à quatre pattes et 77 dans le groupe contrôle excluant la position à quatre pattes et les positions offrant une suspension de l'abdomen. Les résultats ont démontré que les parturientes dans le groupe expérimental ont eu une diminution significative de la douleur dorsale persistante (16% vs 7%). En fait, 84% des parturientes voulaient utiliser de nouveau cette position pour un prochain accouchement en raison de son potentiel réconfortant et aidant pour la progression du travail. Selon l'étudiante chercheuse, une limite à cette étude réside dans les détails décrivant le groupe contrôle. En effet, les auteurs ne mentionnent pas les positions qui ont été adoptées par les parturientes, ils mentionnent uniquement celles qui étaient exclues.

L'association des femmes en santé (AWHONN) (2011) de même que Lamaze International (2007) recommandent aux infirmières de décourager l'utilisation de la position couchée sur le dos lors de la poussée et encouragent la promotion des positions accroupies, semi-assises, décubitus latéral, debout et à quatre pattes.

C'est en se basant sur les recommandations des auteurs ci-dessus que l'étudiante chercheuse a développé le guide d'utilisation des positions. Celui-ci fait partie intégrante du contenu de la formation qui est présenté à l'appendice A.

3.2.4 *Ballon de naissance*

Cette section porte sur l'utilisation du *ballon de naissance* dans un contexte de travail et d'accouchement. Le ballon de naissance est un gros ballon en vinyle de différentes tailles (ASPC, 2009). Il y a plusieurs manières de désigner ce ballon, soit le ballon suisse, le ballon de gymnastique et le ballon de naissance.

Depuis quelques années, il y a une augmentation considérable de l'utilisation du ballon de naissance dans les unités obstétricales (ASPC, 2009). La popularité de ce ballon a engendré son utilisation plus fréquente dans les programmes conçus pour le conditionnement physique, la réadaptation et la prévention. Le ballon de naissance est reconnu dans le monde de l'éducation physique et de la physiothérapie pour ses effets sur les douleurs lombaires (Merritt & Merritt, 2007). Les auteurs recommandent aux professionnels de la santé de l'inclure dans leur plan de traitement afin de diminuer toutes formes de douleurs lombaires. Ce dernier est davantage étudié dans l'optique de l'activité physique,

mais il reste que son principal effet est de diminuer les douleurs lombaires (Merritt & Merritt, 2007).

Les premières chercheuses dans le domaine des sciences infirmières à avoir intégré le ballon de naissance dans les salles d'accouchement sont Penny Simkin et Paulina Perez (ASPC, 2009). L'efficacité du ballon de naissance réside dans son niveau élevé de confort pour la parturiente (ASPC, 2009). L'ASPC (2009) affirme que le ballon de naissance facilite une position physiologique normale et que cette dite position aide à la progression du travail.

Conséquemment, l'étudiante chercheuse stipule qu'il serait intéressant d'en savoir plus sur les effets du ballon de naissance dans un contexte de travail et lors de la phase d'expulsion sur la douleur ressentie par la parturiente. À ce sujet, quelques auteurs soulèvent les bénéfices de cette méthode qui a pour but de soulager la douleur durant le travail de la parturiente.

Selon Mallak (1998), le ballon de naissance est un outil qui devrait être utilisé lors du travail de la parturiente. Celui-ci stipule que la parturiente peut s'y asseoir pour son confort; elle utilise la gravité et développe un rythme tout en se balançant d'avant en arrière et d'un côté à l'autre. Selon cet auteur, le confort

amène la relaxation, la gravité diminue le temps de travail et le rythme procure un outil de concentration. La parturiente qui se balance sur le ballon de naissance lors du travail favorise un bon positionnement du fœtus dans le bassin, soit de manière antérieure (Mallak, 1998). Cet outil offre l'avantage de diminuer le temps de travail et d'augmenter la liberté de mouvement (Mallak, 1998). Ce dernier affirme que cette pratique en est une très sécuritaire et elle permet aussi au conjoint de participer, soit en massant sa conjointe ou en utilisant lui aussi un ballon pour faire les mêmes mouvements qu'elle afin de la soutenir, ce qui procure un sentiment de sécurité à la parturiente.

Watkins (2001) recommande cette méthode, car elle procure des effets sur la mère, sur le nouveau-né et aussi chez le conjoint. Il est possible pour la parturiente de s'asseoir sur le ballon de naissance, de s'appuyer sur son lit et de demander à son conjoint de s'asseoir derrière elle sur un autre ballon de naissance. Le conjoint pourra faire une pression au niveau du bas du dos de sa conjointe avec ses deux mains. Cette pression améliore la circulation sanguine de la parturiente et procure du confort si la femme a des lombalgies (Watkins, 2001). Cette dernière affirme qu'un climat de confiance s'installe et que la relation entre la parturiente et le conjoint en est grandement améliorée.

Quant à lui, Perez (2001) encourage les professionnels de la santé à enseigner cette technique aux parturientes. Selon cet auteur, les principaux effets de cette technique sont d'aider la descente du fœtus dans le pelvis et à la rotation de celui-ci. Le ballon de naissance offre une position optimale et diminue la douleur durant les contractions et aide aux mouvements spontanés. La parturiente n'est pas contrainte à adopter une seule position, car le fait d'être assise sur le ballon de naissance lui offre une multitude de positions à la fois (Perez, 2001). C'est principalement cette raison qui justifie, en partie son efficacité dans le contexte du travail et de l'accouchement. Selon Perez (2001), cette technique peut être utilisée de manière sécuritaire, car il est possible de faire simultanément les interventions de routine par exemple la surveillance fœtale. Cette méthode encourage la descente du fœtus due à la position verticale de la parturiente et en même temps, cette position offre les avantages de la gravité ce qui garde le fœtus bien aligné dans le pelvis.

Pour cette recension des écrits portant sur le ballon de naissance, le mot clé spécifique utilisé est: «birth ball». Spécifiquement, deux études se sont intéressées aux effets de l'utilisation de cette technique. Les deux études retenues ont été publiées en 2011.

Une étude expérimentale de type randomisé contrôlé, menée par Taavoni, Abdollahian, Haghani et Neysani (2011), avait pour objectif d'évaluer les effets de l'utilisation du ballon de naissance sur la douleur, les contractions et la durée de la seconde phase du travail. Cette étude comprenait 60 femmes. Celles dans le groupe expérimental se voyaient utiliser le ballon de naissance et celles dans le groupe contrôle recevaient les soins usuels. Ces derniers étant la restriction de la marche et de la mobilisation. Les parturientes se voyaient confinées à leur lit en position semi-assise. Ces auteurs sont arrivés à une conclusion intéressante, à savoir que la douleur était moins élevée dans le groupe expérimental (7.57/10 vs 9.29/10 $p<0.05$). Cependant, une limite importante permet à l'étudiante chercheuse de nuancer les résultats étant donné que les auteurs ne mentionnaient pas le nombre de participantes dans chacun des deux groupes. En effet, ces derniers indiquaient que le nombre minimal dans chacun des groupes devait être de 26 parturientes, sans autres détails. Cela permet de douter de la force méthodologique de cette recherche. De surcroît, les auteurs affirment qu'en raison de l'échantillon homogène (comprenant des femmes iraniennes accouchant toutes dans la même clinique privée), avec une culture différente, il devient difficile de généraliser les résultats obtenus à l'ensemble de la population iranienne.

Une autre étude expérimentale de type randomisé contrôlé, menée par Gau, Chang, Tian et Lin (2011), avait pour objectif d'examiner les effets d'un

programme de formation sur la gestion de la douleur et la douleur ressentie par la parturiente. Cedit programme portait sur l'utilisation du ballon de naissance pendant le travail et l'accouchement. L'utilisation du ballon de naissance était enseignée à la femme avant son accouchement. Cette étude comprenait 87 parturientes, soit 48 dans le groupe expérimental utilisant le ballon et 39 dans le groupe contrôle recevant les soins usuels. La douleur était mesurée à l'aide d'un questionnaire de la douleur «McGill pain questionnaire» (Melzack, 1971). Ce dernier comprend trois échelles, soit une échelle visuelle analogue (VAS), une échelle de réponse verbale (VRS) et une échelle d'intensité de la douleur (PPI). Les résultats ont démontré que l'utilisation du ballon de naissance pendant le travail et l'accouchement améliorait significativement la gestion de la douleur (220.4 vs 188.3, $p < 0.001$) et la réduisait (VAS : 4.0 vs 6.0, VRS : 10.2 vs 20.6 et PPI : 1.8 vs 3.2, $p < 0.001$). De plus, l'utilisation de cette technique diminue la durée du premier stade du travail (380.0 vs 485.4, $p < 0.035$), l'utilisation d'analgésiques et les césariennes. Des limites sont soulevées par l'étudiante chercheuse puisque les auteurs ne spécifient pas quels sont les soins usuels dont bénéficient les parturientes dans le groupe contrôle. De surcroît, les données exactes inhérentes aux résultats cités ci-dessus ne sont pas toutes disponibles. Spécifiquement, les auteurs ne mentionnent pas sur quelle échelle totale étaient mesurés les différents résultats.

C'est suite aux recommandations émises par les auteurs ci-dessus que l'étudiante chercheuse a conçu le guide d'utilisation du ballon de naissance. Celui-ci fait partie intégrante du contenu de la formation qui est présenté à l'appendice A.

3.3 Le rôle de l'infirmière en salle d'accouchement

Les infirmières qui travaillent en salle d'accouchement jouissent de plusieurs rôles très importants auprès des parturientes. Les rôles qui sont abordés dans cette section sont : le rôle élargi, le rôle de soutien et le rôle d'enseignement de l'infirmière.

3.3.1 Rôle élargi

Le rôle de l'infirmière auprès de la parturiente a considérablement changé au cours des dernières décennies (Tumblin & Simkin, 2001). Auparavant, les soins standards étaient le ratio un pour un, soit une infirmière pour une parturiente (Tumblin & Simkin, 2001).

Ce n'est qu'au début des années 1980, lors de l'introduction de nouvelles technologies dans les salles d'accouchement, que le rôle de l'infirmière fut modifié.

Ces avènements ont contribué à distancer l'infirmière de la parturiente. Par exemple, le monitoring électronique fœtal remplace le fœtoscope. Lorsque les infirmières utilisaient le fœtoscope, ces dernières devaient rester au chevet de la femme afin d'écouter le rythme cardiaque fœtal. En contraste, le monitoring fœtal électronique permet à l'infirmière de surveiller simultanément plusieurs parturientes. De ce fait, les opportunités pour l'infirmière de rassurer et de toucher la parturiente se voient diminuées (Tumblin & Simkin, 2001). La section ci-dessous présente les activités réservées à l'infirmière.

L'OIIQ (2012), reconnaît la contribution de l'infirmière dans le contexte de la grossesse, de l'accouchement et du suivi postnatal, tant dans les cas de grossesse normale que de grossesses à risque. L'infirmière peut être appelée à exercer plusieurs activités comprises dans cette réserve, en collaboration avec le médecin ou la sage-femme (OIIQ, 2012). Si elle n'a pas la responsabilité entière du suivi en toute autonomie, elle est, par contre, habilitée à effectuer des actes complexes ou à risque de préjudice, selon les autres activités qui lui sont réservées (OIIQ, 2012). Ses activités ne se limitent pas dans l'exécution de diverses tâches, elle a un rôle d'évaluation très important.

Selon l'OIIQ (2012), les activités d'évaluation et de surveillance de l'infirmière sont importantes pendant le travail et l'accouchement. Afin de prévoir

les répercussions d'un problème sur l'état de santé de la parturiente et du fœtus, l'évaluation physique, culturelle et psychosociale de la parturiente commence dès son arrivée à l'unité des naissances, de même que le dépistage des risques élevés, tels les saignements intermittents (OIIQ, 2012).

Lorsqu'elle procède à l'examen physique de la parturiente, l'infirmière évalue, en outre, le col utérin, la position du fœtus, les contractions et l'évolution du travail (OIIQ, 2012). Elle assure le monitoring électronique des contractions et le monitoring fœtal électronique. La surveillance qu'elle exerce permet de détecter les complications pendant le travail (providence du cordon, détresse fœtale, arrêt de progression du travail, etc.) et d'intervenir.

Aussi, l'infirmière peut être appelée à ajuster l'ocytocine selon une ordonnance, à pratiquer un accouchement précipité, à procéder à la réanimation cardiorespiratoire de la mère ou du nouveau-né et à évaluer et surveiller l'état du fœtus et du nouveau-né (OIIQ, 2012). Ainsi, force est de constater que le rôle élargi de l'infirmière comporte de nombreux actes qui augmentent en complexité au fil des ans et qui peuvent avoir dans certains cas pour effet de diminuer les contacts avec les parturientes. Le tableau 6 résume le rôle élargi de l'infirmière en salle d'accouchement selon l'OIIQ (2012).

Tableau 6

Rôle élargi de l'infirmière à la salle d'accouchement (OIIQ, 2012)

Rôle élargi de l'infirmière à la salle d'accouchement (OIIQ, 2012)			
Evaluation	Surveillance	Dépistage	Actes
Physique : .Col utérin .Position du fœtus .Contractions .Évolution du travail .État du fœtus et du nouveau-né Psychosocial Culturel	Physique : .Monitoring électronique des contractions .Monitoring fœtal électronique .État du fœtus et du nouveau-né	Risques élevés : .Saignements .Complications obstétricales .Détresse fœtale éventuelle	.Ajuster l'ocytocine .Accouchement précipité .Réanimation cardiorespiratoire de la mère .Réanimation cardiorespiratoire du nouveau-né

De façon plus spécifique à la salle d'accouchement, l'infirmière est chargée d'évaluer continuellement la mère et le fœtus, d'établir des objectifs mutuellement convenus avec la parturiente et sa famille, de poser des diagnostics infirmiers et d'évaluer les effets des soins. Il est essentiel que l'infirmière consigne au dossier tous les aspects de la gestion des soins, et cela, avec rigueur (Lowdermilk, Perry, Bobak, Carpentier, Couillard, Mercier & Paré-Boilard, 2003).

De même, le rôle élargi de l'infirmière peut être défini selon l'ASPC (2009) en deux catégories. D'une part, elle joue un rôle de soutien auprès de la parturiente et de l'autre, elle joue un rôle plus technique qui consiste à faire des examens vaginaux, la surveillance du moniteur fœtal, les notes au dossier et l'administration de médicaments.

Enfin, AWHONN (2011) prend position en affirmant que l'infirmière en salle d'accouchement joue un rôle d'évaluation et de gestion du processus physiologique et naturel de l'accouchement.

De plus, l'infirmière doit évaluer et veiller au bien-être fœtal pendant le travail et l'accouchement, informer la famille quant au déroulement du travail, faciliter la participation de la famille pendant le travail et l'accouchement et collaborer directement avec l'équipe de soins et la parturiente afin de coordonner les soins qui lui sont offerts. Aussi, Shilling et al. (2007) affirment que l'infirmière facilite le processus physiologique naturel de la naissance en encourageant la parturiente à se mobiliser pendant le travail. L'infirmière doit fournir un soutien physique, émotionnel, avocate et informatif (Adams & Bianchi, 2008). Le rôle de soutien est exploré dans la section suivante.

3.3.2 Rôle de soutien

Tel que mentionné précédemment, Sauls (2004) définit le soutien à la parturiente comme étant les interactions humaines intentionnelles entre l'infirmière et la parturiente, l'aidant à faire face positivement au processus de la naissance. AWHONN (2011) complète cette définition en ajoutant que le soutien est un élément essentiel pour atteindre des issues optimales de la naissance. De ce fait, l'infirmière doit assister la parturiente en l'aidant à ce que cette expérience en soit une positive (Adams & Bianchi, 2008). Elle doit rassurer la parturiente, tant par ses paroles que par ses gestes, de la pertinence de son comportement et elle doit continuer à l'encourager jusqu'à la fin de l'accouchement (Adams & Bianchi, 2008).

Une personne formée dans le soutien des parturientes peut apporter une aide adéquate en leur offrant une présence substantielle et un soutien psychologique réconfortant. Une aide de cette nature permet de diminuer le temps de travail, d'empêcher le recours à l'analgésie ou retarder son utilisation, de réduire le recours à diverses interventions, par exemple la césarienne, les forceps, la ventouse, l'anesthésie et la stimulation du travail. De même, il semble que les parturientes soient davantage satisfaites de l'expérience de la naissance (MSSS, 2008). En outre, Lowdermilk et al. (2012) rajoutent que le rôle de soutien de l'infirmière est crucial

durant tous les stades de l'accouchement. Elle orientera la parturiente pour l'aider à vivre un accouchement, qu'il soit vaginal ou par césarienne, qui s'approche le plus possible des objectifs et du plan de naissance établi. En lui prodiguant conseils et encouragements et en surveillant les résultats des méthodes (pharmacologiques et non pharmacologiques) employées pour soulager la douleur, l'infirmière soutiendra le couple dès les premières contractions du travail jusqu'à l'expulsion du fœtus (Lowdermilk et al., 2012). Le rôle d'enseignement de l'infirmière est traité dans la section suivante.

3.3.3 Rôle d'enseignement

Lors de l'admission sur le département de l'obstétrique, c'est l'infirmière de la salle d'accouchement qui se charge de revoir les connaissances de la parturiente concernant les méthodes qu'elle veut utiliser pour soulager sa douleur.

L'infirmière se doit d'enseigner les méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur aux parturientes qui ont un manque ou pas de connaissances à ce sujet (MSSS, 2008). Le début de la première phase du travail est le meilleur moment pour faire l'enseignement des approches non pharmacologiques

pour diminuer la douleur, car la parturiente est moins anxieuse, plus attentive et plus apte à comprendre (MSSS, 2008).

L'information donnée aux parturientes doit s'attarder aux diverses dimensions de l'expérience de l'accouchement, soit la satisfaction, les aspects spirituels et psychologiques, la confiance en soi et le contrôle de la situation (MSSS, 2008). Une information juste implique également que des réponses complètes soient apportées aux questions posées. Enfin, une information complète doit présenter les autres solutions envisageables, avec leurs avantages et inconvénients (MSSS, 2008).

Le rôle d'enseignement peut également se traduire par le transfert d'informations. Selon Adams et Bianchi (2008), l'infirmière de la salle d'accouchement doit informer la parturiente du plan de soins et interpréter le langage médical. Les auteurs affirment que ces interventions contribuent à faire diminuer l'anxiété de la parturiente. S'il y a progression du travail, la femme doit être mise au courant. Il doit y avoir une période de temps qui doit être alloué afin que la parturiente assimile l'information. Et pour terminer, l'infirmière doit s'assurer qu'elle a bien compris l'information qui lui a été transmise (Adams & Bianchi, 2008).

Que ce soit au moment de prodiguer des soins, de soutenir ou de renseigner les parturientes, les infirmières ont l'obligation professionnelle de baser leur pratique et leur enseignement sur des résultats probants. C'est spécifiquement ce qui sera abordé dans la section ci-dessous.

3.4 La pratique basée sur les résultats probants

La pratique fondée sur les résultats probants, davantage connue par l'appellation «evidence based practice», est un enjeu actuel majeur du développement de la pratique professionnelle, considérant d'une part, la qualité et la quantité des résultats de recherche disponibles et, d'autre part, l'obligation qu'ont les professionnels de la santé d'appliquer des pratiques de soins exemplaires (Delmas & Sliwka, 2009).

La littérature rapporte l'existence d'un écart entre les résultats de recherche publiés et leur application dans la pratique clinique quotidienne, ce qui constitue une préoccupation qui devrait interpeller les professionnels de la santé (Delmas & Sliwka, 2009).

Plusieurs auteurs ont rapporté la difficulté à transférer les résultats de la recherche dans la pratique quotidienne, et ce, malgré la disponibilité de lignes directrices (Bero, Grilli, Grimshaw, Harvey, Oxma & Thomson, 1998; Dawes, Davies, Gray, Mant, Seers & Snowball, 2005; Grimshaw, Eccles & Tetroe, 2004; Grol & Grimshaw, 2003; Kitson, Harvey & McCormack, 1998; Ring, Malcolm, Coull, Murphy-Black & Watterson, 2005).

Tel que mentionné lors de la problématique, des lignes directrices, politiques et recommandations sont disponibles pour les professionnels œuvrant en salle d'accouchement avec les parturientes. Malgré la disponibilité et la robustesse de ces dernières, les pratiques demeurent, très souvent, non basées sur les résultats probants. C'est en grande partie pour ces raisons que l'étudiante chercheuse a élaboré une formation sur le soutien aux parturientes.

Spécifiquement, cette formation a été développée selon les données probantes issues des recommandations, lignes directrices et prises de position de la SOGC, du MSSS, d'AWHONN, d'AMPRO^{ob} et de l'ASPC, de même que sur une recension exhaustive des écrits sur le sujet.

Les organismes nommés précédemment sont ceux qui encadrent et régissent les pratiques en périnatalité au Canada et au Québec. En effet, à titre d'une des principales autorités dans le domaine des soins de santé génésique, la SOGC produit des directives nationales liées à l'éducation publique et médicale sur d'importants sujets en matière de santé des femmes. Son mandat est de promouvoir l'excellence dans la pratique de l'obstétrique-gynécologie et la santé des femmes par le leadership, la défense des droits, la collaboration, la prise de contact et l'éducation.

Quant à lui, le MSSS a pour mission de maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être des Québécoises et des Québécois en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec. Dans une perspective d'amélioration de la santé et du bien-être de la population, il détermine les priorités, les objectifs et les orientations dans le domaine de la santé et des services sociaux et veille à leur application. Afin d'encadrer la pratique en périnatalité, ce dernier a récemment publié la politique de périnatalité 2008-2018.

Pour sa part, AWHONN soutient la formation des infirmières œuvrant en périnatalité en publiant les meilleures pratiques basées sur des résultats de recherche probants en visant des soins excellents et de qualité supérieure.

Par ailleurs, l'ASPC a comme mission de promouvoir et protéger la santé des Canadiens au moyen du leadership, de partenariats, de l'innovation et de la prise de mesures dans le domaine de la santé publique.

Finalement, AMPRO^{ob} est un programme de formation complet de trois ans, visant la sécurité des patientes, le perfectionnement professionnel et l'amélioration de la performance des professionnels de la santé et des administrateurs des unités obstétricales hospitalières. Le programme intègre les normes de pratiques professionnelles et les lignes directrices fondées sur les données probantes.

Il est à rappeler que la formation offerte dans le cadre de ce projet de recherche porte spécifiquement sur les méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur des parturientes en salle d'accouchement et plus précisément, sur l'hydrothérapie, la mobilisation/position et le ballon de naissance. Au cours de ses lectures, l'étudiante chercheuse a soulevé des trucs et des astuces susceptibles d'augmenter le confort de la parturiente ainsi que de l'information concernant les effets du stress et les positions à utiliser lors d'une épidurale. Cette information a été ajoutée à la présente formation. L'intégral du contenu de ladite formation est présenté à l'appendice A.

Chapitre IV: Méthodologie

Le présent chapitre est consacré aux choix méthodologiques qui ont été faits pour atteindre le but de cette recherche. Dans un premier temps, le devis de recherche utilisé est présenté. Dans un deuxième temps, le milieu où se déroule la recherche, l'échantillonnage, les stratégies de recrutement et la participation à la recherche sont décrits de façon séquentielle. Par la suite, les méthodes et outils de collecte de données et le déroulement des activités sont expliqués ainsi que la description de la formation et les méthodes d'analyse des données. Finalement, les considérations éthiques de la recherche terminent ce chapitre.

4.1 Devis de recherche

Un devis quantitatif de type pré expérimental a été choisi pour la présente recherche. Précisément, il s'agit d'un devis de type avant-après avec groupe unique qui a permis d'atteindre le but de la présente recherche, soit de concevoir, dispenser et évaluer l'impact d'une formation sur les connaissances des infirmières en regard du soutien des parturientes.

La formation a été préparée à l'aide de la théorie de l'apprentissage-enseignement de Gagné (1976). Cette théorie a permis à l'étudiante chercheuse d'organiser sa pensée avant de l'enseigner à autrui. Aussi, la formulation

d'objectifs généraux et spécifiques a facilité la construction de la formation. De plus, lors de l'enseignement, les stratégies de transfert de connaissances proposées par Gagné (1976) ont été utilisées afin de maximiser la rétention des participantes. Par la suite, un processus de validation a été fait. La conseillère cadre en activités cliniques du secteur parent-enfant a été consultée afin de donner ses recommandations quant à ladite formation.

Ce devis a été privilégié aux autres en raison de la réalité de la salle d'accouchement. En effet, ce milieu connaît un achalandage fluctuant dans le temps s'accompagnant de périodes d'accalmie. La souplesse de ce devis a permis de faire l'expérimentation au moment opportun. Celui-ci est recommandé spécialement pour son caractère pratique, rapide et peu coûteux (Polit, Beck & Loiselle, 2007). De même, en raison de son caractère non aléatoire, celui-ci permet à l'étudiante chercheuse de sélectionner plus facilement les participantes de la recherche.

4.2 Milieu de la recherche

Ville d'histoire et de culture, cité universitaire, pôle industriel et commercial; fondée en 1634, elle est maintenant au neuvième rang au Québec avec ses 129 000 habitants. Trois-Rivières est une ville avec un passé plein d'avenir.

Le CSSSTR est un centre hospitalier de soins et services médicaux et chirurgicaux généraux et spécialisés de courte durée (CSSSTR, 2012). Il dispose de 473 lits de courte durée, dont 428 en santé physique et 45 en santé mentale, pour dispenser des services de deuxième et de troisième ligne (CSSSTR, 2012). Plus spécifiquement, le CSSSTR possède une vocation régionale en cancérologie, traumatologie (neurologie, neurochirurgie), néphrologie et infectiologie, de même qu'une vocation sous-régionale pour certaines spécialités. Ce centre a une mission d'enseignement universitaire et collégial et possède un nouveau pavillon d'enseignement, campus de l'Université de Montréal en Mauricie, destiné aux étudiants en médecine, inauguré le 2 octobre 2009 (CSSSTR, 2012). Le CSSSTR s'engage à offrir des soins avec humanité, respect, équité, transparence et de qualité.

Le CSSSTR possède une unité d'obstétrique qui compte six salles de naissance et trois salles d'observation avec deux lits chacune. Neuf gynécologues-obstétriciens et six omnipraticiens supervisent l'unité sur une base rotative, alors que 60 infirmières se chevauchent sur les trois quarts de travail afin de prodiguer des soins aux parturientes. Les parturientes qui ont une gestation supérieure ou égale à 32 semaines sont prises en charge sur le département de l'obstétrique du CSSSTR. Il y a eu au total 1922 accouchements en 2011 sur cette unité (S. Tousignant, communication personnelle, 12 juin 2012). Pour l'année 2010-2011, au

CSSSTR, 50% des parturientes ont eu recours à une épidurale (S. Tousignant, communication personnelle, 12 juin 2012). Pour cette même année, seulement 8,6% des parturientes ont accouché de manière naturelle, soit sans l'utilisation de toutes formes d'anesthésies (S. Tousignant, communication personnelle, 12 juin 2012). De surcroît, la connaissance par l'étudiante chercheuse du contexte et des activités qui s'y déroulent, relative au poste qu'elle y occupe en tant qu'infirmière clinicienne, a également influencé la décision de choisir ce milieu.

4.3 Échantillonnage

Dans leur ouvrage, Polit et al. (2007) décrivent l'échantillonnage comme étant un processus qui consiste à sélectionner une partie de la population afin d'en représenter la totalité. La technique d'échantillonnage utilisée pour cette recherche est non probabiliste. Dans ce type d'échantillonnage, le chercheur sélectionne des éléments selon des méthodes non aléatoires. Il n'y a aucun moyen d'estimer la probabilité d'inclure chaque élément dans un échantillon non probabiliste et chaque élément n'a pas une chance égale d'y être inclus (Polit et al., 2007). Selon ces mêmes auteurs, trois techniques d'échantillonnage non probabiliste sont utilisées dans les études quantitatives, à savoir l'échantillonnage accidentel, par quotas et l'échantillonnage par choix raisonné. Dans la présente recherche, l'étudiante chercheuse a privilégié une technique d'échantillonnage non probabiliste par choix

raisonné. Ce type d'échantillonnage repose sur la conviction que les connaissances que le chercheur a sur la population peuvent être utilisées pour sélectionner un par un les cas qui devraient composer l'échantillon (Polit et al., 2007).

Pour la présente recherche, il s'agissait d'un échantillonnage issu d'une population d'infirmières travaillant sur le département de l'obstétrique du CSSSTR. Pour des raisons de convenance et de faisabilité, des critères d'admissibilité à la recherche ont été choisis afin de circonscrire la population visée et permettre l'atteinte des objectifs de la recherche. De façon plus précise, l'étudiante chercheuse a établi deux échantillons: le premier était celui des agents multiplicateurs et le second, celui des participantes. Les deux échantillons constitués ont reçu la formation développée par l'étudiante chercheuse. D'abord, l'étudiante chercheuse a dispensé la formation aux agents multiplicateurs. Des stratégies de transfert de connaissances ont été enseignées à ces derniers. Par la suite, les agents multiplicateurs ont prodigué la formation à l'autre échantillon constitué des participantes. Le recrutement des agents multiplicateurs s'est déroulé du deux mai 2011 au trois septembre 2011. Alors que la période de recrutement des participantes était du 31 octobre 2011 au 20 avril 2012.

Agents multiplicateurs

Avant de définir les critères d'admissibilité, il importe de mentionner que lors de l'implantation du présent projet de recherche sur le département de l'obstétrique du CSSSTR, une formule a été adoptée afin de donner de la formation, compte tenu des ressources financières et personnelles restreintes. Cette formule est la même que celle utilisée dans le cadre du projet AMPRO^{ob} puisqu'elle s'est avérée être très efficace et efficiente (AMPRO^{ob}, 2012). Sa principale caractéristique est la formation d'une équipe de base qui forme certaines personnes à devenir des personnes ressources pour les autres professionnels. Cette formule a été choisie pour la présente recherche en collaboration avec la coordonnatrice du secteur parent-enfant. Ainsi, les agents multiplicateurs ont reçu une formation de la part de l'étudiante chercheuse pour ensuite former les participantes. L'étudiante chercheuse a utilisé les stratégies de transfert de connaissances proposé à l'intérieur de la théorie de l'apprentissage-enseignement de Gagné (1976). Elle a enseigné ces stratégies aux agents multiplicateurs afin qu'ils puissent dispenser la formation de manière à maximiser la rétention des participantes.

Précisément, les agents multiplicateurs devaient détenir un permis valide délivré par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). De même, ils devaient être détenteurs d'un poste en obstétrique au CSSSTR, poste à temps partiel

ou à temps complet. Ensuite, ils devaient avoir une ancienneté ≥ 1 an en obstétrique au CSSSTR. L'ancienneté se calculait avec la date où l'agent multiplicateur avait commencé à travailler en obstétrique par exemple, la première journée de travail était le deux septembre 2010, alors le deux septembre 2011 l'agent multiplicateur avait une année d'ancienneté en obstétrique. L'ancienneté était calculée indépendamment du nombre d'heures travaillé par semaine. Ces critères ont été choisis afin de s'assurer d'une stabilité et d'une expertise de la part des agents multiplicateurs. Enfin, pour des raisons de faisabilité, les agents multiplicateurs devaient être aptes à s'exprimer, lire et écrire en français.

Les participantes

Le deuxième échantillon, soit les participantes, représentait les infirmières qui ont reçu la formation par les agents multiplicateurs préalablement formés par l'étudiante chercheuse.

Les participantes devaient détenir un permis valide délivré par l'OIIQ. De même, elles devaient être aptes à travailler en obstétrique. Être apte à travailler en obstétrique signifie avoir reçue et complété avec succès l'orientation prévue à cet effet d'une durée de 15 jours et avoir la permission de pratiquer de la part de la

coordonnatrice du secteur parent-enfant. Ces critères ont été choisis afin de recruter le maximum de participantes étant donné la réalité du milieu, soit le jeune âge des infirmières travaillant sur le département de l'obstétrique. Finalement, pour des raisons de faisabilité, celles-ci devaient être aptes à s'exprimer, lire et écrire en français. Le tableau 7 ci-dessous résume les critères d'admissibilité pour les agents multiplicateurs et les participantes.

Tableau 7

Critères d'admissibilité pour les agents multiplicateurs et les participantes

Agents multiplicateurs	Participantes
Détenir un permis valide délivré par l'OIIQ	Détenir un permis valide délivré par l'OIIQ
Détenir un poste en obstétrique au CSSSTR	Apte à travailler en obstétrique
Ancienneté ≥ 1 an en obstétrique au CSSSTR	Apte à s'exprimer, lire et écrire en français
Apte à s'exprimer, lire et écrire en français	

4.4 Stratégies de recrutement

L'étudiante chercheuse travaillait au département de l'obstétrique du CSSSTR comme infirmière clinicienne lors du déroulement du présent projet de recherche. D'ailleurs, elle occupe toujours cet emploi. De ce fait, il a été facile pour l'étudiante chercheuse de prendre contact avec les agents multiplicateurs et les

participantes. Les stratégies qui ont été utilisées afin de recruter les agents multiplicateurs et les participantes sont présentées successivement.

Le recrutement des agents multiplicateurs a été fait conjointement avec la coordonnatrice du secteur parent-enfant. Il a été convenu que deux agents multiplicateurs sur chaque quart de travail seraient choisis, pour un total de six agents multiplicateurs. Cette façon de faire a été préconisée afin d'assurer la présence d'agents multiplicateurs sur chaque quart de travail. Chacun des agents multiplicateurs potentiels fut rencontré par la coordonnatrice pendant un quart de travail. Lors de cette rencontre, la coordonnatrice prenait le temps de leur expliquer la recherche et par la suite, leur demandait s'ils étaient intéressés à participer. Leur assurant un délai de réflexion, la coordonnatrice les recontactait quelques jours plus tard, pour connaître leur réponse. Lorsque la réponse était favorable, l'étudiante chercheuse rencontrait l'agent multiplicateur pendant un quart de travail afin de valider la participation et celui-ci était enrôlé dans le processus de la recherche.

Par la suite, l'étudiante chercheuse, avec l'aide des agents multiplicateurs, a choisi les participantes sur chaque quart de travail afin d'assurer une meilleure représentabilité des infirmières du département. Les agents multiplicateurs ont préalablement été informés par l'étudiante chercheuse des critères d'admissibilité pour les participantes recherchées. Lorsqu'il y avait un quart de travail où la charge

de travail le permettait, l'agent multiplicateur ou l'étudiante chercheuse sollicitait une ou plusieurs infirmières afin de savoir si elles étaient intéressées à participer à la recherche. Dans l'éventualité d'une réponse favorable, les participantes étaient recrutées pour y participer.

De plus, il importe de mentionner que des affiches ont été mises en place dans la salle de repas des infirmières du secteur parent-enfant, sur le département du post-partum et sur le département de l'obstétrique. Ces affiches annonçaient le début de la formation aux participantes, plus précisément, le lieu de sa dispensation, le moment et les formateurs. De ce fait, plusieurs infirmières se sont montrées intéressées à participer à la recherche et sont venues rencontrer l'étudiante chercheuse avant même d'être approchées. Cette affiche est disponible en appendice B.

4.5 La participation à la recherche

Le recrutement des agents multiplicateurs n'a pas été de tout repos. Au moment du déroulement de la recherche, la charge de travail sur le département de l'obstétrique était très lourde. Être agent multiplicateur, c'est s'investir dans un projet, ce qui demande temps, intérêt et parfois même une réorganisation du travail. Au total, six agents multiplicateurs ont été recrutés. Cependant, une fois le

recrutement terminé, un d'eux qui travaillait de nuit s'est désisté. De ce fait, nous avons été confrontés à l'absence d'agents multiplicateurs de nuit. De surcroît, l'agent multiplicateur restant de nuit a fait l'acquisition d'un poste sur le quart de jour. Vu le niveau de complexité rencontré lors du recrutement (c'est-à-dire le refus de participer à titre d'agent multiplicateur relatif à la charge de travail supplémentaire), le nombre d'agents multiplicateurs a été de cinq soit, trois sur le quart de jour et deux sur celui de soir.

