

Université de Montréal

Intervention éducative visant le transfert des résultats probants par les infirmières dans la pratique du contact peau à peau en post-partum immédiat

par Jeanne Pigeon Turenne

Faculté des sciences infirmières

Rapport de stage présenté à la Faculté des sciences infirmières en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M. Sc.), sciences infirmières option formation en sciences infirmières

Septembre, 2014

©Jeanne Pigeon Turenne, 2014

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce rapport de stage intitulé :
Intervention éducative visant le transfert des résultats probants par les infirmières dans la
pratique du contact peau à peau en post-partum immédiat

présenté par :
Jeanne Pigeon Turenne

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Madame Marjolaine Héon, inf., Ph.D.
directrice

Madame Marilyn Aita, inf., Ph.D.
codirectrice

Madame Chantal Doddridge, inf. M.Sc.
membre du jury

Madame Joanne Faessler, inf. B.Sc., IBCLC
membre du jury

Résumé

Problématique : Dans la pratique actuelle en périnatalité, le contact peau à peau n'est pas réalisé de façon optimale. Les nouveau-nés sont retirés rapidement de leur mère afin que des soins de routine soient effectués (Moore, Anderson, Bergman, & Dowswell, 2012) ou sont fermement emmaillottés, ne répondant pas aux recommandations de l'Académie Américaine de Pédiatrie [APP] (APP, 2012). Ce rapport de stage par article met en lumière l'élaboration et la mise à l'essai d'une intervention éducative avec et pour des infirmières visant une pratique du contact peau à peau en post-partum immédiat adéquate et basée sur les résultats probants.

Méthode : Quatre capsules de formation ont été élaborées selon une pédagogie active et une observation pré et post-intervention a été effectuée afin d'évaluer les retombées sur la pratique. Le Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care (Titler, et al., 2001) a guidé les différentes étapes de ce projet de stage.

Résultats : À la suite des capsules de formation, une augmentation de la durée du contact sans bris de continuité (passant de 20 à 26 minutes), ainsi qu'une amélioration de la qualité de l'enseignement relative au contact peau à peau ont été observées. De plus, certains soins de routine ont été réalisés pendant le contact mère-nouveau-né. Cependant, des améliorations sont encore souhaitées; la durée du contact et l'enseignement offert ne rencontrent pas encore les recommandations des experts relatives à cette pratique.

Recommandations : La mise en place d'une intervention éducative, utilisant des méthodes d'enseignement/apprentissage dynamiques combinées avec des ressources complémentaires, semble efficace afin d'améliorer les interventions infirmières en post-partum immédiat et de favoriser une pratique cohérente avec les résultats probants. D'autres études se doivent d'être réalisées afin d'évaluer l'impact d'une telle intervention éducative visant une pratique infirmière basée sur les résultats probants.

Mots-clés : Contact peau à peau, pédagogie active, intervention éducative, pratique infirmière basée sur les résultats probants, post-partum immédiat

Abstract

Problem statement: Current perinatal practice does not meet the recommendations of the American Academy of Pediatrics (AAP, 2012) with regard to skin-to-skin contact immediately after birth, since newborns are quickly removed from their mothers for routine care (Moore, Anderson, Bergman, & Dowswell, 2012). This article presents the elaboration and evaluation of an educational intervention with and for nurses that aims to implement an adequate and evidence-based practice of skin-to-skin contact in the immediate post-partum period.

Method: Four educational sessions were developed based on an active learning approach. Pre and post observations were conducted to assess the impact of the educational intervention on the nursing practice. The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care (Titler et al., 2001) guided the various steps of the project.

Results: The educational intervention increased the time of continuous and uninterrupted skin-to-skin contact after birth (from 20 to 26 minutes) and improved the quality of information given to families on skin-to-skin contact. In addition, some routine care was done during the skin-to-skin contact while newborns were positioned on their mothers' thorax. However, further improvements are still required since the observed duration time of the skin-to-skin contact and the family teaching are not meeting the experts' recommendations for this practice.

Recommendations: The implementation of an educational intervention using active teaching/learning methods, combined with additional resources, seems to be effective in improving evidence-based clinical nursing practice in immediate post-partum. Further studies need to be conducted to evaluate the impact of such educational interventions that aim to implement evidence-based practices.

Keywords: Skin-to-skin contact, active learning, educational intervention, evidence-based nursing practice, immediate post-partum

Table des matières

Résumé.....	iii
Abstract.....	iv
Liste des tableaux.....	vii
Remerciements.....	viii
Introduction.....	1
Modalités de stage.....	5
But du stage.....	6
Objectifs de stage.....	6
Objectifs personnels d'apprentissage.....	8
Milieu de stage.....	9
Intervention.....	10
Analyse réflexive sur l'atteinte des objectifs de stage et d'apprentissage.....	12
Analyse réflexive sur les objectifs de stage et l'atteinte du but de stage.....	12
Analyse réflexive sur les objectifs d'apprentissage.....	14
Article.....	19
Résumé.....	21
Introduction.....	21
Cadre de référence et approche pédagogique.....	25
Méthode.....	27
Milieu, participants et recrutement.....	27
Étapes du développement de l'intervention éducative.....	27
Évaluation pré-intervention.....	27
Modalités de la formation et contenu.....	28
Méthodes d'évaluation post-intervention.....	30
Résultats.....	30
Évaluation pré et post-intervention.....	31
Évaluation de la formation.....	33
Discussion.....	35
Changements dans la pratique du contact peau à peau en post-partum immédiat.....	35
Satisfaction des infirmières au regard de la formation.....	38

Forces de l'intervention éducative.....	40
Limites de l'intervention éducative	41
Implications pour la pratique infirmière.....	43
Implications pour la recherche	45
Conclusion.....	47
Références	49
Références.....	60
Annexe A Grille d'observation du contact peau à peau en post-partum immédiat	63
Annexe B Échéancier du stage	65
Annexe C Publicisation de la formation	67
Annexe D Exemple d'une fiche d'inscription aux capsules de formation.....	69
Annexe E Ressource complémentaire à la capsule de formation 1 – Liste des bienfaits du contact peau à peau avec références	71
Annexe F Ressource complémentaire à la capsule de formation 2 – Articles scientifiques avec résumés	74
Annexe G Ressource complémentaire à la capsule de formation 3 – Affiches placées en salle d'accouchement	79
Annexe H Questionnaire de satisfaction.....	85
Annexe I Lettre d'information pour l'équipe médicale	90
Annexe J Feuilles de travail.....	92
Annexe K Fiches des simulations (capsule de formation 3).....	103

Liste des tableaux

Tableau

1	Bienfaits du contact peau à peau.....	53
2	Étapes inspirées de l’algorithme décisionnel du cadre de référence du Iowa Model of Evidence-Based to Promote Quality Care (Titler, et al., 2001) menant à l’implantation d’une pratique basée sur les résultats probants.....	54
3	Détails des capsules de formation et des compléments d’information.....	55
4	Résultats - Comparaison des observations pré et post-intervention.....	57
5	Synthèse des résultats du questionnaire de satisfaction.....	58

Remerciements

Mon parcours à la maîtrise a été possible grâce à la présence de personnes significatives qui ont su m'écouter, m'encourager et m'aider à mener à terme ce projet d'envergure. Je désire remercier ces personnes qui ont fait la différence dans mes études aux cycles supérieurs.

D'abord, je tiens à remercier ma directrice de maîtrise, Madame Marjolaine Héon, qui a su pousser ma réflexion à des niveaux supérieurs, a fait preuve d'une très grande disponibilité et m'a offert d'excellents conseils dans la réalisation de mon projet. Aussi, je remercie ma codirectrice de maîtrise, Madame Marilyn Aita, qui a cru en mon projet dès le début, qui a fait preuve de beaucoup d'encouragements et a toujours su m'offrir une rétroaction constructive et des suggestions fort intéressantes. Mesdames, votre soutien fut essentiel dans la réalisation de mon projet de stage et l'humanisme avec laquelle vous accompagner vos étudiantes a fait la différence dans mon parcours académique.

Aussi, je tiens à remercier mes deux personnes-ressources, Mesdames Joanne Faessler et Chantal Doddridge, toutes deux du CSSS Champlain-Charles-LeMoyne, qui, de par leur expertise en périnatalité et dans le domaine de la formation infirmière, ont contribué positivement à la réalisation de mes capsules de formation. Madame Faessler, votre leadership au sein de l'équipe soignante a permis le recrutement et la formation d'un nombre plus qu'escompté d'infirmières. Madame Doddridge, je vous remercie d'encourager les projets en sciences infirmières visant la formation continue et de croire en l'amélioration des pratiques en soins infirmiers, ceci est tout à votre honneur.

Je ne peux passer sous silence la contribution des infirmières ayant participé aux différentes étapes du projet de stage. De par leur disponibilité, leur présence aux formations,

leurs questionnements et l'intérêt démontré vis-à-vis la pratique du contact peau à peau, elles ont permis de réaliser et bonifier le projet de stage.

Un remerciement tout spécial aux familles qui ont accepté que je sois présente lors d'une étape cruciale dans leur vie : la naissance de leur enfant. Merci d'avoir partagé un moment aussi intime avec moi.

Finalement, je dois souligner le soutien de mes collègues-étudiants à la maîtrise (tout particulièrement les étudiants dans le domaine de la formation), ma famille et mes amis. Grâce à leur écoute, leurs encouragements et leur amour, j'ai réussi à finaliser ce projet qui me tient à cœur.

Introduction

La pratique du contact peau à peau est une demande de plus en plus exprimée en période anténatale par les futurs parents (Dabrowski, 2007). Il s'agit d'une intervention simple qui demande peu de ressources et qui est facilement réalisable dans les centres hospitaliers. Ce contact privilégié entre une mère et son nouveau-né en post-partum immédiat, en plus de favoriser la création d'un lien d'attachement, offre de nombreux bienfaits à court et à long termes (Dabrowski, 2007; Phillips, 2013; Velandia, Uvnäs-Moberg, & Nissen, 2011; Walters, Boggs, Ludington-Hoe, Price, & Morrisson, 2007). Ce contact permet notamment de favoriser une meilleure transition à la vie extra-utérine pour le nouveau-né et d'augmenter les taux de succès de l'allaitement maternel (Bergman & Bergman, 2013; Dabrowski, 2007). Selon Moore, Anderson, Bergman, & Dowswell, (2012), une pratique adéquate du contact peau à peau n'entraîne pas de conséquences négatives pour la mère et son nouveau-né.

Certaines recommandations ont été émises quant à cette pratique. Par exemple, la position à favoriser avec le nouveau-né est de placer celui-ci directement sur le thorax de sa mère ou d'une personne significative (Moore et al., 2012). Cette position devrait être adoptée tout de suite après la naissance et l'enfant devrait rester ainsi pour les premières heures de vie (Bergman & Bergman, 2013; Ferrarello & Hatfield, 2014; Moore et al., 2012). Cependant, les recommandations ne sont pas toujours respectées par les professionnels de la santé, ceux-ci ne basant pas leurs interventions sur les résultats probants (Dabrowski, 2007; Haxton, Doering, Gingras, & Kelly, 2012). Par exemple, après la naissance, des interventions peu urgentes impliquant le nouveau-né sont souvent réalisées, telles que les soins de routine (injection de vitamine K, application d'onguent ophtalmique, pesée, bain, les mesures du périmètre crânien et de la longueur) en brisant le contact continu qu'il a avec sa mère (Moore et al., 2012). Plusieurs soins de routine pourraient être retardés ou faits sur le thorax de la mère (AAP, 2012; Dabrowski,

2007; Phillips, 2013; Smith, Moore, & Peters, 2012), mais il ne s'agit pas d'une pratique qui semble ancrée dans les soins offerts en post-partum immédiat. La pratique adéquate du contact peau à peau ne concorde pas toujours avec les protocoles de soins de certains centres hospitaliers (Dageville, Casagrande, De Smet, & Boutté, 2011; Phillips, 2013).

De plus, lorsque le contact peau à peau est réalisé en post-partum immédiat, il semble qu'il soit effectué d'une façon inadéquate. En effet, trop souvent, le nouveau-né est placé dans une couverture serrée avant d'être donné à sa mère, rendant ainsi ses mouvements difficiles, voire impossibles à réaliser, réduisant significativement le contact mère-nouveau-né et diminuant grandement la découverte de ses différents sens (Bystrova et al., 2003). Aussi, lorsque le nouveau-né est mal asséché, n'a pas la tête recouverte ou n'est pas bien positionné sur sa mère, les risques comme l'hypothermie sont beaucoup plus présents et il est difficile de considérer que la pratique est adéquate (Kumar, Shearer, Kumar, & Darmstadt, 2009). La pratique clinique étant sous-optimale, des changements sont souhaités afin d'offrir des soins cohérents avec les derniers résultats probants du contact peau à peau et de faire profiter à la clientèle les nombreux bienfaits de cette intervention.

Pour ce faire, une stratégie pouvant être retenue est la formation des infirmières afin que celles-ci aient les connaissances et les compétences nécessaires afin de soutenir la pratique du contact peau à peau. Certaines méthodes actuelles de formation sont par contre passives et ne répondent pas toujours aux besoins des apprenants (Prior, Guerin, & Grimmer-Somers, 2008). Une pédagogie plus active offre de meilleurs résultats dans l'instauration d'un changement de pratique (Haines, Kuruvilla, & Borchert, 2004; National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2007; O'Brien, 2008; Prior et al., 2008).

Ainsi, une intervention éducative offerte selon une pédagogie active a été élaborée et mise à l'essai avec et pour des infirmières afin de favoriser une pratique du contact peau à peau en post-partum immédiat adéquate et basée sur les résultats probants. Cette intervention est guidée par le Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care (Titler et al., 2001), un modèle qui suggère plusieurs étapes afin d'instaurer un changement de pratique cohérent avec les résultats probants disponibles.

Dans ce rapport de stage, une première partie permet de détailler les modalités du stage, telles que le but du stage, les objectifs de stage, les objectifs personnels d'apprentissage, le milieu de stage, l'intervention éducative, l'analyse réflexive sur l'atteinte des objectifs de stage et d'apprentissage, ainsi que des recommandations relatives à la pratique infirmière. Une deuxième partie, constituée d'un article scientifique découlant de la mise à l'essai de l'intervention éducative réalisée, vise à détailler le processus menant à la réalisation de l'intervention éducative, les modalités de celle-ci, les retombées obtenues en comparaison avec des études similaires et les recommandations pour la pratique infirmière et la recherche. L'objectif principal de la rédaction de cet article est de mettre en lumière les connaissances développées et partager l'expérience acquise dans la mise en place et l'évaluation de l'intervention éducative.

Modalités de stage

But du stage

Le but de ce stage était d'élaborer et de mettre à l'essai une intervention éducation avec et pour des infirmières visant une pratique du contact peau à peau en post-partum immédiat adéquate et basée sur les résultats probants. L'utilisation des résultats probants était au cœur du projet afin d'instaurer une rigueur scientifique dans la pratique actuelle et guider les changements nécessaires dans les soins offerts.

Objectifs de stage

Le stage visait trois objectifs et comptait plusieurs activités afin de répondre au but du stage.

1. Élaborer une intervention éducative avec et pour des infirmières visant une pratique du contact peau à peau en post-partum immédiat adéquate et basée sur les résultats probants.

1.1 Déterminer les besoins de formation des infirmières sur le contact peau à peau en post-partum immédiat par observation dans le milieu.

1.1.1 Création d'une grille d'observation permettant d'évaluer la pratique actuelle reliée au contact peau à peau en post-partum immédiat selon des critères prédéterminés (voir annexe A).

1.1.2 Approbation de la grille d'observation par les personnes-ressources du milieu et les directrices de maîtrise.

1.1.3 Observation des pratiques actuelles, selon la grille d'observation, pour une période de deux jours en salle d'accouchement avec différentes infirmières, pour déterminer les lacunes dans la pratique du contact peau à peau, les barrières possibles au changement de pratique et les acteurs clés du milieu.

1.1.4 Identification des concepts-cibles à aborder durant les capsules de formation de l'intervention éducative par l'analyse des grilles d'observation remplies et des constatations faites dans la pratique clinique.

1.1.5 Validation des concepts-cibles à aborder durant les capsules de formation de l'intervention éducative auprès des infirmières travaillant en post-partum immédiat démontrant un intérêt à participer à la formation par une discussion informelle à la salle d'accouchement.

1.2 Développer les capsules de formation de l'intervention éducative (4 capsules).

1.2.1 Recension et synthèse des écrits pertinents selon les concepts-cibles à aborder.

1.2.2 Sélection des méthodes d'enseignement/apprentissage (pédagogie active) qui seront utilisées afin d'offrir les capsules de formation.

1.2.3 Élaboration des capsules de formation.

1.2.4 Approbation du contenu et des méthodes retenues pour donner les capsules de formation par les personnes-ressources et les directrices de maîtrise.

1.2.5 Planification des dates (échancier) où auront lieu les capsules de formation (voir annexe B).

2. Mettre à l'essai l'intervention éducative auprès d'infirmières travaillant en post-partum grâce aux courtes capsules de formation élaborées.

2.1 Donner la formation par le biais de capsules.

2.1.1 Réservation d'un local et du matériel nécessaire pour chacune des rencontres.

2.1.2 Publicisation des capsules de formation à donner (voir annexe C).

2.1.3 Création d'une feuille d'inscription pour chacune des rencontres (voir annexe D).

2.1.4 Utilisation des méthodes d'enseignement/apprentissage sélectionnées pour animer les capsules de formation d'une durée de 30 minutes.

2.1.5 Diffusion de ressources complémentaires aux capsules de formation aux infirmières de l'unité de soins (voir annexes E, F et G).

3. Évaluer les retombées de l'intervention éducative offerte chez les infirmières travaillant en post-partum immédiat.

3.1 Évaluer l'appréciation de l'intervention éducative reçue, les méthodes d'enseignement/apprentissage utilisées ainsi que les modifications de la pratique (si applicable) grâce à un questionnaire et une observation de la pratique.

3.1.1 Création d'un questionnaire avec une échelle de Likert et des questions à court développement (voir annexe H).

3.1.2 Approbation du questionnaire par les personnes-ressources et les directrices de maîtrise.

3.1.3 Impression et diffusion du questionnaire aux infirmières travaillant en post-partum, ayant bénéficié de la formation, lors de la dernière capsule.

3.1.4 Compilation et synthèse des résultats obtenus dans le questionnaire.

3.1.5 Évaluation des changements de pratique des infirmières en post-partum immédiat sur le contact peau à peau, selon la grille d'observation utilisée lors de l'observation en pré-intervention, pour une période de deux jours, une semaine après la fin des capsules de formation.

3.1.6 Identification des changements de pratique par l'analyse des grilles d'observation complétées et des constatations faites dans la pratique clinique.

