

Université de Montréal

Co-construire un modèle de continuité relationnelle des soins infirmière-femme en périnatalité

par
Karina Daigle

École de santé publique Université de Montréal

Thèse présentée
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae doctor-Doctorat (Ph.D.) en Santé Publique
Option Organisation des soins de santé

Novembre 2019

© Karina Daigle, 2019

Université de Montréal

Département de Gestion, Évaluation et Politique de Santé, École de Santé Publique de
l'Université de Montréal (ESPUM)

Cette thèse intitulée:

Co-construire un modèle de continuité relationnelle des soins infirmière-femme en périnatalité

Présentée par :

Karina Daigle

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Régis BLAIS , président-rapporteur

Marie HATEM, directrice de recherche

Hélène LEFEBVRE , membre du jury

Dan LECOCQ , examinateur externe

Gregory MOULLEC, représentant du doyen

RÉSUMÉ

La médicalisation de la naissance est un phénomène vécu à travers le monde qui occasionne des conséquences sur le système de santé et son organisation. Dans la plupart des pays industrialisés, l'organisation des soins en maternité est principalement dispensée selon un modèle de soins médical (Hatem, Sandall, Devane, Soltani et Gates, 2008). Ce mode d'organisation de services contribue bien souvent à ce que les différents fournisseurs de soins offrent leurs services de manière fragmentée. Cette fragmentation des services entraîne un manque de continuité dans les soins (Renfrew et al., 2014).

Une enquête sur l'expérience de maternité au Canada a d'ailleurs démontré le manque de continuité des soins dans presque tous les hôpitaux puisque 50,6 % des femmes ont déclaré qu'elles n'avaient pas le même fournisseur durant leur suivi de grossesse et lors de la naissance (Agence de santé publique du Canada, 2009). Les revues systématiques réalisées sur les modèles de soins de maternité en continuité – soins prénatals, pernatals et postnatals donnés en continu à une femme par un fournisseur de soins, en l'occurrence la sage-femme – ont évalué les effets de la continuité des soins sur la santé maternelle et néonatale (Hatem et al., 2008; Sandall, Soltani, Gates, Shennan et Devane, 2013; Sandall, Soltani, Gates, Shennan et Devane, 2015; Sandall, Soltani, Gates, Shennan et Devane, 2016). Les résultats ont établi que les issues sont favorables en matière de morbidité/mortalité et que les femmes sont très satisfaites des soins reçus.

Au Canada, les infirmières assurent auprès des femmes une grande partie des soins en périnatalité. Or, les soins prénatals qu'elles fournissent ne sont pas offerts selon un modèle de soins qui favorise la continuité tout au long du continuum en périnatalité. Pourtant, les infirmières peuvent jouer un rôle transformateur dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins maternels et néonataux par la création de nouveaux modèles de soins. Or, une seule étude sur le développement d'un nouveau modèle de soins en continu pour la période prénatale et postnatale en contexte

hospitalier a pu être répertoriée, mais celle-ci n'incluait pas la période périnatale (Wan, Hu, Thobaben, Hou et Yin, 2011). Il est reconnu que la création de nouveaux modèles de soins doit inclure la participation des femmes afin qu'elles puissent faire entendre leur voix sur leurs besoins et attentes (Green, 2012). L'approche du patient-partenaire permettrait d'engager la participation des femmes dans le processus de co-création de nouveaux modèles de soins au moment où elles vivent l'expérience de maternité. Cette approche génère des savoirs expérientiels qui favoriseraient l'organisation des soins selon leurs besoins réels vécus (Barello, Graffigna et Vegni, 2012). L'objectif de la thèse est de co-construire un modèle de soins fondé sur la continuité à partir du partenariat relationnel entre l'infirmière et des femmes au cours de leur expérience de soins en périnatalité, et ce, tout en analysant les facteurs – femmes, fournisseurs de soins, organisation, société – qui influencent cet engagement.

Une étude qualitative longitudinale soutenue par une approche collaborative a été réalisée. Douze femmes enceintes ont reçu un accompagnement prénatal, périnatal et postnatal offert par l'étudiante-chercheuse selon leurs besoins. Différentes méthodes de collecte de données ont été mobilisées : i) les entretiens en série selon trois modalités lors des rencontres en face à face, des appels téléphoniques et des échanges par messagerie texte; ii) les notes d'observations réalisées lors de la participation observante au moment de la naissance; iii) le dossier clinique obstétrical; iv) les documents organisationnels et cliniques; v) les échanges entre les participantes dans le forum de discussion; et vi) le journal de bord. Cinq résultats principaux ont été mis en évidence : 1- L'approche du patient-partenaire s'est révélée être une avenue prometteuse pour mieux comprendre l'intensité de l'engagement dans la relation de partenariat entre l'infirmière et les femmes pour ce qui est des soins directs, afin de co-créer la prestation et l'organisation des soins en périnatalité; 2- Les quatre dimensions de l'engagement du patient-partenaire dans les soins de santé ont été adaptées et co-définies au contexte de l'organisation des soins de la périnatalité; 3- Une typologie de l'engagement en plusieurs thèmes et sous-thèmes portant sur les comportements types de l'infirmière – informer, consulter, collaborer et échanger et des femmes – s'informer, questionner, partager, décider – liée aux composantes du modèle de soins en co-construction a permis d'explicitier la relation de partenariat vécue dans le contexte de la périnatalité au fil du temps;

4- Certaines caractéristiques des facteurs – femmes, organisation, fournisseurs de soins et société – qui influencent cet engagement en favorisant ou limitant le partenariat relationnel de l’infirmière et des femmes dans le contexte de la périnatalité ont été identifiées; et, 5- La co-construction du modèle de soins et de ses composantes – les catégories des pratiques, l’organisation des soins, les valeurs, la philosophie, les fournisseurs de soins et les finalités – ont été co-définis à partir des comportements d’engagement de l’infirmière et des femmes pour faire suite à l’expérience de soins vécue tout au long de l’accompagnement en périnatalité.

Cette thèse apporte une contribution à trois niveaux : 1- au niveau théorique par le développement de connaissances dans le domaine de l’organisation des soins en proposant un cadre conceptuel sur l’engagement des patients dans les soins de santé au contexte de la périnatalité; 2- au niveau méthodologique par une proposition d’un cadre pour réaliser la démarche de co-construction qui anime le processus de recherche; et, 3- au niveau pratique par une proposition d’un nouveau modèle de continuité relationnelle infirmière-femme des soins en périnatalité. Les résultats issus de cette thèse permettent aussi de faire la démonstration qu’il est possible de transformer l’organisation des soins et les pratiques cliniques avec les femmes, ce qui peut inspirer les différents acteurs comme les décideurs et les gestionnaires de même que les fournisseurs de soins dans les milieux.

Mots-clé : Modèle de soins en périnatalité, continuité relationnelle des soins, partenariat, engagement des patients, soins centrés sur la femme, rôle de l’infirmière en obstétrique et périnatalité

ABSTRACT

The medicalization of birth is a phenomenon experienced around the world which has consequences for the health system and its organization. In most industrialized countries, the organization of maternity care is mainly provided according to a medical care model (Hatem, Sandall, Devane, Soltani et Gates, 2008). This type of service organization very often contributes to the fact that different care providers offer their services in a fragmented manner. This fragmentation of services leads to a lack of continuity in care (Renfrew et al., 2014).

A survey of maternity experience in Canada has shown the lack of continuity of care in almost all hospitals since 50, 6 % of women said they did not have the same provider during their pregnancy follow-up and at birth (Public Health Agency of Canada, 2009). Systematic reviews of continuous maternity care models - continuous prenatal, perinatal and postnatal care given to a woman by a caregiver, in this case the midwife - have assessed the effects of continuity of care on maternal and newborn health (Hatem et al., 2008; Sandall, Soltani, Gates, Shennan et Devane, 2013; Sandall, Soltani, Gates, Shennan et Devane, 2015; Sandall, Soltani, Gates, Shennan et Devane, 2016). The results established that the outcomes are favorable in terms of morbidity / mortality and that women are very satisfied with the care received.

Nurses in Canada provide a large proportion of perinatal care to women. However, the prenatal care they provide is not offered according to a care model that promotes continuity along the perinatal continuum. Yet nurses can play a transformative role in improving the quality and safety of maternal and newborn care through the creation of new models of care. However, only one study on the development of a new model of continuous care for the prenatal and postnatal period in hospital context could be identified, but this did not include the perinatal period (Wan, Hu, Thobaben, Hou et Yin, 2011). It is recognized that the creation of new models of care must include the participation of women so that they can make their voices heard about their needs and

expectations (Green, 2012). The patient-partner approach would make it possible to engage women in the process of co-creating new models of care when they are experiencing the maternity experience. This approach generates experiential knowledge that would favor the organization of care according to their real needs (Barello, Graffigna et Vegni, 2012). The objective of the thesis is to co-construct a model of care based on continuity from the relational partnership between the nurse and women during their perinatal care experience, while analyzing the factors - women, caregivers, organization, society - who influence this engagement.

A longitudinal qualitative study supported by a collaborative approach was carried out. Twelve pregnant women received prenatal, perinatal and postnatal support offered by the student-researcher according to their needs. Different methods of data collection were used: i) serial interviews in three ways during face-to-face meetings, telephone calls and text messaging; ii) notes of observations made during observing participation at the time of birth; iii) the obstetrical clinical record; iv) organizational and clinical documents; v) exchanges between participants in the discussion forum; and vi) the logbook. Five main results were highlighted: 1- The patient-partner approach has proved to be a promising avenue for better understanding the intensity of the commitment in the partnership relationship between the nurse and the women for this which is direct care, in order to co-create the delivery and organization of perinatal care; 2- The four dimensions of patient-partner engagement in health care have been adapted and co-defined in the context of the organization of perinatal care; 3- A typology of engagement in several themes and sub-themes relating to the typical behaviors of the nurse - informing, consulting, collaborating and exchanging and women - being informed, questioning, sharing, deciding - linked to the components of the model of care in co-construction made it possible to explain the partnership relationship experienced in the context of perinatal care over time; 4- Certain characteristics of the factors - women, organization, caregivers and society - that influence this commitment by promoting or limiting the relational partnership of the nurse and women in the context of perinatal care have been identified; and, 5- The co-construction of the care model and its components - the categories of practices, the organization of care, the values, the philosophy, the care providers and the

purposes - were co-defined on the basis of the nurse's and women's commitment behaviors to follow up on the experience of care throughout the perinatal support.

This thesis makes a contribution at three levels: 1- at the theoretical level by the development of knowledge in the field of the organization of care by proposing a conceptual framework on the engagement of patients in health care in the context of perinatal care; 2- at the methodological level by proposing a framework for carrying out the co-construction approach which drives the research process; and, 3- at the practical level by proposing a new model of nurse-woman relational continuity in perinatal care. The results of this thesis also allow us to demonstrate that it is possible to transform the organization of care and clinical practices with women, which can inspire different actors such as decision-makers and managers as well as providers care in settings.

Keywords: Perinatal care model, relational continuity of care, partnership, patient engagement, woman-centered care, role of the obstetrics and perinatal nurse

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	iii
Abstract	vi
Table des matières	ix
Liste des figures	xiii
Liste des tableaux	xiv
Liste des abréviations et des acronymes	xxi
Dédicace	xxiii
Remerciements	xxiv
CHAPITRE 1 Problématique de la médicalisation de la naissance	1
1.1 Conséquences de la médicalisation de la naissance.....	2
1.2 Une priorité de recherche.....	6
CHAPITRE 2 Recension des écrits.....	11
2.1 Contexte des soins de maternité.....	11
2.1.1 Modèles de soins en maternité courants.....	13
2.1.2 Modèle de soins des infirmières en obstétrique et périnatalité	14
2.1.3 Organisation des services de périnatalité au Québec	17
2.1.4 Constat sur les différents modèles de soins en périnatalité	26
2.2 Médicalisation de la naissance.....	29
2.2.1 Facteurs liés à la médicalisation de la naissance.....	30
2.2.2 Conséquences potentielles de la médicalisation de la naissance.....	31
2.2.3 Interventions médicales.....	33
2.2.4 Satisfaction des femmes dans un contexte médicalisé	46

2.3	Pistes d'amélioration pour la qualité des soins maternels et néonataux	48
2.3.1	Contribution de la discipline infirmière	51
2.3.2	Soins centrés sur la personne	54
2.3.3	Prise de décision partagée	62
2.3.4	Continuité des soins	70
2.4	Synthèse de la recension des écrits	97
2.5	Cadre conceptuel et questions de recherche	98
2.5.1	Quelques modèles de référence	99
2.5.2	Cadre conceptuel de l'étude	106
2.5.3	But et questions de l'étude	112
CHAPITRE 3 Méthodologie		113
3.1	Les fondements des choix méthodologiques	114
3.1.1	Position épistémologique et méthodologique	114
3.1.2	La théorie en U de Scharmer (2016)	118
3.1.3	Le devis méthodologique	121
3.2	Déroulement de l'étude selon la théorie en U de Scharmer (2016).....	123
3.2.1	Phase d'initiation du projet : co-initier.....	123
3.2.2	Phase d'immersion dans l'action : co-sentir, co-presencing et co-crée	129
3.2.3	Phase d'analyse des données : co-évoluer.....	138
3.3	Critères de rigueur scientifique.....	146
3.3.1	Critères de rigueur méthodologique	146
3.3.2	Critères de rigueur relationnelle	148
3.4	Considérations éthiques	148
CHAPITRE 4 Résultats.....		150
4.1	Résultats relatifs à la première question de recherche	150
4.1.1	Information	154
4.1.2	Consultation	167
4.1.3	Collaboration.....	179
4.1.4	Co-construction	191
4.2	Résultats relatifs à la deuxième question de recherche.....	206
4.2.1	Les femmes	206
4.2.2	L'organisation	210
4.2.3	Les fournisseurs de soins.....	213
4.2.4	La société.....	216

4.3	Résultats relatifs à la troisième question de recherche	220
4.3.1	Catégories de pratiques	220
4.3.2	Organisation des soins.....	234
4.3.3	Valeurs	238
4.3.4	Philosophie	239
4.3.5	Fournisseurs de soins	240
4.3.6	Finalités	241
4.4	Cadre : Modèle de continuité relationnelle des soins infirmière-femme en périnatalité.....	244
CHAPITRE 5 Discussion.....		247
5.1	Discussion des principaux résultats – première question de recherche	247
5.1.1	Information.....	249
5.1.2	Consultation	250
5.1.3	Collaboration.....	251
5.1.4	Co-construction	253
5.2	Discussion des principaux résultats – deuxième question de recherche.....	257
5.2.1	Les femmes	257
5.2.2	L’organisation de santé	259
5.2.3	Les fournisseurs de soins.....	261
5.2.4	La société.....	263
5.3	Discussion des principaux résultats – troisième question de recherche	264
5.3.1	Catégories de pratiques	265
5.3.2	Organisation des soins.....	280
5.3.3	Valeurs	285
5.3.4	Philosophie	287
5.3.5	Fournisseurs de soins	288
5.3.6	Finalités	290
5.4	Contributions et retombées de la thèse	290
5.4.1	Contribution théorique	291
5.4.2	Contribution méthodologique	292
5.4.3	Contribution pratique	293
5.5	Limites et défis de la recherche	296
5.5.1	Limites.....	296
5.5.2	Défis relevés.....	298
5.6	Pistes de recherches futures	299

CONCLUSION	301
RÉFÉRENCES.....	302
ANNEXE A ACTIVITÉ RÉSERVÉE	328
ANNEXE B CERTIFICATION D'APPROBATION COMITÉ D'ÉTHIQUE	332
ANNEXE C FICHE DE RECRUTEMENT	335
ANNEXE D FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	337
ANNEXE E GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF EN SÉRIE	346
ANNEXE F ARBORESCENCE THÉMATIQUE	350

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
Figure 1 Les concepts de base de la prise de décision partagée (Ervin et al., 2017)	64
Figure 2 Le modèle de continuité (Bahr et Weiss, 2018).....	73
Figure 3 Théorie de programme (Kemp et al., 2013).....	88
Figure 4 Cadre d'analyse des soins maternels et néonataux de qualité (Renfrew et al., 2014).....	100
Figure 5 Modèle relationnel patient-partenaire « <i>Montreal model</i> » de Pomey et al. (2015).....	102
Figure 6 Intensité de l'engagement du patient et de l'intervenant	104
Figure 7 Cadre conceptuel du partenariat relationnel entre l'infirmière et la femme lors de la co-construction d'un modèle de soins en périnatalité	110
Figure 8 Cadre méthodologique du partenariat relationnel entre l'infirmière et la femme lors de la co-construction d'un modèle de soins en périnatalité	122
Figure 9 Chronologie des moments de la collecte et des sources de données	131
Figure 10 Plan de présentation des résultats relatifs à la première question de recherche.....	152
Figure 11 Modèle de continuité relationnelle des soins infirmière-femme en périnatalité.....	244

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
Tableau 1 Comparaison entre les responsabilités des sages-femmes au Royaume-Uni et celles des infirmières en obstétrique aux États-Unis (Lyndon et al., 2017)	15
Tableau 2 Nombre de visites recommandées pour le suivi de grossesse (Côté et al., 2011)	21
Tableau 3 Visites postnatales au Québec (Côté et al., 2011)	23
Tableau 4 Évolution des fréquences des interventions obstétricales au Canada (ASCP, 2017)	36
Tableau 5 Comparaison entre la démarche de recherche collaborative de Desgagnés (1997) et la théorie en U de Scharmer (2016, 2009)	120
Tableau 6 Dimensions du partenariat relationnel et comportements types associés, pour l’infirmière et la femme	151
Tableau 7 Dimension information - intensité d’interactions comportement type par catégories de pratiques selon la période du continuum de soins périnatal	155
Tableau 8 Dimension information - intensité d’interactions par comportement type catégorie de pratique : Éducation à la santé selon certains thèmes	156
Tableau 9 Dimension information - intensité d’interactions par comportement type catégorie de pratique : Évaluation selon certains thèmes	157

Tableau 10 Dimension information - intensité d'interactions par comportement type catégorie de pratique : Dépistage selon certains thèmes	158
Tableau 11 Dimension information - intensité d'interactions par comportement type catégorie de pratique : Planification soins selon certains thèmes.....	159
Tableau 12 Dimension information - intensité d'interactions par comportement type catégorie de pratique : Promotion physiologie selon certains thèmes.....	160
Tableau 13 Dimension information - intensité d'interactions par comportement type catégorie de pratique : Gestion complications 1 ^{re} ligne selon certains thèmes.....	161
Tableau 14 Dimension information - intensité d'interactions par comportement type composante : Organisation selon certains thèmes	162
Tableau 15 Dimension information - intensité d'interactions par comportement type composante : Philosophie selon certains thèmes.....	165
Tableau 16 Dimension information - intensité d'interactions par comportement type composante : Fournisseurs de soins selon certains thèmes	166
Tableau 17 Dimension consultation - intensité d'interactions comportement type par catégories de pratiques selon la période du continuum de soins périnatal.....	168
Tableau 18 Dimension consultation - intensité d'interactions par comportement type catégorie de pratique : Éducation à la santé selon certains thèmes	169
Tableau 19 Dimension consultation - intensité d'interactions par comportement type catégorie de pratique : Évaluation selon certains thèmes	170

Tableau 20 Dimension consultation - intensité d'interactions par comportement type catégorie de pratique : Dépistage selon certains thèmes	171
Tableau 21 Dimension consultation - intensité d'interactions par comportement type catégorie de pratique : Planification soins selon certains thèmes.....	172
Tableau 22 Dimension consultation - intensité d'interactions par comportement type catégorie de pratique : Promotion physiologie selon certains thèmes.....	173
Tableau 23 Dimension consultation - intensité d'interactions par comportement type catégorie de pratique : Gestion complications 1 ^{re} ligne selon certains thèmes.....	174
Tableau 24 Dimension consultation - intensité d'interactions par comportement type composante : Organisation selon certains thèmes	175
Tableau 25 Dimension consultation - intensité d'interactions par comportement type composante : Philosophie selon certains thèmes.....	177
Tableau 26 Dimension consultation - intensité d'interactions par comportement type composante : Fournisseurs de soins selon certains thèmes	178
Tableau 27 Dimension collaboration - intensité d'interactions comportement type par catégories de pratiques selon la période du continuum de soins périnatal	180
Tableau 28 Dimension collaboration - intensité d'interactions par comportement type catégorie de pratique : Éducation à la santé selon certains thèmes	181
Tableau 29 Dimension collaboration - intensité d'interactions par comportement type catégorie de pratique : Évaluation selon certains thèmes	182

Tableau 30 Dimension collaboration - intensité d'interactions par comportement type catégorie de pratique : Dépistage selon certains thèmes	183
Tableau 31 Dimension collaboration - intensité d'interactions par comportement type catégorie de pratique : Planification soins selon certains thèmes.....	184
Tableau 32 Dimension collaboration - intensité d'interactions par comportement type catégorie de pratique : Promotion physiologie selon certains thèmes.....	185
Tableau 33 Dimension collaboration - intensité d'interactions par comportement type catégorie de pratique : Gestion complications 1 ^{re} ligne selon certains thèmes.....	186
Tableau 34 Dimension collaboration - intensité d'interactions par comportement type composante : Organisation selon certains thèmes	187
Tableau 35 Dimension collaboration - intensité d'interactions par comportement type composante : Philosophie selon certains thèmes.....	189
Tableau 36 Dimension collaboration - intensité d'interactions par comportement type composante : Fournisseurs de soins selon certains thèmes	190
Tableau 37 Dimension co-construction - intensité d'interactions comportement type par catégories de pratiques selon la période du continuum de soins périnatal	192
Tableau 38 Dimension co-construction - intensité d'interactions par comportement type catégorie de pratique : Éducation à la santé selon certains thèmes.....	193
Tableau 39 Dimension co-construction - intensité d'interactions par comportement type catégorie de pratique : Évaluation selon certains thèmes	194

Tableau 40 Dimension co-construction - intensité d'interactions par comportement type catégorie de pratique : Dépistage selon certains thèmes.....	195
Tableau 41 Dimension co-construction - intensité d'interactions par comportement type catégorie de pratique : Planification soins selon certains thèmes	196
Tableau 42 Dimension co-construction - intensité d'interactions par comportement type catégorie de pratique : Promotion physiologie selon certains thèmes	197
Tableau 43 Dimension co-construction - intensité d'interactions par comportement type catégorie de pratique : Gestion complications 1 ^{re} ligne selon certains thèmes.....	198
Tableau 44 Dimension co-construction - intensité d'interactions par comportement type composante : Organisation selon certains thèmes.....	199
Tableau 45 Dimension co-construction - intensité d'interactions par comportement type composante : Philosophie selon certains thèmes.....	202
Tableau 46 Dimension co-construction - intensité d'interactions par comportement type composante : Fournisseurs de soins selon certains thèmes	204
Tableau 47 Facteur femmes : données sociodémographiques	206
Tableau 48 Facteurs femmes : pourcentage par savoirs expérientiels liés au vécu selon chacune des femmes participantes.....	207
Tableau 49 Intensité d'interactions par savoirs expérientiels des femmes selon certains thèmes	208
Tableau 50 Caractéristiques du facteur Organisation	211

Tableau 51 Caractéristiques du facteur Fournisseurs de soins.....	214
Tableau 52 Caractéristiques du facteur Société	217
Tableau 53 Intensité d’interactions des thèmes abordés composante catégorie de pratique : Éducation - Grossesse	221
Tableau 54 Intensité d’interactions des thèmes abordés composante catégorie de pratique : Éducation - Naissance	222
Tableau 55 Intensité d’interactions des thèmes abordés composante catégorie de pratique : Éducation – Nouveau-né et Parentalité	225
Tableau 56 Intensité d’interactions des thèmes abordés composante catégorie de pratique : Évaluation.....	227
Tableau 57 Intensité d’interactions de certains thèmes abordés composante catégorie de pratique : Dépistage.....	229
Tableau 58 Intensité d’interactions de certains thèmes abordés composante catégorie de pratique : Planification des soins	230
Tableau 59 Intensité d’interactions de certains thèmes abordés composante catégorie de pratique : Promotion de la physiologie.....	231
Tableau 60 Intensité d’interactions de certains thèmes abordés composante catégorie de pratique : Gestion complications 1 ^{re} ligne	233
Tableau 61 Intensité d’interactions des différentes dimensions de la composante catégories de pratiques : synthèse	234

Tableau 62 Intensité d'interactions de certains thèmes abordés composante : Organisation	235
Tableau 63 Synthèse des différents modes de consultation selon chacune des femmes pour l'ensemble du continuum périnatal	237
Tableau 64 Intensité d'interactions de certains thèmes abordés composante : Valeurs.....	238
Tableau 65 Intensité d'interactions de certains thèmes abordés composante : Philosophie	239
Tableau 66 Intensité d'interactions de certains thèmes abordés composante : Fournisseurs de soins	240
Tableau 67 Intensité d'interactions de certains thèmes abordés composante : Finalités	242
Tableau 68 Indicateurs de santé maternelle /néonatale et les interventions médicales selon chacune des femmes participantes	243
Tableau 69 Catégorie de pratique : Éducation à la santé thèmes et sous-thèmes abordés	265

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES

ACOG : American college of obstetricians and gynecologists

AMPRO : Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux

ASPC : Agence de la santé publique du Canada

AWHONN : Association of women's health, obstetric and neonatal nurses

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CLSC : Centre local de services communautaire,

GMF : Groupe de médecine de famille

INESSS : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

INSPQ : Institut national de la santé publique du Québec

IAB : Initiative des amis des bébés

IPSPL : Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne

IOM : Institute of medicine

IRSC : Instituts de recherche en santé du Canada

LMRSSS RLRQ : Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux

MADM : Mothers autonomy in decision-making

MGP : Midwifery group practices

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

NCCSDO : National coordinating centre for the service delivery and organisation

NICE : National institute for health and care excellence

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

OMS : Organisation mondiale de la Santé

PECP : Paradigme épistémologique constructiviste pragmatique

SCSP : Système canadien de surveillance périnatale

SOGC : Société des obstétriciens et des gynécologues du Canada

SRAP : Stratégie de recherche axée sur le patient

RQL : Recherche qualitative longitudinale

RUIS : Réseau universitaire intégré de santé

TIC : Technologie de l'information et de la communication

DÉDICACE

Je dédie cette thèse à mes grands-mères Florence et Léa, à ma mère Ghislaine, à ma fille Victoria, à chacune des femmes qui ont accepté d'être accompagnées durant leur expérience de maternité et sont devenues mères. Enfin, à toutes les femmes de la terre mère qui jour après jour continuent d'enfanter le monde. Namasté.

REMERCIEMENTS

Le cheminement de mon projet de thèse s'est échelonné sur les sept dernières années. J'ai eu le bonheur et la chance de croiser et de côtoyer plusieurs personnes qui m'ont apporté à divers moments leur appui. Je tiens à remercier chaleureusement ces personnes qui m'ont accompagnée durant toutes ces années.

Je tiens à exprimer ma gratitude et à remercier ma directrice de thèse, madame Marie Hatem, professeure titulaire au département de médecine sociale et préventive de l'École de santé publique, pour le soutien et l'encadrement qu'elle m'a offerts durant mes études doctorales. Madame Hatem, qui est une femme de cœur, a été une source d'inspiration pour moi au cours des dernières années. Ses qualités humaines exceptionnelles ainsi que sa rigueur intellectuelle ont été propices à mon apprentissage et mon cheminement professionnel, académique et personnel.

Je souhaite remercier l'organisme administrant le programme MEES-Universités qui a retenu ma candidature pour une bourse d'études doctorales de 39 000 \$ pour l'année universitaire 2017-2018. L'obtention de cette bourse m'a offert un soutien financier pendant une année, ce qui m'a permis de me consacrer à mon projet de recherche pour faire progresser celui-ci.

Je désire remercier aussi les personnes du milieu de soins qui ont accepté de participer à mon projet de recherche. Il s'agit de la coordonnatrice du continuum de naissance, la cheffe du département de gynécologie et d'obstétrique, l'équipe médicale d'obstétriciens. Je remercie également chacune des infirmières de l'unité des naissances avec qui j'ai été en relation lors de l'accompagnement des femmes au moment de leur travail et de la naissance de leur enfant.

Je désire remercier les membres du jury qui ont accepté d'évaluer cette thèse, soit les professeurs Dan Lecoq, Hélène Lefebvre, Régis Blais et Gregory Moullec le représentant du doyen.

Je tiens à remercier mes collègues du programme de doctorat que j'ai eu la chance de côtoyer et avec qui j'ai échangé sur de nombreux sujets; un merci tout spécial à Monsef Derraji, Rima Cheyto et Stéphanie Collin. Je souhaite remercier tous mes collègues de l'Université du Québec en Outaouais pour m'avoir permis de me joindre à l'équipe du département des sciences infirmières au tout début de ma scolarité de doctorat. Un merci spécial à Lucie Lemelin, Sylvain Brousseau, Louise Bélanger et Éric Tchouaket pour leur soutien.

Je veux également remercier les personnes qui m'ont apporté un soutien technique dans la réalisation de cette thèse. Un immense merci à Didier Dupont pour ses qualités de formateur du logiciel NVivo ainsi que le soutien moral qu'il m'a offert lors de l'acquisition de mes connaissances en analyse de données qualitatives. Merci à Jacinthe Bastien et Paola Andrea Diaz Vargas pour leur aide précieuse dans les transcriptions des entretiens. Merci à Geneviève Antonius-Boileau qui a accepté de mettre à contribution ses aptitudes techniques pour réviser la mise en page de cette thèse. Merci à Isabelle Boucher designer pour la réalisation graphique des trois cadres de la thèse; elle a su bien saisir l'essence du message à transmettre visuellement. Un merci tout spécial à Marie-Andrée Roger pour son soutien technologique auprès des participantes durant la réalisation de l'étude.

Je souhaite exprimer ma gratitude à ma famille. Merci à ma mère Ghislaine Savard, mon père Rénaud Daigle, mon frère Sébastien Daigle et ma fille Victoria Laflamme pour m'avoir permis de devenir la femme que je suis. Je ne peux passer sous silence l'écoute et les encouragements que mes amies m'ont offerts durant toutes ces années. Un merci tout spécial à mes amies Hélène Meilleure, Susan Frederick, Sonia Kirouac, Marilène Brideau et Nicole-Rose Seoane qui ont su m'apporter un soutien moral dans ma vie au quotidien, ce qui m'a donné le courage de poursuivre mes études doctorales. Enfin, merci à mon conjoint Nicolas Trépanier – et ses enfants William et Victoria – qui a toujours cru en moi depuis le premier jour et qui m'a montré son soutien et son amour au quotidien. Merci à l'Univers de m'avoir donné la force de continuer. Namasté.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE DE LA MÉDICALISATION DE LA NAISSANCE

La médicalisation de la naissance est un phénomène vécu à travers le monde. Il a touché l'Occident dès le XX^e siècle en entraînant un changement des normes sociales. Ce changement a transformé la grossesse, l'accouchement et le parentage en des événements nécessitant l'intervention du domaine de la médecine (Baillargeon, 2004). Une des conséquences de la médicalisation de la naissance s'est traduite par une organisation des services de maternité selon un modèle de soins médical et technologique. Depuis plusieurs décennies et dans plusieurs pays, de nombreux rapports gouvernementaux recommandent que l'organisation des services de maternité repose sur une humanisation de la naissance privilégiant une approche de soins centrée sur les femmes dans laquelle leurs valeurs et croyances concernant leur autonomie, leur choix, leur contrôle sur leur corps ainsi que sur la naissance de leur enfant sont respectées (Behruzi, Hatem, Goulet, Fraser et Misago, 2013). Ces recommandations internationales ont poursuivi l'objectif de promouvoir la naissance physiologique afin de réduire les interventions médicales. Plus récemment, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a partagé sa vision d'un monde où toutes les femmes enceintes et tous les nouveau-nés reçoivent des soins de qualité tout au long de la grossesse, au moment de la naissance et durant la période postnatale (Organisation mondiale de la Santé, 2017). Cette vision d'excellence a donné lieu à une série de recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive pour les femmes. Une telle expérience positive implique la préservation de l'intégrité physique et socioculturelle, le fait de vivre une grossesse saine pour la femme et le nouveau-né, de bien vivre le travail et l'accouchement et d'avoir une maternité heureuse (Organisation mondiale de la Santé, 2017). En effet, une analyse systématique de la perception des femmes montre que celles-ci veulent faire de leur grossesse une expérience positive à travers les soins prénatals (Downe, Finlayson, Tunçalp et Metin Gülmezoglu,

2016). Or, les différentes études réalisées dans les dernières décennies au sujet de la satisfaction des femmes envers leur expérience de maternité démontrent une toute autre réalité (Organisation mondiale de la Santé, 2017).

1.1 Conséquences de la médicalisation de la naissance

Les conséquences de la médicalisation à la naissance ont fait l'objet d'une accumulation de données probantes en ce qui concerne ses conséquences négatives sur la santé et le bien-être de la femme et du nouveau-né (Renfrew et al., 2014). Les résultats de l'utilisation excessive des interventions médicales sur la morbidité affectant la santé physique et psychosociale des femmes et de leur nouveau-né sont bien connus, ceux-ci engendrant des frais de santé supplémentaires (Renfrew et al., 2014). D'autres auteurs évoquent des conséquences négatives de l'expérience de naissance sur la satisfaction des femmes en tant qu'effets psychologiques négatifs tels que : i) la diminution de la confiance des femmes en leur capacité de donner naissance à leur enfant sans l'aide de la technologie; et, ii) la subordination d'autres femmes telles que les sages-femmes et les infirmières (Benoit, Zadoroznyj, Hallgrimsdottir, Treloar et Taylor, 2010). L'expérience des femmes au moment de la maternité démontre systématiquement qu'elles n'aiment pas les soins fragmentés, les conseils inconséquents, les professionnels insensibles et les longues périodes d'attente (Brown et Lumley, 1994 ; 1998; Hodnett, Gates, Hofmeyr et Sakala, 2005). La façon dont les femmes sont traitées par les fournisseurs de soins, au cours de leur première expérience, déterminera leurs perceptions envers ce premier accouchement pour le reste de leur vie (Simkin, 1992). Bien des études soulignent l'importance du suivi et de la dissémination de l'information, qui s'avèrent être au cœur des expériences positives lors de la naissance (Green, Renfrew et Curtis, 2000). Plus récemment, des études ont été réalisées sur le thème de la violence obstétricale découlant de l'utilisation des interventions médicales. Une revue systématique sur la violence obstétricale dans les milieux de soins démontre que celle-ci est caractérisée par un manque relationnel avec les professionnels, une communication inefficace, un manque de soutien continu et une perte d'autonomie pour la femme (Bohren et al., 2015).

Pour la période postnatale, dans la plupart des pays occidentaux, la réduction de la durée du séjour à l'hôpital après la naissance et le soutien insuffisamment structuré offert aux femmes après la naissance occasionnent des besoins non comblés (Brown, Small, Argus, Davis et Krastev, 2002; Forster, McLachlan, Rayner, Yelland, Gold, et Rayner, 2008). En effet, l'accès insuffisant aux soins peut amener les femmes à rechercher des soins alternatifs et à se tourner vers les services d'urgence, comme le font les patients dans diverses circonstances (Haggerty, Roberge, Freeman et Beaulieu, 2013). Une étude réalisée en Suède a d'ailleurs rapporté qu'au cours des deux premières semaines après la naissance, 17 % des mères ont sollicité l'aide de l'urgence, en raison de problèmes de santé infantile, de complications post-accouchement ou d'allaitement (Barimani, Oxelmark, Johansson, Langius-Eklöf et Hylander, 2014; Barimani et Vikström, 2015). Des écrits mentionnent que les femmes ont signalé des expériences négatives lors de la période postnatale dues à un manque de soutien physique et émotionnel et un manque de soutien pour l'allaitement maternel (Barimani et al., 2014; Barimani et Vikström, 2015; Brown, Davey et Bruinsma, 2005; Hannula, Kaunonen et Tarkka, 2008; Nilsson et al., 2015; Rudman, El-Khoury et Waldenström, 2008; Rudman et Waldenström, 2007). Les soins postnatals fragmentés constituent une autre source d'instabilité au cours de cette période. Les femmes et leurs nouveau-nés sont pris en charge par plusieurs fournisseurs de soins et organisations, ce qui entraîne de la confusion dans l'information reçue (Barimani et Vikström, 2015; Brown et al., 2002; Psaila, Schmied, Fowler et Kruske, 2014).

La médicalisation de la naissance a également des conséquences sur le système de santé et son organisation. Dans la plupart des pays industrialisés, l'organisation des soins est centrée autour des besoins des fournisseurs de soins et de leur lieu de pratique qui est bien souvent l'hôpital plutôt que sur les besoins des femmes, occasionnant une offre de soins fragmentée (Renfrew et al., 2014). Le Canada ne fait pas exception : l'accouchement y est la première cause d'hospitalisation et la césarienne, la première cause de chirurgie, ce qui perpétue une organisation des services médicaux (Institut canadien d'information sur la santé, 2014). Un système de santé dont l'organisation des services repose essentiellement sur la médicalisation est remis en question, les données probantes s'accumulant en ce qui concerne sa limite à offrir des soins centrés sur la femme (Renfrew et al.,

2014; ten Hoop-Bender et al., 2014). Une étude mentionne que les politiques et procédures de l'hôpital, le manque de personnel, les soins axés sur la technologie et le manque de continuité des soins sont des obstacles importants à cette approche plus humanisée dans les hôpitaux (Behruzi et al., 2013). Ces obstacles sont déterminés par des facteurs multiples et complexes comme : la philosophie des soins et les valeurs, l'organisation des soins et les caractéristiques des fournisseurs de soins ainsi que les pratiques cliniques (Renfrew et al., 2014; Vadeboncœur, 2005).

Au Québec, un rapport sur la performance des services en périnatalité et en petite enfance réalisé en 2010 est arrivé au constat que leur système et leur organisation des services reposent essentiellement sur un modèle de soins qui offre des services médicaux dont la qualité des soins n'est pas optimale (Commissaire à la santé et au bien-être, 2011). D'une part, le modèle de soins médical comporte des déficiences importantes, telles qu'un manque d'évaluation des besoins des femmes, un arrimage non optimal entre les différents fournisseurs de soins et une absence de mesures incitatives organisationnelles favorisant un suivi conjoint médecin-infirmière en prénatal, ce qui entrave la continuité des soins et engendre l'absence d'une offre complète de services prénatals, pernatals et postnatals continus (Commissaire à la santé et au bien-être, 2011).

Encore aujourd'hui, les médecins sont majoritairement les fournisseurs de soins responsables du suivi de la femme enceinte (Commissaire à la santé et au bien-être, 2011; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2014a). Par ailleurs, le suivi de la femme enceinte avec une sage-femme est restrictif puisqu'il était prévu que seulement 10 % des femmes puissent y avoir accès en 2019 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008, 2015). En 2014, les sages-femmes ont assuré le suivi périnatal d'un faible 2,31 % des naissances, ce qui représente 2 025 femmes sur 87 700 naissances (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2014b). En outre, le modèle de soins sage-femme est accessible seulement pour les femmes qui présentent un profil de grossesse à faible risque selon certains critères. Les femmes dont la grossesse est à risque seront suivies dans le modèle de soins médical alors que leur condition de santé physique et psychologique nécessite des soins centrés sur la femme, qui leur seraient encore plus bénéfiques.

Enfin, les soins offerts par les infirmières représentent une très grande partie de la gamme des services prénatals, pernatals et postnatals dispensés aux femmes et aux nouveau-nés. Les infirmières possèdent leur propre champ de pratique autonome même si elles ont un rôle de contribution et n'ont pas l'entière responsabilité du suivi prénatal et postnatal, ainsi que de l'accouchement (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2015). Une de leurs contributions vise à évaluer et à dépister les complications qui peuvent survenir au détriment d'une relation continue avec la femme. Elles sont subordonnées au modèle de soins médical qui est maintenu par les structures institutionnelles bureaucratiques dont une conséquence est la fragmentation de leur offre de soins infirmiers (MacKinnon, McIntyre et Quance, 2005). De plus, elles sont attirées aux services plutôt qu'à la personne soignée. Il semble que le système de santé actuel au Québec encourage timidement l'amélioration de la qualité des soins par la contribution de toutes les disciplines professionnelles comme les sages-femmes et les infirmières.

La médicalisation de la naissance a également des conséquences économiques qui ont été documentées, soit les coûts inutiles occasionnés pour le système de santé. Comme mentionné précédemment, la première cause d'hospitalisation et de chirurgie est l'accouchement et la césarienne, qui entraînent des coûts supplémentaires dans le budget en santé. Les coûts directs correspondent au nombre d'heures travaillées par le personnel dans les hôpitaux alors que les coûts indirects concernent le budget lié aux fournitures et à l'équipement (Institut canadien d'information sur la santé, 2014). Enfin, des conséquences sur les ressources humaines sont également reconnues en générant une pression sur les fournisseurs de soins concentrés à l'hôpital, amplifiant ainsi la pénurie de main-d'œuvre (Brown et al., 2009). Le manque de ressources humaines représente un obstacle à une approche plus humanisée de la naissance en milieu hospitalier (Behruzi et al., 2013). D'autres obstacles sont les politiques et procédures, les soins axés sur la technologie et le manque de continuité des soins (Behruzi et al., 2013). En effet, le manque de continuité des soins fait en sorte que les femmes sont suivies par plusieurs fournisseurs de soins aux différents moments du suivi de leur grossesse, travail, accouchement et période postnatale (Barimani et al., 2014; Barimani et Vikström, 2015; Homer et al., 2001). La fragmentation des services offerts par des médecins qui pratiquent dans un modèle de soins en groupe fait en sorte qu'ils assurent

occasionnellement leur présence auprès de leur clientèle respective lors de l'accouchement (MacKinnon et al., 2005). Une enquête menée par l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) du système canadien de surveillance périnatale (SCSP) a d'ailleurs montré que 50,6 % des femmes ont déclaré qu'elles n'avaient pas le même fournisseur de soins avant la naissance et lors de la naissance (Agence de santé publique du Canada, 2009). Il s'agit d'un obstacle important aux soins humanisés au moment de la naissance dans presque tous les hôpitaux au Canada. En outre, la répercussion se fait sentir également dans l'accessibilité pour obtenir un suivi de grossesse par le fournisseur de soins de son choix ainsi que dans le délai du premier rendez-vous au premier trimestre (Commissaire à la santé et au bien-être, 2011; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008).

1.2 Une priorité de recherche

La recherche sur la médicalisation de la naissance devrait être une priorité mondiale de santé publique et se situer au cœur du mouvement des soins centrés sur la femme pour améliorer l'humanisation des soins maternels et néonataux (Frampton, Charmel et Guastello, 2013; ten Hoope-Bender et al., 2014). Un constat qui se dégage des écrits mentionne que peu importe les différents modèles de soins qui prédominent dans le système de santé, toutes les femmes sont en droit d'exiger et de recevoir des soins humanisés centrés sur leurs besoins et attentes (Renfrew et al., 2014). Dans les dernières décennies, des études ont démontré l'importance des soins centrés sur la femme pour contrer la médicalisation en raison de leurs bienfaits pour la santé des femmes et pour la pratique des fournisseurs de soins (Green et al., 2000; Horiuchi, Kataoka, Eto, Oguro et Mori, 2006; McCourt, Stevens et Sandall, 2006; Ryding et al., 2015; Simkin, 1992; Tinkler et Quinney, 1998; Waldenström, Brown, McLachlan, Forster et Brennecke, 2000, 2000b; Waldenström et Turnbull, 1998). Un de ces bienfaits a été d'améliorer la continuité des soins qui est devenue une priorité de recherche (Haggerty et al., 2013). Le journal médical de réputation mondiale, *The Lancet*, a publié un numéro spécial sur la qualité des soins de santé maternelle et infantile (Renfrew et al., 2014). Le journal a plaidé à partir des évidences scientifiques robustes pour un changement complet de paradigme concernant la naissance. Il a notamment été proposé de

transformer le modèle de soins fragmenté, centré sur le diagnostic et le traitement de pathologies de la grossesse, à un modèle de soins fondé sur la continuité qui offre des soins de qualité à toutes les femmes. Tant dans les pays riches que dans les pays pauvres, le modèle de soins fondé sur la continuité permet d'améliorer amplement la qualité des soins offerts aux femmes et à leurs enfants, et ce, bien souvent à moindre coût pour les systèmes de santé (Renfrew et al., 2014).

La continuité des soins, dans le contexte des soins maternels et néonataux, a particulièrement été étudiée dans le cadre du modèle de soins sage-femme. Les premiers résultats ont fait état d'une variation quant à l'importance de la continuité des soins pour la satisfaction des femmes de leur expérience (Green et al., 2000). Toutefois, des études portant sur le modèle de soins sage-femme en gestion de cas où les soins prénatals, pernatals et postnatals sont donnés en continu à une femme constituent un exemple probant d'amélioration de la qualité des soins centrés sur la femme par un accompagnement continu et global (Green et al., 2000; Hatem et al., 2008; Sandall, Devane, Soltani, Hatem et Gates, 2010; Sandall et al., 2013; Sandall et al., 2015).

En outre, la continuité des soins est liée également au concept de soutien continu lors du travail et de l'accouchement (Hodnett, Gates, Hofmeyr et Sakala, 2012). Une revue systématique Cochrane en 2012 sur le soutien continu durant le travail et l'accouchement, où les femmes ont bénéficié de mesures de confort, de soutien émotif et d'encouragement, de plaidoyer, a indiqué un effet très positif sur les éléments suivants : la durée du travail, l'utilisation de médicaments contre la douleur, les scores d'Apgar, le nombre de naissances vaginales sans assistance et la satisfaction des femmes. Cependant, les études sur les fournisseurs de soins offrant le soutien continu ont présenté des résultats quelque peu différents. Les résultats ont suggéré que le soutien continu offert par les infirmières obtenait peu d'effets comparativement au soutien continu dispensé par des doulas (Hodnett et al., 2012). Quelques études ont exposé certains facteurs, tels que les structures institutionnelles et les processus de travail, pouvant contribuer à favoriser ou à contraindre la présence de l'infirmière pour apporter un soutien continu aux femmes (MacKinnon et al., 2005). Néanmoins, il semble que des études supplémentaires sont nécessaires afin d'analyser d'autres facteurs, soit le moment où le soutien continu est amorcé dans l'épisode de soins en maternité, le

statut professionnel dans l'équipe de soins et le contexte de soins axé sur un mode communautaire plutôt qu'hospitalier.

À la lumière des connaissances actuelles, les recherches portant sur la réorganisation des soins en maternité fondée sur la continuité en tenant compte de l'expérience des femmes doivent se poursuivre pour améliorer la santé des femmes et de leur nouveau-né (Homer, Davis et Brodie, 2000). Une des solutions qui a été proposée est d'encourager la transformation des systèmes de santé vers des modèles de soins collaboratifs fondés sur la continuité. La raison est que dans la prestation des soins offerts par des obstétriciens, des médecins de famille, des sages-femmes et des infirmières, les rôles et les responsabilités des différents fournisseurs de soins se chevauchent inévitablement (Renfrew et al., 2014). Au Canada, une initiative nationale a été amorcée afin de développer un projet visant à soutenir la création de modèles de soins primaires obstétricaux concertés dans les différentes provinces (Peterson, Medves, Davies et Graham, 2007). La pratique collaborative entre les fournisseurs de soins centrés sur la femme a été définie comme la promotion de la participation active de chacun dans l'amélioration de la qualité des services et le respect des contributions propres de toutes les disciplines (Peterson et al., 2007). Une étude menée en Colombie-Britannique sur l'élaboration d'un modèle de soins collaboratifs a démontré que les femmes étaient plus susceptibles de diminuer le recours à une césarienne, d'avoir un séjour plus court et d'allaiter exclusivement comparativement aux femmes qui avaient reçu des soins standards (Harris et al., 2012). Or, une des limites de cette étude est que les femmes n'ont pas été sollicitées dans l'élaboration dudit modèle de soins collaboratif contrairement au modèle de soins sage-femme dont l'une des forces est de reposer sur le partenariat avec les femmes pour prendre en compte leurs besoins (Green, 2012).

Une voie prometteuse de recherche, qu'il faudrait prioriser, porte sur le partenariat avec les patients durant leur expérience de soins vécue, générant ainsi des savoirs expérientiels qui favorisent l'organisation des soins selon les besoins et préférences du patient (Barello et al., 2012; Green, 2012; Pomey et al., 2015). Une démarche s'inspirant de l'approche du patient-partenaire serait d'engager la participation des femmes dans le processus de co-création de nouveaux modèles de

soins au moment où elles vivent l'expérience de maternité entraînant des savoirs expérientiels, ce qui favoriserait l'organisation des soins selon leurs besoins réels vécus (Barello et al., 2012).

La transformation des modèles de soins existants repose sur différentes modalités pour reconnaître la contribution de chacune des disciplines professionnelles en incluant la participation des femmes comme actrices principales (Renfrew et al., 2014). En Amérique du Nord, les infirmières sont bien souvent le premier contact pour la femme à l'unité de maternité et elles assurent une très grande partie des soins pendant le travail et la naissance. L'environnement social pour la naissance est complexe en partie parce que l'infirmière collabore avec les médecins, au sein des établissements, et en partenariat avec les femmes et les familles (MacKinnon et al., 2005). Les médecins sont responsables du suivi même s'ils passent peu de temps avec les femmes en travail, arrivant souvent lorsque la naissance est imminente (MacKinnon et al., 2005). Le modèle de soins fragmentés par les structures institutionnelles fait en sorte que les infirmières ne peuvent offrir les soins en période prénatale et ainsi établir une relation continue de confiance avec la femme. L'expérience de la naissance pour la femme se déroule alors dans un environnement inconnu et en compagnie d'étrangers (MacKinnon et al., 2005). Puisqu'au Canada, les infirmières fournissent les services essentiels pendant toutes les phases du continuum de soins, elles peuvent ainsi jouer un rôle clé au sein de nouveaux modèles de soins, de manière à mieux répondre aux besoins des familles (SOGC, 2008). Il est donc nécessaire de développer des modèles de soins collaboratifs fondés sur la continuité, mais en y intégrant la voix des femmes en tant que composante centrale (Simmonds, Peter, Hodnett et McGillis Hall, 2013). À notre connaissance, une seule étude a pu être répertoriée sur le développement d'un nouveau modèle de soins fondé sur la continuité pour la période prénatale et postnatale en contexte hospitalier, mais elle n'incluait pas la période perinatale (Wan et al., 2011). Le développement d'un nouveau modèle de soins collaboratif fondé sur la continuité offert par des infirmières – comme une intervention visant à améliorer les résultats de santé et de bien-être – selon la perspective des femmes n'a pas été répertorié dans les écrits.

Le but de la présente étude est de co-construire un modèle de soins fondé sur la continuité à partir du partenariat relationnel entre l'infirmière et des femmes au cours de leur expérience de soins en périnatalité, et ce, tout en analysant les facteurs – femmes, fournisseurs de soins, organisation, société – qui influencent cet engagement.

La pertinence de l'étude se situe à trois niveaux. Au niveau social, elle permet de donner une voix aux femmes afin qu'elles puissent partager leurs savoirs expérientiels valides, ce qui mènera à co-construire un modèle de soins fondé sur la continuité autour de la naissance. Au niveau pratique, elle favorise une amorce de réflexion sur la contribution infirmière aux soins collaboratifs, continus et centrés sur la femme selon les standards de pratique en soins périnataux de proximité proposés par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2015). Au niveau méthodologique, elle utilise un devis de recherche qualitative longitudinale soutenue par une approche de recherche collaborative avec les femmes lors du développement d'un nouveau modèle de soins fondé sur la continuité dans l'organisation des services de santé maternelle et néonatale.

CHAPITRE 2

RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre sur l'état des connaissances portant sur le phénomène à l'étude comporte cinq sections. La première présente le contexte des soins de maternité et les différents modèles de soins. La seconde section dévoile le concept de la médicalisation de la naissance et de ses conséquences comme les interventions médicales et la satisfaction des femmes dans un contexte de naissance médicalisé. La troisième section expose les pistes d'amélioration : la contribution de la discipline infirmière, les soins centrés sur la personne, la prise de décision partagée, la continuité des soins présentant la continuité relationnelle telle qu'offerte par les sages-femmes et par les infirmières ainsi que la continuité relationnelle périnatale et une synthèse de la recension des écrits. Enfin, ce chapitre se termine par les ancrages théoriques qui permettent d'introduire le cadre conceptuel de l'étude.

1.3 Contexte des soins de maternité

Au Canada, le nombre de naissances est de 389 912 par année (Agence de la santé publique du Canada, 2017). Dans le contexte du modèle de soins médical, les services de maternité sont généralement assurés dans divers milieux comme à l'hôpital et dans la communauté et couvrent trois périodes : les soins prénatals, pernatals et postnatals. Le terme « continuum de soins en périnatalité » désigne les soins prodigués à la femme et à son nouveau-né, et ce, avant, pendant et après la naissance (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008).

- Avant la naissance : soins prénatals dès la conception et par trimestre : premier, deuxième et troisième trimestre;

- Pendant la naissance : soins périnataux comprenant le suivi du travail à la maison et le séjour hospitalier, de l'admission jusqu'au congé de l'hôpital; et,
- Après la naissance : soins postnatals, quatrième trimestre, jusqu'à huit semaines comprenant le séjour hospitalier, la visite de l'infirmière en soins de proximité à domicile, la halte-allaitement et le suivi médical et infirmier.

Le continuum de soins en périnatalité est souvent représenté de façon linéaire alors que la nature même de l'expérience de santé de la maternité s'inscrit dans la vie d'une femme de la conception jusqu'à la naissance de l'enfant selon un cycle. Les soins en périnatalité sont prodigués, en première responsabilité, par des obstétriciens, des médecins de famille et des sages-femmes et les pratiques varient d'un pays à un autre. Dans plusieurs pays, les sages-femmes sont majoritairement les fournisseuses principales de soins auprès des femmes. Ce n'est pas le cas pour le Canada et les États-Unis où les obstétriciens sont beaucoup plus nombreux à assumer cette responsabilité. Traditionnellement au Canada, les soins en périnatalité ont été prodigués par les obstétriciens assistés d'infirmières avec une expertise en obstétrique (Hattem et al., 2008).

Or, d'autres fournisseurs de soins participent et offrent des services aux femmes et aux nouveau-nés selon les besoins. En effet, les fournisseurs de soins ont un rôle précis à assurer et un cadre de pratique à respecter, chacun contribuant à une équipe de soins coordonnée et efficace. L'équipe de soins comprend une diversité de fournisseurs de soins tels que médecins de famille, sages-femmes, infirmières, obstétriciens, spécialistes en médecine fœto-maternelle, néonatalogistes, pédiatres, anesthésiologistes. Leur disponibilité varie en fonction du lieu d'accouchement, la présence de facteurs de risques pour la femme ou le nouveau-né et les préférences de la femme. La pénurie et l'inégale répartition géographique des fournisseurs de soins causent des inquiétudes au sein des différentes instances gouvernementales et professionnelles (Agence de la santé publique du Canada, 2017). Il est recommandé que l'adéquation des ressources humaines soit établie par le niveau de soins requis. Or, selon l'ASPC (2017), peu importe le choix de la femme quant à son fournisseur de soins, la collaboration interprofessionnelle est requise pour lui assurer ainsi qu'à son nouveau-né, une sécurité optimale.

1.3.1 Modèles de soins en maternité courants

Une revue systématique Cochrane a permis de classifier les modèles de soins en maternité en quatre catégories selon le fournisseur de soins principal et leurs effets sur la santé de la femme et de son nouveau-né (Hatem et al., 2008). Cette classification des modèles de soins en maternité est présentée dans ce qui suit :

1.3.1.1 Modèle de soins obstétricien

Les obstétriciens sont les principaux fournisseurs de soins prénatals. Au moment de la naissance, l'obstétricien présent n'est pas nécessairement celui qui a dispensé les soins prénatals et les sages-femmes et/ou les infirmières dispensent des soins prénatals et postnatals à l'hôpital sous surveillance médicale. Tel est le cas le plus fréquent en Amérique du Nord.

1.3.1.2 Modèle de soins médecin de famille

Les médecins de famille représentent également un fournisseur de soins prénatals dans l'offre de service. Les soins sont fournis par des médecins de famille avec un transfert vers un obstétricien si le besoin se fait sentir. Au moment de l'accouchement, le médecin de famille présent n'est pas nécessairement celui qui a dispensé les soins prénatals et les sages-femmes et/ou les infirmières dispensent des soins prénatals et postnatals à l'hôpital sous surveillance médicale.

1.3.1.3 Modèle de soins partagés

Les différents fournisseurs de soins se répartissent les responsabilités ou se transfèrent celles-ci à différents moments durant la grossesse, l'accouchement ou la période postnatale. Les soins sont parfois partagés entre un médecin de famille et une sage-femme, entre un obstétricien et une sage-femme ou entre ces trois fournisseurs de soins.

1.3.1.4 Modèle de soins sage-femme

Les sages-femmes sont responsables de la planification, de l'organisation et de la dispensation des soins offerts à la femme dès le début de la grossesse, du travail et de la naissance et en postnatal.

Certains services peuvent être assurés en consultation avec d'autres fournisseurs de soins médicaux selon l'évolution des besoins. Une variation existe entre les pays quant au champ de pratique de la sage-femme. La pratique sage-femme peut être limitée aux soins des femmes qui présentent une grossesse non compliquée ou à faible risque, par exemple au Canada et aux Pays-Bas ou bien la pratique inclut les femmes qui présentent des complications obstétricales en collaboration avec des collègues médecins, par exemple au Royaume-Uni, en France, en Australie ou en Nouvelle-Zélande. De plus, la pratique sage-femme peut être gérée par des obstétriciens puisqu'ils assument la responsabilité des soins dispensés à la femme tout au long de la période prénatale, perinatale et postnatale même si les soins courants peuvent être offerts par des sages-femmes, par exemple en République d'Irlande, en Iran, ou au Liban. Le modèle de soins sage-femme se divise en trois sous-modèles selon les particularités du milieu où la sage-femme exerce : le plus courant est le modèle de soins standards, ensuite le modèle de soins en équipe et enfin le modèle de soins en gestion de cas. La répartition des trois sous-modèles offerts par les sages-femmes dans chacun des pays est difficilement évaluable. Une des raisons pouvant expliquer cette limite est qu'il existe un manque de terminologie standard pour identifier, définir et classer les modèles de soins de maternité (Donnolley, Butler-Henderson, Chapman et Sullivan, 2016). L'absence de système de classification fait en sorte qu'il devient difficile de comparer et d'évaluer les résultats cliniques à travers les différents modèles (Donnolley, Chambers, Butler-Henderson, Chapman et Sullivan, 2017).

Aux quatre modèles de soins en maternité s'ajouterait une cinquième catégorie qui correspond aux modèles de soins qu'offrent les infirmières au Canada et aux États-Unis. En effet, ce sont les infirmières qui assurent la majorité des soins périnataux hospitaliers plutôt que les sages-femmes dans le cadre du modèle de soins sage-femme standard.

1.3.2 Modèle de soins des infirmières en obstétrique et périnatalité

Au Canada et aux États-Unis, l'accouchement est une des principales raisons de l'hospitalisation, et la plupart des soins sont assurés par des infirmières autorisées sous la supervision d'un médecin – ou d'une sage-femme aux États-Unis –, et ce, dans un modèle de soins gérés par des infirmières.

Le Tableau 1 illustre cette comparaison entre les responsabilités des sages-femmes au Royaume-Uni et celles des infirmières en obstétrique aux États-Unis (Lyndon, Simpson et Spetz, 2017).