Quant aux participantes, 30 infirmières ont été approchées initialement. Cependant, l'échantillon final a été de 17. Les raisons inhérentes à cet abandon sont variées. D'abord, une participante a verbalisé à l'étudiante chercheuse qu'elle ne voulait tout simplement pas remplir le questionnaire de données sociodémographiques et personnelles, de même que le prétest. Par contre, elle a démontré un intérêt à recevoir la formation sans toutefois remplir aucun questionnaire, faute de temps. Après discussion, l'étudiante chercheuse et la directrice du mémoire ont, d'un commun accord, accepté la demande, dans l'optique de former le plus de gens possible.

Par la suite, six participantes, qui avaient préalablement rempli le formulaire de consentement, le questionnaire de données sociodémographiques et personnelles ainsi que le prétest n'a pas reçu de formation au moment de sa dispensation. Ceci

est attribuable aux raisons suivantes : un changement de département, deux départs en congé de maternité, une maladie indéterminée et deux par manque de temps. Toutefois, ces infirmières ont quand même été contactées par l'étudiante chercheuse afin de les inviter à suivre la formation. Les six ont décliné l'offre pour des raisons de temps, de faisabilité et par un manque d'intérêt vu la réorientation de secteur.

Enfin, un total de six participantes n'ont pas complété et retourné le posttest. Les raisons évoquées par les participantes sont les suivantes : deux départs en congé de maternité et quatre changements de département. Ces dernières ont été contactées par l'étudiante chercheuse afin de les inviter à remplir le posttest. Trois d'entre elles ont verbalisé ne pas vouloir remplir le posttest et les raisons de ces refus n'ont pas été fournies. L'étudiante chercheuse n'a jamais eu de retour d'appel de la part des trois autres participantes. Donc sur un total de trente participantes, 17 ont complété l'ensemble des étapes. Enfin, en additionnant les 17 participantes aux cinq agents multiplicateurs l'échantillon total est de 22. L'ensemble de l'échantillon de 22 que constituent les agents multiplicateurs et les participantes sera maintenant désigné par le terme participante.

4.6 Méthodes et outils de collecte des données

Cette section apporte des précisions sur les différentes méthodes de collecte des données et sur les outils de collecte des données qui ont été utilisées.

Dans le cadre de la présente recherche, la collecte de données s'est faite par le biais de questionnaires autoadministrés. Ce type de questionnaire en est un que les personnes interrogées remplissent elles-mêmes. Polit et al. (2007) affirment qu'il est pertinent d'utiliser ce mode de collecte de données lorsque les chercheurs savent à l'avance ce qu'ils recherchent et qu'ils peuvent, par conséquent, formuler des questions appropriées pour obtenir l'information nécessaire.

Outils de collecte des données

Plus précisément, la collecte des données s'est faite auprès des agents multiplicateurs et des participantes par le biais de trois outils, soit : le questionnaire de données sociodémographiques et personnelles, le prétest et le posttest. Afin de construire les différents outils de collecte de données, l'étudiante chercheuse s'est inspirée de différents questionnaires proposés par Polit et al. (2007). Le

questionnaire de données sociodémographiques et personnelles, le prétest et le posttest ont été validés par la directrice du présent travail.

Questionnaire de données sociodémographiques et personnelles

Afin d'être en mesure de dresser un profil sociodémographique et personnel des agents multiplicateurs et des participantes, un questionnaire comprenant onze questions à choix de réponses et à court développement a été élaboré. Ce dernier est présenté à l'appendice C. Le questionnaire comprenait huit questions d'ordre sociodémographique (nombre d'accouchement, groupe d'âge, nombre d'années de pratique comme infirmière, nombre d'années de pratique en obstétrique, quart de travail, niveau de formation, statut de travail et nombre d'années d'expérience en obstétrique) et trois questions personnelles (formations antérieures sur le soutien des parturientes, utilisation des différentes méthodes pour le soulagement de la douleur et la fréquence d'utilisation de ces dernières).

Les données sociodémographiques et personnelles issues de ce questionnaire ont guidé l'étudiante chercheuse vers une meilleure connaissance du bagage des agents multiplicateurs et des participantes.

Prétest et posttest.

Un questionnaire d'évaluation des connaissances a permis de répondre à un des objectifs de la recherche, soit d'évaluer les connaissances des agents multiplicateurs et des participantes avant et après la formation et ainsi mesurer son impact. Il s'agit d'un questionnaire. Il importe de mentionner que ces deux outils sont identiques en tous points à l'exception de quatre questions d'appréciation générales, ajoutées au posttest. Le prétest comprenait douze questions à choix multiples, vrais ou faux et à court développement. Ces types de questions comportent de nombreux avantages. Les questions à choix multiples et vrais ou faux sont faciles à gérer et à analyser et sont plus efficaces dans un laps de temps donné (Polit et al., 2007). Les questions à court développement, quant à elles, offrent une information plus riche et plus complète (Polit et al., 2007).

La section ci-dessous énonce chacune des 12 questions comprises dans le prétest et posttest ainsi que les 4 questions d'appréciation générale comprises dans le posttest. Les questions sont présentées dans l'ordre d'apparition à l'intérieur du prétest et posttest.

La question 1 était à court développement ou en quelques mots. Elle était sous-divisée en 1a, 1b, et 1c. La section 1a visait à identifier des avantages qu'offrent les méthodes non pharmacologiques aux parturientes. La section 1b abordait les effets du stress chez les parturientes. La dernière section de cette question portait sur les effets du stress, pendant le travail chez le fœtus.

À la deuxième question, il était demandé d'encercler la bonne réponse parmi quatre choix, portant sur les catégories du soutien.

Quant à elle, la troisième question comprenait cinq énoncés soit de 3a à 3e et les participantes devaient y répondre par vrai ou faux. Elle abordait l'immersion dans le bain. Le premier énoncé, 3a, portait sur l'importance de la température de l'eau lors de l'immersion dans le bain. Quant à lui, le second énoncé, 3b, portait sur les conséquences d'une mauvaise utilisation du bain. Le troisième énoncé, 3c, abordait le moment où la parturiente doit aller dans le bain. Le quatrième énoncé, 3d, portait sur l'importance que la parturiente soit submergée jusqu'au cou afin de retirer les meilleurs avantages du bain. Enfin, le dernier énoncé, 3e, abordait les effets d'utiliser le bain lors de la phase de latence.

Pour ce qui est de la quatrième question, elle était à court développement ou en quelques mots et avait pour but de nommer les effets bénéfiques de l'immersion dans le bain.

Quant à elle, la cinquième question comportait cinq énoncés soit de 5a à 5e et les participantes devaient y répondre par vrai ou faux. Elle abordait la mobilisation et le positionnement. Pour le premier énoncé, 5a, il portait sur l'effet d'utiliser une variété de positions lors du travail. Le second énoncé, 5b, abordait l'efficacité de la mobilisation lors de la première phase du travail. Le troisième énoncé, 5c, portait sur les effets d'alterner de positions sur l'oxygénation du fœtus. Quant à lui, le quatrième énoncé, 5d, abordait la position offrant le plus de confort à la parturiente, lors de la poussée. Enfin, le dernier énoncé, soit le 5e, parlait des actions à poser lorsqu'il y a une diminution de la progression du travail.

La sixième question comportait quatre sous questions, de 6a à 6d et les réponses étaient à court développement ou en quelques mots. Pour la première sous question, on devait nommer la position pouvant diminuer la rapidité d'un second stade. La seconde sous question, 6b, portait sur les positions pouvant être antalgiques pour la parturiente. En ce qui a trait à la troisième sous question, 6c, elle abordait les positions pouvant être adoptées lors de la poussée. Enfin, la

quatrième sous question, 6d, traitait des avantages pour la parturiente d'adopter une position verticale lors du travail.

À la septième question, il était demandé d'encercler la ou les bonnes réponses parmi cinq choix. Elle portait sur les positions à adopter lorsqu'il y avait suspicion d'un positionnement non favorable du fœtus.

À la huitième question, les participantes devaient associer les méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur avec l'effet qu'elle procurait. Chaque méthode pouvait être associée à plus d'un effet.

La neuvième question comportait quatre énoncés, de 9a à 9d, et les participantes devaient répondre à chacun d'eux par vrai ou faux. Le premier énoncé, 9a, portait sur les effets des mouvements du bassin sur la rotation et la descente du fœtus. Le second énoncé, 9b, abordait les effets des mouvements du bassin sur la gravité. Quant à lui, le troisième énoncé, 9c, parlait de la mobilisation lors d'une contraction. Enfin, le quatrième énoncé, 9d, abordait les gémissements rythmés que fait la parturiente lors de son travail.

La dixième question comportait quatre énoncés, de 10a à 10d et les participantes devaient répondre à chacun d'eux par vrai ou faux. Pour le premier énoncé, 10a, il était question de la clientèle ciblée par le ballon de naissance. Le second énoncé, 10b, parlait des effets du ballon de naissance sur la parturiente, le nouveau-né et le conjoint. Le troisième énoncé, 10c, traitait de l'utilisation du ballon de naissance après la rupture des eaux. Enfin, le quatrième énoncé, 10d, abordait l'utilisation du ballon de naissance lors de la première phase du travail.

Quant à elle, la onzième question demandait d'encercler la ou les bonnes réponses concernant les avantages d'utiliser le ballon de naissance.

Enfin, la douzième question était à court développement ou en quelques mots et abordait le meilleur moment pour utiliser le ballon de naissance.

La section ci-dessous présente les quatre questions d'appréciation générale comprises uniquement dans le posttest. Les quatre questions étaient à développement. La première question demandait ce qui avait été le plus aidant lors de la formation, la seconde s'intéressait à ce qui avait été le moins apprécié lors de la formation, la troisième cernait, quant à elle, quels étaient les obstacles rencontrés dans le milieu limitant le soutien aux parturientes et finalement, la quatrième

question laissait place à des commentaires. L'intégralité du prétest et du posttest est disponible en appendice D.

4.7 Déroulement des activités de la recherche

Dans un premier temps, le premier du mois de décembre 2010, l'étudiante chercheuse a eu une rencontre téléphonique avec la coordonnatrice du secteur parent-enfant du CSSSTR afin de lui présenter la recherche projetée. Suite à cet appel, une rencontre dans le bureau de la coordonnatrice fut fixée le 7 décembre de la même année. L'étudiante a pu rencontrer la coordonnatrice du secteur parent-enfant et la conseillère cadre en activités cliniques du secteur parent-enfant du CSSSTR afin de leur présenter la problématique et la méthodologie relative à cette recherche.

Suite à cette rencontre, un contrat d'engagement fut signé par les deux parties le 11 février 2011. Cedit contrat est disponible en appendice E. Cette pratique, de signer un contrat d'engagement, fait partie inhérente pour toute recherche effectuée à l'intérieur du CSSSTR. De plus, l'étudiante chercheuse a remis à la conseillère cadre en activités cliniques du secteur parent-enfant le questionnaire de données sociodémographiques et personnelles, le prétest et le

posttest ainsi que le contenu de la formation, car elle est aussi une experte consultée dans cette recherche. Enfin, un message électronique fut acheminé à la direction des soins infirmiers le 21 février 2011 afin de lui présenter le projet de recherche, en précisant l'objet, les objectifs et la méthodologie. De même, il est essentiel de spécifier que les assistantes infirmières-chef ont été informées de la recherche lors d'une rencontre leur étant destinée le 20 avril 2011.

Le recrutement des agents multiplicateurs s'est déroulé entre le 2 mai 2011 et le 3 septembre 2011. Ces derniers étaient rencontrés par l'étudiante chercheuse sur le département de l'obstétrique afin de leur remettre la lettre d'information et le formulaire de consentement, de même que le questionnaire de données sociodémographiques et personnelles et le prétest. Ces documents devaient être remis une semaine plus tard, et ce, dans les mêmes conditions. Les agents multiplicateurs devaient prévoir environ quinze minutes afin de faire la lecture de la lettre d'information et signer le consentement, cinq minutes supplémentaires pour remplir le questionnaire de données sociodémographiques et personnelles et une quinzaine de minutes pour remplir le prétest. La lettre d'information décrivait brièvement la recherche et expliquait les responsabilités et l'engagement des deux parties. Quant au formulaire de consentement, un espace était prévu afin qu'ils puissent signer leur adhésion quant à leur participation à la recherche.

Il importe de mentionner que, tant pour les agents multiplicateurs que pour les participantes, ces documents étaient identiques en tous points. Ces documents ont été présentés et remis ensemble, car il était essentiel d'avoir pris connaissance et d'avoir en sa possession la lettre d'information au moment de la signature du formulaire de consentement. Une fois les étapes précédentes terminées, l'étudiante chercheuse a pu débiter la formation. Comme il a été mentionné précédemment, le recrutement des agents multiplicateurs n'a pas été de tout repos. Constat attribuable en partie à la charge de travail élevée sur le département de l'obstétrique au moment du recrutement. Aussi, en lien avec un manque d'intérêt de la part des infirmières du secteur parent-enfant. Finalement, un agent multiplicateur s'est désisté et un autre a changé de quart de travail.

Il est important de noter que la formation reçue par les agents multiplicateurs et les participantes est identique mis à part des stratégies de transfert de connaissances de Gagné (1976) qui ont été enseignées aux agents multiplicateurs. L'étudiante chercheuse dispensait la formation aux agents multiplicateurs. Par la suite, ces derniers dispensaient ladite formation aux participantes.

La coordonnatrice et l'étudiante-chercheuse ont, d'un commun accord, statué deux dates pour dispenser la formation aux agents multiplicateurs, et ce, afin

de les rejoindre de façon optimale. Dans la semaine qui a suivi la fin du recrutement, chacun des agents multiplicateurs fut rencontré individuellement, au travail, par la coordonnatrice afin de les aviser du moment et du lieu de la formation. La formation aux agents multiplicateurs a eu lieu le 5 et le 14 octobre 2011. L'étudiante chercheuse a été présente lors de la première formation de chaque agent multiplicateur et par la suite, elle est demeurée disponible en tout temps. Les agents multiplicateurs ayant reçu la formation ont pu débiter, dès le lendemain, le transfert de connaissances.

Le recrutement des participantes et la dispensation de la formation à celles-ci se sont déroulés entre le 31 octobre 2011 et le 20 avril 2012. Les participantes se voyaient remettre la lettre d'information et le formulaire de consentement ainsi que le questionnaire de données sociodémographiques et personnelles et le prétest, en mains propres, par l'étudiante chercheuse, lors du recrutement. Ces dernières devaient remplir lesdits questionnaires à ce moment. Il est à spécifier que le temps prévu et le contenu des questionnaires sont le même que pour les agents multiplicateurs. Les questionnaires devaient être remis à ce moment à l'étudiante chercheuse. Cette dernière demeurait disponible pour toutes questions de la part des participantes. À partir du moment où lesdits questionnaires étaient remplis, les participantes étaient prêtes à recevoir la formation.

Quant au posttest, il a été fait par les agents multiplicateurs et les participantes sur les lieux de travail en compagnie de l'étudiante chercheuse trois mois après avoir reçu la formation. Le temps prévu pour remplir le posttest était d'environ dix-sept minutes. Le posttest était remis, en mains propres, à l'étudiante chercheuse à ce moment.

4.8 Description de la formation

La formation a été développée selon les recommandations de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) (2007), du MSSS (2008), d'AWOHONN, d'AMPRO^{ob} et de l'ASPC, de même que selon une recension exhaustive des écrits sur le sujet. L'étudiante chercheuse s'est vue faire la lecture de multiples recherches et de livres sur le soutien des parturientes. De surcroît, elle a assisté à plusieurs formations sur le soutien aux parturientes qui ont été données par des leaders de pointe, soit AWHONN, la qualité des soins, gestion du risque obstétrical et du mode d'accouchement au Québec (QUARISMA) et enfanter le monde. Ce sont sur ces solides bases que la formation a été élaborée par l'étudiante chercheuse.

De plus, il importe de mentionner que l'étudiante chercheuse possède une importante expérience professionnelle dans le domaine de la périnatalité ce qui lui a permis d'acquérir de nombreuses connaissances et une expertise certaine. À cela s'ajoute, le travail de compréhension des données probantes que nécessite la présente recherche. Cette union de la pratique et de la théorie permet à l'étudiante chercheuse d'être une experte concernant le soutien aux parturientes.

Spécifiquement, l'étudiante chercheuse a répertorié les statistiques canadiennes et québécoises ainsi que celles propres au CSSSTR relatif à la périnatalité. De surcroît, elle a consulté les politiques, lignes directrices et recommandations, toujours en lien avec la périnatalité. Aussi, une recension exhaustive des écrits sur les méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur lui a permis d'en cibler trois, soit : l'hydrothérapie, la mobilisation/positionnement et le ballon de naissance. Le choix de ces méthodes repose sur la disponibilité du matériel et la faisabilité dans le milieu de recherche choisi. Le contenu de la présente formation est le reflet de toutes ses recherches.

Précisément, la formation est munie d'une partie magistrale et pratique. En outre, des objectifs généraux et spécifiques ont été formulés par l'étudiante chercheuse. Ces derniers ont été présentés en début de formation aux agents multiplicateurs et aux participantes. Les objectifs généraux et spécifiques ont été

formulés en s'inspirant d'un document émis par la faculté de l'éducation permanente de l'Université de Montréal (2008). Selon Fontaine et Bernhard (1988) et Gagné (1976), la formulation d'objectifs dans un processus éducatif améliore la communication, facilite le choix des activités d'apprentissage, facilite le choix du matériel pédagogique et précise l'objet de l'évaluation.

La formation aux agents multiplicateurs était dispensée par l'étudiante chercheuse. Sa durée était d'une heure et demie. Elle était dispensée avant ou après le quart de travail de l'agent multiplicateur. La première partie (magistrale), soit la première demi-heure, était destinée à la présentation de l'ordre du jour, du PowerPoint et du cahier de formation. L'heure restante (pratique) se déroulait dans une chambre des naissances et était dédiée à des démonstrations, simulations et mises en application relatives au soutien. Tout au long de la formation, l'étudiante chercheuse proposait des stratégies de transfert de connaissances aux agents multiplicateurs issues de Gagné (1976).

La formation destinée aux participantes quant à elle fut dispensée par les agents multiplicateurs et l'étudiante chercheuse. Les participantes étaient formées seules ou en groupe de trois ou quatre, selon la disponibilité de chacune, inhérente à la charge de travail sur le département. La formation était d'une durée de 45 minutes et était dispensée au département de l'obstétrique, dans une chambre des

naissances, lorsque la charge de travail le permettait. Ces 45 minutes étaient dédiées au survol du PowerPoint en format papier (magistrale), à la démonstration, aux simulations et à la mise en application relative au soutien (pratique). L'étudiante chercheuse et les agents multiplicateurs se voyaient parfois dispenser la formation en deux parties selon le taux d'occupation sur le département de l'obstétrique. Les détails (nombre de séances et nombre d'agents multiplicateurs et de participantes) inhérents aux séances de formation sur le soutien aux parturientes sont exposés dans le tableau 8.

Tableau 8

Détails inhérents aux séances de formation sur le soutien aux parturientes

Nombre d'agents multiplicateurs/participantes	Nombre de séances/durée et intervalle entre les séances
2 agents multiplicateurs	Nombre : 1 Durée : 1 1/2 heure Intervalle : aucun
3 agents multiplicateurs	Nombre : 1 Durée : 1 1/2 heure Intervalle : aucun
3 participantes	Nombre : 1 Durée : 45 minutes Intervalle : aucun
4 participantes	Nombre : 1 Durée : 45 minutes Intervalle : aucun
2 participantes	Nombre : 1 Durée : 45 minutes Intervalle : aucun
4 participantes	Nombre : 2 Durée : 20 minutes et 25 minutes Intervalle : 1 heure
1 participante	Nombre : 1 Durée : 45 minutes Intervalle : aucun
1 participante	Nombre : 1 Durée : 45 minutes Intervalle : aucun
2 participantes	Nombre : 2 Durée : 20 minutes et 25 minutes Intervalle : 4 heures

La description et le contenu de la formation sont disponibles ci-dessous, dans les tableaux neuf et dix, alors que l'intégralité est disponible en appendice A.

Tableau 9

Description et contenu de la formation (magistrale)

Objectifs spécifiques	Contenu	Méthodes pédagogiques	Moyens	Objectifs généraux et spécifiques
1	Présentation : Objectifs généraux et spécifiques relatifs à la formation sur le soutien des parturientes	Exposé magistral Discussion	PowerPoint	1. Connaître les objectifs généraux et spécifiques relatifs à la formation sur le soutien des parturientes <ul style="list-style-type: none"> Identifier les objectifs généraux et spécifiques relatifs à la formation
2	Présentation : Données statistiques relatives à l'utilisation de l'épidurale au Canada	Exposé magistral Figure Discussion	PowerPoint Figure constats au Canada (épidurale)	2. Comprendre l'état de la situation en périnatalité <ul style="list-style-type: none"> Expliquer les données relatives à l'utilisation de l'épidurale au Canada Expliquer les données relatives à l'utilisation des méthodes pharmacologiques de soulagement de la douleur au CSSSTR Énumérer les orientations ministérielles (instances) relatives à la période antépartum
2	Présentation : Données statistiques relatives à l'utilisation des méthodes pharmacologiques de soulagement de la douleur au CSSSTR	Exposé magistral Figure Discussion	PowerPoint Figure statistiques CSSSTR 2009-2010 (méthodes pharmacologiques de soulagement de la douleur)	
2	Présentation : Recommandations et lignes directrices	Exposé magistral Discussion	PowerPoint	
3	Présentation : Définition du soutien à la parturiente Catégories du soutien à la parturiente Comportements associés au soutien à la parturiente	Exposé magistral Figure Discussion	PowerPoint Figure du soutien à la parturiente	3. Acquérir des connaissances relatives au soutien à la parturiente <ul style="list-style-type: none"> Expliquer le soutien à la parturiente, les catégories et les comportements associés Expliquer les données relatives au soutien à la parturiente Énumérer les avantages du soutien à la parturiente
3	Présentation : Données statistiques relatives au soutien à la parturiente	Exposé magistral Discussion	PowerPoint	
3	Présentation : Avantages du soutien chez la parturiente	Exposé magistral	PowerPoint Avantages du soutien à la parturiente Photos illustrant une parturiente étant soutenue	4. Connaître les bénéfices pour les infirmières de suivre une formation sur le soutien aux parturientes <ul style="list-style-type: none"> Nommer les méthodes de soulagement de la douleur à la parturiente Nommer les bénéfices de la formation chez les infirmières Identifier les différents rôles de l'infirmière auprès de la parturiente
4	Présentation : Méthodes de soulagement de la douleur abordées dans le cadre de la formation, hydrothérapie, mobilisation/position et ballon de naissances,	Exposé magistral	PowerPoint	
4	Présentation : Bénéfices relatifs à cette formation chez les infirmières	Exposé magistral	PowerPoint	
4	Présentation : Rôles de l'infirmière auprès de la parturiente	Exposé magistral	PowerPoint	
5	Présentation : Effets du stress pendant le travail et l'accouchement sur la parturiente, le travail et le fœtus	Exposé magistral Figure	PowerPoint Stress	5. Comprendre les effets du stress lors de la période antépartum <ul style="list-style-type: none"> Énumérer les effets du stress pendant le travail et l'accouchement sur la parturiente, le travail et le fœtus

Tableau 10

Description et contenu de la formation (pratique)

Objectifs spécifiques		Contenu	Méthodes pédagogiques	Moyens	Objectifs généraux et spécifiques
1	Présentation : Mode d'emploi du bain Le bain ↑, ↓ et effets sur le fœtus Maximiser les effets bénéfiques du bain Risques d'une mauvaise utilisation du bain Contre-indications du bain	Démonstration Simulation Mise en application Figures, photos	Document de formation Photos illustrant des manières adéquates d'utiliser le bain Démonstration avec le bain Supervision des participantes/agents multiplicateurs Affiche résumée	1. Acquérir des connaissances relatives à l'utilisation de l'immersion dans le bain <ul style="list-style-type: none">• Appliquer le mode d'emploi de l'utilisation du bain• Connaître les effets du bain• Expliquer les interventions maximisant les effets positifs du bain• Indiquer les risques d'une mauvaise utilisation du bain• Énumérer les contre-indications de l'utilisation du bain	
2	Présentation : Mode d'emploi de la douche Effets bénéfiques de la douche	Démonstration Simulation Mise en application Figures, photos	Document de formation Photos illustrant des manières adéquates d'utiliser la douche Démonstration avec la douche Supervision des participantes/agents multiplicateurs Affiche résumée	2. Acquérir des connaissances relatives à l'utilisation de la douche <ul style="list-style-type: none">• Appliquer le mode d'emploi de la douche• Énumérer les effets bénéfiques de la douche	
3	Présentation : Mode d'emploi du ballon de naissance Avantages du ballon de naissance	Démonstration Simulation Mise en application Figures, photos	Document de formation Photos illustrant des manières adéquates d'utiliser le ballon de naissance Démonstration avec le ballon de naissance Supervision des participantes/agents multiplicateurs Affiche résumée	3. Acquérir des connaissances relatives à l'utilisation du ballon de naissance <ul style="list-style-type: none">• Appliquer le mode d'emploi du ballon de naissance• Énumérer les avantages du ballon de naissance	
4	Présentation : Mode d'emploi des différentes positions Moment d'utilisation des différentes positions Effets des différentes positions	Démonstration Simulation Mise en application Figures, photos	Document de formation Photos illustrant des manières adéquates d'utiliser chacune des positions Démonstration avec le lit, banc de naissance Supervision des participantes/agents multiplicateurs Affiche résumée	4. Acquérir des connaissances relatives aux différentes positions <ul style="list-style-type: none">• Appliquer le mode d'emploi des différentes positions• Identifier le moment d'utilisation des différentes positions• Décrire les effets des différentes positions sur la parturiente, le travail et le fœtus	
5	Présentation : Mode d'emploi des différentes activités Moment d'utilisation des différentes activités Avantages des différentes activités	Démonstration Simulation Mise en application Figures, photos	Document de formation Photos illustrant des manières adéquates d'utiliser chacune des activités Démonstration avec objet Supervision des participantes/agents multiplicateurs Affiche résumée	5. Acquérir des connaissances relatives aux différentes activités pouvant soulager la douleur et favoriser un accouchement physiologique naturel <ul style="list-style-type: none">• Appliquer le mode d'emploi des différentes activités• Identifier le moment d'utilisation des différentes activités• Décrire les avantages des différentes activités	
6	Présentation : Positions sécuritaires pour une parturiente avec l'épidurale lors du premier et second stade du travail	Démonstration Simulation Mise en application Figures, photos	Document formation Affiche illustrant les positions sécuritaires à adopter pour chacun des stades du travail Démonstration avec objet Supervision des participantes/agents multiplicateurs Affiche résumée	6. Connaître les positions à adopter lorsqu'une parturiente a reçu une épidurale <ul style="list-style-type: none">• Appliquer les positions sécuritaires pour une parturiente avec l'épidurale, premier stade du travail• Appliquer les positions sécuritaires pour une parturiente	

Tel que mentionné ci-dessus, l'étudiante chercheuse a basé le transfert des connaissances sur la théorie de l'apprentissage-enseignement de Gagné (1976). Compte tenu des ressources financières et personnelles restreintes dans le milieu de la présente recherche, l'étudiante chercheuse a adopté une formule ayant démontré des résultats positifs. Cette formule est celle utilisée dans le cadre du projet AMPRO^{OB} (AMPRO^{OB}, 2012). Elle consiste à former une équipe de base qui formera à son tour d'autres personnes. C'est exactement le but visé avec la création d'agents multiplicateurs, qui pourront à leur tour former d'autres personnes.

Spécifiquement, elle a utilisé les huit phases que Gagné (1976) propose afin de faciliter l'apprentissage des agents multiplicateurs et des participantes. Cette théorie propose des stratégies de transfert de connaissances qui ont été enseignées aux agents multiplicateurs. L'étudiante chercheuse était présente lorsque l'agent multiplicateur enseignait pour la première fois afin de s'assurer que l'information transmise était adéquate et que les stratégies de transfert de connaissances de Gagné (1976) étaient convenablement utilisées. L'étudiante chercheuse demeurait disponible par la suite pour les agents multiplicateurs.

En accord avec les phases de l'apprentissage décrites par Gagné (1976), la planification de la formation consistait également à choisir des interventions d'enseignement qui pouvaient supporter, de façon maximale, chacun des processus

décrits précédemment. Ainsi, ces derniers devaient activer la motivation, attirer l'attention, pourvoir des moyens de codification, de repérage et de retrait, promouvoir la rétention et le transfert et permettre un feedback afin de compléter l'acte d'apprentissage.

La première phase de l'apprentissage est définie comme étant la *motivation* et avait pour but d'activer la motivation des participantes ou agents multiplicateurs à la formation. Pour ce faire, l'étudiante chercheuse a apposé des affiches, dans la salle de repas, sur le département du post-partum et en obstétrique. Ces affiches annonçaient le début de la formation aux participantes, plus précisément, le lieu de sa dispensation, le moment et les formateurs. De plus, au début de la formation, des objectifs généraux et spécifiques ont été présentés aux participantes ou agents multiplicateurs afin d'établir et de maintenir des attentes quant aux résultats d'apprentissage. En outre, l'étudiante chercheuse les a informés des objectifs à atteindre. Dans ce sens, une diapositive présentée dans le cadre de la formation était consacrée à annoncer une description valorisante de la capacité à acquérir pour les participantes ou agents multiplicateurs, et ce, afin de les motiver à y prendre part. La formation visait à outiller, voire augmenter leurs connaissances relatives au soutien des parturientes afin de les rendre plus confiants et qu'ils développent une pratique clinique basée sur les lignes directrices et les recommandations mondiales, Québécoises et Canadiennes.

La seconde phase de l'apprentissage est l'*appréhension* et visait à attirer l'attention. En regard de cela, l'étudiante chercheuse a utilisé, lors de l'enseignement, et ce de façon judicieuse, des communications telles : Notez..., Regarder..., Observez..., etc. Des directives de la sorte peuvent contrôler l'attention dans plusieurs actes d'apprentissage. Selon Gagné (1976), un des rôles de l'enseignant est d'attirer l'attention de l'étudiant sur les points importants du matériel didactique. En ce sens, l'étudiante chercheuse a utilisé des affiches avec des couleurs vives, des photos parlantes, différentes grosseurs de caractères, etc., toujours dans le but d'attirer l'attention de son auditoire. Aussi, lors de son enseignement, l'étudiante chercheuse a usé d'un certain nombre de moyens, tous susceptibles d'influencer l'attention, tel que : changement de tonalité, mouvements des bras et de la tête, etc.

La troisième phase de l'apprentissage correspond à l'*acquisition*, laquelle visait à stimuler le rappel. Afin de favoriser la rétention de l'information, l'étudiante chercheuse a regroupé les stimuli sous forme de concepts déjà appris ou simplifiés tel que des figures, tableaux, etc. La multitude de photos incluses dans la formation permet une représentation mentale, ce qui est un moyen de codification très efficace pour l'apprentissage.

La quatrième phase de l'apprentissage est la *réention*; elle représente le moment où l'entité apprise a été emmagasinée dans la mémoire à long terme. Tel que mentionné précédemment, c'est la phase d'apprentissage la moins connue de toutes, car elle est la moins accessible au chercheur. L'entité apprise s'estompe avec le temps; afin de contrer ce phénomène, l'étudiante chercheuse a fourni aux participantes ou aux agents multiplicateurs un document comprenant tout le contenu de la formation et un cartable plastifié a été laissé au département de l'obstétrique ainsi que dans les chambres des naissances pour consultation au besoin.

La cinquième phase de l'apprentissage est le *rappel*; c'est à ce moment qu'on fouille en mémoire afin de vérifier l'entité apprise. Ainsi, ce qui a été mis en réserve devient accessible, dans le but d'améliorer la réention. Pour ce faire, l'étudiante chercheuse fournissait des indices de repérage et de retrait. Par exemple, à la fin de l'enseignement de l'utilisation du bain, l'étudiante chercheuse posait une question: «Quels sont les effets du bain chez le fœtus?» L'étudiante chercheuse fournissait des indices tels que: diminue, augmente, etc. Ces indices permettaient aux participantes ou agents multiplicateurs d'aller chercher l'information dans leur mémoire.

La sixième phase de l'apprentissage est la *généralisation*; c'est à ce moment que les interventions d'apprentissage devaient favoriser la promotion du transfert de l'apprentissage dans une autre situation. Afin de s'assurer que les participantes et les agents multiplicateurs puissent utiliser l'apprentissage dans d'autres contextes, telles la vie quotidienne professionnelle ou les situations vues et vécues à la salle d'accouchement, l'étudiante chercheuse devait favoriser le transfert de l'apprentissage fait dans une situation nouvelle. Des discussions ont eu lieu durant l'enseignement, ce qui représentait un excellent moyen de promotion de transfert de l'apprentissage. Pour ce faire, l'étudiante chercheuse mettait les participantes ou agents multiplicateurs dans des situations fictives et leur demandait quelles auraient été leurs interventions, par exemple : une parturiente accuse une douleur au niveau dorsal. Quelles positions pourriez-vous lui proposer?

La septième phase de l'apprentissage est la *performance*. C'est ici que l'étudiante devait provoquer la performance; elle formulait des questions afin de permettre aux agents multiplicateurs ou aux participantes de montrer ce qu'ils avaient appris. C'est à ce moment qu'il importait d'évaluer l'apprentissage fait; pour ce faire, l'étudiante chercheuse a utilisé le posttest.

La dernière phase de l'apprentissage est le *feedback*. C'est à ce moment que l'étudiante chercheuse devait fournir de l'information concernant l'apprentissage

qui a été fait, elle devait donner un feedback. L'étudiante devait donner des réponses en se référant à une norme. Pour ce faire, elle a rencontré les participantes et agents multiplicateurs individuellement afin de leur présenter le prétest versus le posttest afin qu'ils puissent prendre connaissance de l'apprentissage qui a été fait. Il est à noter que le résultat de l'apprentissage a été favorable pour tous les apprenants. Le tableau 11 présente les huit phases de l'apprentissage de la théorie de l'apprentissage-enseignement de Gagné (1976) en lien avec les événements et interventions d'enseignement.

Tableau 11

Phase de l'apprentissage de la théorie de l'apprentissage-enseignement de Gagné (1976) en lien avec les événements et interventions d'enseignement

Phase de l'apprentissage-enseignement de Gagné (1976)	Événements d'enseignements	Interventions d'enseignement
Phase 1 Motivation	Activer la motivation Informé celui qui apprend de l'objectif	<ul style="list-style-type: none"> . Affiches : annoncer le début de la formation aux participantes (lieu de sa dispensation, moment et formateurs). . PowerPoint : annoncer les objectifs à atteindre, description valorisante de la capacité à acquérir . PowerPoint : présentation des objectifs généraux et spécifiques pour la formation (magistrale et pratique) . PowerPoint : présentation des bénéfices relatifs à suivre cette formation pour les infirmières
Phase 2 Appréhension	Attirer l'attention	<ul style="list-style-type: none"> . Communications : notez, regardez, observez... . Affiches (couleurs vives, différents caractères, différentes grosseurs) . Photos (parlantes) . Changement de tonalité, mouvement des bras et de la tête, etc...
Phase 3 Acquisition	Stimuler le rappel Guider l'apprentissage	<ul style="list-style-type: none"> . Regroupements : figures, tableaux . Simplifier les concepts : figures . Photos
Phase 4 Rétention	Inconnus	<ul style="list-style-type: none"> . Document laissé aux agents multiplicateurs/participantes . Cartable laissé au département et dans les chambres des naissances
Phase 5 Rappel	Améliorer la rétention	<ul style="list-style-type: none"> . Questionner les agents multiplicateurs/participantes tout en donnant des indices
Phase 6 Généralisation	Promouvoir le transfert de l'apprentissage	<ul style="list-style-type: none"> . Situations fictives «quelles interventions feriez-vous?» . Discussions
Phase 7 Performance	Provoquer la performance	<ul style="list-style-type: none"> . Posttest
Phase 8 Feedback	Donner le feedback	<ul style="list-style-type: none"> . Retour sur l'apprentissage fait (différence entre prétest et posttest)

4.9 Analyse des données

Des analyses statistiques, plus précisément des analyses descriptives, ont été opérées sur les résultats obtenus (moyenne, écart-type, mode et étendue). Des calculs de tendance centrale et de variabilité ont été effectués sur les données obtenues à l'aide du prétest et du posttest. De plus, des tests paramétriques ont été opérés sur les résultats obtenus (test t et χ^2). Les données ont été gérées à l'aide des logiciels SPSS et Excel et ont été transcrites et relues par l'étudiante chercheuse et la directrice de ce mémoire. De plus, l'étudiante chercheuse a bénéficié de l'aide d'un professeur de statistiques de l'UQTR afin d'opérer le logiciel SPSS ainsi que d'une étudiante au doctorat en psychologie, spécialisée en statistiques afin de refaire tous les calculs pour s'assurer de l'exactitude et de la précision des résultats.