Objectifs personnels d'apprentissage

Les objectifs personnels d'apprentissage étaient les suivants :

1. Approfondir mes connaissances sur le contact peau à peau.
2. Approfondir mes connaissances sur les méthodes d'enseignement/apprentissage cohérentes avec le concept de pédagogie active et l'approche par compétences.
3. Améliorer ma pratique de formatrice en utilisant des méthodes d'enseignement/apprentissage cohérentes avec la pédagogie active lors des formations offertes.
4. Développer ma pratique réflexive pour mettre en lumière les moments forts et les aspects à améliorer lorsque j'offre une intervention éducative.
5. Développer des habiletés de communication, de leadership et d'agent de changement propres à une infirmière visant le transfert de connaissances.
6. Développer différentes compétences nécessaires pour assurer le rôle d'une infirmière-formatrice en pratique avancée : pratique réflexive, collaboration intraprofessionnelle, recherche, écoute active et planification.

Milieu de stage

Le milieu de stage retenu pour la réalisation de l'intervention éducative était l'hôpital Charles-LeMoyne. Cet hôpital, qui est situé sur la Rive-Sud de Montréal, plus précisément à Longueuil, fait partie du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Champlain-Charles-LeMoyne. En périnatalité, une clinique prénatale, une salle d'accouchement et une unité mère-enfant offrent des services adaptés aux besoins de la clientèle. La salle d'accouchement compte six chambres de naissance et une salle de triage. Chaque patiente accouche dans une chambre privée, avec le soutien des professionnels de la santé. Plus ou moins deux heures après la naissance, le nouveau-né et sa mère sont transférés à l'unité mère-enfant afin de poursuivre leur séjour hospitalier pour une période variant en moyenne de 48 à 72 heures. En 2013, 1730 naissances ont eu lieu à l'hôpital Charles-LeMoyne.

L'intervention éducative a été offerte aux infirmières dans une salle pouvant accueillir de 10 à 12 personnes et qui est généralement disponible pour les formations des professionnels de la santé. Cette salle met à la disposition du formateur un ordinateur ainsi qu'un rétroprojecteur afin de faciliter la tenue de formations.

Intervention

Pour ce stage, la formation continue des infirmières était l'intervention privilégiée afin de modifier favorablement les pratiques du contact peau à peau en post-partum immédiat. Pour ce faire, quatre capsules de formation ont été élaborées et mises à l'essai. Préalablement, pour évaluer les besoins de formation des infirmières, une recension des écrits sur le contact peau à peau a été effectuée. Conjointement, une observation de la pratique infirmière en salle d'accouchement a été réalisée par l'étudiante-stagiaire pendant deux jours afin d'évaluer les pratiques spécifiques du contact peau à peau en post-partum immédiat dans le milieu retenu. Grâce à la recension des écrits et aux observations effectuées, les sujets devant d'être abordés lors de la formation ont pu être sélectionnés.

Les rencontres éducationnelles en petits groupes, utilisant l'interaction entre les participants, sont une technique efficace de transfert de connaissances, contrairement à une formation passive (Haines et al., 2004; NICE, 2007; O'Brien, 2008; Prior et al., 2008). Cette méthode d'enseignement/apprentissage a donc été préconisée dans l'intervention éducative. Concrètement, les capsules de formation ont été élaborées selon une pédagogie active où les apprenantes ont dû se mettre en action à quelques reprises afin d'être au cœur du développement de leurs connaissances et compétences. Quelques formules pédagogiques ont été utilisées pour offrir une formation variée et stimulante, telles que la discussion, les mises en situation, le jeu de rôle et la simulation. Aussi, l'alternance entre les informations théoriques par exposé magistral et

les formules pédagogiques actives a été prônée afin de permettre aux apprenantes de connaître la théorie, mais aussi de la mettre en pratique (Benner, 2010). Ce retour entre la pratique et la théorie a été réalisé à chacune des capsules de formation afin d'effectuer un lien entre le rôle professionnel de l'infirmière en pratique clinique et les changements attendus à la suite de la formation.

De plus, la combinaison de différentes interventions visant le changement de pratique offre de meilleurs résultats qu'une intervention unique (Boaz, Baeza, Fraser, & European Implementation Score Collaborative Group [EIS], 2011; NICE, 2007; Oxman, Thomson, Davis, & Haynes, 1995; Prior et al., 2008). Donc, une approche multiple de formation semble aider à franchir diverses barrières relatives aux changements de pratique. Alors, en plus des capsules de formation, des compléments d'information ont été offerts aux infirmières sous différentes formes, c'est-à-dire une liste de bienfaits du contact peau à peau, des articles scientifiques avec résumés et des affiches de rappel dans la salle d'accouchement.

À la suite des capsules de formation, deux évaluations ont été réalisées; l'évaluation des changements de pratique et l'évaluation de la satisfaction des participantes ayant assisté aux capsules. Pour l'évaluation du changement de pratique, un audit (observation de la pratique infirmière après les capsules de formation) a été réalisé pendant deux jours à la salle d'accouchement. Les données recueillies ont pu être comparées avec celles obtenues lors de la première observation de la pratique, avant les capsules de formation. La même grille d'observation (voir annexe A) a été réutilisée afin de faciliter la comparaison des résultats obtenus. Pour évaluer l'appréciation de la formation offerte, un questionnaire composé d'une échelle de Likert avec quelques questions à court développement (voir annexe H) a été utilisé. Le questionnaire était anonyme et l'analyse des résultats obtenus a permis de dresser un tableau

assez clair en termes des forces lors de la présentation, des facilitateurs et barrières au changement de pratique, ainsi que des pistes d'amélioration de la formation. Cette analyse a permis à l'étudiante-stagiaire de cibler les points d'amélioration possibles pour les prochaines formations qu'elle offrira ainsi que de remettre en question les méthodes d'enseignement/apprentissage sélectionnées.

Analyse réflexive sur l'atteinte des objectifs de stage et d'apprentissage

Dans le cadre de ce stage, les objectifs de stage et d'apprentissage déterminés en début de parcours ont été atteints. C'est grâce aux différentes étapes exécutées lors de la préparation, la réalisation et l'évaluation du stage qu'un développement de connaissances et de compétences a pu s'effectuer chez l'étudiante-stagiaire.

Analyse réflexive sur les objectifs de stage et l'atteinte du but de stage

Les différents objectifs de stage ont pu être atteints grâce aux multiples activités réalisées. L'élaboration de l'intervention éducative avec et pour des infirmières (objectif 1) a été possible grâce à deux étapes majeures, soit la détermination des besoins de formation ainsi que le développement des quatre capsules de formation. À la suite de la création et de l'approbation d'une grille d'observation facilitant l'évaluation des pratiques relatives au contact peau à peau en post-partum immédiat, l'étudiante-stagiaire a pu être présente en salle d'accouchement pour une période de deux jours. La présence de la stagiaire auprès des infirmières et des familles afin d'observer les pratiques de la salle d'accouchement, a été une étape importante du processus qui a permis de recueillir des données tangibles sur les soins et interventions réalisés pendant cette période. Les données ont par la suite pu être comparées avec les résultats des études antérieures lors de la recension des écrits dans le but de faire émerger les bonnes pratiques et celles à améliorer. Ainsi, en ciblant les lacunes dans la pratique clinique, les interventions positives

devant être soutenues et les pratiques de soins attendues, le tout corroboré par les écrits, cette comparaison a facilité la sélection de concepts-cibles devant être abordés dans la formation offerte. Ceux-ci ont pu être validés de façon informelle avec les infirmières intéressées par la formation afin de s'assurer que les concepts-cibles étaient au cœur de leurs principales préoccupations et répondaient adéquatement à leurs besoins actuels de formation. Afin de développer les capsules de formation, une synthèse des écrits pertinents a été nécessaire et le choix des méthodes d'enseignement/apprentissage s'est révélé être une étape importante dans la construction des activités pédagogiques. Cette synthèse a permis de résumer le contenu essentiel de formation, de mieux comprendre les formules pédagogiques favorisant le changement de pratique et les stratégies à mettre en place afin que l'intervention éducative ait un impact positif dans le milieu clinique. Afin de favoriser le retour dans la pratique clinique entre chacune des capsules de formation, les dates de formation ont été sélectionnées conjointement avec les personnes-ressources du milieu de stage afin d'avoir un bassin similaire d'infirmières et d'avoir une capsule de formation par semaine. L'atteinte de l'objectif peut être confirmée par le développement de quatre capsules de formation.

Un autre objectif était de mettre à l'essai la formation élaborée (objectif 2). Pour atteindre cet objectif, une réservation de local ainsi que du matériel nécessaire, la publicisation de la formation par le biais d'affiches promotionnelles et la création de fiches d'inscription ont été les étapes préliminaires à la tenue des capsules de formation. Afin de bonifier la formation offerte et d'augmenter les chances de succès dans l'instauration d'un changement de pratique, différentes ressources complémentaires ont été développées et offertes aux infirmières de l'unité de soins. L'étudiante-stagiaire a alors pu mettre en place les multiples ressources nécessaires pour planifier et offrir une formation de qualité. Cette mise à l'essai des capsules de formation a été

réalisée auprès de 38 différentes infirmières ayant assisté à une ou plusieurs capsules de formation.

Finalement, le dernier objectif de stage (objectif 3) était d'évaluer les retombées de l'intervention éducative offerte. Deux niveaux d'évaluation ont été effectués pour déterminer la satisfaction des participantes et les changements de pratique réalisés. Grâce à un questionnaire de satisfaction élaboré par l'étudiante-stagiaire et approuvé par les personnes-ressources ainsi que les directrices de maîtrise et remis à chacune des infirmières ayant assisté à au moins une capsule de formation, il a été possible de faire quelques constatations relatives aux activités de formation offertes et instaurer une réflexion propice à la discussion. Les points forts de la formation ainsi que les améliorations possibles ont pu être énoncés et les facilitateurs et quelques barrières au changement de pratique ont été déterminés par les apprenantes, enrichissant alors l'évaluation de l'intervention éducative. Aussi, une seconde observation de la pratique à la salle d'accouchement a permis de noter certains changements positifs dans les pratiques infirmières au regard du contact peau à peau en post-partum immédiat.

Avec l'atteinte des trois objectifs de stage, il est possible de considérer que le but du stage, qui était d'élaborer et de mettre à l'essai une intervention éducative avec et pour des infirmières visant une pratique du contact peau à peau en post-partum immédiat adéquate et basée sur les résultats probants, a lui aussi été atteint.

Analyse réflexive sur les objectifs d'apprentissage

Les différents objectifs d'apprentissage ont aussi été atteints. D'abord, l'étudiante-stagiaire a pu approfondir ses connaissances sur le contact peau à peau, les méthodes d'enseignement/apprentissage cohérentes avec la pédagogie active et l'approche par compétences (objectifs 1 et 2), grâce à une recension des écrits, plusieurs lectures, ainsi qu'une

synthèse des concepts les plus significatifs pour la formation offerte (contenu et modalités de formation). De fait, elle a pu apprivoiser les informations essentielles à la réalisation de capsules de formation basées sur les derniers résultats probants telles que les méthodes d'enseignement/apprentissage les plus cohérentes, les modalités de formation, l'utilisation de ressources complémentaires, etc. Cette appropriation de la matière a non seulement permis de rendre les éléments des écrits plus compréhensibles aux infirmières lors des différentes capsules de formation, mais a également contribué d'un point de vue beaucoup plus personnel à faciliter la rétention de l'information en profondeur relative au contact peau à peau et aux méthodes d'enseignement/apprentissage à favoriser.

En élaborant et en mettant à l'essai quatre capsules de formation, l'étudiante-stagiaire a pu développer et améliorer sa pratique de formatrice (objectif 3). Avec une préparation rigoureuse des capsules et une réflexion sur les méthodes de transfert de connaissances les plus adaptées, l'étudiante-stagiaire a alors pu développer une certaine aisance dans l'enseignement offert. En effectuant à deux reprises chacune des capsules de formation et en visionnant les capsules qui avaient été filmées, il a alors été possible de cibler les points forts et les modifications à envisager pour améliorer sa performance lors des formations. Elle a pu guider les infirmières dans leurs apprentissages, sans toutefois le faire d'une façon uniquement passive c'est-à-dire que l'information n'a pas été offerte exclusivement d'une façon magistrale, mais plutôt proposée sous forme d'activités pédagogiques nécessitant la participation des apprenantes et le soutien de l'étudiante-stagiaire. Son travail en amont dans la préparation des capsules et des outils favorisant l'apprentissage a facilité la tenue des capsules de formation.

De plus, une réflexion constante sur les différentes étapes de la réalisation du stage a été une partie importante du processus d'élaboration et mise à l'essai des capsules de formation.

L'étudiante-stagiaire a pu développer sa pratique réflexive (objectif 4) en remettant en question ses choix/prises de décisions, ses interventions et ses activités d'enseignement/apprentissage pendant l'action (lors de la réalisation des formations, des changements ont pu être effectués au fur et à mesure afin de bonifier les capsules offertes) et sur l'action (des recommandations ont été émises afin d'améliorer les formations futures qui seront effectuées suite aux évaluations réalisées). De fait, la pratique réflexive a pu entraîner une prise de conscience des moments forts de l'intervention de formation proposée et cibler les aspects à améliorer des capsules de formation offertes ainsi que le processus nécessaire pour y arriver.

Aussi, dans le cadre du stage, l'étudiante-stagiaire a pu développer plusieurs compétences, telles qu'une communication efficace et une amélioration de son leadership, et a acquis certaines habiletés d'agente de changement afin de favoriser une pratique basée sur les résultats probants (objectif 5). Du point de vue de la communication, différentes stratégies ont été utilisées afin de favoriser un changement de pratique cohérent avec les résultats probants dans le milieu clinique. La création de différents outils nécessaires à la promotion, la diffusion et la réalisation des capsules de formation comme l'affiche promotionnelle, les fiches d'inscription, la lettre explicative remise à l'équipe médicale (voir annexe I), les documents de travail remis aux infirmières pendant les capsules de formation (voir annexe J), les fiches de simulations développées (voir annexe K), la création de soutien visuel de type PowerPoint, etc. ont contribué positivement à une communication efficace dans le cadre du stage réalisé. Étant au cœur d'un projet d'envergure, l'étudiante-stagiaire a dû faire preuve de leadership afin de mobiliser les ressources nécessaires à son stage et gérer les actions et interventions prioritaires à effectuer. Elle a su planifier, organiser, corriger, mettre en œuvre et évaluer ses capsules de formation, démontrant ainsi son leadership. Ainsi, elle a contribué au transfert de connaissances et à

l'amélioration de certaines pratiques relatives au contact peau à peau en post-partum immédiat, développant alors ses habiletés d'agente de changement (création d'opportunités de développement de connaissances et de compétences, utilisation des résultats probants afin de mobiliser un changement de pratique chez les professionnels, miser sur le potentiel des différents apprenants en vue d'améliorations des pratiques, etc.). Différentes stratégies de transfert de connaissances ont été utilisées dans le cadre du stage telles que la rédaction du rapport de stage sous forme d'article qui sera soumis pour publication à un périodique anglais, la réalisation de plusieurs présentations dans le milieu de stage (capsules de formation filmées et rencontre post-stage), la participation à différentes conférences (ACFAS et Colloque Alice-Girard), la réalisation d'un atelier thématique lors du Congrès annuel des infirmières et infirmiers du Québec, ainsi que la création d'un cartable des ressources mis à la disposition du milieu clinique (présentations PowerPoint, feuilles de travail, compléments d'information et clé USB avec les capsules de formation filmées).

De par l'atteinte des précédents objectifs, l'étudiante-stagiaire a réussi à développer plusieurs compétences nécessaires à une infirmière-formatrice en pratique avancée, telles que la pratique réflexive, la collaboration intraprofessionnelle, la recherche, l'écoute active et la planification (objectif 6; Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, 2014). Grâce à son lien de proximité avec les infirmières travaillant en périnatalité, l'étudiante-stagiaire a fait preuve d'une collaboration avec celles-ci afin de bien répondre à leurs besoins. Cette collaboration a été permise grâce au respect et à l'écoute des besoins des infirmières et du souci de répondre adéquatement au développement de leurs connaissances et compétences. Pour ce faire, la recherche de résultats probants dans différents moteurs de recherche a favorisé la création et la planification de capsules de formation. Afin d'évaluer les résultats d'une telle

méthode de transfert de connaissances, l'utilisation de la pratique réflexive a permis de poser un jugement critique sur les activités de formation réalisées.

Article

Intervention éducative visant le transfert des résultats probants par les infirmières dans la
pratique du contact peau à peau en post-partum immédiat

Intervention éducative auprès d'infirmières sur le contact peau à peau

Jeanne Pigeon Turenne^a, inf., B.Sc, Marjolaine Héon^b, inf., Ph.D., Marilyn Aita^b, inf., Ph.D.,
Joanne Faessler^c, inf., B.Sc., IBCLC et Chantal Doddridge^d, inf., M.Sc.

^a Infirmière clinicienne, Département de la natalité, CSSS Pierre-Boucher

^b Professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

^c Consultante en allaitement, Département de la natalité, CSSS Champlain-Charles-LeMoyne

^d Conseillère au développement de la compétence et de la pratique professionnelle en soins
infirmiers, CSSS Champlain-Charles-LeMoyne

Toute correspondance concernant l'article doit être adressée à Marjolaine Héon,

Adresse : C.P. 6128, succursale Centre-ville, Montréal (Québec), Canada, H3C 3J7

Intervention éducative visant le transfert des résultats probants par les infirmières dans la pratique du contact peau à peau en post-partum immédiat

Résumé

Cet article présente une intervention éducative développée et mise à l'essai visant une pratique adéquate et basée sur les résultats probants au regard du contact peau à peau en post-partum immédiat chez des infirmières. Basées sur le Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care, quatre capsules de formation ont été élaborées selon une pédagogie active. Une évaluation pré-post intervention montre certaines retombées positives sur la pratique infirmière, telles qu'une augmentation de la durée du contact peau à peau, une amélioration de l'enseignement fait par rapport aux bienfaits et au positionnement à adopter et la réalisation de quelques soins de routine directement sur le thorax de la mère. Cependant, des améliorations sont encore souhaitées. Par exemple, la durée du contact ne rencontre pas encore les recommandations relatives à cette pratique et l'enseignement à la clientèle n'est pas toujours complet. L'utilisation d'une approche multiple de formation, mettant en action les apprenants, semble être une stratégie contribuant à l'amélioration des pratiques cliniques actuelles.

Mots clés : Contact peau à peau, pédagogie active, intervention éducative, pratique infirmière basée sur les résultats probants, post-partum immédiat

Introduction

Selon les recommandations de l'Académie Américaine de Pédiatrie [APP] (AAP, 2012), un nouveau-né à terme et en santé devrait être placé sur sa mère en contact peau à peau dès sa naissance. Par conséquent, toute intervention brisant le contact peau à peau continu en post-partum immédiat devrait être révisée et les politiques des centres hospitaliers devraient être

modifiées au besoin (AAP, 2012). Sachant qu'aucun effet négatif à court ou long terme pour le nouveau-né et la mère n'est associé à cette pratique (Moore, Anderson, Bergman, & Dowswell, 2012), celle-ci devrait être la norme dans les centres hospitaliers qui offrent des soins périnataux (Christensson, Cabrera, Christensson, Uvnäs-Moberg, & Winberg, 1995; Haxton, Doering, Gingras, & Kelly, 2012). De nombreux bienfaits à court et à long termes autant pour la mère que le nouveau-né découlent de cette intervention simple à réaliser durant la période post-partum (voir tableau 1). De plus, vis-à-vis cette expérience très positive, le nouveau-né démontre un bien-être et une satisfaction qui se traduisent par des expressions faciales détendues, un état de calme, etc. (Dalbye, Calais, & Berg, 2011). Le contact peau à peau nécessite de placer le nouveau-né sur sa mère, thorax contre thorax, dès la naissance ou dans les premiers instants de vie et cette pratique se doit d'être « immédiate et continue » [Traduction libre] (Moore et al., 2012, p.2).