Tableau 1 Comparaison entre les responsabilités des sages-femmes au Royaume-Uni et celles des infirmières en obstétrique aux États-Unis (Lyndon et al., 2017)

Responsabilités	Sage-femme R.-U.	Infirmière en obstétrique É.-U.
Surveillance et examen des femmes pendant la grossesse	√	Seulement durant le travail, la naissance et le postnatal immédiat
Développer et évaluer des programmes de soins individuels	√	Pour les soins durant le travail
Fournir des soins prénatals complets, y compris des tests de dépistage à l'hôpital, dans la communauté et à domicile	√	√
Identifier les grossesses à haut risque et orienter les patients vers des médecins et autres spécialistes médicaux	√	Identifier les facteurs de risques et les notifier pour le médecin ou la sage-femme
Organiser et assurer l'éducation parentale et à la santé	√	Procurer l'éducation à la santé
Fournir des conseils avant et après le dépistage et les tests	√	Procurer l'éducation sur les tests
Offrir un soutien et des conseils à la suite d'événements tels que fausse couche, interruption de grossesse, mortinaissance, anomalie néonatale et décès néonatal	√	
Superviser et assister les mères en travail, surveiller l'état du fœtus et utiliser les connaissances sur les médicaments et la gestion de la douleur	√	Processus de décision plus limité sous la supervision des médecins ou sage-femme
Donner du soutien et des conseils sur les soins quotidiens du bébé, y compris l'allaitement, le bain et la préparation des aliments	√	√
Assurer la liaison avec les agences et autres professionnels de la santé et des services sociaux pour assurer la continuité des soins	√	√
Participer à la formation et à la supervision de collègues débutants	√	√

La contribution de l'infirmière dans les modèles de soins courants en maternité s'actualise majoritairement à l'hôpital en tant qu'infirmière en obstétrique, comme exposé dans le Tableau 1. Or, certaines infirmières exercent en santé communautaire ou en santé publique en soins primaires ou auprès des clientèles vulnérables (Aune, Dahlberg, Backe et Haugan, 2013). La pratique infirmière en obstétrique est considérée comme une spécialité distincte reconnue au sein de la profession. Elle comprend un éventail de rôles différents selon le contexte, le milieu hospitalier et les circonstances dans lesquels elle se déroule. C'est pourquoi cette spécialité nécessite un ensemble de savoirs et de connaissances essentielles, de compétences cliniques, et de

responsabilités propres à ce domaine d'expertise. Les cinq domaines d'activités de soins périnataux qui ressortent des écrits sont : i) la gestion de l'admission dans les hôpitaux pendant le travail; ii) le suivi de la progression du travail; iii) la surveillance fœtale; iv) les pratiques de soins et de confort pendant le travail qui sont souvent synonymes d'analgésie épidurale; et, v) la prise en charge du travail lors du deuxième stade de l'accouchement (Gennaro, Mayberry et Kafulafula, 2007). Les trois pratiques cliniques les plus courantes pour lesquelles les infirmières ont une responsabilité sont : l'évaluation materno-fœtale, la gestion de l'ocytocine pendant le déclenchement et l'augmentation du travail ainsi que les soins durant la deuxième phase du travail (Simpson, 2005). En conséquence, divers modèles de soins ont évolué en réponse à la diversité des styles de pratique proposés dans les hôpitaux offrant des services d'obstétrique selon leurs caractéristiques organisationnelles propres. Le modèle de soins infirmiers périnataux adopté dans un établissement détermine le degré d'autonomie des soins infirmiers, mais il n'existe aucune indication quant à celui qui convient le mieux aux femmes et aux fournisseurs de soins périnataux (James, Simpson et Knox, 2003). Un résumé des modèles de soins infirmiers périnataux est présenté dans les paragraphes suivants basés sur la nomenclature proposée par James et al. (2003).

1.3.2.1 Modèle géré par l'infirmière *nurse-managed labor model*

L'infirmière joue un rôle relativement autonome, prenant de nombreuses décisions cliniques clés pendant le processus du travail et fournissant la majorité des soins cliniques. La communication est limitée au besoin entre l'infirmière et le médecin, que ce soit au bureau ou à la maison.

1.3.2.2 Modèle académique/enseignement *academic/teaching model*

Les médecins résidents en formation et les médecins traitants sont présents sur l'unité des naissances. L'infirmière n'effectue pas systématiquement des examens vaginaux pour évaluer l'évolution du travail; ces examens font plutôt partie du processus d'apprentissage des résidents. Les infirmières sont encouragées à communiquer principalement avec les médecins résidents en ce qui concerne décisions en matière de gestion du travail plutôt qu'avec les médecins traitants. Les médecins résidents, en consultation avec leur faculté, prennent de nombreuses décisions en matière

de gestion du travail. L'infirmière et le médecin résident se partagent la responsabilité des soins cliniques.

1.3.2.3 *Modèle infirmière et médecin de garde avec communication sur le site nurse-attending physician communication on-site model*

Il s'agit soit d'un médecin présent à l'hôpital sur l'unité des naissances, couvrant le suivi de toutes les femmes en travail, ou de médecins traitants assignés à chaque groupe de pratique et qui désignent un médecin du groupe pour couvrir le suivi des parturientes en travail. L'infirmière et le médecin traitant collaborent aux décisions de gestion du travail et ont la latitude de communiquer, en personne. L'infirmière fournit la majorité des soins cliniques.

1.3.2.4 *Modèle infirmière et infirmière sage-femme de garde avec communication sur le site nurse -nurse midwife communication on-site model*

Une infirmière sage-femme est présente à l'hôpital sur l'unité des naissances couvrant leurs parturientes en travail. L'infirmière et l'infirmière sage-femme collaborent aux prises de décisions cliniques sur le processus du travail et ont la capacité de communiquer entre elles directement, en présentiel. Ces dernières partagent la responsabilité des soins cliniques pratiques. Ce modèle existe aux États-Unis, mais pas au Canada puisque le rôle infirmière-sage-femme n'y existe pas.

1.3.3 Organisation des services de périnatalité au Québec

Les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) sont l'assise principale des services de santé au Québec, depuis le 1er avril 2015, à la suite de l'entrée en vigueur de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux (LMRSSS RLRQ, chapitre O-7.2) (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2019). Au cours des dernières années, la modernisation du réseau de la santé a reposé sur deux principes fondamentaux : la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services. La responsabilité populationnelle vise à améliorer la santé et le bien-être de la population d'un territoire par une meilleure coordination des soins. La hiérarchisation de services fait référence au choix du fournisseur de soins en fonction du

degré d'expertise nécessaire. Les services sont alors répartis selon le degré de spécialisation, soit les soins de 1^{re} ligne, les soins spécialisés de 2^e ligne et les soins ultraspécialisés de 3^e ligne (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008).

Selon la plus récente politique en périnatalité 2008-2018, l'organisation des services de périnatalité devait se traduire selon la hiérarchisation suivante : pendant la période prénatale et perinatale, les femmes dont la grossesse et l'accouchement se déroulent normalement – soit la très grande majorité – devraient recevoir leurs soins par des médecins de famille, des sages-femmes et des infirmières praticiennes spécialisées (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008). Les obstétriciens concentreraient leur pratique dans les services spécialisés et offriraient leur soutien aux fournisseurs de soins de la première ligne. Pendant la période postnatale, les nouveau-nés et les nourrissons devraient recevoir leurs soins par des médecins de famille et des infirmières praticiennes spécialisées. Les pédiatres concentreraient leur pratique pour soutenir les médecins de famille pour le traitement des enfants présentant des problèmes complexes. Malgré cette recommandation, la transformation de l'organisation des services en périnatalité n'a pas été réalisée à son plein potentiel. C'est pourquoi l'organisation des services en périnatalité actuelle s'actualise dans différents lieux de pratiques centrés sur l'hôpital et les services médicaux comme exposé dans ce qui suit.

1.3.3.1 Lieux de pratique

Les services en périnatalité sont offerts dans les différents lieux de pratique suivants : le cabinet de médecins et la clinique médicale, le centre local de services communautaire (CLSC), le groupe de médecine de famille (GMF) et la maison des naissances (Côté, Berthiaume, Côté-Boileau, Porret et Trottier, 2011).

Le cabinet de médecins et la clinique médicale offrent les services de première ligne qui sont fournis majoritairement par des médecins qui pratiquent en solo ou en petits groupes. Il n'y a pas d'autres services de première ligne en périnatalité offerts par des infirmières ou d'autres fournisseurs de soins (Côté et al., 2011).

Le centre local de services communautaires (CLSC) offre les services de première ligne qui sont fournis par des médecins qui pratiquent dans ces lieux. Tous les autres services de première ligne en périnatalité sont offerts par tous les autres fournisseurs de soins du CLSC, ce qui constitue un grand avantage en matière de proximité (Côté et al., 2011).

Le GMF offre les services de première ligne en périnatalité qui sont fournis par des médecins de famille, ceux-ci pratiquant en groupe et en collaboration avec des infirmières, et plus récemment par d'autres fournisseurs de soins relevant du réseau public. Les infirmières, conjointement avec le médecin, assurent des services de dépistage de problèmes de santé courants jusqu'au suivi systématique des clientèles vulnérables. Plusieurs infirmières assurent donc le suivi conjoint de femmes enceintes et d'enfants de 0 à 5 ans. Les services en GMF sont disponibles avec ou sans rendez-vous et dans ses bureaux ou à domicile, pendant les heures d'ouverture en semaine, les fins de semaine et les jours fériés. Le GMF peut être situé dans un CLSC, dans une clinique médicale traditionnelle ou à l'intérieur d'une unité de médecine familiale. Les services sont offerts à une clientèle inscrite volontairement auprès d'un médecin du GMF (Côté et al., 2011).

La maison de naissance est un lieu de pratique qui fait suite aux projets pilotes nés en 1994 dans le cadre de légalisation de la pratique sage-femme. Ces maisons de naissance ont été intégrées dans les services de première ligne dans certains CISSS. Les sages-femmes ont un contrat de service avec le CISSS. Les femmes reçoivent leur suivi à la maison des naissances et décident du lieu de leur accouchement, soit à la maison de naissance, au domicile ou à l'hôpital. Le CISSS doit avoir une entente formelle avec un hôpital pour les consultations et les transferts et pour que les femmes puissent y accoucher avec leur sage-femme si elles le désirent (Côté et al., 2011).

1.3.3.2 Le continuum des soins en périnatalité au Québec

Au Québec, le nombre de naissances était de 83 900 en 2017, soit 3 % de moins qu'en 2016. Depuis quelques années, le nombre de naissances diminue après être demeuré presque stable de 2009 à 2014, oscillant entre 88 000 et 89 000. Au cours de la décennie 2000, le nombre de naissances a connu une croissance rapide, surtout entre 2005 et 2008 (Institut de la statistique du Québec, 2018).

Comme exposé précédemment, le continuum des services de périnatalité se déroule sur trois périodes : prénatale, perinatale et postnatale. L'organisation des services selon les trois périodes se présente comme suit :

Période prénatale

Au Québec, la majorité des suivis de grossesse est assurée par des obstétriciens ou des médecins de famille. Une rencontre avec un médecin est recommandée avant la 12^e semaine de grossesse. La visite initiale consiste à relater l'histoire médicale et les antécédents avec une évaluation physique complète. Les visites subséquentes avec le fournisseur de soins consistent à évaluer l'état physique et les risques en fonction des problèmes particuliers selon le nombre de semaines de gestation. Elles incluent des échographies, des prises de sang et des tests de dépistage (Neerland, 2013). Plus récemment, les infirmières praticiennes spécialisées en services de première ligne ont obtenu le droit d'offrir des suivis de grossesse en collaboration avec un médecin accoucheur. En outre, les infirmières peuvent assurer une part de ce suivi conjointement avec les médecins. Les infirmières contribuent au suivi de grossesse dans le cadre d'un suivi conjoint infirmière-médecin qui s'actualise surtout en groupe de médecins de famille ou dans quelques hôpitaux pour les grossesses normales ou à faible risque (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2015). Un pourcentage très marginal de femmes bénéficie d'un suivi offert par une sage-femme. La pratique de ces dernières est légalisée et règlementée depuis 1999 au Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008). De 2007 à 2011, le nombre de suivis annuels faits par des sages-femmes a augmenté, passant de 1 790 à 2 668. Cette croissance est la conséquence de l'ajout de sages-femmes aux services existants et de l'implantation de nouveaux services (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015). Par ailleurs, le modèle de soins sage-femme est restrictif puisqu'il est prévu que seulement 10 % des femmes puissent y avoir accès en 2019 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008). Au Québec, aucune donnée statistique récente n'est disponible pour établir la répartition du suivi de grossesse selon les fournisseurs de soins.

Le suivi d'une grossesse normale comporte une douzaine de visites. Diverses associations professionnelles telles que l'Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ), la Société

des obstétriciens et des gynécologues du Canada (SOGC) et l’American College of Obstetrician and Gynecologists (ACOG) ont statué sur la fréquence recommandée des visites pour les grossesses normales. Cette fréquence s’échelonne de la façon indiquée dans le Tableau 2 suivant.

Tableau 2 Nombre de visites recommandées pour le suivi de grossesse (Côté et al., 2011)

Semaines de gestation	Nombre de visites recommandées		
	INSPQ	SOGC	ACOG
Avant 12 semaines	1	1-2	2
De 12 à 30 semaines	4	4	4
De 31 à 36 semaines	2	2	2
De 37 semaines à l'accouchement	4	4	4

INSPQ: Institut national de la santé publique du Québec

SOGC: Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists

En 2015, la mise à jour d’une revue systématique Cochrane, publiée initialement en 2008, couvrant sur sept essais contrôlés randomisés et portant sur plus de 60 000 femmes, a comparé les effets des programmes de soins prénatals prévoyant un nombre réduit de visites pour les soins prénatals pour les femmes à faible risque et des programmes fournissant le calendrier des visites standards. Elle évaluait les points de vue des fournisseurs de soins et des femmes recevant des soins prénatals (Dowswell et al., 2015). Les résultats n’ont pas démontré de différence significative entre les groupes, notamment pour la mortalité maternelle, les troubles hypertensifs de la grossesse et la prééclampsie. Il a été établi que les femmes, dans tous les contextes, étaient moins satisfaites du calendrier réduit des visites : en effet, pour certaines femmes, l’écart entre les visites était perçu comme trop long. Or, des visites réduites peuvent être associées à des coûts moindres. L’OMS a réalisé des études sur le modèle de soins prénatals statuant que le nombre optimal est de huit de contacts. La recommandation est la suivante : un premier contact durant le premier trimestre

jusqu'à 12 semaines de gestation, deux contacts durant le deuxième trimestre à 20 et 26 semaines de gestation et cinq contacts durant le troisième trimestre à 30, 34, 36, 38 et 40 semaines. Le terme contact est privilégié au lieu de visite, car il implique un lien actif entre une femme enceinte et un fournisseur de soins qui n'est pas implicite dans le terme visite (Fawsitt et al., 2017).

Période périnatale

Au Québec, les données les plus récentes disponibles sur l'évolution des naissances selon le titre du fournisseur de soins assistant la femme s'échelonnent de 1998 à 2012. En 2012, les obstétriciens et médecins de famille ont assisté 85 111 femmes pour une proportion de 97,60 % des naissances, comparativement aux sages-femmes qui ont assisté 2 015 femmes pour une proportion de 2,31 % des naissances (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2014b).

Période postnatale

Depuis de nombreuses années au Québec, les visites postnatales effectuées par les infirmières en périnatalité font partie intégrante du suivi normal de la femme et du nouveau-né. La Politique de périnatalité du Québec 2008-2018 stipule qu'un programme de suivi systématique doit être offert à toutes les femmes après le congé postnatal (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008). Le Tableau 3 ci-dessous présente les données provinciales en 2007 concernant les visites et les appels téléphoniques telles que rapportées par le rapport de la Table sectorielle Mère-Enfant des Réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) (Côté et al., 2011).

Tableau 3 Visites postnatales au Québec (Côté et al., 2011)

	2007-2008
Naissances (2007)	83 300
Nombre d'usagers ayant eu une visite (%)	56 778 (68%)
Nombre d'usagers ayant eu un appel téléphonique (%)	14 049 (17%)

Source: Fichier I-CLSC. Compilation des données: Stéphane Ruel, MSSS

Ce rapport a mis en évidence une disparité du programme de suivi systématique offert entre les régions. En effet, dans certaines régions, le suivi s'est limité à l'appel téléphonique uniquement, aux primipares ou aux familles vivant en contexte de vulnérabilité (Gamache et Poissant, 2016). En outre, l'INSPQ a publié un rapport sous forme de revue systématique des écrits ayant comme objectif de faire le point sur les pratiques en matière de suivi postnatal après un congé hospitalier. Leurs recommandations, formulées à la suite de l'analyse des écrits, ont permis de réitérer l'importance de maintenir le programme par un appel téléphonique dans les 24 heures suivant le congé du lieu de naissance; et une visite systématique durant les 24 à 72 heures après la sortie du lieu de naissance en s'efforçant de le faire en présence du père. De plus, il est recommandé d'adapter le suivi à domicile selon les besoins et les préférences des familles, et ce, sur une plus longue période au cours de la petite enfance. Ces recommandations semblent aller dans le même sens que la revue systématique récente (Gamache et Poissant, 2016).

Une revue systématique Cochrane de 12 essais randomisés portant sur 11 000 femmes a évalué les résultats pour les femmes et les bébés de différents horaires de visites à domicile au début du post-partum quant à la fréquence des visites à domicile, la durée et la fin des visites et l'intensité, ainsi que sur les différents types d'interventions de visites à domicile (Yonemoto, Dowswell, Nagai et Mori, 2017). Les études dans lesquelles les femmes ont reçu une intervention pendant la période prénatale, même si l'intervention se poursuivait après la période postnatale, ont été exclues. Les

résultats ont démontré que l'augmentation du nombre de visites postnatales à domicile peut favoriser la santé du nourrisson et la satisfaction maternelle, tandis que des soins plus individualisés peuvent améliorer les résultats pour les femmes, bien que les résultats généraux obtenus dans différentes études ne soient pas cohérents. La fréquence, le moment, la durée et l'intensité de ces visites de soins postnatals doivent être basés sur les besoins locaux et individuels. D'autres études évaluatives sur cette intervention complexe sont nécessaires pour formuler l'offre de services optimale durant la période postnatale.

1.3.3.3 Contribution de l'infirmière dans le continuum de soins en périnatalité au Québec

Au Québec, le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers reconnaissent la contribution de cette discipline dans le domaine de la périnatalité, tant pour le suivi d'une grossesse normale ou à risque, l'évolution du travail, le déroulement de l'accouchement et le suivi postnatal qu'en cas de complications (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2016). L'OIIQ a publié un document sur les standards de pratique de l'infirmière en soins de proximité en périnatalité pour intégrer l'ensemble des activités professionnelles et affirmer le rôle clé de l'infirmière en périnatalité (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2015). Les sept standards de pratique de l'infirmière en soins de proximité en périnatalité sont : i) la promotion de la santé par l'éducation à la santé; ii) le contrôle des maladies infectieuses et parasitaires ; iii) les services préventifs et les dépistages; iv) la prise en charge globale, la coordination et la continuité des soins; v) la gestion des problèmes de santé courants ou ponctuels; vi) la pratique de collaboration; et, vii) la qualité et la sécurité des services. Cinq activités réservées sont associées à ces standards de pratique de l'infirmière en soins de proximité en périnatalité : i) évaluer la condition physique et mentale d'une personne; ii) exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, y compris le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique; iii) contribuer au suivi de grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal; iv) effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexe; et, v) évaluer un enfant d'âge préscolaire qui présente des indices de retard de développement pour déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2015).

L'activité réservée de l'infirmière qui consiste à contribuer au suivi de grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal a été définie dans cinq types d'activités : i) les soins préconceptionnels; ii) le suivi de grossesse; iii) le travail et l'accouchement; iv) le postpartum immédiat; et, v) le suivi postnatal dans la communauté (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2016). Comme cela est stipulé par l'OIIQ (2016) :

L'infirmière est appelée à exercer plusieurs activités en périnatalité, même si elle n'a pas l'entière responsabilité du suivi prénatal, de l'accouchement et du suivi postnatal immédiat. En effet, dans ces contextes, elle est en contribution à des activités médicales et doit donc transmettre les constats de son évaluation. De fait, elle est habilitée à effectuer des actes complexes ou présentant des risques de préjudice, en étroite collaboration avec le médecin, l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL) ou la sage-femme. Par contre, les activités de promotion, de prévention et de protection de la santé, indissociables des activités en périnatalité, sont exercées en toute autonomie par l'infirmière (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2016, p.56).

L'infirmière travaille en collaboration avec un médecin, une infirmière praticienne spécialisée en première ligne (IPSPL) ou une sage-femme en plus de collaborer avec l'équipe multidisciplinaire en périnatalité. Les cinq types d'activités sont définis et cités selon libellé de l'OIIQ (2016) de même que la collaboration avec les différents fournisseurs de soins dans le document en ANNEXE A.

Dans le cadre de la présente recherche, les standards de pratique de l'infirmière en soins de proximité en périnatalité de l'OIIQ (2015) serviront de normes pour guider la co-construction d'un nouveau modèle de soins sans s'y restreindre afin d'exploiter pleinement le champ d'exercice propre de l'infirmière, mais toujours en respectant ces balises.

1.3.4 Constat sur les différents modèles de soins en périnatalité

Le principal constat sur le système de soins en maternité au Canada et au Québec est que le modèle de soins demeure médicalisé, et ce, malgré le mouvement en faveur de l'humanisation qui a été amorcé dans les années 1980 pour faire suite aux revendications de groupes de femmes. Dans les dernières réformes du système de santé, le MSSS recommandait que les femmes dont la grossesse se déroule normalement dans la très grande majorité des situations reçoivent les soins par les fournisseurs de soins de première ligne, soit les sages-femmes, les médecins de famille ou les infirmières. Les obstétriciens pourraient ainsi concentrer leur pratique dans les services spécialisés, et fournir leur soutien aux fournisseurs de soins de première ligne. Cependant, la réalité actuelle est bien différente en ce qui concerne l'organisation des soins et leur accessibilité puisque, pour la majorité des femmes, l'accouchement est assisté par un obstétricien (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008). En 2009-2010, c'était le cas pour 67,7 % des accouchements, alors que 31,2 % l'étaient par un médecin de famille. La proportion des accouchements par les médecins de famille varie cependant d'une région à l'autre : alors que, dans la région de Montréal, elle est d'environ 15 %, elle peut atteindre 50 % dans d'autres régions (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2012). La majorité des naissances se font toujours à l'hôpital et une faible proportion des accouchements ont eu lieu en maison de naissance ou à domicile lorsque le suivi de grossesse est assuré par une sage-femme.

Le maintien du modèle de soins médical a fait en sorte de maintenir une culture de médicalisation de la naissance qui favorise des soins fragmentés entre les différentes périodes du continuum périnatales. Au Québec, les constats du Commissaire à la santé et au bien-être et de la Table sectorielle Mère-Enfant des RUIS faits en 2011 mettaient déjà en lumière une offre de suivi fragmenté et des difficultés dans la continuité des soins (Commissaire à la santé et au bien-être, 2011; Côté et al., 2011). L'anthropologue médical Robbie Davis-Floyd apporte un éclairage conceptuel afin de comprendre ces cultures qui cohabitent au sein du système de santé maternelle et néonatale (Davis-Floyd, 2001). À la suite de travaux de recherche qualitative menés auprès des médecins, des sages-femmes, des infirmières et des femmes, elle a décrit trois paradigmes qui

influencent fortement la vision de la naissance dans le monde contemporain et a élaboré les modèles distincts suivants : technocratique, humaniste et holistique.

1.3.4.1 Le modèle technocratique

Le choix, par Davis-Floyd (2001), du terme « technocratique » plutôt que du terme « médical » pour désigner le modèle, repose sur une perspective sociétale ou un contexte socioculturel faisant référence à l'avancée des technologies dans la sphère de la santé alors que le terme médical réduit celui-ci à un fournisseur de soins. Le modèle technocratique est représenté par la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement, ce qui constitue la caractéristique la plus distinctive.

Ce système de croyances domine la scène sociopolitique par une conception qui considère la grossesse et l'accouchement comme des événements associés à la maladie. L'expérience de la naissance n'appartient pas aux femmes, mais au champ des pratiques professionnelles. Dans cette vision, les croyances veulent que le corps et l'esprit soient séparés, c'est-à-dire perçus comme une machine défectueuse ne permettant pas de produire efficacement des enfants. Le corps des femmes est l'objet qui nécessite des interventions axées sur une perspective à court terme pour pallier ses lacunes qui, bien souvent, seront abordées selon une perspective de surévaluation technologique. La standardisation et la hiérarchisation des soins à la femme et au nouveau-né sont représentées comme une chaîne de montage dans le but de produire un résultat de santé constant. L'amélioration des soins est faite selon l'établissement de nouveaux standards de pratique et le recours à des technologies plus performantes. Les fournisseurs de soins se voient comme étant les premiers responsables du déroulement de la grossesse et les parents ont une confiance absolue dans les décisions que ceux-ci prennent pour eux. Il est impossible de créer un lien social entre les professionnels et la femme, puisque son corps est le centre d'attention et ses sentiments ne sont pas considérés, à moins qu'ils représentent une maladie comme la dépression postnatale.

1.3.4.2 Le modèle holistique

Le terme holistique a été employé pour désigner le modèle opposé au modèle technocratique, émergeant du mouvement de la santé holistique. Le modèle propose une conception intégrée du

corps et de l'esprit comme un système énergétique ouvert, ce qui comprend les croyances spirituelles. La femme est un être en contexte. L'unité corps-esprit est considérée comme un champ énergétique en constante interaction. L'énergie de naissance englobe la femme et dépend de la qualité énergétique de son environnement. Il favorise le fait que les soins soient considérés comme ayant une dimension physiologique, psychologique, sociale et spirituelle. L'individualisation des soins constitue l'excellence de qualité. La science et la technologie ne sont pas rejetées; c'est plutôt l'instrumentalisation de la femme qui l'est. Le rôle passif du patient qui s'est construit dans la pratique médicale et qui est lié à la position d'autorité décisionnelle des médecins est dénoncé, dans l'optique de proposer aux femmes d'être actrices de leur processus de santé. Le choix éclairé est grandement valorisé et renseigné sans coercition plutôt que le simple consentement à recevoir des interventions.

1.3.4.3 Le modèle humaniste

Il a simplement humanisé la technologie en médecine par l'introduction des concepts alternatifs. Par le fait même, il est donc simplement une modification du modèle technocratique et non un rejet complet de celui-ci contrairement au modèle holistique. Le modèle humaniste est une réaction directe au modèle technocratique qui rejette la conception voulant que le corps de la femme soit séparé de l'esprit alors que ceux-ci sont liés. Le corps de la femme n'est pas perçu comme une machine, mais comme un organisme vivant qui est adapté parfaitement pour donner la vie et remplir les fonctions propres à sa survie. La mère et le bébé ont des capacités d'autonomie et de régulation qui leur sont propres. Une perspective humaniste requiert de traiter la mère comme un être relationnel. Toutes les activités de soins doivent être considérées comme des expériences intrinsèquement relationnelles. Dans cette perspective, les tests diagnostiques doivent être considérés comme des expériences intrinsèquement relationnelles. Les contraintes institutionnelles considèrent les besoins des femmes, de l'enfant et de leur famille en incluant le père. Les échanges d'information entre les parents et les professionnels sont le principal élément qui favorise la prise de décision et de responsabilités conjointes. Les soins sont principalement caractérisés par la prise en compte de la perspective des femmes. Les femmes qui reçoivent les soins dans un hôpital

souscrivant au modèle humaniste sont donc toujours soumises aux mêmes forces culturelles que celles qui s'adressent à des fournisseurs de soins plus technocratiques.

Enfin, puisque le paradigme découlant du modèle technocratique semble être celui majoritairement présent au Canada, avec plus de 98,7 % des naissances se déroulant à l'hôpital, les caractéristiques de celui-ci font en sorte qu'il est pertinent de s'attarder au concept de la médicalisation à la naissance. C'est pourquoi ce concept sera présenté dans la prochaine section afin d'avoir une vue d'ensemble du contexte.

1.4 Médicalisation de la naissance

La médicalisation de la naissance a été définie comme :

La tendance biomédicale à pathologiser des processus et des états corporels normaux. ... Cela conduit à une gestion médicale en place et est un processus social selon lequel un paradigme biomédical basé sur des experts domine la discussion sur la santé et la structure de manière négative, généralement comme une maladie (Parry, 2008, p.785).

Lorsque les processus physiques naturels sont assimilés à des maladies, ils sont définis sur une échelle allant de la normalité au pathologique et peuvent éloigner les gens d'expériences régulières telles que le vieillissement, la mort et la naissance (Bergeron, 2007; Shaw, 2013).

Une revue systématique sur le concept de médicalisation de la naissance a rappelé les écrits sur son évaluation théorique entre 1995 et 2018 (Clesse, Lighezzolo-Alnot, de Lavergne, Hamlin et Scheffler, 2018). Les auteurs ont proposé une synthèse thématique faisant ressortir les facteurs liés et les impacts potentiels de la médicalisation de la naissance, présentés dans les lignes qui suivent, de manière succincte.

1.4.1 Facteurs liés à la médicalisation de la naissance

Les facteurs ayant contribué à l'instauration de la médicalisation de la naissance se regroupent selon les quatre catégories de facteurs suivants : 1) liés au développement technologique, 2) sociologiques, 3) liés au contexte juridique et préventif; et, 4) culturels et politiques (Clesse et al., 2018). Ils sont décrits dans ce qui suit :

1.4.1.1 Facteurs liés aux développements technologiques

Les facteurs liés au développement technologique sont : i) les avancées technologiques telles que l'émergence de la biomédecine et le développement de la médecine basée sur les résultats probants (Cahill, 2001; Nye, 2003; Saintôt, 2015); ii) l'emphasis mise sur les risques encourus pour la femme sur son fœtus (Nye, 2003; Parry, 2006, 2008); iii) le développement de l'obstétrique et des chirurgies prophylactique et curative; iv) le développement de l'approche préventive et sa corrélation avec les techniques médicales (Clavandier et Charrier, 2015; Prosen et Tavčar Krajnc, 2013; Saintôt, 2015); et, v) l'engouement pour les technologies et la quantité d'informations corporelles disponibles (Davis-Floyd, 2001; Davis-Floyd, 1994; Kornelsen, 2005).

1.4.1.2 Facteurs sociologiques

Les facteurs sociologiques sont : i) le développement de l'autorité médicale (Cahill, 2001; Cindoglu et Sayan-Cengiz, 2010; Dahlen, Homer, Leap et Tracy, 2011; Nye, 2003); ii) l'exclusion des femmes dans le suivi prénatal et la masculinisation du soutien périnatal (Azcue et Tardif, 2012; Cahill, 2001; Cindoglu et Sayan-Cengiz, 2010; Dahlen et al., 2011); et, iii) l'appropriation de la naissance par l'État, qui exerce une forme de gouvernance sur le corps de la femme (Clavandier et Charrier, 2015; Nye, 2003; Saintôt, 2015).

1.4.1.3 Facteurs liés au contexte juridique et préventif

Les facteurs liés au contexte juridique et préventif sont : i) la mise en place de procédures standardisées dans les cliniques périnatales; et, ii) le changement dans la position et le statut de l'enfant (Clavandier et Charrier, 2015; Pazandeh, Potrata, Huss, Hirst et House, 2017).

1.4.1.4 Facteurs culturels et politiques

Les facteurs culturels et politiques sont : i) les conditions socio-économiques vécues lors de l'après-guerre; ii) l'appréhension de la question féminine dans certaines sociétés; et, iii) la médiatisation de la naissance sous diverses formes comme les sites Web, les films, les télé-réalités, les émissions de radio, les écrits journalistiques dans la presse (Behruzi et al., 2013; Cindoglu et Sayan-Cengiz, 2010; Dahlen et al., 2011; Luce et al., 2016; Martin, 2006; Thompson et al., 2017). Enfin, il appert que l'état des connaissances actuelles a permis d'isoler et d'identifier une grande diversité de facteurs ayant facilité la médicalisation de la naissance dans les sociétés contemporaines ainsi que de renforcer l'idée que le concept de médicalisation n'est pas basé sur une hiérarchie reposant sur le pouvoir médical, mais sur le résultat d'une dynamique multifactorielle (Clesse et al., 2018).

1.4.2 Conséquences potentielles de la médicalisation de la naissance

Les conséquences potentielles de la médicalisation de la naissance et de leurs effets se regroupent en trois catégories distinctes sur les plans individuel, de la pratique et sociétal (Clesse et al., 2018).

1.4.2.1 Individuel

Sur le plan individuel, les conséquences de la médicalisation de la naissance sont les suivantes : i) le sentiment d'accomplissement de la naissance par la femme peut être limité (Cohen Shabot, 2016); ii) un clivage somato-psychique appelé séparation entre le corps et l'esprit (Akrich et Pasveer, 2004; Davis-Floyd, 2001); et, iii) une certaine forme de violences obstétricales reconnues pour la première fois à l'échelle des États par le Venezuela en 2007 et reconnues par l'OMS en 2017 avec la publication de lignes directrices (Azcue et Tardif, 2012; Cohen Shabot, 2016; Davis-Floyd, 2001).

1.4.2.2 Pratique

Sur le plan de la pratique, les conséquences de la médicalisation de la naissance sont les suivantes : i) une asymétrie d'information bénéfique pour l'équipe médicale et parfois une dynamique d'échanges de soutien et d'infantilisation (Azcue et Tardif, 2012; Cohen Shabot, 2016; Davis-

Floyd, 2001; Fox et Worts, 1999; Jenkinson, Kruske et Kildea, 2017; Parry, 2008); ii) une focalisation sur les risques potentiels liés à la grossesse et l'accouchement (Behruzi et al., 2010; Carricaburu, 2005; Chadwick et Foster, 2013; Clavandier et Charrier, 2015; Jenkinson et al., 2017; Lane, 2015; Mackenzie Bryers et van Teijlingen, 2010; Nye, 2003; Parry, 2006; Smeenk et ten Have, 2003; Wagner, 2001); iii) une technicisation de l'accouchement (Clavandier et Charrier, 2015; Davis-Floyd, 2001; Miller et Shriver, 2012; Wagner, 2001) qui est également associée à une professionnalisation de l'accompagnement (Clavandier et Charrier, 2015); iv) un changement de paradigme tourné vers la notion de prévention ayant comme principale conséquence, l'augmentation des interventions médicales et paramédicales à des fins prophylactiques et curatives liées à la période de la grossesse et de l'accouchement (Davis-Floyd, 2001; Johanson, Newburn et Macfarlane, 2002; Smeenk et ten Have, 2003; Wagner, 2001); v) un élargissement de l'approche médicale à l'ensemble du cycle de la procréation et de la grossesse depuis la fin des années 1980 (Clavandier et Charrier, 2015); vi) la promotion de normes et la standardisation des soins dans les hôpitaux (Clavandier et Charrier, 2015; Courtial et Le Dreff, 2004); et, vii) le développement des aspects médico-légaux et une augmentation des pratiques professionnelles dites défensives mises en place pour se protéger contre toute attaque judiciaire (Johanson et al., 2002).

1.4.2.3 Sociétal

Sur le plan sociétal, les conséquences de la médicalisation de la naissance sont : i) une tendance au contrôle social par une forme de gouvernance du corps, bien que des études récentes semblent plus modérées sur ce point (Azcue et Tardif, 2012; Clavandier et Charrier, 2015; Nye, 2003); ii) un impact normatif des pratiques médicales maintenant bien établi et des études récentes montrant son acceptation sociale à travers les médias (Luce et al., 2016; Thompson et al., 2017); et, iii) une émergence chez certaines femmes ou certains groupes de la population d'une forme de dépendance à la médecine et au domaine médical (Courtial et Le Dreff, 2004; Smeenk et ten Have, 2003).

Cependant, certains écrits tentent de relativiser le phénomène de la médicalisation de la naissance en exposant que celle-ci ne génère pas seulement des conséquences négatives (Clesse et al., 2018). Quelques études ont montré que l'approche médicale rassure certaines femmes ou certains groupes

de personnes (Fox et Worts, 1999a, 1999b; Miller et Shriver, 2012) (Benyamini, Molcho, Dan, Gozlan et Preis, 2017; Christiaens, Nieuwenhuijze et de Vries, 2013; Press et Browner, 1997; van Duong, Binns, Lee et Hipgrave, 2004). Certains diront que la médicalisation de la naissance a permis de prévenir de nombreuses situations potentiellement traumatiques ou mortelles, mais cette généralisation n'a pas eu d'impact sur les taux de mortalité (Wagner, 2001). Enfin, certains auteurs apportent une vision nuancée sur la médicalisation de la naissance en soulignant ses aspects positifs et négatifs (Christiaens et van Teijlingen, 2009; Parens, 2013).

Enfin, une des conséquences de la médicalisation des soins sur le plan de la pratique porte sur l'augmentation des interventions médicales à des fins prophylactiques et curatives lors de la grossesse et de l'accouchement. Ces interventions médicales sont les actions visibles de la médicalisation de la naissance, les plus importantes étant décrites dans ce qui suit.

1.4.3 Interventions médicales

Pour la grande majorité des femmes, la grossesse est un processus normal et sain qui progresse jusqu'à la naissance de leur nouveau-né. Bien que la complexité sociale et clinique ait augmenté dans les soins de maternité, la plupart des femmes sont en bonne santé et sans morbidité ni complication (Tonidandel, Booth, D'angelo, Harris et Tonidandel, 2014; Tracy et al., 2014; Vaughan, Cleary et Murphy, 2014).

Or, dans le contexte de la médicalisation de la naissance dans les dernières décennies, la plupart des femmes reçoivent des interventions médicales durant la grossesse et la naissance de plus en plus couramment, ce qui nécessite une attention particulière. En effet, il est reconnu que celles-ci doivent être utilisées judicieusement. Devant cette préoccupation à l'égard du nombre croissant d'interventions médicales durant la grossesse et la naissance, plusieurs énoncés de position au sein d'organisations professionnelles dans différents pays – notamment au Royaume-Uni, au Canada, en Europe et aux États-Unis – ont été formulés afin de promouvoir, de protéger, et de soutenir la naissance normale. Cependant, il semble exister un manque de consensus entre les organisations professionnelles en ce qui concerne la définition de la naissance normale (Agence de la santé

publique du Canada, 2017). Malgré les débats et recherches considérables depuis plusieurs années, le concept de normalité lors du travail et de la naissance n'est pas universel ou standardisé.

L'OMS propose une définition de la naissance normale qui repose sur deux facteurs, soit le niveau de risque associé à la grossesse et à la progression du travail et de l'accouchement. L'OMS précise que la notion de faible risque en début de travail concerne environ 70 à 80 % de toutes les femmes enceintes. La définition de l'OMS est la suivante :

une grossesse dont le déclenchement est spontané, le risque est faible dès le début et tout au long du travail et de l'accouchement. L'enfant naît spontanément et en position céphalique du sommet entre les 37^e et 42^e semaines de gestation. Après la naissance, la femme et le nouveau-né se portent bien (Organisation mondiale de la Santé, 2018).

Déjà en 1985, l'OMS avait publié des recommandations dans un article intitulé « La technologie appropriée pour la naissance » (Chalmers, 1992). Cette publication dénonçait l'utilisation excessive de la technologie lors du travail et de l'accouchement. Elle a donné lieu à une grande controverse au sein de la communauté médicale quant à sa validité. Malgré cette controverse représentée par cette publication de l'OMS, l'utilisation excessive d'interventions médicales conçues initialement pour traiter des complications a continué à soulever des inquiétudes croissantes (Bridgman Perkins, 2004). Les évidences scientifiques se sont accumulées au cours des dernières décennies sur le recours aux interventions médicales pour ce qui est de l'importance d'utiliser la technologie de façon judicieuse. Or, aucune donnée probante n'a permis de préciser dans quel pourcentage les interventions devraient être pratiquées pour assurer un pronostic optimal (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2012). Les taux d'interventions médicales lors du travail et de la naissance devraient être similaires d'un pays à l'autre si les directives de pratique factuelles sont respectées (Chalmers, Kaczorowski, O'Brien et Royle, 2012). Les interventions médicales inutiles pendant la grossesse, l'accouchement et les premières semaines de vie ont augmenté dans les pays à revenu élevé, intermédiaire et même dans certains pays à faible revenu (Villar et al., 2006), créant alors un risque iatrogène pour les femmes et les nouveau-nés (Adam et al., 2005), sans compter le coût économique particulièrement élevé d'avoir recours à ces

interventions (Gibbons et al., 2012; Renfrew et al., 2014). Les conséquences sur la santé physique, psychologique et sociale de la femme et du nouveau-né sont examinées à travers les différentes études portant sur chacune des interventions médicales. Les principales interventions médicales sont : l'examen vaginal, l'induction du travail, l'augmentation du travail avec l'usage de l'ocytocine, la surveillance fœtale électronique en continu, l'analgésie péridurale, l'épisiotomie, l'amniotomie, les naissances instrumentées avec l'usage d'un forceps ou d'une ventouse et la césarienne (Bryant, Porter, Tracy et Sullivan, 2007; Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2012; Roberts, Algert, Douglas, Tracy et Peat, 2002; Tracy, Sullivan, Wang, Black et Tracy, 2007).

Au Canada, l'Enquête sur les expériences de la maternité du Système canadien de surveillance périnatale a été réalisée auprès d'une population de 8 244 mères par l'Agence de la santé publique du Canada en collaboration avec Statistique Canada. Le principal objectif a été de fournir des données pancanadiennes représentatives sur l'expérience des femmes au cours de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale (Agence de santé publique du Canada, 2009). Les résultats ont montré que plusieurs interventions médicales étaient systématiquement utilisées. Le taux de césarienne était de 26,3 %, le taux d'induction pharmacologique du travail de 44,8 %, l'analgésie péridurale de 57,3 %, et la surveillance fœtale électronique de 90,8 % et en continu de 62,9 % (Agence de santé publique du Canada, 2009).

Une étude a décrit les grandes variations provinciales et territoriales des taux d'interventions médicales et des pratiques de routine pendant le travail et la naissance, rapportés par les femmes dans l'Enquête sur les expériences de la maternité du Système canadien de surveillance périnatale. Les résultats ont notamment démontré des variations provinciales et territoriales des taux d'interventions médicales utilisées pendant le travail et la naissance rapportés par les femmes. Les pourcentages des interventions étaient les suivants : l'induction de 30,9 %, l'épidurale de 53,7 %, la surveillance électronique continue de 37,9 %, la gestion de la douleur pendant le travail sans médicaments de 40,7 %, l'épisiotomie de 14,1 %, la nécessité d'une réparation du périnée de 48,3 %, la position couchée sur le dos pour donner naissance de 42,2 % ou avec les jambes dans

les étrières de 35,7 %. Des variations importantes dans l'utilisation de la plupart des interventions médicales ont été constatées, allant de 14,1 % à 53,7 %. Les auteurs ont conclu que les taux d'intervention médicale lors du travail et de la naissance montraient des variations considérables à travers le Canada. Ce résultat a suggéré que l'utilisation n'est pas toujours fondée sur des résultats probants, mais semble être influencée par une variété d'autres facteurs (Chalmers et al., 2012).

Plus récemment, la mise à jour des lignes directrices nationales, sur les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale, a exposé certains résultats sur l'évolution des interventions médicales dans les dernières années au Canada, qui figurent dans le Tableau 4 ci-dessous (Agence de la santé publique du Canada, 2017).

Tableau 4 Évolution des fréquences des interventions obstétricales au Canada (ASCP, 2017)

Interventions médicales	1991-1992	2015-2016
Épidurale	53,2 % (2006–2007)	57,80%
Déclenchement travail	12,90%	21,8 % en 2004–2005
Naissance assistée	17,40%	13,20%
Ventouse	6,80%	9,20%
Forceps	11,20%	3,40%
Césarienne	17,6 % (1995–1996)	27,90%
Césarienne répétée	64,70%	81,00%

Au Québec, le recours aux interventions médicales est aussi fréquent. En 2009-2010, le taux de césarienne concernait 23 % des accouchements, le taux d'induction pharmacologique du travail était de 30 %, l'analgésie péridurale de 69 %, et la surveillance fœtale électronique en continu de 65 % (Agence de santé publique du Canada, 2009). Selon les lignes directrices nationales sur les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale, un des objectifs à réaliser est d'adopter une définition de la naissance normale qui réduit au minimum les interventions inutiles,

qui permet un recours judicieux à des interventions efficaces et éprouvées, et qui considère les événements naturels comme étant la norme (Agence de la santé publique du Canada, 2017).

Dans les dernières années, des études ont été réalisées sur chacune des interventions médicales, soit l'examen vaginal, le déclenchement du travail, l'accélération du travail, l'amniotomie ou la rupture artificielle des membranes, la surveillance fœtale électronique en continu, l'analgésie péridurale et la césarienne. De plus, des études ont porté sur les effets de la combinaison des interventions médicales qui se nomme « la cascade des interventions »; celles-ci sont présentées dans les sections suivantes.

1.4.3.1 Examen vaginal

L'utilisation systématique de l'examen vaginal pour évaluer la progression du travail montre que cette procédure est susceptible d'affecter le bien-être émotionnel et physique des femmes (Carlsson, Ziegert, Sahlberg-Blom et Nissen, 2012).

En 2013, une revue systématique Cochrane de deux essais cliniques randomisés portant sur 457 femmes a déterminé dans quelle mesure l'examen vaginal de routine pendant le travail est efficace pour réduire les problèmes chez les mères et leurs bébés (Downe, Gyte, Dahlen et Singata, 2013). Les résultats n'ont trouvé aucune preuve convaincante pour soutenir, ou réfuter l'utilisation de l'examen vaginal de routine pendant le travail, même s'il s'agit d'une pratique courante. Les auteurs ont indiqué que d'autres recherches sont nécessaires afin de déterminer si l'examen vaginal est une mesure utile pour évaluer la progression normale ou anormale du travail. Si l'examen vaginal n'est pas une mesure adaptée de la progression, il est alors urgent d'identifier et d'évaluer une autre mesure possible pour garantir la meilleure issue chez les femmes et leurs nouveau-nés. Ils ont également suggéré d'étudier d'autres outils d'évaluation non invasifs du travail. Un de ces outils d'évaluation non invasive du travail est l'observation de la ligne violette au niveau cutané à l'intérieur du pli interfessier, tout au long de la progression du travail. Une étude longitudinale réalisée auprès de 144 femmes a révélé que la ligne violette était visible à certains endroits précis lors de la progression du travail pour 76 % des femmes. Un des résultats a notamment montré une

corrélation positive entre la longueur de la ligne violette, la dilatation cervicale et la descente de la présentation. À notre connaissance, cet outil d'évaluation non invasif ne semble pas utilisé par les fournisseurs de soins à l'hôpital au Québec (Shepherd et Cheyne, 2013; Shepherd et al., 2010).

1.4.3.2 Déclenchement du travail

Dans la plupart des pays occidentaux, les fournisseurs de soins provoquent le travail de près de 25% des femmes enceintes (Boie et al., 2018). La grossesse prolongée est associée à un risque périnatal accru. L'OMS définit la grossesse prolongée comme une grossesse de 42 semaines + 0 jour ou plus, bien que le travail soit actuellement déclenché à 41 semaines dans de nombreux contextes.

En 2018, la mise à jour d'une revue systématique Cochrane publiée initialement en 2006 puis en 2012, couvrant trente essais contrôlés randomisés et portant sur 12 479 femmes, a évalué les effets d'une politique d'induction du travail à terme ou au-delà de la période comparée à un protocole d'attente du travail spontané ou jusqu'à ce qu'une indication de déclenchement du travail soit identifiée sur l'issue de la grossesse pour le nouveau-né et la femme (Middleton, Shepherd et Crowther, 2018). Les résultats concluent qu'une politique de déclenchement du travail est associée à moins de résultats périnatals défavorables et moins de césariennes.

Une étude mentionne que les lignes directrices sur le moment du déclenchement du travail sont souvent basées sur cette revue systématique Cochrane de Middleton, Shepherd et Crowther, 2018 (Keulen et al., 2018). Or, pour ces auteurs, les essais inclus dans la revue systématique Cochrane diffèrent quant au moment de l'induction du travail, en se situant dans un intervalle de la 39^e semaine à plus de 42^e semaine de grossesse, tandis que la limite supérieure du nombre de semaines de gestation des femmes enceintes dépassait l'âge gestationnel de 42 semaines dans la plupart des études. C'est pourquoi les auteurs ont refait une autre revue systématique avec comme point de départ les études incluses dans la précédente, mais en ajoutant d'autres essais cliniques récents. L'objectif était d'évaluer l'incidence et les causes de la mortalité périnatale, du syndrome d'aspiration méconiale et de la césarienne selon trois périodes de comparaison, avec une focalisation sur les études entre 41 à 42 semaines de gestation. Les résultats ont démontré pour la

période entre les 41 à 42 semaines que l'incidence de la mortalité périnatale était de 0/2,444; 0 % lors d'un déclenchement du travail comparé à 4/2,452; 0,16 % lors d'une prise en charge non interventionniste; le syndrome d'aspiration méconiale 6/554 lors d'une induction du travail comparé à 14/554 lors d'une prise en charge non interventionniste (RR 0,44; IC à 95 %: 0,17–1,1). La césarienne a été évaluée avec différents critères d'inclusion concernant le score de Bishop et aucune différence significative n'a été trouvée entre le taux de césariennes lors du déclenchement du travail (93/629) et lors d'une prise en charge non interventionniste (106/629) (RR 0,88; IC à 95 % de 0,68 à 1,13). Les auteurs ont conclu que les recommandations actuelles sont insuffisantes pour appuyer l'incitation au déclenchement du travail à 41 semaines au lieu de 42 semaines pour améliorer les issues périnatales. D'autres études sont nécessaires pour comparer les deux délais avec une taille d'échantillon adéquate pour déterminer le moment optimal du déclenchement du travail lors de grossesses prolongées.

En outre, l'ocytocine est un médicament efficace à cette fin, mais elle est associée à de graves effets indésirables, dont la tachysystolie utérine, la détresse fœtale et le besoin d'accouchement immédiat. En 2018, une revue systématique Cochrane de 10 essais portant sur 1 888 femmes a déterminé si les résultats à la naissance pouvaient être améliorés par l'arrêt du traitement d'ocytocine par voie intraveineuse, initié à la phase de latence, une fois la phase active du travail établie (Boie et al., 2018). Les résultats ont indiqué que l'arrêt de l'ocytocine après le début de la phase active du travail peut réduire le nombre de femmes dont les contractions deviennent trop longues ou trop fortes, ce qui entraîne des modifications du rythme cardiaque du bébé et le risque de subir une césarienne. Cependant, la réduction possible du risque de césarienne peut être due à une mauvaise conception de l'étude. Les auteurs ont conclu que d'autres études sont nécessaires, notamment le fait d'inclure dans l'analyse les femmes qui n'ont pas atteint la phase active du travail parce que leurs nouveau-nés sont nés plus tôt par césarienne. Les études futures pourraient englober également la satisfaction des femmes.

1.4.3.3 Accélération du travail

En 2013, une revue systématique Cochrane de huit essais cliniques randomisés, portant sur 1 338 femmes à faible risque au cours de la première phase du travail spontané à terme, a déterminé si l'utilisation de l'ocytocine pour le traitement de la progression ralentie de la première phase du travail spontané est associée à une diminution de l'incidence des césariennes ou de la morbidité maternelle et fœtale en ce qui concerne les cas où ce médicament n'est pas utilisé ou aux cas où son administration est différée. Deux types de comparaisons ont été effectués : i) administration de l'ocytocine contre placebo ou absence de traitement dans trois essais; ii) administration précoce et différée d'ocytocine dans cinq essais (Bugg, Siddiqui et Thornton, 2013). Les résultats ont démontré que chez les femmes présentant une progression ralentie du travail spontané, la comparaison entre le traitement par ocytocine et l'absence de traitement ou l'administration différée d'ocytocine n'a pas permis d'identifier de différence notable quant au nombre de césariennes pratiquées. L'administration d'ocytocine a été associée à une diminution d'environ deux heures de la durée de l'accouchement, mais n'a pas augmenté le taux d'accouchement normal. L'administration précoce d'ocytocine a entraîné une augmentation de l'hyperstimulation utérine associée à des changements du rythme cardiaque fœtal. En revanche, les auteurs ont conclu que si l'objectif principal de ce traitement est de réduire le taux de césariennes, les médecins et les sages-femmes doivent envisager d'autres pistes de solutions.

1.4.3.4 Amniotomie ou rupture artificielle des membranes

En 2013, une revue systématique Cochrane 15 essais contrôlés randomisés portant sur 5 583 femmes a déterminé l'efficacité et la sécurité de l'amniotomie pour raccourcir systématiquement la durée du travail spontané (Smyth, Markham et Dowswell, 2013). Les résultats n'ont indiqué aucune différence statistiquement significative entre les femmes du groupe amniotomie et celles du groupe témoin aucune amniotomie quant à la durée du premier stade du travail avec une différence moyenne de - 20,43 minutes, intervalle de confiance à 95 % IC de 95,93 à 55,06, la césarienne ratio RR 1,27, IC 95 % 0,99 à 1,63, la satisfaction de la mère à l'égard de l'expérience de l'accouchement DM - 1,10, IC 95 % -7,15 à 4,95 ou un score d'Apgar inférieur à sept à cinq

minutes RR 0,53, IC 95 % 0,28 à 1,00. Il n'y avait pas de cohérence entre les essais concernant le moment de l'amniotomie pendant le travail en ce qui concerne la dilatation cervicale. Lors d'un travail spontané, mais prolongé, les résultats n'ont indiqué aucune différence statistiquement significative entre les femmes du groupe amniotomie et celles du groupe témoin césarienne RR 0,95, IC 95 % 0,15 à 6,08, la satisfaction maternelle à l'égard de l'expérience de l'accouchement DM 22,00, IC 95 % 2,74 à 41,26 ou le score Apgar moins de sept heures à cinq minutes RR 2,86, IC 95 % 0,12 à 66,11. Aucune des études n'a évalué si l'amniotomie augmentait la douleur des femmes pendant le travail. Les résultats n'ont montré aucun raccourcissement de la durée du premier stade du travail et une augmentation possible du nombre de césariennes. Les auteurs ont conclu que l'amniotomie systématique n'est pas recommandée dans les soins standards du travail.

1.4.3.5 L'analgésie épidurale

En 2018, la mise à jour d'une revue systématique Cochrane, publiée précédemment en 2011, 2005 et 1998, couvrant 40 essais contrôlés randomisés et portant sur 11 000 femmes, a évalué l'efficacité et l'innocuité de tous les types d'analgésie épidurale (Anim-Somuah, Smyth, Cyna et Cuthbert, 2018). Les résultats ont mentionné que l'épidurale réduit la douleur pendant le travail de manière plus efficace que toute autre méthode de soulagement de la douleur et augmente la satisfaction maternelle. Certaines femmes peuvent être plus susceptibles d'avoir un accouchement vaginal assisté, mais cette constatation reflète probablement les concentrations plus élevées d'anesthésiques locaux utilisées traditionnellement avant 2005 que les faibles concentrations de l'épidurale moderne. Cependant, les résultats ont indiqué des effets indésirables dans les groupes opioïde et épidural. Les femmes recevant une épidurale ont présenté davantage d'hypotension, de blocages moteurs, de fièvre et de rétention urinaire. Elles ont également connu des premiers et deuxièmes stades de travail plus longs. Elles ont été plus susceptibles d'être aux prises avec une augmentation de l'ocytocine que les femmes du groupe des opioïdes. Les femmes recevant une épidurale ont présenté moins de risque de dépression respiratoire nécessitant de l'oxygène. Elles ont été moins susceptibles de présenter des nausées et des vomissements que les femmes recevant des opioïdes. Les bébés nés de femmes du groupe épidural ont également été moins susceptibles d'avoir reçu un médicament, soit la naloxone. Il n'y avait pas de différence entre les groupes

concernant la dépression postnatale, les maux de tête, les démangeaisons, les frissons et la somnolence. La morbidité maternelle et les issues néonatales à long terme n'ont pas été rapportées. Les auteurs ont conclu que d'autres recherches sont nécessaires afin de minimiser les effets indésirables de l'épidurale chez les femmes qui choisissent cette méthode de soulagement de la douleur et pour évaluer les effets indésirables rares, mais potentiellement graves de celle-ci. D'autres recherches sont également nécessaires pour déterminer la concentration optimale de l'épidurale.

1.4.3.6 Surveillance fœtale électronique en continu

En 2017, la mise à jour d'une revue systématique Cochrane de 13 essais contrôlés randomisés publiée précédemment en 2013, 2006, et 2001 portant sur 37 000 femmes a évalué l'efficacité et la sécurité de la cardiotocographie continue utilisée comme méthode de surveillance du bien-être fœtal pendant le travail (Alfirevic, Devane, Gyte et Cuthbert, 2017). La cardiotocographie continue enregistre les modifications de la fréquence cardiaque fœtale et leur relation temporelle avec les contractions utérines. L'objectif est d'identifier les nouveau-nés qui pourraient manquer d'oxygène pour orienter des évaluations supplémentaires du bien-être fœtal ou déterminer s'il faut que la femme donne naissance par césarienne ou par voie basse. Les résultats ont indiqué que la cardiotocographie continue par rapport à l'auscultation intermittente n'a montré aucune amélioration significative du taux de mortalité périnatale global. Les crises convulsives chez les nouveau-nés ont été rares, soit environ une naissance sur 500, mais se sont produites moins souvent lorsque la cardiotocographie continue était utilisée en continu pour surveiller la fréquence cardiaque fœtale. Il n'y a pas eu de différence dans les taux de paralysie cérébrale, mais il y a eu une augmentation du nombre de césariennes associées. Les femmes étaient également plus susceptibles de vivre des naissances vaginales instrumentales. Il n'y a pas de différence entre le nombre d'acidoses au sang de cordon et le nombre de femmes prenant de l'analgésie pharmacologique pour soulager la douleur. Les résultats ont révélé que la comparaison de la cardiotocographie intermittente à celle qui est en continu n'a fait aucune différence avec le nombre de femmes ayant eu une césarienne ou une naissance instrumentale. Les résultats ont indiqué moins d'acidose au sang de cordon chez les femmes ayant eu une cardiotocographie intermittente, mais

ce résultat pourrait avoir été dû au hasard. L'accès au prélèvement de sang fœtal n'a pas semblé avoir d'influence sur les différences de crises néonatales ni sur les autres résultats. Les données relatives aux sous-groupes à faible risque, à haut risque, de grossesse prématurée et d'essais de grande qualité ont concordé avec les résultats globaux.

1.4.3.7 Épisiotomie

Au début des années 1980, l'usage systématique de l'épisiotomie a été remis en question, car aucune donnée à l'appui n'a montré plus d'avantages que de risques (Muhleman et al., 2017). Une première revue systématique a fourni la preuve que l'utilisation systématique de l'épisiotomie pouvait avoir des effets néfastes (Banta et Thacker, 1982). En 2017, la mise à jour d'une revue systématique Cochrane, publiée précédemment en 2009, couvrant 11 essais contrôlés randomisés portant sur 5 977 femmes, a comparé l'utilisation de l'épisiotomie systématique à l'épisiotomie sélective, en matière de bénéfices et de risques pour la femme et le nouveau-né chez celles à faible risque d'accouchement avec assistance instrumentale (Jiang, Qian, Carroli et Garner, 2017). Les résultats ont indiqué que le recours à l'épisiotomie systématique pour prévenir des traumatismes périnéaux graves n'est pas justifié par les preuves actuelles. Les résultats n'ont pu déterminer d'éventuels bénéfices de l'épisiotomie comme stratégie pour la femme ou le nouveau-né. Les auteurs ont conclu que d'autres recherches sont nécessaires afin d'orienter les stratégies pour les femmes qui accoucheront avec une assistance instrumentale alors que l'épisiotomie est souvent recommandée. Selon eux, les critères de jugement pourraient être mieux standardisés et mesurés.

1.4.3.8 Césarienne

En 2015, l'OMS a publié une déclaration sur les taux de césarienne réalisée à partir d'une revue systématique visant à déterminer le taux de césarienne idéal dans une population ou un pays donné ainsi qu'une étude sur l'analyse mondiale des dernières données nationales disponibles. Les conclusions suivantes ont été formulées sur la césarienne: i) est efficace uniquement lorsqu'elle est justifiée par une indication médicale pour sauver la vie de femmes et de nouveau-nés; ii) au niveau de la population, une réduction des taux de mortalité maternelle et néonatale n'est pas associée à

un taux de césarienne supérieur à 10 %; iii) peut occasionner des complications majeures et parfois permanentes, des incapacités ou des décès, si les milieux de soins ne garantissent pas la sécurité chirurgicale et le traitement des complications; iv) atteindre un taux déterminé de césarienne n'est pas la priorité, qui est plutôt de la pratiquer de manière judicieuse; et, v) comporte des effets sur d'autres issues comme la mortalité, la morbidité maternelle et périnatale, la santé des enfants et le bien-être psychologique ou social. Des recherches sont essentielles pour comprendre les effets sur la santé à court et à long terme.

En 2018, la mise à jour d'une revue systématique Cochrane publiée précédemment en 2011, incluant 29 études, a évalué l'efficacité des interventions non cliniques visant à réduire le nombre de césariennes inutiles (Chen et al., 2018). Les résultats ont montré un niveau de preuves modérées à élevées pour les interventions qui ont permis de réduire en toute sécurité les taux de césariennes, ciblant ainsi les pratiques des fournisseurs de soins. Ces interventions ciblées résultent de la mise en œuvre de lignes directrices combinées à une deuxième opinion obligatoire et la formation des médecins par un leader d'opinion local. Quant aux résultats sur les interventions visant les femmes ou les familles et celles sur les établissements de santé, les données probantes existantes démontraient de très faibles ou de faibles certitudes pour tirer des conclusions. C'est pourquoi d'autres études s'avèrent nécessaires.