4.10 Considérations éthiques

Les considérations éthiques qui sous-tendent cette recherche sont issues des principes directeurs émis par l'ÉPTC (2010), soit l'énoncé des politiques des trois conseils (ÉPTC, 2010). Ainsi, le respect de la dignité humaine, le respect du consentement libre et éclairé, le respect de la vie privée et des renseignements personnels, l'équilibre des avantages et des inconvénients, la réduction des inconvénients et l'optimisation des avantages représentent les principes éthiques

directeurs de la présente recherche (ÉPTC, 2010). Un formulaire de consentement englobant ces principes et décrivant comment chacun d'eux a été respecté est exposé à l'appendice F. Ce dernier est largement inspiré du modèle présenté par le Conseil national d'éthique en recherche chez l'humain.

De façon plus concrète, le formulaire de consentement explique la nature de la recherche, son déroulement, les inconvénients, les avantages, les responsabilités des chercheurs, la confidentialité, les droits des participantes, les compensations prévues et les informations supplémentaires. Quant aux inconvénients, l'ÉPTC recommande de les présenter avant les avantages pour garantir le caractère volontaire de la participation. Chacune des sections est présentée de façon détaillée dans ledit formulaire de consentement de la recherche et conforme aux recommandations de l'ÉPTC.

Cependant, il importe de mentionner que les participantes ont été informées de chaque étape afin qu'elles connaissent, sans ambiguïté, leurs rôles dans la recherche. Ces dernières ont été informées des avantages possibles quant à leur participation à la recherche; les bénéfices étaient plus nombreux que les risques pour les participantes. En effet, la participation à la recherche a pu permettre aux participantes de faire le point sur leur expérience en tant que professionnelles et d'acquérir des connaissances. De même, elles ont eu la chance d'exprimer leurs

opinions concernant les acquisitions faites lors de la formation. Aussi, il est possible que les participantes aient augmenté leur conscientisation professionnelle en regard du soutien à offrir à la parturiente. De plus, elles ont eu la possibilité de prendre conscience de l'importance du processus naturel du travail et de l'accouchement; par le fait même, elles pourront se servir de leurs acquis afin de soutenir les parturientes dans ce processus. Enfin, elles ont contribué à l'avancement des connaissances dans le domaine visé par la présente recherche et pourraient avoir une approche davantage axée sur les besoins des parturientes.

Cependant, l'étudiante chercheuse a également précisé aux participantes qu'il se pouvait qu'elles ne retirent aucun bénéfice personnel à participer à la recherche. Un faible risque a également été identifié selon lequel il était possible d'éveiller chez certaines participantes un sentiment d'inconfort concernant leur pratique face aux nouvelles connaissances acquises. En outre, un risque de fatigue psychologique et physique pourrait survenir chez les agents multiplicateurs relativement aux heures supplémentaires, car la formation était en plus des heures normales travaillées. Il est important de noter que cet inconvénient ne s'applique pas aux participantes, car elles recevaient la formation pendant les heures de travail. L'étudiante chercheuse a été à la disposition de ces dernières afin de les faire verbaliser ou de faire de l'écoute active si le besoin se faisait sentir.

Quant aux droits des participantes, il leur a clairement été spécifié que leur participation à la recherche était volontaire et qu'elles pouvaient se retirer à n'importe quel moment, sans subir quelque conséquence négative que ce soit.

En outre, d'autres mesures ont été prises comme la période de questions qui était prévue avant la signature du consentement afin de clarifier toutes informations auprès des participantes. Selon Doucet (2002), la lecture du formulaire de consentement doit donner au sujet qui a été recruté l'occasion de mieux préciser ses interrogations et de formuler ses questions. De même, tel que recommandé par Doucet (2002), des temps de réflexion ont été prévus dans le processus de consentement. À ce sujet, un moment était prévu lorsque les participantes étaient approchées, avant la signature du formulaire de consentement.

L'étudiante chercheuse responsable du projet a utilisé les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrit dans le formulaire d'information et de consentement. Les données collectées ont été consignées dans un dossier de recherche. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite de la recherche ont été recueillis. Tous les renseignements recueillis au cours de la recherche sont demeurés strictement confidentiels. Afin de préserver l'identité et la confidentialité de ces renseignements, les participantes n'ont été identifiées que par un numéro de code. La clé du code reliant les noms des

participantes à leur dossier de recherche, de même que l'ensemble des données recueillies, a été conservée dans un classeur verrouillé au domicile de l'étudiante chercheuse. À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec les participantes, leur nom et prénom, leurs coordonnées et la date de début et de fin de leur participation au projet, seront conservés pendant cinq ans à partir de la collecte dans un répertoire maintenu par l'étudiante chercheuse et détruite par la suite.

Afin de mener à bien cette recherche, un certificat d'éthique provenant de deux institutions était nécessaire. D'abord, le 24 février 2011, une demande de certification éthique a été déposée au comité d'éthique du CSSSTR. Par la suite, le 8 mars 2011, une demande de certification éthique a été présentée au comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQTR. Ce n'est que le 14 avril 2011 que les deux certificats furent émis, certificats disponibles à l'appendice G. De même, cette formation a été implantée en accord et en collaboration avec la direction des soins infirmiers du CSSSTR, la coordonnatrice et la conseillère cadre en activités cliniques du secteur parent-enfant.

Chapitre V: Résultats et analyse

Le présent chapitre porte sur la présentation et l'analyse des résultats issus de cette recherche. Dans un premier temps, sont exposées et analysées les données sociodémographiques et personnelles des 22 participantes qui constituent l'échantillon final. Par la suite, les résultats quant aux connaissances des participantes sont présentés et analysés. De plus, une section est réservée aux analyses des résultats globaux relatifs au prétest et posttest. Aussi, des analyses de variances faites sur les données sociodémographiques et personnelles seront décrites. Finalement sont explorées les questions d'appréciations générales comprises dans le posttest.

Avant de débiter cette section, une définition de chacune des analyses statistiques (moyenne, écart-type, mode et étendue) et tests statistiques paramétriques (test t et χ^2) effectués sur les données s'impose. D'abord, la moyenne est une statistique descriptive qui mesure la tendance centrale, calculée en additionnant tous les scores et en divisant le total obtenu par le nombre de scores (Polit et al., 2007).

Par la suite, l'écart-type résume l'écart moyen des valeurs par rapport à la moyenne (Polit et al., 2007). Ces derniers affirment que l'écart-type est la

statistique la plus couramment utilisée pour mesurer la variabilité dans un ensemble de scores. Ensuite, le mode est le nombre qui apparaît le plus fréquemment dans une distribution, il mesure une tendance centrale (Polit et al., 2007).

Pour ce qui est de l'étendue, elle est une mesure de variabilité, calculée en soustrayant la valeur la plus faible de la valeur la plus élevée, dans une distribution de scores (Polit et al., 2007).

Enfin, le test t est un test statistique paramétrique destiné à analyser la différence entre deux moyennes (Polit et al., 2007). Finalement, le χ^2 est un test non paramétrique utilisé pour évaluer l'existence éventuelle d'une relation entre deux variables de niveau nominal (Polit et al., 2007).

Afin d'alléger le texte, seulement le terme participant est utilisé. Celui-ci désigne l'ensemble des participantes et des agents multiplicateurs compris dans l'échantillon final.

5.1 Caractéristiques sociodémographiques et personnelles des participantes

Un total de 22 participantes a pris part à la présente recherche. Il importe de rappeler que la catégorie d'âge, l'expérience, le niveau de formation, le quart de travail, le statut, le nombre de quarts travaillés en obstétrique par semaine, l'expérience personnelle relative au vécu d'un accouchement, la formation reçue sur le soutien aux parturientes, la fréquence d'utilisation des différentes méthodes pour le soulagement de la douleur selon une liste préétablie ainsi que les cinq méthodes les plus utilisées en ordre décroissant constituaient les données sociodémographiques et personnelles recueillies. Cedit questionnaire comprenait au total 11 questions, qui sont vues subséquemment dans le même ordre. Ces données sociodémographiques et personnelles ont été soumises à des analyses statistiques (moyenne, écart-type, mode et étendue) et ont été analysées.

Catégorie d'âge

Parmi les 22 participantes, les catégories d'âge varient de <20 ans à 51 ans et plus. Aucune participante ne faisait partie de celle <20 ans. Deux (9%) avaient entre 20-25 ans, quatre (18%) étaient dans la catégorie 26-30 ans; huit (36%) avaient entre 31-35 ans; une (5%) seule faisait partie de celle 36-40 ans; cinq (23%)

avaient entre 41-50 ans² et deux (9%) faisait partie de la catégorie 51 ans et plus. La catégorie d'âge la plus fréquente (mode) était celle des 31-35 ans (36%). La figure 4 illustre les différentes catégories d'âges et le pourcentage (%) de participantes dans chacune d'entre elles.

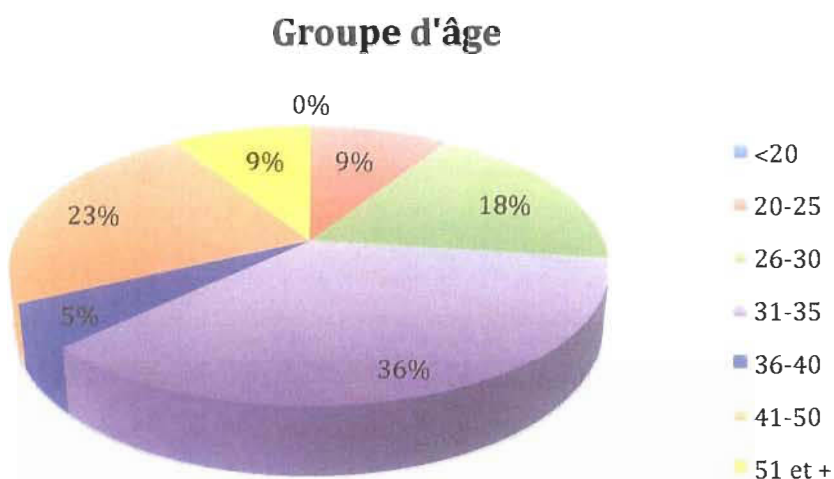


Figure 4. Catégorie d'âge, pourcentage (%) de participantes pour chacune d'entre elles.

Le fait de n'avoir aucune participante ayant moins de 20 ans peut être expliqué par le fait que les candidates à l'exercice de la profession (CEPI) n'étaient pas incluses dans la recherche. Quant à la proportion des participantes issues des 20-25 ans, ce résultat est représentatif de la population d'infirmières au Québec.

² Cette catégorie sera abordée dans la section limite de la recherche.

Selon l'OIIQ (2011), le nombre d'infirmières qui sont âgées de 24 ans ou moins est en diminution depuis 2006-2007. Cela est lié en partie à des congés parentaux (OIIQ, 2011). Le fait d'avoir seulement deux participantes qui sont âgées de 51 ans et plus peut être expliqué très simplement. Dans le milieu choisi, les infirmières quittent le département pour aller finir leur carrière aux cliniques externes, départements très convoités puisque seulement celles avec le plus d'années de pratique y accèdent.

Expérience

L'expérience comprenait deux volets, soit le nombre total d'années de pratique comme infirmière et le nombre d'années de pratique comme infirmière en obstétrique. Le nombre total d'années de pratique comme infirmière variait de 2 à 31 ans, avec une moyenne de 12 années, un écart-type de 8 pour une étendue de 28 ans. La catégorie où se retrouvent le plus de participantes est celle des 11-15 ans (40%). La figure 5 expose le nombre d'années de pratique comme infirmières.

Expérience, pratique infirmière

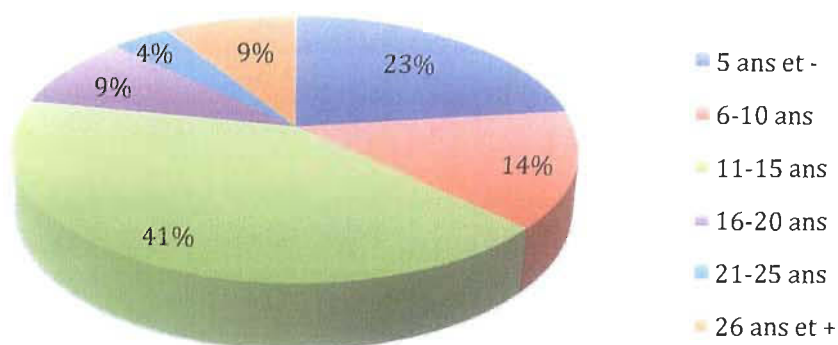


Figure 5. Expérience, pratique infirmière.

Spécifiquement, le nombre d'années de pratique en obstétrique variait de 4 mois à 29 ans, avec une moyenne de 8 années, un écart-type de 9, pour une étendue de 28,7 ans. Cinquante-neuf pour cent des participantes ont cinq années ou moins d'expérience en obstétrique. La figure 6 permet de visualiser le nombre d'années de pratique en obstétrique des participantes.

Expérience, pratique en obstétrique

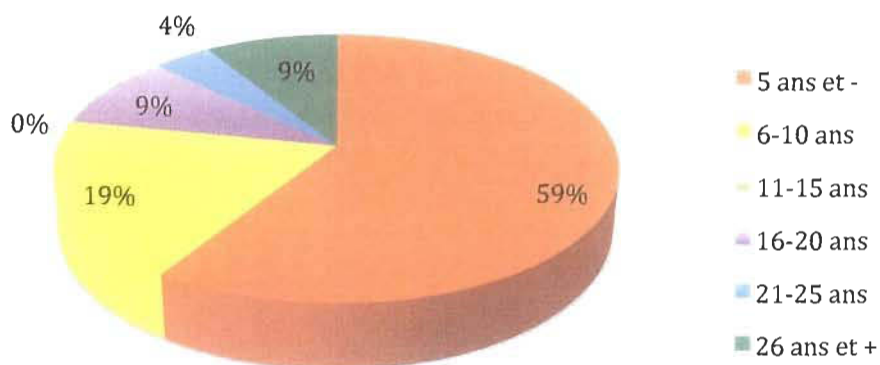


Figure 6. Expérience, pratique en obstétrique.

Les infirmières issues de cet échantillon ont majoritairement une expérience considérable à titre d'infirmières (11 à 15 ans). Toutefois, concernant leur expérience sur le département de l'obstétrique, ces dernières se voient dans une plus grande proportion avoir moins de cinq ans de pratique. De façon globale, les participantes sont infirmières depuis un nombre considérable d'années, mais elles travaillent en obstétrique depuis peu.

Cela pourrait être expliqué par trois raisons. D'abord, 82% des participantes travaillent sur les quarts de jour et de soir. Dans le milieu, de manière globale, les infirmières les plus expérimentées travaillent sur le quart de jour, suivi du quart de soir et les moins expérimentées sur le quart de nuit. Alors il va de soi qu'une grande proportion de participantes sur les quarts de jour et de soir résulte en un échantillon



ayant plus d'expérience comme infirmière. Ensuite, le fait que les participantes n'aient pas beaucoup d'expérience en obstétrique peut être expliqué par le départ massif à la retraite des infirmières les plus expérimentées du département depuis les dernières années.

Enfin, au CSSSTR, les nouvelles infirmières ne sont pas encouragées à débiter leur carrière sur des départements spécialisés, tel l'obstétrique, ce qui pourrait expliquer que les participantes ont majoritairement de l'expérience comme infirmière, mais peu en obstétrique. Par contre, il est important de noter que cette manière de procéder change depuis peu considérant la pénurie d'infirmières.

Il est important de préciser le cheminement habituel pour une infirmière qui désire travailler en obstétrique. Depuis très longtemps, les infirmières nouvellement diplômées devaient aller travailler entre une et deux années sur des unités de soins non spécialisés par exemple, la médecine, l'hébergement et la chirurgie. Après ces quelques années, elles étaient admises au centre parent-enfant, mais seulement en post-partum. Après une année en soins post-partum, elles étaient admissibles à l'obstétrique. Conséquemment, les infirmières travaillant en obstétrique avaient minimalement trois années d'expérience en tant qu'infirmières. Cette réalité est bien différente aujourd'hui dans le contexte de la pénurie d'infirmières. Aujourd'hui, les infirmières sont admissibles en obstétrique indépendamment de

leur expérience. Il est possible qu'une infirmière diplômée depuis quelques semaines travaille en obstétrique.

Niveau de formation

Les niveaux de formation se répartissaient comme suit : collégial, certificat universitaire, baccalauréat et maîtrise. Douze (54%) des 22 participantes avaient un diplôme collégial, une seule participante (5%) avait un certificat universitaire, huit d'entre elles (36%) détenaient un baccalauréat et seulement une (5%) possédait une formation de niveau maîtrise. Ainsi, 41% des participantes détenaient un niveau de formation universitaire (certificat universitaire et baccalauréat). La figure 7 montre le pourcentage (%) de participantes dans chaque niveau de formation.

Niveau de formation

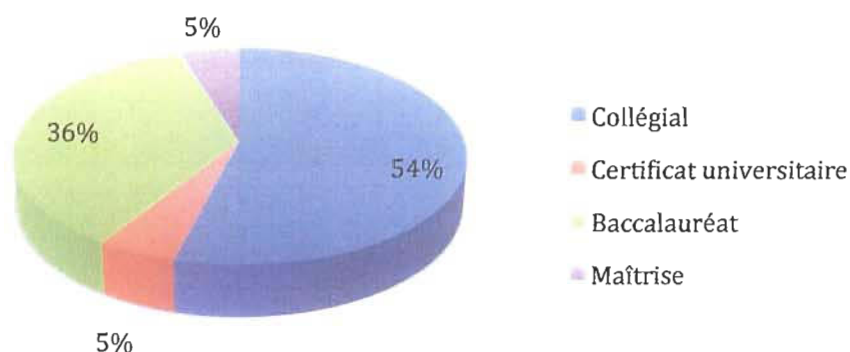


Figure 7. Pourcentage (%) de participantes dans chaque niveau de formation.

Ce constat est représentatif de la population d'infirmières au Québec. En effet, pour les années 2010-2011, au Québec, le nombre d'infirmières inscrites au tableau de l'ordre était de 34,9% (baccalauréat) alors qu'en tenant compte de la proportion de celles ayant un certificat universitaire de premier cycle la proportion augmentait à 44,5% (OIIQ, 2011).

Quarts de travail

Les quarts de travail sur lesquels travaillaient les participantes étaient : de jour (8h00 à 16h00), de soir (16h00 à 0h00) et de nuit (0h00 à 8h00). Les quarts de travail se répartissent comme suit : neuf (41%) travaillaient sur le quart de jour, neuf (41%) travaillaient de soir et quatre (18%) travaillaient de nuit. Puisque 18 (82%) des 22 participantes travaillaient sur le quart de jour ou de soir, ces deux quarts de travail constituent les deux modes. La figure 8 expose le pourcentage de participantes (%) associé aux différents quarts de travail.

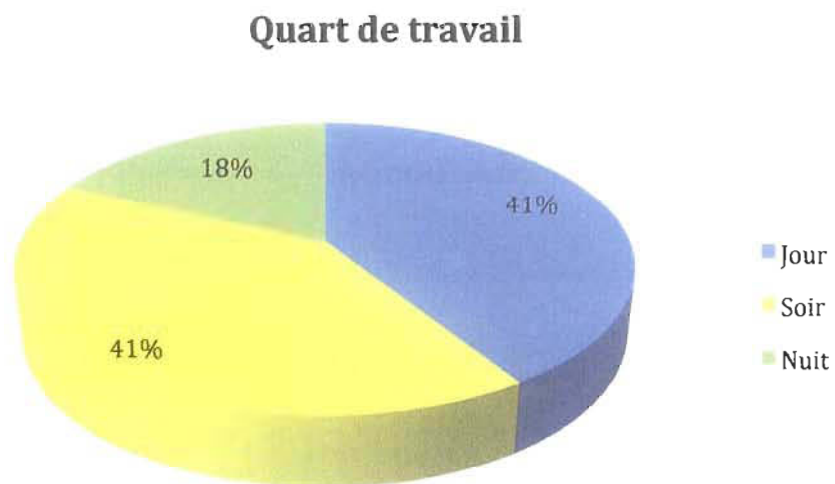


Figure 8. Pourcentage (%) de participantes associé aux différents quarts de travail.

Il est clair que les participantes travaillent majoritairement sur les quarts de travail de jour et de soir. Ce constat est lié en partie à l'absence d'agent multiplicateur sur le quart de nuit.

Statut

Le statut des infirmières est exprimé en trois catégories, soit temps complet (TC), temps partiel occasionnel (TPO) et temps partiel régulier (TPR). Ce dernier se répartit de la manière suivante : douze (54%) étaient TC, une (5%) était TPO et neuf (41%) étaient TPR. Le statut ressortant le plus souvent à travers l'échantillon est le TC. La figure 9 démontre le pourcentage (%) de participantes associé aux différents statuts.

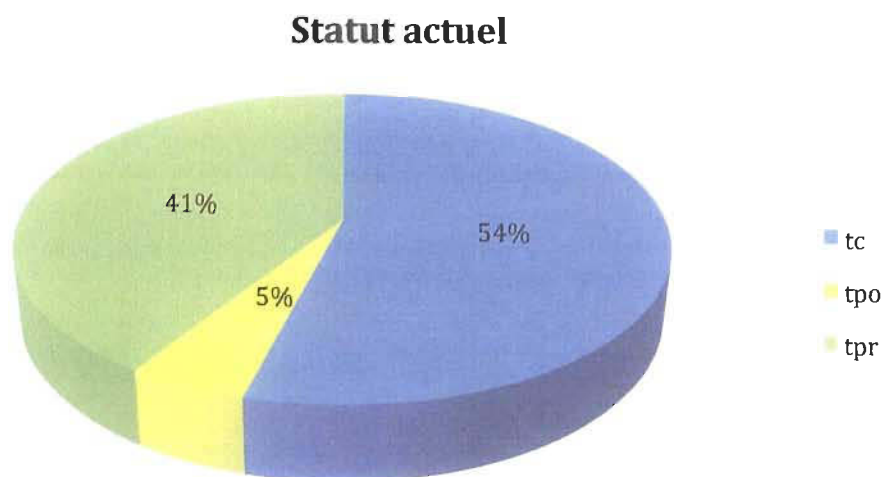


Figure 9. Pourcentage (%) de participantes associé aux différents statuts.

Quatre-vingt-quinze pour cent des participantes ont un statut TC ou TPR. Une seule participante a un statut TPO. Avoir un statut TC ou TPR veut dire que la participante détient un poste dans le secteur parent-enfant. Tandis qu'avoir un statut TPO signifie que la participante n'a pas de poste dans le secteur, mais occupe davantage un poste d'équipe volante ou de relève et se voit combler les besoins de l'employeur sur d'autres départements. L'étudiante chercheuse peut donc affirmer que 95% de l'échantillon détient un poste dans le secteur parent-enfant. Dans le milieu, il est observable que les participantes avec un statut TC et TPR travaillent plus souvent en obstétrique que celles détenant un statut TPO.

Nombres de quarts de travail en obstétrique par semaine

Le nombre moyen de quarts de travail en obstétrique est comptabilisé par semaine. Ce dernier est variable, selon la participante et le statut qu'elle détenait. Celui-ci variait de 0,4 à 5 quarts de travail par semaine et son étendue était de 4,6. Le nombre moyen de quarts de travail travaillés par semaine était de trois avec un écart-type de un. Ainsi, 54% de l'échantillon travaille de 3 à 4,9 quarts par semaine en obstétrique. La figure 10 présente le nombre de participantes dans chacune des catégories relatives au nombre de quarts travaillés par semaine en obstétrique.

Quarts travaillés par semaine, obstétrique

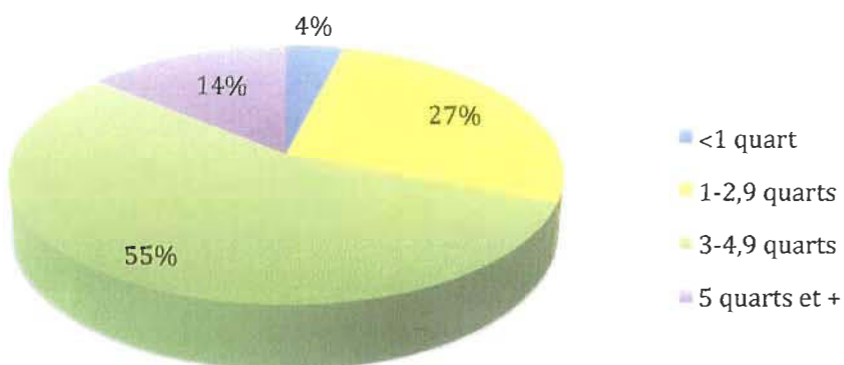


Figure 10. Quarts travaillés par semaine, obstétrique.

Ces résultats vont dans le même sens que la question précédente. Il est logique qu'un échantillon constitué de participantes avec un statut TC ou TPR donne des résultats semblables, c'est-à-dire des participantes travaillant majoritairement entre 3 et 4,9 quarts par semaine en obstétrique.

Expérience d'accouchement

Les participantes ont été questionnées sur leur expérience personnelle relative au vécu d'un accouchement. Ces dernières avaient le choix de répondre par oui ou par non à la question suivante : « Avez-vous déjà accouché? » De ce fait, 19 (86%) des 22 participantes ont déjà vécu au moins un accouchement, alors que trois (14%) n'ont jamais vécu d'accouchement. Le mode constitue la catégorie des participantes ayant déjà accouché. La figure 11 permet de visualiser le pourcentage (%) de participantes ayant ou non vécu de façon personnelle un accouchement.

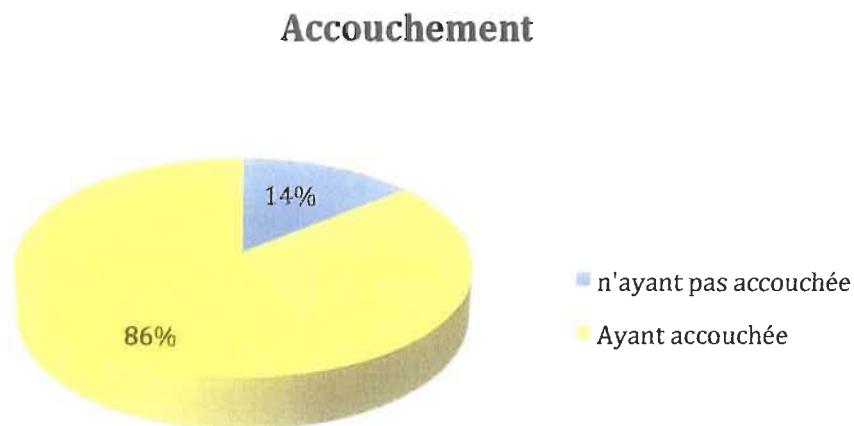


Figure 11. Pourcentage (%) de participantes ayant ou non accouché.

De ce fait, 86% de l'échantillon a affirmé avoir déjà vécu l'expérience d'un accouchement. Ce résultat n'est pas surprenant étant donné que plus de la moitié de l'échantillon avait un âge supérieur à 36 ans.

Formation soutien

Les participantes ont été questionnées sur la formation reçue, au cours de leur carrière, quant au soutien des parturientes. Ces dernières avaient le choix de répondre par oui ou par non à la question suivante : « Avez-vous reçu de la formation sur le soutien aux parturientes? ». Ainsi, 21 (95%) des 22 participantes

n'ont jamais reçu de formation concernant le soutien aux parturientes. Seulement une (5%) des participantes en a reçu et il était question d'une conférence. Le mode appartient à la réponse non. La figure 12 fait ressortir le pourcentage (%) de participantes qui ont reçu de la formation sur le soutien aux parturientes et aussi celles qui n'en ont pas reçu.

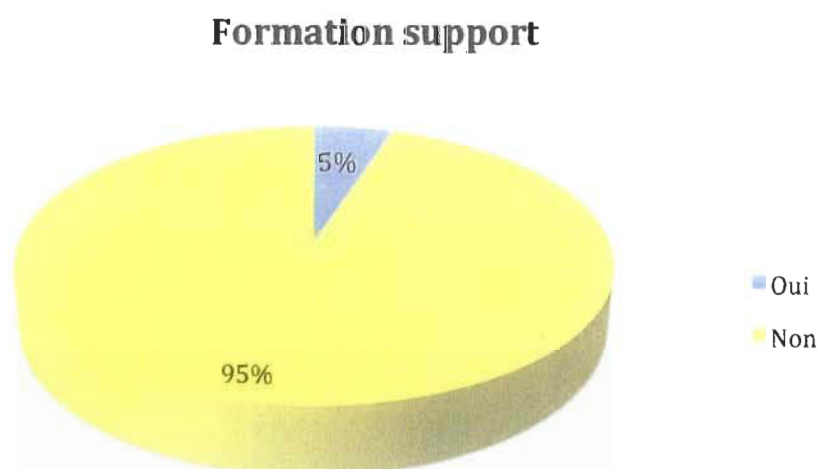


Figure 12. Pourcentage (%) de participantes ayant reçu ou non de la formation sur le soutien aux parturientes.

Ces données démontrent que les participantes ont très peu ou pas de formation sur le soutien aux parturientes. Ce constat est appuyé par la recension des écrits et il vient justifier la pertinence de la présente recherche.

Le tableau 12 présente le détail des données sociodémographiques et personnelles (question 1 à 9) pour chacune des 22 participantes.



Tableau 12

Données sociodémographiques et personnelles

Participant	Q1 Groupe d'âge	Q2 Infirmière (années)	Q3 Infirmière Obstétrique (années)	Q4 Quart travail	Q5 Formation	Q6 Statut	Q7 Quart travaillé	Q8 Accouchem ent (personnel)	Q9 Formation soutien
P1	26-30	5	4,5	Soir	baccalauréat	tpr	1	oui	non
P2	51 et+	20	20	Soir	collégial	tc	5	oui	non
P3	41-50	21,7	21	Jour	collégial	tc	5	oui	non
P4	41-50	19	18	Jour	collégial	tc	4	oui	non
P5	31-35	14	2,5	Jour	baccalauréat	tc	3	oui	non
P6	26-30	11,4	2,4	Soir	collégial	tc	3,5	oui	non
P7	20-25	4,5	2,5	Soir	baccalauréat	tpr	2,5	non	non
P8	31-35	11,5	8,2	Soir	collégial	tpr	3,5	oui	non
P9	26-30	5,4	2	Soir	baccalauréat	tpr	2	oui	non
P10	41-50	9,4	7	Soir	collégial	tpr	3,5	oui	non
P11	36-40	11,5	9,5	Nuit	collégial	tc	4	oui	non
P12	31-35	13,4	9,3	Soir	baccalauréat	tpr	4	oui	non
P13	31-35	12,5	0,5	Jour	baccalauréat	tpo	0,6	oui	non
P14	31-35	2	1	Nuit	baccalauréat	tpr	2	oui	non
P15	26-30	6	4	Soir	collégial certificat	tc	5	oui	non
P16	31-35	14,5	0,3	Jour	universitaire	tpr	3	oui	non
P17	41-50	30	28	Jour	collégial	tpr	4	oui	non
P18	51 et+	31	29	Jour	maîtrise	tc	1	oui	oui
P19	31-35	12,8	1,3	Jour	collégial	tc	3	non	non
P20	31-35	12,8	0,9	Jour	collégial	tc	4	oui	non
P21	20-25	2,8	1,3	Nuit	collégial	tc	3	non	non
P22	41-50	3	3	Nuit	baccalauréat	tc	2	oui	non

Fréquences d'utilisation des méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur

Les participantes ont été questionnées sur leur utilisation des différentes méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur. Ces dernières devaient marquer d'un trait les fréquences (jamais, quelques fois, souvent, toujours, et non applicable) qui représentaient le mieux leur réalité pour chaque item. Il y avait au total 18 items, soit l'ensemble des méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur répertoriée. À l'aide du tableau 13, le lecteur pourra apprécier le pourcentage d'utilisation des 18 méthodes de soulagement de la douleur selon les cinq catégories de fréquences d'utilisation.

Tableau 13

Les fréquences d'utilisation des méthodes non pharmacologiques de soulagement
de la douleur

Méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur	Fréquences d'utilisation				
	Jamais	Quelques fois	Souvent	Toujours	Non applicable
Bain	4,50%	0,00%	45,50%	50%	0%
Douche	86,40%	13,60%	0%	0%	0%
Massage	13,60%	40%	40,90%	4,50%	0%
Respiration	4,50%	18,20%	0%	77,30%	0%
Visualisation	40,90%	36,40%	9,10%	13,60%	0%
Mobilisation	0%	4,50%	40,90%	54,50%	0%
Position	4,50%	9,10%	45,50%	40,90%	0%
Relaxation	22,70%	36,40%	31,80%	9,10%	0%
Distraction	36,40%	31,80%	18,20%	13,60%	0%
Chant	90,90%	0,10%	0%	0%	0%
Acupression	50%	22,70%	22,70%	4,50%	0%
Chaud/froid	22,70%	54,50%	18,20%	4,50%	0%
Hygiène	40,90%	13,60%	9,10%	36,50%	0%
Nutrition	54,50%	13,60%	22,70%	9,10%	0%
Ballon de naissance	4,50%	0%	54,50%	36,40%	0%
Acupuncture	100%	0%	0%	0%	0%
Hypnose	100%	0%	0%	0%	0%
Aromathérapie	100%	0%	0%	0%	0%

Ce pendant, afin d'en faciliter l'analyse des résultats, les fréquences ont été regroupées. Les fréquences jamais et non applicable ont été mises ensemble et désignent que les participantes n'ont jamais utilisé cette méthode. Alors que les

fréquences quelques fois, souvent et toujours sont regroupées pour désigner que les participantes utilisent cette méthode.

Les méthodes sont présentées dans l'ordre d'apparition du questionnaire. Ainsi, 95% des participantes utilisent l'immersion dans le bain, 13,6% la douche, 86,4% le massage, 95,4% la respiration, 59,1% la visualisation, 100% la mobilisation, 95,5% le positionnement, 77,3% la relaxation, 63,6% la distraction, 9,1% le chant, 50% l'acupression, 77,3% l'application de chaud/froid, 59,1% l'hygiène, 45,5% la nutrition et 90,9% le ballon de naissance. Aucune participante n'utilise l'acupuncture, l'hypnose et l'aromathérapie. La figure 13 résume l'utilisation en pourcentage (%) des 22 participantes, pour chacune des méthodes de soulagement de la douleur.

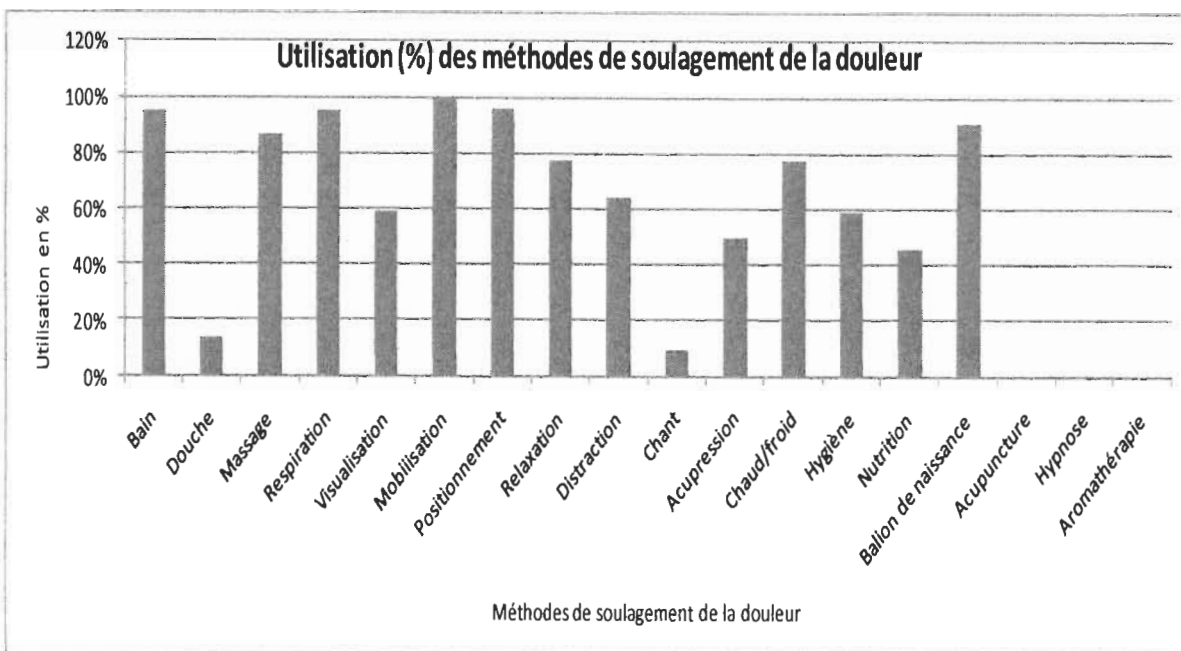


Figure 13. Utilisation des méthodes de soulagement de la douleur.