Toutefois, une tendance contemporaine est de séparer la mère et son nouveau-né dans les premières minutes, voire les premières heures de vie, afin d'effectuer divers soins non-urgents, ce qui confirme que la pratique actuelle ne rencontre pas les recommandations relatives à cette intervention (Moore et al, 2012). Cette séparation peut s'expliquer par le fait qu'il s'agit présentement d'une routine qui est fortement ancrée dans la pratique (Dabrowski, 2007; Phillips, 2013; Walters, Bogg, Ludington-Hoe, Price, & Morrisson, 2007) ou qui correspond parfois aux protocoles de soins postnatals de certains hôpitaux (AAP, 2012; Dageville, Casagrande, De Smet, & Boutté, 2011). Or, ce retrait cause un stress injustifié au nouveau-né (Bergman & Bergman, 2013; Bystrova et al., 2009) puisque la majorité des soins de routine néonataux, tels que l'injection de la vitamine K, l'application d'onguent ophtalmique, la prise de signes vitaux et les mesures du périmètre crânien et de la taille, pourraient facilement être retardée et effectuée

directement sur la mère (AAP, 2012; Dabrowski, 2007, Moore et al., 2012; Phillips, 2013; Smith, Moore, & Peters, 2012).

Actuellement, la pratique clinique infirmière semble sous-optimale, car il est rapporté que les nouveau-nés sont souvent retirés du thorax de leur mère sans raison valable ou sont fermement emmaillotés, empêchant ainsi la réalisation d'une période adéquate du contact peau à peau (Dumas, Lepage, Bystrova, Matthiesen, Welles-Nyström, & Widström, 2013; Ferrarello & Hatfield, 2014). Il est également pertinent de noter que ces pratiques sous-optimales sont corroborées par des observations cliniques de l'auteure principale. Alors, des changements de pratique sont souhaités afin que les soins offerts soient cohérents avec les résultats probants et que la clientèle profite des nombreux bienfaits du contact peau à peau. Pour ce faire, il est recommandé que tous les professionnels de la santé intervenant pendant la période périnatale soient habilités à soutenir les parents dans la pratique du contact peau à peau, notamment par le biais d'une formation (Nyqvist et al., 2010a). La formation des infirmières est donc une intervention stratégique à mettre à l'essai dans une unité de soins de post-partum immédiat.

Plusieurs études font état de formations effectuées auprès d'infirmières et d'autres professionnels de la santé visant l'amélioration des pratiques du contact peau à peau en post-partum immédiat et ont obtenu des résultats intéressants à prendre en considération. Brimdyr et ses collaborateurs (2012) ont évalué l'impact d'une formation de cinq jours mettant en avant-plan la pratique clinique, la réflexion, l'éducation et la formation. Ils ont conclu que la combinaison de différentes stratégies (enseignement par des experts, application dans la pratique des nouvelles connaissances, création de vidéos des pratiques en salle d'accouchement, séances de rétroaction avec visionnement des vidéos, etc.) visant le changement de pratique offrait des changements significatifs comparativement à une formation de cinq jours sans stratégies variées

Intervention éducative auprès d'infirmières sur le contact peau à peau

(exposé magistral et présentation des différentes sections de formation par les participants). À la suite d'une entrevue effectuée auprès de membres du personnel ayant été sélectionnés aléatoirement, près de la totalité des personnes questionnées en post-intervention (18/20 professionnels de la santé) étaient d'accord pour dire que leurs collègues ayant reçu la formation avec différentes stratégies avaient inclus davantage dans leur routine de soins le contact peau à peau en post-partum immédiat comparativement à ceux ayant uniquement reçu la formation standard (0/63 professionnels de la santé). Pour sa part, Dabrowski (2007) détaille l'expérience d'un centre hospitalier désirant améliorer ses pratiques de contact peau à peau par le biais de formations, de discussions et d'ajout de ressources additionnelles, telles que des vidéos, affiches et de nouvelles lignes directrices sur l'allaitement maternel. La combinaison de différentes ressources avec la formation a été un levier dans le changement des pratiques en post-partum pour cette étude (Dabrowski, 2007). Aussi, Haxton et ses collaborateurs (2012) ont mis en place quatre sessions de formation incluant une discussion sur les barrières et solutions à l'implantation d'une pratique répondant aux résultats probants menant à l'amélioration du contact peau à peau (passant de 40% des nouveau-nés placés en contact peau à peau en post-partum immédiat à 68%) et des taux plus élevés d'initiation de l'allaitement maternel (passant de 74% à 84%). Ces études montrent l'impact positif que peuvent avoir des interventions éducationnelles visant le changement de pratique du contact peau à peau.

Cependant, certaines méthodes d'enseignement traditionnelles sont souvent utilisées dans les formations de professionnels de la santé; celles-ci étant plutôt passives et peu adaptées à leurs besoins (Prior, Guerin, & Grimmer-Somers, 2008). L'exposé magistral demeure toujours la méthode d'enseignement/apprentissage la plus utilisée (King's Fund, 2006), bien que cette dernière mène rarement à un changement de pratique (Oxman, Thomson, Davis & Haynes, 1995;

Prior et al., 2008). Afin d'assurer une amélioration efficace des pratiques basée sur les résultats probants et de répondre aux besoins des professionnels de la santé, une formation selon une pédagogie active devrait être privilégiée (Haines, Kuruvilla, & Borchert, 2004; National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2007; O'Brien, 2008; Prior et al., 2008). D'ailleurs, les chercheurs ayant utilisé plusieurs stratégies visant l'amélioration des pratiques cohérentes avec une pédagogie plus active ont généralement obtenu des résultats positifs (Brimdyr et al., 2012; Dabrowski, 2007; Haxton et al., 2012).

Cet article met en lumière les retombées d'une intervention éducative basée sur une pédagogie active qui a été offerte à des infirmières travaillant en salle d'accouchement et en période post-partum d'une unité de maternité. Cette intervention, qui a été développée et mise à l'essai selon le Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care (Titler et al., 2001), avait pour but une pratique infirmière du contact peau à peau, en post-partum immédiat, adéquate et basée sur les résultats probants.

Cadre de référence et approche pédagogique

Le Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care (Titler et al., 2001) a guidé le développement et la mise à l'essai de l'intervention éducative. Combiné à une approche de pédagogie active, ce cadre de référence a soutenu l'élaboration d'une formation sous forme de capsules visant à répondre adéquatement aux besoins d'apprentissage des infirmières travaillant en post-partum au regard de la pratique du contact peau à peau.

Le Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care (Titler et al., 2001) a pour objectif l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (Cullen & Adams, 2010). Il encourage les infirmières à remettre en question leurs pratiques actuelles par le biais de

différentes étapes, selon un algorithme décisionnel (Schaffer, Sandau, & Diedrick, 2012). Cette remise en question a pour but de mettre en place une intervention de transfert de connaissances visant une pratique infirmière basée sur les résultats probants. Les étapes proposées par le modèle et suivies dans le cadre de cette intervention éducative sont décrites dans le tableau 2.

D'abord, une recension préliminaire des écrits a permis de reconnaître la présence d'un problème à multiples facettes, soit la non-utilisation des résultats probants associée à une pratique inadéquate du contact peau à peau (Moore et al, 2012). Étant donné que le changement de pratique en lien avec le contact peau à peau fut déterminé comme étant une priorité pour cette unité de soins, la mise en place d'une intervention éducative a été la stratégie retenue. À la suite d'une recherche exhaustive de résultats probants par l'équipe de travail, constituée de l'auteure principale et des coauteurs, une synthèse a pu être effectuée afin de cibler les thématiques à inclure dans la formation et les méthodes d'enseignement/apprentissage à retenir. Les étapes finales, dont la mise à l'essai de l'intervention éducative et l'évaluation des retombées obtenues, ont conclu le processus.

Pour l'élaboration spécifique de la formation infirmière, incluant le choix des méthodes d'enseignement et d'apprentissage, les activités pédagogiques, ainsi que le contenu de formation, elle a été guidée par les principes directeurs de la pédagogie active. Il s'agit d'une approche qui propose de mettre en action les apprenants et d'utiliser des méthodes d'apprentissage centrées sur ceux-ci (Hoke & Robbins, 2005). Dès que l'apprenant est impliqué dans le processus d'apprentissage et qu'il interagit avec ses pairs (pédagogie plus active), ses taux de rétention de l'information sont alors grandement augmentés, de l'ordre de 60% à 80% (Herreid, 2011). L'objectif de cette approche est d'optimiser la rétention de l'information transmise et ainsi favoriser le changement de pratique en créant une formation utile et signifiante pour l'apprenant.

Cette approche de formation facilite le développement de la pensée critique et offre de meilleurs résultats en termes d'apprentissage chez les infirmières (Hoke & Robbins, 2005).

Méthode

Milieu, participants et recrutement

La formation a été mise à l'essai auprès d'infirmières d'une unité de maternité d'un centre hospitalier affilié universitaire de la région métropolitaine de Montréal, du 8 juin au 11 juillet 2013. Cette unité, qui dénombre 50 infirmières ayant un poste, des infirmières de l'équipe volante, des candidates à la profession infirmière et des externes en soins infirmiers, compte près de 1730 accouchements par année.

Les infirmières ont été recrutées par le biais d'affiches placées dans les différents secteurs d'activités de l'unité de soins (salle d'accouchement, pouponnière et unité de maternité). De plus, elles ont été invitées à participer à la formation par l'infirmière-chef de l'unité, la consultante en allaitement et l'auteure principale qui leur ont donné des informations complémentaires sur la tenue de l'activité et la pertinence de leur participation. Les infirmières invitées à la formation devaient être formées pour travailler auprès de la clientèle de la salle d'accouchement ou du post-partum.

Étapes du développement de l'intervention éducative

Évaluation pré-intervention. Afin de guider le développement de la formation, une observation de la pratique en pré-intervention effectuée sur deux quarts de travail de jour à la salle d'accouchement a été réalisée afin de cibler les besoins de formation des infirmières. Lors de ces observations, l'auteure principale a utilisé une grille préalablement conçue afin de recueillir des informations au sujet : a) des personnes présentes à l'accouchement et pendant les

premières heures post-partum, b) des particularités lors de l'accouchement et en post-partum immédiat (par exemple, un accouchement médicalement assisté, l'état clinique de la mère ou du nouveau-né restreignant la pratique du contact peau à peau, etc.), c) de la séquence d'action réalisée par l'infirmière en post-partum immédiat, d) du moment où le nouveau-né est placé en contact peau à peau, la durée du contact; et e) si applicable, des raisons justifiant l'arrêt de la pratique ainsi que les interventions/conditions empêchant la pratique du contact peau à peau ou contribuant au bris du contact. Les données colligées sur les grilles d'observation (une grille par naissance) ont permis de cibler les lacunes et les barrières auxquelles les infirmières pouvaient être confrontées dans la pratique du contact peau à peau.

Par la suite, les observations provenant de cette évaluation pré-intervention ont été comparées aux recommandations émises par les experts dans les écrits scientifiques. De cette comparaison sont issues les thématiques de formation, en fonction des changements de pratique envisagés. Les thèmes ciblés ont été validés par la suite auprès des infirmières afin d'évaluer leur intérêt ainsi que leurs besoins d'apprentissage. La formation a ensuite été développée.

Modalités de la formation et contenu. Afin de couvrir les différentes thématiques se devant d'être abordées, une formation s'inspirant de celle de Haxton et ses collaborateurs (2012), sous forme de quatre courtes capsules de formation d'une durée de 30 minutes chacune, a été réalisée afin de développer les connaissances et compétences des infirmières. Les capsules avaient lieu pendant l'heure du dîner et étaient offertes à deux reprises afin de rejoindre le maximum d'infirmières intéressées par la formation. Elles étaient offertes à environ une semaine d'intervalle, ce qui permettait l'application des nouvelles connaissances dans la pratique après chaque rencontre afin de bonifier la rétention de l'information, d'enrichir les discussions subséquentes et d'initier un changement de pratique graduel. Les dates ont été déterminées afin

d'avoir un bassin similaire d'infirmières pour chacune des capsules de formation. Les thèmes abordés, les méthodes d'enseignement/apprentissage retenues, ainsi que les compléments d'information sont présentés dans le tableau 3. De plus, la formation a reçu l'accréditation de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Cette accréditation a permis aux infirmières qui ont participé aux capsules de formation d'obtenir deux heures de formation continue nécessaires au renouvellement de leur permis de pratique professionnelle.

Les capsules de formation ont pris la forme de rencontres éducationnelles en petits groupes, où l'interaction entre les participants était favorisée. Cette méthode d'enseignement/apprentissage est plus efficace pour le transfert de connaissances qu'une formation passive (Haines et al., 2004; NICE, 2007; O'Brien, 2008; Prior et al., 2008). Afin d'assurer une cohérence avec la pédagogie active, les méthodes d'enseignement/apprentissage ont été choisies attentivement pour encourager la coconstruction des savoirs avec les pairs et ajouter une dimension sociale à l'apprentissage. La discussion, l'utilisation de mises en situation travaillées en groupe, le jeu de rôle et la simulation sont les méthodes qui ont été principalement retenues (voir tableau 3).

Selon les écrits et les études antérieures, la combinaison de plusieurs stratégies visant le transfert de connaissances permet d'augmenter les chances d'obtenir les résultats escomptés, dans ce cas-ci, une pratique basée sur les résultats probants (Boaz, Baeza, Fraser, & European Implementation Score Collaborative Group (EIS), 2011; NICE, 2007; Oxman et al., 1995; Prior et al., 2008). Alors, en plus des capsules de formation, des compléments d'information ont été offerts aux infirmières sous différentes formes, tels qu'une liste de bienfaits du contact peau à peau, des articles scientifiques avec résumés et des rappels sous forme d'affiches dans la salle d'accouchement afin de faciliter le changement de pratique (voir tableau 3).

Méthodes d'évaluation post-intervention. À la suite des capsules de formation données, deux évaluations ont été réalisées. D'abord, la satisfaction des infirmières a été évaluée à l'aide d'un questionnaire semi-structuré. Ce questionnaire comprenait dix questions avec réponses selon une échelle de Likert bipolaire à cinq points et quelques questions à court développement. Les questions à court développement visaient à cibler les facilitateurs et les barrières à une pratique adéquate et basée sur les résultats probants du contact peau à peau ainsi que les forces et les changements à envisager pour les capsules de formation offertes. Le questionnaire, qui était complété de façon anonyme, ciblait les forces et les limites des capsules de formation et des compléments d'information, ainsi que des pistes d'amélioration. Ce questionnaire de satisfaction au regard de la formation a été remis à chacune des infirmières ayant participé à une capsule de formation ou plus. Aussi, une deuxième observation de la pratique infirmière après les capsules de formation a été réalisée pour évaluer les pratiques réalisées en post-partum immédiat. Une observation sur deux quarts de travail de jour à la salle d'accouchement, avec la grille d'observation utilisée lors des observations initiales, a été effectuée par l'auteure principale. Les données recueillies aux deux temps d'observation ont alors été comparées pour mettre en lumière les changements de pratique ainsi que les améliorations encore souhaitées.

Résultats

Au total, 38 infirmières et candidates à la profession infirmière travaillant en périnatalité, dont 11 infirmières travaillant en salle d'accouchement, ont assisté à une ou plusieurs capsules de formation qui ont eu lieu sur l'heure du midi. Une participation variant entre 14 et 19 infirmières par capsule de formation a été notée, c'est-à-dire 16 infirmières lors de la capsule 1, 19 infirmières à la capsule 2, 14 infirmières lors de la capsule 3 et 19 infirmières à la capsule 4.

Ainsi, 10,5% (n=4) des infirmières qui ont participé à la formation ont assisté aux 4 capsules de formation, 10,5% (n=4) ont assisté à 3 capsules, 23,7% (n=9) ont assisté à 2 capsules et 55,3% (n=21) infirmières ont assisté à une seule capsule.

Évaluation pré et post-intervention

Plusieurs naissances avant et après l'intervention de formation ont été observées grâce à la grille préalablement conçue. Une comparaison des observations réalisées en pré et post-intervention est présentée au tableau 4.

Lors des deux périodes d'observation pré-intervention visant à évaluer les pratiques en salle d'accouchement, quatre naissances ont eu lieu. Six différentes infirmières sont intervenues pour offrir des soins aux mères et leur nouveau-né en post-partum immédiat. Certaines particularités sont survenues durant les naissances observées, c'est-à-dire un accouchement vaginal assisté de ventouse, un accouchement précipité avec saignements augmentés en post-partum immédiat et une dystocie des épaules résolue par la manœuvre de McRoberts, sans toutefois compromettre l'état de santé des mères et des nouveau-nés. Pour chacune des naissances, la séquence d'action réalisée a été la même : nouveau-né asséché, aspiré à la poire et déposé sur la mère. En moyenne, le contact peau à peau a été réalisé pour une durée de 20 minutes chez les dyades mère-bébé et les infirmières n'ont pas réalisé d'enseignement à la mère/famille pendant la période perpartum sur le contact peau à peau. Le bris du contact entre la mère et le nouveau-né est survenu pour effectuer différentes interventions: préparation à l'allaitement, prise de photographies, changement de position et mobilisation de la mère. L'état clinique d'un seul nouveau-né a justifié l'arrêt du contact peau à peau. De plus, les soins de routine, tels que les mesures du nouveau-né, l'injection de vitamine K et l'application d'onguent ophtalmique, ont été faits sous un dôme chauffant pour toutes les situations observées,

rapidement après la naissance. Le contact peau à peau a été effectué initialement par les mères dans chacune des situations. Un père a aussi effectué une période de contact peau à peau à la suite du retrait du nouveau-né pour effectuer des soins de routine. La majorité des nouveau-nés (n=3) a été emmaillotté après les soins de routine dans plusieurs couvertures pour être transférés de la salle d'accouchement vers l'unité de maternité dans les bras d'un des parents.