1.4.3.9 La cascade d'interventions médicales

L'un des aspects liés à l'utilisation des interventions médicales qui a été étudiée dans le cadre des grossesses à faible risque se nomme « la cascade d'interventions » (Tracy et al., 2007). Le terme « cascade d'interventions » a été introduit afin de décrire comment l'utilisation d'un type d'intervention pendant le travail est souvent associée à l'augmentation ou l'accumulation d'un autre type d'intervention (Roberts et al., 2002). Par exemple, la surveillance fœtale électronique peut augmenter le recours à la péridurale, à la césarienne et aux accouchements instrumentalisés (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2012). Certains auteurs ont mentionné que les premières études se sont intéressées aux effets des interventions médicales quant à leur association avec la durée du travail et le mode de naissance, en prenant en compte si celles-

ci étaient précoces ou tardives (Roberts et al., 2002). En outre, quelques études ont examiné également le moment optimal des interventions associé à la dilatation cervicale (Roberts et al., 2002). Toutefois, la plupart des études antérieures consacrées aux interventions se sont concentrées sur leur combinaison et non sur leur moment ou sur leur séquence d'administration (Petersen, Poetter, Michelsen et Gross, 2013). En outre, les études ont visé à mieux comprendre les conséquences de la cascade d'interventions pour réduire les taux de naissance par césarienne (Rossignol, Chaillet, Boughrassa et Moutquin, 2014).

1.4.3.10 Admission à l'hôpital lors de la phase de latence

L'hospitalisation des femmes en travail en phase de latence entraîne souvent une cascade d'interventions médicales inutiles. Pour éviter tout inconvénient potentiel, il est recommandé de rester à la maison, durant cette phase, pour améliorer l'expérience et les résultats périnataux des femmes et des nouveau-nés (Carlsson, 2016; Carlsson et al., 2012; Rota et al., 2018).

Une étude corrélationnelle a : i) étudié la relation entre le diagnostic à l'admission à l'hôpital durant la phase de latence ou active et le mode de naissance; et, ii) exploré la relation entre le diagnostic d'admission à l'hôpital, les taux d'intervention médicale et les résultats sur la santé des femmes et des nouveau-nés (Rota et al., 2018). Les participantes, 1 446 femmes à faible risque, ont été sélectionnées et divisées en deux groupes en fonction du diagnostic d'admission, soit en phase de latence ou en phase active du travail. Les résultats ont indiqué que 52,7 % des femmes ont été admises en travail actif contre 47,3 % en phase de latence. Les femmes du groupe en phase de latence étaient plus susceptibles d'avoir une césarienne ou une naissance instrumentale, une rupture artificielle des membranes, une augmentation de l'ocytocine et une analgésie épidurale. L'admission des femmes dans la phase de latence a été associée à des interventions médicales plus élevées, corrélées statistiquement au mode de naissance.

Les auteurs ont conclu que les femmes admises durant la phase de latence étaient plus susceptibles de subir des interventions médicales, ce qui augmentait le risque d'avoir une césarienne. En outre, ils ont mentionné que les services de maternité doivent s'organiser autour des besoins des femmes,

et fournir un soutien précoce du travail pour permettre aux femmes de se sentir rassurées et faciliter ainsi leur admission au travail, afin d'éviter la cascade d'interventions médicales qui augmente le risque de césarienne.

Pour conclure, l'analyse des résultats probants de certaines revues systématiques Cochrane sur les interventions médicales a exposé la nécessité urgente d'améliorer la qualité des soins afin que les femmes puissent s'adonner à un choix informé et consentir à celles-ci en toute connaissance. Ainsi, les études sur la satisfaction des femmes dans un contexte médicalisé ont exposé certains critères à prendre en compte pour améliorer la qualité des soins.

1.4.4 Satisfaction des femmes dans un contexte médicalisé

Une expérience positive pour la grossesse a été définie comme la préservation de l'intégrité physique et socioculturelle, le vécu d'une grossesse saine pour la femme et le nouveau-né, notamment par la prévention et la prise en charge des risques, des maladies et des décès, bien vivre le travail et l'accouchement, et avoir une expérience positive de la maternité qui inclut la confiance en soi, les compétences et l'autonomie des femmes (Downe et al., 2016; Organisation mondiale de la Santé, 2017). Une revue systématique, sur les attentes des femmes concernant les soins prénatals et les résultats importants pour elles, a d'ailleurs démontré que, quel que soit le niveau de revenu élevé, moyen ou faible, les femmes ont attaché une grande importance à une expérience positive de la grossesse (Downe et al., 2016). Pour le système de santé, cela signifiait de faire preuve de flexibilité dans les rendez-vous et d'assurer une continuité relationnelle dans les soins prodigués par des fournisseurs de soins, préservant ainsi l'intimité des femmes et permettant d'établir des relations authentiques et bienveillantes basées sur une confiance élevée. Une autre revue des écrits a démontré que le contexte médicalisé est déterminé par des composantes sociales, environnementales, organisationnelles qui façonneront la perception de la femme envers son expérience et sa satisfaction en regard de son accouchement (Macpherson, Roqué-Sánchez, Legget, Fuertes et Segarra, 2016). De ces composantes, trois critères de satisfaction importants à prendre en considération afin d'améliorer la qualité des soins maternels et néonataux sont ressortis.

1. l'utilisation raisonnable, judicieuse ou limitée des interventions médicales serait un critère de satisfaction important (Benyamini et al., 2017; Fisher, Astbury et Smith, 1997; Kasai, Nomura, Benute, de Lucia et Zugaib, 2010; Parratt, 2002). En effet, comme exposé précédemment dans la section portant sur les interventions médicales, la naissance planifiée, le déclenchement de travail, l'extraction instrumentale, la césarienne d'urgence, l'expérience de la douleur, le recours important aux analgésiques pendant la période postnatale, la multiplication des soins techniques sont des éléments d'insatisfaction (Benyamini et al., 2017; Dessureault, 2015; Kabakian-Khasholian, Campbell, Shediak-Rizkallah et Ghorayeb, 2000; Larsson, Saltvedt, Edman, Wiklund et Andolf, 2011; Macpherson et al., 2016; Pazandeh et al., 2017; Rudman et al., 2008; Shetty, Burt, Rice et Templeton, 2005; Smith, 2001);

2. la relation entre la femme et les fournisseurs de soins est le critère de satisfaction le plus important à considérer qui semble atténuer les effets de la médicalisation (Macpherson et al., 2016). Ce critère se distingue par : i) la continuité du soutien (Dahlberg et Aune, 2013; Smith, 2001); ii) l'attitude bienveillante et empathique (Dahlberg, Haugan et Aune, 2016; Dencker, Taft, Bergqvist, Lilja et Berg, 2010; Ford, Ayers et Wright, 2009; Gungor et Beji, 2012; Jenkins et al., 2015; Kabakian-Khasholian et al., 2000; Larkin, Begley et Devane, 2012; O'Higgins, 2011; Parratt, 2002; van Duong et al., 2004; Wilde-Larsson, Larsson, Kvist et Sandin-Bojö, 2010; Wilson et Sirois, 2010); et, iii) une relation forte et confiante qui génère une grande satisfaction chez la femme lors de l'accouchement (Jeschke, Ostermann, Dippong, Brauer et Matthes, 2012; Larsson et al., 2011; Parratt, 2002);

3. l'autonomisation « *empowerment* » de la femme est un autre critère de satisfaction important dont il faut tenir compte qui est caractérisé par : i) un sentiment de contrôle de la femme lors de l'accouchement (Berg et Dahlberg, 1998; Campero et al., 1998; Dencker et al., 2010; Dessureault, 2015; Ford et al., 2009; Gungor et Beji, 2012; Larkin et al., 2012; Macpherson et al., 2016; Parratt, 2002); ii) le partage d'informations basé sur des résultats probants et l'obtention du consentement éclairé de la femme (Gungor et Beji, 2012; Hildingsson et Thomas, 2007; Jeschke et al., 2012;

Rudman et al., 2008); et, iii) la liberté de circuler durant le travail pour favoriser le mouvement (Parratt, 2002).

Ces critères de satisfaction reposent sur le paradigme de l'humanisation des soins et exposent par le fait même les éléments d'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux en invitant les systèmes de santé à revoir leur modèle de soins en maternité pour atteindre ces critères de satisfaction (Renfrew et al., 2014). C'est pourquoi il s'avère pertinent de consulter certains écrits qui suggèrent des pistes d'amélioration pour la qualité des soins maternels et néonataux.

1.5 Pistes d'amélioration pour la qualité des soins maternels et néonataux

Dans les dernières décennies, le mouvement d'humanisation des soins visant à diminuer les interventions médicales a donné lieu aux soins centrés sur la femme. L'évolution des soins centrés sur la femme dans les services de maternité a occasionné plusieurs prises de position par les instances gouvernementales et professionnelles dans plusieurs pays afin que les soins de santé se transforment en une prestation de services construite autour des besoins, des préférences et des valeurs des femmes (Rule et Beckmann, 2019). Les recommandations des différentes instances ont été plus spécifiquement de favoriser la refonte des modèles de soins en maternité ciblant une amélioration plus explicite selon deux aspects : i) la continuité des soins; et, ii) la prise en charge interdisciplinaire, et ce, tout en offrant des soins plus personnalisés (Rule et Beckmann, 2019). En Australie, le Conseil national de la santé et de la recherche médicale sur les soins de maternité collaboratifs a défini ces soins comme un processus dynamique facilitant la communication, la confiance et les voies d'accès permettant aux professionnels de la santé d'assurer des soins sûrs, axés sur la femme. Au Royaume-Uni, le *National Institute for Care Excellence* (NICE) a mentionné qu'une approche intégrée des services est essentielle à la prestation de soins de haute qualité aux femmes enceintes, et souligne l'appel à des approches plus collaboratives dans la prestation des soins.

Au Canada, une des solutions mises de l'avant en 2004 a été de développer une réflexion sur un modèle de soins primaires obstétricaux concertés conçu de manière à promouvoir la participation active de chacune des disciplines dans le but de favoriser une pratique collaborative centrée sur la femme (Peterson et al., 2007). En 2008, la SOGC a créé une initiative nationale avec l'un des principes sous-jacents identifiés comme suit : « Des soins de maternité de qualité fondés sur l'équité d'accès et d'intégration des services; continuité des soins; sécurité du patient; et valoriser l'expertise des différents fournisseurs de soins » (SOGC, 2008, p. 13).

Ces différentes prises de position par les instances gouvernementales et professionnelles ont donné lieu à la conception et à la mise en œuvre de certains nouveaux modèles de soins collaboratifs centrés sur la femme.

Une étude qualitative a décrit les attitudes des fournisseurs de soins envers les soins de maternité concertés multidisciplinaires au Canada (Peterson et al., 2007). Vingt-cinq participants issus de six associations nationales de fournisseurs de soins : médecins de famille, obstétriciens, sages-femmes, infirmières, infirmières praticiennes et médecins ruraux ont été interviewés. Les participants ont décrit au moins un des deux principaux avantages des soins de maternité concertés : i) de contrer la pénurie de ressources humaines dans le domaine des soins de maternité; et, ii) d'améliorer la qualité des soins de maternité pour les femmes. Malgré leurs convictions par rapport à l'importance de la collaboration, les participants ont tout de même exprimé certaines préoccupations concernant les effets de la collaboration sur leur pratique. Certains participants ont manifesté la crainte que la collaboration se traduise par une réduction de la continuité relationnelle des soins pour les femmes. D'autres ont évoqué dans leurs propos qu'un modèle de soins concertés collaboratifs n'est peut-être pas ce que les femmes désirent. De nombreux participants ont parlé de leurs relations privilégiées, développées au fil du temps, avec les femmes et les familles. Les relations ont été décrites comme étant particulièrement importantes pour les femmes et les familles de certaines populations, mais également importantes et précieuses pour les fournisseurs de soins. Certains participants ont exprimé la crainte que leurs rôles et responsabilités en tant que membres d'une

équipe collaborative ne les obligent à rompre cette continuité des soins relationnelle avec les femmes.

Cette préoccupation a aussi été soulevée dans des recherches sur l'intégration des soins en maternité aux Pays-Bas, mais les auteurs ont mentionné que dans un modèle de soins collaboratifs, la continuité générale des soins pouvait être aussi améliorée (Posthumus et al., 2013). Les auteurs ont indiqué que le fait de travailler dans de petites équipes de fournisseurs de soins, en particulier dans les hôpitaux, pourrait constituer un avantage. Il s'agit d'un défi, en particulier dans les hôpitaux qui comprennent un grand nombre de fournisseurs de soins. L'expérience du modèle de soins sage-femme en équipe, dans lequel les femmes sont vues par un nombre minimum de fournisseurs de soins, pourrait entraîner une plus grande et meilleure continuité des soins. Or, les auteurs ont mentionné la vigilance pour ce qui est de l'intégration des services entre les fournisseurs de soins en ce qui concerne la continuité relationnelle des soins pour les femmes. En effet, s'il y a plus de fournisseurs de soins impliqués dans un système intégré de soins, ceci peut conduire à une expérience de discontinuité relationnelle des soins pour les femmes.

Une seule étude canadienne a pu être répertoriée. Celle-ci a évalué les effets d'un modèle collaboratif interdisciplinaire pour promouvoir la naissance physiologique et encourager la participation active des femmes aux soins de maternité. Les soins ont été offerts par des médecins de famille et des sages-femmes qui ont partagé une gestion de cas et travaillé en étroite collaboration avec des infirmières et des doulas à une population de femmes à faible revenu (Harris et al., 2012). Au Canada, entre avril 2004 et octobre 2010, 1 238 femmes ont participé au *South Community Birth Program* à Vancouver. Un groupe témoin de 1 238 femmes apparié par le lieu de résidence, l'âge maternel, la parité et l'âge gestationnel a reçu les soins standards de médecins de famille, d'obstétriciens et de sage-femme dans la communauté. Les résultats ont montré que les femmes dans le modèle de soins collaboratif interdisciplinaire étaient plus susceptibles de donner naissance avec une sage-femme, soit 41,9 % contre 7,4 %, $p < 0,001$ au lieu d'un obstétricien avec 35,5 % contre 69,6 %, $p < 0,001$. Elles étaient également moins susceptibles de donner naissance par césarienne (RR 0,76, 95 % IC de 0,68 à 0,84) et, parmi celles ayant déjà accouché par

césarienne, elles étaient plus susceptibles de planifier une naissance vaginale (RR 3,22, IC 95 % 2,25–4,62). La durée du séjour à l'hôpital a été plus courte dans le modèle collaboratif interdisciplinaire pour les femmes (moyenne \pm écart type 50,6 \pm 47,1 v. 72,7 \pm 66,7 h, $p < 0,001$) et pour les nouveau-nés (47,5 \pm 92,6 v. 70,6 \pm 126,7 h, $p < 0,001$). Les femmes étaient plus susceptibles d'allaiter au sein exclusivement à la sortie de l'hôpital (RR 2,10, IC 95 % 1,85-2,39). Les auteurs ont conclu que les résultats ont apporté un éclairage important puisque le nombre de fournisseurs de soins est en décroissance au Canada. Ces résultats ont voulu aussi encourager la création d'autres modèles collaboratifs interdisciplinaires dans d'autres contextes. De plus, l'analyse de l'étude n'a pas permis de savoir si la continuité des soins était relationnelle et incluait la période périnatale.

1.5.1 Contribution de la discipline infirmière

Un constat qui se dégage des écrits sur le modèle de soins collaboratifs au Canada est que la contribution disciplinaire de l'infirmière pour occuper son rôle et ses responsabilités au sein de l'équipe est souvent mal comprise, peu explicite et novatrice.

Une étude canadienne a souhaité connaître l'ouverture des infirmières pour assurer une contribution novatrice dans de nouveaux modèles de soins. L'opinion et les préférences ($n = 750$) concernant cinq modèles de soins de maternité en Ontario ont été recueillies auprès d'infirmières. L'étude a aussi exploré les obstacles à la collaboration interprofessionnelle dans les soins de maternité et déterminé les facteurs qui encourageraient les infirmières à fournir des soins périnataux (Brown et al., 2009). Un des modèles collaboratifs interprofessionnels qui a été proposé semblait être plus novateur. Il a décrit la contribution de l'infirmière de la façon suivante: i) exerce au sein d'une équipe interprofessionnelle d'infirmières praticiennes en soins de santé primaires, des médecins de famille, des sages-femmes et des obstétriciens qui s'occupent des femmes tout au long de la grossesse, de la naissance et du post-partum; ii) effectue des visites par elle-même et/ou oriente les femmes vers d'autres fournisseurs de soins à des fins de soutien au besoin. par exemple des travailleurs sociaux, des nutritionnistes; iii) offre des soins périnataux lors du travail et de l'accouchement à toutes les femmes suivies par un médecin de famille, une sage-femme ou un

obstétricien; et, iv) offre des soins prénatals et postnatals à la clinique ou à domicile lorsqu'elle ne reçoit pas la responsabilité d'offrir des soins pernatals pendant le travail et l'accouchement. Près du tiers des participantes, soit 28,7 %, ont déclaré qu'elles envisageraient d'exercer dans ce type de modèle de soins collaboratifs interdisciplinaires. Ce modèle semblait être plus novateur puisqu'il est axé sur la continuité des soins relationnelle.

En ce qui concerne les autres modèles de soins proposés, les résultats ont indiqué que près de la moitié des participantes ont approuvé le modèle de soins standards dans lequel les infirmières offrent des soins pernatals aux femmes qui sont suivies par des médecins de famille et des obstétriciens. Or, les participantes ont manifesté peu d'intérêt à exercer dans un modèle de soins sage-femme. Les participantes ont mentionné la résistance au changement à 49,9 % et le manque de communication à 47,2 % comme les deux principaux obstacles à une pratique collaborative. La majorité des participantes soit 84,2 % ont mentionné que le facteur clé qui les encouragerait à offrir des soins pernatals était un soutien médical de grande qualité de même qu'un environnement de travail respectueux.

Une étude s'est intéressée à l'influence que les infirmières peuvent jouer dans l'équipe de soins pour améliorer les résultats de santé pour la femme et le nouveau-né (Edmonds et Jones, 2013). L'objectif a permis d'examiner le rôle de l'infirmière en obstétrique dans un modèle de pratique géré par l'infirmière *nurse-managed practice model* et la perception de celle-ci envers sa capacité d'influencer les décisions concernant le mode d'accouchement et les résultats de santé. Treize infirmières en obstétrique ont participé à des entretiens qualitatifs approfondis soumis par la suite à une analyse de contenu. Les résultats ont démontré que les participantes ont perçu que leur rôle avait une influence sur les décisions relatives au mode d'accouchement. Négocier plus de temps faisait partie intégrante de la stratégie des infirmières pour exercer leur influence afin qu'elles puissent mettre en œuvre des pratiques favorisant la naissance vaginale. La connaissance des habitudes de travail et des pratiques des médecins a façonné les stratégies de communication utilisées par les infirmières dans leur rôle de négociatrice. Les auteurs ont conclu qu'il existe chez les infirmières des pressions temporelles réelles et perçues. La communication infirmière-médecin

sur les résultats du mode d'accouchement semble aussi un élément important à prendre en considération. D'autres recherches sont nécessaires afin d'explorer davantage comment la pratique des infirmières peut fonctionner comme un prédicteur indépendant du mode d'accouchement et comment la prise de décision partagée entre les médecins, les femmes et les infirmières affecte les taux de césarienne.

Enfin, il appert que le développement d'un nouveau modèle de soins misant sur une contribution disciplinaire infirmière pour humaniser les soins en maternité pourrait être une stratégie supplémentaire afin d'améliorer la qualité des soins maternels et néonataux se traduisant par une expérience positive. De plus, cette contribution disciplinaire doit s'investir de plus en plus dans le développement du rôle autonome de l'infirmière. La contribution disciplinaire infirmière s'inscrit en cohérence avec l'évolution des principales conceptions de la discipline infirmière. Le courant du paradigme de la transformation a donné lieu à des théories humanistes qui se regroupent sous l'école de pensée du *caring* (Watson, Leninger, Boykin et Schoenhofer, Girard et Cara, Lecocq et Lefebvre), et ce, dans le but de l'humanisation des soins (Pepin, Ducharme et Kérouac, 2017). Comme exposé précédemment, l'humanisation de la naissance a été rendue possible grâce à l'évolution des soins centrés sur la femme, ce qui a permis d'amorcer ce processus de démedicalisation afin que les soins se transforment et se construisent pour être centrés sur les besoins, les préférences et les valeurs des principales concernées : les femmes et la continuité des soins (Rule et Beckmann, 2019).

Plus récemment, l'approche des soins centrés sur les personnes a évolué vers l'approche de partenariat. Toutefois, dans le domaine de la maternité, aucun écrit n'a pu être répertorié sur l'approche de partenariat, d'où la pertinence de cette recherche pour faire évoluer l'approche des soins centrés sur la femme vers le partenariat. C'est pourquoi les écrits sur les soins centrés sur la femme ont été consultés pour déterminer les principes sur lesquels un nouveau modèle de soins peut évoluer vers une approche de partenariat misant sur une contribution infirmière. Une recherche documentaire fondée sur la consultation des bases de données avec les termes associés a été réalisée avec les mots clés suivants : « soins centrés sur la femme et les personnes », « choix éclairé », «

prise de décision » et « continuité des soins de maternité » puisqu'il s'agit de concepts clés qui se chevauchent. Une attention particulière a été accordée aux écrits qui traitent du contexte des soins de maternité. Les résultats de la recherche documentaire se divisent en trois sections distinctes, soit : les écrits sur le concept de soins centrés sur la personne, la prise de décision partagée et la continuité des soins.

1.5.2 Soins centrés sur la personne

L'influence du courant des soins centrés sur la personne a donné lieu à trois concepts distincts, soit les soins centrés sur le patient, les soins centrés sur la famille et les soins centrés sur la femme. Dans les paragraphes suivants, les définitions, les distinctions, les perspectives historiques ainsi que les principes sous-jacents aux deux concepts sont présentés.

1.5.2.1 Soins centrés sur le patient

Depuis les vingt dernières années, les soins centrés sur le patient ont été reconnus comme une dimension de la qualité et de la sécurité des soins dans les systèmes de santé. Une revue systématique a démontré que les résultats des études convergent en indiquant que l'amélioration de la qualité et de la sécurité par les soins centrés sur le patient apportait des bénéfices pour les patients, les employés, le système de santé et la société (de Silva, 2014). Il a également été prouvé que les soins centrés sur le patient réduisaient à la fois la sous-utilisation et la surutilisation des services médicaux (Frampton et al., 2013). Bien que les études suggèrent des retombées positives, la qualité des données est de preuve relativement faible puisqu'il s'agit d'un domaine étudié dans un contexte varié, faisant en sorte qu'il est difficile de généraliser les résultats. D'autres recherches sur les soins centrés sur le patient s'avèrent nécessaires afin de mieux comprendre sa définition, ses avantages et le degré de sa mise en œuvre (Frampton et al., 2013).

La majorité des écrits évoquent comme point de départ le rapport *Crossing the Quality Chasm*, publié aux États-Unis en 2001 par l'*Institute of Medicine* (IOM), qui désigne les soins centrés sur le patient comme l'un des six objectifs prioritaires à poursuivre afin d'atteindre la qualité dans les soins de santé (Institute of Medicine, 2001).

L'IOM a défini les soins centrés sur le patient comme suit :

Des soins de santé qui établissent un partenariat entre les praticiens, les patients et leurs familles afin de garantir que les décisions respectent les désirs, les besoins et les préférences des patients et que les patients reçoivent l'éducation et le soutien dont ils ont besoin pour prendre des décisions et participer à leurs propres soins (Institute of Medicine, 2001).

Dans les services de maternité, peu d'écrits sont accessibles sur la définition des soins centrés sur le patient qui serait la plus appropriée. Une évaluation critique des écrits a tenté de déterminer quelle définition des soins centrés sur le patient était la plus pertinente pour les services de maternité (de Labrusse, Ramelet, Humphrey et Maclellan, 2016). Pour ce faire, un outil d'évaluation critique à quatre critères a été utilisé pour évaluer les articles et les livres. Les résultats ont permis d'identifier parmi les six définitions analysées, celle qui répond à la majorité des quatre critères (Shaller, 2007). La définition de Shaller (2007) comporte les six attributs suivants : i) l'éducation et le partage des connaissances; ii) l'implication de la famille et des amis; iii) la collaboration et la gestion d'équipe; iv) la sensibilité aux dimensions non médicales et spirituelles des soins; v) le respect des besoins et des préférences des patients; et, vi) la libre circulation et accessibilité de l'information (Shaller, 2007). L'analyse a révélé que cette définition est la plus inclusive de toutes les femmes utilisant les services de maternité, car elle englobe les conditions physiologiques ainsi que la pathologie, les aspects psychologiques, une approche non médicale des soins, une plus grande implication de la famille et des amis, et des stratégies pour mettre en œuvre les soins centrés sur la personne. Les auteurs concluent que des recherches futures doivent se poursuivre afin d'évaluer les services de maternité qui soutiennent les soins centrés sur le patient.

En outre, malgré plusieurs tentatives d'analyser le concept de soins centrés sur le patient, les définitions et les conceptualisations sont toujours très hétérogènes, de sorte que celui-ci reste flou. Selon le contexte, les termes tels que « centré sur le client », « centré sur le consommateur », « centré sur l'utilisateur », « centré sur la personne » et « centré sur la famille » sont souvent utilisés de manière interchangeable. Cette gamme de termes mène à ce manque de cohérence et

cette confusion conceptuelles (de Labrusse et al., 2016). Or, il est reconnu que ce concept ne possède pas une définition universellement acceptée. Il est multidimensionnel, ce qui contribue à sa complexité et sa difficulté pour articuler son sens commun et pour décrire comment il peut être appliqué dans la pratique (McCance, McCormack et Dewing, 2011). Enfin, il serait pertinent de présenter de manière distincte le concept de soins centrés sur la famille et de soins centrés sur la femme afin de distinguer celui qui est le mieux adapté au contexte de la présente étude.

1.5.2.2 Soins centrés sur la famille

Le concept des soins centrés sur la famille a vu le jour pour faire suite aux travaux de Bowlby (1952) et le Rapport Platt (1959) en Grande-Bretagne. L'importance de la famille a été reconnue comme une dimension émotionnelle ayant une influence sur l'enfant hospitalisé (Hutchfield, 1999; Smith, 2018). Dans les services de santé, les soins centrés sur la famille se définissent comme une approche pour prendre soin des enfants en s'assurant que les soins sont prévus autour de toute la famille, c'est-à-dire que non seulement l'enfant pris individuellement, mais aussi tous les membres de la famille sont reconnus comme des bénéficiaires des soins (Coyne, Holmström et Söderbäck, 2018; Shields, Pratt et Hunter, 2006).

En Amérique du Nord, les soins centrés sur la famille ont influencé grandement l'organisation des soins en maternité dans les années 1980. Les unités de maternité dans les hôpitaux ont amorcé la transformation de leur espace physique pour inclure la famille de manière prioritaire dans les soins et ont tenté de rendre les chambres de naissance accueillantes avec une décoration comparable à celle d'un domicile (Tumblin et Simkin, 2001; Zwelling et Phillips, 2001). En 1978, les soins centrés sur la famille dans les soins en maternité ont été définis par les différentes associations comme un standard de qualité et de sécurité dans la prestation de soins en reconnaissant et en s'adaptant à la fois aux besoins physiques et psychosociaux de la femme, de la famille et du nouveau-né. L'emphase est mis sur la prestation des soins de santé maternelle et néonatale qui favorise l'unité de la famille, tout en maintenant la sécurité physique (Joint Position Statement, 1978). Au Canada, les lignes directrices nationales sur les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale utilisent le concept « soins dans une perspective familiale », comme décrit

par Rush en 1997, celui-ci ayant d'ailleurs constitué une expression familière dans le contexte des services à la mère et au nouveau-né (Agence de la santé publique du Canada, 2017; Rush, 1997).

La définition est la suivante :

Les soins à la mère et au nouveau-né constituent un processus complexe, multidimensionnel et dynamique visant à fournir des soins sûrs, individualisés et dispensés par des personnes qualifiées. Ces soins répondent aux besoins physiques, affectifs, psychosociaux et spirituels de la mère, du nouveau-né et de la famille. Une telle perspective permet mieux de voir la grossesse et la naissance comme une étape saine et normale de la vie, et reconnaît l'importance du soutien à la famille, de sa participation pour faire des choix éclairés (Agence de la santé publique du Canada, 2017; Zwelling et Phillips, 2001, p.1).

1.5.2.3 Soins centrés sur la femme

Le mouvement de la santé des femmes issu de la seconde vague du féminisme a permis d'offrir des soins de santé centrés sur la femme et fondés sur l'éthique féministe (Andrist, 1997). Les soins centrés sur les femmes ont cherché à fournir des soins de santé holistiques qui responsabilisent les femmes et reconnaissent leurs besoins relationnels et leur stress social ayant une incidence sur leurs expériences de vie (Andrist, 1997).

Idéalement, les femmes devraient participer activement à la prise de décisions éclairées concernant leur choix de santé. Les soins reçus par les femmes dans le système de santé sont modelés par des politiques élaborées par des associations professionnelles, des institutions gouvernementales et médicales. Ces politiques ont pu réduire ou améliorer la qualité des soins fournis aux femmes. L'élaboration de politiques favorisant l'égalité des sexes avec les différents acteurs concernés représente un moyen de répondre aux besoins des femmes en matière de santé (Hills et Mullett, 2002; Hoffman, Maraldo, Coons et Johnson, 1997). L'activisme social est ainsi nécessaire pour critiquer et transformer les pratiques traditionnelles et pour rééduquer les femmes aux possibilités offertes par les soins de santé (Giarratano, Bustamante-Forest et Pollock, 1999).

Les soins centrés sur la femme ont été cités dans plusieurs rapports gouvernementaux en santé dont les pionniers semblent être les services de maternité au Royaume-Uni dans le rapport *Changing*

Childbirth (Pope, Graham et Patel, 2001). Les soins centrés sur la femme offrent une approche de soins de santé holistique qui autonomise les femmes en les amenant à reconnaître leurs besoins et contraintes sociales, ce qui influence leurs expériences. Les soins centrés sur la femme ciblent : la capacité d'être une participante active pour faire des choix éclairés en étant informée, le sentiment chez celle-ci d'avoir des choix, l'implication de celle-ci dans les soins pour posséder du contrôle et l'établissement d'une relation continue avec un fournisseur de soins (Giarratano, 2003; Johnson, Stewart, Langdon, Kelly et Yong, 2003; Sandall, 1995; Tinkler et Quinney, 1998). Les soins centrés sur la femme comprennent les quatre attributs suivants : i) le respect qui implique la préservation de la dignité des femmes et la protection de leur droit à choisir, en acceptant leurs connaissances et en comprenant leurs expériences (Hills et Mullett, 2002); ii) la sécurité qui vise à diminuer les interventions médicales excessives lors d'un accouchement normal (Horiuchi et al., 2006); iii) l'holisme qui conçoit chaque femme comme unique avec une individualité dans ses besoins physiques, mentaux, sociaux et spirituels; ceci permet de passer d'un paradigme biomédical où le corps de la femme est vu partiellement, à une vue d'ensemble d'un point de vue humaniste (Davis-Floyd, 2001; Renfrew et al., 2014; Sokol, 2001); et, iv) le partenariat qui s'établit entre les femmes et les fournisseurs de soins impliquant trois caractéristiques : l'égalité, la confiance, et l'intérêt envers la femme (Horiuchi et al., 2006; Iida, Horiuchi et Porter, 2012; Pope et al., 2001).

Une récente analyse de concept sur les soins centrés sur la femme a permis une description détaillée des composantes conceptuelles telles que les antécédents, les attributs, les résultats, les limites et la définition (Fontein-Kuipers, de Groot et van Staa, 2018). Les soins centrés sur la femme sont définis comme :

Une philosophie et un outil choisis consciemment par un fournisseur de soins pour offrir les soins à la femme, où la relation de collaboration entre la femme en tant qu'être humain individuel et le fournisseur de soins en tant qu'individu et professionnel, est façonnée par la co-humanité et l'interaction tout en reconnaissant et respectant les domaines d'expertise respectifs (Fontein-Kuipers, de Groot et van Staa, 2018, p.8).

Les soins centrés sur la femme sont axés, à la fois, sur l'expérience individuelle de la femme ainsi que sur sa santé et son bien-être et de son nouveau-né. Les soins centrés sur la femme ont un caractère réciproque, mais fluctuent en égalité et en contrôle. Il importe également de souligner que, en ce qui a trait aux résultats, lorsque les soins centrés sur la femme font défaut, des conséquences sont présentes, notamment sur le plan de la déshumanisation et dépersonnalisation des soins, souvent en parallèle avec une médicalisation et une perte de qualité des soins.

En outre, certaines critiques ont été formulées en regard du concept de soins centrés sur la femme. L'une de celles-ci a évoqué que les soins centrés sur la femme excluent le nouveau-né, le père et la famille de la relation entre la sage-femme et la femme (Carolan et Hodnett, 2007). Or, certains auteurs mentionnent qu'il s'agit d'une mauvaise interprétation puisque les soins centrés sur la femme sont un concept qui englobe le nouveau-né et tous les membres de la famille et de la communauté de la femme qui sont importants pour elle (Leap, 2009; Leap, Sandall, Buckland et Huber, 2010). D'autres auteurs mentionnent que les soins centrés sur la femme ne peuvent pas être appliqués aux femmes présentant un risque élevé de complications obstétricales et présentent donc quelques inconvénients lorsque l'on examine la diversité des femmes utilisant les services de maternité (de Labrusse et al., 2016). D'autres diront que les soins centrés sur la femme représentent davantage la relation entre la sage-femme et les femmes puisque la majorité des écrits recensés sur le concept ont été réalisés auprès de la profession de sage-femme. Le concept des soins centrés sur la femme est le plus utilisé dans les différentes politiques des services de maternité dans plusieurs pays comme l'Angleterre et l'Australie, et ce, peu importe les niveaux de risque, des femmes de même que le type de fournisseur de soins.

Aux États-Unis, certains auteurs ont mentionné la pertinence d'offrir une formation en sciences infirmières dans le domaine de la maternité qui incarne une philosophie féministe ou centrée sur la femme et qui reconnaît que le genre a une incidence sur les expériences vécues dans un système de santé traditionnellement patriarcal (Giarratano et al., 1999). Les infirmières ont été appelées à devenir des défenseuses habilitées et compétentes en matière de soins centrés sur la femme, à remettre en cause les interventions aveugles et à promouvoir un environnement dans lequel les

femmes sont autorisées à rechercher un partenariat égalitaire avec les fournisseurs de soins (Giarratano, 2003; Taylor et Woods, 1996). Une étude phénoménologique a permis de découvrir la signification de l'expérience clinique auprès d'infirmières, en œuvrant en soins de maternité après avoir étudié les soins centrés sur la femme dans un programme de baccalauréat en sciences infirmières (Giarratano, 2003). Les résultats ont révélé que les infirmières sont davantage sensibilisées aux pratiques de soins de maternité oppressives et à l'idéologie des soins centrés sur la femme en tant que cadre permettant de fournir des soins plus humanistes. Pour les infirmières, créer des soins centrés sur la femme a impliqué de négocier les tensions et les obstacles dans les environnements de maternité médicalisés et de rechercher des opportunités de plaider et d'autonomisation des femmes. Les obstacles rencontrés par les infirmières lors de la mise en œuvre de soins centrés sur la femme ont mis en évidence les limites des choix et les pratiques infirmières qui restent problématiques dans les soins de maternité.

Enfin, l'état des connaissances sur les différents concepts de soins centrés fait ressortir certains éléments en vue de faire un choix dans le cadre de la présente étude. Le concept de soins centrés sur la famille ne met pas suffisamment l'insistance sur les besoins et les situations spécifiques de chaque femme puisqu'à l'origine, ce concept avait pour élément central l'enfant malade ou l'unité familiale (de Labrusse et al., 2016; Leap, 2009). Certains auteurs affirment que les soins centrés sur la femme sont mieux que les soins centrés sur la famille, car la définition de la « famille » est trop hétérogène de même que les soins centrés sur le fœtus puisque la mère a tendance à être ignorée et que la technologie, prenant le dessus, détourne l'attention des femmes elles-mêmes sur la pathologie (Shields et al., 2006). Dans les soins de maternité centrés sur la famille, l'autonomisation des femmes est possible, mais doit être conceptualisée différemment. Elle indique que les soins doivent être centrés sur la femme puisqu'elle est la principale concernée en lui donnant la possibilité de personnaliser la naissance en fonction de ses besoins et de ceux de sa famille (Midmer, 1992).

En ce qui concerne le concept des soins centrés sur la personne, celui-ci a surtout été utilisé auprès des personnes âgées ou des personnes souffrant de maladies de longue durée, ce qui ne correspond

pas à l'état de santé et au profil d'âge des femmes qui utilisent les services de maternité. De plus, certains écrits ont soulevé un questionnement envers la pertinence de différencier les soins centrés sur la femme des soins centrés sur la personne. Certains écrits ont mentionné que les soins centrés sur la personne sont comparables aux soins axés sur la femme; ils considèrent la personne comme une priorité, et non pas comme une priorité de l'établissement et des fournisseurs de soins. Cependant, les soins centrés sur la personne restent neutres sur le plan du genre, ce qui suppose que les politiques et les programmes de santé affectent également ou de la même manière les personnes. Les soins centrés sur la femme reconnaissent que les politiques et les programmes de santé ont des incidences différentes sur les femmes et sur les hommes, c'est-à-dire que le genre est un déterminant de la santé. En l'absence de politique en matière de soins centrés sur la femme, les processus naturels de leur vie, tels que la santé de la reproduction ou la ménopause, sont souvent surmédicalisés (Hills et Mullett, 2002; Hoffman et al., 1997). Les infirmières en maternité en Amérique du Nord, en adoptant des soins centrés sur la femme, se retrouvent ainsi dans une posture où elles peuvent exercer leur rôle de plaidoyer auprès des femmes. En effet, les soins centrés sur la femme reposent sur trois principes clés, soit : le choix, le contrôle et la continuité des soins pour améliorer l'expérience de soins des femmes (Pope et al., 2001). Le fondement qui permet d'illustrer comment ces principes sont imbriqués est le suivant : les soins centrés sur la femme impliquent une continuité des soins qui permet de consacrer plus de temps à la relation avec la femme, notamment en partageant des informations qui permettent la prise de décision tout en respectant ses souhaits personnels (Fontein-Kuipers, de Groot et van Staa, 2018). De plus, comme présenté précédemment, un des attributs des soins centrés sur la femme est le partenariat qui s'établit entre les femmes et les fournisseurs de soins dans la relation. Ces éléments nous ont permis de retenir le concept de soins centrés sur la femme dans le cadre de l'étude. C'est pourquoi certains écrits portant sur chacun des principes clés de façon distincte seront examinés, soit : i) la prise de décision partagée qui permet à la femme d'exercer ses choix afin d'avoir du contrôle sur son expérience de soins; et, ii) la continuité des soins afin de guider le développement d'un nouveau modèle.

1.5.3 Prise de décision partagée

Le premier principe clé des soins centrés sur la femme, soit la prise de décision partagée, regroupe la notion de choix et de contrôle. Comme exposé précédemment, devant la hausse de la fréquence des interventions médicales lors de la naissance, des prises de position pour favoriser une naissance normale ont été publiées. Dans le modèle de soins courant, les sentiments et les désirs de la femme sont souvent ignorés et elle n'est pas impliquée dans le processus de prise de décision lié à ses soins (Wagner, 2001). Un facteur important dans la promotion de l'accouchement normal est la sensibilisation accrue grâce à la participation de la femme à la prise de décision informée (Prosser, Barnett et Miller, 2018). Les femmes impliquées dans le processus de leurs propres soins auront généralement de meilleures expériences lorsqu'elles donnent naissance grâce à un sentiment de contrôle accru par rapport aux femmes qui ne participent pas à la prise de décision. Ainsi, l'augmentation du taux de satisfaction des femmes serait proportionnelle à celle de leur capacité à contrôler leurs propres soins (Dencker et al., 2010; Mirghafourvand et al., 2019). Des modèles de prise de décision et la présentation du plan de naissance qui matérialise les décisions que peut prendre une femme en regard du déroulement de son accouchement sont présentés dans ce qui suit.

1.5.3.1 Modèles de la prise de décision

Dans les dernières décennies, des modèles de la prise de décision patient-médecin ont été élaborés. Un de ces modèles a proposé une conceptualisation, sous forme d'un spectre, de la prise de décision partagée en trois modèles : paternaliste, prise de décision partagée, informé (Charles, Gafni et Whelan, 1999). Trois composantes sont mises en évidence dans le processus décisionnel : l'échange d'informations; la délibération; la négociation et l'acceptation de mettre en œuvre une décision de traitement (Murray, Charles et Gafni, 2006). La synthèse des savoirs portant sur ce processus révèle que, dans le modèle paternaliste, le médecin prend des décisions en matière de soins de santé en fonction de ce qu'il croit être dans l'intérêt supérieur du patient. Le transfert d'informations est un moyen et est limité au médecin fournissant des informations biomédicales sur le traitement choisi au patient. Toutes les délibérations sur le traitement sont entreprises par le médecin, seul ou en collaboration avec d'autres cliniciens (Charles et al., 1999). Dans le modèle

de prise de décision partagée, le médecin fournit toutes les informations médicales nécessaires à la prise de décision, tandis que la patiente fournit des informations, par exemple sa situation personnelle et les résultats qui revêtent une importance primordiale. Le transfert d'informations s'effectue dans les deux sens. Le médecin énonce également ses valeurs pour que le patient puisse comprendre d'où il vient. Le médecin et le patient délibèrent ensemble, discutent de la manière dont les différentes options de traitement répondent aux priorités du patient et du médecin; ils prennent une décision conjointement (Charles et al., 1999). Enfin, le modèle de choix éclairé ou informé est comparable au modèle de la prise de décision partagée. La différence réside dans le fait que, après l'explication des risques, des avantages et des alternatives de traitement, le choix du traitement est l'entière responsabilité du patient, le médecin fournissant toutes les informations dont le patient a besoin sur les différentes options de traitement pour prendre une décision. Les patients prennent donc les décisions concernant leurs propres soins de santé. Le transfert d'informations est un moyen. La délibération se fait par le patient seul ou par le patient en collaboration avec des amis ou avec la famille parce que le médecin ne doit pas influencer le patient ou donner un avis personnel sur les options de traitement (Charles et al., 1999). Des auteurs estiment que ce modèle est difficilement réalisable, car il attribue au médecin uniquement le rôle d'informer et ne valorise pas son expertise (Elwyn, Edwards, Gwyn et Grol, 1999).

Enfin, la prise de décision partagée est souvent axée sur la dyade médecin et patient, mais des écrits récents suggèrent que tous les fournisseurs de soins de toutes les disciplines sont interpellés dans ce processus (Ervin, Blackberry et Haines, 2017). Les infirmières sont notamment des membres essentiels de l'équipe interdisciplinaire puisqu'elles pratiquent dans tous les contextes de soins. Les infirmières doivent être considérées comme des actrices clés dans la mise en œuvre de l'intégration à grande échelle dans le système de santé de la prise de décision partagée. Si les infirmières sont en première ligne du changement des soins de santé, il est essentiel qu'elles comprennent parfaitement la prise de décision partagée, les concepts de base et les principes liés au processus (Ervin et al., 2017). Les concepts de base sont : le consentement, les soins centrés sur le patient, le niveau de littératie en santé, les pratiques fondées sur des preuves, la formation et

l'enseignement, les lois, politiques et réglementations (Ervin et al., 2017). La Figure 1 ci-dessous illustre les concepts de base liés à la prise de décision partagée.

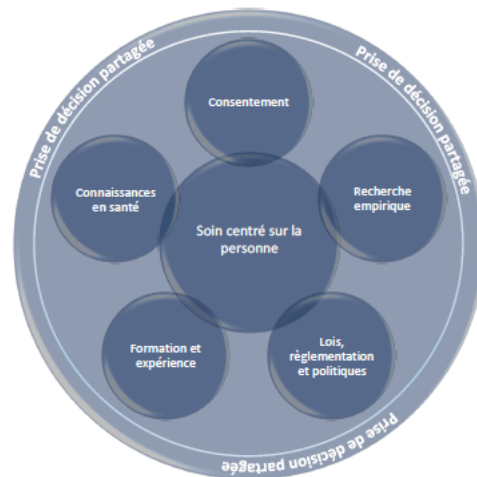


Figure 1 Les concepts de base de la prise de décision partagée (Ervin et al., 2017)

La prise de décision partagée est définie comme :

Une approche où le fournisseur de soins et le patient partagent les meilleures preuves disponibles lorsqu'ils sont confrontés à prendre des décisions et où le patient est invité à envisager des options pour obtenir des préférences informées (Elwyn et al., 2010, p.971).

1.5.3.2 La prise de décision partagée dans le contexte de la maternité

Dans le contexte des soins en maternité, la prise de décision partagée est un phénomène complexe qui nécessite que les femmes aient la possibilité, le temps et l'espace pour discuter de leurs choix préférés et de leurs désirs quant à leur expérience durant la grossesse et l'accouchement (Nieuwenhuijze, Korstjens, de Jonge, de Vries et Lagro-Janssen, 2014). Une étude a exploré la

compréhension et la définition par les femmes du concept de choix éclairé pendant la grossesse et l'accouchement (O'Brien, Butler et Casey, 2017). Les résultats ont démontré que plusieurs facteurs influencent la manière dont les femmes définissent le choix éclairé, notamment leurs attentes en matière de choix, leur sens des responsabilités envers leur nouveau-né, leur sens du soi et la qualité de leurs relations avec les fournisseurs de soins. L'interdépendance de la relation entre la femme et son nouveau-né suppose que le choix éclairé est considéré comme relationnel. Les femmes ont considéré que le choix informé signifie plus que d'obtenir de l'information, celui-ci consistant plutôt en une discussion en profondeur avec un fournisseur de soins qui leur est connu. Une meilleure compréhension du vécu des femmes a révélé que le choix éclairé est lié à la qualité de leurs relations avec leur fournisseur de soins et par leur capacité à prendre part à un processus de prise de décision partagée avec eux. Les auteurs ont conclu que le choix éclairé est défini et vécu comme une construction relationnelle. Le soutien apporté par les fournisseurs de soins aux femmes dans les soins de maternité doit en tenir compte.

Une étude a exploré de manière critique les problèmes actuels liés à la prise de décision dans le contexte des soins en maternité et a proposé un modèle décisionnel relationnel pour les soins (Noseworthy, Phibbs et Benn, 2013). Un modèle décisionnel relationnel étend la prise de décision au-delà de la relation entre le fournisseur de soins et la femme, mais en tenant compte de contextes familiaux, culturels et sociopolitiques jusque-là non reconnus dans lesquels les décisions sont prises en matière de soins. Les résultats ont montré que la prise de décision est influencée par des facteurs humains, contextuels et politiques complexes. Un modèle décisionnel relationnel qui tient compte de ces facteurs, tels que la pratique professionnelle individuelle, l'organisation des soins de maternité, la culture hospitalière, l'accouchement médicalisé, la pénurie d'effectifs, la réduction du financement et la pauvreté, permet de façonner les prises de décision dans les soins.

Une étude intitulée : *The Changing Childbirth in British Columbia* au Canada a examiné les préférences et les expériences des femmes en matière de soins de maternité, y compris leur rôle dans la prise de décision (Vedam et al., 2018). Les résultats ont montré que la plupart des femmes, soit 95,2 %, ont préféré être le principal décideur dans leurs soins. Les femmes suivies par des

médecins ont eu des scores d'autonomie *Mothers Autonomy in Decision-Making* (MADM) significativement inférieurs et se sont senties obligées d'accepter des interventions comparativement aux scores des femmes suivies par des sages-femmes. Les femmes dont les opinions ont été divergentes par rapport à celles de leur fournisseur de soins et les femmes qui ont estimé que le fournisseur semblait pressé, ont affiché les scores MADM les plus bas. Les auteurs ont conclu que l'autonomie des femmes est considérablement altérée par le modèle médical par la nature des interactions avec les fournisseurs de soins et la capacité des femmes à disposer d'elles-mêmes. Les auteurs ont indiqué comme implication sur le plan clinique que l'autonomie des femmes pourrait s'améliorer si les fournisseurs de soins acquièrent des compétences en matière de prise de décision centrée sur la personne.

Un modèle de prise de décision partagée pour la pratique clinique a proposé les étapes clés suivantes d'un discours : de choix, d'option et de décision (Elwyn et al., 2012). Il a été mis à jour en 2017 en remplaçant la première étape par le discours en équipe qui met l'accent sur la nécessité de fournir un soutien aux patients lorsqu'ils sont informés des choix et de dégager leurs objectifs comme moyens de guider les processus de prise de décision (Elwyn et al., 2017). Ce modèle repose sur le soutien d'un processus de délibération et sur la compréhension du fait que les décisions sont influencées par l'exploration et le respect de ce qui compte le plus pour les patients et que l'exploration dépend à son tour du développement de préférences informées. Ce processus comporte des facteurs psychologiques, sociaux et émotionnels qui influencent cet espace de délibération et qu'il faut gérer par un dialogue efficace entre le fournisseur de soins et son patient.

Une étude réalisée aux Pays-Bas a utilisé ce modèle afin d'explorer les expériences et les besoins des parents et des fournisseurs de soins associés à la prise de décision partagée pour co-créeer avec ceux-ci une intervention visant à améliorer la prise de décision partagée dans les soins de maternité (Molenaar, Korstjens, Hendrix, Vries et Nieuwenhuijze, 2018). Pour ce faire, 11 groupes de discussion ont été réalisés avec les parents, les sages-femmes, les obstétriciens, les infirmières en obstétrique et les assistantes maternelles. Les résultats ont montré que les parents et les fournisseurs de soins reconnaissent les étapes de la prise de décision partagée, dont celles qui visent à introduire

une décision « discussion de choix » et celle qui vise à discuter d'options « discussion d'options », mais la plupart des parents n'ont pas semblé discuter des préférences et peser les options avec les fournisseurs de soins avant de prendre leur décision définitive « discussion de décision ». Les obstacles à la prise de décision partagée ont été souvent liés à la collaboration interprofessionnelle, tandis que les bonnes compétences en communication des parents et des fournisseurs de soins ont facilité la prise de décision partagée. Les auteurs ont conclu qu'une intervention visant à améliorer la prise de décision partagée doit : i) accroître la prise de conscience et donner un aperçu du processus, des rôles et des responsabilités des parents et des fournisseurs de soins; ii) développer de bonnes compétences en communication; et, iii) encourager la collaboration interprofessionnelle. La conception préférée de l'intervention a été en ligne de manière interactive et pratique, ce qui a nécessité une variété de stratégies éducatives.

Une étude a évalué la faisabilité et l'efficacité d'une intervention visant à améliorer la prise de décision partagée dans le service d'hospitalisation en obstétrique d'un hôpital universitaire aux Pays-Bas (Baijens, Huppelschoten, Van Dillen et Aarts, 2018). Un outil pour améliorer la prise de décision éclairée qui a fait ses preuves dans un service de consultation externe est l'intervention en trois questions. Ces questions sont créées pour que les patients puissent obtenir des informations optimales de leur équipe médicale et pour prendre une décision éclairée. Les trois questions sont : i) quelles sont les options? ii) quels sont les avantages et les inconvénients possibles de ces options? et, iii) dans quelle mesure chacun de ces avantages et inconvénients est-il susceptible de m'arriver? Les résultats ont montré que les femmes ont trouvé les trois questions très utiles. Elles les ont utilisées principalement comme un encouragement et une incitation à poser des questions plus spécifiques à leur fournisseur de soins. Or, aucune différence n'a été constatée entre les deux groupes, probablement en raison de la petite taille de l'échantillon. Pourtant, l'intervention semblait faisable et simple à utiliser dans un service d'hospitalisation. Des études complémentaires sont nécessaires pour évaluer l'impact de la mise en œuvre de l'intervention à plus grande échelle.

Plus récemment, d'autres études se sont intéressées aux algorithmes d'aide à la décision dans la prise de décision partagée avec des plateformes interactives basées sur le Web. Une étude a testé

la faisabilité et l'acceptabilité de la mise en œuvre d'un outil d'aide à la décision sur le Web pour soutenir la prise de décision partagée concernant les choix de naissance après une césarienne (Shorten et al., 2019). Les résultats ont montré chez les femmes une augmentation de leurs connaissances de 2,58 points sur 15 ($p < 0,001$; $d = 0,87$), et une réduction de leur score de conflit décisionnel de 0,45 point sur 5 points ($p < 0,001$; $d = 0,69$). Quarante-quatre femmes, soit 65,9 %, ont tenté une naissance vaginale après une césarienne, et vingt-neuf d'entre elles soit 65,7 % ont réussi. Les femmes ont évalué le contenu, les fonctionnalités et les fonctions d'aide à la décision comme étant bonnes ou excellentes. La plupart ont indiqué qu'elles le recommanderaient à d'autres. Les fournisseurs de soins ont recommandé des stratégies supplémentaires pour simplifier l'accès à l'aide à la décision et son intégration dans les soins de routine. Les auteurs ont conclu qu'une mise en œuvre durable nécessite des outils pour les fournisseurs de soins comme des guides de conseil intégrés au dossier de santé électronique. Une formation continue pour soutenir les fournisseurs de soins et les inciter à les utiliser est suggérée.

1.5.3.3 Plan de naissance

Le fruit du processus de prise de décision partagée entre la femme et le fournisseur de soins peut se conclure avec la conception d'un plan de naissance afin que les femmes puissent mettre par écrit leur choix et leurs attentes pour le déroulement de leur accouchement. Le plan de naissance a été introduit dans les années 1970 pour contrer la médicalisation de la naissance permettant aux femmes de présenter leurs attentes en matière de travail et d'accouchement (Kaufman, 2007). L'OMS a recommandé la formulation d'un plan de naissance pour chaque femme dans la première catégorie de pratiques pour rendre la grossesse plus sûre (Afshar, Mei, Gregory, Kilpatrick et Esakoff, 2018). Le plan de naissance repose sur l'autonomie et le respect des droits des femmes. Son but est d'améliorer la prise de décision des femmes quant aux choix concernant les interventions médicales qu'elles souhaitent ou qu'elles ne souhaitent pas avoir au moment de la naissance afin de les communiquer à l'avance aux fournisseurs de soins, ce qui améliore le sentiment de contrôle et encourage ainsi une expérience positive de naissance (DeBaets, 2017; Mirghafourvand et al., 2019).

Le plan de naissance consiste en un document écrit composé de questions oui ou non, ou de questions ouvertes sur les préférences émotionnelles et physiques des femmes comme les méthodes non pharmacologiques choisies : douche, massage, techniques de respiration, musique, la liberté de manger ou de boire, la liberté de mouvement, la surveillance fœtale en continu, l'usage d'intraveineuse, le type d'anesthésie, l'épisiotomie, le début de l'allaitement, le choix de la position d'accouchement (Mirghafourvand et al., 2019). Les femmes le complètent tout au long de la grossesse et le remettent au fournisseur de soins au moment du travail (Lundgren, Berg et Lindmark, 2003). Le but poursuivi par le plan de naissance n'est pas toujours atteint pour les raisons suivantes : les femmes peuvent avoir des préoccupations qui sont dépassées concernant les pratiques de routine, les sites Internet populaires sur la grossesse proposent des plans de naissance faisant en sorte que les femmes qui les utilisent ne sont pas nécessairement informées sur les options, les attentes inopportunes au moment du travail et de l'accouchement, et l'hostilité des fournisseurs de soins (DeBaets, 2017).

Une revue systématique a évalué si l'utilisation du plan de naissance par rapport à une approche standard affectait l'expérience et la satisfaction lors de la naissance (Mirghafourvand et al., 2019). Les résultats ont montré dans deux études que le score moyen de l'expérience de la naissance dans le groupe plan de naissance était supérieur lorsqu'il était comparé au score moyen du groupe témoin $p \leq 0,01$. Cependant, les résultats d'une étude ont montré qu'il n'y avait pas de différences statistiquement significatives entre le groupe plan de naissance et les groupes de contrôle $p > 0,05$. La qualité des études incluses était très faible. Les auteurs concluent qu'il n'y a pas suffisamment de preuves pour soutenir ou réfuter que le plan de naissance peut améliorer la satisfaction et l'expérience de la naissance.

Une autre étude a examiné si l'utilisation d'un plan de naissance est associée au mode d'accouchement, aux interventions obstétricales et à la satisfaction de la patiente (Afshar et al., 2018). Les résultats ont montré que sur les 300 femmes recrutées, 143, soit 48 %, avaient un plan de naissance. Il n'y avait pas de différence significative dans le risque d'accouchement par césarienne chez les femmes ayant un plan de naissance par rapport à celles sans plan de naissance

21 % contre 16 %. Les femmes qui avaient un plan de naissance étaient 28 % moins susceptibles de recevoir de l'ocytocine $p < 0,01$, 29 % moins susceptibles de subir une rupture artificielle de la membrane $p < 0,01$ et 31 % moins susceptibles de subir une épidurale $p < 0,01$. Il n'y avait pas de différence dans la durée du travail $p = 0,12$. Les femmes avec un plan de naissance ont été moins satisfaites $p < 0,01$ et se sont senties moins en contrôle $p < 0,01$ de leurs expériences de la naissance que celles sans plan de naissance. Bien qu'elles aient reçu moins d'interventions médicales, elles ont été moins satisfaites de leur expérience que les femmes sans plan de naissance. Les auteurs ont alors conclu que des recherches supplémentaires étaient nécessaires pour comprendre comment améliorer la satisfaction des femmes liée à l'accouchement.

Le partenariat à la naissance pourrait constituer une approche alternative à l'utilisation du plan de naissance pour améliorer la participation de la femme et son consentement éclairé (DeBaets, 2017). Dans le partenariat à la naissance, une rencontre entre la femme et son fournisseur de soins offre la possibilité de prendre le temps de discuter en profondeur des choix à faire avant la naissance reflétant les valeurs de la femme. Une communication efficace et l'instauration d'une confiance mutuelle peuvent servir de mesures préventives pour éviter de nombreux conflits pouvant survenir au cours de l'expérience de naissance. Toutefois, ce partenariat ne peut se développer dans une relation fragmentée entre la femme et un fournisseur de soins, donc la continuité relationnelle des soins revêt une importance cruciale.

1.5.4 Continuité des soins

Il existe une littérature abondante sur la continuité des soins – second principe clé des soins centrés sur la femme – dans différents contextes de soins de santé. Dans le cadre de la présente recherche, les écrits portant sur la continuité des soins dans le contexte des soins en maternité sont ciblés. Les prochaines sections exposent les écrits sur la définition du concept de continuité des soins, la continuité des soins exprimée par les femmes, la continuité relationnelle des soins par les sages-femmes, la continuité relationnelle des soins par les infirmières et enfin la continuité des soins périnataux.

1.5.4.1 Définition du concept

Le concept de continuité est apparu dans les années 1940. La transformation de la conception de la médecine et des soins infirmiers axée sur la maladie à celle axée sur le patient, la famille et la communauté a élargi les traitements de l'hôpital vers la maison, ce qui a nécessité une continuité des soins sans bris ni rupture (Joint Committee of the et al., 1947). De plus, l'introduction de la médecine familiale en tant que nouvelle discipline aux États-Unis dans les années 1960, ainsi qu'en Australie et en Angleterre en 1970, a considéré la continuité des soins comme l'une de ses caractéristiques déterminantes quant à l'importance d'une relation continue entre un patient et un fournisseur de soins (Freeman, Shepperd, Robinson, Ehrich et Richards, 2001; Reid, Haggerty et McKendry, 2002).

Dans les écrits, le concept de continuité des soins est apparu dans les années 1950. Initialement, le concept a été défini comme une relation personnelle avec un fournisseur de soins. Dans les années 1970, l'accent a été mis sur la corrélation entre les soins passés et actuels et sur une focalisation sur les soins coordonnés et ininterrompus. Au milieu des années 1970, l'emphase a été mis sur la continuité en tant que concept mesurable. À partir des années 1990, des modèles multidimensionnels sont apparus. La continuité a été définie du point de vue du patient comme l'expérience du patient dans la progression coordonnée des soins (Uijen, Schers, Schellevis et van den Bosch, 2012). Plusieurs auteurs ont dénoté un manque de résultats probants concernant la définition du concept et la mesure de la continuité des soins (Freeman, 2006; Haggerty et al., 2003; Saultz et Albedaiwi, 2004). La plupart des écrits sur la continuité des soins citent en introduction les travaux de Freeman et de ses collègues (Freeman et al., 2001) qui ont ensuite été mis à jour dans des publications de Reid et de ses collègues (Reid et al., 2002).

En 1999, au Royaume-Uni, des discussions sur la continuité des soins ont été entamées par le *National Coordinating Centre for the Service Delivery and Organisation* (NCCSDO). La continuité des soins est ressortie comme l'un des neuf thèmes prioritaires pour la santé. Un rapport visant à décrire le concept de continuité des soins de santé, à synthétiser les recherches précédentes et à suggérer des priorités pour les recherches futures a alors été réalisé (Freeman et al., 2001). La

définition de la continuité des soins en tant que concept multidimensionnel expérimenté par les patients et les fournisseurs de soins a fourni une base pour la recherche. La continuité des soins a été considérée comme un résultat et un processus de soins. L'emphase a été mise sur l'étude de la continuité des soins selon ces deux axes. Les résultats des études sur la continuité des soins ont été axés sur des mesures de satisfaction des patients au moyen d'un questionnaire. Un important programme de recherche au Royaume-Uni comprenait six projets longitudinaux et plusieurs évaluations dans les soins primaires, le diabète, la santé mentale et les soins en cancer. Ces études ont démontré comment la continuité était appliquée et mesurée dans diverses disciplines et dans différents paramètres cliniques.