Ainsi, il est facile de repérer que les méthodes de soulagement de la douleur les plus utilisées sont : la mobilisation, les positions, la respiration, l'immersion dans le bain, le ballon de naissance et le massage. Cela vient confirmer la pertinence du choix de l'étudiante chercheuse quant au contenu de la formation puisque les méthodes sélectionnées se retrouvent parmi celles qui sont le plus utilisées des participantes préalablement à la formation. Il est à souhaiter qu'une formation sur ces méthodes non pharmacologiques ait pour effet d'augmenter les connaissances des participantes alors que la presque totalité n'a jamais eu de formation sur ce sujet.

Les cinq méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur les plus utilisées en ordre décroissant.

Lors de cette question, il était demandé aux participantes d'énumérer en ordre décroissant, de la plus utilisée à la moins utilisée, des méthodes non pharmacologiques que constituaient les 18 items de la question précédente. L'étudiante chercheuse suggérait d'en nommer cinq. En première place, les participantes ont nommé à 47,6% l'immersion dans le bain, à 42,9% la respiration et à 48% le massage et le ballon de naissance. En seconde place, elles ont nommé à 28,6% l'immersion dans le bain et la mobilisation, à 23,8% le ballon de naissance, à 9,5% le massage et à 4,8% la respiration et le positionnement. En troisième place, ces dernières ont choisi à 23,8% la mobilisation, à 19% l'immersion dans le bain et la mobilisation, à 9,5% le ballon de naissance et le massage, à 4,8% la respiration, la visualisation, l'acupuncture et l'hygiène. Comme quatrième choix, les participantes ont mentionné à 28% le ballon de naissance, à 23,8% la respiration, à 19% le positionnement, à 9,5% la mobilisation et à 4,8% le massage, la relaxation, la distraction et l'application de chaud/froid. Finalement, en cinquième position, les participantes ont nommé à 19% le massage et le ballon de naissance, à 14,3% la respiration, la mobilisation et la réflexologie et à 4,8% la visualisation, le positionnement la distraction et la nutrition.

À la lumière de ces résultats, les méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur les plus utilisées par les participantes sont l'immersion dans le bain, la respiration, le ballon de naissance, la mobilisation et le massage. Ce constat vient rajouter de la valeur aux résultats, car ils sont congruents avec ceux de la question précédente. Les résultats disaient que les méthodes les plus utilisées étaient la mobilisation, les positions, la respiration, l'immersion dans le bain, le ballon de naissance et le massage. Les participantes ont été constantes dans leurs réponses lors de la question précédente et de celle-ci. Ce qui rajoute de la force aux résultats et à leur interprétation.

La prochaine section, soit celle dédiée aux connaissances, se divise en deux parties: les connaissances individuelles et les connaissances selon les différentes catégories (les bienfaits des méthodes non pharmacologiques, les connaissances reliées aux effets généraux du stress, les connaissances reliées à l'hydrothérapie, les connaissances reliées à la mobilisation et au positionnement ainsi que les connaissances reliées au ballon de naissance).

5.2 Connaissances individuelles

La présente section porte sur les résultats quant aux connaissances des participantes. Les onze questions reliées aux connaissances des participantes sont

vues individuellement. Parmi ces questions, quelques-unes comportaient des sous-questions, pour un total de trente questions. Avant de présenter les résultats et l'analyse y étant reliés, il importe de mentionner que la question huit a été retirée du prétest et posttest. Cette question demandait d'associer les différentes méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur avec l'effet qu'elle procure. La majorité des participantes ont attribué plusieurs effets par méthode, ce qui permet à l'étudiante chercheuse de douter de la compréhension de cette question. La question n'a pas été prise en considération lors de l'analyse des données. Elle n'a pas été compilée puisqu'il manquait de précision dans sa formulation, rendant son interprétation difficile et pouvant ainsi biaiser les résultats. Ainsi, la question huit est inexistante dans les tableaux et figures à venir.

Des analyses statistiques, plus précisément, des analyses descriptives, ont été effectuées sur les données obtenues. Des calculs de tendance centrale et de variabilité ont été effectués, soit des moyennes, écarts-types, mode et étendue. Les moyennes obtenues ont également été soumises à des tests statistiques paramétriques, un test t et χ^2 ($\dagger p < 0.10$; $*p < 0,05$; $**p < 0,01$; $***p < 0,001$). Elles sont présentées dans l'ordre des questions posées. Il est à noter que les analyses des questions sont arborées de manière à faire ressortir les faits saillants soit : les questions les plus réussies et les moins réussies lors du pré et posttest.

La question 1a visait à identifier des avantages qu'offrent les méthodes non pharmacologiques aux parturientes. Les répondantes obtenaient un point pour chaque bonne réponse, pour un maximum de 4 points. Le score total pour cette question pouvait donc varier entre 0 et 4 points. La moyenne obtenue lors du prétest était de 1,90/4 (48%) avec un écart-type de 1,22 alors qu'au posttest, la moyenne était de 3,13/4 (78%) avec un écart-type de 1,27. Le test t effectué sur ces deux moyennes a révélé une augmentation significative ($t=-3,644$, $dl = 42$, $p < 0,001^{***}$) des connaissances. Quant à la question 1b, elle abordait les effets du stress chez les parturientes. Pour chaque effet correctement identifié, l'infirmière obtenait un point, pour un maximum de 3 points. Le score moyen au prétest était donc de 2,04/3 (68%) avec 0,52 comme écart-type et celui du posttest était de 2,54/3 (84%) avec 0,64 comme écart-type. Le test t effectué sur ces deux moyennes a révélé une augmentation significative ($t=-2,175$, $dl = 42$, $p < 0,05$) des connaissances. La dernière question, 1c, portait sur les effets du stress pendant le travail chez le fœtus. Les infirmières devaient nommer correctement deux effets, un point étant attribué pour chaque bonne réponse. Le score total pouvait donc varier entre 0 et 2 points. La moyenne au prétest était de 1,22/2 (61%) avec un écart-type de 0,66 tandis qu'au posttest, la moyenne était de 1,81/2 (90%) avec un écart-type de 0,53. Le test t effectué sur ces deux moyennes a révélé une augmentation significative ($t=-2,151$, $dl = 37,57$, $p < 0,05$) des connaissances.

La deuxième question portait, quant à elle, sur les catégories du soutien. Sur les quatre choix de réponse proposés, seulement un était accepté. Les infirmières obtenaient donc 1 point lorsqu'elles identifiaient la réponse correcte et aucun point lorsqu'elles encerclaient une des réponses erronées. Étant donné le caractère dichotomique de cette question, l'utilisation du χ^2 comme test statistique s'impose. En effet, au prétest 2 répondantes (9,1%) ont obtenu une bonne réponse, alors qu'au posttest, leur nombre s'est élevé à 12 (54,5%). Le test du χ^2 a donc révélé une augmentation significative ($\chi^2 = 10,476$, $dl = 1$, $p < 0,001$) des connaissances.

La troisième question était divisée en cinq sous questions de type vrai ou faux. Un point a été attribué par bonne réponse. Étant donné la nature dichotomique de la question, l'utilisation du test du χ^2 s'avère encore une fois nécessaire. La question 3a portait sur l'importance de la température de l'eau lors de l'immersion dans le bain. Les vingt-deux répondantes (100%) ont obtenu un point autant au prétest qu'au posttest.. Étant donné que la proportion de bonnes réponses est demeurée constante, aucun test n'était pertinent à appliquer. La question 3b portait sur les conséquences d'une mauvaise utilisation du bain. Treize infirmières (59,1%) ont répondu correctement au prétest, alors qu'au posttest, leur nombre s'est élevé à 16 (72,7%). Le test du χ^2 effectué sur ces résultats n'a révélé aucune augmentation significative ($\chi^2 = 0,910$, $dl = 1$, $p = 0,340$) des connaissances. La

question 3c abordait le moment où la parturiente doit aller dans le bain. Au prétest, il est possible de comptabiliser 14 bonnes réponses (63,6%) et au posttest, 15 (68,2%). Le test du χ^2 effectué sur ces deux moyennes n'a révélé aucune augmentation significative ($\chi^2=0,101$, $dl = 1$, $p = 0,750$) des connaissances. La question 3d portait sur l'importance que la parturiente soit submergée jusqu'au cou afin de retirer les meilleurs avantages du bain. Douze infirmières (54,5%) ont fourni une réponse adéquate au prétest, et leur nombre s'est élevé à 20 (90,9%) au posttest.. Le test du χ^2 effectué sur ces deux pourcentages a révélé une augmentation significative ($\chi^2=7,333$, $dl = 1$, $p < 0,01$) des connaissances. Le dernier énoncé, soit le 3e, s'intéressait à l'utilisation du bain lors de la phase de latence. Lors du prétest, 11 répondantes (50,0%) ont fourni une bonne réponse, alors qu'elles étaient 17 (77,3%) au posttest. Le test du χ^2 effectué sur ces deux pourcentages n'a pas révélé une augmentation significative ($\chi^2=3,536$, $dl = 1$, $p = 0,06$) des connaissances. Par contre, le résultat est marginalement significatif et proche du seuil préétabli de 0,05, ce qui permet de conclure à une tendance vers l'amélioration.

La quatrième question avait pour but de nommer les effets bénéfiques de l'immersion dans le bain. Elle nécessitait une réponse à court développement consistant en trois effets bénéfiques afin d'obtenir le score maximal. Un point par bonne réponse était alloué. La possibilité d'obtenir un score sur une échelle

continue allant de 0 à 3 demande de privilégier le test t en tant que test statistique. La moyenne obtenue au prétest était 2,54/3 (84%) avec un écart-type de 0,45 alors que la moyenne obtenue au posttest était de 2,90/3 (97%) avec un écart-type de 0,09. Le test t effectué sur ces deux moyennes a révélé une augmentation significative des connaissances ($t=-2,328$, $dl = 28,79$, $p < 0,05$).

Quant à elle, la question 5 était composée de cinq sous-questions de type vrai ou faux. Les participantes obtenaient un point pour chaque bonne réponse. La question 5a portait sur l'effet d'utiliser une variété de positions lors du travail. Autant au prétest qu'au posttest, les 22 infirmières (100%) ont obtenu un point. Étant donné que la proportion de bonnes réponses est demeurée constante, aucun test n'était pertinent à appliquer. La question 5b abordait l'efficacité de la mobilisation lors de la première phase du travail. Lors du prétest, toutes les participantes (100%) ont obtenu une bonne réponse, alors qu'elles étaient 21 (95,5%) au posttest. Le test du χ^2 effectué sur ces deux résultats n'a révélé aucune différence significative ($\chi^2=1,023$, $dl = 1$, $p = 0,312$) quant aux connaissances. La question 5c portait sur les effets d'alterner les positions sur l'oxygénation du fœtus. Au prétest, 21 infirmières (95,5%) ont obtenu un point pour leur réponse, alors qu'au posttest, la totalité des participantes (100%) ont fourni une bonne réponse. Le test du χ^2 effectué sur ces deux résultats n'a révélé aucune augmentation significative ($\chi^2=1,023$, $dl = 1$, $p = 0,312$) des connaissances. La question 5d

abordait la position offrant le plus de confort à la parturiente lors de la poussée. Lors du prétest, 20 infirmières ont fourni une bonne réponse (90,9%), alors que la totalité des participantes (100%) ont répondu correctement au posttest.. Le test du χ^2 effectué sur ces deux proportions n'a révélé aucune augmentation significative ($\chi^2=2,095$, $df = 1$, $p = 0,148$) des connaissances. La 5e question, quant à elle, parlait des actions à poser lorsqu'il y a une diminution de la progression du travail. Au prétest, 21 participantes (95,5%) ont fourni une réponse adéquate, alors que leur nombre a chuté à 20 (90,9%) lors du posttest. Le test du χ^2 effectué sur ces deux scores n'a révélé aucune différence significative ($\chi^2=0,358$, $df = 1$, $p = 0,550$) quant au niveau des connaissances.

Quant à elle, la question 6 était composée de quatre sous-questions à court développement, nécessitant l'énumération d'un ou plusieurs éléments de réponse chacune. La question 6a abordait la position pouvant diminuer la rapidité d'un second stade. Un point était accordé lorsque la participante fournissait la bonne réponse, aucun point n'était accordé pour toute autre réponse. Le caractère dichotomique de cette question nécessitait donc de privilégier le χ^2 en tant que test statistique. Lors du prétest, 13 infirmières (59,1%) ont obtenu un point, alors que leur nombre s'est élevé à 18 (81,8%) lors du posttest. Le test du χ^2 effectué sur ces deux résultats n'a pas révélé d'augmentation significative ($\chi^2=2,730$, $df = 1$, $p = 0,099$) des connaissances. Par contre, la valeur du p approchant le seuil de

signification préétabli à 0,05, il est possible de conclure à une tendance vers l'amélioration. La question, 6b portait sur les positions pouvant être antalgiques pour la parturiente. Les participantes obtenaient un point par bonne réponse, pour un maximum de quatre points. Le score moyen obtenu au prétest était de 3,77/4 (94%) avec un écart-type de 0,18 alors qu'au posttest, le score moyen a chuté à 3,68/4 (92%) avec un écart-type de 0,32. Le test t effectué sur ces deux moyennes n'a révélé aucune différence significative ($t=0,599$, $dl = 42$, $p = 0,552$) quant au niveau des connaissances. La question 6c abordait les positions pouvant être adoptées lors de la poussée. Les infirmières pouvaient obtenir un score maximum de trois points, soit un par bonne réponse accordée. La moyenne au prétest est de 3/3 (100%) alors qu'au posttest, elle a diminué à 2,96/3 (99%) avec un écart-type de 0,04. Le test t effectué sur ces deux moyennes n'a révélé aucune différence significative dans le niveau de connaissances des participantes ($t=-1,000$, $dl = 21,00$, $p = 0,329$). La question 6d parlait des avantages pour la parturiente d'adopter une position verticale lors du travail. Les participantes pouvaient obtenir un score maximum de trois points, soit un par bonne réponse. Le score moyen au prétest était 2,40/3 (80%) avec un écart-type de 0,44; lors du posttest, il était de 2,68/3 (89%) avec un écart-type de 0,41. Le test t effectué sur ces deux moyennes n'a pas révélé d'augmentation significative ($t=-1,378$, $dl = 42$, $p = 0,175$) des connaissances.

La septième question portait sur les positions à adopter lorsqu'il y a suspicion d'un positionnement non favorable du fœtus. La moyenne obtenue au prétest était de 1,13/3 (38%) avec comme écart-type 0,60, alors qu'au posttest, elle était de 1,18/3 (39%) avec comme écart-type 0,34. Le test t effectué sur ces deux moyennes n'a révélé aucune augmentation significative $t = -0,219$, $dl = 42$, $p = 0,828$) ($\chi^2=2,658$) des connaissances.

La neuvième question était composée de quatre sous-questions de type vrai ou faux. Comme pour les questions précédentes, un point par bonne réponse a été alloué. Les énoncés de type vrai ou faux nécessitent l'utilisation du χ^2 en tant que test statistique. La question 9a portait sur les effets des mouvements du bassin sur la rotation et la descente du fœtus. Autant au prétest qu'au posttest, toutes les participantes (100%) ont fourni une bonne réponse.. Étant donné que les scores sont demeurés constants, aucun test n'était pertinent à appliquer. La question 9b abordait, quant à elle, les effets des mouvements du bassin sur la gravité. Lors du prétest, 20 participantes (90,9%) ont obtenu un point, alors que leur nombre a diminué à 19 (86,4%) lors du posttest. Le test du χ^2 effectué sur ces deux moyennes n'a révélé aucune différence significative ($\chi^2=0,226$, $dl = 1$, $p = 0,635$) quant au niveau de connaissances. Au prétest, 19 participantes (86,4%) ont donné une bonne réponse, alors qu'elles n'étaient que 18 au posttest (81,8%). Le test du χ^2 effectué sur ces deux proportions n'a révélé aucune différence significative (χ^2

=0,170, $dl = 1$, $p = 0,680$) quant au niveau de connaissances des participantes. La question 9d parlait des gémissements rythmés que fait la parturiente lors de son travail. Lors du prétest, 9 répondantes (40,9%) ont donné une bonne réponse, alors que leur nombre s'est élevé à 16 (72,7%) lors du posttest. Le test du χ^2 effectué sur ces deux proportions a révélé une augmentation significative ($\chi^2=4,539$, $dl = 1$, $p < 0,05$) des connaissances.

La dixième question était composée de quatre sous-questions de type vrai ou faux. Un point par bonne réponse a été alloué. Comme pour les questions précédentes, les énoncés de type vrai ou faux nécessitent l'utilisation du χ^2 en tant que test statistique. Pour la question, 10a, il était question de la clientèle ciblée par le ballon de naissance. Autant lors du prétest que du posttest, 21 participantes (95,5%) ont donné une bonne réponse. Puisque la proportion de réponses correctes est demeurée identique, aucun test statistique n'a été nécessaire. Ce fut également le cas pour la question 10b, puisque lors des deux passations du questionnaire, 20 participantes (90,9%) ont obtenu une bonne réponse. La question 10c parlait de l'utilisation du ballon de naissance après la rupture des eaux. Au prétest, 21 infirmières (95,5%) ont obtenu un point, alors que leur nombre d'est élevé à 22 (100%) lors du posttest. Le test du χ^2 effectué sur ces deux proportions n'a révélé aucune augmentation significative ($\chi^2=1,023$, $dl = 1$, $p = 0,312$) des connaissances. La question 10d abordait l'utilisation du ballon de naissance lors de la première

phase du travail. Au prétest, 15 participantes (68,2%) ont fourni une bonne réponse, alors qu'elle n'étaient plus que 14 (63,6%) lors du posttest. Le test du χ^2 effectué sur ces deux proportions n'a révélé aucune augmentation significative ($\chi^2 = 0,101$, $df = 1$, $p = 0,750$) des connaissances.

Pour la onzième question, les participantes devaient identifier, parmi sept choix de réponse, les avantages à utiliser le ballon de naissance. Puisque les sept choix présentés constituaient des avantages, les répondantes obtenaient un point par réponse encadrée, pour un maximum de 7 points. Comme le score obtenu pour cette question se situe sur une échelle continue allant de 0 à 7, l'utilisation du test t s'impose. Le score moyen obtenu au prétest était de 5,59/7 (80%) avec un écart-type de 1,97 alors qu'au posttest, il était de 6,04/7 (82%) avec un écart-type de 5,59. Le test t effectué sur ces deux moyennes n'a révélé aucune augmentation significative ($t = -1,104$, $df = 42$, $p = 0,276$) des connaissances.

La douzième question évoquait le meilleur moment pour utiliser le ballon de naissance. Les participantes ayant indiqué la bonne réponse obtenaient un point, alors que pour toute autre réponse, aucun point n'était accordé. L'utilisation du χ^2 s'est imposée, étant donné le caractère dichotomique de cette question. Au prétest, 9 participantes (40,9%) ont obtenu une bonne réponse, alors que leur nombre s'est élevé à 12 (54,5%) lors du posttest. Le test du χ^2 effectué sur ces deux

proportions n'a révélé aucune augmentation significative ($\chi^2=0,820$, $dl = 1$, $p = 0,365$) des connaissances.

Le tableau 14 ci-dessous expose les scores obtenus et les tests relatifs (test t ou khi²) aux connaissances individuelles des participantes, pour chacune des 30 questions. Dans le cas des questions de type vrai ou faux ou ayant une réponse unique, la proportion de bonnes réponses (%) est présentée. En ce qui concerne les questions à développement nécessitant plusieurs éléments de réponse, un score moyen est calculé sous forme de pourcentage. L'ordre des questions présenté est le même que celui du prétest.

Tableau 14

Moyenne (écart-type), test t et χ^2 relatifs aux connaissances individuelles des participants

Question	Prétest	Posttest	Prétest	Posttest	Test t	χ^2	p
	Moyenne (écart-type) Prétest	Moyenne (écart-type) posttest	Moyenne (%) prétest	Moyenne (%) posttest			
1a	1,90(1,22)	3,14(1,27)	48%	78%	-3.644		< 0,001
1b	2,05(0,52)	2,55(0,64)	68%	84%	-2.175		0,035
1c	1,23(0,66)	1,68(0,53)	61%	90%	--2.150		0,038
2			9%	54%		10.476	< 0,001
3a			100%	100%		Constante	
3b			59%	72%		0.910	0,340
3c			63%	68%		0.101	0,350
3d			54%	90%		7.333	0,007
3e			50%	77%		3.536	0,060
4	2,54(0,45)	2,90(0,09)	84%	97%	-2.328		0,027
5a			100%	100%		Constante	
5b			100%	96%		1.023	0,312
5c			96%	100%		1.023	0,312
5d			90%	100%		2.095	0,148
5e			96%	90%		0.358	0,550
6a			59%	81%		2.730	0,099
6b	3,77(0,18)	3,68(0,32)	74%	92%	0.599		0,027
6c	3,00(0)	2,96(0,04)	100%	99%	1.000		0,553
6d	2,40(0,44)	2,68(0,41)	80%	89%	-1.378		0,175
7	1,13(0,60)	1,18(0,34)	38%	39%	-0.219		0,828
9a			100%	100%		constante	
9b			90%	86%		0.226	0,635
9c			86%	81%		0.170	0,680
9d			40%	72%		4.539	0,033
10a			96%	96%		constante	
10b			90%	90%		constante	
10c			96%	100%		1.023	0,312
10d			68%	63%		0.101	0,750
11	5,59(1,97)	6,04(5,59)	80%	82%	-1.104		0,276
12			40%	54%		0.820	0,365

De ces résultats, il est possible de tirer des conclusions intéressantes. En premier lieu, la moyenne obtenue lors du prétest et posttest a été calculée pour chacune des trente questions. Selon les moyennes issues du tableau 14 concernant l'évolution pour chacune des trente questions, il en ressort que 64% des questions ont connu une augmentation, 13% sont restées identiques alors que 23% ont vu leur score diminuer.

Ces résultats peuvent s'expliquer par plusieurs facteurs qui ont pu avoir une influence favorable sur ceux-ci. De façon générale, il est possible d'affirmer que les stratégies proposées par Gagné (1976) et utilisées lors de la dispensation de la formation se sont avérées efficaces en se traduisant par une augmentation des connaissances et la rétention de celles-ci. De plus, il est possible d'affirmer que l'expertise de l'étudiante chercheuse en périnatalité acquise au cours de ce mémoire, la rigueur du contenu de la formation et la qualité de l'enseignement ont eu l'effet souhaité.

Le fait que 13% des questions sont demeurées inchangées pourrait être attribuable aux connaissances relativement élevées des participantes préalablement à la formation. De plus, cela pourrait être en lien avec le fait que les agents multiplicateurs devaient détenir un poste en obstétrique et avoir une expérience de travail sur ce même département d'au moins une année. Conséquemment, il est

possible que les agents multiplicateurs aient de très bonnes connaissances concernant le soutien aux parturientes avant la formation.

Enfin, 23% des 30 questions ont connu une diminution de leur moyenne. Peut-être que les questions comprises dans le prétest et posttest n'étaient pas très claires, concises et précises. Ces dernières ne permettaient peut-être pas aux agents multiplicateurs et aux participantes de réaliser leur plein potentiel. Ce constat pourrait aussi être attribuable au déroulement de la recherche. Par exemple, un délai trop court entre la dispensation de la formation et le posttest. Les agents multiplicateurs et les participantes n'ont peut-être pas bénéficié de suffisamment de temps afin d'assimiler l'ensemble des connaissances. Par contre, il est à noter qu'à chaque fois qu'une diminution a été enregistrée, il ne s'agissait que d'une participante sur le total de 22. De plus, aucune diminution significative n'a été enregistrée.

Avant d'analyser plus en profondeur les connaissances, il est à noter que sur les 30 questions, une variation significative des connaissances (* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$) a pu être observée pour sept d'entre elles, soit : 1a, 1b, 1c, 2, 3d, 4, 9d. De ce fait, il y a eu une augmentation significative des connaissances concernant les effets du stress, des méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur, sur la signification des gémissements rythmés que peut faire la parturiente

en travail et sur les classes du soutien. Ces questions sont toutes d'ordre théorique; il n'est pas facile de se référer à sa pratique courante afin de faire des liens. De ce fait, il est possible que ces thèmes étaient inconnus des participantes avant la formation. La section suivante porte sur les connaissances selon les différentes catégories.

5.3 Connaissances selon les catégories

Plus précisément, les données relatives aux connaissances des participantes, soit trente questions au total, ont été regroupées en catégories. Cette décision a été prise afin de faciliter les analyses et l'interprétation des résultats. Cette étape de catégorisation a été validée par un professeur en statistique à l'UQTR et la directrice du mémoire afin d'augmenter la crédibilité de cette recherche. Ainsi, les connaissances ont été regroupées en cinq catégories soit : les connaissances relatives aux bienfaits des méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur, aux effets généraux relatifs au stress, à l'immersion dans le bain, à la mobilisation et au positionnement et au ballon de naissance. Des analyses statistiques, plus précisément des analyses descriptives, ont été effectuées sur les données obtenues. Des calculs de tendance centrale et de variabilité ont été effectués, soit des moyennes et des écarts-types. Les moyennes obtenues ont

également été soumises à des tests statistiques paramétriques, un test t et χ^2 . Elles sont présentées dans l'ordre énuméré ci-dessus.

La première catégorie, soit *les connaissances des bienfaits des méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur*, regroupe les questions 1a, 4, 5a, 5b, 5c, 5d, 5e, 6d, 10b et 11. La deuxième catégorie, soit *les connaissances des effets généraux reliés au stress*, regroupe, quant à elle, les questions 1b, 1c et 9d. De même, la troisième catégorie, soit *les connaissances reliées au bain*, regroupe les questions 3a, 3b, 3c, 3d, 3e et 4. Une quatrième catégorie, soit *les connaissances reliées à la mobilisation et au positionnement*, regroupe, quant à elle, les questions 5a, 5b, 5c, 5d, 5e, 6a, 6b, 6c, 6d, 7, 9a, 9b, 9c et 9d. Enfin, la cinquième catégorie regroupe sous le thème des *connaissances reliées au ballon de naissance*, les questions 10a, 10b, 10c, 10d, 11 et 12. Les cinq catégories énumérées ci-dessus sont vues dans le même ordre.

Connaissances des bienfaits des méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur.

Pour cette première catégorie, la moyenne obtenue lors du prétest était de 18,18/23 (79%) avec un écart-type de 3,01, alors que pour le posttest, elle avait

augmentée à 20,54/23 (89%) avec un écart-type de 2,52. Le test effectué sur ces deux moyennes permet d'affirmer qu'il y a eu une augmentation significative des connaissances ($t = -2,819$, $dl = 42$, $p < 0,01$). C'est cette catégorie qui a obtenu le résultat moyen le plus élevé lors du posttest avec un score de 89%. La figure 14 montre la moyenne obtenue au prétest et posttest pour cette catégorie.

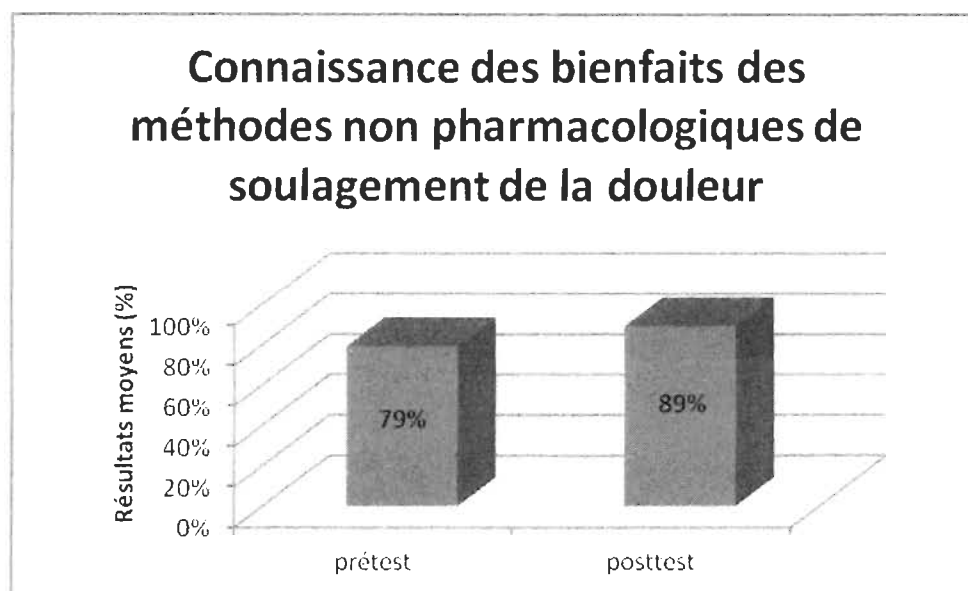


Figure 14. Moyenne prétest et posttest, catégorie connaissances des bienfaits des méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur.

Ces résultats démontrent que les participantes avaient déjà de bonnes connaissances relatives aux bienfaits des méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur. Toutefois, plus de la moitié des questions comprises dans cette catégorie étaient à répondre par vrai ou faux. Cette particularité a pu

jouer en faveur du résultat moyen au posttest puisque les connaissances ont été transmises par l'étudiante chercheuse lors de la dispensation de la formation. Il s'agissait d'éléments faciles à intégrer et la rétention était favorisée grâce à l'enseignement et aux supports visuels offerts par l'étudiante chercheuse.

Connaissance des effets généraux reliés au stress

Pour la seconde catégorie, la moyenne obtenue au prétest était de 3,68/6 (61%) avec un écart-type de 1,42, tandis qu'au posttest, elle était de 4,95/6 (82%) avec un écart-type de 1,21. Le test t appliqué sur ces deux moyennes permet à l'étudiante chercheuse d'affirmer qu'il y a une augmentation significative des connaissances ($t = -3,186$, $dl = 42$, $p < 0,01$). La figure 15 expose la moyenne obtenue au prétest et posttest pour cette catégorie.

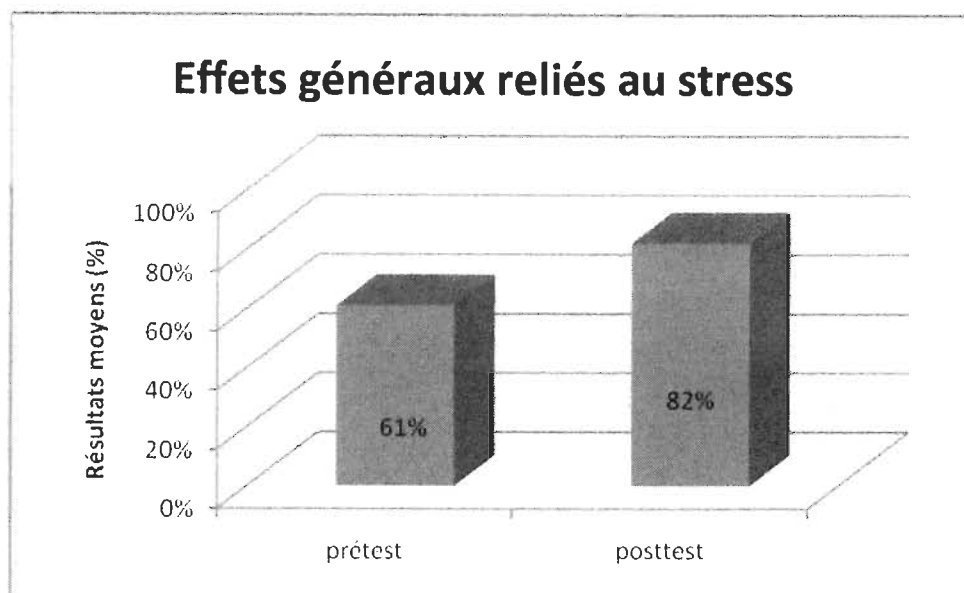


Figure 15. Moyenne prétest et posttest, catégorie connaissance des effets généraux reliés au stress.

Parmi les cinq catégories, c'est elle qui a obtenu un résultat moyen le plus faible et ce, tant au prétest qu'au posttest. L'étudiante chercheuse peut donc affirmer que c'est dans cette catégorie que les participantes ont le moins de connaissances ou que celles-ci étaient de nature erronée. Cela peut être dû aux questions comprises dans cette catégorie puisqu'elles portaient sur un concept abstrait qui est le stress. Ce thème était abordé lors de la partie magistrale de la formation par le biais d'un PowerPoint et ne comprenait pas de partie pratique. De ce fait, les participantes n'ont pas eu de démonstration ni de pratique supervisée pour cette catégorie.

Connaissances reliées au bain

Quant à la troisième catégorie, le score moyen obtenu au prétest était de 5,81/8 (72%) avec un écart-type de 1,05, alors qu'au posttest, il était augmenté à 7/8 (88%) avec un écart-type de 1,15. Le test t effectué sur ces deux moyennes permet d'affirmer qu'il y a une augmentation significative des connaissances ($t = -3,548$, $dl = 42$, $p < 0,001$). La figure 16 expose la moyenne obtenue au prétest et posttest pour cette catégorie.

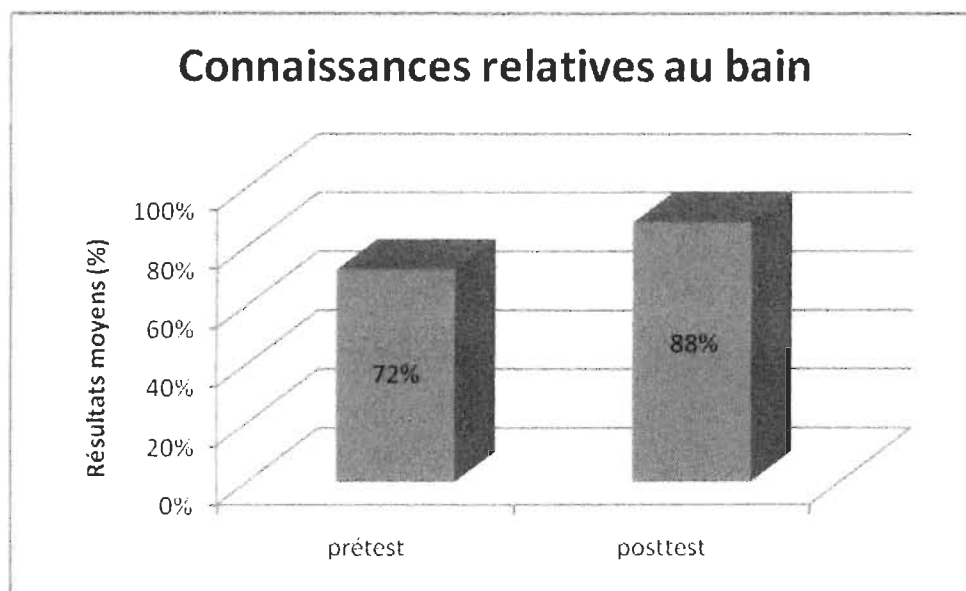


Figure 16. Moyenne prétest et posttest, catégorie connaissances relatives au bain.

Comme le démontrent les analyses, l'immersion dans le bain était une méthode déjà utilisée par les participantes. L'augmentation significative des

connaissances observées dans cette catégorie pourrait être attribuable à la manière dont la formation a été dispensée. Lors de la formation, toute l'information transmise concernant ce sujet était présentée sur une seule feuille, sous forme d'affiche. Une information juste et condensée pourrait avoir facilité le processus d'apprentissage et la rétention de l'information.