Pendant l'observation post-intervention, l'auteure principale a été présente pour quatre naissances en salle d'accouchement. Parmi les infirmières observées et qui sont intervenues pour offrir des soins à la mère et le nouveau-né en post-partum immédiat, quatre avaient reçu la formation (2 infirmières ayant reçu 2 capsules et 2 infirmières ayant reçu 1 capsule) et 3 infirmières n'avaient pas reçu la formation. Pour chacune des naissances, une dyade d'infirmières, dont au moins une infirmière qui avait été présente lors d'une capsule de formation et plus, a été observée selon la grille présentée précédemment. Une particularité est survenue durant les naissances observées, soit une hémorragie post-partum nécessitant une révision utérine. En moyenne, le contact peau à peau a été réalisé pour une durée de 26 minutes avant le bris de continuité de la pratique. De plus, quelques points d'enseignement ont été abordés par l'infirmière avec la clientèle dans trois des quatre cas observés, soit les critères d'un bon positionnement du bébé et les bienfaits de la pratique. Les raisons associées au retrait du nouveau-né sur la mère étaient le repositionnement pendant la période d'allaitement et la mère désirant aller à la toilette. Deux nouveau-nés ont été retirés par le personnel soignant; l'un à la demande du médecin pour procéder à une aspiration oro-gastrique compte-tenu de la présence de liquide méconial teinté et l'autre dû à des difficultés respiratoires chez le nouveau-né qui nécessitait des interventions infirmières. Aussi, dans l'une des situations observées, la majorité des soins de routine (mesures du nouveau-né, injection de la vitamine k et application d'onguent

ophtalmique) ont été faits directement sur le thorax de la mère, permettant à l'infirmière de poursuivre ses interventions tout en favorisant le contact mère-nouveau-né. Le contact peau à peau initial a été effectué exclusivement par les mères en salle d'accouchement bien qu'un père a effectué une période de contact peau à peau avant le transfert à l'unité de maternité. Pendant l'observation, lors du bris du contact, le nouveau-né est retourné rapidement en contact peau à peau dans trois des quatre cas observés.

Évaluation de la formation

Un taux de réponse de 53% (20/38) a été obtenu au questionnaire de satisfaction au regard de la formation reçue. L'échantillon d'apprenantes retenu au départ par l'intervention éducative était les infirmières travaillant en salle d'accouchement, mais celui-ci a été élargi aux infirmières travaillant à l'unité de maternité, ceci expliquant une présentation distincte des résultats obtenus pour ces deux cohortes. Cette distinction ne vise toutefois pas à établir une comparaison entre les deux cohortes. La synthèse des résultats aux questionnaires de satisfaction est présentée dans le tableau 5.

Pour la totalité des infirmières questionnées, la formation a répondu à la majorité de leurs besoins d'apprentissage et a permis de développer leurs connaissances sur le contact peau à peau en post-partum immédiat. Selon elles, la durée des activités était adéquate (60% totalement d'accord [12/20 infirmières] et 35% plutôt d'accord [7/20 infirmières]), les informations transmises étaient claires, précises et réalistes (80% totalement d'accord [16/20 infirmières] et 20% plutôt d'accord [4/20 infirmières]), et les méthodes d'enseignement/apprentissage utilisées suscitaient la participation active des apprenants (60% totalement d'accord [12/20 infirmières] et 40% plutôt d'accord [8/20 infirmières]). Près de 90% des participantes (18/20 infirmières) ont apprécié la formule des capsules de formation et ont considéré les ressources complémentaires

Intervention éducative auprès d'infirmières sur le contact peau à peau

offertes comme étant claires, précises, utiles et facilitant le développement des connaissances. D'autre part, 15% des répondantes (3/20 infirmières) ont affirmé que les méthodes d'enseignement/apprentissage utilisées par la formatrice n'étaient pas différentes des méthodes habituellement utilisées lors des formations auxquelles elles avaient déjà assisté. La majorité des répondantes (95% [19/20 infirmières]) participerait encore à une telle activité de formation si elle était offerte à nouveau.

La synthèse des résultats obtenus en lien avec les questions à court développement a permis de cibler certains facilitateurs et certaines barrières à l'implantation d'une pratique du contact peau à peau adéquate et basée sur les résultats probants soulevés par les infirmières. Les facilitateurs énoncés sont : la formation des professionnels de la santé menant à l'amélioration des connaissances (n=11), l'enseignement à la clientèle sur la pratique du contact peau à peau idéale à adopter (n=3), l'attitude des professionnels de la santé (volonté, réceptivité, collaboration; n=3), le délai dans la routine d'admission et les soins non-urgents offerts aux nouveau-nés (n=2), l'utilisation de chambre unique durant tout le séjour hospitalier (éviter les transferts; n=2), l'augmentation du temps laissé aux infirmières afin d'intervenir auprès du client/famille (n=1) et la sensibilisation des familles en prénatal à la pratique du contact peau à peau et la routine de soins en post-partum immédiat (n=1).

Pour les barrières, les infirmières ont mentionné le manque d'informations et de connaissances chez les différents professionnels en salle d'accouchement (n=8), la nécessité de réaliser des soins de routine (n=6), l'état clinique du nouveau-né ou de la mère (n=4), la résistance au changement des professionnels et de l'organisation (n=3), le transfert de chambre (n=3), une intervention chirurgicale (césarienne; n=2), la charge de travail des infirmières, le

manque de temps et de disponibilités (n=2), le manque d'uniformisation de la pratique entre les différents secteurs de l'hôpital (n=1) et les fausses croyances (n=1).

Discussion

Changements dans la pratique du contact peau à peau en post-partum immédiat

À la suite de la mise à l'essai de la formation, dont le but était d'améliorer la pratique du contact peau à peau en post-partum immédiat afin que celle-ci soit basée sur les résultats probants, certains changements ont pu être observés dans la pratique infirmière. En général, la proximité mère-nouveau-né a été optimisée, tout comme les informations transmises à la famille. D'abord, la durée du contact peau à peau a augmenté à la suite des capsules de formation, passant en moyenne de 20 à 26 minutes, alors que les soins de routine, qui étaient habituellement effectués exclusivement sous le dôme chauffant, ont été davantage réalisés après une plus longue période de contact peau à peau sans bris de continuité, ou effectués lors du contact peau à peau. Dans l'une des quatre situations observées, l'ensemble des soins de routine (injection de la vitamine k, mesures du périmètre crânien et de la taille, prise de signes vitaux et application de l'onguent ophtalmique) ont été réalisés directement sur le thorax de la mère. Il est intéressant de noter que, bien que les soins de routine aient été identifiés par les infirmières comme une barrière à une pratique adéquate du contact peau à peau, certains soins ont tout de même été réalisés sur le thorax de la mère en post-intervention. De plus, l'enseignement à la clientèle sur le contact peau à peau a également été amélioré grâce aux informations données par les infirmières à la famille quant au bon positionnement du nouveau-né sur le thorax de la mère et aux bienfaits de cette pratique. Ainsi, il semble que l'intervention éducative ait pu contribuer positivement à l'amélioration de la pratique du contact peau à peau en salle d'accouchement.

Intervention éducative auprès d'infirmières sur le contact peau à peau

L'amélioration de la pratique infirmière peut être expliquée par l'acquisition de connaissances chez les infirmières ainsi que le renforcement réalisé par les ressources complémentaires sous forme de support visuel dans le cadre de l'intervention éducative. Selon les réponses des infirmières, presque la totalité d'entre elles (95%; 19/20 infirmières) sont d'accord que la formation a soutenu le développement de leurs connaissances, alors que 55% des infirmières (11/20 infirmières) ont identifié celle-ci comme le principal facilitateur d'une pratique adéquate du contact peau à peau. Les ressources complémentaires, comme la liste des bienfaits du contact peau à peau affichée dans les différents secteurs d'activités et les affiches placées dans chacune des salles d'accouchement, ont pu contribuer à faire un rappel au regard de la pratique à promouvoir en post-partum immédiat et ainsi contribuer aux améliorations observées. En effet, la majorité des infirmières qui ont reçu la formation était en accord (90%; 18/20 infirmières) que les ressources complémentaires étaient utiles et claires, alors que 80% (16/20 infirmières) d'entre elles ont confirmé que ces outils avaient contribué à l'amélioration de leurs connaissances.

Toutefois, malgré les améliorations observées, les recommandations sur différentes facettes de la pratique n'ont pas été atteintes. Ainsi, la durée du contact observée en post-intervention ne rencontre toujours pas les recommandations relatives à cette pratique qui suggèrent que le nouveau-né soit placé sur sa mère minimalement jusqu'à la fin du premier allaitement et jusqu'à deux heures et plus en post-partum immédiat de façon optimale (Bergman & Bergman, 2013; Dabrowski, 2007; Moore & Anderson, 2007; Velandia, Uvnas-Moberg, & Nissen, 2011). L'augmentation de seulement 6 minutes en moyenne de la durée du contact peut être expliquée par le retrait prématuré de deux des quatre nouveau-nés à cause de leur état clinique, limitant ainsi la durée du contact peau à peau qui a été observée sur un petit échantillon

(n=4). De plus, les parents ou les infirmières ont effectué un retrait parfois rapide et inutile du nouveau-né pour différentes raisons. Par exemple, un nouveau-né a été retiré afin qu'une mère puisse se mobiliser et dans un autre cas, un bris de contact a été observé pour le repositionnement de la mère et du nouveau-né pour la première période d'allaitement. Sachant qu'en brisant le contact mère-nouveau-né, l'initiation de l'allaitement ainsi que le développement du lien d'attachement ne sont pas favorisés (Wiström, Lilja, Aaltomaa-Michalias, Dahllöf, Lintula, & Nissen, 2010), réduire les bris de continuité est un élément qui demeure à être amélioré en post-partum immédiat. Par ailleurs, certaines informations importantes n'ont pas été transmises aux parents et l'enseignement à la clientèle demeure encore assez succinct. L'enseignement à la famille devrait couvrir plusieurs thématiques comme les bienfaits pour le nouveau-né et les parents, la procédure pour effectuer cette pratique, le moment où celle-ci devrait être débutée et la possibilité que le contact soit effectué par une autre personne que la mère (Nyqvist et al., 2010b).

L'amélioration restreinte du temps de contact peau à peau évaluée dans la seconde observation de la pratique ainsi que les lacunes observées dans l'enseignement offert peuvent s'expliquer par le fait que les infirmières observées en post-intervention avaient participé à peu ou pas de capsules de formation. N'ayant pas les connaissances appropriées en lien avec toutes les notions essentielles à transmettre aux parents, les infirmières ont donc offert un enseignement partiel n'incluant pas certains concepts importants relatifs à cette pratique. Le manque d'informations et de connaissances est d'ailleurs l'une des barrières à l'implantation d'une pratique basée sur les résultats probants ayant été soulevée par les infirmières dans le questionnaire répondu. En plus, il est possible que certaines autres barrières identifiées par les infirmières justifient pourquoi l'enseignement n'a pas été optimal, telles que la charge de travail

importante des infirmières en salle d'accouchement ainsi que le manque de temps, leur laissant parfois qu'un court moment avec la clientèle pour faire de l'enseignement. Selon Van Patter Gale et Schaffer (2009), le manque de temps est l'une des principales barrières restreignant la modification ou l'implantation d'une pratique basée sur les résultats probants.

La résistance au changement est aussi une autre barrière soulevée par les infirmières qui pourrait aussi avoir contribué aux modifications partielles des pratiques. En présence d'un changement, certains facteurs peuvent mener les professionnels à s'opposer aux nouveautés, tels que l'incertitude, l'intérêt personnel et les différences de perception (Bergeron, 2006). En général, il est possible de remarquer que les changements de pratique peuvent créer un certain inconfort auprès des infirmières. Par contre, dans cette évaluation, il est difficile d'affirmer que la résistance au changement est une barrière significative étant donné que le contexte de formation n'était pas idéal; peu d'infirmières ont assisté à toutes les capsules de formation et plusieurs infirmières observées étaient jumelées avec des infirmières n'ayant pas reçu la formation. D'ailleurs, la participation limitée des infirmières à l'ensemble des capsules de formation peut être expliquée par de multiples facteurs, dont la motivation personnelle de chaque personne à modifier sa propre pratique clinique. De fait, la motivation individuelle au changement est reconnue comme étant un obstacle principal à la mise en œuvre d'un changement de pratique (Instituts de recherche en santé du Canada, 2012).

Satisfaction des infirmières au regard de la formation

Un taux de satisfaction élevé des participantes questionnées au regard de la qualité des informations données (clarté, précision, réalisme), la forme (capsules de formation), la durée, les méthodes d'enseignement/apprentissage utilisées et la réponse aux besoins de formation a été obtenu (voir tableau 5). Il est intéressant de noter que, bien que les résultats des cohortes

Intervention éducative auprès d'infirmières sur le contact peau à peau

d'infirmières travaillant à la salle d'accouchement et celles travaillant uniquement en post-partum aient été séparés, il n'y a pas de différences notables dans les réponses offertes au questionnaire de satisfaction (voir tableau 5). Le contenu de formation semble alors avoir été pertinent pour les infirmières de ces deux secteurs d'activités et avoir répondu à leurs besoins. Par conséquent, puisque le contenu de formation semble adapté pour les infirmières qui œuvrent en antepartum, perpartum et post-partum, il est permis de conclure que la formation offerte lors de l'intervention éducative a contribué à rendre les pratiques et les enseignements réalisés au centre hospitalier cohérents entre les différents secteurs d'activités (salle d'accouchement et unité de maternité).

Par ailleurs, 15% des infirmières (3/20 infirmières) étaient plutôt en désaccord avec le fait que les méthodes d'enseignement/apprentissage utilisées par la formatrice étaient différentes des méthodes habituellement utilisées lors des formations auxquelles elles ont assisté dans le passé. Ce résultat peut s'expliquer par le fait qu'une formation afin de réduire les risques obstétricaux est offerte dans le milieu clinique où s'est réalisée l'intervention éducative et que certaines méthodes de formation utilisées sont similaires à celles retenues dans le cadre de la formation sur le contact peau à peau. De plus, un nombre croissant de programmes académiques en sciences infirmières se basent sur une approche de formation prônant davantage le paradigme de l'apprentissage et le développement de compétences, soit des méthodes de formation où l'apprenant est au cœur de son propre apprentissage, favorisant ainsi une pédagogie plus active (Goudreau, Pepin, Dubois, Boyer, Larue, & Legault, 2009). De manière générale, l'évaluation de la formation s'avère être très positive et les infirmières semblent être satisfaites des connaissances acquises, ainsi que de la façon dont les thématiques de formation ont été abordées.

Forces de l'intervention éducative

Les forces de l'intervention éducative sont multiples. Au regard du processus de développement, de la mise à l'essai et de l'évaluation des capsules de formation, l'utilisation du cadre de référence du Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care (Titler et al., 2001) a permis de structurer l'intervention éducative. Les étapes proposées dans ce cadre ont favorisé initialement une compréhension du contexte présent à l'unité de soins grâce à l'observation de la pratique en post-partum immédiat, ainsi que par la discussion avec des acteurs clés du milieu et la mise en place d'une formation voulant répondre aux besoins des infirmières. Une autre formation basée sur ce cadre de référence a montré une certaine efficacité dans l'instauration d'une pratique infirmière plus adaptée du contact peau à peau dans le milieu formé (Haxton et al., 2012) et confirme la pertinence de l'utilisation du cadre retenu. Dans leur étude, l'utilisation de l'audit (questionnement de mères ayant accouché et observation de la pratique) contribuant à l'identification d'un problème clinique, telle que suggéré par le cadre de référence de Titler et ses collaborateurs (2001), a été une stratégie intéressante pour reconnaître l'étendue de la problématique. Celle-ci a permis de mettre en lumière les lacunes présentes dans la pratique actuelle, de cibler les éléments à travailler lors de la formation subséquente et a facilité une compréhension du contexte au cœur de la formation. En résumé, l'utilisation du cadre de référence retenu s'avère être une force, car elle a permis d'offrir des balises pour le développement et la mise à l'essai de l'intervention, à favoriser une compréhension de la problématique et une adaptation des résultats probants afin de les appliquer à la pratique clinique.

L'emploi d'une pédagogie active lors des capsules de formation a également permis d'offrir un enseignement plus dynamique, visant la participation des apprenantes dans la

construction de leurs savoirs et favorisant une amélioration des pratiques. Ce résultat rejoint ceux d'autres études qui ont utilisé une variété de stratégies d'enseignement/apprentissage et qui confirment l'efficacité d'une pédagogie se voulant plus active dans l'instauration d'une pratique adéquate du contact peau à peau en post-partum immédiat (Brimdyr et al., 2012; Dabrowski, 2007; Haxton et al., 2012). D'ailleurs, les techniques de formation plus actives, telles que la simulation, sont conformes avec les récentes stratégies proposées en enseignement de la périnatalité (Simonelli & Gennaro, 2012). Ces techniques permettent de favoriser le développement de multiples compétences nécessaires aux étudiantes afin de mieux répondre aux besoins de plus en plus complexes de la clientèle périnatale en centre hospitalier (Simonelli & Gennaro, 2012).

Finalement, la combinaison des capsules de formation avec des ressources complémentaires pourrait aussi avoir contribué au transfert de connaissances dans la pratique des infirmières. D'ailleurs, dans des études similaires, la combinaison d'une formation avec des ressources comparables à celles utilisées dans cette intervention, comme des affiches (Smith et al., 2012), des vidéos (Dabrowski, 2007), un disque avec le contenu de formation complet (Brimdyr et al., 2012) et des liens électroniques pertinents (Smith et al. 2012), a permis de renforcer la pratique du contact peau à peau.

Limites de l'intervention éducative

Quelques limites peuvent être évoquées à la suite de l'intervention éducative réalisée. D'abord, peu d'infirmières ont pu assister à l'ensemble des quatre capsules de formation. Ceci peut s'expliquer par le fait que les capsules ont été offertes à seulement deux occasions, que la participation des infirmières était sur une base volontaire et que le moment ciblé de la journée était l'heure du midi. De cause à effet, plus de la moitié des infirmières (4/7 infirmières)

observées en post-intervention en salle d'accouchement avait assisté qu'à une ou deux capsules de formation, alors que les autres n'y avaient pas assisté. Cette limite accentue l'importance d'un contexte organisationnel favorable et de la présence de ressources adaptées afin de favoriser la participation de toutes les infirmières lors de l'implantation d'une intervention visant une pratique basée sur les résultats probants (Rycroft-Malone, Harvey, Seers, Kitson, McCormack, & Titchen, 2004). De plus, cette limite souligne aussi l'importance d'un audit mieux ciblé, c'est-à-dire une observation des infirmières ayant assisté à davantage de capsules de formation afin d'obtenir des résultats plus rigoureux. Par conséquent, une limite importante en lien avec l'évaluation en post-intervention doit être notée et pourrait expliquer les résultats obtenus lors de la comparaison des observations réalisées pré-post intervention.

Pour sa part, bien que l'utilisation d'une grille ait permis des observations intéressantes en termes de changement de pratique du contact peau à peau, l'outil élaboré imposait certaines limites dans le recueil des informations à analyser. Certains éléments pertinents auraient dû être inclus dans la grille lors du développement de celle-ci. Par exemple, la durée totale de contact peau à peau dans les deux premières heures de vie n'a pas été comptabilisée; car dès qu'un bris de contact était noté, le temps n'était plus calculé, et ce, même si le contact peau à peau se poursuivait après le bris de contact. Ceci aurait pu être un élément pertinent à prendre en considération, car Christensson et ses collaborateurs (1995) ont remarqué que le retour du nouveau-né en contact peau à peau après avoir été pendant près de 45 minutes dans un petit lit contribuait à une cessation immédiate des pleurs du bébé, démontrant ainsi une réduction du stress vécu par le nouveau-né. De plus, il est démontré que plusieurs bienfaits, dont le développement du lien d'attachement, chez les mammifères (incluant l'être humain) s'initie dans les premières heures et les premiers jours de vie (Dageville et al., 2011). La pertinence de

remettre le nouveau-né en contact peau à peau après un bris de contact inévitable apparaît donc comme une pratique à mettre en place, alors que l'évaluation du retour du nouveau-né en proximité avec la mère aurait pu être une dimension ajoutée à la grille utilisée.