Pendant la même période au Canada, la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé a priorisé la continuité des soins dans un de ses programmes de recherche entre 1999-2005 qui était composé de 70 projets. Le rapport réalisé par Reid, Haggerty et McKendry (2002), auquel 59 chercheurs ont participé, consistait en une revue systématique de la littérature couvrant plus de 583 écrits sur le thème de la continuité des soins dans plusieurs disciplines (Reid et al., 2002). Le rapport a permis de clarifier la conceptualisation de la continuité des soins par une définition comprenant deux éléments fondamentaux et trois types ainsi que la mesure. Les deux éléments centraux sont que la continuité des soins ne peut exister qu'en tant qu'aspect des soins : i) la continuité des soins est vécue par une personne et ii) elle est reçue au fil du temps. Les trois types de continuité des soins ont été définis comme suit : i) la continuité de l'information est représentée par l'accessibilité temporelle qui est adéquate. Il s'agit d'un transfert d'informations et de connaissances accumulées sur le patient. La continuité informationnelle met l'emphase sur le fait de lier des éléments de soins distincts au fil du temps; ii) La continuité relationnelle reconnaît qu'un contact soutenu entre un patient et un fournisseur de soins est un lien qui lie les soins au fil du temps. Voir le même fournisseur de soins au fil du temps encourage aussi la continuité informationnelle et est également pensé pour engendrer un ensemble unique d'avantages tels que la confiance, la compréhension mutuelle et un sens durable de la responsabilité du prestataire envers le patient. Il lie le passé aux soins actuels et fournit un lien vers les soins futurs. Par exemple, en soins primaires, la continuité est facilitée lorsqu'un patient connaît le fournisseur de soins à

contacter si un nouveau problème de santé survient; et enfin, iii) la continuité de la gestion désigne la dispensation de différents types de soins de santé dans le temps, de manière à se compléter afin que les services requis ne soient pas manqués, dupliqués ou mal programmés. Le plan de gestion du patient est souvent appelé « continuum de soins » ou « parcours de soins », dans lesquels le contenu, le calendrier et la séquence des interventions en matière de santé sont prescrits. Les plans de gestion peuvent porter sur plusieurs épisodes liés à la même maladie ou sur la gestion des différentes facettes d'une maladie. Il inclut différents professionnels dans une approche multidisciplinaire (Reid et al., 2002).

Une analyse de concept sur la continuité des soins a démontré qu'il existe une relation de chevauchement et de hiérarchie entre les trois types de continuité des soins, tels qu'illustrés à la Figure 2 (Bahr et Weiss, 2018).



Figure 2 Le modèle de continuité (Bahr et Weiss, 2018)

Selon ce modèle, la continuité relationnelle dans la relation entre le patient et le fournisseur de soins crée la nécessité de la communication d'informations à travers le temps concernant les

paramètres selon les fournisseurs. En outre, la relation entre le patient et le fournisseur nécessite la communication pour échanger des informations, soit la continuité de l'information qui permet de coordonner les activités en reliant et en ordonnant les soins de la continuité de la gestion. Les dimensions de la continuité ont été synthétisées dans un modèle conceptuel sous forme pyramidale exposant que chaque composante est fondamentale à la suivante dans la hiérarchie (Bahr et Weiss, 2018).

Ce modèle illustre les propos de Haggerty et al. (2003) préconisant la continuité des soins relationnelle par opposition à la continuité de gestion et d'information, autant que possible (Haggerty et al., 2003). La continuité de la gestion peut négliger les véritables avantages des soins holistiques, car des informations importantes et sensibles ne peuvent pas être réellement capturées, que ce soit dans la documentation ou dans le transfert de l'information. La continuité relationnelle est la plus prisée par les patients et les fournisseurs de soins puisqu'elle apporte les avantages suivants : améliore les soins holistiques; améliore l'expérience du patient; favorise le partenariat des patients dans les soins; augmente la cohérence de l'information; améliore la capacité de définir et d'atteindre des objectifs; améliore les relations; acceptation croissante des conseils; motive les patients à demander de l'aide; améliore la reconnaissance des problèmes; réduit les coûts; améliore les pratiques de prescription; réduit les hospitalisations; valorise les patients en tant qu'individus; génère une plus grande satisfaction au travail (Freeman et Hughes, 2010; Williams, 2014). C'est pourquoi les études sur la continuité relationnelle ont démontré que celle-ci semble avoir le plus grand impact sur l'expérience du patient et sur les issues en matière de morbidité et mortalité (Saultz et Albedaiwi, 2004).

Une revue de la littérature multidisciplinaire sur la continuité des soins a porté sur les domaines suivants : les soins primaires, la santé mentale, les sciences infirmières et la gestion de la maladie (Haggerty et al., 2003). Dans le domaine des sciences infirmières, les écrits ont porté essentiellement sur le transfert d'informations et la coordination des soins au fil du temps. L'accent est mis sur la communication entre les infirmières. L'objectif est de maintenir une approche cohérente en matière de soins entre le patient et le fournisseur des soins en plus de personnaliser

les soins en fonction des besoins du patient en cas de maladie. La plupart des écrits sur la continuité en soins infirmiers ont traité de la planification du congé après les soins actifs, généralement à partir de l'hôpital pour communiquer les soins. Les auteurs ont conclu en mentionnant que l'emphase disciplinaire sur le type de continuité des soins varie en fonction du contexte des soins et de la discipline du fournisseur de soins. Les auteurs ont également noté que chaque type de continuité peut être considéré du point de vue de la maladie ou selon une approche centrée sur la personne. Ces propos sont corroborés par d'autres auteurs mentionnant que le paradigme prédominant affecte la continuité des soins ; ainsi, une approche axée sur la maladie conduira à des objectifs et à des pratiques différentes de celles axées sur la personne (Naert, Roose, Rapp et Vanderplasschen, 2017; Parker, Corden et Heaton, 2010). En 2002, le rapport de Reid et al. (2002) notait déjà la nécessité d'un changement de paradigme dans la recherche sur la continuité des soins en passant d'un paradigme professionnel, où l'accent est mis sur les perspectives des fournisseurs de soins, à un paradigme perspectiviste, où l'emphase est mise sur les perspectives des utilisateurs du service, pour aller vers un paradigme de partenariat, où la continuité des soins est vue comme une co-construction entre les utilisateurs de services et les fournisseurs de soins (Heaton, Corden et Parker, 2012; Parker, Corden et Heaton, 2011). Cependant, peu d'indications se retrouvent dans les écrits pour une telle transition vers un paradigme de co-construction. Le paradigme professionnel a prédominé dans les écrits sur la continuité des soins. De plus, la réalisation des recherches longitudinales s'avère nécessaire en se concentrant sur la continuité des soins expérimentée par les personnes utilisatrices des services de santé afin qu'elles puissent faire entendre leur voix (Naert et al., 2017).

1.5.4.2 Continuité des soins exprimée par les femmes

Dans le contexte des soins en maternité, la continuité des soins selon les trois types : d'information, de la gestion et relationnelle, est une dimension importante de la qualité et de la sécurité (Homer, Davis, Cooke et Barclay, 2002; Hundley et al., 1995). Les femmes ont plusieurs interactions avec les différents fournisseurs de soins pendant la grossesse, la naissance et la période postnatale, d'où l'importance et la nécessité de la continuité de l'information (Jenkins et al., 2015). Dans le cas de femmes suivies pour une grossesse compliquée pouvant impliquer des soins multidisciplinaires et

un transfert, la continuité de la gestion pour fournir des soins coordonnés est essentielle (Jenkins et al., 2015). Une étude qualitative a d'ailleurs exploré les moyens par lesquels les parents bénéficient du soutien de professionnels de la santé au début de la période postnatale pour comprendre comment le soutien parental est lié à la continuité relationnelle, de la gestion et de l'information (Barimani et Vikström, 2015). Pour ce faire, sept groupes de discussion ont eu lieu auprès des parents. Les participants ont notamment révélé que le soutien des parents est obtenu en fournissant des conseils cohérents; en connaissant les personnes à qui s'adresser lorsque des questions sur les soins se posent; en permettant l'accès au système de soins lorsque les besoins font surface; en fournissant des informations suffisantes sur l'autogestion de la mère ou du bébé; en impliquant les parents dans la planification du congé; en diffusant des informations qui responsabilisent les parents; en permettant la cohérence de l'équipe et des soins cliniques; et, en nommant des personnes dans le système de soins qui peuvent favoriser le sentiment de confiance des parents en permettant la continuité relationnelle, de la gestion et de l'information. Les expériences de continuité des soins donnent lieu à un soutien perceptible des parents au début de la période postnatale. Les organisations de soins de santé efficaces doivent incarner ces trois types de continuité : gestion, informationnelle et relationnelle. Les auteurs ont conclu que les chercheurs doivent concevoir des outils permettant de mesurer la continuité, tandis que les décideurs politiques doivent permettre la cohérence et la coordination entre les fournisseurs de soins. En outre, ils ont mentionné l'importance d'identifier les besoins des parents afin que les fournisseurs de soins puissent planifier leurs premières semaines à la maison et veiller à ce que les parents aient accès aux soins appropriés.

Tout au long du continuum de soins en périnatalité, la possibilité pour les femmes de développer une continuité relationnelle avec un fournisseur de soins augmente leur satisfaction à l'égard de leur expérience et est associée à une diminution des interventions médicales (Jenkins et al., 2015). La continuité des soins relationnelle est considérée comme un mécanisme permettant de surmonter des inconvénients tels que la fragmentation, l'incohérence, les longs délais d'attente et les fournisseurs de soins peu sensibles (Brown et Lumley, 1994; Green et al., 2000). Les avantages de la continuité relationnelle pour les femmes sont d'avoir un fournisseur de soins qui : i) joue le rôle

de plaider pour elles; ii) navigue avec elles dans les soins complexes; et, iii) veille à ce que les décisions soient prises rapidement dans l'intérêt des femmes (Sandall et al., 2016).

Une étude a comparé la continuité des soins expérimentés chez les femmes ayant reçu des soins prodigués par des sages-femmes par rapport à des soins dispensés par des obstétriciens et a comparé la continuité avec la qualité des soins expérimentés pendant le travail et la perception du travail (Perdok et al., 2018). Une enquête a été menée auprès de 790 femmes à la suite de leur accouchement dans une région des Pays-Bas en 2014. Les résultats ont montré que sur les 325 femmes recrutées, 187 femmes ont répondu aux questions du questionnaire en ligne, soit 41 %. Parmi celles-ci, 136, soit 73 % des femmes, ont reçu des soins par une sage-femme au début de l'accouchement, 15 soit 8 % ont reçu des soins par un obstétricien pendant toute leur grossesse et 36 soit 19 % ont été orientées vers un obstétricien pendant leur grossesse. La continuité des soins expérimentée, individuelle et d'équipe, pendant la grossesse, a été plus élevée chez les femmes recevant des soins par une sage-femme que chez celles recevant des soins par des obstétriciens au début du travail. La continuité des soins expérimentés a été modérément corrélée à la qualité des soins expérimentés, mais pas de manière significative dans tous les sous-groupes. Une faible corrélation négative a été trouvée entre la continuité personnelle de soins vécue par la sage-femme et la perception du travail. Les auteurs ont conclu que la continuité des soins expérimentée dépend du contexte des soins et est significativement plus élevée pour les femmes suivies par une sage-femme par rapport aux soins dispensés par un obstétricien pendant le travail. Il est difficile de maintenir un niveau élevé de continuité des soins expérimentée dans un système intégré de soins de maternité. La continuité des soins expérimentée semble être un concept distinct qui ne doit pas être confondu avec la qualité des soins expérimentés et devrait être considérée comme un aspect complémentaire de la qualité des soins.

Certains auteurs ont souligné que la plupart des enquêtes de satisfaction des femmes à l'égard des services de maternité semblent refléter des modèles de soins fragmentés, bien que les modèles de continuité des soins augmentent parallèlement aux données factuelles démontrant leur efficacité (Perriman et Davis, 2016). Il est important que des outils robustes soient développés dans ce

contexte et qu'il existe une certaine cohérence dans la manière dont ceux-ci sont mesurés et rapportés aux fins de l'analyse comparative et de l'amélioration de la qualité (Perriman et Davis, 2016). À cet égard, les écrits sur la continuité relationnelle offerte par les sages-femmes comprenant la période prénatale, perinatale et postnatale peuvent apporter un éclairage pertinent. C'est pourquoi les études sur le sujet seront présentées dans la prochaine section .

1.5.4.3 Continuité relationnelle des soins par les sages-femmes

Les modèles de soins en continuité sage-femme ont émergé en Australie dans le milieu des années 1990 (Kenny, Brodie, Eckerman et Hall, 1994). Les premières études sur les modèles de continuité relationnelle ont apporté des résultats mitigés et non significatifs quant à l'importance pour les femmes d'avoir une sage-femme connue (Freeman, 2006; Green et al., 2000). D'autres recherches réalisées sur plusieurs années ont permis de publier une première revue systématique Cochrane en 2008 qui a démontré les effets de la continuité des soins relationnelle sur la santé de la femme et du nouveau-né (Hatem et al., 2008). Cette revue systématique de 11 essais contrôlés randomisés portant sur 12 276 femmes a comparé les modèles de soins sage-femme avec d'autres modèles de soins obstétricaux et a déterminé les effets de la continuité des soins, du risque obstétrical et du milieu de pratique.

Les résultats ont révélé que dans les modèles de soins en continuité sage-femme, les femmes étaient moins susceptibles d'être hospitalisées en prénatal (RR 0,90; IC 95% 0,81 - 0,99) et d'avoir une analgésie régionale (RR 0,81; IC 95 % 0,73 - 0,91), une épisiotomie (RR 0,82; IC 95 % 0,77 - 0,88), un accouchement instrumental (RR 0,86; IC 95 % 0,78 - 0,96), et une mort fœtale < 24 semaines de grossesse (RR 0,79; IC 95 % 0,65 - 0,97), leurs nouveau-nés ayant été hospitalisés pour une période moindre (différence moyenne pondérée 2,00; IC 95 % 2,15 - 1,8). En revanche, elles étaient plus susceptibles d'avoir un travail sans analgésie/anesthésie (RR 1,16; IC 95 % 1,05 - 1,29) et un accouchement vaginal (RR 1,04; IC 95 % 1,02 - 1,06) ; elles ont été en contrôle durant l'accouchement (RR 1,74; IC 95 % 1,32 - 2,30), et assistées par une sage-femme connue (RR 7,84; IC 95 % 4,15 - 14,81). Les résultats ont été consistants pour ce qui est du risque, du milieu de

pratique et de l'organisation des soins. Les auteurs ont conclu que les modèles de soins sage-femme pourraient être offerts à toutes les femmes, particulièrement celles à faible risque.

La dernière mise à jour de cette revue systématique Cochrane, publiée en 2016 (Sandall et al., 2016) et précédemment en 2015 et 2013, consistait en 15 essais contrôlés randomisés portant sur 17 674 femmes. Elle a comparé les modèles de soins en continuité sage-femme avec d'autres modèles de soins (Allen, Stapleton, Tracy et Kildea, 2013; Begley et al., 2011; Biró, Waldenström et Pannifex, 2000; Flint, Poulengeris et Grant, 1989; Harvey, Jarrell, Brant, Stainton et Rach, 1996; Hicks, Spurgeon et Barwell, 2003; Homer et al., 2001; Kenny et al., 1994; Macvicar et al., 1993; McCourt et al., 2006; McLachlan et al., 2012; Rowley, Hensley, Brinsmead et Wlodarczyk, 1995; Team., 2000; Tracy et al., 2013; Tumbull et al., 1996; Waldenström et al., 2000). Les études ont été réalisées dans le système de santé publique en Australie, au Canada, en Irlande, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni de 1986 à 2016 avec des variations dans le modèle de soins, le statut de risque des femmes participantes et les milieux de pratique.

Pour ce qui est des modèles de soins en continuité sage-femme, quatre études ont utilisé le modèle en gestion de cas (McLachlan et al., 2012; Team., 2000; Tracy et al., 2013; Tumbull et al., 1996) et 10 études ont eu recours au modèle en équipe (Begley et al., 2011; Biró et al., 2000; Flint et al., 1989; Harvey et al., 1996; Hicks et al., 2003; Homer et al., 2001; Kenny et al., 1994; Macvicar et al., 1993; Rowley et al., 1995; Waldenström et al., 2000). Dans quatre études, le modèle de soins en continuité sage-femme a été réalisé dans un contexte hospitalier (Biró et al.; Macvicar et al.; Rowley et al.) ou : i) des soins prénatals dans une clinique de proximité et des soins périnatals et postnatals à l'hôpital (Homer et al., 2001; Waldenström, 2003; Waldenström et al., 2000); ii) des soins prénatals et postnatals communautaires avec soins périnatals à l'hôpital (Hicks et al., 2003; Team., 2000; Tracy et al., 2013; Tumbull et al., 1996); et, iv) des soins postnatals communautaires avec des soins prénatals et périnatals à l'hôpital (Flint et al., 1989; Harvey et al., 1996; Kenny et al., 1994; McLachlan et al., 2012). Quatre études ont proposé des soins périnatals à la maison, soit à toutes les femmes participant à l'essai (Waldenström, 2003), soit aux femmes qui ont reçu uniquement les soins dans le modèle sage-femme (Begley et al., 2011; Macvicar et al., 1993;

Tumbull et al., 1996). Certains modèles de soins en continuité sage-femme comprenaient des visites régulières chez l'obstétricien ou chez le médecin de famille, ou les deux. La fréquence de ces visites a été variable dans les études et s'est déclinée de la façon suivante : i) selon l'état de risque des femmes pendant la grossesse (Biró et al., 2000); ii) une à trois visites de routine pour toutes les femmes (Flint et al., 1989; Harvey et al., 1996; Kenny et al., 1994; Macvicar et al., 1993; McLachlan et al., 2012; Rowley et al., 1995; Waldenström et al., 2000); iii) selon l'évolution des complications (Hicks et al., 2003; Tracy et al., 2013; Tumbull et al., 1996); ou, iv) selon les soins prénatals dispensés par les sages-femmes et, si la femme le souhaitait, par son médecin généraliste (Begley et al., 2011). Les femmes ont reçu des soins en continuité avant, pendant et après la naissance dans 13 études (Begley et al., 2011; Biró et al., 2000; Flint et al., 1989; Harvey et al., 1996; Hicks et al., 2003; Homer et al., 2001; Kenny et al., 1994; McLachlan et al., 2012; Rowley et al., 1995; Team., 2000; Tracy et al., 2013; Tumbull et al., 1996; Waldenström et al., 2000) et les soins prénatals et pernatals dans une seule étude (Macvicar et al., 1993). Pour ce qui est des modèles de comparaison, huit études ont comparé avec le modèle de soins partagés (Begley et al., 2011; Biró et al., 2000; Flint et al., 1989; Hicks et al., 2003; Homer et al., 2001; Kenny et al., 1994; Rowley et al., 1995; Team., 2000); trois études avec le modèle de soins médicaux (Harvey et al., 1996; Macvicar et al., 1993; Tumbull et al., 1996); et trois études avec diverses options de soins standards, y compris des soins partagés, médicaux et dirigés (Allen et al., 2013; McLachlan et al., 2012; Waldenström, 2003).

Les résultats principaux selon un niveau de preuve de qualité élevée ont montré que dans les modèles de soins en continuité sage-femme, les femmes étaient moins susceptibles d'avoir une analgésie régionale (RR 0,85, IC à 95 % 0,78 - 0,92; participantes = 17 674; études = 14); une naissance vaginale instrumentale (RR: 0,90; IC 95 % 0,83 - 0,97; participantes = 17 501; études = 13); une naissance prématurée de moins de 37 semaines (RR: 0,76; IC 95 % 0,64 - 0,91; participantes = 13 238; études = 8); moins de pertes fœtales avant et après 24 semaines et de mortalité néonatale (RR: 0,84; IC 95 % 0,71 - 0,99; participantes = 17 561; études = 13). Les femmes étaient plus susceptibles d'avoir un accouchement vaginal spontané (RR: 1,05; IC 95 % 1,03 - 1,07; participantes = 16 687; études = 12). Il n'y avait pas de différence entre les groupes

pour les naissances par césarienne ainsi que pour le périnée intact. Les résultats secondaires ont montré que les femmes étaient moins susceptibles de subir une amniotomie (RR: 0,80; IC 95 % 0,66 - 0,98; participantes = 3253; études = 4); une épisiotomie (RR: 0,84; 95 % IC 0,77 - 0,92; participantes = 17 674; études = 14); et, une perte fœtale de moins de 24 semaines et décès néonatal (RR: 0,81; IC 95% 0,67 - 0,98; participantes = 15 645; études = 11). Les femmes étaient plus susceptibles de n'avoir aucune analgésie / anesthésie intrapartum (RR 1,21; IC 95 % 1,06 - 1,37; participantes = 10 499; études = 7); une durée moyenne de travail plus longue (différence moyenne DM 0,50; IC 95 % 0,27 - 0,74; participantes = 3328; études = 3); et plus susceptibles d'être assistées à la naissance par une sage-femme connue (RR 7,04; IC 95 % 4,48 - 11,08; participantes = 6917; études = 7). Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes pour la perte fœtale égale à/après 24 semaines et la mort néonatale, le déclenchement du travail, l'hospitalisation prénatale, l'hémorragie antepartum, l'augmentation/l'ocytocine artificielle pendant le travail, l'analgésie opiacée, la lacération périnéale nécessitant des sutures, l'hémorragie postpartum, l'allaitement maternel, l'Apgar à cinq minutes, un score insuffisant ou égal à sept pour le nourrisson, des convulsions néonatales, l'admission du nourrisson dans une unité de soins spécialisés ou dans des unités de soins intensifs néonataux ou la durée moyenne du séjour à l'hôpital à l'unité néonatale.

Les résultats sur l'évaluation de la satisfaction des femmes ainsi que des coûts des divers modèles de soin en maternité ont été consignés de manière narrative, faute d'uniformité dans les études. La majorité des études incluses ont signalé un taux de satisfaction plus élevé dans les modèles de soins en continuité sage-femme ainsi qu'une tendance à réduire les coûts par rapport aux autres modèles de soins. Les auteurs ont conclu que les femmes dans les modèles de soins en continuité sage-femme étaient moins susceptibles d'avoir une intervention et plus susceptibles d'être satisfaites de leurs soins avec des résultats négatifs au moins comparables pour les femmes ou leurs nouveau-nés que les femmes dans les autres modèles de soins. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour explorer les résultats sur les naissances prématurées et morts fœtales de moins de 24 semaines, ainsi que de toutes les pertes fœtales et les décès néonataux associés aux modèles de soins en continuité sage-femme. En outre, un des essais cliniques randomisés inclus dans la revue systématique a permis de constater que parmi les femmes randomisées dans le modèle de soins

sage-femme en gestion de cas, celles-ci étaient moins susceptibles d'avoir recours à une césarienne $p < 0,001$, une analgésie épidurale $p = 0,04$ et une épisiotomie $p = 0,003$; et étaient plus susceptibles d'avoir un accouchement vaginal spontané $p < 0,001$ (McLachlan et al., 2012). Cette étude s'est limitée aux femmes à faible risque et les auteurs ont souligné qu'elles ne peuvent identifier le mécanisme du modèle de soins en continuité sage-femme en gestion de cas lié au résultat primaire d'un taux de césarienne réduit.

Certains auteurs ont mentionné que des études qualitatives sont nécessaires pour compléter les résultats quantitatifs pour examiner plus en profondeur les aspects relationnels de la continuité du modèle de soins sage-femme (Huber et Sandall, 2009). Des études qualitatives sur la continuité relationnelle dans le modèle de soins sage-femme ont été réalisées. Une des premières études qualitatives ethnographiques a évalué le processus d'implantation d'un modèle de continuité des soins sage-femme « *one-to-one* » dans une maternité à Londres en 1993 (McCourt, Page, Hewison et Vail, 1998). L'étude a comparé les données de groupes de discussion et d'interviews pour les femmes ($n = 728$) du modèle de continuité aux femmes ($n = 675$) ayant reçu des soins standards. La première phase de l'étude a comporté une évaluation des réactions des femmes aux soins lorsqu'elles ont reçu la continuité des soins relationnelle. Les femmes ont été plus satisfaites du modèle de continuité parce qu'elles ont accordé de l'importance au fait de pouvoir compter sur leur sage-femme connue pour la communication d'informations et le plaidoyer en leur faveur. Une phase ultérieure de la première étude a déterminé ce qui fonctionnait dans le modèle en gestion de cas à partir des observations et des entretiens avec des sages-femmes ($n = 30$) (Stevens et McCourt, 2002). Un des aspects du modèle en gestion de cas qui a été mis en évidence par les sages-femmes est leur besoin de développer des frontières personnelles et professionnelles avec les femmes dans le contact jour après jour avec elle. L'étude a montré comment le modèle en gestion de cas est organisé de manière générale. Cependant, une description plus détaillée du modèle de soins aurait aidé à établir un lien avec les résultats d'études, notamment en ce qui concerne la modalité sur appel et la quantité de contacts avec les femmes au cours de la nuit. Une seconde étude portant sur le modèle de continuité des soins sage-femme « *one-to-one* » a noté comment les sages-femmes

pensaient que le fait d'utiliser un téléphone portable permettait une facilité d'accès pour les femmes (Page, 2003).

Une des premières études a comparé les résultats des femmes recevant des soins dans le modèle de soins en continuité sage-femme *Midwifery Group Practices (MGP)* à celles recevant des soins de maternité standards dans un hôpital du centre de Londres (Sandall, Davies et Warwick, 2001). Les résultats ont indiqué que les femmes qui ont reçu des soins dans le modèle de soins MGP de la part d'une ou plusieurs sages-femmes qu'elles connaissaient bien, soit 92 %, ont utilisé moins d'analgésique contre la douleur pendant le travail. Étant donné que ce résultat a nécessité une exploration plus approfondie, une étude comprenant des entretiens semi-structurés avec un échantillon de femmes (n = 10) a été réalisée. Les femmes ont déclaré que le fait de connaître la sage-femme pendant l'accouchement leur a procuré un sentiment de confort et d'aisance. Cette recherche a suggéré un lien entre le fait de connaître la sage-femme avant l'accouchement et leur capacité à surmonter la peur de la douleur (Leap et al., 2010). Une autre étude a évalué la satisfaction des femmes dans le modèle de soins en continuité sage-femme MGP. L'étude a été réalisée dans une maternité tertiaire auprès de femmes de tout risque obstétrical qui ont bénéficié dudit modèle de soins. Les résultats ont établi un lien direct entre l'accès téléphonique 24 heures sur 24 assuré par la continuité des soins des sages-femmes et la satisfaction des femmes en matière de prestation de soins (Collins, Fereday, Pincombe, Oster et Turnbull, 2010).

Enfin, les recherches actuelles sur le modèle de soins en continuité sage-femme ont donné des résultats probants sur l'impact positif sur la santé tels qu'une diminution de certaines interventions médicales et la prématurité (Sandall et al., 2016) ainsi que la césarienne (McLachlan et al., 2012). Or, les résultats ont montré que les modalités dans le processus de continuité des soins dans les différents modèles de soins sage-femme ont varié selon les études, les contextes et les pays. En effet, dans de nombreuses études, la description exhaustive de la manière dont la continuité a été offerte ou liée aux résultats de l'étude n'est pas claire ou n'est pas précisée. Des résultats explicites qui peuvent être rapportés dans n'importe quel contexte pourraient permettre de mieux connaître le processus et les principes les plus importants de la continuité des soins. La réalisation de ces

études comparatives a permis certes de faire avancer les connaissances sur les modèles de soins en continuité sage-femme quant à leurs effets sur la santé des femmes et de leurs nouveau-nés. Ces études rigoureuses apportent un éclairage et des résultats probants sur la continuité relationnelle. Toutefois, elles semblent aussi maintenir une rivalité entre les fournisseurs de soins qui luttent pour conserver leur rôle et leur offre de services auprès des femmes. Cette rivalité peut nuire au développement de nouveaux modèles collaboratifs novateurs en soins de maternité fondés sur la continuité des soins. Qu'en est-il de la continuité relationnelle des soins par les infirmières autour de la maternité et de la naissance?

1.5.4.4 Continuité relationnelle des soins par les infirmières

Au cours des quarante dernières années, la continuité des soins a été une caractéristique majeure du développement de modèles de soins infirmiers (Pontin, 1999; Pontin et Lewis, 2008; Tiedeman et Lookinland, 2004). Ceux-ci fournissent l'infrastructure nécessaire à l'organisation et à la prestation des soins aux patients et aux familles. Dans les années 1970, la continuité des soins infirmiers a été opérationnalisée dans le modèle de soins infirmiers globaux, en affectant une infirmière « principale » chargée de superviser les soins tout au long de l'hospitalisation. L'infirmière principale est en mesure de connaître les besoins du patient et d'assurer une communication et une coordination efficaces (Manthey, Ciske, Robertson et Harris, 1970; Wessel et Manthey, 2015). Le modèle de soins infirmiers globaux a été élaboré par Manthey et s'articule selon les principes suivants: i) attribution et acceptation de la responsabilité individuelle pour la prise de décision; ii) une communication directe de personne à personne; et, iii) une personne chargée de la qualité des soins prodigués aux patients vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours sur sept. Les éléments du rôle de l'infirmière principale sont : la responsabilité, la défense des intérêts, l'affirmation de soi, l'autorité, l'autonomie, la collaboration, la communication, l'engagement, la continuité et la coordination (Pontin, 1999). Les éléments du rôle d'infirmière principale sont à considérer lors du développement d'un nouveau modèle de soins axé sur la continuité des soins. Le mouvement des soins centrés sur la personne a réaffirmé qu'il est primordial que les patients et leurs familles reçoivent les soins d'une infirmière ou d'un nombre limité d'infirmières connues afin que leurs besoins puissent être satisfaits de manière efficace et

efficace (Pontin et Lewis, 2008; Salvage, 1990). Cependant, l'absence de résultats probants sur les effets des soins infirmiers globaux sur la santé des patients et les efforts de contrôle des coûts a contribué à l'élaboration de modèles de dotation en équipe plutôt qu'à une dotation axée sur la relation individuelle infirmière/patiente (Bahr et Weiss, 2018; Stifter et al., 2015).

Une revue systématique a décrit les effets du modèle de soins infirmiers globaux sur les patients, les membres de leur famille, le personnel infirmier et l'organisation de soins (Mattila et al., 2014). Les résultats ont montré que les effets du modèle de soins infirmiers globaux se sont limités à ceux sur les patients et les infirmières. Les auteurs ont mentionné que d'autres essais cliniques randomisés sont nécessaires afin d'établir les effets du modèle à plus grande échelle. Aucune donnée n'est disponible au sujet des effets sur les membres de la famille du patient ou sur l'organisation des soins. Les résultats de quelques études ont suggéré que le modèle de soins infirmiers globaux peut avoir des effets bénéfiques pour les patientes dans le contexte des soins de maternité, ce qui est pertinent dans le cadre de notre étude. Ces quatre études ont été consultées : deux études exposées dans la section précédente portent sur la continuité relationnelle sage-femme (Hicks et al., 2003; Shields et al., 1998; Spurgeon, Hicks et Barwell, 2001) et une étude sur la continuité de soins périnataux (Gagnon, Waghorn et Covell, 1997) qui est présentée dans la section suivante. Ainsi, il reste seulement une étude sur le développement d'un modèle de soins infirmiers en continuité comprenant la période prénatale et postnatale en contexte hospitalier (Wan et al., 2011).

Cette étude a comparé le modèle de soins globaux axé sur la continuité au modèle de soins fonctionnel axé sur les tâches à l'égard de la satisfaction des femmes (Wan et al., 2011). Les résultats ont souligné que les femmes dans le modèle de soins globaux en continu ont exprimé une satisfaction significativement plus élevée envers les soins infirmiers reçus. Les femmes avaient plus de connaissances sur l'allaitement et elles étaient plus susceptibles d'allaiter six semaines après l'accouchement. Elles étaient moins susceptibles de présenter une rétention urinaire durant la période postnatale et de l'inconfort lors de l'allaitement. Toutefois, la période périnatale n'a pas été incluse dans le modèle de continuité.

Certaines études ont montré l'efficacité de la continuité relationnelle des soins par les infirmières dans un contexte communautaire lors des visites à domicile débutant avant la naissance et se poursuivant durant la période postnatale auprès des populations vulnérables. Historiquement, les programmes offerts aux femmes en prénatal et en postnatal, aux nouveau-nés et aux jeunes enfants ont été mis en place grâce à la stratégie des infirmières de santé publique qui rendaient visite aux familles à domicile (Lyndon et al., 2017; Simpson, 2005). Des revues systématiques ont démontré l'efficacité de ces interventions soutenues effectuées par des infirmières à domicile commençant pendant la grossesse, pour ce qui est de l'amélioration des résultats pour les femmes et leurs enfants dès le plus jeune âge et plus tard dans la vie au sein de milieux défavorisés (Armstrong et Morris, 2000; Olds et al., 1999). Les résultats sur les interventions ont établi que celles débutant lors de la période prénatale sont plus efficaces que celles qui s'amorcent à la période postnatale après la naissance. De meilleurs résultats avant et après la naissance sont soulignés comme le fait de réduire le tabagisme maternel, le nombre de naissances avant terme et d'augmenter de poids à la naissance, d'améliorer l'initiation de l'allaitement et d'augmenter l'engagement des femmes de manière continue avec les services (Kemp et al., 2013).

D'autres études en Australie ont porté sur un modèle de visites à domicile prolongées offert par des infirmières qui commence durant la période prénatale et se poursuit jusqu'à l'âge de 2 ans auprès d'une population vulnérable (Kemp, Anderson, Travaglia et Harris, 2005; Kemp et al., 2007; Kemp et al., 2008; Kemp et al., 2011). À l'âge de deux ans, le modèle a montré une amélioration de la qualité de l'environnement familial pour le développement de l'enfant, une durée d'allaitement plus longue et, pour le sous-groupe des mères en détresse pendant la grossesse, une meilleure expérience de la maternité et du développement mental de l'enfant. Bien que les résultats à long terme soient positifs, peu d'études ont exploré le processus par lequel la continuité relationnelle des infirmières contribue à l'obtention de résultats efficaces. Les auteurs ont poursuivi leurs travaux de recherche en ce sens.

Une de leurs études sous forme d'essai clinique randomisé a présenté une théorie d'un programme de la continuité relationnelle dans le contexte de visites à domicile offert par des infirmières, en

explorant les résultats prénatals et postnatals et les caractéristiques de l'intervention susceptibles d'avoir contribué à ces résultats (Kemp et al., 2013). Pour ce faire, le programme d'intervention a consisté en une intervention psychosociale et des activités de promotion de la santé assurées par la continuité des soins offerts par une infirmière, et ce, sans activités de soins cliniques prénatals ou postnatals. L'intervention prénatale s'est concentrée sur l'amélioration de la transition vers la parentalité en aidant les mères tout au long de leur grossesse. Les résultats ont montré que les infirmières ont fourni des informations, un soutien psychosocial et des activités de promotion de la santé pour les familles. Les femmes ont eu un taux de naissances vaginales non assistées plus élevé que la population en général. Comparativement aux femmes du groupe de comparaison, les femmes ont signalé quatre à six semaines après la naissance une meilleure santé générale et se sont senties beaucoup plus en mesure de s'occuper de leur nouveau-né, de le comprendre et de prendre soin d'elles-mêmes et de leur nouveau-né. L'impact de cette intervention sur les résultats prénatals et postnatals a corroboré la nouvelle théorie et les preuves selon lesquelles une intervention de promotion de la santé prénatale et le soutien psychosocial fourni dans un contexte d'une relation client-infirmière fondé sur la continuité des soins apportent des bénéfices aux femmes. Les infirmières ont pu influencer les résultats tels que les taux d'accouchement vaginal normal, l'engagement et la participation des femmes aux services. Les résultats ont suggéré que la continuité des soins psychosociaux dispensés par les infirmières a constitué un complément efficace aux soins obstétricaux dispensés aux femmes vulnérables risquant d'obtenir des résultats de santé plus faibles. À plus long terme, la continuité des soins de la période prénatale à la période postnatale et jusqu'aux premières années de la vie des enfants semble générer des avantages supplémentaires. Enfin, pour faire suite aux résultats, la Figure 3 ci-dessous montre la théorie d'un programme de la continuité relationnelle des soins dans le contexte de visites à domicile offert par des infirmières.



Figure 3 Théorie de programme (Kemp et al., 2013)

Certaines études ont démontré l'efficacité de la continuité relationnelle des soins par les infirmières dans un contexte communautaire comme dans des cliniques de santé maternelle et infantile intégrées auprès d'une population universelle.

Une étude réalisée dans le cadre des soins de santé primaires finlandais s'est notamment intéressée à la continuité relationnelle des soins de même qu'à sa mise en œuvre dans des cliniques de santé maternelle et infantile intégrées où la même infirmière prend soin de la famille du début de la grossesse jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de la scolarisation (Tuominen, Kaljonen, Ahonen et Rautava, 2014). La période périnatale n'a pas fait partie de la continuité relationnelle. L'étude a clarifié le lien entre la continuité relationnelle des soins et la disponibilité, l'utilisation et les caractéristiques sélectionnées des services des cliniques de santé de la maternité et de l'enfant, évaluées par les parents. Une enquête d'évaluation comparative et transversale des services a été utilisée. Dix-huit mois après l'accouchement de leur nouveau-né, les parents, soit les femmes (n = 987) et les hommes (n = 835) du sud-ouest de la Finlande, ont évalué les services pour la maternité et la santé de l'enfant. Des comparaisons ont été établies entre les parents qui ont reçu une continuité relationnelle dans leurs soins dans les centres de santé intégrés pour maternités et enfants

et les autres. Les résultats ont établi que les visites à domicile ont été plus fréquentes lorsqu'il existait une continuité relationnelle des soins dans des cliniques intégrées de santé maternelle et infantile. Les parents qui ont reçu une continuité relationnelle dans les soins ont évalué plusieurs aspects du service, en particulier le soutien reçu de manière plus positive que les parents qui n'en avaient pas. Les auteurs ont alors conclu que la continuité relationnelle des soins dans les cliniques de santé maternelle et infantile intégrées semblait augmenter la satisfaction des parents à l'égard des services et pouvait augmenter le nombre de visites à domicile.

Une seconde étude a exploré l'auto-efficacité parentale des parents d'enfants de 18 mois dans le contexte des cliniques de santé maternelle et infantile intégrées (Tuominen, Junttila, Ahonen et Rautava, 2016). L'auto-efficacité parentale a été observée en relation avec la continuité relationnelle des soins et la solitude ressentie par les parents et leurs symptômes dépressifs. La continuité relationnelle des soins a été assurée par une infirmière en santé publique dans des cliniques de santé maternelle et infantile intégrées. Les résultats ont montré que la continuité relationnelle des soins par la même infirmière de santé publique a été associée à une solitude émotionnelle plus élevée chez les mères et à des scores plus faibles sur trois dimensions de l'auto-efficacité parentale des parents. La solitude et les symptômes dépressifs ont influencé négativement l'auto-efficacité parentale des parents. Toutefois, dans le cas où la famille a reçu une continuité relationnelle des soins, les niveaux plus élevés de symptômes dépressifs des parents n'ont pas affaibli leurs convictions quant à l'auto-efficacité parentale. Ces résultats sont discutés en matière d'organisation des services cliniques intégrés de santé maternelle et infantile.

Enfin, la plupart des études répertoriées sur les modèles de continuité relationnelle des soins par les infirmières ont porté sur la période prénatale et postnatale dans le continuum de soins (Kemp et al., 2005; Kemp et al., 2007; Kemp et al., 2008; Kemp et al., 2013; Kemp et al., 2011). Aucune étude n'a pu être répertoriée sur un modèle de continuité des soins relationnelle infirmière comprenant la période prénatale dans le continuum de soins. Les études sur la continuité relationnelle dans les soins périnataux sont présentées afin d'exposer la justification de sa pertinence pour développer un nouveau modèle de soins en périnatalité optimal.

1.5.4.5 Continuité relationnelle des soins en périnatal

La continuité relationnelle dans les soins périnatals est représentée dans les écrits par le concept de soutien continu. Historiquement, les femmes au moment du travail et de la naissance ont été assistées et soutenues par d'autres femmes. Au cours des dernières décennies, dans les hôpitaux du monde entier, le soutien continu pendant le travail et la naissance est devenu l'exception plutôt qu'une activité de soins prioritaire. Les préoccupations quant à la déshumanisation des expériences de naissance des femmes ont incité à demander un retour du soutien continu pour les femmes pendant le travail (Hodnett et al., 2005).

En effet, de nombreuses femmes accouchent avec traumatisme et 2 % développent un trouble de stress post-traumatique (Ford et Ayers, 2011). Une étude a examiné le rôle du soutien des fournisseurs de soins comme facteur prédictif des symptômes du stress post-traumatique (Jenkins et al., 2015). Les résultats ont démontré qu'un faible soutien des fournisseurs de soins permet de prédire les symptômes postnatals du syndrome post-traumatique chez les femmes ayant subi des traumatismes. Les effets à plus long terme d'un faible soutien sur les symptômes postnatals du choc post-traumatique se retrouvent également chez les femmes qui ont eu davantage d'interventions médicales lors de l'accouchement. En outre, une revue systématique a exploré les expériences des femmes en matière de gestion de la douleur lors de la naissance (Van Der Gucht et Lewis, 2015). Les résultats ont révélé que les femmes souhaitent que les fournisseurs de soins maintiennent une présence continue tout au long de l'accouchement. Elles désirent également que ceux-ci soutiennent un modèle de soins social qui favorise la continuité des soins et l'acceptation de la douleur faisant partie du processus normal lors d'une naissance physiologique. Pour les femmes, se sentir en sécurité grâce au soutien continu est un élément clé des soins qui visent à améliorer la capacité d'adaptation et à éviter les sentiments de solitude et de peur lors de la naissance.

L'ACOG a recommandé le soutien continu comme stratégie pour permettre de limiter les interventions médicales pendant le travail et la naissance (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2019). Les définitions du soutien continu varient selon les études et les contextes

exposés dans trois essais cliniques randomisés d'envergure, où le terme « continu » est défini comme sans aucune interruption (Campero et al., 1998), au moins 80 % du temps (Davies et Hodnett, 2002) ou aussi continuellement que possible (Hofmeyr, Nikodem, Wolman, Chalmers et Kramer, 1991). Les activités de soutien continu comprennent : i) un soutien émotionnel par une présence continue, une réassurance et des encouragements; ii) des mesures de confort comme un contact réconfortant, un massage, des bains chauds ou douches, un encouragement à la mobilité; iii) des informations sur l'évolution du travail et des conseils sur les techniques d'adaptation, promouvoir une consommation et un débit de liquide adéquat; iv) la défense des intérêts ou le plaidoyer pour aider la femme à exprimer ses souhaits aux autres; et, v) soutien au partenaire (Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa et Cuthbert, 2017; Hodnett, 1996). La définition du soutien continu retenue dans la présente étude consiste en une combinaison de mesures de confort, de soutien émotionnel, d'information et de plaidoyer en faveur de la femme, assurés au moins dès le début du travail et avant une dilatation de six centimètres ou dans l'heure suivant l'admission avec une dilatation supérieure ou égale à six centimètres, jusqu'à la naissance; ils sont offerts par une personne dont la seule responsabilité est de donner un soutien à la femme, de manière aussi continue que possible dans un contexte donné (Bohren et al., 2017).

En 2017, une revue systématique Cochrane (Bohren et al., 2017), publiée précédemment en 2012 et 2005 (Hodnett et al., 2012) et couvrant 27 essais cliniques randomisés portant sur 15 858 femmes, a évalué les effets sur les femmes et leurs nouveau-nés d'un soutien continu par rapport aux soins habituels dans n'importe quel contexte. Les objectifs secondaires ont déterminé si les effets du soutien continu étaient influencés par : i) les pratiques et politiques comme la présence de personnel de soutien, l'analgésie épidurale et la surveillance fœtale électronique continue; ii) la relation du fournisseur de soins avec la femme et l'établissement : un membre du personnel a donc des responsabilités supplémentaires – ne fait pas partie du personnel et ne fait pas partie du réseau social de la femme – présent uniquement dans le but de fournir un soutien continu, par exemple une doula ; ou une personne choisie par la femme parmi les membres de la famille et les amis; iii) le moment du début du soutien continu en début ou fin de travail; iv) le modèle type de soutien continu fourni uniquement au moment de l'accouchement ou étendu pour inclure un soutien

pendant les périodes prénatale et postnatale; et, v) le niveau de revenu des pays : faible, moyen, ou élevé comparé entre eux.

Les résultats ont dévoilé que les femmes ayant un soutien continu étaient plus susceptibles d'avoir un accouchement vaginal spontané (RR 1,08; IC 95 % 1,04 - 1,12) avec une durée du travail plus courte (DM -0,69 heure; IC 95 % -1,04 à -0,34). Elles étaient également moins susceptibles d'avoir une naissance par césarienne (RR 0,75; 95 % IC 0,64 - 0,88), une naissance vaginale instrumentale (RR 0,90; IC 95 % 0,85 - 0,96), une analgésie régionale (RR 0,93; IC 95 % 0,88 - 0,99) ou une méthode pharmacologique (RR 0,90; IC 95 % 0,84 - 0,96). En outre, il était moins probable que leur nouveau-né présente un score d'Apgar faible en cinq minutes (RR 0,62; IC 95 % 0,46 - 0,85). Aucune différence n'a été observée dans les résultats du nombre de nouveau-nés admis dans les unités de soins néonataux. Aucune différence n'a été constatée si les nouveau-nés étaient allaités à l'âge de huit semaines. Enfin, les femmes étaient moins susceptibles de donner une évaluation négative ou d'exprimer des sentiments négatifs concernant leur expérience de naissance (RR 0,69; IC 95 % 0,59 - 0,79). Le résultat qui a suggéré que les femmes ayant un soutien continu présentent un risque de dépression postnatale plus faible ne peut être concluant, car les études ont été difficiles à comparer. Aucun effet indésirable du soutien continu n'a été trouvé. Les résultats secondaires ont montré que le soutien continu est plus efficace pour réduire le nombre de naissances par césarienne lorsque le fournisseur de soins ne fait pas partie du personnel de l'établissement de santé et ne fait pas partie du réseau social de la femme. Il en est de même dans le cas de contextes où l'épidurale n'est pas systématiquement disponible. Les résultats qui comparent le soutien continu en ce qui concerne le revenu entre les pays sont similaires, à l'exception de la césarienne. Dans les pays à revenu moyen, les résultats ont montré une réduction du taux de césarienne. Aucune conclusion n'a pu être tirée sur la surveillance électronique fœtale, le moment auquel le soutien continu commence à être offert aux femmes ainsi que le modèle type de soutien. Les auteurs ont conclu que d'autres recherches sur le soutien continu pourraient s'intéresser aux résultats à long terme comme l'allaitement, l'interaction mère-enfant, la dépression postnatale, l'estime de soi et les difficultés dans le rôle maternel ainsi que des résultats centrés sur les femmes dans les milieux à faible revenu.

1.5.4.6 Soutien continu offert par les infirmières

Le modèle de soins infirmiers globaux a préconisé le soutien individuel « *one-on-one* », pendant le travail, c'est-à-dire la présence continue d'une infirmière pour chaque femme en travail actif comme un nouveau standard de qualité des soins (Sosa, Crozier et Robinson, 2012; Tumblin et Simkin, 2001). Or, l'augmentation des interventions médicales a nécessité pour les infirmières une surveillance d'équipements supplémentaires au lieu de fournir aux femmes un soutien continu lors du travail et la naissance (Tumblin et Simkin, 2001). Une analyse du concept du soutien individuel « *one-on-one* » pendant le travail a été réalisée puisque le terme est utilisé dans de nombreux écrits scientifiques et politiques sans consensus clair sur la définition (Sosa et al., 2012). L'analyse a révélé que les antécédents sont : une philosophie de soins centrée sur la femme, des femmes à faible risque, une dotation adéquate en personnel, une main-d'œuvre établie, un fournisseur de soins motivé pour « être avec » une femme, une femme voulant que le fournisseur de soins ou son partenaire de naissance soit présent auprès d'elle. Les attributs sont : un rapport d'un fournisseur de soins ou partenaire de naissance à une femme, personnalisé et adapté aux besoins de chaque individu, un centre d'attention exclusif, une relation égale, un soutien continu et une présence, être avec, être disponible. Les conséquences sont : des résultats d'accouchement améliorés, un travail plus court, une amélioration de la satisfaction maternelle, une amélioration de la satisfaction des fournisseurs de soins, une augmentation du soutien du travail, une distraction réduite, une augmentation des rapports entre le fournisseur de soins et la femme. Enfin, les lignes directrices indiquent qu'un ratio d'une femme pour une infirmière est nécessaire pour garantir la sécurité des femmes en travail qui choisissent une intervention minimale durant leur travail ou dans la deuxième phase du travail, qui reçoivent de l'ocytocine ou présentent des complications médicales ou obstétricales.

Dans les années 1990, quelques études se sont préoccupées du soutien continu offert par les infirmières. L'une d'entre elles a comparé les effets d'un soutien continu offert par une infirmière aux soins habituels aux femmes lors du travail et de la naissance (Gagnon et al., 1997). Les résultats ont mis en évidence une tendance positive due au soutien continu des infirmières avec une réduction de 17 % du risque de stimulation à l'ocytocine (RR 0,83; IC 95 % 0,67 - 1,04). Par

ailleurs, aucune différence significative n'a été trouvée dans la durée du travail et le taux de césarienne, césarienne pour disproportion céphalopelvienne, analgésie épidurale, admission en unité de soins intensifs néonataux, accouchement par voie vaginale instrumentale et trauma périnéal. Les auteurs ont conclu que la réduction de la stimulation à l'ocytocine suggère la mise en œuvre de recommandations pour un soutien continu offert par les infirmières. Une analyse secondaire de l'essai clinique randomisé de Gagnon et al. (1997) a comparé un soutien continu offert par une infirmière aux soins standards chez les femmes stimulées par l'ocytocine (Gagnon et Waghorn, 1999). Les résultats ont indiqué une tendance bénéfique grâce au soutien continu avec une réduction de 56% du risque d'accouchement par césarienne (RR 0,44; IC 95 % 0,19 - 0,1). Les auteurs ont conclu que ce résultat suggère que les femmes stimulées par l'ocytocine pourraient bénéficier d'un soutien continu offert par les infirmières.

D'autres études ont été réalisées pour évaluer dans quelle proportion les infirmières assurent un soutien continu à la femme en travail actif (Gagnon et Waghorn, 1996; McNiven, Hodnett et O'Brien-Pallas, 1992). Une de celles-ci a examiné le temps consacré par les infirmières à offrir un soutien continu aux femmes en travail selon les quarts de travail, les jours de semaine et de fin de semaine ainsi que selon les caractéristiques des femmes et des fournisseurs de soins (Gagnon et Waghorn, 1996). Les résultats ont montré que le temps passé à offrir un soutien continu a été de 6,1% (IC 95 % 5,3 % - 6,9 %), sur la base de 3 367 observations. Le temps consacré au soutien continu a été semblable pour les quarts de semaine et de week-end. Les infirmières avec moins de sept années d'expérience en soins périnataux ont consacré 2,7 % (IC 95% 0,9 - 4,5) plus de temps que les infirmières avec sept années d'expérience ou plus. Le soutien continu offert a été de 9,2 % (IC 95 % 0,7 - 17,7) plus important pour les femmes primipares que chez les multipares. Le soutien continu pour les femmes avec une épidurale a été similaire à celui des femmes qui n'en avaient pas. Les auteurs ont conclu que les infirmières consacrent peu de temps à offrir du soutien continu dans une proportion qui varie entre 6 % et 12,4 %, d'où la nécessité pour les infirmières et les gestionnaires de se pencher sur la question relative à l'offre de soutien continu. Une étude a montré des résultats similaires sur la proportion du temps que les infirmières consacrent au soutien par

rapport aux autres activités qui est de 9,9 % (IC 95 % 7,5 % - 12 %) (McNiven, Hodnett et O'Brien-Pallas, 1992).

Une étude a examiné les déterminants concernant l'intention des infirmières d'offrir le soutien continu (Payant, Davies, Graham, Peterson et Clinch, 2008). Les résultats ont montré que l'intention des infirmières d'offrir un soutien continu est plus faible pour les femmes avec une épidurale. Les infirmières sont influencées par les pressions sociales perçues sur leur unité de soins. Elles ont nommé des obstacles organisationnels, par exemple le mode ou la méthode d'allocation du ratio infirmière par femme, qui constituent des facteurs importants influant sur leur capacité à offrir un soutien continu. Les résultats d'une étude qui a tenté de comprendre ce que signifie pour une femme en travail la présence d'une infirmière auprès d'elle abondent dans le même sens (MacKinnon et al., 2005). En effet, les résultats ont évoqué que les femmes attribuent des significations multiples aux soins fournis par les infirmières. La manière dont une infirmière est « présente » pour elles a constitué une partie très importante de leur expérience. Les auteurs ont conclu que d'autres recherches sont nécessaires pour expliquer en quoi les procédures hospitalières, les structures administratives et les pratiques médicales permettent ou limitent la présence des infirmières.

Certaines études ont voulu explorer le point de vue des infirmières quant aux facteurs qui les aident ou qui entravent leurs efforts pour offrir un soutien continu aux femmes (Sleutel, Schultz et Wyble, 2007; Sleutel, 2000). Les résultats ont laissé émerger six thèmes dans la catégorie des facteurs qui entravent : i) les pratiques qui accélèrent, contrôlent et mécanisent la naissance; ii) la culture et les ressources des installations; iii) les connaissances des mères, leur langue et leur état de santé; iv) les pratiques désuètes; v) les conflits; et, vi) le refus professionnel/éthique. Dans la catégorie des facteurs qui contribuent, quatre thèmes ont été dégagés: i) le travail d'équipe et la collaboration; ii) la philosophie de la naissance en tant que processus naturel; iii) la culture et les ressources des établissements; et, iv) l'impact des soins infirmiers comme l'expérience et l'autonomie. Les infirmières ont exprimé une gamme de sentiments allant de la fierté et du plaisir intense au désenchantement, au mécontentement et à la détresse, en ce qui concerne les obstacles et les

facilitateurs quant à leur capacité à prodiguer des soins efficaces et optimaux. Elles ont été fermement convaincues que les interventions médicales entravent souvent leurs soins et les empêchent de fournir un soutien continu de qualité. D'autres études réalisées auprès des infirmières ont indiqué qu'une dotation en personnel insuffisante constitue un obstacle dans l'offre de tous les aspects du soutien continu : soutien physique et émotionnel, information et plaidoyer (Simpson, 2015; Simpson et Lyndon, 2017).

D'autres études ont souhaité déterminer si la disponibilité du soutien continu offert par les infirmières pouvait influencer le mode de naissance (Edmonds et Jones, 2013). Les deux revues systématiques Cochrane précédentes ont fourni des résultats contradictoires. La première revue systématique a démontré que le soutien continu, y compris celui offert par les infirmières, entraîne une diminution du taux de césariennes (Hodnett et al., 2005). Dans la seconde, les chercheurs ont constaté que le soutien continu offert par les fournisseurs de soins des établissements, y compris les infirmières, n'a aucun effet (Hodnett et al., 2012). Les infirmières ont mentionné que la culture organisationnelle caractérisée par des interventions médicales de routine entrave les pratiques de soins optimales, les empêchant d'offrir un soutien continu de qualité aux femmes (Sleutel et al., 2007).

Une étude sur les indicateurs du soutien continu offert par les infirmières a examiné s'il existait une association entre ces indicateurs et le risque d'accouchement par césarienne (Gagnon, Meier et Waghorn, 2007). Les résultats ont montré chez les 467 femmes qu'une à dix-sept infirmières se sont occupées d'elles. Les infirmières ont changé d'une à vingt-huit fois et la durée moyenne pour laquelle la même infirmière a été responsable d'une femme est de 10 à 1 045 minutes. Le rapport de cotes pour la naissance par césarienne en raison du nombre d'infirmières a été de 1,17 (IC 95 % 1,04 - 1,32); une infirmière ou plus a changé toutes les deux heures, c'est-à-dire le nombre de fois où les responsabilités du soin ont changé d'infirmières de 1,04 (IC 95 % 0,62 - 1,74); et de 33 % ou plus du travail effectué par la même infirmière, 0,74 (IC 95 % 0,42 - 1,30). Les auteurs ont conclu qu'une association a été observée entre le nombre d'infirmières prenant en charge une femme durant son travail et le risque d'accouchement par césarienne.

Une étude qualitative a impliqué les principaux acteurs dans les soins de maternité afin de déterminer les aspects des soins infirmiers pendant le travail et l'accouchement qui, à leur avis, influencent l'issue de la naissance, et la manière dont ces aspects des soins pourraient être mesurés (Lyndon et al., 2017). Pour ce faire, 15 groupes de discussion ont exploré les perceptions de 73 infirmières, 23 nouvelles mères et 9 médecins sur des aspects importants des soins. Les résultats ont révélé que les infirmières, les nouvelles mères et les médecins ont déterminé que le soutien infirmier et le plaidoyer des femmes étaient importants pour l'issue de la naissance. Les actions de soutien et de plaidoyer ont consisté à tenir informés les femmes et les membres de leur famille, à être présent avec les femmes, à donner le ton émotionnel, à connaître et à défendre les souhaits des femmes et à éviter les naissances par césarienne. Les participantes ont indiqué que les taux de césarienne et d'allaitement étaient susceptibles d'être sensibles aux soins infirmiers. Les auteurs ont conclu que les modèles de soins garantissant que les infirmières disposent de suffisamment de temps et de ressources pour nouer des relations constructives valorisées par les femmes pourraient contribuer à améliorer les résultats pour la santé et l'expérience de celles-ci.

Enfin, très récemment, *l'Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN)* (2018) a publié une prise de position sur le soutien continu du travail pour chaque femme en affirmant que celui-ci est indispensable pour améliorer les résultats sur la naissance (Association of Women's Health, 2018). Le soutien continu pendant le travail est une fonction infirmière puissante et il incombe aux établissements de soins de santé de respecter un niveau de dotation qui facilite la relation unique entre la femme et l'infirmière pendant l'accouchement. Cette relation unique pourrait s'étendre tout au long du continuum de soins en périnatalité. Ainsi, le soutien continu offert par les infirmières est une priorité pour améliorer la qualité des soins.

1.6 Synthèse de la recension des écrits

Les femmes devraient bénéficier de modèles de continuité relationnelle des soins. Plusieurs études ont démontré que la continuité relationnelle des soins est une dimension importante de satisfaction pour répondre aux besoins particuliers des femmes. En effet, il a été relaté que, lorsque des

fournisseurs de soins sont respectueux, compétents et bienveillants et portent ces attributs, ils partagent la conviction que la naissance est un événement de la vie normale et qu'il importe d'offrir des soins en continuité et en partenariat avec la femme. La recension des écrits montre que la continuité relationnelle des soins peut améliorer la qualité des services, mais sa contribution spécifique et ses mécanismes demeurent mal compris. Les études sur la continuité relationnelle des soins par des infirmières en prénatal et postnatal ont démontré des résultats bénéfiques, de même que les modèles de soins sage-femme ont été associés à des résultats positifs pour la mère et l'enfant. Il est présumé que la contribution disciplinaire des infirmières par le développement d'un nouveau modèle de continuité relationnelle des soins en partenariat avec les femmes pourrait jouer un rôle important dans l'amélioration de la qualité des services maternels et néonataux. Aucune étude n'a pu être répertoriée sur un modèle de continuité relationnelle des soins par des infirmières couvrant l'ensemble du continuum en périnatalité – prénatal, pernatal et postnatal. La présente étude tente de combler ces lacunes en ayant comme objectif de co-construire un modèle de continuité relationnelle des soins prodigués par des infirmières avec les femmes dans le contexte de la périnatalité. La prochaine section expose le cadre conceptuel ainsi que les objectifs de la présente étude.

1.7 Cadre conceptuel et questions de recherche

Dans la présente section, le cadre conceptuel de la recherche intitulé : « Cadre conceptuel du partenariat relationnel entre l'infirmière et la femme lors de la co-construction d'un modèle de soins en périnatalité » est présenté. L'élaboration du cadre et de ses concepts centraux s'inspire de la recension des écrits ainsi que des ancrages théoriques suivants : le « Cadre d'analyse des soins maternels et néonataux de qualité » de (Renfrew et al., 2014) et le « Modèle relationnel patient-partenaire *Montreal model* » de (Pomey et al., 2015). Par ailleurs, il est à noter que les ancrages théoriques qui sont présentés ne sont pas utilisés de façon prescriptive ou rigide, mais qu'ils servent plutôt à présenter et à organiser les concepts propres à la problématique à l'étude qui figurent dans le cadre conceptuel. La présentation des ancrages théoriques sera effectuée dans un premier temps

pour enchaîner avec le cadre conceptuel proprement dit, puis le but et les questions de recherche qui se dégagent du cadre seront finalement exposés.