Connaissances reliées à la mobilisation et au positionnement

La quatrième catégorie avait obtenu un score moyen au prétest de 18,91/23 (82%) avec un écart-type de 1,82, alors qu'au posttest, il était passé à 19,59/23 (85%) avec un écart-type de 1,33. Le test t effectué sur ces deux moyennes n'a démontré aucune modification significative des connaissances ($t = -1,416$, $dl = 42$, $p = 0,164$). La figure 17 expose la moyenne obtenue au prétest et posttest pour cette catégorie.

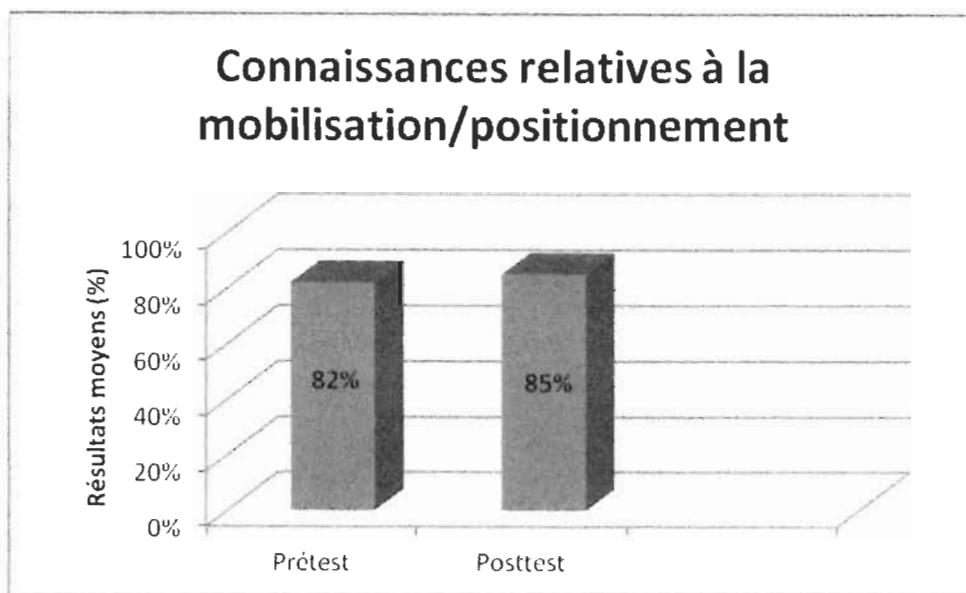


Figure 17. Moyenne prétest et posttest, catégorie connaissances reliées à la mobilisation et au positionnement.

C'est à l'intérieur de cette catégorie qu'a été observé le résultat le plus élevé lors du prétest. Les tests statistiques n'ont également pas démontré d'augmentation significative des connaissances. Il est possible que les participantes aient, préalablement à la formation, de fortes connaissances relatives à la mobilisation et au positionnement, et ce, sans avoir reçu de formation formelle. L'information transmise à ces dernières était possiblement déjà connue.

Connaissances reliées au ballon de naissance

La cinquième et dernière catégorie avait obtenu au prétest 9,5/12 (79%) de moyenne, avec un écart-type de 1,99 alors qu'au posttest, elle était grimpée à 10,09/12 (84%) avec un écart-type de 1,66. Le test t effectué sur ces deux moyennes n'a démontré aucune modification significative des connaissances ($t = -1,068$, $dl = 42$, $p = 0,291$). La figure 18 expose la moyenne obtenue au prétest et posttest pour cette catégorie.

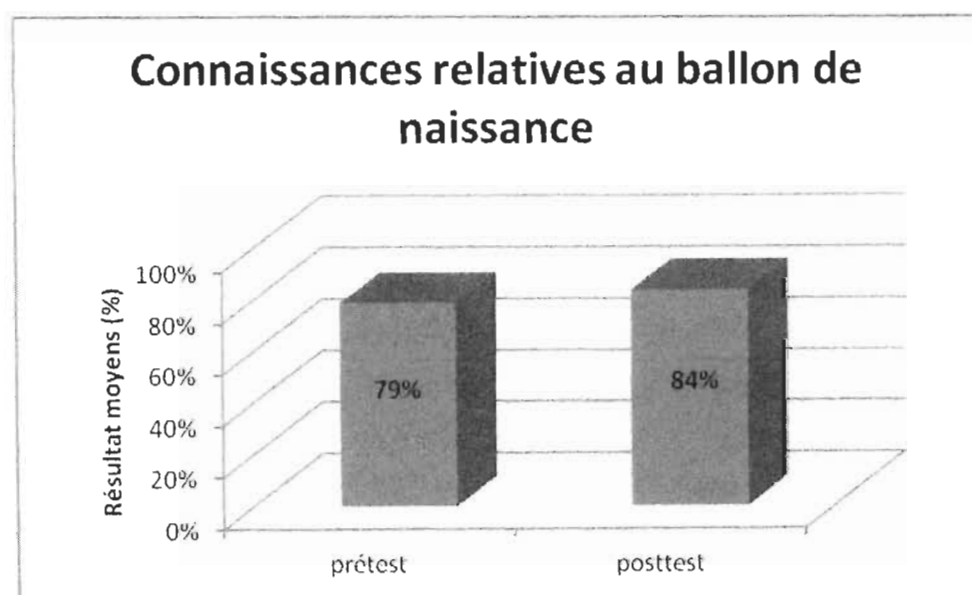


Figure 18. Moyenne prétest et posttest, catégorie connaissances reliées au ballon de naissance.



L'absence d'augmentation significative des connaissances peut être due au fait que les participantes avaient, préalablement à la formation, de fortes connaissances relatives à cette méthode ou que la formation ne leur a pas permis d'acquérir de nouvelles connaissances. De plus, le ballon de naissance est une méthode relativement simple d'utilisation comparativement aux autres. Le ballon de naissance demande moins d'expertise, de jugement clinique, de surveillance et de connaissances.

Le tableau 15 présente les moyennes, écart-type et test *t* des résultats relatifs aux connaissances des participantes, connaissances selon les cinq catégories.

Tableau 15

Moyenne (écart-type) et test *t* des résultats relatifs aux connaissances des participants

Catégories	Prétest	Posttest	Test t	P
	Moyenne (ÉT)	Moyenne (ÉT)		
Connaissances des bienfaits des méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur	18,18(3,01)	20,54(2,52)	-2,819**	0,007
Effets généraux relatifs au stress	3,68(1,42)	4,95(1,21)	-3,186**	0,003
Connaissances relatives au bain	5,81(1,05)	7,00(1,15)	-3,548***	< 0,001
Connaissances relatives à la mobilisation et au positionnement	18,90(1,82)	19,59(1,33)	-1,416	0,164
Connaissances relatives au ballon de naissance	9,5(1,99)	10,09(1,66)	-1,068	0,291

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Les résultats issus des analyses statistiques cités préalablement permettent d'affirmer que pour chacune des cinq catégories, il y a eu une augmentation du score moyen. De plus, une augmentation significative des connaissances a pu être observée pour trois des cinq catégories, soit les connaissances des bienfaits des méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur, les effets généraux relatifs au stress et les connaissances relatives au bain.

Comme le démontre les données sociodémographiques et personnelles, la mobilisation /positionnement et le ballon de naissance font partie des méthodes les plus utilisées par les participantes. C'est peut-être pour cette raison qu'aucune augmentation significative des connaissances n'a pu être observée. De plus, c'est précisément ces deux méthodes qui ont eu les résultats les plus élevés lors du prétest. De ce fait, les participantes avaient peut-être de très bonnes connaissances préalablement à la formation. De surcroît, ces deux catégories comprenaient beaucoup d'informations et la rétention de l'information a pu s'avérer plus difficile.

En outre, parmi les cinq catégories, il y avait trois méthodes de soulagement de la douleur, soit la mobilisation /positionnement, l'immersion dans le bain et le ballon de naissance. Ce n'est que pour l'immersion dans le bain qu'une augmentation significative des connaissances a pu être observée. L'étudiante chercheuse croit que ce constat est lié au fait que cette méthode était déjà utilisée dans le milieu, mais elle était mal utilisée. Grâce à la formation, les participantes ont pu acquérir des connaissances concernant une utilisation optimale et sécuritaire de cette méthode. De plus, il n'y avait pas beaucoup de points à retenir concernant cette méthode comparativement aux deux autres.

5.4 Prétest et posttest

Afin d'apprécier les résultats dans une perspective de globalité, un point a été attribué par élément de question (30 questions), pour un total de 53 points. Plus précisément, certaines questions comprenaient plusieurs éléments de réponses, donc valaient pour plus d'un point (entre un et sept points). La moyenne du score obtenu pour chacune des 22 participantes en lien avec la différence du score obtenu entre le prétest et le posttest est présenté dans le tableau 16.

Tableau 16

Score au prétest et posttest et différence entre les deux, pour chacune des 22 participantes

Participant	Prétest Résultats/53 (%)	Posttest Résultats/53 (%)
P1	43(81%)	49(92%)
P2	48(90%)	43(81%)
P3	36(68%)	47(89%)
P4	37(70%)	49(92%)
P5	45(84%)	50(94%)
P6	33(62%)	47(89%)
P7	40(75%)	44(83%)
P8	40(75%)	35(66%)
P9	45(84%)	47(89%)
P10	43(81%)	51(96%)
P11	37(70%)	46(87%)
P12	46(87%)	46(87%)
P13	40(75%)	46(87%)
P14	45(84%)	48(90%)
P15	43(81%)	46(87%)
P16	36(68%)	39(73%)
P17	39(73%)	43(81%)
P18	42(79%)	44(83%)
P19	33(62%)	41(77%)
P20	32(60%)	43(81%)
P21	33(62%)	44(83%)
P22	33(62%)	33(62%)

Parmi les 22 participantes, seulement quatre d'entre elles n'ont pas vu une augmentation du score total au posttest, soit les participantes 2 et 8 qui ont eu une

diminution et 12 et 22 qui se sont vue restées avec le même score. Il est difficile de préciser exactement la cause expliquant ces résultats, mais l'étudiante chercheuse a tenté d'identifier certains facteurs.

Selon l'étudiante chercheuse, il peut s'agir de facteurs personnels aux participantes, tels que leur implication, leur capacité d'attention et leur désir de s'améliorer qui ont pu avoir une influence sur les résultats.

De même, des conditions extérieures ont pu avoir également une certaine influence négative telle que les conditions dans lesquelles ont été remplis le prétest et posttest, la qualité de l'enseignement ou même la clarté des différentes questions comprises dans le prétest et posttest.

De plus, il est possible qu'il n'y ait pas eu suffisamment de soutien aux participantes de la part des agents multiplicateurs ce qui aurait pu diminuer la performance de ces dernières.

Le score le plus faible lors du prétest est de 32 sur 53 (60%) et lors du posttest, il est de 33/53 (62%). Le score le plus élevé lors du prétest est de 48/53

(90%) et lors du posttest, il est de 51/53 (96%). Les résultats obtenus permettent à l'étudiante chercheuse d'affirmer que 91% de l'échantillon a augmenté ou maintenu le score total obtenu au posttest. Ce résultat va encore une fois dans le même sens que la théorie de l'apprentissage-enseignement de Gagné, soit d'avoir une augmentation et une rétention des connaissances.

Les participantes ont obtenu 39,50/53 (74%) comme résultat moyen au prétest avec un écart-type de 4,94, alors que lors du posttest, ce chiffre se voit augmenter à 44,59/53 (84%) avec un écart-type de 4,50. Ainsi, en moyenne, l'étudiante chercheuse constate une augmentation de 10% du score. Un test t a été opéré sur ces deux moyennes. Ce dernier permet à l'étudiante chercheuse d'affirmer qu'il y a eu une augmentation significative des connaissances ($t = -3,575$, $df = 42$, $p < 0,001$). La figure 19 expose l'évolution de la moyenne en pourcentage (%) du résultat obtenu par les participantes au prétest et au posttest.

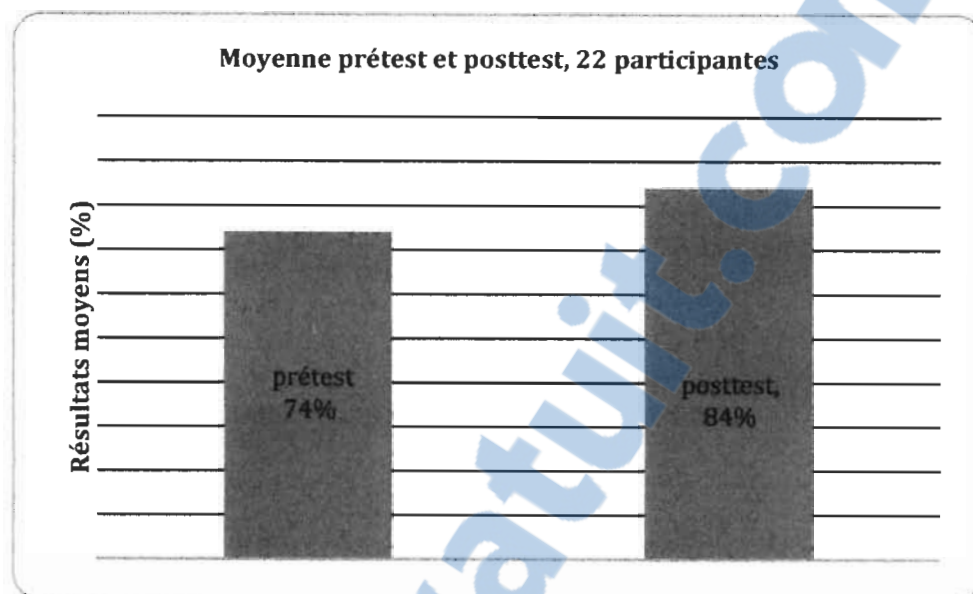


Figure 19. Évolution de la moyenne des participantes au prétest et posttest

De surcroît, l'étudiante chercheuse peut donc affirmer que la formation a eu l'effet souhaité, soit d'augmenter les connaissances des participantes relatives au soutien à la parturiente. Cela peut être lié en partie à l'état des connaissances des participantes préalablement à la formation et à la qualité de la formation et de sa dispensation. Aussi, il se peut que la présence et le soutien des agents multiplicateurs aux participantes ait contribué à l'amélioration des connaissances de ces dernières.

5.5 Analyse de variance, corrélations et test *t*

Enfin, des analyses de variance, des corrélations et des tests *t* ont été faits sur l'ensemble des données sociodémographiques et personnelles.

Premièrement, deux analyses de variance ont été effectuées. La première s'intéressait à savoir si l'âge des participantes avait un lien avec les résultats obtenus au prétest. Par exemple, est-ce que les infirmières les plus âgées avaient de meilleurs résultats que les moins âgées? Cette analyse n'a révélé aucune différence significative entre les groupes d'âge quant aux résultats obtenus au prétest ($F=0,896, p=0,507$).

La seconde s'intéressait à savoir si le niveau de formation avait un lien avec les résultats obtenus lors du prétest. Par exemple, est-ce que les participantes avec plus de scolarité ont eu de meilleurs résultats? Aucune différence significative ($F=1,586 p=0,227$) n'a été observée pour cette analyse.

Ensuite, deux corrélations ont été faites. La première avait pour but de savoir si le nombre d'années de pratique comme infirmière était lié au résultat

obtenu au prétest. Cette corrélation n'a révélé aucun lien significatif ($r=0,035$ $p=0,878$). La seconde s'intéressait à vérifier s'il y avait un lien entre le nombre d'années de pratique en obstétrique et le résultat obtenu au prétest. Aucun lien n'a été observé ($r=0,187$ $p=0,404$).

Enfin, un test t a été fait afin de savoir si les participantes qui ont accouché ont obtenu des meilleurs résultats au prétest que celles qui n'ont pas accouché. Aucune différence significative n'a été observée ($t=-1,611$ $p=0.124$).

Ces opérations ont été faites dans le but de voir s'il y avait des liens entre les caractéristiques sociodémographiques des participantes et les résultats obtenus. Malheureusement, rien de significatif n'en est ressorti. Ce constat peut être lié en partie à la petite taille que constituait l'échantillon de cette recherche. Hormis ce détail, les analyses, corrélations et tests effectués ont permis à l'étudiante chercheuse de tirer des conclusions qui n'étaient pas ciblées de prime abord par les objectifs de la recherche.

Ainsi, il appert que pour la présente recherche, l'âge et le niveau de formation des participantes, le nombre d'années de pratique comme infirmière et en obstétrique et le fait d'avoir vécu personnellement un accouchement ne semblent

avoir aucune incidence sur les résultats obtenus lors du prétest. Ainsi, il est possible d'affirmer qu'avant de recevoir la formation, les participantes avaient sensiblement le même niveau de connaissances.

5.6 Questions d'appréciation générale

La présente section aborde les questions d'appréciation générale de la formation. Celles-ci étaient au nombre de quatre, sous forme de questions à développement et étaient comprises dans le posttest. Le post test a été soumis trois mois après la formation.

La première question demandait ce qui avait été le plus aidant lors de la formation. À ce sujet, les participantes (11 sur 22) ont identifié les démonstrations quant aux différentes positions et en lien avec l'utilisation de l'immersion dans le bain. Cette réponse soulève le fait que les participantes semblent avoir apprécié un enseignement interactif où il était possible de mettre en pratique le nouvel apprentissage. De même, il s'avère que la présence du cartable contenant le contenu de la formation ainsi que les cahiers à l'intention des parturientes a été très appréciée par les participantes (11 sur 22). Les images et les photos semblent avoir été aidantes pour celles-ci, tout comme le suggère la théorie de l'apprentissage-

enseignement de Gagné (1976) qui mentionne que les démonstrations et les images/photos attirent l'attention et favorisent le processus d'apprentissage.

La seconde question s'intéressait à ce qui avait été le moins apprécié lors de la formation. Ce qui ressort est le fait de devoir remplir les différents questionnaires (cinq participantes sur 22) et le temps alloué à la formation qui était trop succinct (sept participantes sur 22). Remplir les différents questionnaires demandait de faire un arrêt et de prendre un moment pour y répondre, ce qui peut représenter une perte de temps pour certaines. De plus, l'étudiante chercheuse est consciente que le temps alloué à la dispensation de la formation était court, mais elle a adapté le contenu en conséquence. De façon réaliste, la formation devait être courte puisqu'elle était dispensée dans le cadre d'un quart de travail. Cependant, ce point est davantage discuté dans la section des recommandations à cette recherche.

La troisième question cernait, quant à elle, quels étaient les obstacles rencontrés dans le milieu limitant le soutien aux parturientes. Les participantes ont identifié le manque d'effectifs (sept participantes sur 22) et la résistance au changement (huit participantes sur 22). Lors de l'implantation de nouvelles pratiques, il est normal de faire face à de la résistance. La résistance au changement dans les centres hospitaliers est un concept déjà connu (Association des hôpitaux du Québec, 2005 (AHQ)). La complexité du changement fait référence à l'interaction

entre quatre facteurs, soit le contexte, la structure, la culture et le leadership (AHQ, 2005). L'ampleur et la nature même du changement sont également des éléments liés à la complexité (AHQ, 2005).

Finalement, la quatrième question laissait place à des commentaires. Les participantes ont exprimé une augmentation de la satisfaction personnelle (trois participantes sur 22) quant aux nouvelles pratiques apprises et une augmentation des accouchements vaginaux spontanés (trois participantes sur 22). De plus, elles mentionnent proposer moins rapidement la médication et l'épidurale comme moyen de soulagement de la douleur (cinq participantes sur 22). Enfin, elles qualifient la formation comme étant une belle expérience (cinq participantes sur 22) et se disent mieux outillées (trois participantes sur 22) face aux méthodes de soulagement de la douleur à proposer aux parturientes.

Chapitre VI: Discussion et recommandations

Ce chapitre présente, dans un premier temps, une discussion relative à la pertinence de la formation quant au soutien des parturientes et de la place de l'infirmière en regard du soutien qu'elle offre aux parturientes. Ensuite, les faits saillants quant aux résultats sont mis en lien avec le cadre de référence et les recherches antérieures sur le sujet. De plus, un retour est fait sur les objectifs de la recherche formulés préalablement par l'étudiante chercheuse. Finalement, les recommandations et les retombées découlant des résultats de recherche sont présentées ainsi que les avantages et limites de la recherche.

6.1 Pertinence de la formation

Lors des chapitres précédents, l'étudiante chercheuse a su démontrer la pertinence d'une formation destinée aux infirmières sur le soutien des parturientes concernant les méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur pendant le travail et l'accouchement. Pour ce faire, l'étudiante chercheuse s'est basée sur une recension exhaustive des écrits ainsi que sur les recommandations et les lignes directrices émises par les différentes instances et organisations mondiales, québécoises et canadiennes. À cet effet, plusieurs auteurs affirment que les infirmières manquent de connaissances concernant le soutien à offrir aux parturientes (Gagnon et al., 2007; Hodnett et al., 2007; Hottenstein, 2005). Plus

précisément, selon ces derniers, ce manque est relié aux méthodes non pharmacologiques à offrir aux parturientes afin de diminuer la douleur. Les résultats issus de la présente recherche vont dans le même sens soit que, 95% des participantes n'ont jamais reçus de formation concernant le soutien aux parturientes. De surcroît, avant de recevoir la formation, les participantes avaient sensiblement le même niveau de connaissances, et ce, indépendamment de leur expérience comme infirmière et dans le domaine de l'obstétrique. Ainsi, il appert que, dans le milieu où s'est déroulée la recherche, la formation sur le soutien des parturientes était absente, voire même inexistante. Ce constat vient appuyer et justifier la pertinence de la formation dispensée dans le cadre de cette recherche.

De plus, les recommandations et les lignes directrices en périnatalité appuient l'importance d'augmenter les connaissances des infirmières relatives au soutien à la parturiente. Plus précisément, le MSSS (2008) recommande de former les médecins et les infirmières sur les méthodes non pharmacologiques à offrir aux parturientes. Spécifiquement, il recommande d'enseigner un ensemble de notions fondées sur une vision de la naissance privilégiant l'accouchement physiologique naturel. Cette formation doit prévoir l'acquisition des compétences nécessaires pour soutenir les parents et être axée sur le soulagement de la douleur par l'utilisation des moyens autres que médicaux et pharmaceutiques dont l'efficacité a été démontrée par des données probantes ou des résultats de recherche récentes (MSSS,

2008). La SOGC (2008) va dans le même sens en faisant la promotion de l'accouchement physiologique naturel nécessitant peu ou pas d'intervention humaine.

6.2 Infirmière et le soutien à la parturiente

Le soutien à la parturiente est un élément nécessaire et indissociable faisant partie intégrante du rôle de l'infirmière. Ce dernier est un élément essentiel pour atteindre les issues optimales de la naissance (Hottenstein, 2005). Les recherches sur le sujet ont su mettre en lumière les avantages du soutien auprès des parturientes, du travail, du fœtus et du partenaire. La seule étude sur le sujet démontre que seulement une infirmière sur cinq offre du soutien et parmi celles qui en offrent, elles y consacrent seulement 6,1% de leur temps (Gagnon & Waghorn, 1996). La présente recherche ne permet pas de dire dans quelle proportion le soutien à la parturiente est offert puisque cet aspect n'a pas été mesuré. Toutefois, les participantes mentionnent, dans le posttest, qu'elles offrent aux parturientes les méthodes non pharmacologiques apprises lors de la formation. Alors, il est à espérer que ces dernières offrent, dorénavant, plus de soutien.

6.3 Faits saillants

Tout d'abord, il est essentiel de faire un retour sur le cadre de référence utilisé pour mener à bien ce mémoire. Le présent cadre de référence est relié à une théorie, soit celle de l'apprentissage-enseignement de Gagné (1976), ce qui lui procure un caractère unique. Cette théorie a été empruntée à une autre discipline, que celle des sciences infirmières (psychologie), habitude qui gagne en popularité selon Polit et al., (2007). En fait, la théorie de l'apprentissage-enseignement de Gagné (1976) propose les différentes étapes de l'apprentissage chez l'apprenant adulte afin de donner un enseignement adéquat et propose des stratégies de transfert des connaissances afin d'en optimiser la rétention. Cette théorie a aussi servi d'inspiration afin de concevoir les différents outils de collecte des données. Précisément, les stratégies de transfert des connaissances utilisées par l'étudiante chercheuse sont: la communication des objectifs à atteindre, donner les avantages de l'apprentissage, donner des stimuli, procurer des indices différentiels, présenter des indices de codification, provoquer des repérages en donnant des indices, utiliser les notions apprises dans des situations nouvelles, employer des moyens de performance et donner une réponse en se référant à des normes. Ces stratégies semblent avoir aidé lors du transfert des connaissances, puisque les résultats de la présente recherche, pour l'ensemble des participantes, ont augmenté.

En effet, les connaissances du prétest se sont vues augmenter significativement au posttest et ont passé de 74% à 84%. De ce fait, il est possible d'affirmer que les connaissances pour l'ensemble des participantes ont connu une augmentation. Cela amène à dire que l'utilisation des stratégies de transfert des connaissances proposées par la théorie de l'enseignement de Gagné (1976) se sont avérées efficaces. De plus, les participantes ont identifié ces stratégies comme étant un élément facilitant lors de l'apprentissage.

Parmi plus d'une quinzaine de méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur répertoriée, celles qui sont le plus utilisées par l'échantillon de la présente recherche sont : la mobilisation/positionnement, la respiration, l'immersion dans le bain, le ballon de naissance et le massage. Cela n'est pas étonnant puisqu'à l'heure actuelle, ces méthodes sont les plus répertoriées dans les écrits scientifiques et sont celles qui démontrent des effets souhaitables au cours du processus de la naissance.

Spécifiquement à la formation, il importe de rappeler que les trois techniques enseignées étaient l'hydrothérapie, la mobilisation/positionnement et le ballon de naissance. Ces dernières ont été retenues pour leur accessibilité et leur faisabilité dans le milieu, mais aussi pour la disponibilité des données probantes sur le sujet. Suite à la formation, les connaissances des participantes concernant ces

trois méthodes se sont vues augmenter et, spécifiquement pour l'immersion dans le bain, cette augmentation fût significative. Cette augmentation amène à se questionner puisque les participantes utilisaient déjà cette méthode avant la formation. Ainsi, des interrogations se posent quant à l'état des connaissances à ce sujet et la manière, dont cette technique, était utilisée auparavant. Cette technique comporte plusieurs éléments à respecter, tels que: le bon moment, le temps d'immersion, la température de l'eau, etc. (Da Silva et al., 2009). C'est spécifiquement sur ces éléments que l'étudiante chercheuse a mis l'accent lors de la formation et c'est possiblement cela qui était méconnu des participantes.

La catégorie portant sur l'utilisation du ballon de naissance n'a pas connu d'augmentation significative des connaissances. Cette méthode est relativement nouvelle dans les unités des naissances (ASPC, 2009). Toutefois, les recherches sur le sujet recommandent son utilisation depuis plus d'une décennie (Enkin et al., 2001; Mallak, 1998; Perez, 2001). Pourtant, les effets bénéfiques attribuables à cette méthode sont bien démontrés (Gau et al., 2011; Taavoni et al., 2011). Les participantes de la présente recherche utilisent cette méthode et ont de bonnes connaissances à son égard. Le contenu de la formation portant sur le ballon de naissance était succinct, se résumant à une feuille. Cette méthode est relativement simple d'utilisation, elle peut être utilisée à n'importe quel moment et les participantes n'ont qu'à connaître différents moyens de l'utiliser, soit: assis, debout,

sur le lit, etc. La formation n'a possiblement apporté aucune nouvelle connaissance à ces dernières. Cela peut s'expliquer par un manque d'intérêt de la part des participantes pour cette méthode. Il est important de noter que cette méthode est relativement récente sur le département, et est largement utilisée.

La catégorie portant sur la mobilisation /positionnement est celle qui comprenait le plus d'éléments. L'information transmise était bien regroupée selon les différentes positions. Le fait que l'augmentation des connaissances ne fut pas significative porte l'étudiante chercheuse à se questionner sur le contenu de ladite formation. Il aurait peut-être été plus adéquat de sélectionner un plus petit nombre de positions afin d'en faciliter l'apprentissage et une meilleure rétention des connaissances.

6.4 Objectifs de la recherche

Les objectifs encourus par l'exercice de cette recherche étaient les suivants:

- 1) concevoir une formation basée sur les données probantes, telles les recommandations de la SOGC, du MSSS, d'AWHONN, d'AMPRO^{ob}, de l'ASPC et sur une recension exhaustive des écrits, 2) dispenser une formation avec l'aide de la théorie de l'apprentissage-enseignement de Gagné (1976) et, 3) évaluer l'impact

d'une telle formation sur les connaissances des infirmières en regard du soutien des parturientes à l'aide d'un prétest et d'un posttest.

La totalité des objectifs cités ci-dessus a été rencontrée. L'étudiante chercheuse a su faire ressortir les principales recommandations dans le domaine de la périnatalité ainsi que les recherches les plus récentes sur le sujet afin d'élaborer ladite formation. De plus, la formation a été dispensée en utilisant les stratégies proposées par la théorie de l'apprentissage-enseignement de Gagné (1976). Ce dernier point s'est avéré très efficace et apprécié des participantes puisqu'elles ont affirmé avoir apprécié les photos, images, affiches, documents synthèses, démonstrations, supervision, etc. Finalement, l'impact de cettedite formation a été évalué à l'aide du prétest et posttest. Cet objectif a eu l'effet escompté, soit une augmentation significative des connaissances des participantes quant au soutien des parturientes.

6.5 Recommandations

Plusieurs recommandations au niveau de la formation, de la pratique et de la recherche émergent des résultats de cette recherche.

6.5.1 Recommandation au niveau de la formation

Dans un premier temps, au niveau de la formation, l'étudiante chercheuse appuie la recommandation du MSSS (2008) en affirmant qu'il est nécessaire, voire même essentiel, que la formation soit intégrée à la scolarité initiale des infirmières, à l'orientation des nouvelles infirmières sur le département de l'obstétrique et lors de la formation continue. Précisément en lien avec l'orientation des infirmières et la formation continue, l'étudiante chercheuse recommande de libérer les infirmières une journée complète afin de donner une formation comprenant une demi-journée consacrée aux aspects théoriques et l'autre à la pratique des différentes méthodes. Lors de la formation dispensée dans le présent projet de recherche, celle-ci s'est déroulée sur les heures de travail des participantes. Un manque de budget administratif a amené l'étudiante chercheuse à jongler avec des contraintes de temps. La formation aux participantes se voyait parfois dispensée en deux parties selon le taux d'occupation sur le département. Ainsi, la formation était entrecoupée. L'étudiante chercheuse est consciente que ces éléments ne constituent pas une formule optimale quant au transfert de connaissances. Ces points ont été soulevés par plusieurs participantes dans la section commentaires du posttest. L'étudiante chercheuse recommande aussi que cette formation soit offerte au corps médical œuvrant au département de l'obstétrique. Dans un contexte de collaboration interprofessionnelle, cette recommandation est essentielle.

De plus, il serait souhaitable de transmettre l'ensemble de ces connaissances à tous les intervenants œuvrant auprès de la clientèle en périnatalité. Spécifiquement, il serait important d'outiller les infirmières, sages-femmes et accompagnantes à la naissance afin qu'elles puissent guider les parturientes vers les meilleurs choix quant à la gestion de la douleur pendant leur travail. Par exemple, la formation pourrait être dispensée au centre de santé et des services sociaux de l'énergie de Shawinigan et d'autres centres. Son impact sur les pratiques, plus précisément sur l'utilisation des méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur, pourrait être évalué à l'aide d'un prétest et posttest. L'évaluation pourrait aussi être faite à l'aide d'audits de dossier ou observationnels.

Il est à espérer que la formation, offerte à plus grande échelle, pourrait influencer et modifier les pratiques de soins à l'égard des parturientes dans le but d'offrir des soins uniformes, de qualité et reposants sur les recommandations et lignes directrices déposées par le MSSS, la SOGC, AMPRO^{ob}, AWHONN, l'ASPC et les données probantes.

6.5.2 Recommandations au niveau de la pratique

Les résultats et commentaires des participantes amènent un questionnement sur la pertinence d'acquérir un poste de conseillère clinique spécialisée dédiée exclusivement en obstétrique au CSSSTR. Cette conseillère pourrait agir comme personne ressource pour les infirmières et les médecins travaillant en obstétrique concernant le soutien aux parturientes et mettre en œuvre les actions nécessaires afin que les soins offerts à cette clientèle soient égaux et selon les recommandations, lignes directrices et écrits scientifiques. Pour assurer l'implantation et la pérennité de ces pratiques, elle se verrait être un mentor pour le personnel de l'obstétrique du secteur parent-enfant. De plus, elle devrait faire du renforcement positif, s'assurer de la dispensation de la formation et réajuster les pratiques le cas échéant. Considérant ces éléments, l'étudiante chercheuse recommande la création d'un poste de conseillère clinique spécialisée dédiée exclusivement en obstétrique au CSSSTR.

De surcroît, un changement de pratique serait souhaitable de sorte à s'aligner avec les recommandations et les lignes directrices. En ce sens, il serait essentiel que l'ensemble des méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur soit proposé aux parturientes lors de l'admission à la salle d'accouchement. Cette information devrait être mentionnée avant celles portant sur les méthodes

pharmacologiques de soulagement de la douleur. De plus, il existe déjà, au CSSSTR, un outil de collecte de données qui est utilisé systématiquement à l'admission de toutes les parturientes. Cette collecte des données, remplie par l'infirmière, vise à recueillir de l'information sur les antécédents personnels et de grossesse, connaître l'état de santé et de la grossesse actuelle et savoir quel mode d'alimentation les futurs parents ont choisi pour l'enfant à venir. De même, cet outil aborde le travail et l'accouchement, à savoir si les parturientes ont des demandes spéciales ou des restrictions. Une section portant sur les méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur pourrait tout simplement y être ajoutée. Ce changement de pratique pourrait faire en sorte d'accroître le processus naturel et ainsi amener une démedicalisation des naissances. Ces recommandations sont soutenues par Adam et Bianchi (2008).

Bianchi et Adam (2004) mettent l'accent sur l'information transmise et l'enseignement fait aux parturientes, concernant les méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur, par l'infirmière dans le contexte du travail et de l'accouchement. Ces actions sont reconnues, en regard de la parturiente, pour favoriser une expérience positive de la naissance, pour accroître le sentiment de confiance et la capacité à gérer positivement les contractions et pour réduire les inconforts (Adam & Bianchi, 2008; Bianchi & Adam, 2004). De plus, l'étudiante chercheuse recommande un changement au niveau de la philosophie des

soins adressés aux parturientes. Cette philosophie pourrait se traduire dans une vision organisationnelle dédiée au processus naturel de la naissance (philosophie, politiques, pratiques de soins, horaires, architecture, etc.) permettant aux parturientes de retrouver le pouvoir sur le processus du travail et de l'accouchement. En ce sens, une philosophie reconnaissant les parturientes comme principales actrices au niveau des soins à offrir est à prôner. Considérant l'importance du sentiment de contrôle de la parturiente en regard au déroulement du travail et de son accouchement, des conditions optimales doivent être mises en place au département de l'obstétrique du CSSSTR. À cet effet, Adam et Bianchi (2008) affirment qu'une parturiente qui a un sentiment de contrôle quant au travail et à son accouchement se voit bénéficier d'une diminution de l'anxiété, une amélioration de la relaxation tôt dans le travail et un soulagement du stress émotionnel vécu par le partenaire, pouvant contribuer à atténuer le stress maternel. De plus, la satisfaction de la parturiente dépend en autres de la mesure dans laquelle elle a pu maîtriser son travail et a pu participer à la prise de décision, notamment au sujet des choix des mesures de soulagement de la douleur (Albers, 2007).

Dans un monde idéal, une restructuration des lieux serait souhaitable. Des bains seraient disponibles dans chacune des chambres des naissances et plus de matériel relatif aux mesures de confort serait disponible pour les parturientes

(oreillers de corps, coussins chauffants, sacs magiques, ballons de naissance, fœtoscopes submersibles, bouillotte, suspension, etc.).

Toujours dans le but d'uniformiser la pratique et d'outiller les intervenants travaillant avec la clientèle en périnatalité, il serait intéressant de faire éditer le guide d'utilisation des différentes méthodes de soulagement de la douleur élaboré par l'étudiante chercheuse. De cette manière, les intervenants d'autres centres pourraient se le procurer et ainsi y baser leur pratique.