Implications pour la pratique infirmière

Cette formation a permis de modifier favorablement la pratique du contact peau à peau en post-partum immédiat afin que celle-ci soit davantage basée sur les résultats probants. Quelques recommandations pour la pratique découlant du développement, de la mise à l'essai et de l'évaluation de l'intervention éducative peuvent être proposées.

D'abord, l'une des principales limites soulevées dans l'intervention est la faible participation aux capsules de formation. Pour améliorer ceci, il serait souhaitable de former l'ensemble des infirmières qui œuvrent en salle d'accouchement et à l'unité de maternité et que celles-ci assistent à l'ensemble des capsules afin d'obtenir une formation complète. Pour ce faire, la répétition des capsules de formation sur tous les quarts de travail à plusieurs reprises serait une stratégie à retenir. De plus, il serait intéressant que les capsules de formation soient obligatoires, offertes lors des heures de travail rémunérées et que les infirmières soient libérées pour y assister. Ceci impliquerait de mettre différentes ressources en place au niveau de l'infrastructure et de l'organisation afin de favoriser un milieu ouvert à l'implantation d'une pratique adéquate et basée sur les résultats probants (Fineout-Overholt & Melnyk, 2005). Aussi, l'accréditation des formations semble être une stratégie contribuant à favoriser une bonne participation des apprenants aux activités pédagogiques et est une pratique à recommander pour la tenue de formations futures. Alors, une formation offerte uniformément pour toutes les infirmières favoriserait des modifications beaucoup plus notables au niveau de la pratique clinique au regard du contact peau à peau. Afin de rejoindre l'ensemble des infirmières l'utilisation de certaines

technologies pourraient être mises en place. Par exemple, certains auteurs ont utilisé la communication en ligne et la distribution du matériel pédagogique via courriel afin que toutes les infirmières aient accès à des informations uniformes nécessaires pour améliorer les pratiques (Haxton et al., 2012). Il s'agit de solutions intéressantes qui pourraient être utilisées afin d'offrir les contenus de formation essentiels à l'ensemble des infirmières, réduire les barrières associées à la formation des infirmières et ainsi optimiser un changement de pratique clinique.

De plus, afin de bonifier la pratique, la création d'un outil de promotion/formation pour la clientèle avec un enseignement complet aux familles serait une piste à envisager. Haxton et ses collaborateurs (2012), dans leur étude, ont remis à la clientèle une brochure explicative sur le contact peau à peau. Cette brochure comprenait la liste des bienfaits de la pratique ainsi que des illustrations de contact peau à peau et a permis d'améliorer l'enseignement fait à la clientèle. Une telle brochure pourrait être un outil favorisant l'uniformisation de l'enseignement effectué en salle d'accouchement. D'ailleurs, l'enseignement à la clientèle devrait débiter avant l'accouchement pour faciliter les soins relatifs au contact peau à peau en post-partum (Calais, Dalbye, Nyqvist, & Berg, 2010). Il a été démontré qu'un programme éducationnel visant les femmes enceintes durant leur grossesse favorisait la participation de la mère à une pratique rapide du contact peau à peau après l'accouchement (Martinez-Galiano & Delgado-Rodriguez, 2014). L'enseignement devrait être offert autant à la mère qu'au père et devrait se poursuivre pendant la période d'hospitalisation (Nyqvist et al., 2010b).

De plus, tel que suggéré par l'AAP (2012), une révision des protocoles actuels de soins en post-partum immédiat, en combinaison avec la formation offerte, pourrait être fait afin de mieux guider les infirmières dans la réalisation de leurs interventions. Ceci permettrait de revoir la séquence d'actions à adopter en post-partum immédiat afin de favoriser une pratique du

contact peau à peau sans bris de continuité. Par le fait même, il serait de mise de revoir les soins de routine identifiés par les infirmières comme une barrière à la réalisation du contact peau à peau continu afin que ceux-ci soient davantage repoussés, ne restreignant pas ainsi la pratique continue du contact peau à peau, et qu'ils soient réalisés en favorisant la proximité mère-nouveau-né. Par exemple, Haxton et ses collaborateurs (2012) ont mis en place un protocole de soins pour les professionnels de la santé proposant une marche à suivre lors d'un accouchement par voie vaginale. En guidant étape par étape les interventions à effectuer en post-partum immédiat, le contact peau à peau a pu être initié rapidement après la naissance. Ce protocole a contribué à l'amélioration et l'augmentation de la durée de la pratique du contact peau à peau. Pour sa part, Dabrowski (2007) énonce une modification des pratiques démontrée par l'inclusion d'un délai entre la naissance et la réalisation des soins de routine.

Enfin, pour la formation des infirmières, une recommandation pouvant être émise est l'utilisation du cadre de référence du Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care (Titler et al., 2001) pour la création d'autres interventions éducatives comprenant des formations en combinaison avec une pédagogie active, car ceux-ci ont été des forces de l'intervention. Cette combinaison est recommandée, car elle a offert des résultats positifs dans l'amélioration des pratiques dans le milieu de soins de l'étude ainsi que dans d'autres études (Haxton et al. 2012).

Implications pour la recherche

À la lumière de ces résultats, différentes pistes de réflexion pour la recherche peuvent être proposées. Ainsi, il serait pertinent d'implanter l'intervention éducative auprès de l'ensemble des infirmières travaillant en post-partum immédiat ainsi qu'en post-partum afin de mesurer les effets de celle-ci sur les connaissances, les comportements et la pratique des infirmières. Cette

recommandation se veut cohérente avec le cadre de référence du Iowa Model of Evidence-Based to Promote Quality Care (Titler, et al., 2001) qui propose d'implanter l'intervention à une plus grande échelle à la suite de la réalisation du projet pilote. De façon similaire, l'évaluation des résultats de l'intervention éducative sur la pratique infirmière pourrait s'effectuer à l'aide d'une grille d'observation et de questionnaires ayant été validés. À l'instar de Hogg et ses collaborateurs (2008), cette évaluation pourrait être reprise à 3 et 9 mois après l'intervention éducative ainsi qu'à plus long terme afin de déterminer si les infirmières ayant reçu les capsules de formation ont amélioré leurs pratiques de façon significative et si les changements de pratique se maintiennent dans le temps. De plus, les retombées de l'intervention pourraient être évaluées auprès de la clientèle en lien avec la formation infirmière reçue, comme Haxton et ses collaborateurs (2012) qui ont évalué l'amélioration de l'enseignement à la famille sur le contact peau à peau, la durée du contact et les taux d'initiation de l'allaitement. D'autres variables dépendantes en lien avec la pratique du contact peau à peau en post-partum immédiat pourraient également être évaluées. Il serait notamment intéressant de comparer en pré/post intervention la satisfaction globale des familles au regard de leur expérience de santé en post-partum immédiat, la fréquence de la pratique du contact peau à peau lors de l'hospitalisation et sa poursuite lors du retour à la maison, ainsi que les taux d'allaitement exclusif et partiel au congé.

Une autre avenue pour la recherche est l'ajout de dimensions à l'intervention éducative actuelle avec une évaluation des résultats associés. D'abord, l'inclusion d'une activité de pratique réflexive pourrait favoriser le changement de pratique en contribuant à la prise de conscience d'une situation particulière (prématurité, état instable de la mère ou du nouveau-né, etc.), à l'analyse critique de celle-ci, ainsi qu'à la réflexion dans l'action et sur l'action (Mann, Gordon, & Macleod, 2009). Contribuant au développement de la pensée critique, la pratique

Intervention éducative auprès d'infirmières sur le contact peau à peau

réflexive permettrait de faire un pont entre la théorie et la pratique (Duffy, 2007). De plus, il serait intéressant d'évaluer si l'inclusion d'un mentor dans le milieu clinique favoriserait une amélioration des pratiques relatives au contact peau à peau en post-partum immédiat, car celle-ci a déjà entraîné des résultats positifs dans d'autres contextes (Fineout-Overholt & Melnyk, 2005). Alors, il serait pertinent d'évaluer si le soutien d'un ou plusieurs mentors, tels qu'une infirmière clinicienne en pratique avancée, favoriserait un changement de pratique. Un mentor pourrait favoriser le développement des compétences professionnelles des infirmières sur le contact peau à peau, soutenir les infirmières dans l'action, répondre aux questions dans le milieu clinique, stimuler la réflexion entre les pairs et veiller à ce que les interventions en post-partum immédiat soient cohérentes avec les résultats probants. Dans des études futures, il serait alors intéressant d'évaluer si l'ajout de ces deux dimensions (activité de pratique réflexive et soutien clinique par le biais d'un mentor) bonifierait les résultats obtenus selon une évaluation comparative avec l'intervention éducative sous sa forme actuelle.

Conclusion

Cette intervention éducative est une première étape vers le développement et l'amélioration des soins infirmiers en périnatalité en ce qui a trait à la pratique de contact peau à peau en post-partum immédiat. Le contact peau à peau est une intervention peu onéreuse et facile à effectuer dans les centres de naissance. Les nombreux bienfaits de cette pratique nécessitent d'y porter une attention particulière afin que celle-ci respecte les recommandations découlant des résultats probants et soit appliquée à l'ensemble des unités de maternité. Dans le cadre de cette intervention éducative, une formation pour les infirmières selon une pédagogie active sous la forme de courtes capsules de formation combinées avec des ressources complémentaires a permis une certaine amélioration de la pratique du contact peau à peau en post-partum immédiat.

Intervention éducative auprès d'infirmières sur le contact peau à peau

L'utilisation d'une combinaison de méthodes d'enseignement/apprentissage dynamiques mettant les apprenants au cœur de leur propre apprentissage semble être une stratégie favorisant le transfert de connaissances et l'amélioration de la pratique.

Références

- Aghdas, K., Talat, K., & Sepideh, B. (2014). Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: A randomised control trial. *Women and Birth, 27*(1), 37-40. doi: 10.1016/j.wombi.2013.09.004.
- American Academy of Pediatrics. (2012). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics, 129*(3), 827-841. doi :10.1542/peds.2011-3552
- Bergeron, P. G. (2006). *La gestion dynamique – Concepts méthodes et applications*. Montréal : Les Éditions de la Chenelière inc.
- Bergman, J., & Bergman, N. (2013). Whose Choice? Advocating Birthing Practices According to Baby's Biological Needs. *The Journal of Perinatal Education, 22*(1). 8-13. doi : 10.1891/1058-1243.22.1.8.
- Boaz, A., Baeza, J., Fraser, A., & European Implementation Score Collaborative Group (EIS). (2011). Effective implementation of research into practice: an overview of systematic reviews of the health literature. *BMC Research Notes, 4*(212), 1-8.
- Brimdyr, K., Widström, A-M., Cadwell, K., Svensson, K., & Turner-Maffei, C. (2012). A Realistic Evaluation of Two Training Programs on Implementing Skin-to-Skin as a Standard of Care. *The Journal of Perinatal Education, 21*(3), 149-157.
- Bystrova, K., Widström, A.-M., Matthiesen, A.-S., Ransjö-Arvidson, A.-B., Welles-Nyström, B., Wassberg, C., Vorontsov, I., & Uvnäs-Moberg, K. (2003). Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of “the stress of being born”: a study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St. Petersburg. *Acta Paediatr, 92*, 320-326.
- Bystrova, K., Ivanova, V., Edhborg, M., Matthiesen, A.-S., Ransjö-Arvidson, A.-B., Mukhamedrakhimov, R., ... Widström, A.-M. (2009). Early Contact versus Separation: Effects on Mother-Infant Interaction One Year Later. *BIRTH, 36*(2). 97-109.
- Calais, E., Dalbye, R., Nyqvist, K. H., & Berg, M. (2010). Skin-to-skin contact of fullterm infants: an explorative study of promoting and hindering factors in two Nordic childbirth settings. *Acta Paediatrica, 99*, 1080-1090. doi: 10.111/j.1651-2227.2010.01742.x
- Carfoot, S., Williamson, P., & Dickson, R. (2005). A randomised controlled trial in the north of England examining the effects of skin-to-skin care on breast feeding. *Midwifery, 21*. 71-79. doi: 10.1016/j.midw.2004.09.002
- Chiu, S.-H., Anderson, G. C., & Burkhammer, M. D. (2005). Newborn Temperature During Skin-to-Skin Breastfeeding in Couples Having Breastfeeding Difficulties. *BIRTH, 32*(2). 115-121.

- Christensson, K., Cabrera, T., Christensson, E., Uvnäs-Moberge, K., & Winberg, J. (1995). Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. *Acta Paediatr*, *84*, 468-473
- Cullen, L., & Adams, S. (2010). An Evidence-Based Practice Model. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, *25*(5), 307-310. doi: 10.1016/j.jopan.2010.07.004
- Dabrowski, G. A. (2007). Skin-to-Skin Contact : Giving Birth Back to Mothers and Babies. *Nursing for Women's Health*, *11*(1), 64-71. doi: 10.1111/j.1751-486X.2007.00119.x
- Dageville, C., Casagrande, F., De Smet, S., & Boutté, P. (2011). Il faut protéger la rencontre de la mère et de son nouveau-né autour de la naissance. *Archives de Pédiatrie*, *18*, 994-1000.
- Dalbye, R., Calais, E., & Berg, M. (2011). Mothers' experiences of skin-to-skin care of healthy full-term newborns – A phenomenology study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, *2*, 107-111. doi: 10.1016/j.srhc.2011.03.003.
- Dordevic, G., Jovanovic, B., & Dordevic, M. (2008) An early contact with the baby – benefit for the mother. *Medinciski pregled*, *61*(11-12), 576-579.
- Duffy, A. (2007). A concept analysis of reflective practice: determining its value to nurses. *British Journal of Nursing*, *16*(22), 1400-1407.
- Dumas, L., Lepage, M., Bystrova, K., Matthiessen, A.-S., Welles-Nyström, B., & Widström, A.-M. (2012). Influence of Skin-to-Skin Contact and Rooming-In on Early Mother-Infant Interaction: A Randomized Controlled Trial. *Clinical Nursing Research*, *22*(3), 310-336. doi : 10.1177/1054773812468316
- Ferrarello, D., & Hatfield, L. (2014). Barriers to Skin-to-Skin Care During the Postpartum Stay. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, *39*(1), 56-61. doi: 10.1097/01.NMC.0000437464.31628.3d
- Fineout-Overholt, E., & Melnyk, B. (2005). Building a Culture of Best Practice. *Nurse Leader*, *3*(6), 26-30. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.mnl.2005.09.007>
- Fransson, A.-L., Karlsson, H., & Nilsson, K. (2012). Temperature variation in newborn babies: importance of physical contact with the mother. *Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal Edition*, *90*, F500-F504. doi: 10.1136/adc.2004.066589
- Gabriel, M. M., Martin, I. L., Escobar, A. L., Villalba, E. F., Blanco, I. R., & Pol, P.T. (2009) Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: effects on the mother and the newborn. *Acta Paediatrica*, *99*, 1630-1634. doi : 10.1111/j.1651-

2227.2009.01597.x

- Goudreau, J., Pepin, J., Dubois, S., Boyer, L., Larue, C., & Legault, A. (2009) A Second Generation of the Competency-Based Approach to Nursing Education. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6(1), 1-15. doi : 10.2202/1548-923X.1685
- Gray, L., Watt, L., & Blass, E. M. (2000). Skin-to-Skin Contact is Analgesic in Healthy Newborns. *Pediatrics*, 105(e14). 1-6
- Haines, A., Kuruvilla, S., & Borchert, M. (2004). Bridging the implementation gap between knowledge and action for health. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(10), 724-732.
- Haxton, D., Doering, J., Gingras, L., & Kelly, L. (2012). Implementing Skin-to-Skin Contact at Birth Using the Iowa Model-Applying Evidence to Practice. *Nursing for Women's Health*, 16(3). 220-230. doi: 10.1111/j.1751-486X.2012.01733.x
- Herreid, C. F. (2011). Case Study Teaching. *New Directions for Teaching and Learning*, 128, 31-40. doi : 10.1002/tl.466
- Hogg, W., Lemelin, J., Moroz, I., Soto, E., & Russell, G. (2008). Improving prevention in primary care - Evaluating the sustainability of outreach facilitation. *Canadian Family Physician – Le Médecin de famille canadien*, 54. 712-720.
- Hoke, M. M., & Robbins, L. K. (2005). The Impact of Active Learning on Nursing Student' Clinical Success. *Journal of holistic nursing*, 23(3). 348-355. doi: 10.1177/0898010105277648
- Hung, K. J., & Berg, O. (2011). Early Skin-to-Skin After Cesarean to Improve Breastfeeding. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 36(5), 318-324. doi: 10.1097/NMC.0b013e3182266314.
- Instituts de recherche en santé du Canada. (2012). *Passer à l'action : nous connaissons les pratiques que nous souhaitons changer. Que faire, maintenant ? Guide de mise en œuvre pour les professionnels de la santé*. Document consulté de : http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/documents/lm_moving_into_action-fr.pdf
- Kashaninia, Z., Sajedi, F., Rahgozar, M., & Noghabi, F. A. (2008). The Effect of Kangaroo Care on Behavioral Responses to Pain of an Intramuscular Injection in Neonates. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 13(4). 275-280.
- King's Fund. (2006). Interventions that change clinician behavior: mapping the literature: King Fund.
- Mann, K., Gordon, J., & Macleod, A. (2009). Reflection and reflective practice in health professions education : a systematic review. *Advances in Health Sciences Education*, 14.

595-621. doi : 10.1007/s10459-007-9090-2

- Martinez-Galiano, J. M., & Delgado-Rodriguez, M. (2014). Influence of an education program of pregnant women on delivery. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medecine*, 27(7). 719-723. doi: 10.3109/14767058.2013.836486.
- Moore, E. R., & Anderson, C. G. (2007). Randomized Controlled Trial of Very Early Mother-Infant Skin-to-Skin Contact and Breastfeeding Status. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(2). 116-125. doi: 10.1016/j.jmwh.2006.12.002
- Moore, E. R., Anderson, G. C., Bergman, N., & Dowswell, T. (2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review). *The Cochrane Collaboration*, (5). 1-112. doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub3
- Mori, R., Khanna, R., Pledge, D., & Nakayama, T. (2010). Meta-analysis of physiological effects of skin-to-skin contact for newborns and mothers. *Pediatrics International*, 52, 161-170. doi: 10.1111/j.1442-200X.2009.02909.x
- NICE. (2007). *How to change practice: Understand, identify and overcome barriers to change*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Nyqvist, K. H., Anderson, G. C., Bergman, N., Cattaneo, A., Charpak, N., Davanzo, R., ... Widström, A.-M. (2010a). Towards universal Kangaroo Mother Care: recommendations and report of the First European conference and Seventh International Workshop on Kangaroo Mother Care. *Acta Paediatrica*, 99, 820-826. doi: 10.1111/j.1651-2227.2010.01787.x
- Nyqvist, & an Expert Group of the International Network on Kangaroo Mother Care. (2010b). State of the art and recommendations Kangaroo Mother Care: application in a high-tech environment. *Acta Paediatrica*, 99, 812-819. doi: 10.1111/j.1651-2227.2010.01794.x
- O'Brien, M. A. (2008). Chapter 28: Closing the Gap Between Nursing Research and Practice. Dans N. Cullum, D. Ciliska, R. B. Haynes & S. Marks (Eds.), *Evidence-based Nursing* (pp. 244-252). Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Oxman, A.D., Thomson, M.A., Davis, D.A., & Haynes, B. (1995) No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Canadian Medical Association Journal*, 153(10), 1423-1431
- Phillips, R. (2013). The Sacred Hour: Uninterrupted Skin-to-Skin Contact Immediately After Birth. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13, 67-72. doi: 10.1053/j.nainr.2013.04.001.
- Prior, M., Guerin, M., & Grimmer-Somers, K. (2008). The effectiveness of clinical guideline implementation strategies – a synthesis of systematic review findings. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14, 888-897.