1.7.1 Quelques modèles de référence

1.7.1.1 Cadre d'analyse des soins maternels et néonataux de qualité de Renfrew et al. (2014)

Une avancée majeure dans la compréhension des éléments constitutifs de la qualité des soins de maternité est parue en 2014 avec la publication d'un cadre d'analyse intitulé : *Framework for Quality Maternal and Newborn Care QMNC* de Renfrew et al. (2014) dans la série de *Lancet* portant sur la maïeutique. Il a été élaboré sur la base d'une revue systématique conventionnelle et des avancées réalisées dans les méthodes de synthèse interprétative. Son développement repose sur la contribution d'avis d'experts de 35 coauteurs et d'une douzaine de lecteurs critiques. Les résultats probants utilisés pour élaborer le cadre comprenaient 461 analyses d'interventions Cochrane, 13 métasynthèses d'études qualitatives sur l'opinion et l'expérience des femmes et sept analyses de problèmes liés à la main-d'œuvre.

Le cadre d'analyse met l'accent sur les besoins des femmes, des nouveau-nés et des familles avant et pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale. Il établit une distinction entre les différents types de soins prodigués, la manière dont ils le sont et quel intervenant devrait assurer la responsabilité de les dispenser, et ce, dans tous les milieux. Le cadre d'analyse précise également les composantes essentielles pour qu'un système de santé soit en mesure d'assurer des soins maternels et néonataux de haute qualité et la manière dont il assume ses fonctions et atteint ses objectifs dans un contexte donné. Pour ce faire, cinq composantes essentielles, étroitement liées entre elles, énumèrent chacune les caractéristiques pertinentes des soins de qualité spécifiques pour les femmes et les nouveau-nés dans le continuum de soins, et ce, du début de la grossesse jusqu'aux premières semaines de vie. Ces composantes sont les suivantes : i) catégories de pratiques; ii) organisation des soins; iii) valeurs; vi) philosophie; et, v) prestataires de soins. Dans chacune de ces composantes, les caractéristiques des soins dont les femmes et les nourrissons ont besoin sont

spécifiées. Enfin, la Figure 4 illustre le cadre d'analyse des soins maternels et néonataux de qualité (Renfrew et al., 2014).



Figure 4 Cadre d'analyse des soins maternels et néonataux de qualité (Renfrew et al., 2014)

Au cadre d'analyse des soins maternels et néonataux de qualité s'ajoute une classification de 72 pratiques efficaces et inefficaces associées aux catégories de pratiques et composantes transversales. Ainsi, 38 % des pratiques efficaces sont pertinentes pour toutes les femmes enceintes et tous les nouveau-nés, et 21 % d'entre elles concernent une prise en charge de premier niveau des femmes et des nouveau-nés présentant des complications, alors que 41 % des pratiques nécessitent l'intervention d'un praticien possédant des compétences pointues en obstétrique, en néonatalogie ou en médecine, pour prendre en charge les complications graves.

Le cadre d'analyse peut servir à évaluer les composantes clés et les caractéristiques de la qualité des soins pour les mères et les nouveau-nés offerts par un large éventail de fournisseurs dans divers

environnements de soins dans le monde. Selon les auteurs, il peut être utilisé pour répondre à divers besoins, par exemple lors du développement de nouveaux services ou modèles de soins. Il peut servir également lors de l'analyse des données pertinentes afin de préciser le champ de la pratique et les effets de l'obstétrique, de la médecine, des soins infirmiers, des accoucheuses qualifiées et des systèmes de santé publique et communautaire. Enfin, l'expérimentation pratique du cadre d'analyse pourrait permettre de recenser les résultats cliniques, psychosociaux et économiques à court et long terme dans les pays à revenu faible, intermédiaire et élevé. À ce jour, certains auteurs ont utilisé ce cadre d'analyse dans différents travaux, ce qui justifie le choix de le retenir dans la présente étude (McInnes, Martin et Macarthur, 2018; Symon et al., 2018; Symon et al., 2016). Il peut donc être utilisé pour déterminer et revoir la portée et le contenu de tous les soins maternels et néonataux, et ce, peu importe la discipline. Dans cette étude, il est utilisé dans le but spécifique de co-créeer les composantes du modèle de soins en co-construction.

1.7.1.2 Modèle relationnel patient-partenaire « *Montreal model* » de Pomey et al. (2015)

Il est reconnu que l'amélioration de la qualité des soins, rendue nécessaire par la transformation des services, s'actualise obligatoirement par la participation des patients dans le système de santé afin que ceux-ci puissent faire entendre leurs voix. La recension des écrits a fait le point sur la relation entre le patient et son fournisseur de soin, relation qui a évolué en passant d'une approche paternaliste vers une approche centrée sur la personne. Or, malgré l'intérêt manifeste à utiliser cette approche au cours des vingt dernières années, la réalité est telle qu'il est difficile pour le système de santé de s'affranchir de l'approche paternaliste. En effet, il semble que l'approche centrée sur la personne maintienne le monopole du rôle de soignant (Pomey et al., 2015). En outre, certains auteurs mentionnent que la participation du patient ne consiste pas seulement en les soins centrés sur la personne, mais aussi en le fait de permettre la co-conception des soins fondée à partir de leurs expériences, ce qui permet la réalisation de projets d'amélioration des soins (Bate et Robert, 2006). Dans l'approche patient-partenaire, les patients sont considérés comme des membres de l'équipe de soins de santé : comme tous les autres membres de l'équipe, ils apportent leur expertise unique (Karazivan et al., 2015).

Un modèle relationnel, basé sur le partenariat entre les patients et les professionnels de la santé, a été développé à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, qui l'a intitulé « *Montreal model* » (Pomey et al., 2015), illustré à la Figure 5 ci-dessous. Il s'agit d'un modèle de partenariat patient-soignant multidimensionnel inspiré du cadre théorique du continuum de l'engagement des patients de Carman et al. (2013). Dans les dernières années, les études se sont poursuivies afin d'obtenir des résultats probants sur la pertinence de poursuivre le développement des connaissances sur le partenariat avec les patients pour améliorer les soins (Pomey et al., 2020; Pomey et al., 2018).

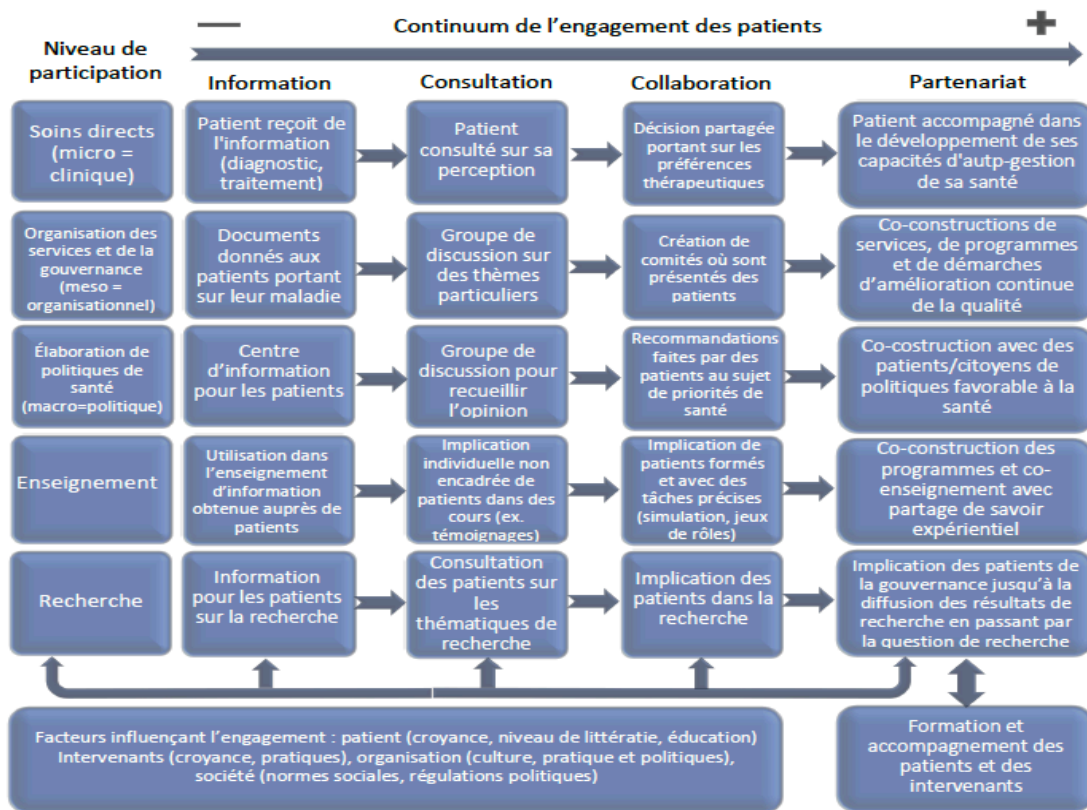
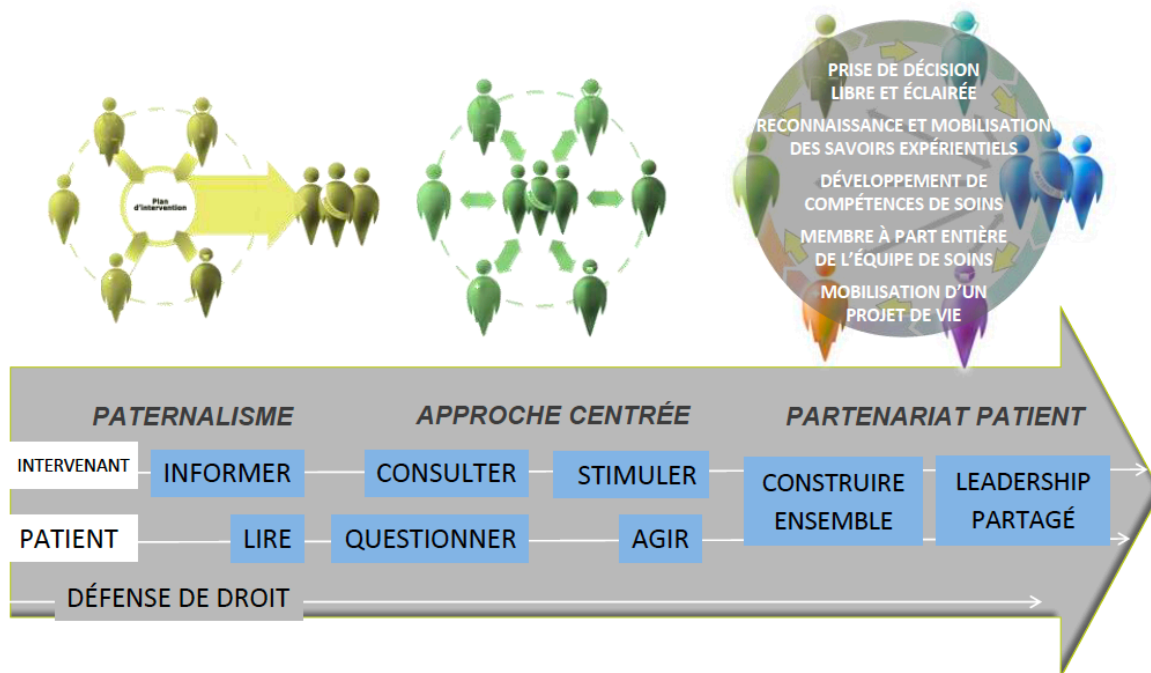


Figure 5 Modèle relationnel patient-partenaire « *Montreal model* » de Pomey et al. (2015)

Le modèle présente l'engagement des patients selon les trois aspects essentiels suivants : premièrement, le niveau d'engagement peut varier d'une situation à une autre selon la volonté et la capacité des patients, ainsi que des contextes et des besoins à l'origine de leur participation. L'engagement des patients ne se limite pas aux comportements individuels en matière de santé ni aux interactions directes avec les soins; il se manifeste également dans la conception et la gouvernance organisationnelles et dans l'élaboration des politiques. Les patients participent au niveau : i) des soins directs pour améliorer la prestation des soins. La participation des patients offre d'importants parcours d'amélioration des services de santé, y compris les mesures de l'expérience des patients qui est considérée de plus en plus comme des moyens pour améliorer les résultats; ii) de l'organisation des soins et services, l'expérience du patient permet d'améliorer l'intégration et la continuité des soins proposés afin de rendre la trajectoire de soins la plus harmonieuse de son point de vue; et, iii) de la gouvernance pour prendre part aux décisions de la direction sur les politiques et les pratiques (Pomey et al., 2015). Deuxièmement, l'intensité de l'engagement des patients correspond à quatre dimensions – information, consultation, collaboration, partenariat – et s'inscrit sur un continuum qui peut s'étendre d'un niveau faible, comme le partage d'informations ou de données entre les partenaires, à un niveau plus intense, comme celui associé au partenariat. Chacune des quatre dimensions d'engagement se traduit à son tour par quatre comportements pour le patient : lire, questionner, agir, construire ensemble ainsi que quatre comportements d'engagement pour l'intervenant : informer, consulter, stimuler, construire ensemble. Enfin, la Figure 6 illustre l'intensité de l'engagement du patient et l'intervenant selon leurs différents comportements.



Karazivan P, Dumez V., Flora L., Pomey M-P, Fernandez N, Guadiri S, Del Grande C, Jouet E, Las Vergnas O, Lebel P. The Patient as Partner in Care: Conceptual Grounds for a Necessary Transition. *Academy Medicine (AcadMed-D-13-01604)*. January 20, 2015

Figure 6 Intensité de l'engagement du patient et de l'intervenant

Troisièmement, plusieurs facteurs influent sur la volonté et la capacité des patients de s'engager. Ces facteurs sont : le patient lui-même, l'intervenant, l'organisation et la société. Le facteur patient est composé des caractéristiques de celui-ci, soit : sa motivation, sa volonté et sa capacité de s'engager à différents niveaux, ses connaissances, ses croyances, ses attitudes et ses convictions quant à son rôle, son expérience du système de santé, son auto-efficacité et ses capacités fonctionnelles comme par exemple : le niveau d'éducation, l'état de santé, la confiance en soi, le statut social. Le facteur intervenant est composé des croyances et des pratiques professionnelles. Le facteur organisation est composé de la culture institutionnelle qui est plus ou moins ouverte et réceptive au point de vue du patient et de ses proches. Les politiques et pratiques institutionnelles peuvent faciliter ou contraindre la participation des patients. Le facteur social reconnaît que les patients et les organisations opèrent dans un environnement social et politique plus large et sont influencés par les normes sociales, la réglementation, et les politiques de différents paliers (Pomey et al., 2015).

Par ailleurs, le modèle s'appuie sur les savoirs expérientiels des patients qui sont définis de la manière suivante:

Savoirs du patient, issus du vécu de ses problèmes de santé ou psychosocial, de son expérience et de sa connaissance de la trajectoire de soins et services, ainsi que des répercussions de ces problèmes sur sa vie personnelle et celle de ses proches (Pomey et al., 2015, p.S42).

Le modèle s'affranchit de l'approche centrée sur la personne en évoluant vers une approche de partenariat puisque le patient est considéré comme un acteur de soins à part entière dans l'équipe avec son expérience et ses savoirs expérientiels. Le patient devient partenaire en partageant ses savoirs expérientiels pour prendre part aux décisions le concernant et exercer son leadership comme les fournisseurs de soins qui apportent leurs savoirs scientifiques (Pomey et al., 2015). Les savoirs expérientiels des patients et les savoirs scientifiques des fournisseurs de soins sont reconnus et complémentaires.

La pertinence de cet ancrage théorique est que le modèle apporte dans la relation entre le patient et le fournisseur de soins une approche d'engagement pour promouvoir cette participation visant à partager son vécu et ses savoirs expérientiels. En effet, l'approche d'engagement aide à caractériser la participation des patients à la prise de décision. La co-construction qui consiste à travailler en partenariat est définie comme un mode de collaboration entre les patients et les fournisseurs de soins, fondé sur la complémentarité des expertises et des savoirs expérientiels de chacun et sur un leadership partagé, en vue de réaliser une activité conjointe à partir d'une compréhension commune de la finalité visée et de la démarche à employer (DCPP et CIO - UdeM, 2016).

Comme exposé précédemment, engager les patients pour travailler avec eux en partenariat permet de mieux comprendre leur réalité ainsi que leur expérience de soins. Cette démarche peut servir à améliorer le système de santé avec les patients, un moyen qui s'avère particulièrement pertinent lors du développement de nouvelles interventions comme un modèle de soins. En effet, il devient ainsi possible de co-construire avec un petit nombre de patients en temps réel en vue de tenir

compte de leur savoir expérientiel ainsi que du contexte du système pour ajuster celui-ci par la suite.

1.7.2 Cadre conceptuel de l'étude

Certains des concepts de ces différents ancrages théoriques suivants, tels que les composantes du cadre d'analyse des soins maternels et néonataux de qualité de Renfrew et al. (2014) et le modèle relationnel patient-partenaire de Pomey et al. (2015), ont permis de bâtir le cadre des concepts de la présente étude pour guider la co-construction. Les cinq composantes du cadre d'analyse des soins maternels et néonataux de qualité de Renfrew et al. (2014) sont déclinées comme suit :

1. La composante catégories de pratiques qui décrit le contenu des activités de soins comprend cinq sous-catégories, dont les trois premières sont axées sur le soutien et la prévention et s'avèrent nécessaires à toutes les femmes en âge de procréer et à tous les nouveau-nés : i) éducation, information, promotion de la santé; ii) évaluation, dépistage, planification des soins; et, iii) promotion de la physiologie et prévention des complications. Les deux autres sous-catégories sont pour les femmes et les nouveau-nés présentant des complications : iv) traitement des complications de première ligne; et, v) services obstétricaux et néonataux;
2. La composante organisation des soins stipule que les soins doivent être disponibles, accessibles, acceptables, et ce, par l'entremise de ressources suffisantes et du personnel compétent. La continuité des soins est nécessaire ainsi que l'intégration des services communautaires et institutionnels;
3. La composante valeurs qui évoque le respect, la communication et les connaissances de la communauté culturelle, ainsi que l'adaptation des soins aux circonstances et aux besoins individuels des femmes;
4. La composante philosophie qui optimise les processus biologiques, psychologiques, sociaux et culturels et une prise en charge expectative afin de recourir à l'intervention uniquement sur indication. Elle implique également de reconnaître et de renforcer les capacités propres des femmes, dont l'un des aspects est le respect du droit des femmes de prendre des décisions en ce qui concerne leurs propres soins; et enfin,

5. La composante fournisseurs de soins décrit qu'ils doivent combiner des connaissances et des compétences cliniques et des qualités interpersonnelles et culturelles. La répartition des rôles et des responsabilités se fait selon les besoins, les compétences et les ressources du milieu.

De son côté, le modèle relationnel patient-partenaire de Pomey et al. (2015) est important pour décrire l'engagement des patients dans les services de santé; il a été adapté au contexte de la périnatalité lors de la co-construction. Le terme « patiente-partenaire » a été remplacé par le terme « femme-partenaire » et le terme « intervenant » par « infirmière-partenaire », deux termes définis comme suit :

- La femme-partenaire est une personne unique, individuelle et holistique dans ses besoins physique, mental, social et spirituel. Ses savoirs expérientiels sont reconnus et valorisés afin que se développent ses compétences d'autosoins. Elle manifeste progressivement ses habiletés à co-construire son expérience de soins par des choix libres et éclairés en conformité avec son projet de maternité.
- L'infirmière-partenaire est une personne unique qui accompagne en partenariat la femme dans le respect de tous les aspects de son humanité. Elle reconnaît les savoirs expérientiels de la femme et partage ses propres savoirs disciplinaires et expérientiels (Chinn et Kramer, 2018). L'accompagnement en partenariat de l'infirmière permet de développer les compétences d'autosoins et d'habiliter progressivement la femme au cours de son expérience de soins à co-construire ses choix libres et éclairés en conformité avec son projet de maternité.

La relation de soins qui unit ces deux acteurs des soins correspond à l'engagement de l'infirmière et de la femme qui sont partenaires dans une relation de partage et de co-apprentissage en associant leurs savoirs respectifs pour co-construire le projet de maternité. La co-construction avec chacune des femmes de leur projet de maternité aide à définir les composantes du modèle.

Le cœur de la démarche est représenté par les interactions entre l'infirmière et la femme partenaires dans une relation continue dans le temps par un accompagnement global prénatal, pernatal et

postnatal. La relation entre l'infirmière et la femme partenaires s'enracine, au fil du temps et de l'accompagnement global, dans des interactions continues tout au long du continuum de soins.

Ce partenariat relationnel entre l'infirmière et la femme partenaires évolue selon les différents niveaux de participation représentés par les quatre dimensions d'engagement – information, consultation, collaboration et co-construction – définies comme suit : i) information : la femme reçoit de l'information sur la grossesse, l'accouchement, le postnatal; ii) consultation : la femme est consultée sur ses questions sur la grossesse, l'accouchement, le postnatal; iii) collaboration : la femme est impliquée afin qu'elle partage ses préférences et son vécu expérientiel sur la grossesse, l'accouchement, le postnatal; et, iv) co-construction : la femme prend ses décisions en fonction de ses objectifs et de son projet de maternité. Il existe un gradient dans l'engagement des femmes qui part de l'information à la consultation, puis à la collaboration pour aboutir au partenariat. Or, les dimensions de l'engagement entre l'infirmière et la femme partenaires peuvent aussi se manifester de manière simultanée dans la relation selon l'intensité des interactions. Elles peuvent varier dans le temps à l'intérieur d'une même rencontre et selon la période du continuum au cours de l'expérience de soins.

Par ailleurs, des facteurs tels les femmes, les fournisseurs de soins, l'organisation et la société influencent cet engagement entre l'infirmière et la femme partenaires en le favorisant ou le limitant. Il s'agit des quatre facteurs suivants : i) les femmes-partenaires possèdent des caractéristiques individuelles et des savoirs expérientiels qui peuvent influencer leur motivation, volonté, capacité à s'engager et sont influencées par leurs valeurs, connaissances, attitudes, croyances quant au rôle de patiente et leur expérience antérieure avec le système de soins. Leur niveau d'éducation, leur état de santé, leur confiance en soi et leur statut social sont des éléments à considérer; ii) les fournisseurs de soins dont l'infirmière-partenaire possèdent des caractéristiques individuelles incluant leurs croyances et leurs valeurs, des qualités interpersonnelles et des compétences. Leurs compétences correspondent à différents savoirs regroupant une combinaison de leurs connaissances fondées sur les données probantes ainsi que sur leur expérience personnelle et professionnelle; iii) l'organisation par une culture institutionnelle qui se doit d'être ouverte et

réceptive pour engager et intégrer la perspective des femmes dans leurs soins et dans l'amélioration de la qualité des services de santé et, iv) la société composée des personnes significatives pour la femme qui se doit d'encourager des normes sociales et politiques qui représentent la naissance comme un processus biologique, psychologique, social et culturel normal.

Ces différents concepts ainsi définis ont été co-construits au fil de l'étude, ce qui donne la version finale du cadre conceptuel, se traduisant dans trois sphères en interaction schématisées. Enfin, la Figure 7 illustre le cadre conceptuel du partenariat relationnel entre l'infirmière et la femme lors de la co-construction d'un modèle de soins en périnatalité.

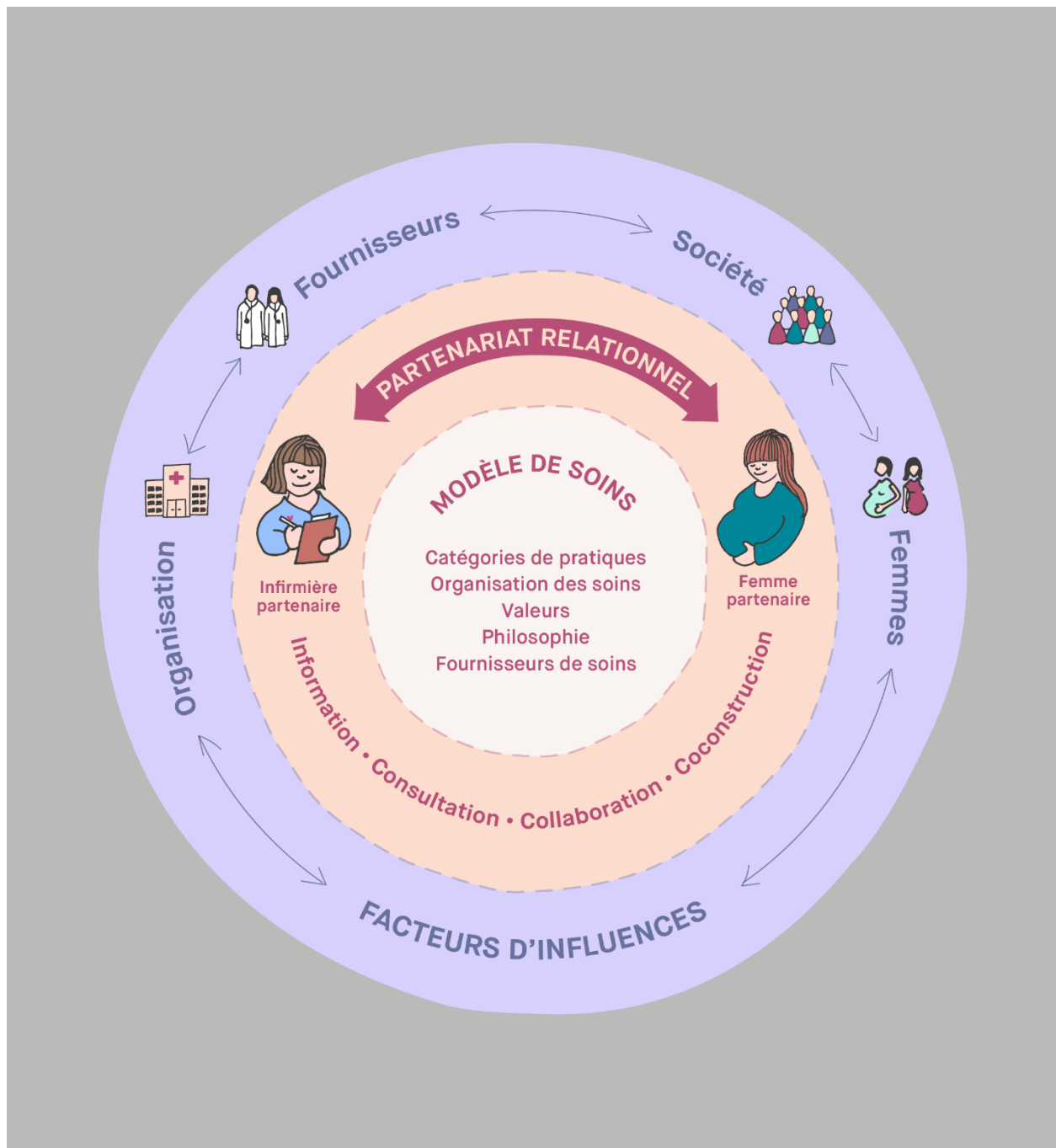


Figure 7 Cadre conceptuel du partenariat relationnel entre l'infirmière et la femme lors de la co-construction d'un modèle de soins en périnatalité

La première sphère centrale de couleur blanche correspond aux cinq composantes des soins maternels et néonataux de qualité qui interagissent entre elles et qui sont au cœur du modèle de soins en périnatalité en co-construction : catégories de pratique, organisation des soins, valeurs, philosophie et fournisseurs de soins. Elle est délimitée par une ligne discontinue en pointillé permettant l'imprégnation en permanence entre les zones dans les deux sens, et ce, avec la deuxième sphère constituée du partenariat relationnel entre l'infirmière et la femme partenaires qui contribue à la co-construction des composantes du modèle de soins en périnatalité.

La deuxième sphère intermédiaire de couleur pêche correspond au partenariat relationnel – engagement qui consiste en une relation de soins continue à travers le temps composée des interactions entre la femme et l'infirmière partenaires, celle-ci étant illustrée par les deux personnes. Le cœur sur la chemise de l'infirmière représente son savoir-être : l'esprit ouvert, le cœur ouvert et la volonté ouverte lorsqu'elle assure sa présence auprès de la femme. La femme et l'infirmière partenaires partagent leurs savoirs respectifs tout au long de l'expérience de soins vécue. La flèche bourgogne récursive illustre le partenariat relationnel – engagement dans lequel l'infirmière et la femme partenaires s'influencent mutuellement lors de la co-construction des composantes du modèle de soins en périnatalité. Ce partenariat évolue selon les quatre dimensions de l'engagement : information, consultation, collaboration, co-construction. De plus, le partenariat relationnel – engagement permet d'agir sur les composantes du modèle de soins en périnatalité pour le co-construire, ce qui est illustré par la délimitation pointillée de la première sphère permettant l'imprégnation entre les zones dans les deux sens, en permanence. Enfin, cette deuxième sphère est délimitée par une ligne discontinue en pointillé permettant l'imprégnation entre les 2^e et 3^e zones, dans les deux sens, qui influencent à leur tour la sphère au cœur central.

La troisième sphère externe de couleur mauve correspond à quatre facteurs d'influence : les femmes, les fournisseurs de soins, l'organisation et la société. Ces facteurs sont en interaction en permanence, ce qui est représenté par des flèches bidirectionnelles dans la sphère entre les facteurs. Ces quatre facteurs influencent également l'engagement dans le partenariat relationnel entre la

femme et l'infirmière lors de la co-construction des composantes du modèle de soins. Cette influence est schématisée par la ligne discontinue en pointillé entre les deux sphères.

Le cadre conceptuel devient le cœur de la démarche qui anime cette co-construction entre l'infirmière et la femme partenaires. Il est fondé sur le partenariat relationnel – engagement soutenu par la reconnaissance mutuelle des savoirs respectifs de la femme et de l'infirmière au cours de l'expérience de soins vécue lors de la co-construction des composantes du modèle de soins en périnatalité, tout en tenant compte de certains facteurs influençant cette démarche. La recension des écrits n'a pas permis de retracer un modèle de soins fondé sur la continuité offert par des infirmières en périnatalité ayant fait l'objet de recherche à ce jour, ce cadre conceptuel ainsi schématisé permet de préciser le but ciblé par la présente étude et les questions de recherche auxquelles elle tente de répondre.

1.7.3 But et questions de l'étude

Le but de la présente étude est de co-construire un modèle de soins fondé sur la continuité à partir du partenariat relationnel entre l'infirmière et des femmes au cours de leur expérience de soins en périnatalité, et ce, tout en analysant les facteurs – femmes, fournisseurs de soins, organisation, société – qui influencent cet engagement. Pour atteindre ce but, les trois questions suivantes sont formulées :

1. Comment le partenariat relationnel – engagement entre l'infirmière et la femme au cours de l'expérience de soins en périnatalité contribue-t-il à la co-construction des composantes du modèle de soins?
2. Comment les facteurs influençant l'engagement – femmes, fournisseurs de soins, organisation société – agissent-ils sur le partenariat relationnel entre l'infirmière et la femme et sur la co-construction des composantes du modèle de soins?
3. Quel est le modèle de soins qui est co-construit dans cette expérience de partenariat relationnel – engagement entre l'infirmière et la femme réalisée dans un milieu de soins en périnatalité au Québec?

CHAPITRE 3

MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre présente la méthodologie de recherche qui a été utilisée afin d'atteindre le but de l'étude et de répondre aux questions de recherche. Le respect du devis de l'étude fait en sorte que les éléments méthodologiques soient utilisés : le devis, le milieu de l'étude, l'échantillon, y compris la sélection des participants et les critères d'inclusion, le déroulement de l'étude, la collecte des données, l'analyse des données, les critères de scientificité et les considérations éthiques seront présentés et intégrés selon le déroulement de l'intervention de la recherche collaborative. Dans un premier temps, l'étudiante-chercheuse présente la position ontologique et épistémologique, pour ensuite poursuivre sur les aspects méthodologiques de la recherche présentée, avec comme assise la théorie en U de Scharmer (2016, 2009) qui comporte trois phases distinctes. La phase d'initiation du projet comprend l'étape de co-initier qui aborde les étapes décrivant la conception du projet de recherche et le rôle de l'étudiante-chercheuse. La phase d'immersion dans l'action est constituée des étapes suivantes : co-sentir, co-presencing et co-crée, qui expliquent la réalisation de la collecte des données longitudinales en décrivant les méthodes choisies. La phase de réflexion et d'analyse est désignée par l'étape de co-évoluer qui aborde l'analyse des données pour arriver à dévoiler les résultats de l'étude, les critères de rigueur scientifique et les considérations éthiques.

1.8 Les fondements des choix méthodologiques

Cette section détaille les fondements des choix méthodologiques de l'étude. La position ontologique et épistémologique est d'abord présentée. Par la suite, la théorie en U de Scharmer (2016, 2009) guidant la démarche de recherche est explicitée. Enfin, la section se conclut par la présentation du devis méthodologique.

1.8.1 Position épistémologique et méthodologique

La position de la présente étude se situe dans le paradigme épistémologique constructiviste pragmatique (PECP) de von Glasersfeld, (2001); Le Moigne, (1995, 2001, 2002) (Avenier, 2011). Certaines hypothèses fondatrices du PECP sont explicitées : i) l'expérience humaine est connaissable, chaque humain connaît sa propre expérience d'un réel; ii) il y a une interdépendance entre le sujet connaissant et ce qu'il étudie : ce qui relève uniquement du réel étudié est tissé avec ce qui relève du sujet connaissant ; iii) le projet de connaître un certain réel influence la manière dont on en fait l'expérience, et donc la connaissance que l'on en développe. Ainsi, il en résulte que la connaissance qu'un chercheur élabore dépend de lui-même, de son projet de connaissance et de son histoire (Gavard-Perret, Gotteland, Haon, Jolibert et Aubert, 2018).

Ce positionnement a teinté la démarche de l'étudiante-chercheuse puisqu'elle s'ancre à travers l'expérience des personnes qui participent à l'étude relative d'une problématique, et a pour finalité de construire des connaissances via la mise à l'épreuve dans l'action (Albert et Avenier, 2011). Tous les choix méthodologiques en recherche qualitative sont éligibles (Avenier, 2011). Une approche de recherche qualitative longitudinale (RQL) a été adoptée afin de co-construire les composantes du modèle tout au long de l'expérience des femmes en ce qui concerne leur vécu des soins. Cette approche est de plus en plus utilisée dans la recherche en santé pour explorer l'expérience vécue par les patients comme par exemple : cancer, hémodialyse, maladies chroniques qui est représentée comme un changement dans une perspective longitudinale à travers les trajectoires de soins. Elle réalise des études à partir d'une conception prospective, ce qui permet de suivre des personnes ou des groupes en temps réel au fil de la vie. Les méthodes d'entrevue ou

d'ethnographie comme l'observation et l'observation participante s'insèrent à des degrés divers dans la vie des participants par un suivi intensif ou extensif selon des transitions particulières. Le temps est le médium de la recherche (Calman, Brunton et Molassiotis, 2013).

Calman et al. (2013) exposent six caractéristiques de la RQL qui la distinguent des autres approches qualitatives et qui se déclinent comme suit : 1) la notion de temps qui est intégrée au processus de recherche, ce qui fait du changement un élément clé de l'analyse; 2) la RQL tente de répondre à des questions qualitatives et se concentre sur la raison et la manière dont ces expériences changent avec le temps; 3) elle se concentre sur des récits et des trajectoires individuelles, ce qui permet capturer des moments critiques ou des processus impliqués dans le changement; elle produit des résultats qui peuvent établir les processus par lesquels cette expérience est créée et éclairer les causes et les conséquences du changement; 5) elle est utile pour capturer les transitions vécues dans les soins en s'attardant aux processus impliqués dans l'expérience de la transition; et, 6) elle génère une riche source de données qui peut être utilisée avec succès pour une analyse secondaire des données. Les principes qui sous-tendent la RQL sont : la durée, le temps et le changement. Le temps et le changement sont contextuels et peuvent se transformer au cours d'une étude. Les études utilisent majoritairement comme méthode de collecte de données des entretiens qui sont nommés « entretiens en série » pour explorer les changements au fil du temps, bien que d'autres méthodes de collecte de données soient utilisées (Murray et al., 2009).

De plus, la présente étude est aussi soutenue par une approche de recherche collaborative. La recherche collaborative est constituée d'ancrages qui convergent vers ceux de la recherche-action, soit : le pragmatisme de Dewey, le changement social de Lewin et le « praticien réflexif » de Schön (Morrisette, 2013). Le grand courant de la recherche-action de Lewin (1943) a pour but de développer des connaissances pratiques en partenariat avec les groupes impliqués dans le phénomène d'émancipation. La finalité de la recherche-action est de transformer. Un des postulats est que les individus possèdent une connaissance pertinente de leurs comportements et peuvent collectivement s'engager dans des processus de changement articulés dans un projet de recherche. Une des forces de cette approche est de mobiliser les participants eux-mêmes dans le

développement de connaissances et dans la modification des pratiques (Meyer, 2000). La recherche-action est une approche de recherche se rattachant au paradigme du pragmatisme qui part du principe que c'est par l'action que l'on peut générer des connaissances scientifiques utiles pour comprendre et changer la réalité sociale des individus et des systèmes sociaux (Roy et Prévost, 2013).

Dans les trente dernières années, la recherche collaborative a donné lieu à des écrits qui se sont multipliés, ce qui a contribué à une variété de conceptions et des partenariats de diverses intensités (Morrisette, 2013). La présente étude retient les fondements de l'approche de recherche collaborative développée par Desgagné (1997) qui a proposé l'une des conceptualisations de la collaboration les plus achevées (Desgagné, 1997). La recherche collaborative est représentée par une démarche d'exploration d'un objet qui conduit à la co-construction de savoirs autour d'une pratique professionnelle (Desgagné, 1998). Selon Morrisette (2013), la recherche collaborative répond à certaines caractéristiques telles que : i) avoir une visée d'explicitation d'un savoir-faire lié à un aspect de la pratique professionnelle et de médiation entre une communauté de recherche et une communauté de participants; il s'agit d'un processus de co-construction de l'objet au travers de zones de savoirs partagées, admises et contestées; ii) utiliser une démarche selon trois étapes : co-situation, coopération, coproduction; iii) démontrer des expertises complémentaires : le chercheur et les participants n'accomplissent pas nécessairement les mêmes tâches. Ces caractéristiques sont en concordance avec le but de l'étude.

Par ailleurs, la recherche collaborative peut être fondée sur le paradigme critique qui vise la mise à jour des inégalités sociales par la conscientisation, le renversement des relations de pouvoir pour des groupes vulnérables et ultimement l'émancipation et l'autonomisation des populations ciblées. La théorie critique et les travaux d'Habermas (1981) indiquent que la compréhension de la réalité passe par la clarification des relations complexes entre les individus au niveau du pouvoir (Anadon et L'Hostie, 2001). Lorsque les individus acquièrent une autonomie et une liberté, ils peuvent exprimer leurs véritables intérêts et ainsi établir des relations justes. Cette démarche suscite un changement de structures afin que les individus au sein d'un groupe soient libérés des

manipulations de pouvoir exercées par le genre, l'ethnie, l'éducation. Elle est très sensible aux voix de la population qui doit se faire entendre au sujet de problèmes particuliers et au silence qui lui est imposé (Anadon et L'Hostie, 2001). La recherche collaborative peut devenir ainsi un mécanisme de négociation et de renforcement du pouvoir et d'autonomisation pour les groupes vulnérables (Meyer, 2000).

Dans la présente étude, les femmes participantes prises individuellement, mais aussi comme communauté de patientes, constituent une population ciblée qui nécessite de pouvoir faire entendre leur voix afin de déterminer si leurs besoins et leurs attentes sont comblés lors du développement de nouveaux soins et services. Il s'agit d'une avenue prometteuse pour améliorer les soins et ainsi favoriser des services efficaces qui font une différence pour elles. Enfin, le rôle du chercheur est considéré comme celui d'un intellectuel qui milite en faveur des intérêts des mouvements sociaux. L'étudiante-chercheuse a joué un rôle actif auprès des femmes participantes puisqu'elle a assumé un double rôle comme chercheuse et infirmière clinicienne. Le principe fondamental est que la connaissance réelle d'un phénomène n'est possible qu'à partir des catégories propres d'analyse, lesquelles dérivent de l'expérience personnelle de la réalité du chercheur. Le rôle du chercheur est qu'il est partie prenante à part entière de l'étude, ce qui favorise le rôle du praticien-chercheur, des co-chercheurs et des agents de co-changement (Hart et Bond, 1995).

La méthodologie d'intervention de la recherche collaborative de Desgagné (1997) peut être conceptualisée comme une démarche d'exploration d'un objet de préoccupation mutuelle se déployant selon trois étapes générales, soit : 1) la co-situation, renvoie à la négociation du partenariat entre le chercheur qui œuvre dans le champ de l'objet et la communauté de participants. Il s'agit de spécifier les rôles de chacun et les attentes réciproques en vue de s'entendre sur les conditions du contrat collaboratif, sur le mode de faire et de dire dans un projet commun; 2) la coopération qui correspond à ce qu'on appelle l'étape de la collecte des données. Toutes les approches en recherche qualitative sont possibles, selon le projet théorique du chercheur. Ces activités d'exploration de l'objet peuvent mettre à contribution un chercheur et un participant et aussi un chercheur et un groupe de participants qui sont invités à partager leur expérience. Le

croisement des logiques chercheur et participant favorise l'expression d'une réflexivité critique sur des enjeux, des problématiques et des tensions qui y sont associés; et, 3) la coproduction correspond à l'analyse et à la mise en forme des résultats en organisant ceux-ci afin qu'ils soient d'intérêt autant pour les participants que pour le chercheur (Morrissette, 2013). La théorie en U de Scharmer (2016, 2009) s'inscrit dans ce même esprit de co-construction que la démarche de Desgagnés (1997) ; c'est pourquoi elle sert d'ancrage méthodologique pour réaliser la présente étude.

1.8.2 La théorie en U de Scharmer (2016)

La théorie en U de Scharmer (Scharmer, 2009, 2016) permet d'apporter un cadre méthodologique intéressant pour réaliser ce travail en partenariat avec les femmes. Il s'agit à la fois d'une démarche, d'une façon d'être et d'un processus de transformation, d'innovation et d'accompagnement du changement. Elle puise ses sources théoriques dans la théorie des systèmes et de la complexité (Mahy et Carle, 2012; Scharmer, 2009, 2012). Le terme en U décrit la forme que prend une courbe pour illustrer le processus. Kurt Lewin (1943, 1946) est un précurseur de la courbe en U avec son modèle de changement en trois étapes : décristallisation, transition, et recristallisation. Pour Scharmer (2016, 2009), le processus de transformation d'un système, quelle que soit sa taille, passe par différentes étapes, décrites sous la forme d'un U. Ce processus invite à impliquer les personnes à la marge du système dans un dialogue qui cherche à explorer la partie cachée de l'iceberg pour prendre conscience de ce qui influence les choix, les comportements, les décisions afin de dégager une compréhension de ce qui est dans l'action. Elle mobilise une démarche dans l'action qui génère des connaissances dans un espace social propice entre des acteurs. Elle s'applique aussi bien aux projets de changement de grande envergure dans un système au niveau macro qu'aux échanges dans un groupe au niveau méso ou aux interactions individuelles au niveau micro (Scharmer, 2009, 2016).

La démarche en U repose sur le fait qu'elle capte la démarche souvent intuitive que traverse un leader transformationnel lorsqu'il génère une idée et la matérialise dans une méthodologie pouvant être utilisée consciemment pour créer des opportunités de transformation (Mahy et Carle, 2012). Le leader transformationnel peut être n'importe quelle personne qui désire amorcer un changement.

Enfin, il s'agit d'une démarche qui s'actualise pendant l'action en agissant pour capter, recueillir et diffuser la mémoire de l'expérience vécue par les acteurs dans un esprit de l'émergence (Mahy et Carle, 2012). Pour accompagner et mener des processus d'amélioration et de transformation, la démarche en U propose un concept nommé le « *presencing* », un néologisme formé à partir des mots anglais « *presence* » et « *sensing* ». Le *presencing* est un état de présence intensifiée qui permet de modifier l'espace intérieur à partir duquel un acteur agit. Lorsque ce changement se produit, l'acteur commence à agir à partir d'un champ de possibilités futures qu'il sent vouloir émerger. La faculté d'accompagner ce changement est, selon Scharmer (2016, 2009), l'essence du leadership d'aujourd'hui.

La démarche en U permet à l'étudiante-chercheuse de légitimer son rôle comme agente de co-changement puisqu'en adoptant cette démarche, elle s'est assurée d'adopter cette posture de « *presencing* » auprès des participantes en étant dans l'ici et maintenant avec chacune d'elles afin que dans l'action, des possibilités futures soient accessibles. La démarche en U propose trois principes : i) chercher à aborder les situations complexes en analysant le passé reproduira ce que nous ne voulons pas; ii) s'appuyer sur ce qui est présent et vivant sur les plans individuel et collectif pour faire émerger constituera ce qui est le plus adapté pour un écosystème et ses enjeux; et, iii) s'adapter pour co-crée une vision partagée, traiter des problèmes complexes, générer de nouvelles idées et les transposer en plan d'action. Le postulat est que le succès d'une transformation dépend de la condition intérieure de l'acteur. L'élément fondamental est donc la capacité d'attention et de présence qui déterminera la qualité et la richesse des solutions apportées. Il est suggéré de cultiver cette qualité de présence par un savoir-être qui s'exprime par trois attitudes fondamentales : i) esprit ouvert : être curieux et suspendre la voix du jugement; ii) cœur ouvert : être dans la compassion et suspendre la voix du cynisme; et, iii) volonté ouverte : être courageux et suspendre la voix de la peur. Ces trois attitudes fondamentales sont associées à trois actions : le *sensing*, le *presencing* et le *realizing* utilisés en anglais pour donner un sens d'action continue. Ces trois actions constituent le cœur de la démarche en U; il s'agit des 2^e-3^e et 4^e mouvements qui se vivent de façon concomitante plutôt que de façon linéaire successive. Il existe deux autres mouvements complémentaires, soit une phase initiale pour construire une intention commune ou co-initier et

une phase de bilan pour soutenir, alimenter et faire avancer les résultats pratiques ou co-évoluer. Le Tableau 5 ci-dessous expose la compatibilité entre la démarche de recherche collaborative de Desgagnés (1997) et la théorie en U de Scharmer (2016, 2009).

Tableau 5 Comparaison entre la démarche de recherche collaborative de Desgagnés (1997) et la théorie en U de Scharmer (2016, 2009)

Démarche de Desgagné (1997)

1. Cosituation :

Négociation du partenariat entre le chercheur qui œuvre dans le champ de l'objet et la communauté de participants.

Spécifier les rôles de chacun et les attentes réciproques
S'entendre sur les conditions du contrat collaboratif, sur le mode de faire et de dire dans un projet commun

2. Coopération:

Expérimenter la collecte de données sur le terrain.

Activités d'exploration de l'objet qui peut mettre à contribution un chercheur et un participant et aussi un chercheur et un groupe de participants qui sont invités à partager leur expérience.

3. Coproduction :

Expliciter les savoirs qui émanent de l'analyse.

Mise en forme des résultats en organisant ceux-ci afin qu'ils soient d'intérêt autant pour les participants et pour le chercheur

Théorie en U Scharmer (2016, 2009)

1. Co-initier :

Se connecter aux personnes et aux contextes en réunissant un ensemble d'acteurs qui vont co-inspirer l'intention

S'arrêter et écouter ce que la vie et les personnes vous appellent à faire pour révéler une intention commune

2. Co-percevoir : *sensing*

Se rendre sur les lieux et observer et écouter avec le cœur ouvert

Se connecter avec des personnes pour sentir le système dans sa globalité, ce qui nécessite d'observer et d'écouter l'esprit et le cœur grands ouverts ;

3. Co-presencing : *presencing*

S'ouvrir aux sources profondes de connaissance et se connecter à l'avenir qui cherche à émerger à travers soi
Se connecter à la source d'inspiration, de désir et de volonté commune, ce qui permet à la connaissance intérieure d'émerger ;

4. Co-créeur : *realizing*

Construire en prototypant des microcosmes de façon à explorer l'avenir par l'action

Prototyper le changement dans des cas concrets pour faire advenir le futur en le faisant pour explorer le futur par l'action ;

5. Co-évoluer :

Co-développer un écosystème novateur en réunissant des personnes dont l'attitude consiste à voir et agir à partir du tout émergent.

Incorporer le changement dans les écosystèmes qui permettent d'agir à partir de l'ensemble.

Dans la présente recherche, la théorie en U de Scharmer (2016, 2009) est utilisée comme démarche méthodologique puisqu'elle répond à l'objectif de l'étude qui est de co-construire un modèle de

soins. Cette démarche méthodologique est décrite, dans ce qui suit et s'ajoute au cadre conceptuel que nous présentons à la Figure 8, dans la section suivante.

1.8.3 Le devis méthodologique

La démarche méthodologique proposée par la théorie en U de Scharmer (2016, 2009) permet de co-construire un modèle de soins en périnatalité en procurant un espace social dédié qui permet de créer avec chacune des femmes un lieu d'échange et de dialogue comprenant cinq mouvements qui se réalise en trois phases distinctes : i) une phase d'initiation « co-initier »; ii) une phase d'immersion dans l'action pour réaliser la collecte de données composée de « co-percevoir, co-presencing, co-crée »; et, iii) une phase de réflexion et d'analyse et bilan « co-évoluer ». Cette démarche s'ajoute au cadre de référence de la présente étude pour créer un nouveau cadre méthodologique intitulé : Cadre méthodologique du partenariat relationnel entre l'infirmière et la femme lors de la co-construction d'un modèle de soins en périnatalité illustré à la Figure 8 p. 122.

Ce cadre méthodologique explique la démarche de co-construction du modèle de soins qui évolue à partir des savoirs expérientiels de chacune des femmes-partenaires au fur et à mesure de leur expérience de soins vécue avec l'infirmière. Cette sphère intermédiaire de couleur verte représente l'espace social dédié qui consiste pour l'infirmière à « être avec » chacune des femmes-partenaires en offrant un lieu d'échange et de dialogue, ce qui permet à la démarche de co-construction en partenariat d'exister. Cette sphère montre une courbe en forme de U indiquant la démarche en cinq mouvements, qui est représentée par la flèche allant du premier au cinquième mouvement. Elle unit les deux premières sphères centrales et la sphère sur les facteurs d'influence, ce qui est représenté par les lignes pointillées des cercles permettant entre les zones des mouvements de va-et-vient dans la relation entre l'infirmière et la femme partenaires.

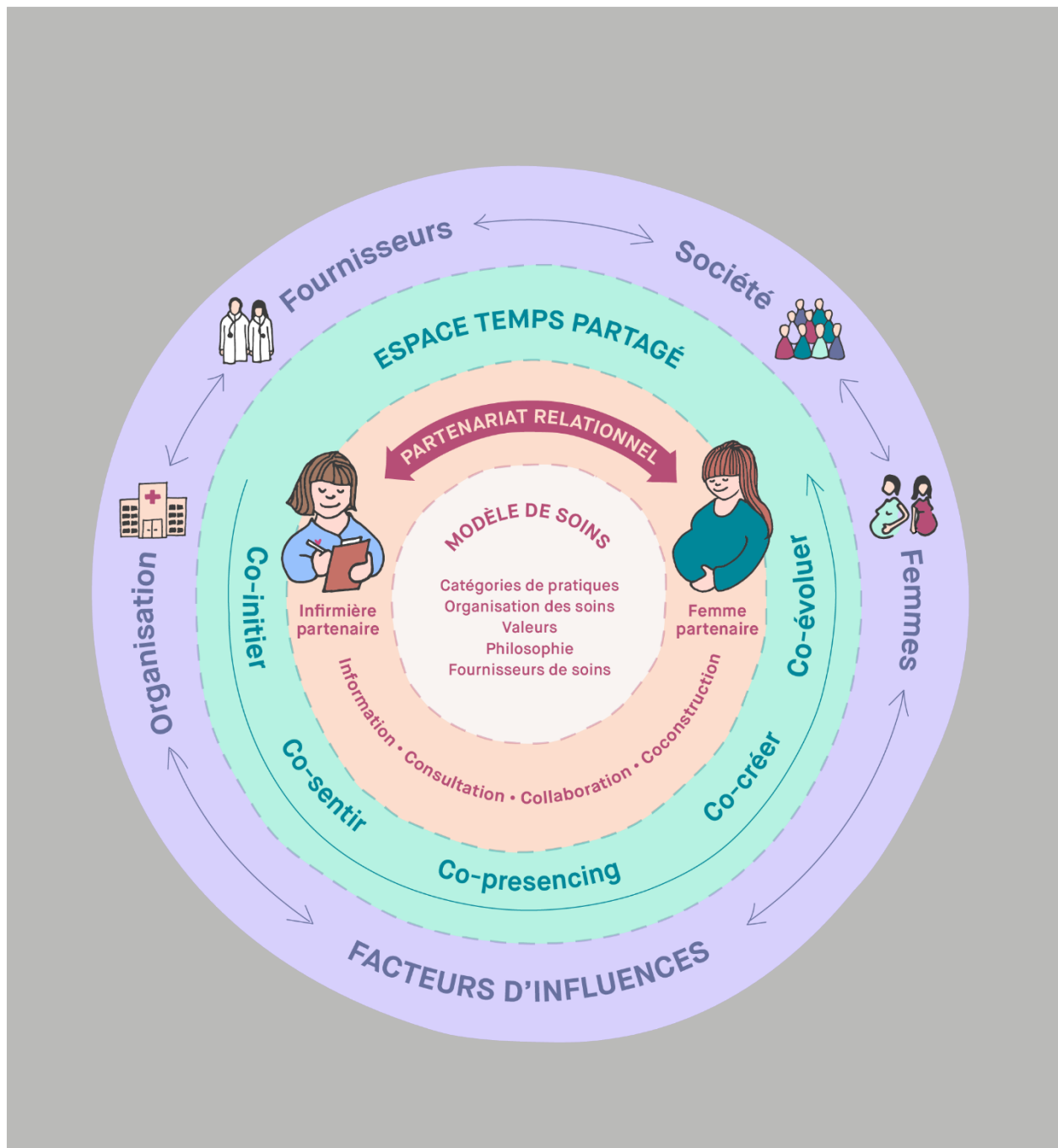


Figure 8 Cadre méthodologique du partenariat relationnel entre l'infirmière et la femme lors de la co-construction d'un modèle de soins en périnatalité

1.9 Déroulement de l'étude selon la théorie en U de Scharmer (2016)

Cette section détaille le déroulement de l'étude selon la théorie en U de Scharmer (2016, 2009) dans le contexte de la périnatalité qui se déploie en trois phases. Elle commence par présenter la première phase qui détermine l'initiation du projet. Par la suite, la deuxième phase qui s'actualise par une immersion dans l'action est explicitée. Enfin, la section se conclut par l'explication de la troisième phase qui consiste à analyser les données.

1.9.1 Phase d'initiation du projet : co-initier

La phase d'initiation du projet est composée du premier mouvement co-initier nécessitant que l'infirmière-partenaire écoute et se connecte au contexte et aux acteurs du milieu pour co-inspirer l'intention commune qui, dans cette situation, est l'initiation de la co-construction d'un nouveau modèle de soins en créant l'environnement pour le faire. Il décrit plus précisément comment le projet de recherche a vu le jour ainsi que le rôle joué par l'étudiante-chercheuse dans l'amorce du projet face à une innovation visant un changement des pratiques. Pour ce faire, les quatre étapes suivantes ont été réalisées pour définir l'intention commune qui est le projet : i) réfléchir à la situation que l'étudiante-chercheuse voudrait améliorer en tant que praticienne; ii) définir le problème ou la situation à améliorer; iii) recenser les écrits sur le sujet; et, v) définir le devis de recherche, l'équipe et le choix du milieu pour réaliser l'étude. Il importe de souligner que cette phase d'initiation s'est poursuivie tout au long du processus de co-construction entre l'étudiante-chercheuse et la directrice de recherche de manière récursive. De nombreuses rencontres ont eu lieu, ce qui a représenté plusieurs heures de discussions, de réflexions, d'échanges, de lectures, de corrections. Toutes les rencontres ont été enregistrées et réécoutées au besoin afin de pouvoir inclure les éléments pertinents selon la co-évolution du projet.

1.9.1.1 Première étape

Elle a débuté par une réflexion approfondie de l'étudiante puisqu'il s'agissait d'un projet de recherche dans le cadre d'études doctorales. L'étudiante-chercheuse a amorcé cette réflexion avant

même de commencer ses études doctorales. L'idée novatrice a germé dans la tête de l'étudiante-chercheuse grâce à son expérience comme infirmière et gestionnaire dans le réseau de la santé pendant plusieurs années dans le domaine de la périnatalité. Cette expérience terrain lui a permis de vivre plusieurs années d'observations et de discussions avec différents acteurs concernés sur les défis pour améliorer les soins maternels et néonataux. La volonté et la passion de l'étudiante-chercheuse pour améliorer les soins dans le domaine de la périnatalité ont fait en sorte qu'elle a désiré réaliser un projet de recherche et s'est inscrite au doctorat en santé publique option organisation de soins.

1.9.1.2 Deuxième étape

Elle a consisté pour l'étudiante-chercheuse à confronter ses savoirs disciplinaires et ses observations professionnelles issues du milieu terrain aux écrits scientifiques afin de prendre connaissance du contexte et de bien le cerner et le documenter pour bien définir la problématique et la situation à améliorer. Cette deuxième étape a permis de réaliser le chapitre un consacré à la problématique dans le cadre de la thèse.

1.9.1.3 Troisième étape

La troisième étape a permis à l'étudiante-chercheuse, une fois le problème défini, de procéder à un premier tour d'horizon des écrits scientifiques afin d'apporter une réflexion sur la transformation des soins infirmiers en périnatalité. Cette réflexion portait sur la transformation de la pratique infirmière pour renouveler un modèle de soins fragmenté afin qu'il devienne un modèle fondé sur la continuité et le partenariat relationnel des soins en donnant l'espace et la voix aux femmes. L'objet de l'étude, qui porte sur le « modèle de soins fondé sur la continuité en périnatalité », a été réfléchi en se basant sur des écrits pertinents dans la compréhension des éléments constitutifs de la qualité des soins de maternité pour établir un nouveau modèle fondé sur les résultats probants que doivent être la philosophie, les valeurs, les modalités, les activités de soins, les acteurs, les finalités. Pour faire suite à la recension des écrits, l'étudiante-chercheuse a bâti une version du cadre conceptuel, ce qui a permis de formuler l'objectif et les questions recherche.

Or, il importe de préciser que dans une démarche méthodologique de co-construction, la recension des écrits et ledit cadre conceptuel ont évolué tout au long de l'étude en passant par un processus récursif pour arriver lors de la phase d'analyse des données – co-évoluer à la version finale dans la thèse. Cette troisième étape a permis de co-initier la rédaction du chapitre deux sur la recension des écrits.

1.9.1.4 Quatrième étape

Cette quatrième étape a permis à l'étudiante-chercheuse de choisir le devis de recherche qui pouvait répondre le plus adéquatement à l'objectif de l'étude doctorale. Pour ce faire, l'équipe stratégique de recherche ainsi que le milieu de l'étude ont été définis. Par la suite, les étapes suivantes ont été réalisées en convenant de la population cible de l'étude et de la stratégie d'échantillonnage et la sélection de l'échantillon.

i) Équipe stratégique de recherche

L'équipe stratégique de recherche était composée des co-chercheurs suivants au départ : l'étudiante-chercheuse et la directrice de thèse. D'autres collaborateurs se sont ajoutés selon l'évolution et les besoins du projet de façon sporadique, soit le médecin responsable de la gynécologie et la coordonnatrice de l'unité de soins, la coéquipière infirmière, la personne responsable du volet technologie de l'information et des communications, la personne-ressource externe en méthodologie qualitative et les femmes participantes recrutées comme partenaires dans la construction du modèle de soins.

ii) Milieu de l'étude

L'étude a été réalisée dans un centre intégré de santé et de services sociaux CISSS de l'Île-de-Montréal. Le choix du milieu repose sur le fait qu'il possédait une unité des naissances de niveau deux, une culture organisationnelle favorisant l'humanisation des soins ainsi qu'un nombre de naissances annuel d'environ 4000. Une rencontre a eu lieu avec la coordonnatrice du continuum de naissance et la cheffe du département de gynécologie et d'obstétrique dans un hôpital de niveau

deux dans la région de Montréal afin de connaître leur intérêt à participer comme milieu de recherche pour la présente étude. Pour faire suite à leur accord, une seconde rencontre a été organisée en juin 2016, avec l'équipe médicale afin de connaître également leur intérêt à participer à l'étude. L'équipe médicale a aussi manifesté un intérêt pour participer à la recherche. Après avoir obtenu l'autorisation des différents acteurs du milieu, une lettre d'acceptation cosignée par la coordonnatrice du continuum de naissance et la cheffe du département de gynécologie et d'obstétrique a été envoyée au comité d'éthique à la recherche. À la suite de la réception de cette lettre, le comité d'éthique à la recherche a autorisé la réalisation du projet doctoral, et ce, par l'émission du certificat d'éthique à la recherche voir ANNEXE B.

iii) Population à l'étude et stratégie d'échantillonnage

La population à l'étude est représentée par un groupe d'individus, soit les femmes enceintes qui désiraient être accompagnées par l'étudiante-chercheuse au cours de l'expérience de soins en périnatalité afin de co-construire le modèle de soins.