Également, il serait important d'impliquer davantage la personne significative accompagnatrice dans le soutien à la parturiente. En effet, selon Bruggemann et al. (2008), il appert qu'un soutien apporté par une personne significative a des effets positifs sur la satisfaction de l'expérience de la naissance. De ce fait, il serait essentiel d'impliquer la personne significative lors de l'enseignement des méthodes de soulagement de la douleur tant lors des rencontres prénatales que lors de l'enseignement au moment de l'accouchement. Par exemple, l'infirmière pourrait faire l'enseignement des différents points de pression à la personne significative et l'encourager, par le transfert de connaissances, à les faire. Aussi, l'infirmière pourrait recommander à la parturiente de prendre de grandes inspirations et de respirer plus lentement entre les contractions afin de se détendre tout en impliquant la personne significative à respirer avec la parturiente afin de

l'aider à allonger sa respiration dans le cas où la femme respirerait trop rapidement. De cette manière, la personne significative accompagnatrice serait davantage présente et soutiendrait activement la parturiente faisant en sorte d'améliorer l'expérience de la naissance.

6.5.3 Recommandation au niveau de la recherche

Voulant ainsi assurer la pérennité de cette formation, l'étudiante chercheuse recommande que cette formation fasse l'objet d'un suivi. C'est-à-dire, de retourner évaluer les connaissances des infirmières, soit plus d'un an après la tenue de la formation, et ainsi proposer des interventions découlant des résultats obtenus. Une grille d'évaluation a été élaborée par la conseillère cadre en activités cliniques du secteur parent-enfant. Cette grille porte spécifiquement sur l'évaluation du soutien offert aux parturientes pendant le travail et l'accouchement. Plus précisément, des audits observationnels et de dossiers seront faits. L'évaluation de la formation se fera ultérieurement. Cette grille est disponible en appendice H.

6.6 Retombées

Plusieurs retombées émergent de cette recherche. La plus grande est d'avoir réussi à augmenter les connaissances des participantes concernant le soutien aux parturientes. Les infirmières ayant participé à ce projet de recherche sont maintenant mieux outillées afin de soutenir les parturientes et pourront jouir d'une pratique basée sur des recommandations et données probantes. Il est à espérer qu'une plus grande utilisation de méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur pourra, éventuellement, réduire le recours aux méthodes pharmacologiques de soulagement de la douleur, répondant ainsi aux exigences du MSSS (2008).

Une autre retombée à cette formation est la satisfaction de l'expérience vécue par les participantes. Depuis sa tenue, un désir de changer les pratiques ainsi qu'un vent de changement est palpable au département de l'obstétrique du CSSSTR. Cette formation n'est que le début d'un changement de pratique tendant vers le respect du processus naturel qu'est la naissance. À cet effet, les six omnipraticiens pratiquant les accouchements dans le milieu ont fait une demande à l'étudiante chercheuse. Ils veulent utiliser le matériel conçu par l'étudiante chercheuse dans leur clinique. Plus spécifiquement, ils désirent apposer des affiches dans leur cabinet et laisser à la disponibilité de leurs patientes les cahiers présentant

les différentes méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur. Aucune demande n'a été formulée par les gynécologues du département de l'obstétrique du CSSSTR.

Les outils développés par l'étudiante chercheuse, soit les cahiers à l'intention des infirmières et des participantes, sont laissés dans le poste des infirmières en obstétrique ainsi que dans les chambres des naissances. Les infirmières peuvent ainsi les utiliser en cas de besoin afin de guider leur pratique ou bien pour expliquer aux parturientes les méthodes pouvant être utilisées.

L'expérience et l'expertise acquises au cours de ce mémoire a permis à l'étudiante chercheuse d'être invitée à titre de conférencière dans le cours de périnatalité au baccalauréat en sciences infirmières, à l'UQTR, afin de dispenser le cours portant sur le soutien aux parturientes, et ce, à deux reprises. Cela donne de la visibilité au projet et fait la promotion de l'accouchement physiologique naturel, répondant ainsi en partie aux exigences du MSSS voulant que l'approche mette l'accent sur l'inclusion des méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur lors de la formation initiale des infirmières.

Enfin, la formation est maintenant incluse lors de l'orientation de nouvelles infirmières sur le département de l'obstétrique, assurant ainsi sa pérennité. De surcroît, son contenu a été utilisé pour les rencontres prénatales offertes par le CSSSTR et la Maison de naissance de la Rivière de Nicolet.

6.7 Avantages et limites de la recherche

Cette recherche comporte des avantages qui lui confèrent un caractère unique. Elle vise à outiller, voire augmenter les connaissances des infirmières relatives au soutien des parturientes. En plus de les rendre plus confiantes et d'avoir une pratique clinique basée sur les lignes directrices et les recommandations mondiales, québécoises et canadiennes, la formation encourage le respect du processus physiologique naturel de la naissance. De plus, l'étudiante chercheuse travaille dans le milieu où s'est déroulée la recherche, elle connaît le département, l'environnement physique, les ressources, le personnel, ce qui a pu augmenter la crédibilité de la recherche et faciliter l'application de la recherche. Enfin, une démarche de validation des instruments de mesure a été faite par deux expertes, soit par la coordonnatrice du secteur parent-enfant et la conseillère cadre en activités cliniques du secteur parent-enfant. Cette initiative de l'étudiante chercheuse fait preuve d'un grand souci de rigueur. Selon Polit et al. (2007), cette notion est

primordiale surtout lorsqu'il s'agit d'un questionnaire qui porte sur les connaissances des participants.

Cette recherche comporte toutefois quelques limites. Dans un premier temps, la durée et le moment de la formation représentent des limites. La formation a été très courte, par manque de budget, puisque les participantes n'étaient pas libérées et un temps pour recevoir la formation devait être trouvé au sein de leur quart de travail. Il aurait été bénéfique d'avoir davantage de temps pour mettre en application les méthodes de soulagement de la douleur afin de développer une aisance et une dextérité dans l'application de chacune de ces mesures. Ce fait est ressorti comme étant un élément non aidant de la part des participantes et des agents multiplicateurs.

De plus, pour les agents multiplicateurs, la formation était dispensée avant ou après un quart de travail, ce qui pouvait occasionner de la fatigue et une moindre réceptivité.

Aussi, il y a beaucoup de personnel qui œuvre dans l'unité d'obstétrique de ce centre et les roulements de personnel sont nombreux. De ces faits, tous ces éléments ont pu contribuer à des résistances dans les changements de routines,

d'habitudes et de pratiques de soins. Ces facteurs ont pu influencer les résultats de la présente étude.

De même, il est possible que les agents multiplicateurs et les participantes, par un effet de désirabilité sociale, aient répondu différemment aux questions afin de donner une image davantage positive sur leurs connaissances relatives au soutien des parturientes.

De surcroît, une limite importante réside dans le questionnaire de données sociodémographiques et personnelles. À la question 1, l'étudiante chercheuse demandait quel était le groupe d'âge des participantes. Les participantes devaient choisir la catégorie dans laquelle se trouvait leur âge. La question a été pensée de manière à diviser les tranches d'âges en intervalle de 5 ans, cependant la dernière catégorie comprenait un intervalle de 10 ans. Ce qui constitue une limite puisque cela correspond à deux catégories confondues, cela ne nous permet pas de dire précisément dans quelle catégorie la participante se situe.

L'étudiante chercheuse est en mesure de nommer d'autres limites à la présente recherche. Au niveau des résultats de la présente recherche, plusieurs éléments ont influencé la taille de l'échantillon final, soit un refus de compléter les

différents documents inhérents au projet de recherche, des changements de département, des congés de maternité, des maladies et un manque de temps.

De plus, il pourrait y avoir un risque de biais relié au fait que l'étudiante chercheuse travaille sur le département de l'obstétrique. Il est possible que cela ait influencé la participation à la recherche. Les agents multiplicateurs et participantes auraient pu accepter de participer à ladite recherche afin de plaire à l'étudiante chercheuse.

Finalement, l'étudiante chercheuse a été confrontée à plusieurs facteurs qui limitent la portée des résultats obtenus. Les participantes incluses dans l'échantillon final n'ont pas été réparties de façon équitable entre les trois quarts de travail. Or, selon Fortin (2006), pour qu'un échantillon soit valide, il doit représenter toutes les caractéristiques de la population. D'autres facteurs ont été des limites dans cette recherche en diminuant le nombre de participantes dans l'échantillon final comme le taux élevé de roulement dans le secteur parent-enfant et les départs en congé de maladie, de maternité ou pour d'autres départements. De ces faits, un échantillon de plus grande taille aurait pu permettre une plus grande puissance au niveau des analyses statistiques et peut-être démontrer des liens entre les données sociodémographiques et personnelles et les différentes variables. Un échantillon de

petite taille (22) comme dans la présente recherche peut être à la source de résultats non significatifs.

Chapitre VII: Conclusion

Mettre un enfant au monde est un évènement le plus naturel qu'il soit. Toutefois, dans une Société animée par le désir de tout contrôler, ce dernier se voit surmédicalisé. L'utilisation de l'épidurale est en constante augmentation, ces effets néfastes sur la parturiente, le fœtus et l'expérience de la naissance ne sont pas à négliger. La place de l'infirmière auprès de la parturiente est de la plus grande importance. Son rôle de soutien a démontré bon nombre d'avantages. En outre, il permet de diminuer l'utilisation de méthodes pharmacologiques de soulagement de la douleur et d'améliorer l'expérience de la naissance. Cependant, les recherches démontrent que les infirmières n'accordent pas suffisamment de temps en soutien aux parturientes et qu'elles manquent de formation à cet égard.

Une formation sur le soutien aux parturientes, spécifiquement concernant les méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur (hydrothérapie, ballon de naissance, la mobilisation /positionnement) a été privilégiée. L'étudiante chercheuse a conçu cetteditte formation en se basant sur des données probantes, telles les recommandations de la SOGC (2007), du MSSS (2008), d'AWHONN, d'AMPRO^{ob}, de l'ASPC et sur une recension exhaustive des écrits.

C'est en s'inspirant des stratégies de transfert de connaissances proposées par la théorie de l'apprentissage-enseignement de Gagné (1976) que la formation a été dispensée. L'étudiante chercheuse a dispensé la formation aux agents multiplicateurs et ils ont à leur tour formé les participantes. La formation avait pour but d'augmenter les connaissances des infirmières et de les outiller afin qu'elles soutiennent davantage les parturientes, diminuant ainsi la médicalisation des naissances.

L'impact de cettedite formation sur les connaissances des infirmières fut évalué à l'aide d'un prétest et posttest. Les connaissances, de manière globale, des infirmières se sont vues augmenter. Plus spécifiquement, une augmentation significative des connaissances fut observée concernant l'immersion dans le bain, confirmant ainsi que la formation a eu l'effet escompté. De plus, les infirmières de la présente recherche ont démontré un niveau élevé de satisfaction à l'égard de la formation.

En conclusion, considérant l'importance du rôle de soutien des infirmières en regard de la parturiente, un changement de pratique serait souhaitable. Il est de la plus haute importance que ces dernières reconnaissent le processus physiologique naturel qu'est le travail et l'accouchement, qu'elles le respectent, le protègent et en fassent la promotion. Toutefois, à la lumière des résultats et recommandations de la

présente recherche, il est prioritaire d'outiller l'ensemble des infirmières et du personnel qui travaillent auprès des parturientes afin d'espérer le changement de mentalité souhaité.

Références

- Adams, E. D. & Bianchi, A. L. (2008). A practical approach to labor support. *Journal of obstetric, gynecologic, & neonatal nursing: Clinical scholarship for the care of women, childbearing families, and newborns*, 37, 106-115.
- Agence de la santé publique du Canada (ASPC) (2009). *Ce que disent les mères : l'enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*. Page consultée le 14 février 2012 de <http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/pdf/survey-fra.pdf>.
- Agence de la santé publique du Canada (ASPC) (2011). *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales*. Page consultée le 14 février 2012 de <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/publications/fcm-smp/fcmc-smpf-04-fra.php>.
- Aird, I. A., Luckas, M. J., Buckett, W. M. & Bousfield, P. (1997). Effects of intrapartum hydrotherapy on labour related parameters. *The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 37, 137-142.
- Albers, L. L. (2007). The evidence for physiologic management of the active phase of the first stage of labor. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 52, 207.
- Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (Ampro^{ob}) (2012). Page consultée le 10 septembre 2012 de <http://www.amproob.com>.
- Association des hôpitaux du Québec (AHQ) (2005). Document consulté le 2 juin 2013 de http://www.aqesss.qc.ca/docs/public_html/document/memoires/Guide_pratiques_novatrices.pdf.
- Association of women's health, obstetric and neonatal nursing (AWHONN) (2011). Nursing support of laboring women. An official position statement of the association of women's health, obstetric and neonatal nursing. (2011). *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing (JOGNN) NAACOG*, 40, 665-666.
- Baxter, L. (2006). Research and education. What a difference a pool makes: making choice a reality. *British Journal of Midwifery*, 14, 368-372.
- Ben Regaya, L., Fatnassi, R., Khelifi, A., Fékih, M., Kebaili, S., Soltan, K. & Hidar, S. (2010). Role of demobilisation during labour: A prospective randomized study. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 39, 656-662.

- Bero, L. A., Grilli, R., Grimshaw, J.M., Harvey, E., Oxma, A.D., & Thomson, A.T. (1998). Closing the gap between research and practice: an overview of interventions to promote the implementation of research findings. *British medical journal*, 317, 465-468.
- Bianchi, A. L. & Adams, E. D. (2004). Doulas, labor support, and nurses. *International Journal of Childbirth Education*, 19, 24-30.
- Bianchi, A. L. & Adams, E. D. (2009). Labor support during second stage labor for women with epidurals. *Nursing for women's health*, 13, 38-47.
- Bolding, A & Simkin, P. (2007). Supporting the laboring woman without injuring oneself: and how the childbirth educator can help. *International Journal of Childbirth Education*, 22, 17-21.
- Bruggemann, O. M., Parpinelli, M. A., Osis, M. J. D., Cecatti, J. G. & Neto, A. S. C. (2008). Support to a woman by a companion of her choice during childbirth: a randomized controlled trial. *Neonatal intensive care*, 21, 44-48.
- Campbell, D. A., Lake, M. F., Falk, M. & Backstrand, J. R. (2006). A randomized control trial of continuous support in labor by a lay doula. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 35, 456-464.
- Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières (CSSSTR) (2012). Page consulté de <http://www.cssstr.qc.ca> le 2 juin 2013.
- Chalmers, B. & Porter, R. (2001). Assessing Effective Care in Normal Labor: The Bologna Score. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 28, 79-83.
- Cluett, E. R., & Burns, E. (2009). Immersion in water in labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Da Silva, F. M. B., de Oliveira, S. M. J., & Nobre, M. R. C. (2009). A randomised controlled trial evaluating the effect of immersion bath on labour pain. *Midwifery*, 25, 286-294.
- Dawes, M., Davies, P., Gray, A., Mant, J., Seers, K. & Snowball R. (2005). *Evidence based practice. A primer for health care professionals* (2nd ed.). Edinburgh: Elsevier.
- Doucet, H. (Éd.) (2002). *L'éthique de la recherche*. Montréal: Les presses de l'Université de Montréal.

- Delmas, P. & Sliwka, C. (dir) (2009). *Profession d'infirmière : Quelle place et quelles pratiques à l'avenir?* Paris : Éditions Lamarre.
- Enkin, M., Keirse, M. J. N., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E. & Hofmeyr, G. J. (2001). Effective care in pregnancy and childbirth: a synopsis... reprinted by permission of the authors. *Birth: Issues in perinatal care*, 28, 41-51.
- Eriksson, M., Mattsson, L., & Ladfors, L. (1997). Early or late bath during the first stage of labour: a randomised study of 200 women. *Midwifery*, 13, 146-148.
- Faculté de l'éducation permanente de l'Université de Montréal (2008). Formulation des objectifs d'apprentissage. Page consultée le 3 septembre 2012 de <http://www.formationadistance.umontreal.ca/production/fobjectifs.html>.
- Fortin, M.-F. (2006). *Fondement et étapes du processus de recherche*. Montréal: Les Éditions de la Chenelière inc.
- Instituts de recherche en santé du Canada : Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains (EPTC) (2010). Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et l'instituts de recherche en santé du Canada. Document consulté le 5 décembre 2012 de http://www.ger.ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2/EPTC_2_FINAL_Web.pdf.
- Fontaine, F. & Bernhard, P. (1988). Principes directeurs pour la rédaction d'objectifs d'apprentissage en bibliothéconomie, en sciences de l'information et en archivistique. Paris, Page consultée le 4 novembre 2012 de <http://www.unesco.org/webworld/ramp/html/r8810f/r8810f00.htm#Contents>.
- Gagné, R. M. (1976). *Les principes fondamentaux de l'apprentissage : application à l'enseignement*. Montréal: Éditions HRW.
- Gagnon, A. J., Meier, K. M. & Waghorn, K. (2007). Continuity of nursing care and its link to cesarean birth rate. *Birth: Issues in perinatal care*, 34, 26-31.

- Gagnon, A. J. & Waghorn, K. (1996). Supportive care by maternity nurses: a work sampling study in an intrapartum unit. *Birth: Issues in perinatal care*, 23, 1-6.
- Garland, D. & Jones, K. (2000). Waterbirth: supporting practice with clinical audit. *MIDIRS Midwifery digest*, 10, 333-336.
- De Gasquet, B. (2009). *Bien-être et maternité* (Nouv. éd. ed.). Paris: Albin Michel.
- Gau, M.-L., Chang, C.-Y., Tian, S.-H. & Lin, K.-C. (2011). Effects of birth ball exercise on pain and self-efficacy during childbirth: A randomised controlled trial in Taiwan. *Midwifery*, 27, 293-300.
- Gilbert, E. S. (2007). *Manual of high risk pregnancy and delivery* (4nd ed.). St. Louis. Mo.:Mosby.
- Grimshaw, J., Eccles, M., & Tetroe, J. (2004). Implementing clinical guidelines: current evidence and future implications. *Journal of continuing education in the health professions*, 24, S31-S37.
- Grol, R. & Grimshaw, J.M. (2003). From the best evidence to best practice – effective implementation of change in patient's care. *The lancet*, 362, 1125-1130.
- Gupta, J. K., Hofmeyr, G. J. & Shehmar, M. (2012). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of systematic reviews*.
- Hall, S. M. & Holloway, I. M. (1998). Staying in control: women's experiences of labour in water. *Midwifery*, 14, 30-36.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J. & Sakala, C. (2007). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane database of systematic reviews*.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., Sakala, C. & Weston, J. (2012). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane database of systematic reviews*.
- Hottenstein, S. E. (2005). Continuous labor support: creating optimal birth experiences through theory-driven nursing care. *Association of women's health, obstetric and neonatal nursing AWHONN Lifelines*, 9, 242-247.

- Hughes, S., Levinson, G., Rosen, M. A., & Shnider, S. M. (2002). *Shnider and Lavinson's anesthesia for obstetric* (4nd ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Johnson, P. (1996). Birth under water--to breathe or not to breathe. *British Journal of obstetrics and gynaecology*, 103, 202-208.
- Jessiman, W. C. (2009). Immersion in water: use of a pool by women in labour. *British Journal of midwifery*, 17, 583-587.
- Kitson, A., Harvey, G. & McCormack, B. (1998). Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework. *Journal of quality in health care*, 7, 149-158.
- Lamaze International (2007). Position paper: promoting, supporting, and protecting normal birth. (2007). *Journal of perinatal education*, 16, 11-15.
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., Dowswell, T. & Styles, C. (2009). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane database of systematic reviews*.
- Leeman, L., Fontaine, P., King, V., Klein, M. C. & Ratcliffe, S. (2003). The nature and management of labor pain: part I. Nonpharmacologic pain relief. *American family physician*, 68, 1109.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E. & Cashion, K. (2012). *Soins infirmiers: périnatalité*. Montréal : Chenelière éducation.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Bobak, I. M., Carpentier, K., Couillard, D., Mercier, D. & Paré-Boilard, T. (2003). *Soins infirmiers : périnatalité*. Montréal : Chenelière éducation.
- Mallak, J. S. (1998). Suggested birthing ball protocol. *International Journal of childbirth education*, 13, 7-7.
- Mayberry, L. J., Wood, S. H., Strange, L. B., Lee, L., Heisler, D. R. & Neilsen-Smith, K. (1999). Managing second-stage labor: exploring the variables during the second stage. Association of women's health, obstetric and neonatal nursing *AWHONN Lifelines*, 3, 28-34.
- McEwen, M. & Wills, E. M. (2007). *Theoretical basis for nursing* (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- McGrath, S. K. & Kennell, J. H. (2008). A randomized controlled trial of continuous labor support for middle-class couples: effect on cesarean delivery rates. *Birth: issues in perinatal care*, 35, 92-97.
- Merritt, L. G. & Merritt, C. M. (2007). The gym ball as a chair for the back pain patient: a two case report. *Journal of the Canadian chiropractic association*, 51, 50-55.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2008). Politique de périnatalité 2008-2018 : un projet porteur de vie. (En ligne). Page consultée de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-918-01.pdf> le 20 septembre 2011.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2002). Pourcentage des accouchements par voie vaginale selon le type d'anesthésie et la région de résidence de la mère, Québec 2000-2001. (En ligne). Page consultée de <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/statisti/accounais.nsf/ea9e66b765eebb2a852567d900586c7c/f494f6f381bbf33685256a78004bee91> le 2 septembre 2011
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (2011). Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2010-2011. Page consultée de http://www.oiiq.org/sites/default/files/292S-Rapport_statistique_2010-2011.pdf le 10 novembre 2012
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (2012) Les activités réservées des infirmières. Page consultée de <http://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/activite-reservees/contribuer-au-suivi-de-grossesse> le 3 décembre 2012
- Payant, L., Davies, B., Graham, I. D., Peterson, W. E., & Clinch, J. (2008). Nurses' intentions to provide continuous labor support to women. *JOGNN: Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing*, 37, 405-414.
- Perez, P. (2001). Teaching tip the birth ball. *GENESIS*, <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2001062990&site=ehost-live>, 5-5.
- Polit, D. F., Beck, C. T. & Loiseleur, C. G. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent, Québec: Éditions du Renouveau pédagogique.

- Ragnar, I., Altman, D., Tydén, T. & Olsson, S. (2006). Comparison of the maternal experience and duration of labour in two upright delivery positions--a randomised controlled trial. *BJOG: An international journal of obstetrics and gynaecology*, 113, 165-170.
- Richmond, H. (2003). Women's experience of waterbirth. *Practising midwife*, 6, 26-31.
- Ring, N., Malcolm, C., Coull, A., Murphy-Black, T. & Watterson, A. (2005). Nursing best practice statements: an exploration of their implementation in clinical practice. *Journal of clinical nursing*, 14, 1048-1058.
- Riopelle, L., Grondin, L. & Phaneuf, M. (1988). *Soins infirmiers : enseignement à la clientèle*. Montréal: McGraw-Hill.
- Sauls, D. J. (2004). The Labor Support Questionnaire: development and psychometric analysis. *Journal of nursing measurement*, 12, 123-132.
- Schorn, M. N., McAllister, J. L. & Blanco, J. D. (1993). Water immersion and the effect on labor. *Journal of nurse-midwifery*, 38, 336-342.
- Shilling, T., Romano, A. M. & DiFranco, J. T. (2007). Care practice #2: freedom of movement throughout labor. *Journal of perinatal education*, 16, 21-24.
- Simkin, P. P. & O'Hara, M. (2002). Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. *American journal of obstetrics and gynecology*, 186, 131-159.
- Simkin, P., Ancheta, R. & Myers, S. (2005). *The labor progress handbook : early interventions to prevent and treat dystocia* (2nd éd). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Simkin, P. & Ancheta, R. (2011). *The labor progress handbook, ressource électronique : early interventions to prevent and treat dystocia* (3nd éd.). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) (2008). Déclarations de principe commune sur l'accouchement normal. *Journal of Obstetric and Gynecologic Canada*, 30, 1166-1168.
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) (2007). Intrapartum fetal surveillance. *Journal of Obstetric and Gynecologic Canada*, 29, S25-S44.

- Stark, M. A., Rudell, B. & Haus, G. (2008). Observing position and movements in hydrotherapy: a pilot study. *JOGNN: Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing*, 37, 116-122.
- Storton, S. (2007). Step 4: provides the birthing woman with freedom of movement to walk, move, assume positions of her choice: the coalition for improving maternity services. *The journal of perinatal education*, 16 Suppl 1, 25S-27S.
- Stremmler, R., Hodnett, E., Petryshen, P., Stevens, B., Weston, J. & Willan, A. R. (2005). Randomized controlled trial of hands-and-knees positioning for occipitoposterior position in labor. *Birth: issues in perinatal care*, 32, 243-251.
- Taavoni, S., Abdollahian, S., Haghani, H. & Neysani, L. (2011). Effect of birth ball usage on pain in the active phase of labor: A randomized controlled trial. *Journal of midwifery and women's health*, 56, 137-140.
- Tumblin, A. & Simkin, P. (2001). Pregnant women's perceptions of their nurse's role during labor and delivery. *Birth: issues in perinatal care*, 28, 52-56.
- Watkins, S. S. (2001). Get on the ball, the "birth ball" that is! *International journal of childbirth education*, 16, 17-19.

Appendice A

Contenu de la formation sur le soutien aux parturientes

L'accouchement physiologique naturel

*Positions et activités pour soulager la douleur et
favoriser un accouchement physiologique naturel*



Véronique Larouche, 2012

Par :
Véronique Larouche
infirmière clinicienne, étudiante à la maîtrise
Programme parent-enfant
Février 2012

Réalisé grâce à la collaboration de :

Mme Marie-Josée Martel, inf., Ph.D. Professeure en sciences infirmières, UQTR

Mme Linda Lemire, inf., M.Sc., IBCLC., Conseillère cadre en activités cliniques,
CSSSTR

Mme Sylvie Tousignant, inf., Clinicienne., Coordinatrice secteur parent-enfant,
CSSSTR

Remerciements :

- Je tiens à remercier tous ceux et celles qui ont bien voulu poser pour ce document
- Je tiens à remercier tous ceux et celles qui ont collaboré à la réalisation de ce document

FORMATION SUR LE SUPPORT DES PARTURIENTES

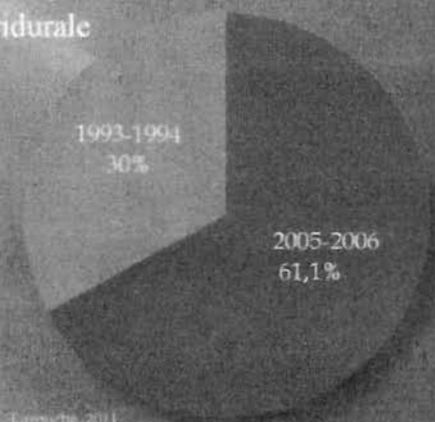


Par:
Véronique Larouche
infirmière clinicienne, étudiante à la maîtrise
Programme parents-enfants
octobre 2011

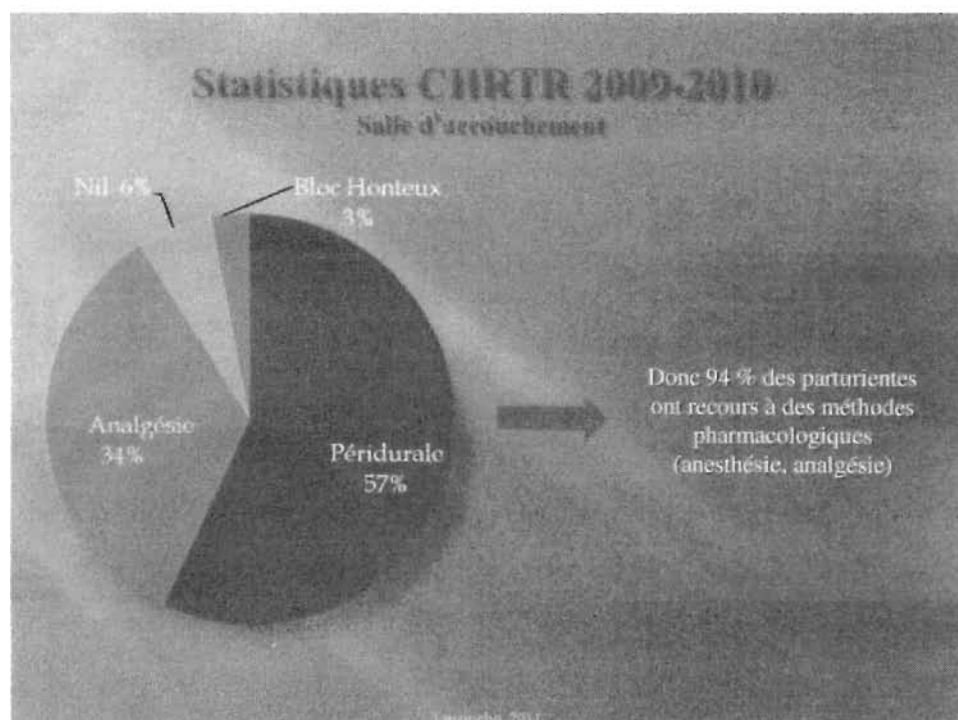
Constats Canada

- Une infirmière sur cinq offre du support (Gagnon et Waghorn, 1996)
- Représente 6,1 % de leur temps (Gagnon et Waghorn, 1996)
- ↑ de l'utilisation de la péridurale

Utilisation de la péridurale (%)
(Ministère de la santé et des services
sociaux, 2009)



Larouche, 2011



Pourquoi proposer des méthodes non pharmacologiques aux parturientes?

Recommandations et lignes directrices:

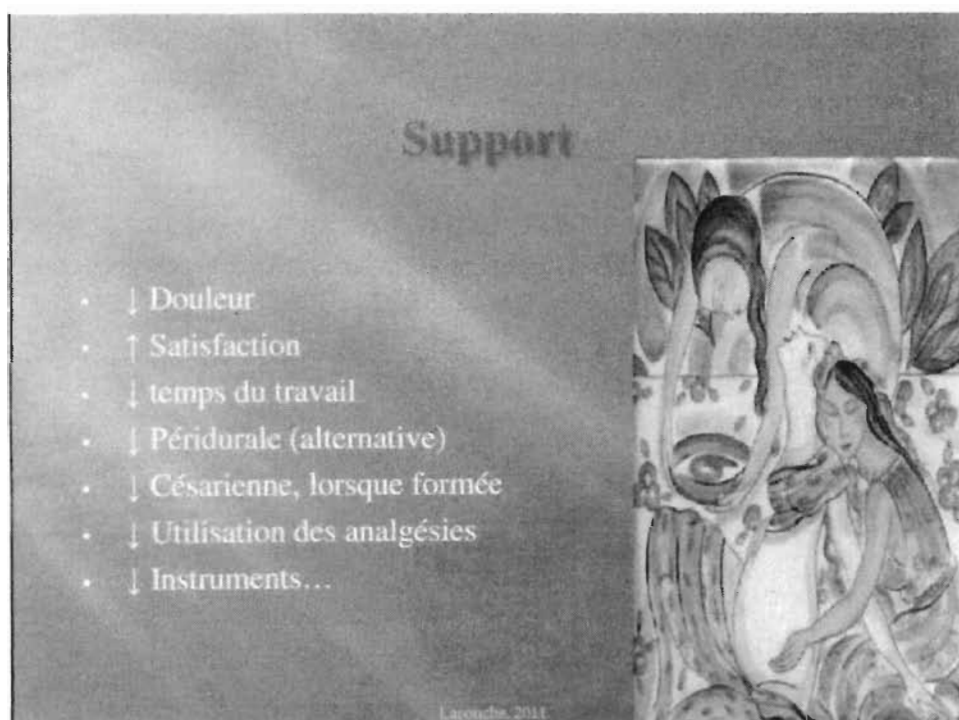
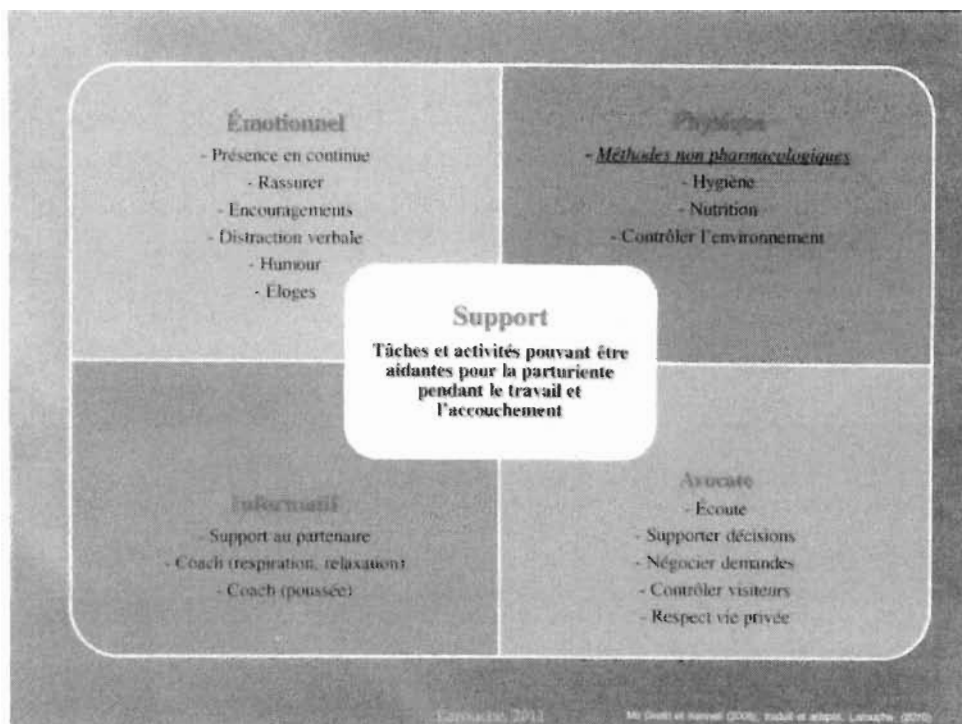
Ministère de la santé et des services sociaux (Politique de périnatalité 2008-2018, MSSS 2008)

- Diminuer le recours aux interventions obstétricales (césariennes, épidurales, déclenchements, etc.)
- Privilégier l'accouchement physiologique naturel.
- Former les infirmières d'obstétrique afin qu'elles soutiennent le processus naturel de l'accouchement.
- Offrir aux parturientes des moyens autres que médicaux et pharmaceutiques, notamment au regard du soulagement de la douleur.
- Offrir un support en continu, en période de travail actif, par une infirmière formée à cet effet.

La société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC, 2007) & Santé Canada (2000)

- Considérer le support en continu comme la partie centrale intégrale du service obstétrical.

En lien avec AMPRO (Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux)



Rôles de l'infirmière en obstétrique

(ministère de la santé et des services sociaux, 2000)

- Présence et support
- Enseigner tout les aspects du support
- Privilégier l'accouchement physiologique naturel...



Laroche, 2011

Bénéfices de suivre une formation sur le support des parturientes

- Mieux outillés (support)
- Vous serez en mesure de proposer plusieurs options non pharmacologique au soulagement de la douleur et à la promotion de l'accouchement physiologique naturel
- Plus confiantes
- Pratiques cliniques basées sur les lignes directrices de la SOGC et selon les recommandation du MSSS et AMPRO.
- ↑des compétences
- Gratifiant...

Laroche, 2011

Méthodes non pharmacologiques

- ▣ Hydrothérapie (bain/douche)
- ▣ Ballon de naissance
- ▣ Mobilisation / positionnement

Lippman, 2011

QUESTIONS



COMMENTAIRES

Lippman, 2011

Références

- Adam, E.D., Bianchi, A.J. (2008). A practical approach to labor support. The association of women's health, obstetric and neonatal nurses.
- Agence de la santé publique du Canada (2009) Ce que disent les mères: l'enquête canadienne sur l'expérience de la maternité. Gouvernement du Canada.
- Bird, A., & Wallis, M. (2002). Nursing knowledge and assessment skills in the management of patients receiving analgesia via epidural infusion. *Journal of Advanced Nursing*, 40(5), 522-531.
- Calais-Germain, B. Vives Pares, N. (2009) *Bouger en accouchant*. Canada: ARA.
- Da Silva, J. M. B., de Oliveira, S. M. J., & Nobre, M. R. C. (2009). A randomised controlled trial evaluating the effect of immersion bath on labour pain. *Midwifery*, 25, 3, 286-294.
- De Garquet, B. (2009) *Trouver sa position d'accouchement*. France: Marabout.
- Enkin et al. (2000) *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*, third edition). New-York: Oxford University Press.
- Fraser D.M., Cooper, M.A. (2009) *Myles Textbook for midwives*. Churchill Livingstone Elsevier.
- Gagné, R. M. (1965). The conditions of learning. (2^e ed.) New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Gagné, R. M. (1976). Les principes fondamentaux de l'apprentissage. Application à l'enseignement, traduit par R. Brien et R. Piquin, Montréal: H.R.W.
- Gagnon, A.J et Waghorn K. (1996). Supportive care by maternity nurses : A work sampling study in a antepartum unit. *Birth*, 3, 6.