- Rycroft-Malone, J., Harvey, G., Seers, K., Kitson, A., McCormack, B. & Titchen, A. (2004). An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into practice. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 913-924.
- Schaffer, M. A., Sandau, K. E., & Diedrick, L. (2012). Evidence-based practice models for organizational change : overview and practical applications. *Journal of Advanced Nursing*, 1-13. doi : 10.1111/j.1365-2648.2012.06122.x
- Simonelli, M. C. & Gennaro, S. (2012). Innovative Strategies for 21st Century Perinatal Nursing Education. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 37(6). 373-378. doi: 10.1097/NMC.0b013e31825108b6.
- Smith, P. B., Moore, K., & Peters, L. (2012). Implementing Baby-Friendly Practices: Strategies for Success. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 37(4). 228-233. doi: 10.1097/NMC.0b013e318251054e
- Titler, M.G., C., Steelman, V.J., Rakel, B. A., Budreau, G., Everett, L.Q., Buckwalter, K.C., Tripp-Reimer, T., & Goode, C. (2001). The Iowa Model Of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 13(4), 497-509.
- Velandia, M., Uvnaas-Moberg, K., & Nissen, E. (2011). Sex differences in newborn interaction with mother or father during skin-to-skin contact after Caesarean section. *Acta Paediatrica*, 101. 360-367. doi : 10.1111/j.1651-2227.2011.02523.x
- Van Patter Gale, B. & Schaffer, M. A. (2009). Organizational Readiness for Evidence-Based Practice. *The Journal of Nursing Administration*, 39(2), 91-97.
- Walters, M. W., Boggs, K. M., Ludington-Hoe, S., Price, K. M., & Morrisson, B. (2007). Kangaroo Care at Birth for Full Term Infants. A Pilot Study. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 32(6). 375-381
- Widström, A.-M., Lilja, G., Aaltomaa-Michalias, P., Dahllöf, A., Lintula, M., & Nissen, E. (2010) Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. *Acta Paediatrica*, 100. 79-85. doi: 10.1111/j.1651-2227.2010.01983.x

Tableau 1

Bienfaits du contact peau à peau

Court terme	Long terme
<ul style="list-style-type: none"> ■ Meilleure initiation de l'allaitement (Aghdas, Talat, & Sepideh, 2014; Carfoot, Williamson, & Dickson, 2005; Dageville et al., 2011; Hung & Berg, 2011; Moore & Anderson, 2007; Walters et al., 2007) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Plus haut taux d'allaitement exclusif au congé (Gabriel, Martin, Escobar, Villalba, Blanco, & Pol, 2009)
<ul style="list-style-type: none"> ■ Meilleure thermorégulation du nouveau-né en post-partum ■ Augmentation de la température du nouveau-né lorsque celui-ci souffre d'hypothermie (Bystrova et al., 2003; Chiu, Anderson, & Burkhammer, 2005; Dabrowski, 2007; Fransson, Karlsson, & Nilsson, 2012; Gabriel et al., 2009; Mori, Khanna, Pledge, & Nakayama, 2010; Walters et al., 2007) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Maintien de la température lors de changements fréquents de positions lors d'allaitements difficiles (Chiu et al., 2005)
<ul style="list-style-type: none"> ■ Maintien des résultats de glycémies se situant dans les normales attendues en post-partum (Walters et al., 2007; Moore et al., 2012) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Facilite le développement du lien d'attachement (Dageville et al., 2011; Nyqvist et al., 2010a)
<ul style="list-style-type: none"> ■ Réduction du stress causé par la naissance ■ Meilleure transition à la vie extra-utérine ■ Nouveau-né plus calme, moins de pleurs (Bystrova et al., 2003; Christensson et al., 1995; Dabrowski, 2007) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Meilleure reconnaissance mutuelle de la mère et l'enfant (Dabrowski, 2007; Dageville et al., 2011)
<ul style="list-style-type: none"> ■ Meilleure activation des différents sens (Dageville et al., 2011) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Diminution des risques de dépression chez la mère (Nyqvist et al., 2010a)
<ul style="list-style-type: none"> ■ Meilleur contrôle de la douleur chez la mère (effet de distraction que cause la présence rapprochée du nouveau-né) (Dabrowski, 2007) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Meilleur contrôle de la douleur pour la mère et l'enfant (Dabrowski, 2007; Gray, Watt, & Blass, 2000; Kashaninia, Sajedi, Rahgozar, & Noghabi, 2008)
<ul style="list-style-type: none"> ■ Expulsion plus rapide du placenta (Gabriel et al., 2009) ■ Diminution des risques d'hémorragie post-partum (Dordevic, 2008) 	

Tableau 2

Étapes inspirées de l'algorithme décisionnel du cadre de référence du Iowa Model of Evidence-Based to Promote Quality Care (Titler, et al., 2001) menant à l'implantation d'une pratique basée sur les résultats probants

Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care (Titler et al., 2001)	
Étape 1	Reconnaissance d'un problème
Étape 2	Déterminer s'il s'agit d'une priorité pour l'organisation
Étape 3	Création d'une équipe
Étape 4	Recherche des résultats probants
Étape 5	Critique et synthèse des résultats probants pour la pratique
Étape 6	Essai d'une intervention pilote et évaluation des résultats obtenus
Étape 7	Implantation de l'intervention à plus grande échelle

Tableau 3

Détails des capsules de formation et des compléments d'information

Capsule	Thèmes abordés	Méthodes d'enseignement/ apprentissage retenues	Compléments d'information
Capsule 1	<ul style="list-style-type: none"> - Définition du contact peau à peau - Bienfaits du contact peau à peau (mère et nouveau-né) - Pistes de solution pour modifier la pratique actuelle 	<ul style="list-style-type: none"> - Exposé magistral - Discussion en grand groupe - Visionnement d'une courte vidéo - Réflexion individuelle 	Liste des bienfaits du contact peau à peau (affichage dans les différents secteurs d'activités et une copie pour chacune des participantes)
Capsule 2	<ul style="list-style-type: none"> - Installation sécuritaire du nouveau-né en contact peau à peau - Lignes directrices pour la pratique du contact peau à peau en post-partum immédiat 	<ul style="list-style-type: none"> - Jeux de rôle (Démonstration de l'installation) - Mise en situation - Discussion en grand groupe - Exposé magistral 	Deux articles scientifiques sur le contact peau à peau avec résumés offerts
Capsule 3	<ul style="list-style-type: none"> - Évaluation des attentes du couple vis-à-vis l'accouchement - Informations à donner au couple sur le déroulement de l'accouchement et les interventions réalisées en post-partum immédiat - Enseignement à la clientèle (bienfaits du contact peau à peau) - Effectuer un suivi adéquat lors d'une période de contact peau à peau 	<ul style="list-style-type: none"> - Simulations - Discussions en grand groupe 	Cinq affiches installées dans les chambres de naissance prônant les bienfaits du contact peau à peau

Intervention éducative auprès d'infirmières sur le contact peau à peau

Capsule 4	- Le contact peau à peau avec une clientèle prématurée et/ou de faible poids - Contact peau à peau post césarienne	- Quiz - Exposé magistral	
------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------	--

Intervention éducative auprès d'infirmières sur le contact peau à peau

Tableau 4

Résultats - Comparaison des observations pré et post-intervention

	Observations pré-intervention	Observations post-intervention
Nombre de naissances observées	4 accouchements par voie vaginale : spontanés (n=3) assisté par ventouse (n=1)	4 accouchements par voie vaginale : spontanés (n=4)
Nombre d'infirmières observées	6 différentes infirmières	7 différentes infirmières (2 infirmières ayant assisté à 2 capsules, 2 infirmières ayant assisté à 1 capsule, 3 infirmières n'ayant assisté à aucune capsule)
Durée moyenne du contact peau à peau	20 minutes	26 minutes
Raisons justifiant l'arrêt du contact peau à peau	Préparation pour l'allaitement (n=1) Préparation pour l'allaitement + prise de photos (n=1) Changement de position/mobilisation de la mère (n=1) État clinique du nouveau-né (n=1)	Repositionnement lors de la période d'allaitement (n=1) Retrait pour permettre à la mère d'aller uriner (n=1) État clinique du nouveau-né (n=2)
Enseignement réalisé à la mère/famille pendant la période per-partum sur le contact peau à peau	Aucun	Critères d'un bon positionnement (n=1) Bienfaits de la pratique (n=2)
Soins de routine (mesures du nouveau-né, injection de vitamine k, application d'onguent ophtalmique)	Tous les soins ont été faits sous le dôme chauffant	Soins faits sur le thorax de la mère (n=1) Soins faits en partie en contact peau à peau et en partie sous le dôme chauffant (n=3)
Premier contact peau à peau	Tous les premiers contacts effectués par les mères	Tous les premiers contacts effectués par les mères
Implication du père	Période de contact peau à peau avec le père (n=1)	Période de contact peau à peau avec le père (n=1)
Transfert	Emmaillotés dans une couverture dans les bras d'un parent (n=3) Transfert en peau à peau avec le père (n=1)	Emmaillotés dans une couverture dans les bras d'un parent (n=4)

Intervention éducative auprès d'infirmières sur le contact peau à peau

Tableau 5

Synthèse des résultats du questionnaire de satisfaction

	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Neutre	Plutôt en désaccord	Totalement en désaccord
La formation reçue a répondu à mes besoins.	4* 9** T= 13 65%	1* 6** T= 7 35%	- -	- -	- -
La durée de la formation était adéquate.	2* 10** T= 12 60%	3* 4** T= 7 35%	- 1** T= 1 5%	- -	- -
La formation offerte sous forme de capsules m'a plu.	4* 11** T= 15 75%	1* 2** T= 3 15%	- 2** T= 2 10%	- -	- -
Les informations transmises durant les capsules de formation étaient claires, précises et réalistes.	5* 11** T= 16 80%	- 4** T= 4 20%	- -	- -	- -
Les méthodes d'enseignement/apprentissage utilisées par la formatrice suscitaient la participation active des apprenants.	4* 8** T= 12 60%	1* 7** T= 8 40%	- -	- -	- -
Les méthodes d'enseignement/apprentissage utilisées par la formatrice étaient différentes des méthodes habituellement utilisées lors des formations auxquelles j'ai assisté dans le passé.	1* 3** T= 4 20%	2* 6** T= 8 40%	2* 3** T= 5 25%	- 3** T= 3 15%	- -
Les ressources complémentaires offertes étaient claires, précises et utiles.	3* 7** T= 10 50%	2* 6** T= 8 40%	- 2** T= 2 10%	- -	- -
Les ressources complémentaires offertes ont contribué à l'amélioration de mes connaissances.	2* 8** T= 8 50%	3* 3** T= 6 30%	- 4** T= 4 20%	- -	- -
Suite à cette formation, je considère avoir développé mes connaissances sur le contact peau à peau en post-partum immédiat.	3* 10** T= 13 65%	2* 4** T= 6 30%	- 1** T= 1 5%	- -	- -
Si une telle formation m'était offerte à nouveau, j'aimerais y participer.	3* 9** T= 12 60%	2* 5** T= 7 35%	- -	- 1** T= 1 5%	- -

Légende

* Résultats au sein de la cohorte « infirmières de la salle d'accouchement »

** Résultats au sein de la cohorte « infirmières ne travaillant pas à la salle d'accouchement »

T Total des deux cohortes d'infirmières

Références

- American Academy of Pediatrics. (2012). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 129(3), 827-841. doi :10.1542/peds.2011-3552
- Benner, P. (2010). New approach to nursing education. Dans P. Benner, S. Molly, V. Loenard & L. Day (Éds). *Educating Nurses A Call for Radical Transformation*. (pp. 81-91). San Francisco : Jossey-Bass.
- Bergman, J., & Bergman, N. (2013). Whose Choice? Advocating Birthing Practices According to Baby's Biological Needs. *The Journal of Perinatal Education*, 22(1). 8-13. doi : 10.1891/1058-1243.22.1.8.
- Boaz, A., Baeza, J., Fraser, A., & European Implementation Score Collaborative Group (EIS). (2011). Effective implementation of research into practice: an overview of systematic reviews of the health literature. *BMC Research Notes*, 4(212), 1-8.
- Bystrova, K., Widström, A.-M., Matthiesen, A.-S., Ransjö-Arvidson, A.-B., Welles-Nyström, B., Wassberg, C., Vorontsov, I., & Uvnäs-Moberg, K. (2003). Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of "the stress of being born": a study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St. Petersburg. *Acta Paediatr*, 92, 320-326.
- Dabrowski, G. A. (2007). Skin-to-Skin Contact : Giving Birth Back to Mothers and Babies. *Nursing for Women's Health*, 11(1). 64-71. doi: 10.1111/j.1751-486X.2007.00119.x
- Dageville, C., Casagrande, F., De Smet, S., & Boutté, P. (2011). Il faut protéger la rencontre de la mère et de son nouveau-né autour de la naissance. *Archives de Pédiatrie*, 18, 994-1000.
- Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. (2014). *Référentiel de compétences à la maîtrise*. Université de Montréal.
- Ferrarello, D., & Hatfield, L. (2014). Barriers to Skin-to-Skin Care During the Postpartum Stay. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 39(1). 56-61. doi: 10.1097/01.NMC.0000437464.31628.3d
- Haines, A., Kuruvilla, S., & Borchert, M. (2004). Bridging the implementation gap between knowledge and action for health. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(10), 724-732.
- Haxton, D., Doering, J., Gingras, L., & Kelly, L. (2012). Implementing Skin-to-Skin Contact at Birth Using the Iowa Model-Applying Evidence to Practice. *Nursing for Women's Health*, 16(3). 220-230. doi: 10.1111/j.1751-486X.2012.01733.x
- Kumar, V., Shearer, J. C., Kumar, A., & Darmstadt, G. L. (2009). Neonatal hypothermia in low resource settings: a review. *Journal of Perinatology*, 29. 401-412. doi:

10.1038/jp.2008.233

- Moore, E. R., Anderson, G. C., Bergman, N., & Dowswell, T. (2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review). *The Cochrane Collaboration*, (5). 1-112. doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub3
- NICE. (2007). *How to change practice: Understand, identify and overcome barriers to change*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- O'Brien, M. A. (2008). Chapter 28: Closing the Gap Between Nursing Research and Practice. Dans N. Cullum, D. Ciliska, R. B. Haynes & S. Marks (Eds.), *Evidence-based Nursing* (pp. 244-252). Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Oxman, A.D., Thomson, M.A., Davis, D.A., & Haynes, B. (1995) No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Canadian Medical Association Journal*, 153(10), 1423-1431
- Phillips, R. (2013). The Sacred Hour: Uninterrupted Skin-to-Skin Contact Immediately After Birth. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13, 67-72. doi: 10.1053/j.nainr.2013.04.001.
- Prior, M., Guerin, M., & Grimmer-Somers, K. (2008). The effectiveness of clinical guideline implementation strategies – a synthesis of systematic review findings. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14, 888-897.
- Smith, P. B., Moore, K., & Peters, L. (2012). Implementing Baby-Friendly Practices: Strategies for Success. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 37(4). 228-233. doi: 10.1097/NMC.0b013e318251054e
- Titler, M.G., C., Steelman, V.J., Rakel, B. A., Budreau, G., Everett, L.Q., Buckwalter, K.C., Tripp-Reimer, T., & Goode, C. (2001). The Iowa Model Of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 13(4), 497-509.
- Velandia, M., Uvnas-Moberg, K., & Nissen, E. (2011). Sex differences in newborn interaction with mother or father during skin-to-skin contact after Caesarean section. *Acta Pædiatrica*, 101. 360-367. doi : 10.1111/j.1651-2227.2011.02523.x
- Walters, M. W., Boggs, K. M., Ludington-Hoe, S., Price, K. M., & Morrisson, B. (2007). Kangaroo Care at Birth for Full Term Infants. A Pilot Study. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 32(6). 375-381

Annexe A

Grille d'observation du contact peau à peau en post-partum immédiat

Grille d'observation du contact peau à peau en post-partum immédiat # _____

Heure de naissance	
Personnes présentes à l'accouchement	
Particularités lors de l'accouchement et en post-partum immédiat	
Personnes présentes dans la première heure post-partum	
Séquence d'actions réalisées par l'infirmière en post-partum immédiat	
Moment où le nouveau-né est placé sur le thorax de sa mère en contact peau à peau	
Durée du contact peau à peau et raison de l'arrêt de cette pratique	
Interventions/conditions empêchant la pratique du contact peau à peau ou contribuant au bris du contact continu	
Commentaires	

Annexe B
Échéancier du stage

Échéancier du stage réalisé

Réalisations	Dates
Comité d'approbation du stage	28 mai 2013
Observation pré-intervention en salle d'accouchement	8 et 9 juin 2013
Première capsule de formation	11 juin
Deuxième capsule de formation	20 juin
Troisième capsule de formation	27 juin
Quatrième capsule de formation	2 juillet
Remise du questionnaire de satisfaction	2 au 10 juillet
Observation post-intervention en salle d'accouchement	10 et 11 juillet
Rédaction du rapport de stage par article	2013-2014

Annexe C
Publicisation de la formation

CAPSULES DE FORMATION

Contact peau à peau en post-partum immédiat

Pour améliorer vos connaissances, vos compétences et votre pratique professionnelle!

√ La Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal reconnaît, à la présente activité, 2 heures de formation accréditées¹.



- ▶ Formatrice : Jeanne Pigeon Turenne, inf., B. Sc., étudiante à la maîtrise, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
- ▶ Lieu : Local _____
- ▶ 4 capsules de formation
- ▶ Formation dynamique offerte aux infirmières travaillant en post-partum immédiat
- ▶ Durée : 30 minutes (sur vos heures du midi)

Dans le cadre de cette formation continue sur le contact peau à peau, vous pourrez développer et consolider différentes compétences : Exercer un jugement clinique infirmier, traiter toute activité professionnelle et disciplinaire avec rigueur scientifique ainsi qu'agir avec professionnalisme.

¹ Pour chacune de vos participations à une capsule de formation, 30 minutes d'accréditation sera offerte. Aucune accréditation ne sera émise pour la participation à 1 seule capsule (minimum d'une (1) heure de formation, soit la présence à 2 capsules de formation et plus).