La stratégie d'échantillonnage par choix délibéré a été utilisée pour recruter les femmes participantes. Dans un tel mode d'échantillonnage, le recrutement des participants s'est effectué tout au long de la collecte de données (Lincoln et Guba, 1985; Patton, 2002). Le type d'échantillonnage était par critères, c'est-à-dire que l'échantillonnage reposait sur la sélection de participantes répondant à des critères d'importance prédéterminés (Miles et Huberman, 2003; Patton, 2002). Une autre méthode d'échantillonnage par réseau « boule de neige » a été utilisée même si elle n'avait pas été prévue au départ. En effet, deux participantes recrutées ont recommandé à travers leurs réseaux sociaux deux autres participantes qui correspondaient aux critères prédéterminés.

Les critères de recrutement des participantes étaient les suivants: i) être une femme enceinte de moins de 12 semaines de grossesse primipare ou multipare; ii) être âgée de plus de 18 ans; iii) désirer être accompagnée par l'étudiante-chercheuse infirmière qui offrira un suivi continu prénatal, perinatal et postnatal complémentaire au suivi médical ; iv) vouloir participer activement comme

partenaire à la co-construction du modèle de soins ; v) comprendre, écrire, lire et s'exprimer en français; et, vi) signer un consentement éclairé pour participer à l'étude.

La modalité de recrutement a été déterminée en collaboration avec le centre de gynécologie et de maternité. L'étudiante-chercheuse a rencontré les médecins lors d'une réunion administrative à la clinique le 8 juin 2016 pour discuter des modalités de recrutement et leur présenter la fiche d'information du projet qui avait été exposée dans le protocole de recherche. Finalement, après discussion avec le groupe des médecins, la modalité de recrutement privilégiée a été de distribuer la fiche d'information sous forme d'une carte postale. Elle a été distribuée dans la documentation remise dans la pochette d'information lors du premier rendez-vous médical de suivi de grossesse et qui était expliquée par les assistantes médicales voir ANNEXE C.

Pour faire suite à ce qui avait été décidé avec les médecins, au début du recrutement, l'étudiante-chercheuse a rencontré la responsable des assistantes médicales avec la coordinatrice administrative de la clinique le 18 juillet 2016. Elle leur a expliqué le projet et a répondu à leurs questions afin qu'elles puissent assurer le suivi auprès des autres assistantes médicales pour effectuer le recrutement des participantes. La sollicitation pour participer au projet de recherche a été réalisée lors du premier rendez-vous médical de suivi de grossesse. Les femmes enceintes rencontraient déjà les assistantes médicales qui leur donnaient de l'information générale en leur remettant la pochette d'information sur la grossesse. Lors de cette rencontre d'information, les assistantes médicales ont pu expliquer le projet de recherche, plus précisément les critères d'admissibilité, et répondre aux questions des femmes. Ces dernières étaient invitées à communiquer avec l'étudiante-chercheuse si elles désiraient faire partie de l'étude et obtenir des informations supplémentaires.

Les femmes désirant participer au projet de recherche ont communiqué avec l'étudiante-chercheuse. Celle-ci a rencontré chacune des femmes afin de répondre à leurs questions supplémentaires concernant le projet à l'étude. À la fin de la rencontre, l'étudiante-chercheuse a invité les femmes à prendre le temps de réfléchir pour une décision libre et éclairée. Elle leur a demandé de lui

signifier leur désir de faire partie de l'étude dans un délai d'une semaine. Même si certaines participantes désiraient confirmer leur accord à participer lors de cette première rencontre, l'étudiante-chercheuse a tenu quand même à ce qu'elles prennent le temps de réfléchir et qu'elles lui reviennent avec leur décision dans le délai imparti. Le consentement était documenté par une collecte du formulaire d'information et de consentement signé lors de la rencontre prénatale initiale. Toutes les femmes ont signé un formulaire de consentement comme demandé par le comité d'éthique de la recherche qui a donné son approbation au projet voir ANNEXE D.

Le recrutement des participantes a été plus complexe et a nécessité plus de temps que prévu. C'est pourquoi l'étudiante-chercheuse a assuré un suivi mensuel avec la cheffe de département médical et la responsable des assistantes médicales pendant toute la période du recrutement qui s'est déroulée d'août 2016 à février 2017. La principale difficulté à notre avis était que les femmes lors du premier rendez-vous médical de grossesse recevaient beaucoup de documentation à l'intérieur de la pochette d'information sur la grossesse. Même si le projet était très bien expliqué par les assistantes médicales, il aurait fallu obtenir l'autorisation des femmes à ce moment pour celles qui manifestaient un intérêt à participer au projet. L'étudiante-chercheuse aurait pu communiquer avec elles plus rapidement et commencer le suivi dans le projet.

iv) La sélection de l'échantillon

Dans un mode d'échantillonnage délibéré, le recrutement des participants s'effectue tout au long de la collecte de données qui sera déterminée par la représentativité des cas (Lincoln et Guba, 1985). Quant à la taille de l'échantillon, comme il s'agissait d'une recherche qualitative longitudinale, il est conseillé de recourir à un plus petit nombre de participantes, puisque chacune d'entre elles fournirait une plus grande quantité d'information (Patton, 2002). Cependant, il fallait aussi tenir compte de la longue durée de la collecte de données qui aurait pu faire en sorte que des participantes décident de mettre fin à leur participation au projet. L'échantillon de départ visait à recruter entre 10 et 15 participantes qui constitueraient le groupe de femmes, et ce, sur une période de cinq mois à raison de deux ou trois participantes par mois.

Le nombre de participantes recruté a été de 15. De ce nombre, trois participantes ont abandonné au début de l'étude : une participante s'est désistée avant la rencontre initiale, une seconde participante s'est désistée après la deuxième rencontre à la suite de l'obtention d'un suivi avec une sage-femme même si l'étudiante-chercheuse lui avait confirmé qu'elle pouvait rester dans l'étude et une troisième participante s'est désistée à la suite de la deuxième rencontre en raison de son manque de disponibilité pour se présenter aux rencontres. Finalement, ce sont 12 participantes qui sont demeurées dans le projet de recherche jusqu'à la fin. Le taux de rétention à 80% est satisfaisant compte tenu de la durée d'implication dans le projet. Or, des 12 participantes qui sont demeurées dans le projet de recherche, sept participantes n'ont pas reçu l'accompagnement global complet pour le volet périnatal au moment du travail et de l'accouchement par l'étudiante-chercheuse. Ceci a fait en sorte que cinq participantes ont été sélectionnées sur cette base dans le cadre de l'analyse des données.

1.9.2 Phase d'immersion dans l'action : co-sentir, co-presencing et co-crée

La phase d'immersion dans l'action correspond à la réalisation de la collecte de données longitudinale par l'étudiante-chercheuse lors de l'accompagnement prénatal, périnatal et postnatal des participantes tout au long de l'expérience de soins en périnatalité. Il importe de préciser que l'infirmière-collaboratrice prévue dans le projet n'a pas eu à intervenir directement auprès des participantes. La raison est que l'étudiante-chercheuse a été en mesure d'accompagner toutes les participantes. Toutefois, elle a été la personne-ressource tout au long de l'étude pour valider les perceptions et questionnements de l'étudiante-chercheuse afin qu'elle puisse avoir une pratique réflexive et prendre du recul. L'infirmière-collaboratrice a été tout de même au fait de l'histoire clinique de chacune des femmes, et ce, dans l'éventualité où elle devrait la remplacer au besoin. De plus, chacune des participantes a reçu ses soins et services périnatals réguliers comme prévu selon le modèle d'organisation de soins en vigueur dans l'établissement. Les médecins de chacune des participantes ont agi comme répondants pour l'étudiante-chercheuse au besoin.

Cette deuxième phase est composée des trois mouvements du U : i) co-sentir consiste pour l'infirmière-partenaire à se connecter avec chacune des femmes-partenaires afin de ressentir, en

observant et écoutant avec un esprit et un cœur ouverts, leur expérience de soins vécue et leurs savoirs expérientiels, et ce, au sein du système dans sa globalité; ii) co-presencing nécessite pour l'infirmière-partenaire de se connecter à la source d'inspiration qui est composée de chacune des femmes avec une volonté ouverte. Il s'agit d'un état de présence intérieure dans le moment présent qui permet à la connaissance intérieure d'émerger; et, iii) co-crée requiert d'explorer le futur par l'action pour l'infirmière et chacune des femmes partenaires, pendant l'accompagnement prénatal, pernatal et postnatal, ce qui donne différents prototypes du modèle de soins en co-construction selon chacune des femmes. Il s'agit des actions de l'infirmière et de la femme partenaires.

1.9.2.1 Déroulement de la collecte des données

La collecte de données longitudinales a débuté en mai 2016, au moment où l'étudiante-chercheuse a mené les différentes rencontres avec les acteurs stratégiques. Par la suite, elle s'est poursuivie avec les participantes entre les mois d'août 2016 et de février 2018, pour une durée de 18 mois suivant le début de la phase d'immersion sur le terrain. La collecte des données a été réalisée pendant l'accompagnement prénatal, pernatal et postnatal offert en totalité par l'étudiante-chercheuse immergée sur le terrain avec chacune des participantes. Cette immersion de longue durée a permis de recueillir les propos de celles-ci en ce qui a trait à leur expérience de soins quant à leur vécu lors de la grossesse, la naissance et le postnatal ainsi que leur projet de maternité sur les différentes périodes du continuum de soins :

- i) Période prénatale : premier trimestre T1 « 1-14 semaines », deuxième trimestre T2 « 15-28 semaines » et troisième trimestre T3 « 29-42 semaines ».
- ii) Période perinatale : début du travail jusqu'à la naissance et deux heures en postnatal immédiat.
- iii) Période postnatale : de la naissance jusqu'à deux mois.

La chronologie suivante représente les moments tout au long de la collecte de données qui a été réalisée auprès des participantes. Les méthodes et sources de collecte de données sont présentées

selon la trajectoire de soins en périnatalité pour chacune des participantes illustré à la Figure 9 ci-dessous.

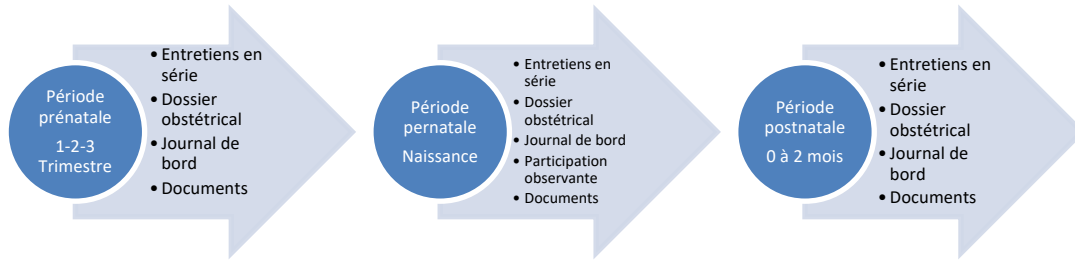


Figure 9 Chronologie des moments de la collecte et des sources de données

1.9.2.2 Méthodes et outils de collecte des données

Les méthodes et outils de collecte de données qui ont été mobilisés pour chacune des périodes du continuum de soins en périnatalité sont : les entretiens semi-directifs en série, la participation observante, le dossier clinique obstétrical et certains documents organisationnels, professionnels et gouvernementaux ainsi que le journal de bord. Ils sont décrits dans ce qui suit.

i) Entretien semi-directif en série

Nous avons eu recours aux entretiens semi-directifs en série tels que proposés comme méthode de collecte de données dans le cadre d'une recherche qualitative longitudinale. Les entretiens semi-directifs en série constituent une approche pratique et efficace pour développer une relation continue entre le participant et le chercheur, facilitant ainsi la discussion sur des problèmes sensibles et personnels tout en permettant également d'explorer l'évolution des besoins et des expériences. Ils conviennent aux recherches qui visent à explorer des processus complexes et en évolution ou lorsqu'il faut du temps pour développer une relation entre le chercheur et les participants (Murray et al., 2009). Toutefois, cette méthode est rarement utilisée puisqu'elle est très exigeante en matière de temps et de quantité de données à gérer à la suite du travail de recherche : analyse, interprétation, présentation (Murray et al., 2009).

Le fait d'interroger les participantes au cours de leur expérience de soins a permis de donner une meilleure image de leur réalité que si des entretiens avaient été menés à un moment précis décidé à l'avance. Les entretiens en série enregistrés ont été réalisés avec les participantes selon trois modalités : lors des rencontres en face à face, des appels téléphoniques et des échanges par messagerie texte entre la femme et l'étudiante-chercheuse-partenaire lors de l'accompagnement prénatal, périnatal et postnatal. Tous les entretiens réalisés avec les participantes ont eu lieu dans la communauté dans un bureau de consultation, à domicile ou dans leur chambre à l'unité des naissances. À travers l'accompagnement offert par l'étudiante-chercheuse selon les différentes modalités telles que les rencontres en présentiel, les appels téléphoniques et les messages texte, les participantes ont été invitées à exprimer leurs vécus au sujet des différents éléments en lien avec les composantes du cadre.

Pour réaliser les entretiens en série, nous avons dû repenser le guide d'entrevue pour l'adapter à la réalité du terrain. Un guide d'entretien semi-directif en série thématique a été développé de manière itérative afin de couvrir les thèmes importants tout en laissant place à l'émergence voir ANNEXE E. Les questions ouvertes formulées auxquelles les femmes ont répondu durant les modalités d'accompagnement comportaient plusieurs thèmes : i) le vécu expérientiel physique, psychologique, et social de la femme et ce, tout au long de la grossesse, la naissance, le postnatal; ii) les connaissances de la femme sur la grossesse, la naissance, le postnatal; iii) le vécu expérientiel de la femme avec les fournisseurs de soins; iv) la perception de la femme sur l'organisation des soins dans le cadre de son suivi; v) les besoins et attentes de la femme découlant de son vécu expérientiel et offert dans le cadre de l'accompagnement avec l'infirmière; et, vi) l'appréciation de la femme de son expérience vécue. Tous ces thèmes constituaient des éléments portant sur les composantes du modèle de soins qui ont co-évolué dans le temps selon le cycle de la maternité de la femme à travers la trajectoire de soins en périnatalité. Ces questions ont également permis d'explorer les perceptions à travers l'expérience des participantes concernant les facteurs qui influencent l'engagement dans le partenariat relationnel entre l'infirmière et la femme.

La planification des entretiens en série dans le temps selon un calendrier revêt une importance primordiale dans la recherche qualitative longitudinale (Murray et al., 2009). En raison de la nature du projet de recherche, nous n'avons pas été en mesure de prévoir un calendrier fixe au début de la collecte de données. La planification du nombre d'entretiens en série en face à face, téléphonique, messagerie texte pour chacune des périodes avec les participantes ne pouvait être établie à l'avance puisqu'il s'agissait de co-construire le modèle de soins en fonction de l'évolution de leurs besoins et de leurs attentes réels au quotidien. Ainsi, le calendrier des entretiens en série avec les participantes préparé par l'étudiante-chercheuse a respecté leurs besoins et leur disponibilité au fil du temps. Sommairement, le nombre d'entretiens en série face à face a été de 70 pour les rencontres prénatales qui ont duré en moyenne 75 minutes – 1h15; de 52 rencontres de préparations à la naissance qui ont duré en moyenne 128 minutes – 2h08; et de 32 pour les rencontres postnatales qui ont duré en moyenne 99 minutes – 1h39. Le nombre d'entretiens en série par téléphone a été de 94 rencontres qui ont duré en moyenne 11 minutes. Les entretiens durant la période postnatale avec les femmes ont eu lieu dans un délai moyen de sept jours suivant le retour à domicile.

D'autres entretiens en série ont été réalisés avec les femmes par la personne de soutien en technologie de l'information et de la communication et enregistrés. Le nombre d'entretiens en série téléphonique ou « *Skype* » a été de 32 rencontres tout au long du cycle en maternité, soit une moyenne de 2,7 rencontres par participante. Ces entretiens avaient comme objectif d'apporter un soutien individuel aux femmes quant à l'utilisation de l'application mobile « *Slack* » et d'assurer une triangulation des données. Les questions ouvertes formulées auxquelles les femmes ont répondu comportaient certains thèmes, tels que le vécu expérientiel de la femme durant le cycle de la maternité quant à la recherche d'information sur Internet et l'utilisation de la technologie et leur participation au projet de recherche.

Tous les entretiens en série, en face à face et téléphonique, ont été enregistrés sur bande audio et ont été transcrits plus tard. Les entretiens en série par messagerie texte ont été téléchargés à partir de l'application « *Slack* », ce qui a constitué le verbatim. Les participantes ont donné leur consentement pour enregistrer les entretiens en série, face à face, et téléphoniques, à chacune des

rencontres ainsi que pour la prise de notes par l'étudiante-chercheure et par la personne soutien TIC.

Enfin, selon Murray et al. (2009), l'utilisation de la méthode des entretiens en séries peut apporter les impacts suivants : i) susciter chez les participants des opinions ou des besoins qui changent et évoluent ; ii) montrer comment des facteurs externes, tels que l'influence des services de santé sur la conceptualisation de la situation de santé au fil du temps, peuvent influencer sur l'expérience des patients; iii) discerner des schémas fluctuants et souvent asynchrones de vécu physique, social, psychologique et spirituel chez les patients; iv) cartographier et définir des trajectoires typiques synchrones ou asynchrones du vécu physique, social, psychologique et spirituel chez les patients; et, vi) décrire les archétypes de l'expérience en suivant des cas individuels au fil du temps, ce qui donne une image beaucoup plus claire que ce qui aurait été possible en comparant simplement des données instantanées à différents moments.

ii) Participation observante et journal de bord

Selon Soule (2007), le recours à la notion de participation observante, plutôt que la notion d'observation participante comme méthode, se définit par l'objet quant à la présence du chercheur, qui est de comprendre de l'intérieur un phénomène *a priori* inconnu, en passant du statut initial d'*outsider* à celui d'*insider* (Soule, 2007). Plusieurs aspects font en sorte que l'observation participante diffère de la participation observante. Les aspects principaux qui différencient l'observation participante sont : i) la recherche vise la production de données d'observation, mais aussi de données expérientielles; ii) si des arbitrages sont nécessaires sur le terrain, la participation est prioritaire par rapport à l'observation; iii) le chercheur selon une perspective *insider* est centré sur la connaissance identifiée à travers une expérience subjective plutôt que sur le développement d'un point de vue approximatif d'*outsider* distancé (Soule, 2007). Pour toutes ces raisons, les données obtenues seront des expériences subjectives vécues.

La participation observante est particulièrement utile dans une perspective de recherche-action qui font du chercheur un acteur central qui est caractérisé par un engagement intellectuel celui de militant du changement opéré et/ou espéré (Soule, 2007).

Ayant à cœur la réalisation d'un projet dépassant l'observation scientifique d'un objet ou d'un terrain, l'observateur ne saurait dans de pareilles circonstances être cet analyste froid, uniquement centré sur sa fonction de chercheur, qui n'est du reste *a priori* pas principale : il est avant tout acteur d'un évènement et/ou partie prenante d'un processus en cours (Soule, 2007, p.136)

En nous appuyant sur ces différents aspects, nous avons eu recours en grande partie à la participation observante ainsi qu'à une petite partie d'observation directe moins formelle lors des visites sur le terrain en début de projet au moment du recrutement des participantes. La participation observante a été réalisée lors de l'accompagnement, de chacune des participantes, durant le travail et la naissance. L'étudiante-chercheuse a demandé aux femmes si elles acceptaient de participer à l'étude en lui permettant de les accompagner et d'être présente à toutes les étapes de leur travail et de la naissance à l'hôpital, c'est-à-dire à partir du moment de leur admission, la durée du travail, la naissance et jusqu'à la fin du post-partum immédiat deux heures après la naissance. Les 12 participantes ont consenti à être accompagnées. Par le fait même, elles ont accepté la présence de l'étudiante-chercheuse au moment de leur travail et de leur accouchement au début du projet et elles ont signé le formulaire de consentement éclairé. Or, les participantes avaient aussi la possibilité de se retirer à tout moment de l'étude puisqu'elles ont toutes été invitées à consentir verbalement au moment où l'étudiante-chercheuse devait aller les rejoindre à l'hôpital. Toutes les 12 participantes ont consenti à nouveau verbalement à ce que l'étudiante-chercheuse soit présente au moment de leur travail et de leur accouchement. Toutefois, selon l'évolution de la situation clinique, l'étudiante-chercheuse n'a pu être présente auprès de trois participantes au moment du travail et de la naissance. Une des participantes a eu une césarienne durant la nuit et elle n'a pas communiqué avec l'étudiante-chercheuse pour qu'elle vienne la rejoindre à l'hôpital. Une autre participante a eu un accouchement rapide, ce qui fait qu'elle n'a pu eu le temps de communiquer avec l'étudiante-chercheuse. Une dernière participante a subi une césarienne à la suite d'un travail

prétermes à 32 semaines. De plus, trois participantes ont été admises à l'hôpital pour induire leur travail. L'étudiante-chercheuse a dû ajuster sa présence auprès de celles-ci.

L'étudiante-chercheuse a participé tout en observant les composantes du modèle lors du travail et de la naissance à l'hôpital chez 10 participantes sur 12. La participation observante a été consignée dans le journal de bord, par l'étudiante-chercheuse, lors de l'accompagnement du travail et de la naissance à l'hôpital. Cela a été fait afin de co-construire les composantes du modèle de soins et d'explorer les facteurs facilitants ou limitants présents dans ce contexte. La participation observante de l'étudiante-chercheuse sur les composantes du modèle de soins s'est faite en fonction de la chronologie clinique des événements lors du travail et de la naissance pour chacune des participantes. L'étudiante-chercheuse a colligé ses notes de terrain dans son journal de bord de manière discrète afin de ne pas nuire à ses activités de participation auprès des femmes. Elle devait avoir cet équilibre en tête puisque les femmes désiraient bénéficier de sa présence auprès d'elles afin qu'elle leur apporte un soutien tangible. Les notes de terrain portaient sur ce qui a été vu, entendu et fait lors du travail et de la naissance dans le milieu quant aux événements et aux conversations entre les différents acteurs. Les notes d'observation ont été organisées afin de rédiger rapidement par la suite sous forme narrative l'histoire de naissance pour chacune des participantes. L'histoire de naissance de chacune des participantes a également été triangulée avec les notes obstétricales, de leur dossier clinique. Elles ont toutes été analysées par la suite en fonction des questions de recherche selon les éléments suivants : i) le vécu expérientiel physique, psychologique, spirituel et social de la femme tout au long du travail et de la naissance; ii) les besoins et attentes de la femme; iii) la relation entre les fournisseurs de soins et la femme, entre la femme et l'étudiante-chercheuse et entre l'étudiante-chercheuse et les fournisseurs de soins; iv) la philosophie et les valeurs; v) les différentes catégories de pratique prodiguées dans le milieu; vi) la continuité des soins; et vii) les différentes catégories de pratique offertes par l'étudiante-chercheuse portant sur la prévention, à l'information, au counseling et à la promotion de la santé.

L'étudiante-chercheuse a été engagée intellectuellement auprès de chacune des participantes qui acceptaient de lui ouvrir leur expérience vécue dans un événement hautement significatif dans leur

vie de femme. Elle a été une actrice délibérément engagée avec ses caractéristiques individuelles et émotionnelles. Sur le terrain, elle a dû tenter de maintenir un équilibre entre la participation et l'observation. Par l'intermédiaire de l'écriture dans son journal de bord des histoires de naissance, elle a pu retrouver une forme de distanciation afin de rétablir une observation réflexive. La rédaction des histoires de naissance a représenté l'occasion d'une prise de recul par rapport à l'action et l'implication de l'étudiante-chercheuse tout en permettant un retour sur elle-même. Elle a vécu une forme de dichotomie puisqu'elle se trouvait tiraillée entre un besoin d'action sur le terrain et une posture de réflexion et de travail intellectuel sur le modèle. Or, cette posture qui peut sembler contradictoire aboutit sur un enrichissement réciproque entre, d'une part, l'observation et l'action et, d'autre part, la symbolisation de cette action (Soule, 2007).

iii) Dossier obstétrical

Le dossier obstétrical a été consulté afin d'extraire les données pertinentes dans le suivi médical pour trianguler les données obstétricales, et ce, pour chacune des participantes sur le continuum des soins entourant la naissance. Le dossier obstétrical de chacune des participantes a permis de valider ou de compléter les données sociodémographiques, les antécédents personnels, familiaux, obstétricaux, etc. Pour avoir accès au dossier obstétrical, l'étudiante-chercheuse en a fait la demande au comité d'éthique à la recherche. Celui-ci a donné son accord le 24 mai 2018. Il spécifiait que l'autorisation est valide seulement pour les photocopies anonymisées, mais non pas pour des photos des documents au dossier. Pour faire suite à l'obtention de l'autorisation du comité éthique à la recherche, l'étudiante-chercheuse a contacté la cheffe des services des archives par courriel en lui transmettant la liste des participantes du projet de recherche avec le code attribué pour chacune d'elles afin d'anonymiser le dossier. Elle a sollicité une rencontre téléphonique avec cette personne-ressource afin de convenir de la procédure avec les archives pour avoir accès au dossier clinique obstétrical. Pour faire suite à cette rencontre téléphonique, il a été décidé qu'une archiviste médicale serait désignée afin de convenir de la procédure afin d'anonymiser les dossiers de chacune des participantes. L'archiviste médicale désignée a contacté l'étudiante-chercheuse le 14 juin 2018 par courriel. Une rencontre téléphonique a eu lieu entre l'étudiante-chercheuse et l'archiviste médicale afin de répondre à ses questions pour finaliser la procédure.

iv) Documents

Certains documents organisationnels, professionnels et gouvernementaux ont été consultés, ce qui a permis à l'étudiante-chercheuse de corroborer ou de trianguler les données et d'accroître la preuve de leurs affirmations en consultant d'autres ressources. Les documents qui ont été analysés sont : la politique en périnatalité du Québec; les standards de pratique de l'infirmière : soins de proximité en périnatalité; les perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière; le site Internet du milieu de soins; les protocoles du milieu de soins; etc. L'étudiante-chercheuse aurait aimé consulter certains documents administratifs. Toutefois, cela n'a pas été possible puisque l'établissement était en préparation de la visite d'agrément, ce qui lui a été refusé.

1.9.3 Phase d'analyse des données : co-évoluer

La phase d'analyse des données correspond au dernier mouvement du U, co-évoluer, qui consiste à faire le bilan des expériences de soins de chacune des femmes pour soutenir, alimenter et faire avancer les résultats pratiques. Il s'agit d'analyser les données afin de découvrir quels prototypes auraient le meilleur impact sur la situation. Il importe de préciser que les deux cadres de références choisis lors de la recension des écrits ne représentent pas un modèle de soins proprement dit. L'étudiante-chercheuse s'est inspirée des concepts pour co-construire les composantes du modèle de soins à partir de l'expérience de soins avec les femmes, et ce, au moment de la phase d'analyse des données – co-évoluer. Co-construire les composantes du modèle de soins en périnatalité a signifié les co-définir à partir de l'expérience vécue en temps réel entre l'infirmière et les femmes.

Dans une recherche qualitative longitudinale, les ensembles de données longitudinales générés, riches en récits, permettent des approches novatrices allant de la transcription à l'analyse (Calman et al., 2013; Murray et al., 2009). Pour réaliser cette dernière phase, l'analyse a été favorisée avec comme objectif général de dégager les significations centrales et évidentes parmi le corpus des données brutes et relevant du cadre conceptuel de l'étude. Le résultat attendu au terme de l'analyse est de dégager les catégories les plus révélatrices du but et des questions de recherche identifiés au départ par l'étudiante-chercheuse (Blais et Martineau, 2006). Dans le cadre de la présente recherche,

une analyse de contenu a été privilégiée et effectuée selon la méthode proposée par Miles et Huberman (2003) qui consiste en trois flux concourants d'activités : i) la condensation et la réduction des données, ii) la présentation et l'élaboration, et iii) la vérification des conclusions. Ces activités sont présentées dans les lignes suivantes.

1.9.3.1 Condensation et réduction des données

La première étape est la condensation et la réduction des données qui permet la sélection, la centration, la simplification, l'abstraction et la transformation des données brutes figurant dans les transcriptions (Miles et Huberman, 2003). Pour structurer cette démarche, Blais et Martineau (2006) exposent quatre étapes facilitant la réduction des données, soit l'étape un : préparer les données brutes; l'étape deux : procéder à une lecture attentive et approfondie; l'étape trois : procéder à l'identification et à la description des premières catégories; l'étape quatre : poursuivre la révision et le raffinement des catégories. Enfin, ces différentes étapes ont été menées de manière récursive par l'étudiante-chercheure, et ce, en collaboration avec la directrice de thèse durant plusieurs rencontres.

i) Préparer les données brutes

La première étape a consisté à préparer les données brutes, ce qui a nécessité de les organiser dans un format commun et selon l'unité de l'analyse afin que celles-ci soient traitables efficacement. Cette préparation des données brutes a exigé une planification et une méthodologie rigoureuse dès le début de la collecte de données pour classifier adéquatement le corpus avant de pouvoir commencer l'analyse du contenu. Premièrement, tous les entretiens en série enregistrés en face à face et téléphoniques ont été transcrits intégralement afin de constituer le verbatim en respectant le discours des participantes par un transcripteur. Les entretiens en série par messagerie texte ont été téléchargés intégralement. Tous les documents du corpus des données à analyser pour chaque participante ont été mis en forme dans le logiciel « *Word* » avec une police Arial 11. Deuxièmement, nous avons respecté un des principes en recherche qualitative longitudinale stipulant que chaque personne représente une unité d'analyse longitudinale unique. Dès le début de la collecte de

données, une stratégie d'organisation des données a été établie compte tenu de la multitude de sources de données qui s'ajoutaient au fil du temps. Ainsi, l'organisation des données a été réalisée par unité d'analyse longitudinale unique par participante et selon les moments de la chronologie de la collecte de données. Un fichier par participante, avec un code alphanumérique de « M01 jusqu'à M12 », a été créé, et ce, afin de ne pas divulguer l'identité des participantes. Un sous-fichier par source du corpus des données a été ajouté afin de classer et sauvegarder le matériel en ordre chronologique. Pour chacune des sources de données, un titre d'identification a été attribué pour faciliter le repérage.

Le corpus des données par participante était composé des sources suivantes : les transcriptions des entretiens en série des rencontres en face à face, les documents ont été identifiés avec le code alphanumérique de la participante auquel ont été ajoutés les éléments suivants : en prénatale – le numéro de la rencontre et la date « M01 16-09-26_01 »; pour la préparation à la naissance – un préfixe « CP » avec le numéro de la rencontre et la date « M01 17-01-05 CP01 »; en postnatal – un préfixe « VP » avec numéro de la rencontre et la date « M01 17-03-10 VP01 ». Les transcriptions des entretiens en série enregistrés lors des appels téléphoniques ainsi que les documents ont été identifiés avec le code alphanumérique de la participante auquel ont été ajoutés le préfixe « ST », la date et l'heure « M01 17-03-30 16h46 ST ». Les transcriptions des entretiens en série enregistrés lors des échanges par messagerie texte ainsi que les documents ont été identifiés avec le code alphanumérique de la participante auquel ont été ajoutés la date et le préfixe « TIC » « M01 17-03-29 TIC ». Dans les transcriptions, les interactions entre les participantes ont été identifiées de la manière suivante : pour la participante – son code alphanumérique et le numéro de la rencontre « M01 01 » ; pour l'étudiante-chercheuse – son code alphanumérique, le code alphanumérique de la participante et le numéro de la rencontre « INFK M01 01 ». Pour les entretiens en série enregistrés entre la participante et la personne de soutien TIC, les documents des transcriptions ont été identifiés avec le code alphanumérique de la participante auquel a été ajouté un préfixe « TIC » avec le numéro de la rencontre et la date « M01 01 TIC 16-10-12 ». Les notes de terrain consignées dans le journal de bord et réalisées dans le cadre de la participation observante ainsi que les documents ont été identifiés avec le code alphanumérique de la participante auquel a été ajouté le

préfixe « Naissance »; « M01 Naissance Observation ». Les données dans le dossier obstétrical ainsi que les documents ont été identifiés avec le code alphanumérique de la participante auquel a été ajouté le préfixe « Dossier » ; « M01 Dossier ». Pour les documents organisationnels, professionnels et gouvernementaux, les documents ont été sauvegardés par auteur, titre et année de publication. Toutes les sources de données ont été par la suite exportées dans le logiciel NVivo avec la version 11 et la mise à jour de la version 12 et sauvegardées dans un projet nommé « Projet Thèse ».

ii) Procéder à une lecture attentive et approfondie

La deuxième étape consistait à procéder à une lecture attentive et approfondie une fois les textes prêts pour l'analyse, par exemple les entretiens en série. L'étudiante-chercheuse a écouté à plusieurs reprises ceux-ci afin de les comparer avec le texte transcrit dans les transcriptions pour vérifier leur exactitude et apporter au besoin des précisions ainsi que corriger les erreurs ou les omissions. Par la suite, elle a lu en détail les entretiens à plusieurs reprises jusqu'à ce qu'elle se soit familiarisée avec leur contenu et qu'elle ait une vue d'ensemble des sujets couverts dans les textes. L'étudiante-chercheuse a discuté avec sa directrice de thèse du contenu des textes selon les différentes sources pour en faciliter sa rétention.

iii) Procéder à l'identification et à la description des premières catégories

La troisième étape a consisté à procéder à l'identification et à la description des premières catégories. Le logiciel NVivo version 11 et la mise à jour de la version 12 ont été utilisés pour faciliter et accélérer le processus de codification surtout quand les données sont nombreuses. Un plan de codification de premier niveau de catégories a été réalisé à partir du cadre conceptuel, du but et des questions de recherche sans s'y restreindre (Blais et Martineau, 2006). Pour ce faire, les données ont été condensées selon des catégories prédéterminées à partir du cadre conceptuel de l'étude auxquelles se sont ajoutées des catégories émergentes selon le discours des participantes pour construire les thèmes. Ces autres catégories provenaient des lectures répétitives des données brutes qui ont été créées à partir des phrases ou des sens trouvés dans les portions de texte (Blais

et Martineau, 2006). Pour réaliser la codification, l'étudiante-chercheure a utilisé la procédure suivante : elle a lu une première fois le contenu des textes selon les différentes sources tout en amorçant la codification afin d'intégrer les segments de texte dans les catégories déjà « étiquetées » par un mot ou une courte phrase pour lesquelles les unités de sens étaient significatives. Par la suite, elle a lu une deuxième fois le contenu des textes selon les différentes sources afin d'identifier des segments de texte qui présentaient une signification spécifique et unique « unité de sens ». Lors de l'émergence de nouvelles ou sous-catégories, elle créait, dans le logiciel, une étiquette pour nommer celles-ci auxquelles l'unité de sens a été assignée. Elle a développé une définition initiale de la catégorie émergente. Elle a pu modifier ou ajuster les mots de l'étiquette qui décrivent ces catégories tout en écrivant un mémo « courte description avec des mots clés facilitant la mémoire du chercheur » pour conserver la trace des ajustements au fil de du processus de codification à propos de chaque catégorie. Elle a poursuivi, en y intégrant d'autres segments de texte, dans les nouvelles catégories déjà étiquetées pour lesquelles les unités étaient significatives.

iv) Poursuivre la révision et le raffinement des catégories

La quatrième étape a consisté à poursuivre la révision et le raffinement des catégories pour réduire celles qui étaient redondantes ou similaires. Pour chacune des catégories, l'étudiante-chercheure a vérifié si d'autres catégories pouvaient lui être combinées ou liées sous une autre catégorie quand leur signification semblait similaire. Lorsqu'un segment de texte était difficilement cotable dans les catégories existantes, l'étudiante-chercheure considérait que ces données avaient un « sens » pour la participante puisqu'elle s'était exprimée sur ce sujet. Chaque fois qu'elle a été confrontée à cette situation, elle s'est questionnée sur la pertinence de créer une nouvelle catégorie, une sous-catégorie ou d'élargir le sens d'une catégorie existante pour inclure la donnée.

L'étudiante-chercheure a développé une arborescence représentant les liens entre les catégories et les sous-catégories. Ces liens peuvent être de nature hiérarchique tel un arbre indiquant une superordination, des liens parallèles ou une subordination. Elle a apporté une description de chacune des catégories qui consiste en une description du sens donné à la catégorie, comprenant ses caractéristiques, son ampleur et ses limites. Elle a utilisé la création de mémos qui consiste en une

courte définition avec des mots clés pour faciliter la mémoire des décisions quant au développement de l'arborescence et des descriptions. L'étudiante-chercheuse a sélectionné des exemples de portion de textes codés comme des citations ou des extraits de documents qui illustrent les significations, les associations et les perspectives associées à l'essence même de la catégorie. Le processus de codification menant à la réduction des données, tel que présenté par Thomas (2006), vise à créer un nombre restreint de catégories, soit entre trois et huit catégories considérées comme étant les plus importantes selon les objectifs de recherche (Thomas, 2006). Un processus de réduction des données qui se termine avec plus de huit catégories devrait soit regrouper des catégories, inclure des sous-catégories ou juger de l'importance relative de chacune des catégories. Selon ce principe, l'étudiante-chercheuse a révisé chacune des catégories, ce qui a permis de définir l'arborescence finale des catégories et leur description voir l'annexe F.

1.9.3.2 Présentation des données

La seconde étape est la présentation des données qui s'explique par un assemblage organisé d'informations qui permet de tirer des conclusions et de passer à l'action (Miles et Huberman, 2003). Ces auteurs proposent l'utilisation de plusieurs types de matrices pour présenter les corpus des données de manière synthétique afin d'obtenir un portrait d'ensemble selon le besoin. La construction des matrices les plus simples prend en compte deux dimensions. Elles peuvent être plus complexes en intégrant plusieurs dimensions. Chacune des questions de recherche peut faire l'objet d'une série de matrices, ce qui a été le cas dans le présent projet. L'étudiante-chercheuse a utilisé les types de matrices suivants : matrice chronologique et matrice à groupement conceptuel. La matrice chronologique, comme son nom l'indique, a comme principe de base la chronologie. Elle permet le repérage des processus, de flux et des séquences. Elle comporte des colonnes organisées par période séquentiellement, de manière à savoir à quel moment un phénomène particulier a eu lieu. La chronologie fait référence aux quatre périodes du continuum de soins en périnatalité, soit : les 1^{er}-2^e trimestres, le 3^e trimestre, la naissance et le postnatal. Les données codées préalablement ont été croisées avec les catégories correspondant aux dimensions du partenariat relationnel pour l'infirmière, tandis que pour les femmes il s'agit de celles liées aux composantes du modèle de soins selon les périodes du continuum de soins. À partir de ces matrices

chronologiques, il a été possible de dégager le niveau d'intensité dans le partenariat relationnel entre l'infirmière et les femmes en se référant au nombre d'interactions de références d'encodage de verbatims. Les matrices ont été construites avec l'aide du logiciel NVivo et exportées dans des tableaux Excel.

La matrice à groupement conceptuel, comme son nom l'indique, a comme principe de base la cohérence conceptuelle. Elle regroupe des données selon leur cohérence conceptuelle qui comporte des colonnes qui rassemblent une catégorie et qui sont croisées avec une autre catégorie afin de voir les liens ou l'influence entre les deux ou entre elles. La matrice conceptuelle thématique a également été choisie parce qu'elle a permis d'assurer une présentation des thèmes selon leur cohérence avec le cadre conceptuel de l'étude (Miles et Huberman, 2003). Le texte narratif soutenu par le choix d'extraits de verbatim significatifs a constitué le format de présentation des données générales des résultats appuyés par les différentes stratégies de formats de présentation visuels suggérées comme des tableaux, des graphiques ou des diagrammes (Miles et Huberman, 2003). Ces formats de présentation s'avèrent particulièrement utiles pour synthétiser un grand nombre de résultats complexes et pour simplifier visuellement leur diffusion afin d'en saisir toute leur signification. Ces principes ont été retenus pour la présentation des données réalisée pour chacune des participantes retenues pour l'analyse : la présentation des résultats a été réalisée avec l'aide de différents tableaux pour synthétiser : les dimensions du partenariat relationnel et les comportements types et les composantes du modèle qui varient selon la chronologie de la trajectoire de soins; les facteurs influençant l'engagement; les données sociodémographiques et obstétricales.

1.9.3.3 Élaboration et vérification des conclusions

La troisième étape est l'élaboration et la vérification des conclusions. Elle permet d'élaborer et de vérifier les significations qui se dégagent des données recueillies afin d'émettre des conclusions (Miles et Huberman, 2003).

La première analyse des transcriptions des entretiens en série et des notes de terrain a été réalisée parallèlement à la production continue de données. En raison de la nature du projet, l'étudiante-

chercheuse n'a pas procédé à l'analyse alors qu'elle était dans la phase d'immersion sur le terrain, et ce, afin de laisser l'espace ouvert à la co-création comme cela était préconisé par la démarche méthodologique de la théorie en U. L'étudiante-chercheuse a eu une posture de double rôle, ce qui fait qu'elle a été submergée dès le commencement de la collecte de données par l'accompagnement des participantes, ce qui lui a occasionné un travail intensif et des contraintes de temps. Toutefois, les notes terrain prises durant les entretiens en série ont été consultées durant les périodes de collecte de données afin d'orienter les entretiens en série ultérieurs avec les participantes.

L'analyse des données pour chaque participante et comme comparaison entre les participantes telle que suggérée dans la recherche qualitative longitudinale a été retenue (Murray et al., 2009). Dans un premier temps, l'étudiante-chercheuse fait le choix d'analyser cinq participantes en profondeur. La sélection des cinq participantes a été effectuée selon leur représentativité et certaines caractéristiques guidées par nos objectifs et questions de recherche. Toutes les sources de données pour chaque participante en tant qu'unité longitudinale unique qui donne un sens à leur expérience individuelle ont été analysées. L'analyse peut également être effectuée dans la séquence suivante : sur les premiers entretiens, sur les seconds entretiens et ainsi de suite sur les entretiens suivants ou sur des données synthétisées à partir d'entretiens réalisés à des moments clés précis (Murray et al., 2009). Les données ont été analysées selon les séquences suivantes : à partir d'entretiens réalisés à des moments clés précis du cycle de maternité par trimestre ou semaines. Par la suite, l'analyse a été effectuée de manière transversale entre les participantes afin de capturer les similitudes, les écarts entre celles-ci. Enfin, il y a eu recours à une analyse thématique comme méthode qui construit des thèmes transversaux, tout en sachant que celle-ci se fait aux dépens des contextes individuels. Pour ce faire, l'ensemble des données par participante a été regroupé dans un ensemble correspondant aux périodes du continuum de soins. Les entretiens des participantes ont été retranscrits sous forme de citation pour qu'elles donnent un aperçu accessible de leur expérience de soins en périnatalité puisque le codage requis dans l'analyse qualitative peut aboutir à la fragmentation et à la décontextualisation (Murray et al., 2009). Le cadre de référence de la présente étude intitulé « Cadre conceptuel du partenariat relationnel entre l'infirmière et la femme lors de la co-construction d'un modèle de soins en périnatalité » a guidé l'analyse pour ne pas se restreindre

à une analyse descriptive. L'usage du cadre conceptuel pour guider la phase d'analyse a permis d'obtenir des résultats co-construits à travers cette lunette. L'élaboration des conclusions a été transmise dans le chapitre sur les résultats ainsi que dans le chapitre de la discussion. Les critères de rigueur scientifique ont permis d'assurer que la vérification des conclusions soit rigoureuse.

1.10 Critères de rigueur scientifique

Pour assurer la qualité scientifique du processus méthodologique de la présente recherche, différents critères et moyens pour juger de la rigueur ont été mobilisés, soit les quatre critères de rigueur méthodologique i) crédibilité; ii) transférabilité; iii) fiabilité; et, iv) confirmabilité décrits par (Lincoln et Guba, 1985), mais également les critères de rigueur relationnelle i) d'équilibre et ii) d'authenticité qui sont pertinents dans le cadre des approches collaboratives (Guba et Lincoln, 1989).

1.10.1 Critères de rigueur méthodologique

En ce qui concerne le critère de la crédibilité, celui-ci consiste à vérifier la correspondance quant au sens et aux interprétations attribués aux données afin d'assurer la véracité des résultats (Lincoln et Guba, 1985; Miles et Huberman, 2003). La présence de longue durée sur le terrain, l'observation persistante et la triangulation sont les techniques recommandées et elles ont été respectées (Lincoln et Guba, 1985). Les deux premières techniques ont été assurées puisque l'étudiante-chercheuse a eu un engagement prolongé avec les femmes sur le terrain pour une période de dix-huit mois, ce qui lui a permis de s'approprier la culture du milieu par l'entremise de celles-ci et de comprendre le contexte. La triangulation des données a été assurée par la combinaison de plusieurs sources. De plus, la réalisation des entretiens en série entre les femmes et la personne de soutien TIC a permis d'assurer la triangulation des données.

En ce qui concerne le critère de transférabilité, celui-ci fait référence à l'étendue selon laquelle les résultats peuvent être transférés à d'autres contextes (Lincoln et Guba, 1985). L'étudiante-chercheuse a tenté de décrire et de détailler en profondeur, de façon riche et dense, le milieu, le contexte, les caractéristiques et les résultats présentés dans le chapitre suivant afin que les lecteurs

qui cherchent à utiliser les résultats de la recherche puissent établir des liens avec leur propre contexte et milieu.

En ce qui concerne le critère de fiabilité, celui-ci représente la mesure dans laquelle la recherche produirait des résultats similaires ou consistants si elle était reprise telle que décrite, tout en prenant en considération tout facteur susceptible d'avoir affecté les résultats de l'étude (Miles et Huberman, 2003). Les données ont été accessibles durant toutes les étapes de la recherche comme les enregistrements, les transcriptions des entretiens, les mémos du journal de bord pour documenter l'évolution de la recherche et les justifications des décisions comme le raffinement des questions de recherche et l'évolution de l'arborescence thématique. Des rencontres ont eu lieu avec la directrice de thèse, tandis que des rencontres consultatives avec une personne-ressource externe en méthodologie qualitative tout au long de l'étude ont permis de consigner les notes méthodologiques dans les mémos de NVivo. Le projet de recherche, de même que la méthode utilisée pour le traitement des données, est sauvegardé dans le logiciel NVivo. Les étapes sont décrites avec beaucoup de précision dans la section ci-dessus présentée.

En ce qui concerne le critère de confirmabilité ou de neutralité, celui-ci consiste à corroborer le fait que les résultats sont déterminés par les participants et les conditions de la recherche et non pas par les biais, les motivations et les intérêts du chercheur (Lincoln et Guba, 1985). Pour contrer les biais et préjugés possibles de l'étudiante-chercheuse, trois mesures ont été prises : i) des notes rédigées lors de la participation observante et consignées dans le journal de bord ont permis à l'étudiante-chercheuse d'extérioriser ses perceptions et son vécu ainsi que prendre du recul; ii) la directrice de recherche a été impliquée à toutes les étapes de la recherche pour la vérification intercodeurs; iii) l'implication d'une personne-ressource externe en méthodologie qualitative à toutes les étapes de la recherche au besoin; et, vi) la réalisation des entretiens en série avec la personne de soutien TIC en externe a permis de trianguler les données en rédigeant un profil synthèse « Personnas » pour chaque femme.

1.10.2 Critères de rigueur relationnelle

Certains critères de rigueur relationnelle dans le cadre des approches de recherche collaborative ont été mobilisés. En ce qui concerne le critère d'équilibre, de par la nature du projet toutes les femmes participantes ont eu l'occasion d'exprimer leur vécu pendant la recherche, et ce, de façon équitable et à plusieurs reprises puisque nous voulions faire entendre leur voix. En ce qui concerne le critère authenticité ontologique, les femmes ont amélioré leurs connaissances et élargi leur représentation à propos du phénomène à l'étude, soit la médicalisation de la naissance. Elles ont témoigné durant les entretiens en série de l'élargissement de leurs connaissances et de l'amélioration de leurs compétences pour s'autonomiser face à leur grossesse et la naissance. En ce qui concerne le critère d'authenticité éducative, les femmes ont approfondi leurs connaissances d'elles-mêmes et elles ont témoigné, durant les entretiens en série, de l'élargissement de leurs perspectives. En ce qui concerne la faisabilité de la recherche et des solutions proposées, le modèle de soins en périnatalité qui se dégage des résultats rassemble sous forme de synthèse présente certaines solutions pour mieux répondre aux besoins des femmes. Par ce modèle de soins co-construit à partir de l'expérience de soins, il ressort que l'infirmière pourrait apporter une contribution disciplinaire différente de ce qui est entendu dans une contribution médicale.

1.11 Considérations éthiques

Le projet de recherche a reçu l'approbation éthique de trois instances :

- i) Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) de l'Université de Montréal;
- ii) CERES de l'établissement du réseau de la santé visé;
- iii) CERES de l'Université du Québec en Outaouais.

Le délai pour obtenir les autorisations entre le dépôt de la demande et l'obtention du certificat d'éthique a été, pour le premier comité, de 1 mois et demi du 16-02-18 au 16-04-01; d'un mois et demi pour le deuxième comité du 16-05-09 au 16-06-21; et de cinq jours pour le troisième comité du 16-06-23 au 16-06-28; ce qui a représenté un délai total de cinq mois. Les exigences et règles définies par les trois comités d'éthique de la recherche en santé CERES ont été respectées et suivies

pendant l'ensemble du déroulement du projet de recherche. Les dates de suivi annuel du projet auprès des CERES ont été respectées afin d'informer au sujet du déroulement de la recherche et de reconduire la validité des certificats éthiques pour toute la durée de l'étude.

Durant la période de recrutement, la fiche d'information sous forme de carte postale a été ajoutée à la documentation remise dans la pochette d'information lors du premier rendez-vous médical de suivi de grossesse; il a été expliqué aux femmes par les assistantes médicales. Toutes les participantes ont été informées sur la nature de la participation attendue dans le cadre du projet de recherche. Les informations constituant le formulaire de consentement ont été lues et expliquées à chacune des participantes telles que l'objectif du projet, leur implication attendue, les risques et les avantages potentiels, la préservation de leur anonymat par un pseudonyme, la possibilité de se retirer en tout temps de l'étude sans préjudice. Les participantes ont pu poser toutes les questions qu'elles avaient afin d'assurer leur consentement libre et éclairé avant de signer le formulaire prévu à cet effet. Durant la collecte de données, toutes les participantes ont été en mesure de se retirer à tout moment sans préjudice tout au long du cycle de maternité. L'anonymat et la confidentialité des informations recueillies concernant les participantes ont été préservés par la mesure suivante : un code alphanumérique a été attribué à chacune des participantes afin d'identifier tous les documents comme les verbatims au lieu de leur nom spécifique. Tout le corpus des données comme les enregistrements audios et les transcriptions informatisées a été conservé dans un environnement informatique sécuritaire. Il s'agit de l'ordinateur portable personnel de l'étudiante-chercheuse muni d'un mot de passe protégé fourni par l'Université du Québec en Outaouais, employeur de celle-ci. Tout le corpus de données exporté dans le logiciel NVivo a respecté les mêmes règles. Tous les autres documents papier ont été conservés sous clé dans un classeur uniquement accessible à l'étudiante-chercheuse, avant d'être numérisés et sauvegardés dans le dossier informatisé de chacune des participantes. À la fin du projet, la conservation de l'ensemble du corpus des données sera maintenue pendant sept années, comme stipulé dans les exigences des CERES, pour consultation au besoin.

CHAPITRE 4

RÉSULTATS

Ce chapitre, qui présente les résultats de l'étude, se divise en trois sections distinctes qui correspondent à chacune des questions de recherche formulées à partir du cadre de référence de la recherche intitulé : Cadre conceptuel du partenariat relationnel entre l'infirmière et la femme lors de la co-construction d'un modèle de soins en périnatalité. La première section expose les résultats relatifs à la première question sur le partenariat relationnel – engagement, entre l'infirmière et les femmes, dans la co-construction des composantes du modèle de soins. La seconde section relate les résultats relatifs à la deuxième question sur les facteurs influençant l'engagement dans le partenariat relationnel entre l'infirmière et les femmes. La troisième section révèle les résultats de la troisième question sur le modèle de soins et ses composantes co-construit dans cette expérience de partenariat relationnel – engagement entre l'infirmière et les femmes réalisée dans un milieu de soins en périnatalité au Québec. Enfin, ce chapitre se termine par la présentation sous forme visuelle du modèle de soins en périnatalité co-construit à travers le partenariat infirmière-femme dans le cadre de l'étude.

1.12 Résultats relatifs à la première question de recherche

Cette première section consacrée aux résultats répond à la première question de recherche : comment le partenariat relationnel – engagement entre l'infirmière et la femme au cours de l'expérience de soins en périnatalité contribue-t-il à la co-construction des composantes du modèle de soins? C'est pourquoi les résultats tentent d'expliquer le lien qui s'établit entre le partenariat relationnel – engagement et la co-construction des composantes du modèle de soins. D'entrée de jeu, les résultats de l'étude ont permis d'adapter les thèmes de l'engagement du patient-partenaire

dans les soins de santé selon le modèle de Pomey et al. (2015), et ce, dans le contexte de l'organisation des soins en périnatalité. Les résultats de l'étude ont déterminé 12 thèmes qui redéfinissent les quatre dimensions du partenariat relationnel – engagement et les huit comportements types d'engagement, dans la relation entre l'infirmière et la femme partenaires au cours de l'expérience de soins en périnatalité telle que présentée dans le Tableau 6.

Tableau 6 Dimensions du partenariat relationnel et comportements types associés, pour l'infirmière et la femme

Dimensions partenariat relationnelles Niveau micro - clinique soins directs	Comportements types :Infirmière partenaire	Comportements types :Femme partenaire
Information : La femme reçoit de l'information sur la grossesse, accouchement, postnatal.	Informier : L'infirmière informe la femme sur la grossesse, l'accouchement et le postnatal. Elle partage ses savoirs scientifiques à la femme.	S'informier : La femme lit ou reçoit de l'information sur la grossesse, l'accouchement et le postnatal.
Consultation : La femme est consultée sur ses questions sur la grossesse, accouchement, postnatal.	Consulter : L'infirmière consulte la femme à savoir si elle a des questions sur la grossesse, l'accouchement et le postnatal; sur les thèmes qu'elle désire apprendre portant sur son éducation à la santé.	Questionner : La femme pose des questions sur sa grossesse, son accouchement et son postnatal. La femme s'interroge sur les décisions cliniques pas forcément prises en compte.
Collaboration : La femme est impliquée afin qu'elle partage ses préférences et son vécu expérientiel sur la grossesse, accouchement, postnatal.	Motiver : L'infirmière stimule la femme afin qu'elle partage son vécu expérientiel et ses préférences pour établir les décisions de santé la concernant.	Partager: La femme partage ses préférences et son vécu physique, émotionnel, social et trajectoire de soins afin qu'elles soient prises en compte comme la prévention/diagnostic/traitement.
Coconstruction : La femme prend ses décisions en fonction de ses objectifs et son projet de vie et naissance.	Échanger : L'infirmière échange avec la femme sur les décisions et choix informés qu'elle a pris et s'intéresse à son processus de réflexion tout en respectant ses choix.	Décider : La femme fait part de ses décisions à l'infirmière. Elle co-élabore son projet de naissance.

Les résultats sont présentés en quatre sous-sections qui exposent l'intensité des dimensions du partenariat relationnel – engagement en lien avec chacune des composantes du modèle de soins en périnatalité selon le plan schématisé dans la Figure 10.

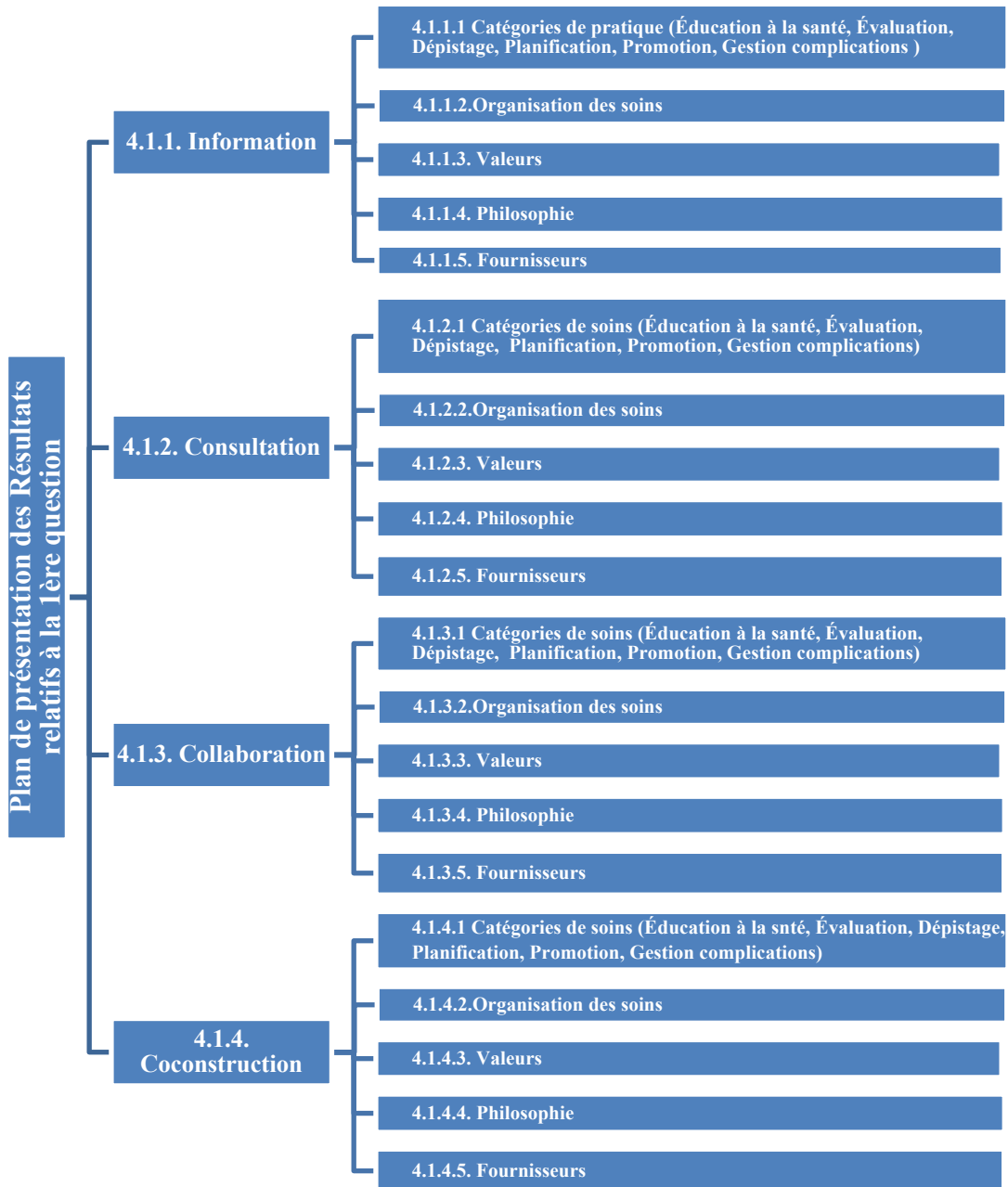


Figure 10 Plan de présentation des résultats relatifs à la première question de recherche

Sur la base de ce plan représenté à la Figure 10, les quatre sous-sections suivantes présentent les résultats concernant l'intensité des dimensions du partenariat relationnel – engagement entre l'infirmière et les femmes, et ce, sous deux angles :

- Le premier angle expose le classement de l'intensité pour chacune des dimensions du partenariat relationnel – engagement et des comportements types associés, de l'infirmière et des femmes, par période du continuum de soins en périnatalité – les 1^{er} et 2^e trimestres, le 3^e trimestre, la naissance et le postnatal.
- Le second angle expose le classement de l'intensité des comportements types, pour l'infirmière et pour les femmes, obtenu par la fréquence ou le pourcentage d'interactions – verbatims qui a été croisé avec les périodes du continuum de soins en périnatalité – les 1^{er} et 2^e trimestres, le 3^e trimestre, la naissance et le postnatal par les composantes du modèle de soins. Ce croisement a permis de décrire les comportements types de l'infirmière et des femmes pour chacune des composantes du modèle de soins de manière longitudinale présentée sous forme narrative ou sous forme de tableaux. Les extraits de discours de l'infirmière et des femmes permettent d'appuyer et illustrer les résultats.