Laroucha, 2011

Références

- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2007). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- McCoy, S. K., & Kennell, J. H. (2008). A randomized controlled trial of continuous labor support for middle-class couples: effect on cesarean delivery rates. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 35, 92-100.
- Ministère de la santé et des services sociaux, politique de périnatalité 2006-2018, Québec. Document consulté le 3 janvier 2010 de <http://publications.mss.gouv.qc.ca/scvrbat/f/documentation>
- Nathan, E. (2006). Intrapartum analgesia and its association with post-partum back pain and headache in nulliparous women. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 46, 395-401.
- Orlikowski, C. E. P., Dickson, J. E., Paech, M. J., McDonald, S. J., & Fayant, L., Davies, B., Graham, I. D., Peterson, W. E., & Clinch, J. (2008). Nurses' intentions to provide continuous labor support to women.
- Santé Canada (2000). Les soins à la femme et à son nourrisson dans une perspective familiale: Lignes directrices nationales. Agence de la santé publique du Canada (2000) ON. Réédition Novembre 26, 2005.
- Simkin, P. Anchet, R. (2005) *The labor progress handbook, second edition*. Angleterre: Blackwell Publishing.
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (2007). La surveillance fœtale. Document consulté le 3 janvier 2010 de <http://www.sogc.org/Ottawa>

Laroucha, 2011

Positions pour soulager la douleur et favoriser un
accouchement physiologique naturel

Position pour soulager la douleur et favoriser un accouchement physiologique normal

Positions couchées sur le côté

DÉCUBITUS LATÉRAL



© Larouche, 2011

Comment utiliser?

La parturiente s'étend sur le côté (gauche ou droit) avec les deux hanches et jambes légèrement fléchies avec un oreiller entre les deux jambes.

Quand utiliser?

- Premier et second stade du travail
- Travail qui évolue normalement
- Hypotension
- Hypertension gravidique
- Douleur aux hémorroïdes
- Second stade du travail rapide

Effets

- Neutralise les effets de la gravité (utile lors d'un travail rapide)
- Soulage les douleurs aux hémorroïdes
- Résout des problématiques du cœur fœtal dû à une compression du cordon ombilical ou à une hypotension
- ↓ tension artérielle élevée (particulièrement le côté gauche)
- Évite la pression sur le sacrum
- Maximise la mobilité du sacrum favorisant la descente du fœtus (second stade)
- Améliore les chances de rotation d'un fœtus en position postérieure

DÉCUBITUS LATÉRAL, LUNGE



© Larouche, 2011



© Larouche, 2011

Comment utiliser?

La parturiente se couche sur le côté (gauche ou droit) et lève la jambe supérieure pour la rapprocher de sa poitrine, la jambe peut prendre appui sur la hanche du conjoint ou sur l'étrier. Lors de la contraction, le conjoint pousse légèrement sur la jambe afin d'augmenter la flexion de celle-ci.

Quand utiliser?

- Dilatation et descente lente
- Suspicion d'une mauvaise position fœtale
- Fatigue
- Lorsqu'il est desirable de changer la forme du bassin

Effets

- Change la forme du bassin
- Ouverture du bassin
- ↑ chances de rotation d'un fœtus en position postérieure
- Confortable

Positions pour soulager la douleur et favoriser un accouchement physiologique naturel

Positions assises

SEMI-ASSISE



© Larouche, 2011

Comment utiliser?

La parturiente doit s'asseoir et accoter son dos, l'angle entre le dos et le lit doit être supérieur à 45 degrés.

Quand utiliser?

- Premier et second stade du travail
- Travail qui évolue normalement
- Repos

Effets

- Avantages de la gravité, quand comparée avec position dorsale
- Ouverture du bassin
- ↑ l'oxygénation du fœtus
- ↑ pression sur le sacrum et sur le coccyx (élargissement du bassin)

ASSISE LE DOS DROIT



© Larouche, 2011

Comment utiliser?

La parturiente doit être assise droite sur le lit, sur un ballon de naissance, sur une chaise ou sur un tabouret.

Quand utiliser?

- Premier et second stade du travail
- Fatigue
- Dorsalgies (douleurs au dos)
- ↓ progression du second stade du travail (plus bénéfique lorsque les genoux sont plus bas que les hanches)

Effets

- Avantage de la gravité
- Fermet de matre de la chaleur ou de la fraîcheur au niveau des épaules, du bas du dos ou du ventre
- Fermet de se balancer sur une chaise berçante ou un ballon de naissance

qui peut soulager la douleur et favoriser un accouchement plus physiologique et naturel

ASSISE PENCHÉE VERS L'AVANT



Quand utiliser?

- Premier et second stade du travail
- Dorsalgies (douleurs au dos)
- ↓ progression du second stade du travail



Effets

- Avantages de la gravité
- Reposant si la parturiente est bien supportée
- ↓ dorsalgies (douleurs au dos)
- Aide à la rotation du fœtus dans une position antérieure, comparativement à une position dorsale ou semi-assise
- Aide à l'alignement du fœtus à travers le bassin
- Maximise la taille du bassin

Comment utiliser?

La parturiente doit être assise, les pieds fermement appuyés au sol et elle doit se pencher vers l'avant.

Poison, pour soulager la douleur et favoriser un accouchement physiologique naturel.

Positions Debout

DEBOUT PENCHÉE VERS L'AVANT



© Larouche, 2011



© Larouche, 2011



© Larouche, 2011

Comment utiliser?

La parturiente se tient debout, elle se penche sur son conjoint, sur le lit, sur le ballon de naissance ou sur une table.

Quand utiliser?

- Premier et second stade du travail
- Progression du travail lente ou arrêtée
- Contractions espacées et ↓ intensité
- Dorsalgies (douleurs au dos)

Effets

- Avantages de la gravité
- Ouverture du bassin, comparativement à la position dorsale ou assise
- Alignement du fœtus dans le bassin
- Flexion de la tête du fœtus
- Aide à repositionner un fœtus en position postérieure en position antérieure (combine avec des mouvements de balancements)
- Contractions utérines moins douloureuses et plus efficaces qu'en position dorsale ou assise
- ↓ dorsalgies (douleurs au dos) (↓ la pression du fœtus sur le sacrum)
- Si la parturiente s'appuie sur son conjoint, celui-ci l'enlace, ↑ le sentiment de bien-être, ↓ la production de catécholamines
- ↑ l'envie de pousser lors du second stade du travail

Méthode pour soulager la douleur et faciliter un accouchement physiologique naturel

À GENOUX PENCHÉE VERS L'AVANT AVEC SUPPORT



© Larouche, 2011



© Larouche, 2011



© Larouche, 2011



© Larouche, 2011



© Larouche, 2011

Comment utiliser?

La parturiente doit se mettre à quatre pattes, se pencher vers l'avant en s'appuyant sur un support (mettre un oreiller sous les genoux afin d'éviter l'endolorissement de ceux-ci).

Positions à genoux

Quand utiliser?

- Premier et second stade du travail
- Fœtus est en position postérieure
- Dorsalgies (douleurs au dos)
- Dans le bain, douche
- Décélération fœtales attribuables aux positions dorsales ou décubitus latéral
- Station haute du fœtus

Effets

- Avantages de la gravité
- Alignement du fœtus dans le bassin
- Ouverture du bassin (davantage qu'en position latérale, dorsale ou assise)
- ↓ douleurs aux mains et aux poignets
- Grande possibilité de mouvements
- Enlève la pression sur le cordon ombilical

GENOUX-OUVERTS POITRINE



© Larouche, 2011



© Larouche, 2011

Comment utiliser?

La parturiente est à genoux, elle se penche vers l'avant et le poids de son corps est mis sur ses bras. Les fesses doivent être le point le plus haut du corps. Les talons ne touchent pas les fesses. Les genoux ne sont pas collés, ils sont à la largeur des hanches.

Quand utiliser?

- Premier et second stade du travail
- Prolapsus du cordon
- Suspicion d'une position fœtale postérieure très tôt dans la phase de latence
- Dorsalgies (douleurs au dos)
- Entrée prématurée de pousset
- Bande de col restante
- Rotation manuelle du fœtus pendant le second stade du travail

Effets

- Protège décélération fœtale attribuable à un prolapsus du cordon ombilical
- Repositionnement de la tête du fœtus (si utilisée pendant 30-45 minutes durant la phase de latence ou avant l'engagement du fœtus. La gravité encourage la tête du fœtus à reculer du bassin et ainsi prendre une bonne position avant de rentrer dans le bassin)
- ↓ décélérations fœtales
- ↓ dorsalgies (douleurs au dos)
- Soulage dans le cas d'hémorroïdes

Position pour soulager la douleur et favoriser un accouchement physiologique naturel

GENOUX-COLLÉS POITRINE



© Larouche, 2011



© Larouche, 2011

Comment utiliser?

La parturiente est à genoux, elle se penche vers l'avant et le poids de son corps est mis sur ses bras. Les fesses doivent être le point le plus haut du corps. Les talons ne touchent pas les fesses. Les genoux sont collés.

Quand utiliser?

- Premier et second stade du travail
- Dorsalgies (douleurs au dos)
- Bande de col restante
- Prolapsus du cordon (mais genoux ouverts est plus efficace)
- Tête fœtale flottante

Effets

- ↓ dorsalgies (douleurs au dos)
- Soulage dans le cas d'hémorroïdes
- ↓ décélérations fœtales
- Anti gravité (peut aider à réduire une bande de col restante)

Position: pour soulager la douleur et favoriser un accouchement physiologique naturel

Positions à quatre pattes

QUATRE PATTES



© Larouche, 2011



© Larouche, 2011

Comment utiliser?

La parturiente se met à quatre pattes sur une surface préférablement molle, les genoux à la même largeur que les hanches et les mains à la même largeur que les épaules.

Quand utiliser?

- Premier et second stade du travail
- Dorsalgies (douleur au dos)
- Fœtus est en position postérieure
- ↓ progression du travail attribuable à un œdème du col

Effets

- Rotation du fœtus en position antérieure
- ↓ œdème du col
- ↓ dorsalgies (douleur au dos)
- Permet de se balancer, cela aide à la rotation du fœtus et ↑ confort
- ↓ douleur s/a hémonoïdes
- ↓ décélérations fœtales attribuable à une compression du cordon ombilical
- Facilite l'accès au dos pour les massages ou les contre-pressions
- Donne accès pour les examens vaginaux

Positions à utiliser lors de la phase de la poussée

Pour son utilisation lors de phase de la poussée

TRACTION



© Larouche, 2011



© Larouche, 2011

Quand utiliser?

- Lors de poussées inefficaces
- Quand le milieu et le fonctionnement du département obligent à pousser couchée sur le dos
- Absence de progression du travail dans les autres positions
- Pendant le second stade du travail, lors des contractions

Effets

- Aide la parturiente qui ne pousse pas efficacement



© Larouche, 2011

Comment utiliser?

Premièrement, installer la barre du lit, y mettre un drap afin qu'il serve de corde pour que la parturiente tire dessus.

La parturiente doit être couchée dans son lit, les jambes sont pliées, les pieds à plat dans le lit ou appuyés sur la barre. Lors de la contraction, la parturiente prend le drap avec ses deux mains et elle tire le drap en se servant de ses abdominaux. Il est important que la parturiente ne décolle pas le dos et les fesses du lit.

LA POSITION GYNÉCOLOGIQUE AMÉNAGÉE DE GASQUET



© de Gasquet, 2008

Comment utiliser?

Être en décubitus dorsal. Il s'agit de mettre le sacrum et le coccyx dans le vide en glissant une poche de liquide ou en gonflant le coussin en dessous du siège, ce qui donne la mobilité voulue au bassin.

Avantage

- Donne de la mobilité au bassin

neuve a utiliser lors de la
phase de la pose.

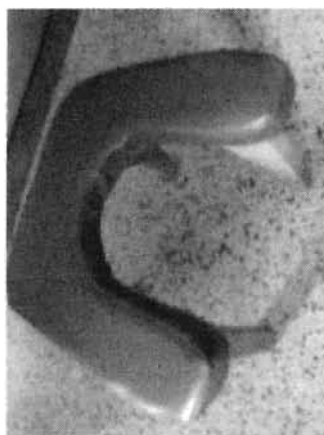
Dans le lit



Position à utiliser lors de la phase de la poussée



Dans le bain



Sur le banc de naissance

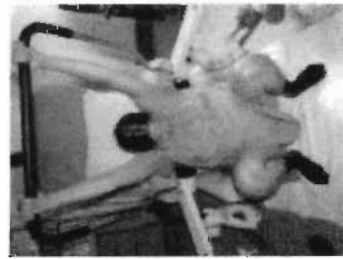


Sur la toilette

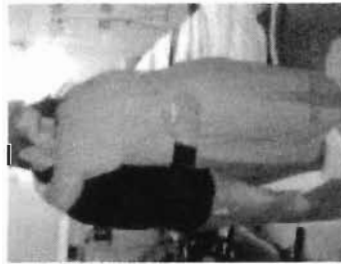


Pourquoi a-t-il utilisé tout de la
phase de la posture?

À l'aide de la barre du lit



Debout



Activités pour soulager la douleur et favoriser
un accouchement physiologique naturel

Arrivées pour soulager la douleur et favoriser un accouchement physiologique naturel

Le bain

Les effets relaxants du bain sont attribués à la réponse physiologique de l'immersion dans l'eau chaude.

EAU CHAUDE = RELAXATION

© Larouché, 2011



© Larouché, 2011



Mode d'emploi

Comment ? : Parturiente bien enveloppée, les épaules dans l'eau

Quand ? **Phase active**

Durée ? : Entre 60 et 90 minutes

Pause : 30 minutes

Température : Entre 36 °C et 38 °C

Diminue ↓

Anxiété

Production de catécholamines

Pression sur les muscles et articulations

Interventions médicales

Anesthésies/analgésies

Douleur des contractions utérines

Traumatismes au périnée

Utilisation de la pendurale

Durée de la phase active

Augmente ↑

Production d'endorphines

Sécrétion d'ocytocine

Relaxation musculaire

Perfusion sanguine utérine

Efficacité des contractions utérines

Satisfaction de l'expérience de la naissance

Sentiment de contrôle

Bien-être émotionnel en post-partum

Vitesse de dilatation

Effets de l'immersion dans le bain pour le fœtus

↑ l'oxygénation du placenta

↑ niveau d'endorphines

Optimise la position fœtale

Encourage la flexion du fœtus

Saviez-vous que?

- En **phase de latence**, le bain ralentit les contractions, il offre repos et détente
- En **phase active** du travail, le bain favorise la progression du travail tout en soulageant la douleur

Pourquoi la température de l'eau ne doit-elle pas dépasser 38 °C?

Hyperthermie fœtale

Décordres métaboliques et cardiovasculaires

↑ taux de mortalité et morbidité fœtale

↑ risques d'infections

Activités pour soulager la douleur et favoriser un environnement physiologique naturel.

La douche



© Larivière, 2011



© Larivière, 2011

Quand utiliser?

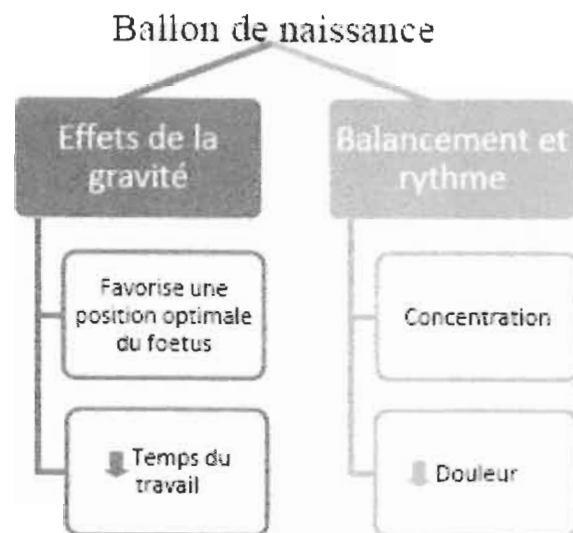
- Phase de latence
- Début phase active

Comment utiliser?

La parturiente peut être à quatre pattes dans la douche, assise sur une chaise ou un ballon et même debout en dirigeant l'eau directement sur son ventre, sur son dos ou où elle le désire.

Activités pour soulager la douleur et favoriser un accouchement physiologique naturel.

Le ballon de naissance



Avantages

- Encourage la descente du fœtus
- Favorise un bon positionnement du fœtus
- Encourage la relaxation du bassin
- ↓ dorsalgies (douleurs au dos)
- Prépare le périnée à l'accouchement
- Offre les avantages de la gravité pendant et entre les contractions
- ↓ tension sur les genoux et les mains
- Ouverture du bassin
- ↓ pression au niveau du rectum, donc ↓ le risque d'hémorroïdes
- ↑ progression et la vitesse du travail
- Contractions moins douloureuses et plus efficaces



Activités pour soulager la douleur et favoriser un accouchement physiologique naturel

Ballon de naissance

Assise



© Larouche, 2011



© Larouche, 2011



© Larouche, 2011

Comment utiliser?

Assise sur le ballon de naissance avec les jambes largement écartées.

Balancement d'un côté à l'autre et d'avant en arrière. Possibilité de faire des petits bonds et de sautiller sur le ballon de naissance.

À genoux



© Larouche, 2011



© Larouche, 2011

Comment utiliser?

Placer le ballon de naissance sur le lit ou sur le plancher. Se mettre à quatre pattes et se pencher sur le ballon en l'enveloppant avec les bras.

Balancement d'un côté à l'autre et d'avant en arrière.

Debout



© Larouche, 2011



© Larouche, 2011



© Larouche, 2011

Comment utiliser?

Placer le ballon de naissance sur le lit, rester debout et se pencher sur le ballon en l'enveloppant avec les bras.

Balancement d'un côté à l'autre et d'avant en arrière.

Exercices pour soulager la douleur et favoriser un
ajustement physiologique naturel

MOUVEMENTS DU BASSIN



Comment utiliser?

La parturiente doit adopter une position debout, assise ou à quatre pattes et s'appuyer, soit sur ses mains, sur un oreiller ou sur un ballon de naissance. Celle-ci doit faire des mouvements lents et rythmés pendant les contractions.

Quand utiliser?

- Tôt, lors du premier stade du travail
- Aussi longtemps que la parturiente est confortable avec ce mouvement

Avantages

- La gravité ajoutée au mouvement aide le changement de position de la tête du fœtus en position antérieure
- ↓ dorsalgies (douleur au dos)
- ↑ relaxation du tronc et des muscles du bassin

MOUVEMENTS RYTHMÉS



Comment utiliser?

Les mouvements rythmés sont instinctifs et aident la parturiente à mieux vivre son travail. Les gémissements rythmiques que peut faire la parturiente sont tout aussi aidants. Ces sons et mouvements apparaissent instinctivement lorsque la parturiente se sent bien. Celle-ci peut faire ces exercices assise sur une chaise berçante, assise sur un ballon de naissance ou en étant debout le haut du corps appuyé.

Quand utiliser?

- Lorsque la parturiente en ressent le besoin
- Lors d'un travail qui n'évolue pas normalement

Avantages

- Détente
- Changer la relation entre la parturiente et le fœtus: le bassin et la gravité afin de faire progresser le travail.
- Lorsque ces mouvements sont spontanés, c'est signe que la parturiente fait face adéquatement à son travail.

Activité : pour soulager le dos lors du travail en couchement physiologique naturel.

LA DANSE



© Larouche, 2011



© Larouche, 2011

Comment utiliser?

La parturiente doit être debout, elle se penche sur son conjoint en se balançant lentement d'un côté à l'autre.

Quand?

- Plus souvent lors du premier stade du travail
- Aussi longtemps que la parturiente le désire

Avantages

- ↓ stress émotionnel, ↓ production de catecholamines, ce qui permet à l'utérus de travailler plus efficacement
- Le support qu'apporte le conjoint est unique, ce qui est gratifiant pour celui-ci
- ↑ confort
- ↑ relaxation du tronc et des muscles du bassin
- Bonne alternative à la marche
- Encourage la rotation et la descente du fœtus
- Utilise les avantages de la gravité

LA MARCHÉ



© Larouche, 2011

Comment utiliser?

La parturiente doit marcher pendant les contractions, si possible. Si elle doit s'arrêter pendant les contractions, elle peut s'appuyer sur son conjoint ou sur un mur.

Quand utiliser?

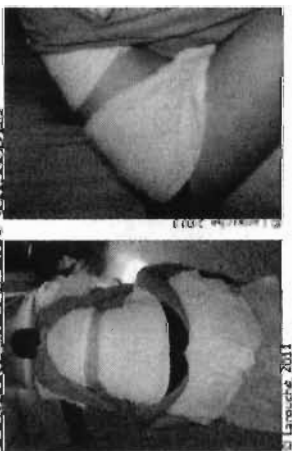
- Plus souvent lors du premier stade du travail
- Aussi longtemps que la parturiente le désire

Avantages

- Le léger mouvement du bassin occasionné par chacun des pas encourage la rotation et la descente du fœtus
- Les avantages de la gravité sont utilisés
- Le fait de changer d'environnement est bon pour le moral de la parturiente

Le froid pour soulager la douleur et favoriser le
accrochement psycho-physique naturel.

COMPRESSES D'EAU CHAUDES



© Larousse 2011

Comment utiliser ?

Placer délicatement des compresses d'eau chaudes à la base du fémur ou du péroné. Entre les contractions retenir les compresses et les réchauffer.

Avantages

- ↓ spasmes musculaires
- ↑ seuil de douleur
- Sentiment d'apaisement
- ↓ douleur

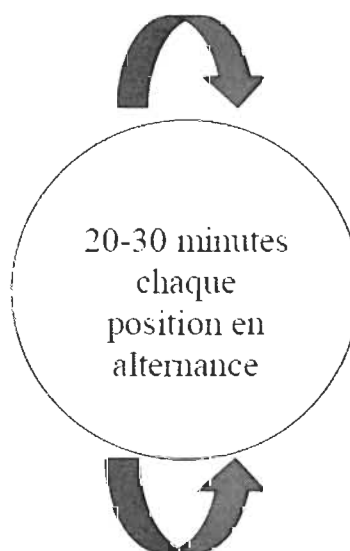
Péridurale

Positions sécuritaires pour une parturiente avec la
péridurale

Premier et second stade du travail

Positions sécuritaires pour une parturiente avec la péridurale

Premier stade du travail



Positions sécuritaires pour une parturiente avec la péridurale





Second stade du travail



Positions et activités pour soulager la douleur et favoriser un accouchement physiologique naturel

Eau chaude = relaxation
↓
Dilatation plus rapide

Les contractions utérines sont moins douloureuses dans le bain

Ballon de naissance
↓ temps du travail
Contractions plus efficaces

↓ douleur







Adopter différentes **positions** ↓ la douleur et favorise un accouchement physiologique naturel

Changer de position aux 30 minutes!



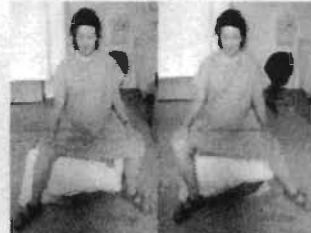






Faire des **mouvements** du bassin favorise la descente du bébé et une position optimale de celui-ci

Position verticale
↓
↑ vitesse de dilatation








Bien **s'hydrater** tout au long du travail!



Poussée active

Pousser dans différentes positions

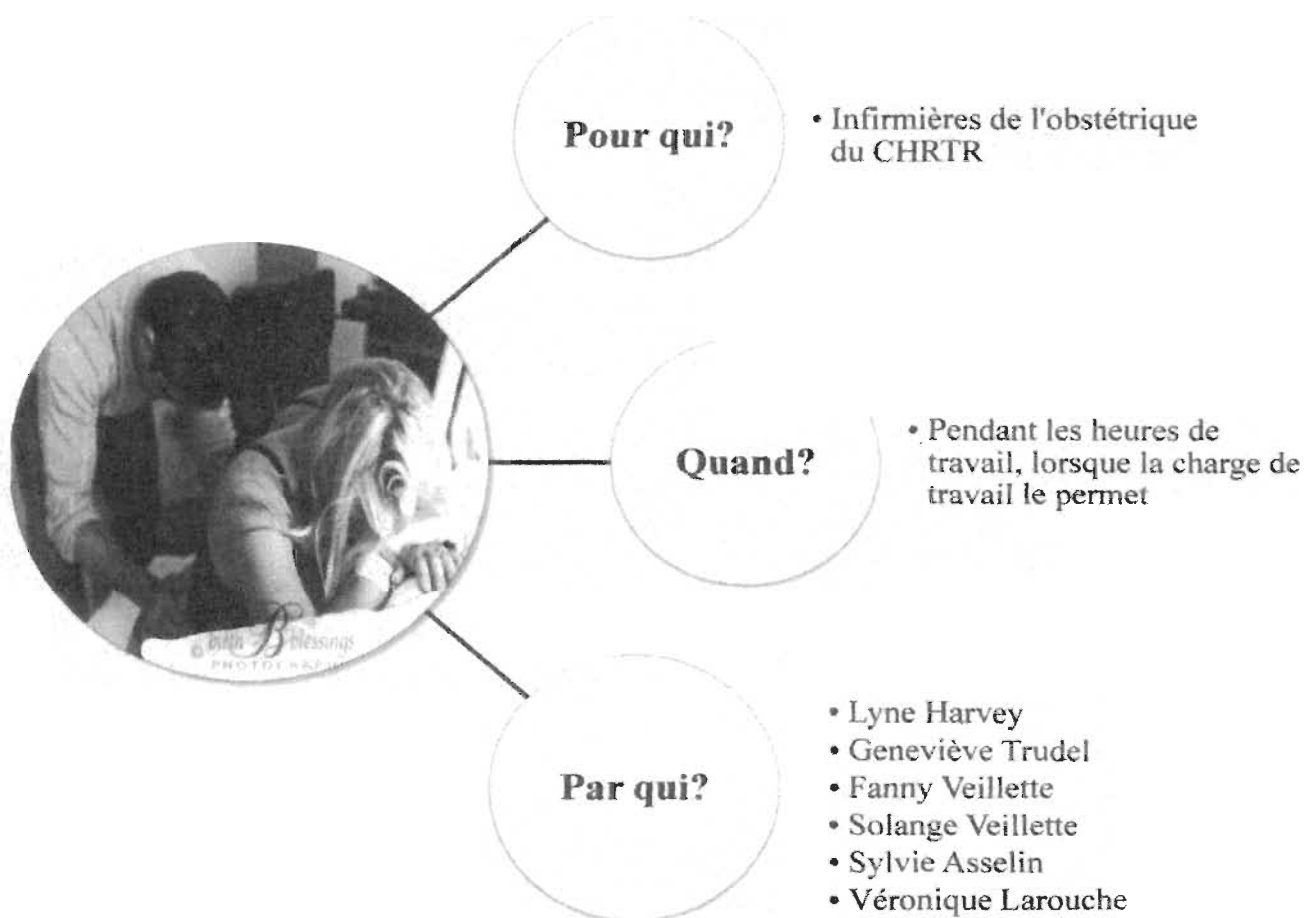
Références

- Adam, E.D., Bianchi, A.L. (2008). *A practical approach to labor support. The association of women's health: obstetric and neonatal nurses*.
- Agence de la santé publique du Canada (2009). *Ce que disent les mères: l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*. Gouvernement du Canada.
- Bird, A., & Wallis, M. (2002). *Nursing knowledge and assessment skills in the management of patients receiving analgesia via epidural infusion*. *Journal of Advanced Nursing*, 40, 522-531.
- Calais-Germain, B. Vives Pares, N. (2009). *Bouger en accouchant*. Canada: ARA.
- Da Silva, F. M. B., de Oliveira, S. M. J., & Nobre, M. R. C. (2009). *A randomised controlled trial evaluating the effect of immersion bath on labour pain*. *Midwifery*, 25, 286-294.
- De Gasquet, B. (2009). *Trouver sa position d'accouchement*. France: Marabout.
- De Gasquet, B. (2009). *Bien-être et maternité*. France : Albin Michel.
- Enkin et al. (2000). *A guide to effective care in pregnancy and childbirth, third edition*. New-York: Oxford University Press.
- Fraser D.M., Cooper, M.A. (2009). *Myles Textbook for midwives*. Churchill. Livingstone Elsevier.
- Gagné, R. M. (1965). *The conditions of learning*. (2^e ed.) New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Gagnon, A.J et Waghorn K. (1996). *Supportive care by maternity nurses : A work sampling study in a antenatal unit*. *Birth*, 1-6.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2007). *Continuous support for women during childbirth*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- McGrath, S. K., & Kennell, J. H. (2008). *A randomized controlled trial of continuous labor support for middle-class couples: effect on cesarean delivery rates*. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 35, 92-97.
- Ministère de la santé et des services sociaux. *politique de périnatalité 2008-2018*. Québec. Document consulté le 3 janvier 2010 de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation>
- Nathan, E. (2006). *Intrapartum analgesia and its association with post-partum back pain and headache in nulliparous women*. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 46, 395-401.
- Orlikowski, C. E. P., Dickinson, J. E., Paech, M. J., McDonald, S. J., & Payant, L., Davies, B., Graham, I. D., Peterson, W. E., & Clinch, J. (2008). *Nurses' intentions to provide continuous labor support to women*.
- Santé Canada (2000). *Les soins à la femme et à son nourrisson dans une perspective familiale: Lignes directrices nationales*. Agence de la santé publique du Canada (2000) ON. Réédition Novembre 26, 2005.
- Simkin, P. Ancheta, R. (2005) *The labor progress handbook*, second edition). Angleterre: Blackwell Publishing.
- Société des omnipraticiens et gynécologues du Canada (2007) . *La surveillance fœtale*. Document consulté le 3 janvier 2010 de <https://www.sogc.org.Ottawa>

Appendice B

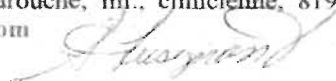
Affiche annonçant le début de la formation

Formation sur le support des parturientes



Réalisé dans le cadre d'études de deuxième cycle en sciences infirmières à l'Université du Québec à Trois-Rivières

Pour questions ou commentaires, communiquez avec : Véronique Larouche, Inf., clinicienne, 819-697-3333 poste 69865 ou via messagerie électronique vero_larouche@hotmail.com



Appendice C

Questionnaire de données sociodémographiques et personnelles



3351, boul. des Forges, C.P. 500,
Trois-Rivières (QC) G9A 5H7



1991, boul. du Carmel
Trois-Rivières (Québec)
G8Z 3R9

**Conception, implantation et évaluation d'une formation sur le support des
parturientes, formation destinée aux infirmières de l'obstétrique.**

(Par Véronique Larouche, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, UQTR)

Questionnaire de données sociodémographiques et personnelles

Le but de ce questionnaire est de dresser le profil des participantes selon leurs caractéristiques sociodémographiques et personnelles. Les informations recueillies sont confidentielles et anonymes.

Merci de votre précieuse collaboration!

Données sociodémographiques et personnelles des participantes**1. Groupe d'âge :**

- A. < 20
- B. 20-25
- C. 26-30
- D. 31-35
- E. 36-40
- F. 41-50
- G. 51 et+

2. Nombre d'années (approximatif) de pratique comme infirmière :

Depuis : Années ____ Mois ____

3. Nombre d'années (approximatif) de pratique en obstétrique :

Depuis : Années ____ Mois ____

4. Sur quel quart de travail travaillez-vous majoritairement?

- A. Jour
- B. Soir
- C. Nuit

5. Niveau de formation :

- A. Collégial
- B. Certificat universitaire
- C. Baccalauréat
- D. Maîtrise

6. Quel est votre statut actuel :

- A. Temps complet
- B. Temps partiel occasionnel
- C. Temps partiel régulier

7. Combien de quarts de travail (approximatif) travaillez-vous en obstétrique?

- A. Par semaine _____
- B. Par mois _____

8. Avez-vous déjà accouché?

- A. Non
- B. Si oui, Nombre d'accouchements vaginaux _____
Nombre de césariennes _____

9. Avez-vous reçu de la formation sur le support aux parturientes?

- A. Oui, à quel sujet et quand

- B. Non

10. Quelle est votre utilisation des différentes méthodes de soulagement de la douleur ci-dessous? Marquez d'un x la fréquence qui représente le mieux votre réalité, et ce, pour chacun des items.

Fréquences	Jamais	Quelques fois	souvent	toujours	Non applicable
Méthodes					
Bain	_____	_____	_____	_____	_____
Douche	_____	_____	_____	_____	_____
Massage	_____	_____	_____	_____	_____
Respiration	_____	_____	_____	_____	_____
Visualisation	_____	_____	_____	_____	_____
Mobilisation	_____	_____	_____	_____	_____
Positionnement	_____	_____	_____	_____	_____
Acupuncture	_____	_____	_____	_____	_____
hypnose	_____	_____	_____	_____	_____
Chant	_____	_____	_____	_____	_____
Relaxation	_____	_____	_____	_____	_____
Distraktion	_____	_____	_____	_____	_____
Aromathérapie	_____	_____	_____	_____	_____
Réflexologie	_____	_____	_____	_____	_____
Chaud/froid	_____	_____	_____	_____	_____
hygiène	_____	_____	_____	_____	_____
Nutrition	_____	_____	_____	_____	_____
Ballon de naissance	_____	_____	_____	_____	_____

11. Parmi les méthodes énumérées ci-dessus, écrivez en ordre décroissant, de la plus utilisée à la moins utilisée?

- A. _____
- B. _____
- C. _____
- D. _____
- E. _____

Merci de votre précieuse collaboration!

Appendice D

Prétest et posttest

 **Université
du Québec
à Trois-Rivières**
3351, boul. des Forges, C.P. 500,
Trois-Rivières (Q.C.) G9A 5H7

 **Centre
hospitalier
de Trois-Rivières**
1991, boul. du Carmel
Trois-Rivières (Québec)
G8Z 3R9

**Conception, implantation et évaluation d'une formation sur le support des
parturientes, formation destinée aux infirmières de l'obstétrique.**

(Par Véronique Larouche, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, UQTR)

Prétest

S.V.P. lire attentivement les questions afin d'y répondre correctement.

S.V.P. ne pas signer le questionnaire. Le code numérique au haut de la page assure l'anonymat et la confidentialité de vos réponses. Il correspond au nombre de personnes ayant participé à la recherche.

Merci de votre collaboration

1. Réponses à courts développements ou en quelques mots.

A) Quels avantages (4) les méthodes non pharmacologiques offrent-elles aux parturientes?

B) Quels sont les effets du stress (3) chez une parturiente?

C) Quels sont les effets du stress, pendant le travail (2) chez le fœtus?

2. Encerclez la bonne réponse

Le support est divisé en quatre classes.

- A. Émotion, physique, réconfort, information.
- B. Émotion, physique, avocate, information.
- C. Avocate, information, physique, réconfort.
- D. Physique, avocate, information, réconfort.

- ____ A) Lorsqu'on utilise l'immersion dans le bain, la température de l'eau n'a aucune importance.
- ____ B) Une mauvaise utilisation de l'immersion dans le bain peut avoir des conséquences graves.
- ____ C) Une parturiente peut aller dans le bain à tout moment lors de son travail.
- ____ D) La parturiente doit être submergée jusqu'au cou afin de retirer les meilleurs avantages du bain?
- ____ E) L'utilisation du bain lors de la phase de latence ralentit les contractions utérines.

4. Réponse à court développement ou en quelques mots.

Nommez les effets bénéfiques (3) de l'immersion dans le bain.

5. Vrai ou Faux

- ____ A) L'utilisation d'une variété de positions aide à la progression du travail.
- ____ B) La mobilisation est efficace seulement lors de la première phase du travail.
- ____ C) Alternier régulièrement de positions est nuisible pour l'oxygénation du fœtus.
- ____ D) Lors de la poussée, la position offrant le plus de confort à la parturiente est celle couchée sur le dos.
- ____ E) Lorsqu'il n'y a pas de progression du travail depuis plus d'une heure, il faut tenter une autre position.