Annexe D

Exemple d'une fiche d'inscription aux capsules de formation

Fiche d'inscription à l'activité de formation

Le contact peau à peau en post-partum immédiat

Capsule 1

Capsule 1 : Définition du contact peau à peau en post-partum immédiat, bienfaits, retour sur les pratiques actuelles et modification des pratiques.

Pour développer et consolider les compétences suivantes :

- Exercer un jugement clinique infirmier
- Traiter toute activité professionnelle et disciplinaire avec rigueur scientifique
- Agir avec professionnalisme

Date de l'activité : 11 juin 2013

Lieu : Local AS-166

Heure : Bloc 1→11h30 à 12h00 Bloc 2→12h30 à 13h00

# Employé	Nom (complet)	Signature	Bloc de formation	
			Bloc 1	Bloc 2
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annexe E

Ressource complémentaire à la capsule de formation 1 – Liste des bienfaits du contact
peau à peau avec références

Bienfaits du contact peau à peau

Nouveau-né :

- √ Activation des différents sens chez le nouveau-né ¹
- √ Meilleure initiation de l'allaitement et plus haut taux d'allaitement exclusif au Congé ^{1, 2, 3, 4, 5, 6}
- √ Meilleure thermorégulation et une augmentation de la température chez les nouveau-nés souffrant d'hypothermie ^{5, 6, 7, 8, 9, 10, 11}
- √ Maintien de la température du nouveau-né lors d'allaitements difficiles malgré un changement fréquent de position ⁸
- √ Glucose sanguin se situant dans les normales attendues chez le nouveau-né ⁵
- √ Réduction du stress causé par la naissance facilitant ainsi la transition du nouveau-né à la vie extra-utérine ^{7, 9, 12}
- √ Meilleur contrôle de la douleur chez le nouveau-né (effet analgésique) ^{9, 13, 14}

Le nouveau-né est alors plus calme et vit sa naissance d'une façon beaucoup plus naturelle.

Mère et nouveau-né:

- √ Développement du lien d'attachement entre la mère et l'enfant ^{1, 15}
- √ Facilite la reconnaissance mutuelle de la mère et de l'enfant ^{1, 9}

Mère :

- √ Meilleur contrôle de la douleur chez la mère (effet de distraction) ⁹
- √ Expulsion plus rapide du placenta ⁶
- √ Diminution des risques de dépression post-partum ¹⁵

La mère ressent une plus grande satisfaction à la suite de son expérience de santé.

Références

- 1- Dageville, C., Casagrande, F., De Smet, S., & Boutté, P. (2011). Il faut protéger la rencontre de la mère et de son nouveau-né autour de la naissance. *Archives de Pédiatrie*, 18, 994-1000.
- 2 - Carfoot, S., Williamson, P., & Dickson, R. (2005). A randomised controlled trial in the north of England examining the effects of skin-to-skin care on breast feeding. *Midwifery*, 21. 71-79. doi: 10.1016/j.midw.2004.09.002
- 3- Hung, K. J., & Berg, O. (2011). Early Skin-to-Skin After Cesarean to Improve Breastfeeding. *The American journal of maternal child nursing*, 36(5), 318-324. doi: 10.1097/NMC.0b013e3182266314.
- 4- Moore, E. R., & Anderson, C. G. (2007). Randomized Controlled Trial of Very Early Mother-Infant Skin-to-Skin Contact and Breastfeeding Status. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(2). 116-125. doi: 10.1016/j.jmwh.2006.12.002
- 5- Walters, M. W., Boggs, K. M., Ludington-Hoe, S., Price, K. M., & Morrisson, B. (2007). Kangaroo Care at Birth for Full Term Infants. A Pilot Study. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 32(6). 375-38
- 6- Gabriel, M. M., Martin, I. L., Escobar, A. L., Villalba, E. F., Blanco, I. R., & Pol, P.T. (2009) Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: effects on the mother and the newborn. *Acta Paediatrica*, 99, 1630-1634. doi : 10.1111/j.1651-2227.2009.01597.x
- 7- Bystrova, K., Widström, A.-M., Matthiesen, A.-S., Ransjö-Arvidson, A.-B., Welles-Nyström, B., Wassberg, C., Vorontsov, I., & Uvnäs-Moberg, K. (2003). Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of “the stress of being born”: a study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St. Petersburg. *Acta Paediatr*, 92, 320-326
- 8- Chiu, S.-H., Anderson, G. C., & Burkhammer, M. D. (2005). Newborn Temperature During Skin-to-Skin Breastfeeding in Couples Having Breastfeeding Difficulties. *BIRTH*, 32(2). 115-121.
- 9- Dabrowski, G. A. (2007). Skin-to-Skin Contact : Giving Birth Back to Mothers and Babies. *Nursing for Women's Health*, 11(1). 64-71. doi: 10.1111/j.1751-486X.2007.00119.x
- 10- Fransson, A.-L., Karlsson, H., & Nilsson, K. (2012). Temperature variation in newborn babies :importance of physical contact with the mother. *Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal Edition*, 90. F500-F504. doi: 10.1136/adc.2004.066589
- 11- Mori, R., Khanna, R., Pledge, D., & Nakayama, T. (2010). Meta-analysis of physiological effects of skin-to-skin contact for newborns and mothers. *Pediatrics International*, 52, 161-170. doi: 10.1111/j.1442-200X.2009.02909.x
- 12- Christensson, K., Cabrera, T., Christensson, E., Uvnäs-Moberge, K., & Winberg, J. (1995). Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. *Acta Paediatr*, 84. 468-473
- 13- Gray, L., Watt, L., & Blass, E. M. (2000). Skin-to-Skin Contact is Analgesic in Healthy Newborns. *Pediatrics*, 105(e14). 1-6
- 14- Kashaninia, Z., Sajedi, F., Rahgozar, M., & Noghabi, F. A. (2008). The Effect of Kangaroo Care on Behavioral Responses to Pain of an Intramuscular Injection in Neonates. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 13(4). 275-280.
- 15- Nyqvist, K. H., Anderson, G. C., Bergman, N., Cattaneo, A., Charpak, N., Davanzo, R., ... Widström, A.-M. (2010). Towards universal Kangaroo Mother Care: recommendations and report of the First European conference and Seventh International Workshop on Kangaroo Mother Care. *Acta Paediatrica*, 99, 820-826. doi: 10.1111/j.1651-2227.2010.01787.x

Annexe F

Ressource complémentaire à la capsule de formation 2 – Articles scientifiques avec résumés

Capsule de formation 2 : Le contact peau à peau

Résumé de l'article 1

Titre de l'article :

Il faut protéger la rencontre de la mère et de son nouveau-né autour de la naissance.

Référence :

Dageville, C., Casagrande, F., De Smet, S., & Boutté, P. (2011). Il faut protéger la rencontre de la mère et de son nouveau-né autour de la naissance. *Archives de Pédiatrie*, 18, 994-1000.

Résumé :

Dageville, Casagrande, De Smet et Boutté effectuent une revue de la littérature scientifique sur le lien d'attachement mère-enfant suivant la naissance afin d'effectuer une mise au point sur le sujet. De plus, ils s'intéressent au phénomène de séparation du nouveau-né en post-partum.

But :

Le but de l'article sélectionné est de « décrire la physiologie de l'attachement mère-nouveau-né et les conséquences éventuelles d'une perturbation de ce processus. » (Dageville, et al., 2011, p.994).

Méthode :

La méthode retenue est la revue de la littérature sur le lien d'attachement chez l'humain, mais aussi chez les mammifères, en général.

Résultats :

Selon les auteurs, l'attachement comporte trois caractéristiques fondamentales : il est primordial (nécessaire pour la survie du mammifère), réciproque (se crée grâce à l'interaction entre deux personnes) et s'instaure à la naissance (période sensible au niveau du système nerveux). De plus, trois mécanismes interviennent afin de créer cette relation particulière entre la mère et le nouveau-né : la programmation comportementale (comportements spécifiques à l'espèce dans l'heure suivant la naissance), l'afflux de substances neuroendocrines et l'activation des sens (possible lorsque le bébé est à proximité, sur le thorax de sa mère, en contact peau à peau). L'allaitement, chez l'humain, combine les trois mécanismes et favorise l'établissement du lien d'attachement.

Les conséquences principales d'une séparation mère-nouveau-né sont des perturbations au niveau de l'attachement. La socialisation, l'apprentissage ainsi que la réponse au stress sont des sphères d'activité qui sont particulièrement touchées. La

séparation de certains mammifères a démontré une augmentation des comportements dépressifs et anxieux chez ceux-ci.

Implications pour la pratique :

Il faut revoir l'organisation des soins en post-partum immédiat et en post-partum afin d'éviter de séparer la mère et l'enfant. Le lien mère-nouveau-né doit être préservé par les équipes soignantes.

Conclusion :

L'attachement se crée dans la période suivant immédiatement la naissance chez tous les mammifères. Il est possible grâce au contact peau à peau entre la mère et le nouveau-né. Lorsque ce contact est impossible, des effets négatifs au niveau de la physiologie et du psychique du bébé peuvent survenir. Lorsque l'attachement est mis en péril, c'est : « la santé et la sécurité de base de l'enfant pris dans sa globalité qui risquent d'être altérées. » (Dageville, et al., 2011, p.999).

Capsule de formation 2 : Le contact peau à peau

Résumé de l'article 2

Titre de l'article :

Skin-to-Skin Giving Birth Back to Mothers and Babies

Référence :

Dabrowski, G. A. (2007). Skin-to-Skin Contact : Giving Birth Back to Mothers and Babies. *Nursing for Women's Health*, 11(1). 64-71. doi: 10.1111/j.1751-486X.2007.00119.x

Résumé :

Dabrowski effectue une revue de la littérature sur le contact peau à peau (interaction mère-enfant, thermorégulation, analgésie, allaitement et transition à la vie extra-utérine) et relate l'expérience d'un centre hospitalier ayant effectué un changement de pratique pour améliorer le contact peau à peau dans leur établissement.

Implications pour la pratique :

L'auteur propose plusieurs recommandations pour la pratique telles que : évaluer quelles sont les barrières à la pratique du contact peau à peau, effectuer un changement de pratique visant la réalisation du contact peau à peau en post-partum immédiat, considérer ce contact comme un des soins de routine qui devrait être fait pour tous les nouveau-nés à terme et en santé, effectuer le contact peau à peau sans bris de continuité dès la naissance peu importe le type d'accouchement réalisé (vaginal ou par césarienne) et les différents professionnels de la santé devraient effectuer de l'enseignement à la clientèle durant la période prénatale sur les bénéfices du contact peau à peau.

Résultats :

L'auteur relate l'expérience vécue par un centre hospitalier dans l'amélioration de la pratique du contact peau à peau en post-partum immédiat. Remarquant que les parents demandaient de plus en plus que leur nouveau-né soit placé immédiatement après la naissance sur le thorax de la mère (contact peau à peau) et que de nombreux bienfaits étaient associés à cette pratique, l'hôpital devait revoir ses pratiques. Les professionnels étaient résistants au changement de pratique et avaient des inquiétudes quant à la faisabilité du contact peau à peau après la naissance, donc diverses interventions ont été instaurées. Les professionnels reconnaissaient qu'il existait différents bienfaits, mais ne se sentaient pas à l'aise d'apporter des changements dans leur pratique actuelle. Pour ce faire, une présentation a été réalisée pour tous par une infirmière de l'équipe. Dans cette capsule éducative offerte aux infirmières travaillant en obstétrique, les bienfaits du contact peau à peau étaient énoncés. S'en suivait un forum de discussion permettant l'échange entre les participants sur l'implantation des résultats probants dans les

interventions suite à la naissance. Les intervenants pouvaient alors verbaliser leurs inquiétudes et partager leur point de vue. De plus, des ressources supplémentaires étaient offertes aux professionnels telles que des vidéos et des affiches rappelant la présentation. La plus grande difficulté vécue dans ce changement de pratique fut le changement dans les tâches des infirmières (mettre le bracelet d'identité, évaluer l'Apgar, donner le bain, faire l'injection de vitamine k et l'administration d'onguent ophtalmique, etc.) sans briser le contact continu. En plus d'effectuer différents changements à la salle d'accouchement, les pratiques à la salle d'opération ont aussi été revues. L'expérience que relate l'auteur permet de voir l'importance de laisser les professionnels s'exprimer sur les changements envisagés afin de faciliter la transition et éviter d'imposer une formation et des modifications de la pratique sans prendre en considération l'opinion des infirmières.

Conclusion :

L'utilisation des résultats probants nous permet de revoir notre pratique professionnelle et remettre en question les soins traditionnels de routine offerts à la clientèle. Les nombreux bénéfices associés à la pratique du contact peau à peau doivent encourager une pratique adéquate de celle-ci.

Annexe G

Ressource complémentaire à la capsule de formation 3 – Affiches placées en salle
d'accouchement

Avez-vous pensé au contact peau à peau



après la naissance?

Le saviez-vous?



Le contact peau à peau favorise le développement du lien d'attachement¹.

1. Dageville, C., Casagrande, F., De Smet, S., & Boutté, P. (2011). Il faut protéger la rencontre de la mère et de son nouveau-né autour de la naissance. *Archives de Pédiatrie*, 18, 994-1000.

Pour favoriser l'activation des sens du bébé,



le contact peau à peau est la solution¹!

1. Dageville, C., Casagrande, F., De Smet, S., & Boutté, P. (2011). Il faut protéger la rencontre de la mère et de son nouveau-né autour de la naissance. *Archives de Pédiatrie*, 18, 994-1000.

Le saviez-vous?



Le contact peau à peau favorise l'initiation de l'allaitement maternel¹.

1. Dabrowski, G. A. (2007). Skin-to-Skin Contact : Giving Birth Back to Mothers and Babies. *Nursing for Women's Health*, 11(1). 64-71. doi: 10.1111/j.1751-486X.2007.00119.x

Le saviez-vous?



Le contact peau à peau favorise un meilleur maintien de la température corporelle du nouveau-né et permet d'augmenter la température lors d'hypothermie¹.

1. Gabriel, M. M., Martin, I. L., Escobar, A. L., Villalba, E. F., Blanco, I. R., & Pol, P.T. (2009) Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: effects on the mother and the newborn. *Acta Paediatrica*, 99, 1630-1634. doi : 10.1111/j.1651-2227.2009.01597.x

Annexe H
Questionnaire de satisfaction

Questionnaire de satisfaction

Capsules de formation: Contact peau à peau

Cocher les capsules auxquelles vous avez participé:

Capsule 1 (11 juin) Capsule 2 (20 juin) Capsule 3 (27 juin) Capsule 4 (2 juillet)

Travaillez-vous à la salle d'accouchement? Oui Non

Suite à la formation reçue sur le contact peau à peau, veuillez répondre le plus fidèlement possible aux énoncés suivants :

	Totalelement d'accord	Plutôt d'accord	Neutre	Plutôt en désaccord	Totalelement en désaccord
La formation reçue a répondu à mes besoins.	<input type="checkbox"/>				
La durée de la formation était adéquate.	<input type="checkbox"/>				
La formation offerte sous forme de capsules m'a plu.	<input type="checkbox"/>				
Les informations transmises durant les capsules de formation étaient claires, précises et réalistes.	<input type="checkbox"/>				
Les méthodes d'enseignement/apprentissage utilisées par la formatrice suscitaient la participation active des apprenants.	<input type="checkbox"/>				
Les méthodes d'enseignement/apprentissage utilisées par la formatrice étaient différentes des méthodes habituellement utilisées lors des formations auxquelles j'ai assisté dans le passé.	<input type="checkbox"/>				
Les ressources complémentaires offertes étaient claires, précises et utiles.	<input type="checkbox"/>				
Les ressources complémentaires offertes ont contribué à l'amélioration de mes connaissances.	<input type="checkbox"/>				
Suite à cette formation, je considère avoir développé mes connaissances sur le contact peau à peau en post-partum immédiat.	<input type="checkbox"/>				
Si une telle formation m'était offerte à nouveau, j'aimerais y participer.	<input type="checkbox"/>				

Selon vous, quels sont les éléments facilitateurs à l'implantation d'une pratique du contact peau à peau adéquate et basée sur les résultats probants?

Selon vous, quelles sont les barrières à l'implantation d'une pratique du contact peau à peau adéquate et basée sur les résultats probants?

Quels sont les points forts de cette formation?

Quels changements envisageriez-vous pour améliorer cette formation?

Est-ce que cette formation a répondu à vos besoins? Justifiez.

L'activité respectait-elle le *Guide éthique de la formation continue de la FSI*? Oui ou non? Si oui, expliquer comment? SVP, lire le texte à la page suivante.

Avez-vous l'impression qu'il y avait un biais commercial durant l'activité éducative? Oui ou non? Si oui, expliquer comment? SVP, lire le texte à la page suivante.

Le conférencier, l'animateur ou le professeur²

À partir des objectifs d'apprentissage ou des compétences visées, une personne-ressource nommée conférencier, professeur ou animateur d'un atelier, élabore le contenu de l'activité de formation continue, identifie les méthodes pédagogiques et les activités d'apprentissage, crée le matériel didactique, anime l'activité, évalue les apprentissages et compile les évaluations des compétences et/ou de la satisfaction des participantes à l'activité éducative.

Règles et responsabilités éthiques :

- La personne-ressource agit avec loyauté et honnêteté.
- Elle avise le comité organisateur de l'activité éducative et les participantes, de toute alliance, affiliation ou de tout soutien financier ayant un lien avec le contenu de l'activité et ce, pour une période antérieure de 2 ans. À cet effet, elle remplit le Formulaire de divulgation de conflits d'intérêts potentiels (voir à la dernière page de ce document).
- Elle évite de transmettre - aux personnes en formation - des informations visant à les faire adhérer à des organisations, des associations ou autres.
- Elle tient à jour ses compétences et ses méthodes d'enseignement.
- Elle présente un contenu valide qui s'appuie sur les plus récentes données probantes.
- Elle ne doit pas utiliser le contenu de formation appartenant à un autre auteur à moins d'une autorisation écrite de sa part.
- Si des produits ou services sont mentionnés, elle démontre un contenu équilibré entre différents produits pharmaceutiques, médicaux ou autres disponibles sur le marché.
- Les médicaments sont exposés selon leur version générique et non avec leur nom commercial.
- La personne-ressource conçoit des outils didactiques exempts d'éléments promotionnels reliés au contenu de l'activité éducative.
- Elle tient compte de l'élément suivant : le logo d'une l'entreprise subventionnaire ainsi que son nom (en lettres) sont prohibés dans tous les documents connexes (fiche d'inscription, présentation PowerPoint, cahier d'apprentissage, etc.) à l'activité éducative.
- Elle consent à des honoraires reconnus comme acceptables par le comité organisateur de l'activité.
- Elle accepte d'être remboursée pour les frais de déplacement, de repas et d'hébergement et ce, selon des montants reconnus comme acceptables par le comité organisateur de l'activité.
- En plus de sa rémunération, elle n'accepte aucun avantage personnel, tels un gain financier, un cadeau, un privilège ou une reconnaissance professionnelle.
- La personne-ressource s'abstient d'utiliser des méthodes sournoises de concurrence ou de sollicitation.
- Elle vérifie si le contenu de la publicité destinée à l'activité qu'elle va animer est exact.
- Elle évite toute activité de promotion d'un service ou d'un produit dissimulée sous l'apparence d'une activité de formation continue.