Enfin, il importe de préciser que l'intensité des dimensions du partenariat relationnel a été représentée par des pourcentages permettant d'établir un classement sous forme d'ordonnement par rang. Ces pourcentages représentent l'intensité de l'encodage des sources des données qualitatives générées à partir du logiciel d'analyse qualitative NVivo dans des matrices.

1.12.1 Information

La dimension information du partenariat infirmière-femme a permis que les femmes reçoivent des renseignements et des conseils sur la grossesse, l'accouchement et le postnatal. En adoptant le comportement type « informer », l'infirmière a partagé ses savoirs avec les femmes sur divers thèmes d'éducation en périnatalité. En adoptant le comportement type de « s'informer », à partir de diverses sources autres que l'infirmière, les femmes ont pu mentionner à celle-ci l'information qu'elles ont reçue au sujet de divers thèmes d'éducation en périnatalité. La dimension information du partenariat infirmière-femme a été croisée avec les composantes d'un modèle de soins et est présentée dans ce qui suit.

1.12.1.1 Catégories de pratiques

La dimension information en lien avec la composante catégories de pratiques, composée de l'éducation à la santé, l'évaluation, le dépistage, la planification des soins, la promotion de la physiologie et la prévention des complications et la gestion des complications de première ligne, a permis de révéler l'intensité du partenariat relationnel – engagement par un classement du comportement type de l'infirmière et du comportement type des femmes par période du continuum périnatal. Pour la dimension information, les résultats ont montré que la catégorie de pratique éducation est celle qui s'est manifestée au rang 1^{er} aux 1^{er} et 2^e trimestres, au 3^e trimestre, lors de la naissance et en postnatal comme cela est présenté dans le Tableau 7.

Tableau 7 Dimension information - intensité d'interactions comportement type par catégories de pratiques selon la période du continuum de soins périnatal

Comportement de l'infirmière Informer	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Éducation	62,01 %	1	57,18 %	1	38,72 %	1	56,26 %	1
Évaluation	6,24 %	4	2,99 %	5	7,9 %	5	17,81 %	2
Dépistage	4,63 %	5	0,16 %	6	0,22 %	6	0,13 %	6
Planification	8,56 %	3	6,54 %	3	8,78 %	3	8,24 %	4
Promotion physiologie	16,06 %	2	26,67 %	2	36,27 %	2	16,87 %	3
Gestion complication	2,49 %	6	6,47 %	4	8,12 %	4	0,7 %	5
Comportement de la femme S'informer	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Éducation	39,9 %	1	50,83 %	1	50 %	1	44,72 %	1
Évaluation	28,57 %	2	7,29 %	5	0 %	0	36,9 %	2
Dépistage	5,11 %	5	0,29 %	6	0 %	0	0 %	0
Planification	7,5 %	4	10,88 %	4	0 %	0	0 %	0
Promotion physiologie	17,59 %	3	19,31 %	2	50 %	1	18,38 %	3
Gestion complication	1,33 %	6	11,4 %	3	0 %	0	0 %	0

Par la suite, la dimension information en lien avec la composante catégories de pratiques est présentée dans ce qui suit.

i) Éducation à la santé

L'infirmière a informé les femmes selon leurs besoins et préférences, ce qui a permis d'établir les quatre thèmes principaux d'éducation en périnatalité : la grossesse, la naissance, le nouveau-né et la parentalité et l'organisation des soins ainsi que les sous-thèmes correspondants. Les femmes ont mentionné s'être informées de manière variable à partir de diverses sources de référence, comme des documents reçus chez le médecin, dans des organismes, sur Internet, dans des livres populaires sur la grossesse et sur le forum mis en ligne, dans le cadre de la présente étude, pour les femmes participantes à l'étude et auprès des personnes de leur réseau de soutien. L'intensité d'interactions par comportement type avec des extraits de verbatim est présentée au Tableau 8.

Tableau 8 Dimension information - intensité d'interactions par comportement type catégorie de pratique : Éducation à la santé selon certains thèmes

Comportement de l'infirmière	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Informer	23,67 %	2 ^e	59,57 %	1 ^{er}	2,56 %	4 ^e	14,2 %	3 ^e
Verbatim	« Ça, s'appelle le HB. C'est l'hémoglobine, en fait c'est souvent... C'est que quand on est enceinte, vu que le volume de sang est augmenté, nos petits globules rouges se retrouvent tout d'un coup un peu plus dilués dans le volume. Donc on va faire dans le fond, ce qu'on dit une anémie physiologique de grossesse ». INFK M02 01		« Donc, c'est un processus [en parlant de l'accouchement] au même titre que dans nos fonctions biologiques... tous nos mécanismes [physiologiques]... comme de respirer, de notre cœur battre, notre système digestif, tout le mécanisme hormonal, il est à ce niveau-là, donc on n'a pas à contrôler l'accouchement ». INFK M04 CP01		« Parce que l'idée si tu as de la latence comme ça, c'est le fun d'en avoir, mais à un moment donné on veut aussi se reposer alors ... tu sais, on en laisse faire un peu et à un moment donné on prend un bain justement pour voir si ça va ralentir un peu puis tu peux te reposer ». INFK M02 ST		« Mais si elle allaite souvent, moi je te dirais tant qu'elle veut allaiter, allaite-la parce que toi ça va te soulager et puis du coup tu ne feras pas d'engorgement au niveau des seins, comprends-tu? ». INFK M04 ST	
Thèmes abordés	Grossesse: test dépistage et changements physiologiques		Naissance : accouchement physiologique		Naissance : autosoins durant le travail à la maison		Postnatal : allaitement maternel	
Comportement de la femme	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
S'informer	42,51 %	2 ^e	53,62 %	1 ^{er}	0,39 %	4 ^e	3,48 %	3 ^e
Verbatim	« 16 semaines et quatre jours, puis dans ce livre-là que je trouve très bien parce qu'il est vraiment fait pour le Québec là tous les tests tu sais les tests sont faits seulement au Québec cela fait que tu as vraiment l'impression de lire un livre qui te parle de ta vie tu sais pas de comment cela se passe en Europe puis des tests de toxoplasmose puis de rubéole qu'on fait pas ici tu sais... ». M08 03		« J'ai été très déçue par rapport à Héma-Québec quand ils me parlaient du sang de cordon ou en fait, finalement, ils n'ont pas été très clairs, puis ils ne m'ont pas dit toutes les choses à dire et cela m'a un peu déçue, parce que quand je veux faire les choses, je veux les faire en toute conscience puis en ayant toutes les informations en main quoi, puis là, ils m'ont caché une partie de la chose pour pas que je pose trop de questions, ou pour pas que... ». M06 05		Aucune interaction		« ... ma cousine m'a donné un livre sur le sommeil du nourrisson, une méthode c'est genre 15 sec tu la déposes, mais après ça tu la reprends puis tu la redéposes, je ne me souviens plus du nom de l'auteur je peux regarder, mais ça ils disent de ne pas commencer avant 8 semaines puis ma cousine me dit que ça vraiment marché avec sa petite ». M04 ST	
Thèmes abordés	Livre populaire Grossesse: test dépistage et les changements		Organisme Naissance : interventions médicales sang de cordon		Aucun		Réseau de soutien Postnatal : soins du nouveau-né	

ii) Évaluation

L'infirmière a informé les femmes de manière individualisée lorsqu'elle procédait à leur évaluation biopsychosociale, selon leurs besoins informationnels en lien avec certains thèmes d'éducation en périnatalité. Les femmes ont manifesté un besoin de s'informer de manière variable en lien avec l'évaluation de leur état de santé pour connaître les éléments à surveiller pendant la grossesse. Elles ont utilisé diverses sources comme l'achat de livres populaires sur la grossesse et sur Internet lorsqu'elles étaient dans l'attente du premier rendez-vous médical du suivi de grossesse. L'intensité d'interactions par comportement type avec des extraits de verbatim est présentée au Tableau 9.

Tableau 9 Dimension information - intensité d'interactions par comportement type catégorie de pratique : Évaluation selon certains thèmes

Comportement de l'infirmière	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Informer	22,66 %	3 ^e	29,63 %	2 ^e	4,97 %	4 ^e	42,74%	1 ^{er}
Verbatim	Évaluation physique : «... quand tu vas à ton rendez-vous médical toujours prendre tes paramètres, donc ton poids ... C'est bon, alors c'est poids, cœur fœtal, la tension artérielle, toujours la même chose, et tu me donnes ça ». INFK M08 01		Évaluation psychosociale : « Mais la peur de la mort puis la peur de la déchirure du périnée, ce sont deux choses différentes. La peur de mourir, ça c'est autre chose, il faudrait identifier ». INFK M08 CP01		Évaluation physique : « 8h30 Examen toucher vaginal 9 + Explications données sur le «late pushing» et sur technique de poussée ». INFK M02 N.O		Évaluation allaitement : «... il n'y a pas de raison, tu sais ...tu me dis bien là j'allaite 5 fois par jour et que je complémente le reste du temps, là je te dirais oui ça l'a peut-être affectée, mais depuis le début tu allaites toujours à la demande ». INFK M04 ST	
Thèmes abordés	Grossesse: examen physique suivi médical		Naissance : accouchement physiologique		Naissance : accouchement physiologique		Postnatal : allaitement maternel	
Comportement de la femme	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
S'informer	74,24 %	1 ^{er}	18,77 %	2 ^e	0 %	0 ^e	7 %	3 ^e
Verbatim	Évaluation psychosociale : « Bref, j'étais seule pendant les trois premiers mois avec Internet, cela fait qu'à chaque fois je trouvais un site qui disait qu'il faut manger quelque chose, j'en trouvais un autre qui me disait que ce n'était pas une bonne idée. Cela fait que j'ai passé trois mois à me polluer l'esprit ... ». M08 03		Évaluation physique « Oui. Avec de petits filaments un peu plus... Moi, j'avais lu sur Internet que c'est cela un peu l'apparence du début du...[bouchon muqueux] ». M04 05		Aucune interaction		Évaluation allaitement : [10:05 AM] « Oui elle boit au 230-3h le jour et quand elle se réveille la nuit. [10:06] Oui le mieux vivre en ligne ». M04TIC	
Thèmes abordés	Grossesse: alimentation		Naissance : changements physiologiques		Aucun		Postnatal : allaitement maternel	

iii) Dépistage

L'infirmière a informé les femmes sur le dépistage de toute complication éventuelle pouvant survenir dans la période périnatale, qui a été réalisé dans le cadre des examens de laboratoire et de radiologie prescrits selon leurs besoins. Les femmes ont manifesté un besoin de s'informer au sujet des tests de dépistage requis durant le vécu périnatal, et ce, de manière variable. Elles pouvaient le faire auprès de diverses sources, comme le médecin, lors du premier rendez-vous de suivi de grossesse pour le dépistage prénatal ou sur Internet. L'intensité d'interactions par comportement type avec des extraits de verbatim est présentée au Tableau 10.

Tableau 10 Dimension information - intensité d'interactions par comportement type catégorie de pratique : Dépistage selon certains thèmes

Comportement de l'infirmière	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Informer	89,49 %	1 ^{er}	8,19 %	2 ^e	0,72 %	4 ^e	1,6 %	3 ^e
	« Tu sais, toujours dans les examens, c'est toujours un peu de dire, avantages : Pourquoi je le fais? C'est quoi le bénéfice de le faire? Versus : les inconvénients de le faire ». INFK M02 01		« Non on ne fera pas de césarienne, on va donner un antibiotique ». INFK M06 CP03		« OK. Mais moi je prends la date du bébé en fait [rires] la date qu'il va décider ». INFK M02 ST		« Tu sais le feuillet qu'on met dans la couche ». INFK M04 VP02	
Thèmes abordés	Grossesse: test dépistage échographie		Naissance : dépistage streptocoque B		Naissance : test dépistage échographie		Postnatal : dépistage métabolique	
Comportement de la femme	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
S'informer	94,72 %	1 ^{er}	5,28 %	2 ^e	0 %	0 ^e	0 %	0 ^e
Verbatim	« Il y avait plusieurs documents dedans. Donc, elle a focussé sur les examens que j'allais avoir, les prises de sang, à quelle date l'échographie de datation. Elle, elle m'a fait faire un écho de datation cette médecin-là, mais pas la gynécologue ». M02 01		« Oui, 106 ou 160. Il m'a dit qu'elle était basse. Mais, j'ai regardé les normes [sur Internet] puis ça doit être 106 parce que 160 c'est normal ». M04 03		Aucune interaction		Aucune interaction	
Thèmes abordés	Grossesse: tests dépistages échographie		Naissance : tests dépistages hémoglobine		Aucun		Aucun	

iv) Planification des soins

L'infirmière a informé les femmes sur la planification des soins en ce qui a trait au déroulement des rencontres de préparation à la naissance selon les thèmes proposés pour qu'elles puissent les choisir selon leurs besoins. Elle a informé les femmes sur la réalisation du projet de naissance afin qu'elles puissent planifier les soins requis durant le travail et la naissance par des choix éclairés. Elle a expliqué le déroulement du suivi et communiqué sa disponibilité lors de l'accompagnement périnatal et postnatal. Les femmes ont manifesté à l'infirmière leur besoin de s'informer en mentionnant les lectures qu'elles avaient complétées, afin de planifier le contenu de l'information dans le cadre des rencontres de préparation à la naissance. Au moment du travail et de la naissance, les femmes ont reçu de l'information variable sur les interventions médicales qui leur ont été suggérées par l'équipe médicale pour planifier les soins selon l'évolution de leur situation. L'intensité d'interactions par comportement type avec des extraits de verbatim est présentée dans le Tableau 11.

Tableau 11 Dimension information - intensité d'interactions par comportement type catégorie de pratique : Planification soins selon certains thèmes

Comportement de l'infirmière	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Informier	25,66 %	2 ^e	53,47 %	1 ^{er}	4,56 %	4 ^e	16,32 %	3 ^e
	« C'est ça je regardais dans le fond parce que j'ai fait dans le fond une petite planification pour les cours prénataux, pour ne pas qu'on soit pris à la dernière minute, tout le monde ensemble. Tu vois toi ça te mettrait... » M08 04		« Alors je vais garder une section pour ton plan de naissance c'est important de commencer à réfléchir à ce que l'on va mettre dedans. Le plan de naissance c'est vraiment nos choix, ce n'est pas un plan où on dit aux gens quoi faire. C'est plus des choix entre ce que tu veux faire ou ce que tu souhaites ». INFK M10 CP02		« Si jamais ça s'arrête, tu sais en début de semaine ou dépendamment de l'évolution et que tu as besoin qu'on se voie. Je suis quand même disponible là... Aujourd'hui c'est sûr que tu n'avais pas dormi, mais si tu as besoin dépendamment si ça arrête ou continue. On y va aux heures à la fois ». INFK M02 ST		« Oui l'adaptation et dans le fond moi demain je vais t'écrire pour voir si tu as eu des nouvelles du CLSC, on va voir à ce moment-là tu sais moi j'irai peut-être, si elle ne vient pas je vais te texter l'après-midi pour voir comment ça va pour l'allaitement et tout ça ». INFK M04 ST	
Thèmes abordés	Planification cours prénatals		Projet de naissance		Planification suivi pernatal		Planification suivi postnatal	
Comportement de la femme	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
S'informer	58,29 %	1 ^{er}	41 %	2 ^e	0,71 %	3 ^e	0 %	0 ^e
Verbatim	« J'ai vu aussi, tu sais, le chaud, ça « endort » les nerfs et ça stimule... bien, le nerf, la douleur... le chaud puis la douleur passe par les mêmes nerfs. Moi, le chaud, j'aime ça le chaud. Chaud... Le chaud-froid... C'est ça ». M04 02		« Ça fait du bien! Puis j'ai fini de lire le livre, il était long à lire!! Là maintenant j'ai pu me faire une tête puis vraiment m'asseoir ... et j'attendais aussi qu'on aille ce dernier cours-là puis je vais le faire pour la prochaine rencontre il va être fait ». M02 CP03		« 6h00 Sort du bain. Infirmière vient pour monitoring. Ne veut pas sortir du bain et mentionne qu'elle n'aime pas le monitoring. L'infirmière donne explications sur l'importance et dit qu'elle va revenir dans 10 minutes ». M02 N.O		Aucune interaction	
Thèmes abordés	Planification cours prénatals		Projet de naissance		Planification monitoring fœtal		Aucun	

v) Promotion de la physiologie et prévention des complications

L'infirmière a informé les femmes sur les divers thèmes d'éducation en périnatalité en lien avec la promotion de la physiologie et la prévention des complications, dans le but de les soutenir dans le processus de normalité de la grossesse, de la naissance et du postnatal. Les femmes ont indiqué s'être informées à partir de diverses sources comme dans des livres populaires sur la grossesse, sur Internet, sur le forum en ligne mis à la disposition des femmes participantes de l'étude et auprès des personnes de leur réseau de soutien. Il apparaît que les différentes sources auprès desquelles les femmes se sont informées n'ont pas encouragé la physiologie de la grossesse et de la naissance chez celles-ci. L'intensité d'interactions par comportement type avec des extraits de verbatim est présentée dans le Tableau 12.

Tableau 12 Dimension information - intensité d'interactions par comportement type catégorie de pratique : Promotion physiologie selon certains thèmes

Comportement de l'infirmière	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Informier	15,11 %	2 ^e	68,48 %	1 ^{er}	5,91 %	4 ^e	10,49 %	3 ^e
Verbatim	« Est-ce que si tu savais si, dans le fond, dans la littérature en psychologie, quand on a étudié la psychologie de la grossesse chez la femme, on a étudié chez l'homme aussi, et ton chum, il est vraiment comme dans la normale. Comme un gars. C'est la peur numéro un qui ressort chez tous les gars ». INFK M02 02		« Donc, c'est pour ça que même quand on a un accompagnement, en fait, ce n'est pas de l'accompagnement, le mot, c'est vraiment du soutien continu, c'est-à-dire que tu es sûre qu'au jour J, tu vas avoir du soutien du début jusqu'à la fin. C'est ça qui augmente les chances d'un accouchement physiologique et d'avoir moins d'interventions médicales non nécessaires, parce que tu as comme quelqu'un ». INFK M04 CP02		« Oui, c'est ça. Ça quand c'est trop difficile, tu retournes dans l'eau pour te, pour diminuer l'intensité, après ça tu fais un bout sur ton ballon, tu retournes dans l'eau, tu sais ça te fait toujours un 20 minutes de bain, un peu de ballon puis tu vas reprendre tes endorphines comme ça plus que si tu te déplaces maintenant ». INFK M02 ST		« C'est le temps qui remplace la peau [du ventre] sur les 9 mois qui suivent l'accouchement et d'aller prendre des marches quand tu pourras ». [4:08 PM] INFK M10 TIC	
Thèmes abordés	Grossesse: changements physiologiques et émotionnels		Naissance : Soutien continu		Naissance : Soutien continu et méthodes non pharmacologiques		Postnatal : changements physiologiques	
Comportement de la femme	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
S'informier	45,78 %	2 ^e	49,77 %	1 ^{er}	0,96 %	4 ^e	3,49 %	3 ^e
Verbatim	« ... mais le propos principal de chacun des chapitres, c'est le changement de ton corps et parallèlement à cela, comment ton bébé se forme. Mais, tu as toujours un chapitre sur les risques à ces stades-là, les douleurs que tu peux avoir ». M08 05		« Bien tu sais, c'est parce qu'à un moment donné l'accouchement, il n'y a pas mille façons, c'est physiologique. Il te l'explique, comment ça tourne, puis à un moment donné, je ne vais pas lire dix fois... ». M04 04		« Oui c'est ça j'ai parlé avec des amis ce matin et il y en a beaucoup qui ont vécu ça aussi [arrêt de contraction dans la période de latence] mais là ça fait 7 min que je n'en ai pas eue ». M02 ST		« Pour celles qui n'ont pas encore accouché, cela pourrait être intéressant. : http://www.lapresse.ca/la-tribune/actualites/201702/10/01-5068377-du-glucose-pour-acceler-le-travail-pendant-l'accouchement.php ». [1:09 PM] M04 TIC	
Thèmes abordés	Grossesse: changements physiologiques axés sur le risque		Naissance : Accouchement physiologique		Naissance: Accouchement physiologique		Naissance : Accouchement avec intervention médicale	

vi) Gestion des complications de première ligne

L'infirmière a informé les femmes concernées au sujet des complications dépistées lors du suivi de leur grossesse telles que : l'hypothyroïdie (2), l'anémie (1), le diabète (1), l'hypertension gravidique (1), la présentation par siège (1), le streptocoque de type B positif (1) ou le risque de grossesse prolongée > 40 semaines (4). Les femmes se sont informées sur leur problème de santé en consultant des sources de référence comme leur réseau de soutien et Internet, ce qui leur a occasionné de l'inquiétude et de la confusion. Certaines se sont informées auprès d'autres sources comme le fournisseur de soin, par exemple le médecin et ont indiqué que l'information reçue n'était

pas suffisante. L'intensité d'interactions par comportement type avec des extraits de verbatim est présentée au Tableau 13.

Tableau 13 Dimension information - intensité d'interactions par comportement type catégorie de pratique : Gestion complications 1^{re} ligne selon certains thèmes

Comportement de l'infirmière	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
<i>Informier</i>	11,3 %	2 ^e	80,22 %	1 ^{er}	6,39 %	3 ^e	2,09 %	4 ^e
<i>Verbatim</i>	« Mais, c'est certain que si tu n'as pas de douleur quand tu urines, admettons que ça ne chauffe pas, à ce moment-là, ça nous donne quand même une idée que peut-être que ce n'est pas ça non plus ». INFK M02 04		« On va faire un monitoring pour voir comment il va, s'il y a des mouvements fœtaux. Comme c'est quoi sa réactivité ? Mais le plus important, c'est vraiment l'indice de liquide amniotique qu'on va voir pour que tu aies suffisamment de liquide amniotique pour poursuivre. Quand on fait un monitoring aux deux jours, c'est un peu cela qu'on vérifie. Mais c'est normal que l'index de liquide baisse aussi... ». INFK M08 07		«... Tu sais la prééclampsie en fait la valeur de la tension à elle seule, ce n'est pas suffisant, il faut vraiment qu'il y ait des protéines et que le bilan hépatique commence à nous montrer des choses. Jusqu'à maintenant il n'y a rien qui nous laisse présupposer cela, ça ne veut pas dire que ça ne peut pas changer, mais pour l'instant il n'y a pas lieu de penser que tu t'en vas vers ça ». INFK M02 ST		« ... pour l'allaitement, c'est sûr que ça nous donne un petit écueil parce que si le bébé n'est pas allaité, à ce moment-là, c'est sûr que quand on va repartir l'allaitement plus tard, ça peut occasionner des fois des difficultés, mais ça va se rattraper. Mais entre les deux, c'est ça qui fait que la décision n'est pas facile à dire ». INFK M10 VP01	
Thèmes abordés	Grossesse: complication infection urinaire		Grossesse : complication grossesse prolongée		Grossesse : hypertension artérielle		Postnatal : ictère néonatal et allaitement	
Comportement de la femme	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
<i>S'informer</i>	10,54 %	2 ^e	89,46 %	1 ^{er}	0 %	0 ^e	0 %	0 ^e
<i>Verbatim</i>	« Non. Mais, j'ai regardé sur Internet, puis il y avait comme des risques de retards mentaux, de développement comme ça, alors j'étais comme : OK, je vais la prendre, la pilule ». M04 01		«... avec mon chum on a fait tellement de recherche sur Internet, sur les massages, il me massait 4 ou 5 fois par jour en incitant le bébé à tourner, sur YouTube il y a pleins de trucs comme ça et on se disait ce n'est pas grave si on essaie, si on se trompe il ne va rien arriver ... ». M08 CP04		Aucune interaction		Aucune interaction	
Thèmes abordés	Grossesse: complication hypothyroïdie		Grossesse : Présentation BB siège		Aucun		Aucun	

1.12.1.2 Organisation des soins

L'infirmière a informé les femmes sur l'organisation des soins qu'elles pouvaient recevoir durant la période périnatale selon leur situation individuelle. Au fur et à mesure de leur accompagnement, elle leur a transmis l'information en ce qui concerne son rôle et son accessibilité pour obtenir un service de sa part en présence d'un besoin ressenti ou d'un désir de soins. L'infirmière leur a communiqué les différentes modalités d'accompagnement accessibles avec ou sans rendez-vous

comme par exemple : au bureau ou à domicile; téléphonique; messagerie texte; forum et le système de garde, et ce, afin qu'elle puisse assurer la continuité relationnelle des soins du début de la grossesse jusqu'à la fin de la période postnatale et l'intégration avec les services offerts dans le réseau de la santé. Elle a informé les femmes en décrivant l'étendue de la gamme de services offerts par l'accompagnement pour répondre à leurs besoins, ce qui correspond à la globalité. Elle leur a également défini le rôle de la femme-partenaire, dans le cadre du projet de recherche, afin de recueillir leurs opinions critiques sur l'organisation des services. Les femmes ne se sont pas informées au sujet de l'organisation des soins auprès de diverses sources autres que l'infirmière. L'intensité d'interactions par comportement type avec des extraits de verbatim est présentée au Tableau 14.

Tableau 14 Dimension information - intensité d'interactions par comportement type composante : Organisation selon certains thèmes

Comportement de l'infirmière	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Informer	32,65 %	2 ^e	38,64 %	1 ^{er}	4,9 %	4 ^e	23,81 %	3 ^e
Verbatim	« Donc, là dans mes rencontres jusqu'à présent c'est beaucoup plus dans l'accompagnement de grossesse que nous sommes. D'avoir la chance un peu de pouvoir revenir parler... De répondre à tes questions d'une part, aussi de pouvoir te diriger dans ces choix-là, que tu devras faire ». INFK M02 01		« Mais elle ne prend pas du tout le rôle du père, puis il ne faut pas. Parce qu'on va voir que dans ce besoin-là, c'est vraiment le père. Moi, je n'ai pas d'intimité profonde avec toi. J'ai une intimité relationnelle comme étant la personne qui va être un peu la gardienne cette journée-là, mais on parle d'intimité du couple ». INFK M04 CP02		« Alors, la façon que ça fonctionne c'est que, là de toute manière à partir que tu vas être à l'hôpital si tu as des questions, même si c'est durant la nuit, il faut que tu m'appelles. S'il y a des changements cliniques aussi, tu m'appelles... tu m'appelles même si c'est durant la nuit ». INFK M10 ST		« On utilise les mêmes outils, on va la peser, on va faire son examen, on va voir au niveau de l'allaitement comment ça va. De toute façon, on se tient au courant comme on le fait maintenant et tu vas avoir ton suivi après comme entre 4 à 6 semaines, mais c'est correct ». INFK M06 ST	
Thèmes abordés	Globalité en périnatal		Rôle de l'infirmière; Continuité relationnelle		Accessibilité en périnatal; Modalités de consultation		Continuité et accessibilité en postnatal	
Comportement de la femme	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
S'informer	0 %	0 ^e	0 %	0 ^e	0 %	0 ^e	0 %	0 ^e
Verbatim	Aucune interaction		Aucune interaction		Aucune interaction		Aucune interaction	

1.12.1.3 Valeurs

La dimension information du partenariat infirmière-femme s'est avérée fondée sur une valeur d'autonomie de la femme, ce qui a guidé le comportement type « informer » de l'infirmière. L'infirmière a communiqué aux femmes les différents thèmes d'éducation en périnatalité, ce qui

démontre qu'elle a adhéré à la valeur d'autonomisation des femmes par son comportement type. En voulant transmettre et en adaptant l'information selon leurs besoins, l'infirmière désirait que les femmes puissent faire des choix informés sur les options de soins :

« Mais des souhaits, c'est un peu de dire on s'est renseigné, j'ai lu puis, dans ce que j'ai lu, moi, c'est ça que je formule comme souhaits. Ça va être présenté aussi comme ça à Dr G ». INFK M04 02

et favoriser leur autonomie au moment de la naissance : *« Tu vois, déjà, celle qui va m'accoucher. Non, c'est toi qui accouches, ce n'est personne d'autre ». INFK M10 03*

Les femmes se sont informées, à partir de diverses sources de référence, comme expliqué précédemment. Le fait que les femmes indiquent à l'infirmière les informations qu'elles ont lues souligne le développement de leur autodétermination dans l'acquisition de leurs connaissances, par exemple lorsqu'une des femmes a partagé sur le thème de la sexualité durant la grossesse et a fait le lien avec sa situation personnelle :

« Des fois je lis ça sur les forums, des chums qui perdent patience, qui sont frustrés parce qu'ils n'ont pas de relations sexuelles, tu sais, des choses comme ça, mais nous, on n'est pas... On a une bonne communication. Ça se passe bien avec mon chum ». M02 01

Au fil du temps, l'infirmière est devenue une source d'information unique, ce qui s'est traduit par un besoin informationnel de moins en moins important chez les femmes de s'informer auprès d'autres sources, comme le relate une des femmes :

«... les personnes ou les guides que tu devrais te servir, c'est une ou deux personnes qui a une expertise médicale et qui se tiennent à jour des développements récents. Donc, moi je continue de ne pas savoir ce qu'on aurait fait si on n'aurait pas eu accès à ce projet-là ». M08 07

1.12.1.4 Philosophie

L'infirmière a informé les femmes selon le contenu transmis sur les différents thèmes d'éducation en périnatalité, ce qui a révélé la philosophie de soins qui imprègne son approche. La philosophie de soins adoptée par l'infirmière a reposé sur la normalisation de la grossesse et de la naissance ainsi que sur le principe d'interventions minimales c'est-à-dire d'éviter les interventions superflues afin de renforcer la capacité des femmes. À travers ses propos, elle a eu une attitude qui vise à soutenir la normalité de la grossesse, de la naissance et du postnatal, et ce, même si certaines femmes ont été diagnostiquées avec des complications de grossesse. Elle a adopté, dans son discours, le principe d'interventions minimales, c'est-à-dire l'importance de recourir aux interventions médicales seulement en fonction de justifications fondées sur les résultats probants. Elle a suggéré un livre de référence qui tente d'encourager la physiologie de la grossesse et de la naissance et de renseigner sur les différents protocoles appliqués dans les établissements du Québec afin que les femmes puissent faire leurs choix informés :

« Dans le fond, le livre , pour nous, c'est l'outil avec lequel on travaille parce que c'est un livre qui est fait ici au Québec, qui a été réédité il y a à peine 2 ans, donc il est à jour. Puis, c'est vraiment en lien avec les protocoles, vraiment dans les hôpitaux ici, québécois. Parce que, tu sais, des fois, tu vas avoir un ouvrage qui vient de la France, donc, ce n'est pas du tout la même chose ». INFK M02 03

Les femmes ont manifesté un besoin de s'informer de manière variable à partir de diverses sources comme les livres populaires sur la grossesse et sur Internet, le réseau de soutien et les fournisseurs de soins. Or, les informations reçues ne semblent pas reconnaître la grossesse et la naissance en tant que processus physiologique normal, ce qui peut diminuer les possibilités d'encourager une attitude plus positive chez les femmes. Le livre de référence suggéré par l'infirmière semble avoir favorisé la normalisation de la naissance et encouragé la réalisation du projet de naissance : *« Oui, mais avec le livre, le livre m'a beaucoup rassurée. Ce livre-là, on dirait que voici, c'est ça les faits, c'est comme ça que ça se passe. Les options que ça se passe, tu sais ».* M04 02 L'intensité d'interactions par comportement type avec des extraits de verbatim est présentée au Tableau 15.

Tableau 15 Dimension information - intensité d'interactions par comportement type composante : Philosophie selon certains thèmes

Comportement de l'infirmière	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Informer	36,81 %	2 ^e	59,32 %	1 ^{er}	0,16 %	4 ^e	3,7 %	3 ^e
Verbatim	<p>« Mais, c'est ça. C'est parce que le plus dur, c'est d'apprendre à ralentir... pas ralentir le rythme, mais tu sais, d'y aller selon qu'est-ce que tu ressens dans une journée au niveau de la tolérance ». INFK M02 04</p> <p>« Mais dans notre approche, ce que je peux te rassurer et en même temps, tu pourras le dire à Gabriel, c'est que nous, on est là autant pour la mère que pour le père et on va vouloir en fait aider le père à pouvoir... » INFK M04 01</p> <p>« Aider, c'est ça que moi, j'ai dans ma tête, d'une accompagnante ou X personne ». M04 01</p>		<p>« Il y a 2 extrêmes et vous vous retrouvez au milieu de la courbe, en fait. À dire : « OK, moi, j'essaie de vivre cela, d'une façon le plus possible, par moi-même, mes propres mécanismes à moi, puis de pouvoir être capable de vivre puis de mettre au monde mon enfant, ou je suis plus dans l'idée que moi, je serais plus pour avoir l'anesthésie ou des choses comme cela ». Donc, c'est un peu les deux polarités ». INFK M04 CP01</p> <p>« Je sais qu'à la fin quand on atteint 40, c'est un peu dans notre tête, OK c'est 40, il devrait être sorti, mais une grossesse normale c'est de 37 à 42. Et de 40 à 42, on l'oublie souvent [en parlant de l'induction] ». INFK M08 CP04</p>		<p>« OK. Mais moi je prends la date du bébé en fait [rires] la date qu'il va décider ». INFK M02 ST</p>		<p>« Et il faut aussi que l'infirmière qui est avec nous, par rapport à l'accouchement physiologique, sache que dans les réactions possibles de la femme quand ça avance, c'est sûr qu'elle va demander l'épidurale. Puis, elle va demander beaucoup. Ce n'est pas juste une fois ». INFK M10 VP01</p>	
Thèmes abordés	Normaliser la grossesse et renforcer les capacités		Normaliser naissance et minimiser intervention		Normaliser naissance et minimiser intervention		Normaliser naissance	
Comportement de la femme	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
S'informer	43,78 %	2 ^e	54,45 %	1 ^{er}	0,67 %	4 ^e	1,1 %	3 ^e
Verbatim	<p>« J'ai l'impression que c'est comme parler trop médical que là... Celle qui a eu l'épidurale qui a des douleurs, elle, c'est son troisième, puis elle est en train de dealer avec son gynéco sur la date d'accouchement parce qu'elle va avoir une césarienne. C'est son troisième, puis elle a eu deux césariennes. Cela fait que là, je suis comme ça ne fait pas de sens dans ma tête. Ce n'est pas... ». M04 01</p>		<p>«... comme on est tombé sur un blogue sur YouTube qui avait l'air à avoir de l'allure. Une fille qui n'était pas nécessairement formée médicalement, mais qui parlait de son expérience à elle ... Le 1er, elle avait demandé l'épidurale ... ce qui fait qu'elle était complètement anesthésiée et qu'elle ne sentait pas ses contractions et ça a pris plus de temps et c'était laborieux sans être douloureux et elle a eu beaucoup de déchirures puis des hémorroïdes pendant 5 mois ». M08 CP01</p>		<p>« Oui c'est ça j'ai parlé avec des amis ce matin et il y en a beaucoup qui ont vécu ça aussi. [une longue latence et arrêt du travail] Mais là ça fait 7 min que je n'en ai pas eue ». M02 ST</p>		<p>« Tu sais, les ressources auxquelles j'ai eu accès, j'ai reçu des livres en cadeau d'une amie de la famille qui est psychiatre et dont le mari est pédiatre ». M08 VP01</p>	
Thèmes abordés	Attitude négative grossesse		Attitude négative grossesse		Attitude négative naissance		Attitude mitigée postnatal	

1.12.1.5 Fournisseurs de soins

L'infirmière a informé les femmes au sujet des fournisseurs de soins lorsqu'elle a transmis l'information sur leur fonctionnement dans le cadre du modèle de soins standard dirigé par les obstétriciens. Par l'information transmise, elle a voulu que les femmes puissent être mieux

habilités pour poser des questions lorsqu'elles se présentent pour leur suivi médical afin d'obtenir les informations nécessaires à leur compréhension. Lors du travail et de la naissance, elle a été témoin de l'information que les femmes ont reçue des fournisseurs comme l'infirmière de l'hôpital. Elle a aussi informé les femmes sur l'expérience avec les fournisseurs de soins en effectuant un retour avec elle en postnatal. Les femmes ont manifesté un besoin de s'informer de manière unique auprès des fournisseurs de soins pour recevoir de l'information. Certaines femmes ont nommé leur réflexion au sujet des compétences des fournisseurs de soins dans la façon d'aborder l'information. L'intensité d'interactions par comportement type avec des extraits de verbatim est présentée au Tableau 16.

Tableau 16 Dimension information - intensité d'interactions par comportement type composante : Fournisseurs de soins selon certains thèmes

Comportement de l'infirmière	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Informier	25,86 %	2 ^e	54,53 %	1 ^{er}	2,3 %	4 ^e	17,31 %	3 ^e
Verbatim	« Donc, ce n'est pas ce docteur nécessairement qui va être présente à l'accouchement, parce que dans le fond, à l'accouchement, ils font comme une garde de 24h, puis tout le monde fait la garde, donc, si elle est de garde le lundi, il va avoir un collègue qui est de garde le mardi. Donc, c'est comme cela ». INFK M10 01		« Parce que c'est sûr qu'elle travaille avec 12 personnes et elle ne peut pas prendre sur ses épaules, le fait que les 12 vont avoir dit cela. Mais, la question à leur demander c'est que moi, je comprends qu'effectivement, vous ne pouvez pas vous porter garante de la pratique de votre collègue, mais comme moi, je peux tout de même m'assurer que mon besoin... ». INFK M02 06		« 12h10 Sort du bain. MEF # 3 sur ballon. Signes vitaux + TV 5+ fait par l'infirmière. Dit que le CF tachycarde 170. L'infirmière propose DLG. M04 dit qu'elle a de la douleur dans cette position. <u>Infirmière donne explications à M04, conjoint et accompagnante [note dans le dossier] sur douleur de la patiente VS l'importance du bien-être fœtal</u> ». M04 N.O		« Parce qu'elle [l'infirmière] n'était pas très présente. Quand ton conjoint était parti, je lui ai demandé est-ce que tu peux rester avec elle, parce que je devais aller voir l'autre maman, puis je ne voulais vraiment pas que tu sois toute seule. Mais, j'avais comme une inquiétude. Je me suis dit, est-ce qu'elle va partir, puis elle va la laisser toute seule, mais elle était là. Je suis revenue une fois, mais tu étais seule ». INFK M10 VP01	
Thèmes abordés	Type modèle médical		Type modèle médical		Information transmise; Infirmière de hôpital		Soutien continu offert par l'infirmière de l'hôpital	
Comportement de la femme	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
S'informer	58,29 %	1 ^{er}	41,71 %	2 ^e	0 %	0 ^e	0 %	0 ^e
Verbatim	« Pour savoir un peu en quoi cela consistait parce que <u>le technicien ne m'avait pas dit en quoi cela consistait, en fait</u> . Quelles étaient les causes, les conséquences, les implications et tout cela ». M06 02		« Alors là, elle m'a dit: « tu sais, à partir de 42 semaines, je dois quand même te dire que cela augmente les chances de mortalité chez le bébé ». Cela, je l'avais lu. Je me rappelle dans mon livre de grossesse, mais tu sais, ça fait longtemps que j'avais lu cela ». M08 08		Aucune interaction		Aucune interaction	
Thèmes abordés	Information transmise Technicien radiologie		Information transmise Médecin grossesse					

En somme, la synthèse de la dimension information du partenariat infirmière-femme a montré qu'il s'agit de celle qui a co-construit le plus la catégorie de pratique éducation. En ce qui concerne cette catégorie, les résultats ont montré que l'infirmière et les femmes ont eu leurs comportements types en synchronicité. Or, nos résultats ont aussi permis de comparer la dimension information avec les autres dimensions de partenariat relationnel – engagement et leur comportement type associé entre elles. Ainsi, les résultats ont montré pour l'infirmière qu'il s'agit du comportement type qui s'est le plus manifesté aux 1^{er} et 2^e trimestres, au 3^e trimestre, lors de la naissance et en postnatal. À l'inverse, chez les femmes, il s'agit du comportement type qui s'est le moins manifesté, et ce, aux 1^{er} -2^e trimestres, au 3^e trimestre, lors de la naissance et en postnatal. Même si le comportement type s'informer des femmes s'est le moins manifesté, cela ne veut pas dire qu'elles ne se sont pas informées davantage auprès d'autres sources. L'analyse des données sur le comportement des femmes associées à l'usage des technologies de l'information et des communications a démontré qu'elles ont cherché de l'information sur Internet quotidiennement. Ce qu'il faut retenir de ce résultat est que les femmes ont peu mentionné à l'infirmière leur recherche effectuée sur Internet.

1.12.2 Consultation

La dimension consultation du partenariat infirmière-femme a favorisé le fait que les femmes puissent être consultées au sujet des questions qu'elles se posaient sur la grossesse, l'accouchement et le postnatal. En adoptant le comportement type « consulter », l'infirmière a sollicité les femmes à savoir si elles avaient des questions non répondues sur la grossesse, l'accouchement, le postnatal ainsi que sur les thèmes d'éducation en périnatalité qu'elles ont désiré apprendre. En adoptant le comportement type « questionner », les femmes ont pu poser des questions sur la grossesse, l'accouchement et le postnatal. Elles ont pu s'interroger sur les décisions cliniques concernant leur suivi médical. La dimension consultation du partenariat infirmière-femme a été croisée avec les composantes d'un modèle de soins et est présentée dans ce qui suit.

1.12.2.1 Catégories de pratiques

La dimension consultation en lien avec la composante catégories de pratiques, qui comprend l'éducation à la santé, l'évaluation, le dépistage, la planification des soins, la promotion de la

physiologie et la prévention des complications ainsi que la gestion des complications de première ligne, a permis d'exposer l'intensité du partenariat relationnel – engagement par un classement du comportement type de l'infirmière et du comportement type des femmes par période du continuum périnatal. Pour la dimension consultation, les résultats ont montré que la catégorie de pratique éducation est celle qui s'est manifestée au 1^{er} rang aux 1^{er} et 2^e trimestres, au 3^e trimestre et en postnatal ainsi que la catégorie de pratique promotion de la physiologie lors de la naissance comme cela est présenté au Tableau 17.

Tableau 17 Dimension consultation - intensité d'interactions comportement type par catégories de pratiques selon la période du continuum de soins périnatal

Comportement de l'infirmière Consulter	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Éducation	51,02 %	1	50,02 %	1	30,69 %	2	63,73 %	1
Évaluation	6,23 %	4	7,81 %	4	0 %	0	31,2 %	2
Dépistage	9,33 %	3	0,31 %	6	0 %	0	0 %	0
Planification	22,67 %	2	19,34 %	2	4,23 %	3	5,07 %	3
Promotion physiologie	5,49 %	5	15,92 %	3	65,08 %	1	0 %	0
Gestion complication	5,26 %	6	6,6 %	5	0 %	0	0 %	0
Comportement de la femme Questionner	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Éducation	47,77 %	1	55,19 %	1	31,22 %	2	55,2 %	1
Évaluation	22,53 %	2	8,03 %	5	8,22 %	4	23,43 %	2
Dépistage	8,25 %	4	0,65 %	6	0 %	0	0,41 %	5
Planification	8,01 %	5	9,7 %	3	7,39 %	5	8,84 %	4
Promotion physiologie	9,5 %	3	18,28 %	2	39,03 %	1	11,98 %	3
Gestion complication	3,94 %	6	8,15 %	4	14,14 %	3	0,14 %	6

Par la suite, la dimension consultation en lien avec la composante catégories de pratiques est présentée dans ce qui suit.

i) Éducation à la santé

L'infirmière a consulté les femmes afin de savoir si elles avaient des questions sur les différents thèmes d'éducation en périnatalité suivants : la grossesse, la naissance, le nouveau-né et la parentalité et l'organisation des soins. Les femmes ont questionné l'infirmière sur les différents thèmes d'éducation en périnatalité selon leurs besoins informationnels. L'intensité d'interactions par comportement type avec des extraits de verbatim est présentée au Tableau 18.

Tableau 18 Dimension consultation - intensité d'interactions par comportement type catégorie de pratique : Éducation à la santé selon certains thèmes

Comportement de l'infirmière	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Consulter	35,77 %	2 ^e	46,88 %	1 ^{er}	1,88 %	4 ^e	15,47 %	3 ^e
Verbatim	« Parfait, donc est-ce que tu avais des questions par rapport à ta santé ou des questions par rapport à ta grossesse? Par rapport à l'expérience actuellement? On a parlé de plusieurs choses ». INFK M08 01		« Est-ce qu'il y avait autre chose? Cela, c'est plus le sujet l'accouchement ». INFK M04 CP01		« C'est pour ça que je t'appelle maintenant pour savoir est-ce que tu as appelé? Parce que tu vas y aller ce soir». Questions en lien avec induction médicale. INFK M10 ST		«... tantôt ta question c'était de te dire : est-ce que mon lait n'est pas assez nutritif?». INFK M06 ST	
Thèmes abordés	Grossesse : changements physiologiques		Naissance : accouchement physiologique		Naissance : interventions médicales		Postnatal : allaitement maternel	
Comportement de la femme	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Questionner	31,37 %	2 ^e	45,14%	1 ^{er}	1,73 %	4 ^e	21,76 %	3 ^e
Verbatim	« Non, pas plus que ça. Si je te pose des questions sur ... parce que Noël s'en vient, puis, le foie gras, est-ce que je peux manger ou pas? Parce qu'il y en a qui disent non, il y en a qui dit oui. Oui, parce que c'est cuit, non, parce que c'est du foie. Est-ce que je peux? ». M06 01		« Oui, je sais, mais en même temps, si je demande l'épidurale et je ne suis pas ouverte, par exemple, si je suis ouverte juste à 3-4 ou même pas, je sais que l'épidurale va stopper. Je ne vais pas continuer à être ouverte plus que cela? ». M10 04		« Est-ce que je pourrais me coucher avec des oreillers pour être plus inclinée, ça serait-tu mieux? ». M02 ST		« Et l'autre chose aussi : ça doit durer en moyenne combien de temps? Parce que, tu sais des fois, des fois ... Moi ce que je me suis fixée, c'est 15 minutes/sein. Puis, évidemment, s'il tète encore, je n'arrête, je n'arrête pas là. Mais souvent, cela arrive qu'autour de 15 minutes, il niaise? ». M08 VP01	
Thèmes abordés	Grossesse: alimentation		Naissance : interventions médicales		Naissance : autosoins durant le travail à la maison		Postnatal : allaitement maternel	

ii) Évaluation

L'infirmière a consulté les femmes pour savoir si elles avaient des questions qui demeuraient non répondues, lorsqu'elle procédait à leur évaluation biopsychosociale selon leurs besoins

informationnels. Ces questions étaient également en lien avec certains thèmes d'éducation en périnatalité. Les femmes ont questionné l'infirmière sur des thèmes variés autour de l'éducation en périnatalité au cours de leur évaluation biopsychosociale. L'intensité d'interactions par comportement type avec des extraits de verbatim est présentée au Tableau 19.

Tableau 19 Dimension consultation - intensité d'interactions par comportement type catégorie de pratique : Évaluation selon certains thèmes

Comportement de l'infirmière	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Consulter	22,69 %	3 ^e	37,98 %	2 ^e	0 %	0 ^e	39,33 %	1 ^{er}
Verbatim	Évaluation psychosociale : « Parfait. Cela fait que cela, c'est des changements à venir. Sinon, par rapport à tes questions? Qu'est-ce que tu avais à me demander? Parce qu'on est rendu là... ». INFK M10		Évaluation psychosociale : « Quand tu penses à l'accouchement, avec qu'est-ce qu'on a préparé ensemble, est-ce qu'il y avait des choses que tu avais besoin de clarifications? ». INFK M06 04		Aucune interaction		Évaluation allaitement : « Est-ce que tu avais autre chose? Il y avait l'allaitement par rapport au sein gauche. Mais là il est un peu plus petit que l'autre, mais pas... ». INFK M04 VP02	
Thèmes abordés	Besoin d'information sur la grossesse		Besoin d'information sur la naissance				Besoins d'information sur l'allaitement	
Comportement de la femme	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Questionner	47,64 %	1 ^{er}	21,14 %	3 ^e	1,47 %	4 ^e	29,75 %	2 ^e
Verbatim	Évaluation physique : « Salut, ça fait 2 jours que je me sens plus faible et étourdie. J'ai aussi remarqué que mon rythme cardiaque s'emballé même si je suis au repos. Qu'est-ce qui se passe...? ». [4:03 PM] M02 TIC		Évaluation physique : « Est-ce qu'on peut perdre le bouchon muqueux en plusieurs fois? Je pense que je l'ai perdu, ça ressemble à ce qu'il y a comme photos sur Google images, mais en moins grande quantité ». [10:32 AM] M04 TIC		Évaluation périnatale : « Alors là je me dis bien : je suis encore au même rythme [contractions], qu'est-ce que je fais? ». M02 ST		Évaluation allaitement : « Allo je suis allée peser Léane au CLSC et depuis le 18 mai elle n'a pris que 30 gr... Est-ce que tu crois que mon lait n'est pas assez nourrissant? ». [6:21 PM] M06 TIC	
Thèmes abordés	Grossesse: changements physiologiques		Grossesse : accouchement physiologique		Naissance : autosoins lors du travail à la maison		Postnatal : allaitement	

iii) Dépistage

L'infirmière n'a pas eu besoin de consulter les femmes pour savoir si elles avaient des questions sur le dépistage dans le cadre de leur suivi de grossesse. La raison qui explique l'absence de ce comportement type est que les femmes ont elles-mêmes questionné l'infirmière au sujet du dépistage vécu dans le cadre de leur suivi de grossesse relatif aux examens de laboratoire et de radiologie prescrits. Elles n'ont pas toujours posé des questions directement à l'infirmière, mais leur discours dénotait un manque de connaissances sur les examens de laboratoire et de radiologie.

Elles connaissaient peu la plupart des résultats de leurs tests ainsi que l'interprétation des valeurs des résultats normaux versus anormaux. Certaines ont posé des questions sur les consignes à respecter avant de faire les examens de laboratoire. L'intensité d'interactions par comportement type avec des extraits de verbatim est présentée au Tableau 20.

Tableau 20 Dimension consultation - intensité d'interactions par comportement type catégorie de pratique : Dépistage selon certains thèmes

Comportement de l'infirmière	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Consulter	0 %	0 ^e	0 %	0 ^e	0 %	0 ^e	0 %	0 ^e
Verbatim	<i>Aucune interaction</i>		<i>Aucune interaction</i>		<i>Aucune interaction</i>		<i>Aucune interaction</i>	
Thèmes abordés	Aucun		Aucun		Aucun		Aucun	
Comportement de la femme	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Questionner	86,68 %	1 ^{er}	8,66 %	2 ^e	0 %	0 ^e	2,66 %	3 ^e
Verbatim	« Bien, moi c'est sûr que je me suis demandée... C'est sûr que tu te dis pourquoi j'ai fait ça là? Pourquoi je ne l'ai pas fait là? Mais ça ne m'a pas vraiment dérangée ». M02 01 « Bonjour INFK M10 TIC! J'espère que tu vas bien, stp dis moi est-ce qu'il faut être à jeun pour le 2e test du dépistage de la trisomie 21, je l'ai demain merci et bonne journée! ». [10:41 AM] M10 TIC		« Tout va bien, le cœur bat bien, l'écho, il y a assez de liquide amniotique, elle dit [le médecin] qu'il est à 17, je ne sais pas si ça te dit quelque chose? Il est à 17 le liquide? ». M04 ST		<i>Aucune interaction</i>		« As-tu fait le dépistage métabolique? INFK M04 VP02 C'est quoi ça? ». M04 VP02	
Thèmes abordés	Grossesse: tests dépistages échographie de datation et diabète		Grossesse: tests dépistages profil biophysique		Aucun		Postnatal : dépistage métabolique	

iv) Planification des soins

L'infirmière a consulté les femmes sur la planification des soins afin de valider si elles avaient des questions pour planifier ou ajuster le contenu thématique des rencontres de préparation à la naissance et d'accompagnement. Les femmes ont questionné l'infirmière en vue de planifier leurs soins au fur et à mesure en ce qui a trait au déroulement du contenu thématique des rencontres de préparation à la naissance et de leur accompagnement. Elles ont aussi questionné l'infirmière sur la réalisation de leur projet de naissance. L'intensité d'interactions par comportement type avec des extraits de verbatim est présentée au Tableau 21.

Tableau 21 Dimension consultation - intensité d'interactions par comportement type catégorie de pratique : Planification soins selon certains thèmes

Comportement de l'infirmière	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Consulter	44,76 %	2 ^e	51,05 %	1 ^{er}	0 %	0 ^e	3,46 %	3 ^e
Verbatim	« Donc, au niveau, justement, de la préparation pour l'accouchement, avais-tu comme des questions par rapport à ça ...? Est-ce que vous en avez parlé? ». INFK M02 03		« Au niveau hormonal [mécanismes des hormones accouchement physiologique], est-ce que tu avais des questions? ». INFK M06 CP02		Aucune interaction		« Allo est-ce que tu aimerais qu'on se rencontre dans la semaine du 17 avril à la clinique pour faire suivi allaitement et autres questions? ». [8:43 AM] INFK M02 TIC	
Thèmes abordés	Planification cours prénatals		Planification cours prénatals		Aucun		Planification suivi postnatal	
Comportement de la femme	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Questionner	30,77 %	2 ^e	46,43 %	1 ^{er}	2,4 %	4 ^e	20,4 %	3 ^e
Verbatim	« Parce que là je comprends qu'on va se voir chaque mois? ». M08 03		« Bon qu'est-ce que j'ai écrit... peur de l'inconnu et comment va se dérouler l'accouchement, est-ce que ça va bien se passer? Est-ce qu'il n'y aura pas de complications? ». M10 CP01 «...c'est quand on va faire mon plan de naissance? ». M02 06		« OK on se reparle dans 20-30 min? » [11:45 PM] M06 TIC		« Est-ce qu'on peut se voir dès ma sortie [de l'hôpital]? ». [6:16 PM] M02 TIC	
Thèmes abordés	Planification : suivi prénatal		Planification : thème cours prénatals projet de naissance		Planification : auto-soins travail à la maison		Planification : suivi postnatal	

v) Promotion de la physiologie et prévention des complications

L'infirmière a consulté les femmes pour savoir si elles avaient des questions sur les différents thèmes d'éducation en périnatalité qui étaient en lien avec la promotion de la physiologie et la prévention des complications, et ce, dans le but de soutenir le processus de normalité de la grossesse, de la naissance et du postnatal. Les femmes ont questionné l'infirmière sur des thèmes variés d'éducation en périnatalité liés à la promotion de la physiologie et la prévention des complications. L'infirmière pouvait apporter de l'information afin de normaliser et de promouvoir la physiologie de la grossesse, de la naissance et du postnatal. L'intensité d'interactions par comportement type avec des extraits de verbatim est présentée au Tableau 22.

Tableau 22 Dimension consultation - intensité d'interactions par comportement type catégorie de pratique : Promotion physiologie selon certains thèmes

Comportement de l'infirmière	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Consulter	16,93 %	3 ^e	65,58 %	1 ^{er}	0 %	0 ^e	0 %	0 ^e
Verbatim	« C'est ça, puis en même temps si tu as des questions par rapport au type de cours [approches pour l'accouchement]? ». INFK M08 04		« Oui, mais on va la garder, on va garder cette question-là. Veux-tu la noter? On va noter pour les situations particulières avec la césarienne comment on fait pour décider de ça ». INFK M02 CP01		Aucune interaction		Aucune interaction	
Thèmes abordés	Naissance : types d'approche préparation naissance		Naissance : intervention médicale césarienne		Aucun		Aucun	
Comportement de la femme	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Questionner	22,21 %	2 ^e	53,27 %	1 ^{er}	7,7 %	4 ^e	16,83 %	3 ^e
Verbatim	« Bonjour! Est-ce normal que je sente le bébé aussi bas dans mon ventre à 20 semaines de grossesse? J'ai l'impression qu'il va tomber et c'est pas confortable, je m'inquiète! Merci bonne journée à toi ». [10:56 AM] M10 TIC		« Puis après ça tout le monde me dit ça aussi : « Tu as un petit bassin, ne mange pas trop». Mais c'est quoi cette histoire-là de petit, gros bassin? ». M02 CP01		« Je ne sais pas si je dois me rendre à l'hôpital ou prendre un bain? » [9:40] M02 TIC		« Après chaque boire depuis hier, je tire le restant de mon lait et j'ai environ 10ml pour les 2 seins au total. Est-ce que c'est normal? ». [11:35 AM] M04 TIC	
Thèmes abordés	Grossesse: changements physiologiques		Grossesse: changements physiologiques		Naissance : autosoins lors du travail à la maison		Postnatal : allaitement maternel	

vi) Gestion des complications de première ligne

L'infirmière a consulté les femmes au sujet de leurs questionnements quant à la gestion de première ligne des complications liées à des problèmes de santé associés à leur grossesse. Elle les a encouragées à poser leurs questions à d'autres fournisseurs de soins comme leur médecin. Les femmes ont questionné l'infirmière selon leur condition de santé individuelle ou celle de leur nouveau-né en lien avec la gestion des complications de première ligne. L'intensité d'interactions par comportement type avec des extraits de verbatim est présentée au Tableau 23.

Tableau 23 Dimension consultation - intensité d'interactions par comportement type catégorie de pratique : Gestion complications 1^{re} ligne selon certains thèmes

Comportement de l'infirmière	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Consulter	100 %	1 ^{er}	0 %	0 ^e	0 %	0 ^e	0 %	0 ^e
Verbatim	« Sinon, est-ce que tu avais d'autres... avais-tu préparé tes questions? Au niveau de la grossesse, moi, je pense qu'on a fait le suivi par rapport à la thyroïde, tout cela, à la GARE, cela fait que tu n'as pas d'autres questions par rapport à ce côté-là? ». INFK M02 02		Aucune interaction		Aucune interaction		Aucune interaction	
Thèmes abordés	Grossesse: complication hypothyroïdie		Aucun		Aucun		Aucun	
Comportement de la femme	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Questionner	25,63 %	2 ^e	66,08 %	1 ^{er}	7,76 %	3 ^e	0,53 %	4 ^e
Verbatim	« Syntroïde .Img. Puis, cela fait que là je lui ai dit : « Est-ce qu'il y a un autre moyen, une autre pilule que je pourrais prendre, après, je vais endurer jusqu'à... tant que...en février parce que...me lever à sept heures, me réveiller, prendre la pilule, me rendormir parce que j'ai pas le droit de manger pendant une heure, faut que tu le prennes le matin, selon le pharmacien ». M04 02		« Bon matin, qu'est-ce qui va arriver si ma pression monte pendant l'accouchement? Ça ne m'en prend pas bcp pour que ça monte en flèche. [10:12 AM] M02 TIC Ça m'inquiète!». [10:32 AM] M02 TIC « Salut de retour de ma 3e écho/ tout est beau - ce sera un grand bébé;) Petit bémol - il s'est tourné et se trouve maintenant la tête en haut - quelles sont les chances qu'il se retourne à temps je suis à 32 semaines puis-je faire quelque chose pour l'aider à se tourner? ». [5:34 PM] M08 TIC		« 14h15 TV à 6+ cm environ se dit soulagé, regarde son cellulaire, store monté avec la lumière du jour. Pas nauséuse, <u>me demande question sur la suite des choses avec l'épidurale pour le moment de la poussée</u> ». M08 N.O		« Somnolent, c'est-à-dire qu'il dort...? ». M10 VP01	
Thèmes abordés	Grossesse: complication hypothyroïdie		Grossesse : hypertension artérielle et siège		Naissance : épidurale		Postnatal : ictère néonatal	

1.12.2.2 Organisation des soins

L'infirmière a consulté les femmes sur l'organisation des soins afin de savoir si elles avaient des questions dans le cadre de l'accompagnement en ce qui concerne la globalité afin de tenir compte de leur opinion et de ce qu'elles souhaitaient avoir comme soins offerts. Les femmes ont formulé à l'infirmière des questions variées en lien avec l'organisation des soins dans le cadre de leur accompagnement en ce qui concerne : la réactivité des soins quant au délai pour recevoir le soutien continu lors du travail et de la naissance ainsi que le début du soutien lors de la période postnatale. Certaines ont aussi posé des questions aux autres femmes participantes, via le Forum créé dans le

cadre du présent projet, sur l'accessibilité géographique comme lieu de la clinique GARE. L'intensité d'interactions par comportement type avec des extraits de verbatim est présentée au Tableau 24.