6. Réponses à courts développements ou en quelques mots.

A. Quelle position peut diminuer la rapidité d'un second stade (de 10 cm jusqu'à l'expulsion du fœtus) du travail, en neutralisant les effets de la gravité?

B. Nommez les positions (4) pouvant être antalgiques (qui diminuent la douleur) pour la parturiente.

C. Quelles positions (3) peuvent être adoptées lors de la poussée?

D. Quels sont les avantages (3) d'adopter une position verticale pour la parturiente, lors de son travail?

7. Encerclez la ou les bonnes réponses

Quelle(s) position(s) doit adopter une parturiente lorsqu'on suspecte un positionnement non favorable du fœtus?

- A. Debout
- B. Penchée vers l'avant
- C. À quatre pattes
- D. À genou
- E. Décubitus dorsal

8. Associations

Associez chacune des méthodes non pharmacologiques ci-dessous avec l'effet quelle procure. Chaque méthode peut-être associée à plus d'un effet.

Bain•	Réduit la tension sur les muscles
Positions•	Diminue la durée de la phase active du travail
Ballon•	Améliore les chances de rotation d'un fœtus mal positionné
Douche•	Favorise la progression du travail
Mobilisation•	Augmente la production d'endorphines
	Encourage la descente du fœtus
	Offre les avantages de la gravité

9. Vrai ou Faux

- _____ A) Le mouvement du bassin peut aider à la rotation et à la descente du fœtus.
- _____ B) Lorsque la parturiente fait des mouvements de bassin, celle-ci ne bénéficie plus des effets de la gravité.
- _____ C) La parturiente doit cesser de marcher et s'immobiliser lors des contractions.
- _____ D) Les gémissements rythmés que fait la parturiente sont signe qu'elle va bien

10. Vrai ou Faux

- _____ A) Le ballon de naissance n'est pas recommandé pour les parturientes obèses.
- _____ B) Le ballon de naissance procure des effets sur la mère, sur le nouveau-né et aussi chez le conjoint.
- _____ C) Après la rupture des eaux, il n'est pas recommandé d'utiliser le ballon de naissance
- _____ D) Le ballon de naissance doit être utilisé seulement lors de la première phase du travail (0 à 10cm).

11. Encercler les avantages d'utiliser le ballon de naissance

- A) Offre une position physiologique normale pendant le travail.
- B) Encourage la descente du fœtus.
- C) Encourage un rythme dans les mouvements.
- D) Aide à diminuer les dorsalgies.
- E) Prépare le périnée à l'accouchement dû à la pression encourue par le poids du fœtus.
- F) Offre les avantages de la gravité pendant et entre les contractions.
- G) Diminue la tension sur les genoux et les mains.

12. Réponse à court développement ou en quelques mots.

Quel est le meilleur moment pour utiliser le ballon de naissance?

Merci de votre collaboration

CODE _____



3351, boul. des Forges, C.P. 500,
Trois-Rivières (QC) G9A 5H7



Centre
hospitalier
Trois-Rivières
1991, boul. du Carmel
Trois-Rivières (Québec)
G8Z 3R9

**Conception, implantation et évaluation d'une formation sur le support des
parturientes, formation destinée aux infirmières de l'obstétrique.**

(Par Véronique Larouche, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, UQTR)

Post-test

S.V.P. lire attentivement les questions afin d'y répondre correctement.

S.V.P. ne pas signer le questionnaire. Le code numérique au haut de la page assure l'anonymat et la confidentialité de vos réponses. Il correspond au nombre de personnes ayant participé à la recherche.

Merci de votre collaboration

Version datée du 3 mars 2011

Page 1 sur 7

1. Réponses à courts développements ou en quelques mots.

A) Quels avantages (4) les méthodes non pharmacologiques offrent-elles aux parturientes?

B) Quels sont les effets du stress (3) chez une parturiente?

C) Quels sont les effets du stress, pendant le travail (2) chez le fœtus?

2. Encerclez la bonne réponse

Le support est divisé en quatre classes.

- A. Émotion, physique, réconfort, information.
- B. Émotion, physique, avocate, information.
- C. Avocate, information, physique, réconfort.
- D. Physique, avocate, information, réconfort.

6. Réponses à courts développements ou en quelques mots.

A. Quelle position peut diminuer la rapidité d'un second stade (de 10 cm jusqu'à l'expulsion du fœtus) du travail, en neutralisant les effets de la gravité?

B. Nommez les positions (4) pouvant être antalgiques (qui diminuent la douleur) pour la parturiente.

C. Quelles positions (3) peuvent être adoptées lors de la poussée?

D. Quels sont les avantages (3) d'adopter une position verticale pour la parturiente, lors de son travail?

7. Encerclez la ou les bonnes réponses

Quelle(s) position(s) doit adopter une parturiente lorsqu'on suspecte un positionnement non favorable du fœtus?

- A. Debout
- B. Penchée vers l'avant
- C. À quatre pattes
- D. À genou
- E. Décubitus dorsal

8. Associations

Associez chacune des méthodes non pharmacologiques ci-dessous avec l'effet quelle procure. Chaque méthode peut-être associée à plus d'un effet.

Bain•	Réduit la tension sur les muscles
Positions•	Diminue la durée de la phase active du travail
Ballon•	Améliore les chances de rotation d'un fœtus mal positionné
Douche•	Favorise la progression du travail
Mobilisation•	Augmente la production d'endorphines
	Encourage la descente du fœtus
	Offre les avantages de la gravité

9. Vrai ou Faux

- _____ A) Le mouvement du bassin peut aider à la rotation et à la descente du fœtus.
- _____ B) Lorsque la parturiente fait des mouvements de bassin, celle-ci ne bénéficie plus des effets de la gravité.
- _____ C) La parturiente doit cesser de marcher et s'immobiliser lors des contractions.
- _____ D) Les gémissements rythmés que fait la parturiente sont signe qu'elle va bien

10. Vrai ou Faux

- _____ A) Le ballon de naissance n'est pas recommandé pour les parturientes obèses.
- _____ B) Le ballon de naissance procure des effets sur la mère, sur le nouveau-né et aussi chez le conjoint.
- _____ C) Après la rupture des eaux, il n'est pas recommandé d'utiliser le ballon de naissance
- _____ D) Le ballon de naissance doit être utilisé seulement lors de la première phase du travail (0 à 10cm).

11. Encercler les avantages d'utiliser le ballon de naissance

- A) Offre une position physiologique normale pendant le travail.
- B) Encourage la descente du fœtus.
- C) Encourage un rythme dans les mouvements.
- D) Aide à diminuer les douleurs lombaires.
- E) Prépare le périnée à l'accouchement dû à la pression encourue par le poids du fœtus.
- F) Offre les avantages de la gravité pendant et entre les contractions.
- G) Diminue la tension sur les genoux et les mains.

12. Réponse à court développement ou en quelques mots.

Quel est le meilleur moment pour utiliser le ballon de naissance?

Merci de votre collaboration

1. Qu'est-ce qui a été le plus aidant lors de la formation?

2. Qu'est-ce qui a été moins apprécié lors de la formation?

3. Quels sont les obstacles de votre milieu au support des parturientes?

4. Questions, commentaires?

Merci de votre collaboration.

Appendice E

Contrat d'engagement

ENTENTE RELATIVE À LA RÉALISATION DE LA RECHERCHE AU CSSSTR

ENTRE : **Mme Véronique Larouche**

(ci-après appelée « la chercheuse »)

ET : **Centre de santé et des services sociaux de Trois-Rivières**,
corporation légalement constituée en vertu de la *Loi sur les services
de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2), ayant son siège
au 731, rue Sainte-Julie, Trois-Rivières, G9A 1Y1, ici agissant et
représenté par **Mme Lucie Letendre**, Directrice générale, dûment
autorisée, tel qu'elle le déclare

(ci-après appelé « le CSSSTR »)

ATTENDU QUE l'établissement doit pouvoir garantir la qualité scientifique des
recherches, le respect des personnes et l'utilisation adéquate des ressources affectées
aux activités de recherche;

ATTENDU QUE les parties se sont entendues sur la réalisation au CSSSTR d'une
étude intitulée « Conception, implantation et évaluation d'une formation sur le support
des parturientes, formation destinée aux infirmières de l'obstétrique » ci-après appelée
« la recherche »;

ATTENDU QUE les parties désirent préciser leurs responsabilités et rôles respectifs en
regard de l'exécution des activités nécessaires à la réalisation complète de la
recherche;

EN CONSÉQUENCE, LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT :

1. Réalisation de la recherche

La chercheuse s'engage à réaliser au CSSSTR la recherche « Conception,
implantation et évaluation d'une formation sur le support des parturientes, formation
destinée aux infirmières de l'obstétrique » ci-après appelée « la recherche »,
conformément au devis de recherche présenté au Comité d'éthique de la recherche

(CÉR) du CSSSTR, aux lois, règlements et lignes directrices gouvernementales qui y sont applicables, ainsi qu'aux pratiques généralement reconnues en matière de recherche.

2. Délégation de fonctions

La chercheure supervisera personnellement la recherche. Elle pourra déléguer certaines tâches mais veillera à ce que toutes les personnes qui participent à la recherche soient sous sa coordination et aient, de par leur formation et leur expérience, les qualifications nécessaires pour s'acquitter de leurs responsabilités.

3. Collaboration de la coordonnatrice du secteur parents-enfants du CSSSTR

La chercheure reconnaît avoir présenté son projet de recherche à la coordonnatrice du secteur parents-enfants du CSSSTR **Mme Sylvie Tousignant** et avoir reçu son consentement pour collaborer avec elle dans ce projet.

4. Consentement des participants

La chercheure veillera à obtenir des participant à la recherche, un consentement éclairé signé sur le formulaire de consentement approuvé par le Comité d'éthique de la recherche du CSSSTR.

La chercheure a la responsabilité de tenir à jour la liste des sujets ayant prêté leur concours à la recherche. Elle devra être en mesure de fournir cette liste aux personnes autorisées par l'établissement, aux représentants du Ministère ou à toute autre personne autorisée par la loi.

5. Confidentialité

La chercheure s'engage à signer et à obtenir de tous ses collaborateurs à la recherche, un engagement à la confidentialité à l'égard de l'identité des sujets participant à la recherche, des données colligées, de même qu'à l'égard de tous renseignements concernant le CSSSTR ou ses employés et considérés par le CSSSTR comme confidentiels et dont les participants pourraient prendre connaissance.

La chercheure accepte également de conserver les dossiers de recherche de façon à en assurer la confidentialité, et ce, en conformité avec le Cadre réglementaire des bonnes pratiques de la recherche au Centre de santé et des services sociaux de Trois-Rivières

6. Paiement

Aucune contrepartie financière ne sera versée au CSSSTR.

7. Assurance et indemnisation

Il est convenu entre les parties que la chercheuse et ses collaborateurs posséderont leurs propres assurance responsabilité professionnelle et en assumeront les frais.

La chercheuse dégage le CSSSTR de toute responsabilité de quelque nature que ce soit pouvant découler des travaux effectués au CSSSTR et s'engage à prendre fait et cause pour le CSSSTR advenant toute poursuite intentée contre le CSSSTR, découlant de ses travaux.

8. Amendement ou modification

Toute demande d'amendement, de modification ou de renouvellement du projet de recherche ou tout avis d'événement indésirable ou de complication doit être déposé au secrétariat du CÉR.

9. Rapport annuel et final

La chercheuse convient de produire, au CSSSTR, un rapport annuel et un rapport final écrit de la recherche, conformément à l'échéancier prévu au devis de recherche.

10. Publications

La chercheuse s'engage à obtenir l'autorisation écrite et expresse du CSSSTR avant d'utiliser son nom dans quelque communication ou publication que ce soit.

11. Cession

La chercheuse ne pourra céder ses droits et obligations résultant de la présente entente, à moins d'accord préalable écrit du CSSSTR.

12. Conflit d'intérêts

Toute situation de conflit d'intérêts doit être portée à l'attention du CÉR. La chercheuse doit alors compléter et signer le formulaire « *Déclaration des intérêts* » qui sera remis au président du CÉR.

13. Durée de l'entente

La présente entente entre en vigueur à la date de sa signature et le demeurera jusqu'à la réalisation complète de la recherche, sous réserve des articles 4 et 7 qui demeureront en vigueur.

14. Invalidité partielle

Advenant que l'une ou l'autre des dispositions de la présente entente soit jugée invalide ou ne soit pas susceptible d'exécution, cette invalidité ou impossibilité d'exécution n'affectera pas les autres dispositions de la présente entente et la


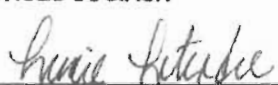
disposition jugée invalide ou non susceptible d'exécution, sera alors présumée non écrite ou non existante.

15. Arbitrage

Tout différend ou litige, qui pourrait survenir à la suite ou à l'occasion de la présente entente, sera tranché par voie d'arbitrage, à l'exclusion des tribunaux, et ce, en conformité des dispositions édictées au Code de procédure civile du Québec. Toutefois, afin de minimiser les frais, il y aura un seul arbitre et celui-ci aura, en plus des pouvoirs qui lui sont dévolus par la Loi, le pouvoir d'agir à titre d'amiable compositeur. Les parties pouvant, en tout temps cependant, faire appel aux tribunaux pour l'obtention de mesures conservatrices ou d'injonction.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ,

À TROIS-RIVIÈRES, ce _____ 2011

LA CHERCHEURE	LE CENTRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
	
Par : Mme Véronique Larouche	Par : Mme Lucie Letendre Directrice Générale / CHRS

Appendice F

Formulaire de consentement



3351, boul. des Forges, C.P. 500,
Trois-Rivières (QC) G9A 5H7



Centre
hospitalier
de Trois-Rivières

1991, boul. du Carmel
Trois-Rivières (Québec)
G8Z 3R9



**Conception, implantation et évaluation d'une formation sur le support des
parturientes, formation destinée aux infirmières de l'obstétrique.**
(Par Véronique Larouche, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, UQTR)

LETTRE D'INFORMATION AUX AGENTS MULTIPLICATEURS

**Invitation à participer au projet de recherche : Conception, implantation
et évaluation d'une formation sur le support des parturientes, formation
destinée aux infirmières de l'obstétrique.**

*Chercheuse : Véronique Larouche, infirmière clinicienne, étudiante à la maîtrise
en sciences infirmières, Université du Québec à Trois-Rivières sous la direction de
Marie-Josée Martel, professeure en sciences infirmières à l'Université du Québec
à Trois-Rivières.*

Partenariat avec le centre hospitalier régional de Trois-Rivières

Votre participation à cette étude, qui vise à concevoir, implanter et évaluer
l'impact d'une formation sur le support des parturientes, serait grandement
appréciée.

Objectif

L'objectif de cette étude est de concevoir, implanter et évaluer l'impact d'une
formation sur les connaissances des infirmières en regard du support des
parturientes. Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent
à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle
participation à l'étude et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous
demandons donc de lire la lettre d'information attentivement et de poser toutes
les questions que vous souhaitez poser à l'étudiante chercheuse. Celle-ci est
disponible pour répondre à vos questions de huit heures à minuit tous les jours
de la semaine, voir les coordonnées ci-dessous. Si vous souhaitez participer à
cette étude, veuillez remplir le formulaire de consentement (voir page 5) et le
remettre en main propre à l'étudiante chercheuse. Vous disposez d'une semaine
pour prendre votre décision et pour remettre ledit document.

CODE _____

Tâche

Votre participation à cette étude consiste à être un agent multiplicateur auprès de vos collègues infirmières et impliquera de votre part :

1) Assister à une formation sur le support des parturientes, d'une durée d'une heure et demie. Le moment de la formation sera établi par Mme Tousignant, coordonnatrice du secteur parents-enfants. Vous serez libérées pendant vos heures régulières de travail pour assister à cette formation.

2) Transférer le contenu de la formation à quatre infirmières. Cette formation sera dispensée sous forme de deux ateliers d'une durée de 30 minutes chacun. Les ateliers seront dispensés sur les lieux de travail et vous serez libérées pour les donner lorsque l'achalandage du secteur le permettra. Vous serez accompagnées de l'étudiante chercheuse lors du premier atelier et celle-ci demeurera disponible en tout temps pour consultation.

Vous aurez à remplir trois questionnaires

1) Questionnaire de données sociodémographiques et personnelles

Ce questionnaire porte sur les caractéristiques sociodémographiques et personnelles des participantes. Il sert à dresser un profil de celles-ci.

Ce questionnaire comprend huit questions d'ordre sociodémographiques (groupe d'âge, nombre d'années de pratique comme infirmière, nombre d'accouchements...) et trois personnelles (la formation sur le support des parturientes, votre utilisation de différentes méthodes de soulagement de la douleur...) Ce questionnaire vous sera remis par messagerie électronique dans les deux semaines suivant la prise de contact et sera recueilli de la même manière dans un délai d'une semaine.

2) Prétest et posttest

Ces questionnaires ont pour but de dresser un profil de vos connaissances sur le support des parturientes avant et après la formation.

Le pré test et le post test ont un contenu similaire hormis quelques questions d'appréciation de la formation ajoutées au posttest. Vous aurez à remplir le prétest lors de la formation, les quinze premières minutes y sont dédiées. Quant au posttest, vous aurez à le compléter un mois après avoir reçu la formation. Les questionnaires comportent une douzaine de questions (choix multiples et court développement).

Risques, inconvénients, inconforts

Risque : Face aux nouvelles acquisitions, certaines infirmières pourraient remettre en question leur pratique actuelle, ce qui pourrait éveiller chez certaines d'entre-elles un sentiment d'inconfort.

Mesures qui seront mises en place : Les infirmières ont la possibilité de se retirer de l'étude à n'importe quel moment. L'étudiante chercheuse sera à la disponibilité des infirmières afin de les faire verbaliser ou de faire de l'écoute active si le besoin est.

Bénéfices

CODE _____

Sur le plan individuel, vous aurez l'opportunité de faire le point sur votre expérience en tant que professionnelles et d'acquérir des connaissances sur le support à offrir aux parturientes. Vous aurez la chance d'exprimer vos opinions concernant les connaissances acquises lors de la formation.

Une augmentation de la conscientisation professionnelle sur le support à offrir aux parturientes et la possibilité d'être davantage outillées par rapport au processus naturel qu'est l'accouchement. Par le fait même, vous pourrez vous servir de vos acquis concrètement dans votre travail afin de supporter les parturientes de façon optimale.

De même, vous contribuerez à l'avancement des connaissances en sciences infirmières sur le sujet.

Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. La confidentialité sera assurée par un numéro de code substitué au nom de chaque participante. La clé du code reliant les noms des participantes à leur dossier de recherche, de même que l'ensemble des données recueillies seront conservés dans un classeur verrouillé au domicile de l'étudiante chercheuse. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme de mémoire, d'articles ou lors de congrès ne permettront, en aucun temps, d'identifier les participantes.

Les données seront conservées jusqu'à l'obtention du diplôme de l'étudiante chercheuse et seront détruites par la suite. Les données de cette recherche ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

La présente étude n'est pas une évaluation de votre travail et la non-participation ou le retrait n'aura aucun impact sur ce dernier.

L'étudiante chercheuse se réserve aussi la possibilité de retirer un participant en lui fournissant des explications sur cette décision.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant cette étude, vous pouvez communiquer avec Madame Véronique Larouche, au numéro suivant : 819-697-3333 poste 69865 ou Madame Marie-Josée Martel, au 819-376-5011 poste 3457.

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Cette étude est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) qui a émis un certificat portant le numéro CER-11-166-06.06 en date du 29 mars 2011.

CODE _____

Le comité d'éthique de la recherche du CHRTR a également approuvé ce projet de recherche et a émis un certificat portant le numéro : CÉR-2011-004-00 en date du 14 avril 2011. Le comité d'éthique de la recherche du CHRTR assure le suivi de la présente étude. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

Pour toute information, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du comité d'éthique de la recherche du CHRTR au 819-697-3333, poste 64399.

Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler vous pouvez communiquer avec la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du CHRTR, madame Doris Johnston au numéro suivant : 819-697-3333, poste 62011.

CODE _____

 **Université
du Québec
à Trois-Rivières**
3351, boul. des Forges, C.P. 500,
Trois-Rivières (QC) G9A 5H7

 **Centre
hospitalier
de Trois-Rivières**
1991, boul. du Carmel
Trois-Rivières (Québec)
G8Z 3R9



**Conception, implantation et évaluation d'une formation sur le support des
parturientes, formation destinée aux infirmières de l'obstétrique.**
(Par Véronique Larouche, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, UQTR)

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DES AGENTS MULTIPLICATEURS

Engagement de l'étudiante chercheuse

Moi, Véronique Larouche m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.



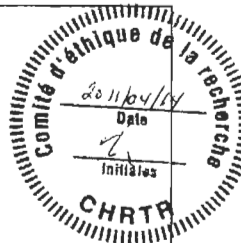
Consentement du participant

Je, _____ [nom du participant] _____, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet de l'étude : Conception, implantation et évaluation d'une formation sur le support des parturientes, formation destinée aux infirmières de l'obstétrique. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

J'accepte donc librement de participer à cette étude

Participante ou participant :	Étudiante chercheuse :
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

CODE _____

 <p>Université du Québec à Trois-Rivières</p> <p>3351, boul. des Forges, C.P. 500, Trois-Rivières (QC) G9A 5H7</p>	 <p>Centre hospitalier de Trois-Rivières</p> <p>1991, boul. du Carmel Trois-Rivières (Québec) G8L 3R9</p>	
<p align="center">Conception, implantation et évaluation d'une formation sur le support des parturientes, formation destinée aux infirmières de l'obstétrique.</p> <p align="center">(Par Véronique Larouche, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, UQTR)</p>		

LETTRE D'INFORMATION AUX INFIRMIÈRES PARTICIPANTES

Invitation à participer au projet de recherche : Conception, implantation et évaluation d'une formation sur le support des parturientes, formation destinée aux infirmières de l'obstétrique.

Chercheuse : Véronique Larouche, infirmière clinicienne, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, Université du Québec à Trois-Rivières sous la direction de Marie-Josée Martel, professeure en sciences infirmières à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Partenariat avec le centre hospitalier régional de Trois-Rivières

Votre participation à cette étude, qui vise à concevoir, implanter et évaluer l'impact d'une formation sur le support des parturientes, serait grandement appréciée.

Objectif

L'objectif de cette étude est de concevoir, implanter et évaluer l'impact d'une formation sur les connaissances des infirmières en regard du support des parturientes. Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à l'étude et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire la lettre d'information attentivement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser à l'étudiante chercheuse. Celle-ci est disponible pour répondre à vos questions de huit heures à minuit tous les jours de la semaine, voir les coordonnées ci-dessous. Si vous souhaitez participer à cette étude, veuillez remplir le formulaire de consentement (voir page 5) et le remettre en main propre à l'étudiante chercheuse. Vous disposez d'une semaine pour prendre votre décision et pour remettre ledit document.

CODE _____

Tâche

Assister à deux ateliers de formation sur le support des parturientes pendant vos heures régulières de travail. Chaque atelier d'une durée de 30 minutes chacun. Les ateliers seront dispensés sur les lieux de travail et vous serez libérées pour y assister lorsque l'achalandage du secteur le permettra.

Vous aurez à remplir trois questionnaires

1) Questionnaire de données sociodémographiques et personnelles

Ce questionnaire porte sur les caractéristiques sociodémographiques et personnelles des participantes. Il sert à dresser un profil de celles-ci.

Ce questionnaire comprend huit questions d'ordre sociodémographiques (groupe d'âge, nombre d'années de pratique comme infirmière, nombre d'accouchements...) et trois personnelles (la formation sur le support des parturientes, votre utilisation de différentes méthodes de soulagement de la douleur...) Ce questionnaire vous sera remis par messagerie électronique dans les deux semaines suivant la prise de contact et sera recueilli de la même manière dans un délai d'une semaine.

2) Prétest et posttest

Ces questionnaires ont pour but de dresser un profil de vos connaissances sur le support des parturientes avant et après la formation.

Le pré test et le post test ont un contenu similaire hormis quelques questions d'appréciation de la formation ajoutées au posttest. Vous aurez à remplir le prétest quinze minutes avant de participer au premier atelier. Quant au posttest, il vous aurez à la compléter et un mois après avoir reçu les deux ateliers. Les questionnaires comportent une douzaine de questions (choix multiples et court développement) et cela prendra environ quinze minutes de votre temps.

Risques, inconvénients, inconforts

Risque : Face aux nouvelles acquisitions, certaines infirmières pourraient remettre en question leur pratique actuelle, ce qui pourrait éveiller chez certaines d'entre-elles un sentiment d'inconfort.

Mesures qui seront mises en place : Les infirmières ont la possibilité de se retirer de l'étude à n'importe quel moment. L'étudiante chercheuse sera à la disponibilité des infirmières afin de les faire verbaliser ou de faire de l'écoute active si le besoin est.

Bénéfices

Sur le plan individuel, vous aurez l'opportunité de faire le point sur votre expérience en tant que professionnel et d'acquérir des connaissances sur le support à offrir aux parturientes. Vous aurez la chance d'exprimer vos opinions concernant les connaissances acquises lors de la formation.

Une augmentation de la conscientisation professionnelle sur le support à offrir aux parturientes et la possibilité d'être davantage outillées par rapport au processus naturel qu'est l'accouchement. Par le fait même, vous pourrez vous servir de vos acquis concrètement dans votre travail afin de supporter les parturientes de façon optimale.

De même, vous contribuerez à l'avancement des connaissances en sciences infirmières sur le sujet.

CODE _____

Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. La confidentialité sera assurée par un numéro de code substitué au nom de chaque participante. La clé du code reliant les noms des participantes à leur dossier de recherche, de même que l'ensemble des données recueillies seront conservés dans un classeur verrouillé au domicile de l'étudiante chercheuse. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme de mémoire, d'articles ou lors de congrès ne permettront, en aucun temps, d'identifier les participantes. Les données seront conservées jusqu'à l'obtention du diplôme de l'étudiante chercheuse et seront détruites par la suite. Les données de cette recherche ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

La présente étude n'est pas une évaluation de votre travail et la non-participation ou le retrait n'aura aucun impact sur ce dernier.

L'étudiante chercheuse se réserve aussi la possibilité de retirer un participant en lui fournissant des explications sur cette décision.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant cette étude, vous pouvez communiquer avec Madame Véronique Larouche, au numéro suivant : 819-697-3333 poste 69865 ou Madame Marie-Josée Martel, au 819-376-5011 poste 3457.

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche



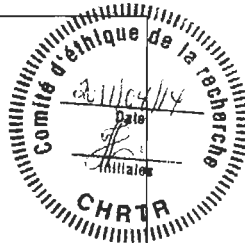
Cette étude est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) qui a émis un certificat portant le numéro CER-11-166-06.06 en date du 29 mars 2011.

Le comité d'éthique de la recherche du CHRTR a également approuvé ce projet de recherche et a émis un certificat portant le numéro CER-2011-004-00 en date du 14 avril 2011. Le comité d'éthique de la recherche du CHRTR assure le suivi de la présente étude. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

Pour toute information, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du comité d'éthique de la recherche du CHRTR au 819-697-3333, poste 64399.

Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler vous pouvez communiquer avec la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du CHRTR, madame Doris Johnston au numéro suivant : 819-697-3333, poste 62011.

CODE _____

 <p>Université du Québec à Trois-Rivières</p> <p>3351, boul. des Forges, C.P. 500, Trois-Rivières (QC) G9A 5H7</p>	 <p>Centre hospitalier de Trois-Rivières</p> <p>1991, boul. du Carnet Trois-Rivières (Québec) G8Z 3R9</p>	
<p>Conception, implantation et évaluation d'une formation sur le support des parturientes, formation destinée aux infirmières de l'obstétrique.</p> <p>(Par Véronique Larouche, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, UQTR)</p>		

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DES INFIRMIÈRES PARTICIPANTES

Engagement de l'étudiante chercheuse

Moi, Véronique Larouche m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je, _____ [nom du participant], confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet de l'étude : Conception, implantation et évaluation d'une formation sur le support des parturientes, formation destinée aux infirmières de l'obstétrique. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

J'accepte donc librement de participer à cette étude

Participante ou participant :	Étudiante chercheuse :
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

Appendice G

Certificat d'éthique



Université du Québec à Trois-Rivières

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

RAPPORT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE :

Le comité d'éthique de la recherche, mandaté à cette fin par l'Université, certifie avoir étudié le protocole de recherche :

Titre du projet : Conception, implantation et évaluation d'une formation sur le support des parturientes, formation destinée aux infirmières de l'obstétrique

Chercheurs : Véronique Larouche
Département des sciences infirmières

Organismes : Aucun

et a convenu que la proposition de cette recherche avec des êtres humains est conforme aux normes éthiques.

PÉRIODE DE VALIDITÉ DU PRÉSENT CERTIFICAT :

Date de début : 29 mars 2011

Date de fin : 18 mars 2012

COMPOSITION DU COMITÉ :

Le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières est composé des catégories de personnes suivantes, nommées par le conseil d'administration :

- six professeurs actifs ou ayant été actifs en recherche, dont le président et le vice-président;
- le doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche (membre d'office);
- une personne membre ou non de la communauté universitaire, possédant une expertise dans le domaine de l'éthique
- un(e) étudiant(e) de deuxième ou de troisième cycle;
- un technicien de laboratoire;
- une personne ayant une formation en droit et appelée à siéger lorsque les dossiers le requièrent;
- une personne extérieure à l'Université;
- un secrétaire provenant du Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche ou un substitut suggéré par le doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche.

SIGNATURES :

L'Université du Québec à Trois-Rivières confirme, par la présente, que le comité d'éthique de la recherche a déclaré la recherche ci-dessus mentionnée entièrement conforme aux normes éthiques.

Hélène-Marie Thérien

Présidente du comité

Amélie Germain

Secrétaire du comité

Date d'émission : 29 mars 2011

N° du certificat : CER-11-166-06.06

DECSR



Université du Québec à Trois-Rivières

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

ANNEXE

Votre projet de recherche «**Conception, implantation et évaluation d'une formation sur le support des parturientes, formation destinée aux infirmières de l'obstétrique**» se termine le **19 décembre 2012**, votre certificat portant le numéro **CER-11-166-06.06** est valable pour 12 mois.

En acceptant ce certificat d'éthique vous vous engagez à :

1. Informer le CER par écrit de tout changement qui doit être apporté à la présente recherche ou aux documents destinés aux participants, tels que publicité pour le recrutement, lettre d'information et formulaire de consentement, avant leur entrée en vigueur.
2. Demander annuellement le renouvellement de ce certificat en utilisant le formulaire prévu à cet effet au moins un mois avant la fin de la période de validité du présent certificat (**18 mars 2012**).
3. Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de ce projet de recherche.
4. Faire parvenir au CER un rapport final en utilisant le formulaire prévu à cette fin au plus tard 1 mois après la fin de la recherche.



COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

No d'approbation
éthique CHRTR :

CÉR-2011-004-00

APPROBATION D'UN PROJET DE RECHERCHE

DESCRIPTION DU PROJET DE RECHERCHE :

Titre : «Conception, implantation et évaluation d'une formation sur le support des parturientes, formation destinée aux infirmières de l'obstétrique»

Chercheur : Madame Véronique Larouche

Provenance des fonds : Aucun

DOCUMENTS APPROUVÉS PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE À UTILISER POUR LA PRÉSENTE ÉTUDE :

- Lettre d'information et formulaire de consentement destinés aux agents multiplicateurs, version 3 datée du 24 mars 2011;
- Lettre d'information et formulaire de consentement destinés aux infirmières participantes, version 4 datée du 7 avril 2011;
- Questionnaire de données sociodémographiques et personnelles version 2 datée du 3 mars 2011;
- Prétest, version 3 datée du 24 mars 2011;
- Posttest version 2 datée du 3 mars 2011;
- Contenu de la formation sur le support des parturientes et intégration du cadre de référence, version 2 datée du 3 mars 2011.

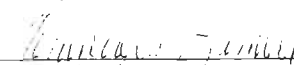
APPROBATION ÉTHIQUE :

Étude initiale
du projet par le comité : 24 février 2011

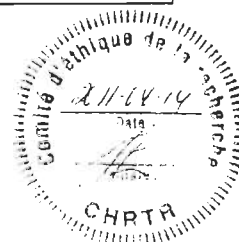
Raison de l'émission
du présent certificat : *Approbation initiale*

Date d'étude par le comité : 24 février 2011

Période de validité
du présent certificat : du 14 avril 2011 au 14 avril 2012


François Lemire
Président
Comité d'éthique de la recherche

N.B. : Le Comité d'éthique de la recherche du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières poursuit ses activités en accord avec Les bonnes pratiques cliniques (Santé Canada) et tous les règlements applicables.



Appendice H

Grille d'évaluation de la formation

Évaluation du soutien des parturientes pendant le travail et l'accouchement

Audit observationnel

Cocher la réponse correspondant à votre observation :

L'évaluatrice doit compléter une grille par patiente

Oui : pour indiquer que l'indicateur est observé

Non : pour indiquer que l'indicateur n'est pas observé alors qu'il le devrait

S.O : pour indiquer que l'indicateur ne s'applique pas à la situation (inscrire dans commentaires la raison si connue)

Numéro de dossier de
la parturiente :

Indicateurs	Oui	Non	S.O	Commentaires	Date	Init
Support émotionnel						
1. L'infirmière rassure / encourage la parturiente.						
2. L'infirmière utilise la distraction verbale (humour, éloges).						
Support physique						
3. L'infirmière informe la parturiente de la <u>nécessité de s'hydrater</u> et de s'alimenter s'il y a lieu						
4. L'infirmière apporte de l'eau à la parturiente ou indique à l'accompagnateur où s'en procurer						
5. L'infirmière s'assure d'un environnement favorisant la détente durant le travail (lumière tamisée)						
6. L'infirmière utilise un ton de voix doux et rassurant						
7. L'infirmière s'assure que la literie est propre						
8. L'infirmière offre un support <u>de 15 minutes et plus</u> en période de travail actif à la fois						
9. L'infirmière offre un support <u>en continu</u> en période de travail actif (ne quitte pas la chambre)						
Gestion de la douleur						
10. L'infirmière propose l'utilisation de l'hydrothérapie (bain / douche ou compresses froides ou chaudes)						

11. <i>Indiquer lequel dans commentaires</i>						
12. L'infirmière explique comment et démontre l'utilisation / installation adéquate de l'hydrothérapie à la parturiente						
13. L'infirmière propose l'utilisation du ballon de naissance						
14. L'infirmière explique comment et démontre l'utilisation / installation adéquate du ballon à la parturiente						
15. L'infirmière propose différentes positions ou mobilisations <i>Indiquer laquelle dans commentaires</i>						
16. L'infirmière explique comment et démontre l'utilisation / installation adéquate des différentes positions /mobilisations de la parturiente						
17. L'infirmière propose des techniques de respiration						
18. L'infirmière explique comment et démontre l'utilisation des techniques de respiration à la parturiente						
19. L'infirmière propose des techniques de relaxation à la parturiente (visualisation ou autre) <i>Indiquer laquelle dans commentaires</i>						
Support informatif						
20. L'infirmière informe le partenaire ou accompagnateur (s'adresse à lui) des interventions etc.						
Support d'advocacy / avocate						
21. L'infirmière favorise la prise de décision éclairée (informe, aide mais n'impose pas ses choix)						
22. L'infirmière prends le temps d'écouter la parturiente et son partenaire ou accompagnateur						

Cet outil s'inspire de : Larouche, Véronique (2011). Formation sur le support des parturientes.

Évaluation du soutien des parturientes pendant le travail et l'accouchement

Audit dossier

Cocher la réponse correspondant à votre observation ✓

L'évaluatrice doit compléter une grille par naissance

Oui : pour indiquer que l'indicateur est observé

Non : pour indiquer que l'indicateur n'est pas observé alors qu'il le devrait

S.O : pour indiquer que l'indicateur ne s'applique pas à la situation (inscrire dans commentaires la raison si connue)

Numéro de dossier de
la parturiente :

Indicateurs	Oui	Non	S.O	Commentaires	Date	Init
1. Une mention indique que l'infirmière rassure / encourage la parturiente ou fait référence au soutien émotionnel						
2. Une mention indique que la parturiente s'hydrate						
3. Une mention indique l'utilisation de l'hydrothérapie						
4. Une mention indique l'utilisation du ballon de naissance						
5. Une mention indique les positions utilisées durant le travail ou la naissance ou fait référence à la mobilisation de la parturiente						
6. Une mention indique l'utilisation de techniques de respiration						