² Source : Université de Montréal (2013). Guide *éthique de la formation continue non diplômante de la Faculté des sciences infirmières*, FSI, Université de Montréal.

La participante

La participante est une infirmière inscrite au Tableau de l'OIIQ. Elle respecte la nouvelle norme professionnelle intitulée *La formation continue pour la profession infirmière au Québec*.

Règles et responsabilités éthiques :

- La participante est à l'affût de tout conflit d'intérêts réel ou potentiel relié à l'activité éducative.
- Elle inscrit sur le formulaire d'évaluation tout conflit d'intérêts possible.
- Elle acquitte les frais reliés aux activités sociales ou autres proposées dans l'activité éducative.
- Afin de participer à une activité éducative, elle évite de demander une aide financière — pour elle-même — à une entreprise commerciale.
- Une subvention pour participer à une activité éducative peut être acceptée à condition que cette contribution pécuniaire soit obtenue par la Direction des soins infirmiers (DSI) ou le Comité des infirmières et infirmiers (CII) et qu'elle soit associée à un processus de sélection rigoureux des participantes.
- La participante peut, toutefois, recevoir une compensation financière (frais de déplacement ou repas) dans le cadre d'une formation associée à un projet de recherche.

Annexe I

Lettre d'information pour l'équipe médicale

Chambly, juin 2013

À l'attention de l'équipe médicale travaillant en salle d'accouchement et en post-partum

**Objet : Stage de maîtrise auprès d'infirmières travaillant en périnatalité -
Capsules de formation sur le contact peau à peau**

Mesdames, Messieurs,

Dans le cadre de mes études à la maîtrise en sciences infirmières, je réalise actuellement un stage auprès des infirmières travaillant en périnatalité à l'hôpital Charles-LeMoine. Le but de celui-ci est d'élaborer et mettre à l'essai une formation avec et pour des infirmières visant une pratique du contact peau à peau en post-partum immédiat adéquate et basée sur les résultats probants.

Pour ce faire, quatre capsules de formation, d'une durée de 30 minutes, seront offertes aux infirmières (mois de juin et juillet) afin d'améliorer leurs connaissances ainsi que de développer et consolider leurs compétences. Cette formation vise une amélioration de la pratique afin de mieux répondre aux recommandations proposées par la littérature scientifique en termes d'enseignement, de durée, de positionnement du nouveau-né, de soutien à la clientèle et de suivi infirmier dans la pratique du contact peau à peau.

Sachant que cette pratique en post-partum immédiat offre de nombreux bienfaits autant pour le nouveau-né que pour la mère, les interventions infirmières devront être réorganisées et revues pour éviter les bris de continuité du contact peau à peau jusqu'à la fin du premier allaitement et idéalement dans les premières heures de vie, lorsque l'état de la mère et de l'enfant le permettent.

Je demeure disponible pour répondre à vos questions et je vous invite à communiquer avec moi au besoin.

En espérant obtenir votre collaboration dans l'amélioration de la pratique du contact peau à peau en post-partum immédiat, je vous prie d'agréer, Mesdames, Messieurs, mes salutations les plus distinguées.

Jeanne Pigeon Turenne, étudiante à la maîtrise
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Directrice et co-directrice : Marjolaine Héon, inf. PhD. et Marilyn Aita, inf. PhD.
Professeures adjointes

Faculté des sciences infirmières de l'Université de
Montréal
Personnes-ressources : Chantal Doddridge, conseillère au développement de la
compétence et de la pratique professionnelle en soins infirmiers à l'hôpital Charles-LeMoine et
Joanne Faessler, consultante en allaitement à l'hôpital Charles-LeMoine.

Annexe J
Feuilles de travail

CAPSULES DE FORMATION 1

Contact peau à peau en post-partum immédiat

Feuille de travail

Discussion 1 :

* Selon vous, comment pouvons-nous définir le contact peau à peau en post-partum immédiat?

* Quelle est la pratique attendue (pratique adéquate du contact peau à peau suite à l'accouchement)?

Quand? _____

Durée? _____

Positionnement? _____

Peut-on toujours effectuer un contact peau à peau? _____

Autre : _____

Bienfaits du contact peau à peau :

Pour le nouveau-né :

→

→

→

→

→

Pour le nouveau-né et la mère :

→

→

Pour la mère :

→

→

→

→

Discussion 2 :

* Peut-on modifier notre pratique actuelle? _____

Barrières

Facilitateurs

Réflexion CCMM :

Cesser : _____

Commencer : _____

Modifier : _____

Maintenir : _____

CAPSULES DE FORMATION 2

Contact peau à peau en post-partum immédiat

Feuille de travail

Mise en situation :

Madame Tremblay (nom fictif) est une primipare de 32 ans étant présentement à 38 et 3/7 semaines de gestation. Elle s'est présentée à la salle d'accouchement avec son conjoint cette nuit à 3h30 suite à la perte de « ses eaux » (RSM, LAC). Une anamnèse a été réalisée lors de son arrivée au triage. Madame a eu une grossesse sans particularité et a suivi des cours prénataux. Elle prend des vitamines Materna chaque matin et ne présente pas d'allergie.

Vous êtes l'infirmière de Madame Tremblay sur le quart de travail de jour. Suite au rapport interservices, vous vous présentez au chevet de la patiente pour évaluer son état. Les signes vitaux de la patiente sont stables et le couple vous mentionne qu'il désire éviter ou du moins retarder l'utilisation de la péridurale. Pendant la matinée, vous offrez différentes méthodes de soulagement de la douleur à la patiente et effectuez régulièrement une évaluation de la parturiente et du bien-être fœtal.

Après votre diner (13h10), la patiente mentionne qu'elle est beaucoup plus souffrante et aimerait avoir la péridurale. Le gynécologue de garde étant présent à la salle d'accouchement est avisé, examine votre patiente et prescrit l'analgésie demandée. Le col de l'utérus est dilaté à 7 cm, le bébé est fixé et est à la station -1. Rapidement, l'anesthésiste effectue la péridurale. Votre patiente est maintenant soulagée. Celle-ci désire avoir des informations sur le déroulement de la naissance. Vous prenez quelques minutes pour effectuer de l'enseignement.

Suivant vos explications, Madame vous avise qu'elle a l'impression de sentir le bébé pousser. Vous réexaminez la patiente qui est maintenant complète (dilatation à 10 cm). Le moment est alors venu d'effectuer les poussées. En 35 minutes à 15h05, le petit Nicolas naît. Son Apgar est de 9-9-10, ses signes vitaux sont normaux et la nouvelle maman se porte bien.

Suite à la lecture de cette mise en situation, prenez quelques minutes pour discuter du cas clinique présenté. Quelques questions guideront votre réflexion.

Quelles sont les interventions infirmières devant être réalisées auprès de la famille?

En antepartum :

Interventions générales :

Interventions spécifiques au contact peau à peau :

Durant l'accouchement :

Interventions générales :

Interventions spécifiques au contact peau à peau :

En post-partum immédiat (2 premières heures de vie du nouveau-né):

Interventions générales :

Interventions spécifiques au contact peau à peau :

Pendant le séjour hospitalier à l'unité mère-enfant :

Interventions générales :

Interventions spécifiques au contact peau à peau :

Réflexion*Pour les infirmières ayant participé à la première capsule de formation*

Entre la première et la deuxième capsule de formation, ai-je modifié certaines interventions pour améliorer la pratique du contact peau à peau? Oui Non . Détailler.

Pour tous

Objectif pour la prochaine activité de formation : _____

CAPSULES DE FORMATION 3

Contact peau à peau en post-partum immédiat

Feuille de travail

Pour chacune des simulations, vous êtes invitée à indiquer les interventions adéquates réalisées par votre collègue, des pistes d'amélioration et au besoin, des commentaires supplémentaires.

Simulation 1

Interventions adéquates

Pistes d'amélioration

Commentaires supplémentaires

Simulation 2

Interventions adéquates

Pistes d'amélioration

Commentaires supplémentaires

Réflexion

Pour les infirmières ayant participé à une des premières capsules de formation

Quelles sont les difficultés rencontrées dans l'amélioration de ma pratique du contact peau à peau?

Personnellement, quelles sont les stratégies mises en place pour faciliter l'implantation d'une pratique du contact peau à peau adéquate et répondant aux résultats probants?

CAPSULES DE FORMATION 4

Contact peau à peau en post-partum immédiat

Feuille de travail

Quiz

Partie 1 : Vrai ou Faux

	Vrai	Faux
1. Le contact peau à peau peut être réalisé chez les prématurés de 26 semaines et plus.		
2. Le contact peau à peau peut être réalisé chez les nouveau-nés ayant un tube nasogastrique.		
3. Le contact peau à peau ne peut pas être réalisé pendant les gavages.		
4. La présence de drains thoraciques est une contre-indication au contact peau à peau.		
5. La pratique du contact peau à peau augmente les risques d'infections nosocomiales.		
6. Les taux de mortalité sont plus élevés chez les nouveau-nés effectuant des périodes de contact peau à peau.		
7. Chez les nouveau-nés intubés et ventilés, le contact peau à peau ne peut pas être réalisé.		
8. La période la plus à risque pour le nouveau-né prématurité et/ou de faible poids est la fin du séjour hospitalier.		
9. Le taux de cortisol salivaire chez les nouveau-nés effectuant des périodes de contact peau à peau est moins élevé.		
10. L'allaitement est possible lorsque le nouveau-né est installé de façon sécuritaire (avec couverture ou autres) en contact peau à peau.		
11. Les mammifères étant séparés de leur mère à la naissance ont un comportement désorganisé.		
12. Les nouveau-nés placés en contact peau à peau ont beaucoup plus de périodes d'éveil.		
13. Les mères faisant des périodes de contact peau à peau avec leur enfant sont plus enclines à avoir une bonne production lactée.		
14. Lors du contact peau à peau, les nouveau-nés étant sous moniteur ont un taux de saturation en oxygène plus élevé que pendant les périodes en incubateur.		
15. Les mères effectuant un contact peau à peau avec leur enfant sont plus satisfaites de leur expérience de santé.		

Partie 2 : Questions à court développement

→ Quelle est la durée minimale du contact peau à peau pour des nouveau-nés ayant des particularités (prématurés, faible poids, etc.) et à quel moment doit-on commencer cette pratique? Pourquoi? _____

→ Suite à une réanimation, lorsque l'état du nouveau-né est stabilisé, peut-on placer le bébé en contact peau à peau? Justifier. _____

Partie 3 : Questions à développement

Mise en situation

Vous êtes la mère du petit Mathis, né le 30 juin à 13h50. Celui-ci est né à 35 semaines de gestation. Votre accouchement a été provoqué parce que bébé ne grandissait plus adéquatement (RCIU, poids de naissance à 1915g). Dès la naissance, Mathis a été placé sous un dôme chauffant pendant quelques minutes afin qu'il puisse être observé adéquatement. 20 minutes plus tard, une infirmière de la pouponnière est venue chercher votre bébé, car sa température ne se maintenait pas au-dessus des valeurs limites (36, 2 °C : température rectale).

Lors de votre transfert dans votre chambre à l'unité mère-enfant, vous apprenez que les prélèvements sur le sang de cordon ayant été réalisés démontraient une augmentation significative des globules blancs de votre bébé. Un contrôle capillaire de la formule sanguine confirme la possibilité d'une infection chez votre enfant et un soluté ainsi qu'une antibiothérapie sont débutés. Vous êtes témoin des nombreux prélèvements sanguins faits à votre enfant sur le talon. Votre enfant pleure beaucoup, semble inconfortable et sursaute à chaque fois qu'un moniteur sonne ou qu'une infirmière ferme la porte de l'incubateur.

Ne réussissant pas à prendre le sein, un tube nasogastrique est installé et des gavages sont débutés. Les électrodes du moniteur cardio-respiratoire sont en place sur le thorax de bébé et le capteur de saturation est présent au pied droit parce que malgré la stabilité des paramètres physiologiques, le pédiatre craint que Mathis ne fasse, tôt ou tard, des désaturations. Vous n'avez pas encore pris Mathis dans vos bras pour plus de 5 minutes.

Pour l'instant, comment vous sentez-vous? _____

Anita, l'infirmière de soir, vous propose de prendre votre bébé en contact peau à peau. Vous êtes un peu inquiète parce que votre bébé a plusieurs tubes, fils et autres, mais vous êtes tout de même enchantée par l'idée. Mathis réagit très bien contre vous. Il est calme, semble mieux dormir et sa saturation en oxygène augmente. Vous avez même l'impression que celui-ci cherche un peu le sein. Les larmes aux yeux, vous remerciez grandement Anita de vous avoir fait découvrir le contact peau à peau, car vous sentez maintenant que vous jouez vraiment votre rôle de maman.

Selon vous, quelles sont les bienfaits spécifiques du contact peau à peau avec les prématurités/bébés de faible poids?

Bébé : _____

Mère : _____

Dernière réflexion : Reprise CCMM

Cesser : _____

Commencer : _____

Modifier : _____

Maintenir : _____

Annexe K

Fiches des simulations (capsule de formation 3)

Simulation 1

Contact peau à peau en post-partum immédiat

Rôle : Infirmière

Vous avez 8 minutes pour lire la mise en situation à voix haute, intervenir adéquatement et répondre aux besoins de votre patiente. Par la suite, une rétroaction vous sera offerte par vos collègues afin de cibler vos interventions adéquates et vous proposer des pistes d'amélioration.

Mise en situation :

Vous êtes infirmière sur le quart de travail de jour et vous vous occupez de la famille Martinez. Madame Juanita Martinez, une femme de 29 ans, est arrivée au Québec il y a deux ans. Elle attend un deuxième enfant, suite à un premier accouchement au Mexique. Madame Martinez est en début de travail actif et vient d'arriver dans une chambre de naissance. Elle n'a pas suivi de cours prénataux, a une bonne compréhension du français et est accompagnée par son conjoint Julio.

Vous vous dirigez au chevet de la patiente à 7h45 afin d'évaluer son état et vous présenter.

Vous avez 8 minutes pour :

- 1- Vous présenter
- 2- Évaluer les attentes de la patiente pour le travail obstétrical, l'accouchement et le post-partum immédiat.
- 3- Informer la patiente sur le déroulement de l'accouchement et les interventions réalisées avec le nouveau-né immédiatement après la naissance.
- 4- Détailler minimalement 2 bienfaits du contact peau à peau en post-partum immédiat.
- 5- Répondre aux questions de la patiente, si applicable.

Simulation 1

Contact peau à peau en post-partum immédiat

Rôle : Patiente (Juanita Martinez)

Détails de votre personnage :

- Femme de 29 ans
- Multipare (il s'agit de votre 2^e enfant)
- Vous êtes arrivée au Québec depuis 2 ans. Vous êtes Mexicaine (premier accouchement au Mexique).
- Vous avez une bonne compréhension du français
- Vous n'avez pas suivi de cours prénatals
- Vous êtes accompagnée de votre conjoint Julio.
- Vous commencez à être de plus en plus souffrante pendant vos contractions.
- Vous avez fait une dépression post-partum suite à votre premier accouchement.

Vos attentes pour le travail obstétrical, l'accouchement et le post-partum immédiat :

- Vous désirez un accouchement naturel
- Lors de votre premier accouchement, votre enfant est né à 34 semaines de gestation et vous n'avez pas eu la chance de prendre votre bébé dans vos bras après la naissance, car son état nécessitait un transfert aux soins intermédiaires du centre hospitalier. Pendant près de 24 heures, votre bébé a été en incubateur sous CPAP. La création d'un lien d'attachement entre vous et le premier enfant a été un long processus. Vous désirez, pour cette naissance, prendre rapidement votre bébé et avoir une expérience tout à fait différente.
- Julio, votre conjoint, aimerait couper le cordon ombilical et prendre le nouveau-né sur lui en contact peau à peau pendant votre séjour hospitalier, lorsque vous serez fatiguée.

Si votre infirmière désire savoir si vous avez des questions à la fin de la discussion :

1- Quelle est la meilleure personne pour effectuer un contact peau à peau tout de suite après la naissance, vous ou votre conjoint?

2- Comment l'enfant sera positionné sur vous en contact peau à peau?

Simulation 2

Contact peau à peau en post-partum immédiat

Rôle : Infirmière

Vous avez 8 minutes pour lire la mise en situation à voix haute, intervenir adéquatement et répondre aux besoins de votre patiente. Par la suite, une rétroaction vous sera offerte par vos collègues afin de cibler vos interventions adéquates et vous proposer des pistes d'amélioration.

Mise en situation :

La naissance de bébé Martinez est éminente. Vous devez installer la patiente afin qu'elle puisse facilement pousser et accueillir l'enfant sur elle après la naissance. Le petit Loïc naît le 27 juin à 15h07 (Apgar à 8-9-9). Julio et Juanita sont très heureux de cette naissance qui s'est déroulée d'une façon normale, sans particularités. Vous devez maintenant réaliser les soins de routine pour le nouveau-né et offrir un soutien aux parents.

Vous avez 8 minutes pour :

- 1- Rappeler à la patiente les interventions qui seront réalisées en post-partum immédiat.
- 2- Installer adéquatement la patiente afin qu'elle puisse accueillir sur elle le nouveau-né en post-partum immédiat.
- 3- Expliquer les soins de routine qui sont réalisés au nouveau-né en post-partum immédiat.
- 4- Effectuer le suivi clinique nécessaire aux nouveau-nés placés en contact peau à peau.
- 5- Effectuer l'injection de la vitamine K, l'application d'onguent ophtalmique, les mesures ainsi que la pesée au moment opportun.
- 6- Répondre aux questions de la patiente, si applicable.

Simulation 2

Contact peau à peau en post-partum immédiat

Rôle : Patiente (Juanita Martinez)

Détails de votre personnage :

Avant la naissance

- Vous portez une jaquette et vous avez un soluté au bras droit.
- Vous êtes nerveuse, car ce sera la première fois que vous aurez votre nouveau-né sur vous après la naissance.
- Vous êtes un peu confuse (douleur et hyperventilation) et vous ne vous souvenez pas des étapes qui suivront la naissance de bébé Loïc.
- Votre conjoint Julio est blême et ne semble pas tout à fait à l'aise lorsque vous commencez les poussées.

Après la naissance

- Vous êtes inquiète de ne pas placer adéquatement votre bébé sur votre thorax, vous trouvez que votre bébé est un peu bleuté et vous en parlez avec l'infirmière.
- Vous désirez connaître le poids du bébé.
- Vous désirez allaiter votre bébé.

Si votre infirmière désire savoir si vous avez des questions :

- 1- Vous désirez savoir combien de temps vous devrez garder votre bébé sur votre thorax.
- 2- Vous désirez prendre des photos avec le bébé. Est-ce une bonne idée de le retirer de votre thorax pendant ce temps?
- 3- Votre bébé semble se déplacer sur votre thorax et se diriger vers le sein. Devez-vous le repositionner?