Tableau 24 Dimension consultation - intensité d'interactions par comportement type composante : Organisation selon certains thèmes

Comportement de l'infirmière	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Consulter	60,53 %	1 ^{er}	39,47 %	2 ^e	0 %	0 ^e	0 %	0 ^e
Verbatim	« Avais-tu des questions par rapport à la suite du suivi ensemble? ». INFK M06 01		« Le temps que tu ailles, mais avais-tu d'autres questions de précision? ». INFK M06 05		Aucune interaction		Aucune interaction	
Thèmes abordés	Globalité besoin en prénatal		Globalité besoin en pernatal		Aucun		Aucun	
Comportement de la femme	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Questionner	39,57 %	1 ^{er}	20,22 %	3 ^e	6,89 %	4 ^e	33,32 %	2 ^e
Verbatim	« Mais, peut-être à la prochaine rencontre. La prochaine rencontre, ça ne me dérange pas, c'est toi qui t'ajustes à mon besoin? ». M02 01 « Bonsoir, j'ai rendez-vous demain à la clinique GARE. Save-vous ce que signifie GARE et est-ce que c'est bien à l'hôpital? Je ne trouve pas d'info... ». M02 TIC Forum		« Mais, est-ce que tu veux si admettons, comme l'autre fois-là, j'ai dit j'ai eu des contractions pendant une heure. Tu sais comme juste un Heads up, attend, peut-être que cela s'en vient...que je t'appelle? ». M04 05		« Toi tu peux venir quand? [pour venir la rejoindre l'hôpital] ». M10 ST		« Peux-tu me donner quelques jours pour nous installer? Dans quel délai cette visite se fait-elle? ». [5:57 PM] M08 TIC « Tu m'as dit la dernière fois que tu voulais la revoir à 3 semaines. Tu penses à quelle date? Merci ». [8:19 PM] M06 TIC	
Thèmes abordés	Globalité besoin prénatal Accessibilité géographique		Réactivité des soins soutien téléphonique début travail à la maison		Réactivité des soins soutien continu à l'hôpital		Réactivité des soins visite à domicile postnatal et Continuité	

1.12.2.3 Valeurs

La dimension consultation du partenariat infirmière-femme s'est fondée sur une valeur d'autonomie de la femme, ce qui a guidé le comportement type « consulter » de l'infirmière. L'infirmière a consulté les femmes afin de savoir si elles avaient des questions en lien avec les différents thèmes d'éducation en périnatalité, ce qui témoigne du fait qu'elle a adhéré à la valeur d'autonomisation des femmes par son comportement type. En s'assurant que les femmes reçoivent des réponses à leurs questionnements, l'infirmière désirait qu'elles puissent faire leurs propres

choix informés par la suite : « *Avais-tu d'autres questions quand tu es venue ici et puis tu te dis : "Il faut absolument que je lui demande ces questions-là."* ». *INFK M02 01*

Les femmes ont questionné l'infirmière pour répondre à leurs préoccupations tout au long de l'accompagnement. Les questions formulées par les femmes ont permis à l'infirmière de poursuivre l'accompagnement dans le développement de leur autodétermination pour l'acquisition de nouvelles connaissances à la suite de l'information reçue, par exemple lorsqu'une des femmes a posé des questions sur le thème des méthodes pharmacologiques pour moduler la douleur : « *Par rapport aux épidurales et tout ça, est-ce que ça pose un problème autre pendant l'accouchement ou pour le bébé?* ». *M06 CP01* ou sur les soins du nouveau-né en postnatal : « *Je suis comme ... euh si elle ne fait pas encore pipi aujourd'hui on ira ... je ne sais pas qu'est-ce qu'on peut faire?* ». *M04 ST*

Les nombreuses questions formulées par les femmes ont permis de confirmer, par ce comportement type, leur désir d'acquérir, à travers l'éducation en périnatalité offerte par l'infirmière, une autodétermination pour faire des choix informés dans le cadre de leur santé et du projet de maternité.

1.12.2.4 Philosophie

L'infirmière a consulté les femmes à travers l'information transmise sur les différents thèmes d'éducation en périnatalité pour savoir si elles avaient des questions qui demeuraient non répondues. Ce comportement type a permis de laisser transparaître la philosophie adoptée par l'infirmière qui reposait sur la normalisation de la grossesse et de la naissance ainsi que sur le principe d'interventions minimales afin de renforcer la capacité des femmes. Les femmes ont posé des questions, ce qui a révélé leur vécu cognitif caractérisé par le manque de connaissance sur la physiologie. La nature des questions a laissé transparaître que les femmes n'ont pas une attitude positive envers la grossesse, la naissance et le postnatal en tant que processus physiologique normal. L'intensité d'interactions par comportement type avec des extraits de verbatim est présentée au Tableau 25.

Tableau 25 Dimension consultation - intensité d'interactions par comportement type
composante : Philosophie selon certains thèmes

Comportement de l'infirmière	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Consulter	81,53 %	1 ^{er}	18,47 %	2 ^e	0 %	0 ^e	0 %	0 ^e
Verbatim	« Sinon, est-ce que tu avais d'autres... avais-tu préparé tes questions? Au niveau de la grossesse, moi, je pense qu'on a fait le suivi par rapport à la thyroïde, tout cela, à la GARE, cela fait que tu n'as pas d'autres questions par rapport à ce côté-là? ». INFK M02 02		« Donc, quand on pense à cela, à la naissance, le début du travail et tout cela, est-ce qu'il y a des choses? Surtout que là, si ton copain est stressé? ». INFK M06 04		Aucune interaction		Aucune interaction	
Thèmes abordés	Normaliser grossesse		Normaliser naissance		Aucun		Aucun	
Comportement de la femme	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Questionner	54,63 %	1 ^{er}	34,21 %	2 ^e	1,4 %	4 ^e	9,76 %	3 ^e
Verbatim	« Je comprends, à part de la nutrition est-ce qu'il y a d'autres choses que je devrais craindre? ». M08 03		« Je ne veux pas risquer rien au bébé pour avoir un accouchement normal, mais s'il n'y a aucun danger pour le bébé, bien pourquoi on n'attend pas? ». M04 07		« Ça se peut que ça change hein? [manque de confiance dans le rythme et évolution travail] ». M02 ST		« Salut INFK M08 TIC - comment je sais si je produis assez de lait? J'ai utilisé le tire-lait et après 15 min - j'ai tiré moins d'1 Once 1 sein. Les douleurs de tétées de limitent aux premières minutes après la prise, mais après ça va ». [8:00 AM] M08 TIC	
Thèmes abordés	Attitude négative grossesse		Attitude mitigé naissance		Attitude négative naissance		Attitude négative allaitement	

1.12.2.5 Fournisseurs de soins

L'infirmière a consulté les femmes sur les fournisseurs de soins pour les encourager à poser des questions à leurs médecins ou aux autres intervenants rencontrés dans le cadre du suivi périnatal. Les femmes ont mentionné à l'infirmière la variété de questions qu'elles ont posées aux fournisseurs de soins à l'hôpital, comme leur médecin et les infirmières ou aux autres intervenants rencontrés, et ce, selon leur vécu expérimentiel. L'intensité d'interactions par comportement type avec des extraits de verbatim est présentée au Tableau 26.

Tableau 26 Dimension consultation - intensité d'interactions par comportement type
composante : Fournisseurs de soins selon certains thèmes

Comportement de l'infirmière	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Consulter	50,71 %	1 ^{er}	26,24 %	2 ^e	23,05 %	3 ^e	0 %	0 ^e
Verbatim	« Tu pourras demander au médecin, c'est quoi le processus? Pour ne pas rester... ». [avec la question du suivi pour le problème de thyroïde] INFK M02 02		« Elle te l'a expliqué, c'est pour ça je te pose la question? [fréquence du suivi médical à la fin de grossesse]». INFK M04 03		« 10h35 Dr avisé tachycardie par infirmière. Dit qu'elle va venir voir bientôt M04 va discuter avec un autre MD. Voit M04 et discute du protocole de synto. M04 pose questions et refuse de commencer synto ». M04 N.O		Aucune interaction	
Thèmes abordés	Grossesse : complication thyroïde		Organisation des soins : suivi médical de grossesse		Naissance : intervention médicale		Aucun	
Comportement de la femme	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Questionner	52,11 %	1 ^{er}	36,10 %	2 ^e	1,35 %	4 ^e	10,44 %	3 ^e
Verbatim	« Voilà, j'ai posé, j'ai dit : « Est-ce que je continue les vitamines prénatales? » Moi, je prends celles de Jean Coudu, la marque Personnelle. Elle m'a dit : « Oui, c'est bon ». Je lui ai dit : « Est-ce que je peux changer pour Materna? ». Elle m'a dit : « Oui ». M10 02		« Puis je lui ai posé la question : si je perds mes eaux et que je n'ai pas de contraction, est-ce que je peux [rester à la maison?] ». M02 CP05		« 18h31 ... Inquiète pour la placenta et déchirure quand elle fait réparation demande si le Dr va la geler pour faire celles-ci ». M10 N.O.		« Puis à un moment donné il y a quelqu'un qui est entré et a dit : est-ce qu'il boit? Mais j'ai dit : est-ce qu'il boit...? Il vient de naître. Faut-il qu'il boive? Il n'y a pas personne qui ne m'a rien dit ». M02 VP010	
Thèmes abordés	Grossesse : conseils préventifs Médecin suivi de grossesse		Naissance : intervention médicale Médecin suivi de grossesse		Naissance : intervention médicale Médecin et infirmière hôpital		Postnatal : allaitement Infirmière hôpital	

En somme, la synthèse de la dimension consultation du partenariat infirmière-femme a montré qu'il s'agit de celle qui a co-construit le plus la catégorie pratique éducation et la catégorie de pratique promotion de la physiologie. En ce qui concerne la catégorie pratique éducation et promotion de la physiologie, les résultats ont montré que l'infirmière et les femmes ont eu leurs comportements types en synchronicité. Or, nos résultats ont aussi permis de comparer la dimension consultation avec les autres dimensions de partenariat relationnel – engagement et leur comportement type associé. Les résultats ont révélé pour l'infirmière qu'il s'agit du comportement type qui s'est le moins manifesté aux 1^{er}-2^e trimestres, au 3^e trimestre, lors de la naissance et en postnatal. Contrairement aux femmes, les résultats ont montré qu'il s'agit du comportement type qui s'est manifesté au deuxième rang. Même si le comportement type de l'infirmière s'est le moins

manifesté, ceci s'explique par le fait que le comportement type des femmes s'est révélé de manière plus importante. Elles ont questionné spontanément l'infirmière, ce qui fait qu'elle n'a pas eu à le faire aussi souvent. L'analyse des données sur le comportement des femmes associée à l'usage des technologies de l'information et des communications a montré qu'elles ont posé des questions aux autres femmes participantes sur le Forum, mais aussi sur Internet. Les femmes ont aussi peu mentionné à l'infirmière leur questionnement effectué sur Internet.

1.12.3 Collaboration

La dimension collaboration du partenariat infirmière-femme a favorisé le fait que les femmes puissent être impliquées afin qu'elles partagent leurs préférences et vécu sur leur expérience de la grossesse, de la naissance et du postnatal. En adoptant le comportement type « motiver », l'infirmière a encouragé les femmes à partager leur vécu expérientiel et leurs préférences, ce qui les a aidées à faire leurs choix informés et leurs prises de décisions de santé les concernant. En adoptant le comportement type « partager », les femmes ont pu transmettre leur vécu expérientiel et leurs préférences afin que l'infirmière puisse les prendre en compte. La dimension collaboration du partenariat infirmière-femme a été croisée avec les composantes d'un modèle de soins et est présentée dans ce qui suit.

1.12.3.1 Catégories de pratiques

La dimension collaboration en lien avec la composante catégories de pratiques – comprenant l'éducation à la santé, l'évaluation, le dépistage, la planification des soins, la promotion de la physiologie et la prévention des complications et la gestion des complications de première ligne – a permis d'exposer l'intensité du partenariat relationnel – engagement par un classement du comportement type de l'infirmière et du comportement type des femmes par période du continuum périnatal. Pour la dimension collaboration, les résultats ont montré que la catégorie de pratique évaluation est celle qui s'est manifestée au 1^{er} rang aux 1^{er} et 2^e trimestres, lors de la naissance et en postnatal ainsi que la catégorie de pratique éducation au 3^e trimestre comme cela est présenté au Tableau 27.

Tableau 27 Dimension collaboration - intensité d'interactions comportement type par catégories de pratiques selon la période du continuum de soins périnatal

Comportement de l'infirmière Motiver	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Éducation	21,13 %	2	36,12 %	1	17,52 %	3	27,53 %	2
Évaluation	45,52 %	1	23,56 %	2	34,13 %	1	49,7 %	1
Dépistage	10,04 %	4	0,81 %	6	0,35 %	6	0,45 %	6
Planification	14,03 %	3	10,81 %	4	9,74 %	5	13,82 %	3
Promotion physiologie	4,67 %	5	21,71 %	3	26,35 %	2	7,19 %	4
Gestion complication	4,61 %	6	6,99 %	5	11,91 %	4	1,31 %	5
Comportement de la femme Partager	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Éducation	32,32 %	2	38,66 %	1	24,94 %	2	37,01 %	2
Évaluation	39,77 %	1	24,93 %	2	30,07 %	1	44,57 %	1
Dépistage	11,86 %	3	1,37 %	6	1,53 %	6	0,87 %	6
Planification	5,86 %	5	8,14 %	5	8,99 %	5	6,72 %	4
Promotion physiologie	6,3 %	4	16,04 %	3	20,13 %	3	9,79 %	3
Gestion complication	3,88 %	6	10,85 %	4	14,34 %	4	1,04 %	5

Par la suite, la dimension collaboration en lien avec la composante catégories de pratiques est présentée dans ce qui suit.

i) Éducation à la santé

L'infirmière a motivé les femmes à partager leur vécu expérientiel en ayant recours à diverses questions ouvertes, ce qui lui a permis de connaître les besoins d'apprentissage des femmes et de valider leurs connaissances au sujet des thèmes portant sur l'éducation en périnatalité. Les femmes ont partagé avec l'infirmière, de manière unique, leur vécu expérientiel lié à leurs connaissances actuelles ou acquises et leurs besoins d'apprentissage en lien avec les thèmes d'éducation en périnatalité. L'intensité d'interactions par comportement type avec des extraits de verbatim est présentée au Tableau 28.

Tableau 28 Dimension collaboration - intensité d'interactions par comportement type catégorie de pratique : Éducation à la santé selon certains thèmes

Comportement de l'infirmière	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Motiver	19,26 %	3 ^e	58,81 %	1 ^{er}	2,53 %	4 ^e	19,40 %	2 ^e
Verbatim	« Oui, et cela, qu'est-ce qu'elle t'a dit [le médecin] par rapport à la trisomie? ». INFK M10 01		« C'est sûr que la prochaine fois qu'on va se voir, on va rentrer dans les techniques de soulagement de la douleur, donc on va faire de l'acupression, on va faire le ballon. Est-ce que ça, tu penses que ça va l'intéresser? ». INFK M02 06		« Est-ce qu'il se rappelle des points [d'acupression]? ». [4:56 PM] INFK M06 TIC		« Le petit nombril justement, ça va pour le nettoyer? Avec de l'eau? ». INFK M04 VP01	
Thèmes abordés	Grossesse: test dépistage		Naissance : méthodes non pharmacologiques		Naissance : méthodes non pharmacologiques		Postnatal : soins du nouveau-né	
Comportement de la femme	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Partager	29,94 %	2 ^e	45,47%	1 ^{er}	2,10 %	4 ^e	22,49 %	3 ^e
Verbatim	« Oui, moi, c'est la nourriture, moi, j'ai peur d'empoisonner cette petite chose-là, cela fait que je me dis toujours il faut que je vérifie ce que je mange. C'est surtout, moi, qui m'obsède et puis c'est tout ». M08 03		« Ma mère c'est ça qu'elle m'a dit quand elle a accouché de moi : le médecin lui disait poussez pas! puis elle a dit je n'y peux rien ça pousse tout seul ». M02 CP01		« Pas tous [réponse sur la connaissance actuelle du père des points d'acupression] ». [4:56 PM] M06 TIC		« Je ne sais plus. En tout cas, une crème adaptée. Je lui ai demandé si c'était bien une crème adaptée avec le point, puis ils m'ont dit oui, il n'y a pas de problème ». M06 VP01	
Thèmes abordés	Connaissance actuelle Grossesse: alimentation		Connaissance actuelle Naissance : accouchement physiologique		Connaissance actuelle Naissance : méthodes non pharmacologiques		Connaissance actuelle Soins postnatals	

ii) Évaluation

L'infirmière a motivé les femmes à partager leur vécu expérientiel, ce qui lui a permis de réaliser leur évaluation biopsychosociale afin de recueillir les données. Elle a ainsi assuré la surveillance de leur état de santé en déterminant les écarts entre ce qui était normal et ce qui ne l'était pas, de même que celle du fœtus ou du nouveau-né. Les femmes ont partagé de manière unique leur vécu expérientiel avec l'infirmière lors de leur évaluation biopsychosociale aux différents moments du continuum de soins; ainsi, l'infirmière pouvait apprendre à mieux les connaître. L'intensité d'interactions par comportement type avec des extraits de verbatim est présentée au Tableau 29.

Tableau 29 Dimension collaboration - intensité d'interactions par comportement type catégorie de pratique : Évaluation selon certains thèmes

Comportement de l'infirmière	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Motiver	34,71 %	1 ^{er}	32,04 %	2 ^e	4,13 %	4 ^e	29,13 %	3 ^e
Verbatim	«... Il y a quelques questions justement au niveau des antécédents familiaux, mais de ton côté à toi. Est-ce qu'il y a des choses dans ta famille, du côté de tes parents, frères et sœurs?». INFK M02 01		« Cela fait que quand tu dis, dans l'organisation [matériel pour l'arrivée du nouveau-né], est-ce que c'est parce qu'il y a des choses que ça te stresse, parce que vous n'avez pas eu le temps de...? ». INFK M04 03		« OK. Et là tes contractions étaient à combien? ». INFK M10 ST		« Combien de selles a-t-il fait en moyenne par jour? ». INFK M08 VP01	
Thèmes abordés	Évaluation physique		Évaluation psychosociale		Évaluation physique		Évaluation nouveau-né	
Comportement de la femme	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Partager	38,49 %	1 ^{er}	30,63 %	2 ^e	2,64 %	4 ^e	28,24 %	3 ^e
Verbatim	« Mais, comme admettons accoucher à la maison, ça, je ne suis vraiment pas... Ça, je vois plus ça comme des... Pas des granos, c'est leur choix, je les respecte, mais moi, je ne serais pas à l'aise de faire ça ». M04 02		« Non, en fait, là, j'ai eu mal pendant 2 jours après quand elle m'a touchée parce que cela a été assez douloureux, j'ai trouvé. En fait, elle m'a dit que la tête du bébé avait beaucoup appuyé sur le col et du coup, cela l'a fait monter. Du coup, elle a du mal à toucher, en fait, puis elle m'avait demandé mes mains sur les fesses et tout cela ». M06 04		« Bien j'ai des contractions aux 5 minutes et ça dure une minute. Depuis que je t'ai écrit à 4h du matin ». M02 ST		« Oui c'est passé, un petit peu là... Comme tu sais hier, quand je lui ai donné à manger euh... Nous pourrions en parler tantôt. Mais hier, c'était vraiment une journée difficile là. Je lui ai donné à manger comme aux heures, je devenais folle! » M08 VP01	
Thèmes abordés	Vécu social		Vécu physique		Vécu physique		Vécu émotionnel	

iii) Dépistage

L'infirmière a motivé les femmes à partager leur vécu expérientiel, ce qui lui a permis de recueillir les données sur les résultats de leurs examens de laboratoire et de radiologie. Elle est demeurée vigilante afin de réaliser le dépistage de la dépression prénatale et postnatale. Les femmes ont partagé de manière unique leur vécu expérientiel avec l'infirmière quant au dépistage qu'elles ont eu dans le cadre de leur suivi. Elles ont aussi partagé les résultats de leurs examens de laboratoire et de radiologie dans la mesure de leur connaissance. L'intensité d'interactions par comportement type avec des extraits de verbatim est présentée au Tableau 30.

Tableau 30 Dimension collaboration - intensité d'interactions par comportement type catégorie de pratique : Dépistage selon certains thèmes

Comportement de l'infirmière	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Motiver	84,43 %	1 ^{er}	12,16 %	2 ^e	0,47 %	4 ^e	2,93 %	3 ^e
Verbatim	« OK, parfait donc justement, si on revient à la dernière fois qu'on s'est vues puis tu m'as envoyé un petit message pour m'annoncer la bonne nouvelle comme quoi que t'avais eu les résultats, moi je veux que tu me parles de ces dix jours-là, de cette attente de comment cela s'est passé? ». INFK M08 03		« Pose la question le 28. Mais là tu vas en faire une demain alors quand tu vas aller à la clinique le 28, tu leur diras que tu as déjà fait un écho le 22 : est-ce que c'est vraiment nécessaire de le refaire maintenant? ». INFK M10 CP02		« Ton bilan [prééclampsie] était négatif cette semaine? » INFK M02 ST		« Sur une échelle de 1 à 10, ton moral est à combien? » INFK M04 VP02	
Thèmes abordés	Test dépistage prénatal		Test dépistage échographique		Test dépistage prééclampsie		Dépistage dépression postnatale	
Comportement de la femme	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Partager	82,88 %	1 ^{er}	12,18 %	2 ^e	0,97 %	4 ^e	3,96 %	3 ^e
Verbatim	« Et bien finalement je l'ai appelée ce matin et en fait la madame a dit : vous n'avez pas de souci à vous faire, on a reçu le résultat et le score est de 1/10000 donc, il n'y a vraiment pas besoin de faire d'amniosynthèse ou quoi que ce soit ». M06 ST		« ... parce que je lui avais dit comme je t'en avais parlé que j'avais eu des crampes je trouvais que s'apparentaient à des douleurs de règles. Puis, elle avait bien fait un examen manuel puis elle a dit : tu as l'air d'avoir un col un peu court, je vais t'envoyer en mesure de col. Cela, c'était le 5 mai. Et puis, finalement, les résultats sont revenus et mon col est même plus long que la moyenne : 4,5. Cela fait qu'il n'y a pas de raison à s'inquiéter. Tout va bien à cet égard-là ». M08 06		« Parce que j'avais peur un peu parce que tu sais les contractions étaient fortes puis faire un test d'urine en contraction... alors en tout cas, j'étais aux 3 minutes je ne sais plus trop ... » M02 VP02		« Ah oui! ça [dépistage métabolique] je l'ai fait et je l'ai envoyé. Tout va bien ». M04 VP02	
Thèmes abordés	Vécu cognitif		Vécu physique		Vécu physique		Vécu cognitif	

iv) Planification des soins

L'infirmière a motivé les femmes à partager leur vécu expérientiel afin de recueillir la planification du déroulement de leur suivi médical ainsi que leurs examens de laboratoire et de radiologie pour en assurer le suivi avec elles. Elle a également motivé le partage sur leur vécu expérientiel lié à la réalisation de leur projet de naissance pour planifier leurs choix informés et le présenter à leur fournisseur de soins. Enfin, elle a motivé le partage sur leurs préférences quant à leur planification de soins selon leurs besoins et attentes pour les rencontres avec elle, et ce, selon leur disponibilité. Les femmes ont partagé de manière unique leur vécu expérientiel avec l'infirmière sur la

planification de leurs soins. Ce comportement s'est surtout manifesté au 3^e trimestre puisqu'il s'agit du moment qui correspond à l'élaboration du projet de naissance. L'intensité d'interactions par comportement type avec des extraits de verbatim est présentée au Tableau 31.

Tableau 31 Dimension collaboration - intensité d'interactions par comportement type catégorie de pratique : Planification soins selon certains thèmes

Comportement de l'infirmière	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Motiver	30,85 %	2 ^e	42,39 %	1 ^{er}	3,4 %	4 ^e	23,36 %	3 ^e
Verbatim	« OK. Donc, comment ça s'est passé justement, le premier rendez-vous? C'est à quel moment que tu es allée voir le médecin la première fois? » INFK M02 01		« Là, ton plan de naissance tu l'avais terminé? » INFK M04 05		« Parfait texte-moi quand tu arrives à l'hôpital et je vais aller te rejoindre OK? » [12:14 AM] INFK M06 TIC		« Alors quand tu as parlé à l'infirmière qu'elle n'avait pas uriné, elle ne t'a pas dit de retourner à l'hôpital là? » INFK M04 ST	
Thèmes abordés	Planification suivi médical		Projet de naissance		Planification suivi périnatal		Planification suivi nouveau-né	
Comportement de la femme	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Partager	27,38 %	2 ^e	48,26 %	1 ^{er}	3,81 %	4 ^e	20,55 %	3 ^e
Verbatim	« Je suis allée, j'ai pris... le 14 novembre, j'ai fait les tests de glucose et puis, la prise de sang de la thyroïde deux pour un ». M04 02		« Mais tu sais, cela ne représente pas comme une option. En tout cas, moi, de ce que j'ai entendu jusqu'à présent, le plan de naissance, cela a toujours été quelque chose de strict avec des choses à cocher ». M02 06		« OK je vais essayer de me reposer et je vais te tenir au courant ». M02 ST		« Puis, elle m'a laissé ses coordonnées. Elle va essayer de prendre un rendez-vous directement au CLSC auprès des médecins là-dedans parce qu'il y a deux pédiatres qui sont en charge ». M06 VP01	
Thèmes abordés	Planification suivi médical		Projet de naissance		Planification suivi périnatal		Planification suivi médical	

v) Promotion de la physiologie et prévention des complications

L'infirmière a motivé les femmes à partager leur vécu expérientiel lors de leur évaluation biopsychosociale, ce qui lui a permis en même temps d'évaluer leurs besoins, dans le but de soutenir le processus de normalité de la grossesse, de la naissance et du postnatal. Les femmes ont partagé de manière unique leur représentation de la grossesse, de la naissance et du postnatal à travers leur vécu expérientiel. Or, leur vécu expérientiel recueilli a dénoté un besoin de soutien dans le processus de normalité de ces événements de la vie périnatale. L'intensité d'interactions par comportement type avec des extraits de verbatim est présentée au Tableau 32.

Tableau 32 Dimension collaboration - intensité d'interactions par comportement type catégorie de pratique : Promotion physiologie selon certains thèmes

Comportement de l'infirmière	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Motiver	8,79 %	3 ^e	72,94 %	1 ^{er}	7,87 %	4 ^e	10,4 %	2 ^e
Verbatim	Évaluation physique : « Oui c'est normal ce type d'inconfort. As-tu essayé un bain pour relaxer? » [9:13] INFK M04 TIC		Évaluation physique : « OK, là elle ne t'a pas proposé de stripping? » INFK M06 CP04		Évaluation physique : « Bien c'est ça, c'est pour ça que je dis toujours, tu y vas avec ton feeling. Tu as ton ballon aussi? » INFK M02 ST		Évaluation allaitement : « As-tu l'impression que c'est là qu'il a fait sa poussée de croissance? Peut-être qu'hier, parce que l'autre journée d'avant il était quand même [satisfait]? » INFK M08 VP01	
Thèmes abordés	Normalisation inconforts		Promotion physiologie en évitant interventions		Normalisation sensations et encourager méthode non pharmacologique		Normalisation allaitement	
Comportement de la femme	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Partager	18,06 %	3 ^e	58,34 %	1 ^{er}	5,24 %	4 ^e	18,36 %	2 ^e
Verbatim	« Bien, ça explique des choses parce que tu sais, je ne me sens pas nécessairement mieux là. Tu sais, j'étais en arrêt et puis on me dit : « Tu vas aller mieux là, ton deuxième trimestre les femmes capotent ». M02 01		« 3 doigts, et cela a arrêté à 4. Ils étaient obligés de faire une césarienne. Mais, elle avait perdu la poche des eaux. Donc, ils ne veulent pas attendre plus. C'est cela. C'est tout cela qui me stresse ». M10 04		« Je vais me mettre sur la boule [ballon de naissance]. C'est ce qui me soulage le mieux pour l'instant ». [10:20 PM] M06 TIC		« Bien là c'est en train de se faire parce que le lait est vraiment plus liquide et je pèse et c'est ... ça devient plus blanc ». M04 ST	
Thèmes abordés	Vécu physique et social		Vécu cognitif et émotionnel		Vécu physique et cognitif		Vécu physique	

vi) Gestion des complications de première ligne

L'infirmière a motivé les femmes afin qu'elles partagent leur vécu expérientiel lors de leur évaluation biopsychosociale en lien avec les problèmes courants, les complications lors de la grossesse ou de la naissance et du suivi médical de leur condition de santé. Les femmes ont partagé de manière unique leur vécu expérientiel quant au dépistage et à l'annonce du diagnostic d'une complication de la grossesse ainsi que du suivi médical de leur condition de santé. L'intensité d'interactions par comportement type avec des extraits de verbatim est présentée au Tableau 33.

Tableau 33 Dimension collaboration - intensité d'interactions par comportement type catégorie de pratique : Gestion complications 1^{re} ligne selon certains thèmes

Comportement de l'infirmière	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Motiver	23,1 %	2 ^e	62,42 %	1 ^{er}	9,45 %	3 ^e	5,03 %	4 ^e
Verbatim	Évaluation physique : « Avais-tu des effets justement? Étais-tu surprise à savoir que ton fer était bas? ». INFK M10 02		Évaluation physique : « Cela peut faire une différence. Là, avais-tu pensé peut-être d'aller te faire faire un traitement d'acupuncture? ». INFK M04 06		Évaluation physique : « Est-ce que tu étais ouverte un peu ou pas du tout? ». INFK M10 ST		Évaluation psychosociale: « Tu n'aurais pas pu retourner la nuit comme pour aller allaiter? Ils ne t'ont pas offert? ». INFK M10 VP01	
Thèmes abordés	Complication anémie		Complication grossesse prolongée		Complication induction pour diabète gestationnel		Complication ictère néonatal	
Comportement de la femme	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Partager	19,77 %	2 ^e	70,14 %	1 ^{er}	6,64 %	3 ^e	3,46 %	4 ^e
Verbatim	« Je ne sais pas. Et puis c'est 7 jours d'infection bien tu sais avec les médicaments. Après cinq, je me suis mis à aller un petit peu mieux. Et puis, j'ai repogné la grippe. Une semaine je pense, mais cette fois-ci je n'ai pas fait de fièvre, et la première fois j'ai fait de la fièvre. Tu prends du Tylenol, il n'y a pas de problème ». M02 01		« Oui, que cela n'était pas prédictif, mais c'est quand même, tu sais j'avais eu 5 heures de contractions, j'étais comme : « Là, là, au moins cela va avoir servi à quelque chose ». Cela a sûrement servi à quelque chose. Mais... ». M04 06		«... Je t'appelle, tu m'as dit de t'appeler quand les contractions vont avoir bougé. Le médecin a rompu la membrane, là on m'a mis un soluté parce que le cœur du bébé a diminué, on m'a mis un soluté et il m'a dit on attend 20 minutes et je te fais le bain ». M10 ST		« Je fais aussi de l'anémie et on me surveille toujours pour éclampsie, mais ça va ». [6:06] M02 TIC	
Thèmes abordés	Vécu physique : complication infection courante		Vécu physique : complication grossesse prolongée		Vécu physique: complication induction pour diabète gestationnel		Vécu physique : complication anémie et HTA	

1.12.3.2 Organisation des soins

L'infirmière a motivé les femmes afin qu'elles partagent leur vécu expérientiel sur l'organisation des soins en ce qui concerne l'accessibilité, la continuité, la globalité, la réactivité ou les résultats des soins. Elle a pu recueillir leurs besoins, ce qui lui a permis d'établir l'organisation des soins souhaitée par les femmes dans le cadre de leur accompagnement : celui-ci sera exposé plus loin dans la dimension de co-construction. Les femmes ont partagé de manière unique leur vécu expérientiel lié à l'organisation des soins pour ce qui est de : i) la réactivité des soins quant au délai pour recevoir du soutien en prénatal en obtenant une réponse à leurs questions de la part de l'infirmière ou des autres femmes participantes sur le forum; ii) la réactivité des soins quant au soutien continu offert lors du travail et de la naissance; iii) la globalité des soins pour répondre à leurs besoins qui se sont manifestés tout au long du prénatal, pernatal et postnatal; et, iv) la

continuité des soins en postnatal entre les soins offerts dans le cadre de l'accompagnement dans le présent projet et ceux offerts par l'infirmière du CLSC. L'intensité d'interactions par comportement type avec des extraits de verbatim est présentée au Tableau 34.

Tableau 34 Dimension collaboration - intensité d'interactions par comportement type
composante : Organisation selon certains thèmes

Comportement de l'infirmière	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Motiver	34,14 %	2 ^e	21,63 %	3 ^e	3,74 %	4 ^e	40,49 %	1 ^{er}
Verbatim	« Dis-moi pour la suite, comment tu vois justement tes besoins, tes attentes? ». INFK M04 01		« Est-ce que tu te rappelles des consignes pour l'accouchement? Dans le sens qu'au niveau de l'accompagnement, comment ça fonctionne? ... Un peu comme tu as fait l'autre fois que tu m'as écrit. C'est tu ça? Et si jamais les choses évoluent, bien, à un moment donné, on est en suivi téléphonique ». INFK M08 07		« Alors c'est pour ça que je t'ai appelée. Là on voit que ça rapproche un peu, on va voir si l'intensité va augmenter, je le sais que ... as-tu pu dormir un peu cette nuit? ». INFK M02 ST		« Cela fait que par rapport à l'accompagnement de ce que tu as reçu jusqu'à présent? ». INFK M10 VP01	
Thèmes abordés	Globalité besoin prénatal		Globalité besoin pernatal		Globalité besoin pernatal		Acceptabilité	
Comportement de la femme	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Partager	29,74 %	2 ^e	27,39 %	3 ^e	2,57 %	4 ^e	40,29 %	1 ^{er}
Verbatim	« Oui, c'est rassurant et je ne m'attendais pas à ce qu'il y a une réponse aussi rapide. Puis, je vois que les filles sont super connectées. Cela fait que tout le monde est là. C'est comme, des fois, sur Facebook, tu lances quelque chose, tu n'es pas sûr d'avoir une réponse, mais là, sur SLACK, il y a tout le temps au moins quelqu'un qui est capable de répondre à quelque chose. C'est rassurant, c'est le fun ». M02 02		« Oui, parce que j'ai l'intention de beaucoup me reposer sur toi s'il y a des... comment dire... S'il y a des complications ou des choses comme cela, parce que j'aimerais bien avoir un 2e, 3e avis. Parce que je vais avoir l'avis du médecin, je vais forcément avec l'avis de mon chéri et c'est d'avoir le tiens qui est un peu entre les deux qui connaît l'implication médicale et un peu le côté moins médical que certains médecins, c'est quelque chose que moi, j'attends d'avoir aussi de ta part ». M06 05		« OK donc on va se mettre en route tout doucement et puis on fait comme tu as dit, on va te tenir au courant une fois qu'on sera passé au triage ». P04 ST		« Non, moi je ne veux pas y aller c'est juste que l'infirmière du CLSC m'a dit : moi dans mon suivi, avec ce que j'ai vu, il faut que je te réfère à une infirmière qui est à la halte allaitement alors il faut que tu ailles à la halte allaitement, mais si ton accompagnante vient demain chez toi, c'est correct, tu n'as pas besoin d'aller à la halte ». M02 ST « On n'hésite pas vraiment [à consulter l'infirmière du projet] et puis on a énormément de chance, je veux dire : tu es là! OK ça c'est number one!» P04 VP01	
Thèmes abordés	Réactivité		Globalité besoin pernatal		Réactivité soutien continu à l'hôpital		Continuité des soins Acceptabilité	

1.12.3.3 Valeurs

La dimension collaboration du partenariat infirmière-femme s'est fondée sur les valeurs de respect et de bienveillance de la femme, ce qui a guidé le comportement type « motiver » de l'infirmière. Ainsi, l'infirmière a motivé les femmes afin de connaître leur vécu composé de leurs expériences et savoirs en les considérant comme des personnes uniques, à part entière. En s'intéressant au projet de maternité des femmes ainsi qu'à leur projet de vie, l'infirmière a adapté à leurs besoins les soins qu'elle leur offrait, ce qui a témoigné de ses valeurs de respect et de bienveillance par son comportement type. Elle a eu recours à des techniques communicationnelles comme la formulation de questions ouvertes par opposition à des questions fermées : « *Sinon, comment ça se passe au niveau de la grossesse, plus au niveau intérieur?* ». INFK M10 02 afin d'explorer la signification qu'elle donnait à leur état de santé. L'infirmière a utilisé le renforcement positif afin de reconnaître et souligner les efforts, par exemple lors de la période prénatale :

« Merci de m'avoir partagé ça à ce stade-ci [décès récent de son père]... C'est important... C'est même plus important qu'une tension. Parce que c'est la... c'est comme ton... je dirais, ton état intérieur. Qu'est-ce que tu vis. Cela fait que souvent, on va sentir on est dans la joie puis on vit en même temps une peine, tu sais, c'est comme dure de... tu te promènes dans deux mondes ». INFK M04 01

et lors du travail et de la naissance : « *Ça va bien! Arrives-tu à respirer quand tu sens qu'elle monte et quand elle part la contraction?* ». INFK M02 ST ainsi que lors de la période postnatale : « *Super je suis contente de savoir ça. Tiens-moi au courant quand tu sortiras de l'hôpital demain. bonne soirée [5:32 PM]* ». INFK M04 TIC

Les femmes ont partagé généreusement leur vécu expérientiel, leurs préférences, leurs préoccupations avec l'infirmière puisqu'il s'agit du comportement type qu'elles ont le plus manifesté, et ce, pour toutes les périodes du continuum de soins. Ce partage unique des femmes, au fil du temps et dans une relation continue, a témoigné des valeurs de respect et de bienveillance de la part de l'infirmière, par exemple lorsqu'une des femmes a raconté son vécu lié à l'échographie morphologique du 2^e trimestre, mais aussi à des fins récréatives : « *En fait, j'ai été déçue de ne pas pouvoir faire mon échographie du 2^e trimestre, de savoir le sexe avant de partir – en France. Du*

coup, ce que j'avais fait, c'est que je suis allée chez UC Baby et j'ai pris un forfait pour la détermination du sexe puis une 2^e échographie 3D ». M06 02

1.12.3.4 Philosophie

L'infirmière a motivé les femmes afin qu'elles lui fassent part de leur vécu expérientiel dans l'optique de connaître leurs attitudes à propos de la grossesse, de la naissance et du postnatal, dans le but de tenter de normaliser le processus et renforcer la capacité des femmes. Ainsi, l'infirmière a laissé transparaître la philosophie de son approche des soins. Les femmes ont partagé de manière unique leur vécu expérientiel, ce qui démontre qu'elles ont eu une attitude quelquefois positive, mais plus souvent négative envers la grossesse, la naissance et le postnatal en tant que processus physiologique normal. L'intensité d'interactions par comportement type avec des extraits de verbatim est présentée au Tableau 35.

Tableau 35 Dimension collaboration - intensité d'interactions par comportement type composante : Philosophie selon certains thèmes

Comportement de l'infirmière	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Motiver	46,51 %	1 ^{er}	42,34 %	2 ^e	1,87 %	4 ^e	9,29 %	3 ^e
Verbatim	Évaluation physique : « Cela fait que dans le fond, cela est quand même positif parce que cela veut dire que...au niveau de...tu sais comme depuis le début qu'on se voit, tu sens que tu as comme récupéré? » INFK M02 03		Évaluation psychosociale : « Bien justement au niveau des pensées, le fait que le petit bébé soit encore dans la position qu'il décide, comment ça t'a affectée par rapport à ça? » INFK M08 CP02		Évaluation psychosociale « OK donc ça, c'est un sentiment d'avoir fait tout ce que tu pouvais faire? » INFK M04 ST		Évaluation psychosociale « Et quand ça n'allait pas? C'était comment? » INFK M10 VP01	
Thèmes abordés	Connaître attitude envers grossesse		Connaître attitude envers grossesse		Connaître attitude envers naissance		Connaître attitude envers postnatal	
Comportement de la femme	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Partager	41,55 %	2 ^e	44,52 %	1 ^{er}	3,11 %	4 ^e	10,82 %	3 ^e
Verbatim	« C'est vrai que quand on nous balance des mots un peu barbares comme cela qu'on ne connaît pas, cela peut tout de suite faire peur. Puis, du coup, j'ai regardé sur Internet. Puis, le temps entre que je vois le Dr et que j'attends, j'ai eu le temps de voir 300 000 fois écrit trisomie 21, tous ces trucs-là ». M06 02		« Cela fait que je pense que c'est plus pour ça que maintenant qu'il y a une solution, facile [épidurale], bien, ils vont vers la facilité. Ce n'est pas nécessairement plus facile, mais... J'ai l'impression que c'est pour ça, tu sais, maintenant, c'est là, pourquoi ne pas l'utiliser, c'est là ». M04 03		« Oui j'étais contente! J'avais peur, ah non je n'ai pas dormi de la nuit, est-ce que je vais être capable, tu sais! Alors j'ai juste un petit mal de tête, c'est ça qui est plate, mais ... ». M02 ST		« Je suis tellement fatiguée que c'est difficile de dormir ». M10 VP01	
Thèmes abordés	Vécu cognitif et émotionnel Attitude négative		Vécu social Attitude positive		Vécu physique Attitude mitigée		Vécu physique Attitude négative	

1.12.3.5 Fournisseurs de soins

L'infirmière a incité les femmes à communiquer leur vécu expérientiel aux fournisseurs de soins. Ainsi, elle a pu connaître l'appréciation des femmes envers leurs fournisseurs de soins quant aux compétences cliniques et interpersonnelles dont ils ont fait preuve dans le cadre de leur suivi de grossesse, lors de la naissance et du postnatal. Les femmes ont fait part de leur vécu de manière unique aux fournisseurs de soins. Ainsi, elles ont pu nommer leur appréciation des compétences cliniques et interpersonnelles dans le cadre de leur suivi selon le contexte, lors de leur suivi médical à la clinique, à l'hôpital ou dans la communauté. L'intensité d'interactions par comportement type avec des extraits de verbatim est présentée au Tableau 36.

Tableau 36 Dimension collaboration - intensité d'interactions par comportement type
composante : Fournisseurs de soins selon certains thèmes

Comportement de l'infirmière	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Motiver	42,83 %	1 ^{er}	37,38 %	2 ^e	4,8 %	4 ^e	14,99 %	3 ^e
Verbatim	Évaluation psychosociale : « Donc, tu avais quand même eu un bon contact premier avec elle? Et puis qu'est-ce qu'ils t'ont dit les gens? T'en rappelles-tu? ». INFK M02 01		Évaluation psychosociale : « Cela fait qu'en somme, la discussion [sur le projet de naissance], ça a duré combien de temps à peu près? ». INFK M04 05		Évaluation psychosociale : « Est-ce que c'est un peu ça que le médecin t'a expliqué quand elle te l'a fait [stripping]? ». M04 ST		Évaluation nouveau-né: « Bon matin M08 TIC et puis ton rendez-vous d'hier chez le médecin? Est-ce que ça t'a rassurée? ». INFK M08 TIC	
Thèmes abordés	Compétence interpersonnelle		Compétence interpersonnelle		Compétence clinique		Compétence clinique	
Comportement de la femme	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Partager	43,20 %	1 ^{er}	34,84 %	2 ^e	1,34 %	4 ^e	20,63 %	3 ^e
Verbatim	« C'était super bien. Tu sais ça a duré une heure dans son bureau. C'était... Honnêtement pour moi, c'est important. Tu sais, c'était comme... C'était décoré, famille, c'était accueillant. J'avais bien aimé ça, cette rencontre-là ». M02 01		« Elle a dit parfait. Puis là, on lui a dit auscultation intermittente. Elle dit oui. Cela n'arrivera pas. Les infirmières, tu sais, elles vont vous laisser partir, revenir, marcher puis... Elle dit c'est comme une auscultation intermittente [rires], mais de 20 minutes, tu sais ». M04 05		« Elle me raconte qu'elle est arrivée la veille vers 21h30 admise chambre 140. L'infirmière lui a donné explication sur cervidil tout le personnel était très gentil ». M08 N.O		« Elle, elle voulait vraiment que je fasse l'épidurale. Et là, je l'ai entendue, elle s'est comme énervée. Elle m'a dit : « J'ai appelé l'anesthésiste deux fois, je ne peux pas appeler une troisième fois ». Donc, les 2 choses qui m'ont marquée concernant cette infirmière, c'était ça...Et puis, le docteur était génial aussi ». M10 VP01	
Thèmes abordés	Vécu social et émotionnel Compétence interpersonnelle		Vécu cognitif Compétence clinique		Vécu cognitif Compétence clinique interpersonnelle		Vécu émotionnel Compétence clinique interpersonnelle	

En somme, la synthèse de la dimension collaboration du partenariat infirmière-femme a démontré qu'il s'agit de celle qui a co-construit le plus la catégorie de pratique évaluation aux 1^{er}-2^e trimestres, lors de la naissance et en postnatal et la catégorie de pratique éducation au 3^e trimestre. Pour ce qui est de la catégorie pratique évaluation et éducation, les résultats ont montré que l'infirmière et les femmes ont eu leurs comportements types en synchronicité. Or, nos résultats ont aussi permis de comparer la dimension collaboration avec les autres dimensions de partenariat relationnel – engagement et leur comportement type associé. Les résultats ont montré pour l'infirmière qu'il s'agit du comportement type qui s'est manifesté au deuxième rang aux 1^{er}-2^e trimestres, au 3^e trimestre et en postnatal. Contrairement aux femmes, les résultats ont montré qu'il s'agit du comportement type qui s'est le plus manifesté au premier rang à toutes les périodes du continuum de soins. Le fait que les comportements types de l'infirmière et des femmes se soient manifestés dans les premiers rangs révèle le désir de l'infirmière d'être avec chacune des femmes par son accompagnement qui consistait à apprendre à les connaître en créant un espace où celles-ci ont pu partager librement leur vécu expérientiel.

1.12.4 Co-construction

La dimension co-construction du partenariat infirmière-femme a favorisé le fait que les femmes prennent leurs décisions au regard de leurs objectifs personnels et de leur projet de naissance. En adoptant le comportement type « échanger », l'infirmière a pu connaître les décisions prises par les femmes tout en respectant leurs choix. En adoptant le comportement type « décider », les femmes ont pu faire part de leurs décisions et choix informés en coconstruisant, entre autres, leur projet de naissance avec l'infirmière. La dimension co-construction du partenariat infirmière-femme a été croisée avec les composantes d'un modèle de soins et est présentée dans ce qui suit.

1.12.4.1 Catégories de pratiques

La dimension co-construction en lien avec la composante catégories de pratiques, comprenant l'éducation à la santé, l'évaluation, le dépistage, la planification des soins, la promotion de la physiologie et la prévention des complications et la gestion des complications de première ligne, a permis d'exposer l'intensité du partenariat relationnel – engagement par un classement du

comportement type de l’infirmière et du comportement type des femmes par période du continuum périnatal. Pour la dimension co-construction, les résultats ont montré que la catégorie de pratique éducation est celle qui s’est manifestée au 1^{er} rang aux 1^{er} et 2^e trimestres, au 3^e trimestre et en postnatal ainsi que la catégorie de pratique promotion de la physiologie lors de la naissance comme cela a été présenté au Tableau 37.

Tableau 37 Dimension co-construction - intensité d’interactions comportement type par catégories de pratiques selon la période du continuum de soins périnatal

Comportement de l’infirmière Échanger	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Éducation	39,96 %	1	37,99 %	1	3,88 %	4	59,93 %	1
Évaluation	13,47 %	4	2,09 %	5	14,4 %	3	4,87 %	4
Dépistage	7,43 %	5	0,22 %	6	0,1 %	6	0,68 %	5
Planification	20,54 %	2	24,54 %	3	0,48 %	5	15,89 %	3
Promotion physiologie	18,52 %	3	25,74 %	2	56,24 %	1	18,64 %	2
Gestion complication	0,08 %	6	9,42 %	4	24,9 %	2	0 %	0
Comportement de la femme Décider	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Éducation	43,85 %	1	43,01 %	1	2,45 %	5	61 %	1
Évaluation	24,04 %	2	6,43 %	5	8,16 %	4	9,68 %	4
Dépistage	4,43 %	5	0,5 %	6	0 %	0	0,64 %	5
Planification	12,16 %	4	19,37 %	3	14,91 %	3	10,92 %	3
Promotion physiologie	15,52 %	3	21,09 %	2	53,85 %	1	17,71 %	2
Gestion complication	0 %	0	9,61 %	4	20,64 %	2	0,05 %	6

La dimension co-construction en lien avec la composante catégories de pratiques est présentée dans ce qui suit.

i) Éducation à la santé

L’infirmière a échangé avec les femmes sur leurs décisions et choix informés à travers les thèmes d’éducation en périnatalité. Ce comportement s’est le plus manifesté chez l’infirmière au 3^e trimestre puisqu’il s’agit du moment du continuum de soins où elle leur a offert la préparation à la

naissance. Les femmes ont fait part de certains choix pour réaliser leur projet de naissance à travers les thèmes d'éducation en périnatalité. Ce comportement s'est le plus manifesté au 3^e trimestre puisqu'il s'agit du moment du continuum de soins où elles ont reçu leur préparation à la naissance. C'est à ce moment qu'elles ont décidé des différentes options qui s'offraient à elles et de ce qu'elles souhaitaient vivre lors de la mise au monde de leur enfant. L'intensité d'interactions par comportement type avec des extraits de verbatim est présentée au Tableau 38.

Tableau 38 Dimension co-construction - intensité d'interactions par comportement type catégorie de pratique : Éducation à la santé selon certains thèmes

Comportement de l'infirmière	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Échanger	12,58 %	3 ^e	54,53 %	1 ^{er}	3,12 %	4 ^e	29,77 %	2 ^e
Verbatim	« Oui, c'est ça qu'on avait dit qu'on se reparlerait. Cela fait que ça, dans le fond, tu me laisseras savoir la prochaine fois dans les semaines qui suivent, tu me laisseras savoir ta décision, qu'est-ce que tu as décidé de faire par rapport à ça (le dépistage du diabète gestationnel) ». INFK M02 04		« Pas de traction, peut-être que c'est ça que tu as voulu dire, c'est-à-dire que quand on dit l'expulsion naturelle du placenta) c'est qu'on ne fera pas de traction sur le cordon comme pour accélérer les affaires ». INFK M02 CP05		« J'ai donné des conseils pour les encourager à rester à la maison le plus longtemps possible, mais à 4h28 déjà le conjoint me signifiait qu'il quittait pour l'hôpital ». M04 N.O		« Alors c'est pour ça que moi je te suis dans ta décision, quand on est rendu à allaiter deux fois par jour, il faut se dire vers quelle option je suis le mieux... ». INFK M10 ST	
Thèmes abordés	Grossesse: décision test de dépistage		Naissance : décision choix expulsion placenta		Naissance : décision choix départ à l'hôpital		Postnatal : décision choix allaitement maternel	
Comportement de la femme	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Décider	17,01 %	2 ^e	42,51%	1 ^{er}	1,35 %	4 ^e	39,13 %	3 ^e
Verbatim	« Ah, ce n'est pas grave. Moi, l'accouchement, je sais qu'avec les douleurs, je m'en fou! C'est juste pour le suivi, je voulais une femme. Mais, l'accouchement, ce n'est pas grave ». M10 01		« Là, on a mis la phase de latence. On va prendre des bains, puis à la maison, être là le plus longtemps possible ». M04 CP03		« 6h00 Monitoring cessé normal. Visite du médecin discussion sur les options rupture artificielle des membranes proposées, discussion sur épidurale, ne met pas de pression. M02 doit réfléchir sur les options proposées. Médecin en accord ». M02 N.O		« Bien au moins elle a eu l'information et après elle peut mieux décider. Moi je le voulais naturel au début alors... ». M04 VP01	
Thèmes abordés	Grossesse: choix du fournisseur		Naissance : choix méthode non pharmacologique et latence à la maison		Naissance : choix interventions médicales		Postnatal :Rétrospective choix d'approche accouchement	

ii) Évaluation

L'infirmière a échangé avec les femmes lorsqu'elle procédait à leur évaluation biopsychosociale en leur posant des questions ouvertes pour connaître leurs décisions et choix informés qu'elles ont pris en cours de grossesse ainsi que les choix formulés dans leur projet de naissance et leur respect

au moment de la naissance. Les femmes ont fait part à l'infirmière de certains choix informés et de décisions qu'elles ont prises dans leur projet de naissance lors de l'évaluation biopsychosociale. L'intensité d'interactions par comportement type avec des extraits de verbatim est présentée au Tableau 39.

Tableau 39 Dimension co-construction - intensité d'interactions par comportement type catégorie de pratique : Évaluation selon certains thèmes

Comportement de l'infirmière	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Échanger	19,95 %	2 ^e	14,15 %	3 ^e	54,52 %	1 ^{er}	11,38 %	4 ^e
Verbatim	Évaluation psychosociale : « Alors, oui, donc, le choix du professionnel. Donc, on s'en était parlé lors de notre première rencontre. Je t'avais dit coulé dans le béton. Cela fait qu'est-ce qui s'est passé dans ton processus de réflexion? ». INFK M02 04		Évaluation psychosociale : « Lui [en parlant du médecin] as-tu présenté ton plan de naissance? ». INFK M04 CP05		Évaluation physique : « 8h20 Monitoring pour 20 minutes, je lui demande [à l'infirmière] si elle peut le faire sur ballon. L'infirmière me répond que ça va être plus long sur le ballon si elle ne capte pas bien le cœur. Je lui dit OK que ce n'est pas grave. M10 est aussi d'accord pour faire sur le ballon, car dans le lit c'est beaucoup trop inconfortable ». M10 N.O		Évaluation psychosociale : « Pourquoi tu aurais voulu l'épidurale? Ça se passait bien? ». INFK M06 VP01	
Thèmes abordés	Choix fournisseur		Présentation projet de naissance au médecin		Intervention médicale monitoring		Intervention médicale épidurale	
Comportement de la femme	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Décider	35,34 %	1 ^{er}	24,08 %	2 ^e	17,06 %	4 ^e	23,52 %	3 ^e
Verbatim	« ... parce que pour le sexe du bébé, j'ai décidé avec mon mari que c'était une surprise, on va laisser jusqu'à l'accouchement ». M10 02		« Puis cela a été très, très bref. Je ne me rappelle même plus ce qu'on a dit. Elle m'a prescrit des prises de sang là. Ah oui, pour le glucose parce que je ne faisais pas le test pour le diabète ». M02 05		« 6h50 Prise de signes vitaux normale. TV 6cm dilation idem 4 heures sans changement CF 112. L'infirmière indique que Dre a prescrit perfusion syntho et que cela fait 4 heures qu'il n'y pas de progression donc c'est pour ça qu'elle propose d'accélérer. M06 dit qu'elle préfère attendre pour le moment n'est pas pressée. Veut marcher ». M06 N.O		« Mais oui c'est vrai qu'on a [poussé sur le dos] ... j'étais juste plus là tu sais, plus là pour décider, donc ils ont décidé un peu aussi ». M02 VP01	
Thèmes abordés	Choix connaître sexe du nouveau-né		Choix tests dépistage		Choix intervention médicale accélérer travail		Choix position d'accouchement	

iii) Dépistage

L'infirmière a échangé avec les femmes au sujet de leurs choix informés et décisions en lien avec le dépistage prénatal concernant les différents examens de laboratoire et de radiologie prescrits. Les femmes ont décidé de faire les examens de laboratoire et de radiologie de routine comme prescrit dans le contexte du suivi médical. Une seule des femmes n'a pas fait le dépistage du diabète

gestationnel, mais le dosage de la glycémie seulement. L'intensité d'interactions par comportement type avec des extraits de verbatim est présentée au Tableau 40.

Tableau 40 Dimension co-construction - intensité d'interactions par comportement type catégorie de pratique : Dépistage selon certains thèmes

Comportement de l'infirmière	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Échanger	76,24 %	1 ^{er}	10,21 %	2 ^e	2,55 %	4 ^e	11 %	3 ^e
Verbatim	« Puis, tu as préféré faire le test. OK. Et tu es confortable de faire cette décision-là? » INFK M06 02		« Oui, tu as décidé de ne pas le faire [en parlant du dépistage diabète gestationnel]? ». INFK M02 05		« Infirmière de la journée vient pour prendre glycémie qui est à 6.1... A décidé de faire le protocole de suivi du diabète tel que prescrit ». M10 N.O		« Oui, les prises de sang est-ce que c'est quelque chose que tu aurais aimé qu'on fasse lors de nos rencontres au lieu du laboratoire? ». INFK M04 VP01	
Thèmes abordés	Choix tests de dépistage prénatal		Choix tests de dépistage diabète gestationnel		Choix tests de dépistage diabète gestationnel		Choix lieu pour faire dépistage	
Comportement de la femme	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Décider	65,64 %	1 ^{er}	18,72 %	2 ^e	0 %	0 ^e	15,64 %	3 ^e
Verbatim	« Moi, je me suis dit, de me dire que l'amniocentèse, c'est moins risqué que d'avoir le risque d'avoir un bébé trisomique, cela m'a quand même... je me suis dit, oui, il faut vraiment que je sache, en fait, parce que, enfin, pour moi, cela importe ». M06 02		« Puis cela a été très, très bref. Je ne me rappelle même plus ce qu'on a dit. Elle m'a prescrit des prises de sang là. Ah oui, pour le glucose parce que je ne faisais pas le test pour le diabète ». M02 05		Aucune interaction		« Ah oui! C'est sûr que si en même temps tu peux faire les prises de sang, tu n'as pas besoin d'aller attendre 3 h chez les vampires ... ». M04 VP01	
Thèmes abordés	Choix dépistage prénatal		Choix dépistage diabète gestationnel		Aucun		Choix lieu pour faire dépistage	

iv) Planification des soins

L'infirmière a échangé avec les femmes sur leurs choix et décisions durant les différents moments de la grossesse pour réaliser leur projet de naissance, ce qui s'est avéré être une activité de soins importante. Par la suite, elle s'est assurée que la planification des choix prévus soit prise en compte lors du travail à la maison. Enfin, elle a assuré la continuité des soins auprès de l'équipe médicale à l'hôpital afin que le projet de naissance soit connu et pris en considération. Par le fait même, l'infirmière a joué un rôle de plaidoyer et de défenseur des intérêts auprès des femmes. En postnatal, elle a échangé sur leur projet d'allaitement. Les femmes ont fait part de leurs choix informés dans la cadre de la planification de leur projet de naissance durant les différents moments de la grossesse passés avec l'infirmière. Chacune des femmes a complété et transmis son projet de naissance afin que l'infirmière puisse en prendre connaissance et leur faire des commentaires éventuellement.

L'intensité d'interactions par comportement type avec des extraits de verbatim est présentée au Tableau 41.

Tableau 41 Dimension co-construction - intensité d'interactions par comportement type catégorie de pratique : Planification soins selon certains thèmes

Comportement de l'infirmière	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Échanger	12,94 %	2 ^e	70,49 %	1 ^{er}	0,77 %	4 ^e	15,8 %	3 ^e
Verbatim	« C'est fait, surtout pour essayer, si toi, tu as dans l'objectif, je ne sais pas, si tu as réfléchi à savoir, préfères-tu un accouchement plus naturel ou un accouchement avec les médicaments? Cela c'est déjà un choix, qu'il faut faire ». M10 03		« Puis, toi, tu as le droit de ne pas vouloir en avoir [en parlant des déchirures périnéales]. Tu sais, si tu le sais qu'il y a une alternative pour dire, oui, je le sais qu'il peut avoir des petites lacérations, mais tu sais, si c'est un premier degré versus un deuxième, si tu avais la chance d'avoir un premier, tu dis bien... ». INFK M04 05		Puis aussitôt qu'on voit que ça diminue, va falloir prendre une décision [départ hôpital] par rapport à comment tu te sens ... ». INFK M06 ST		Mais tu en fais déjà beaucoup d'efforts, c'est pour ça, je ne veux pas qu'on se retrouve comme quand tu étais avec ton suivi pour le diabète, puis que tu te sentes coupable <u>parce que tu as donné des biberons des fois</u> ». INFK M10 ST	
Thèmes abordés	Projet de naissance type accouchement		Projet de naissance prévention déchirure		Planification suivi pernatal		Projet allaitement	
Comportement de la femme	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Décider	12,07 %	4 ^e	48,97 %	1 ^{er}	21,04 %	2 ^e	17,92 %	3 ^e
Verbatim	« Je veux l'allaiter puis donner le biberon avec mon lait. C'est ça ». M02 04		« D'accord, j'ai envie d'avoir le moins mal possible [rires] ça c'est sûr, si je peux éviter de souffrir, autant le faire. Je n'ai pas envie d'avoir d'épisiotomie ou ce genre de choses donc ça aussi et après je n'ai pas vraiment de souhaits particuliers. Accoucher dans l'eau ou ce genre de truc, non ce n'est pas forcément... je n'ai pas envie que le papa voit trop le côté accouchement parce que je pense que ça peut être éccœurant ». M06 CP01		« Je désire pendant la Phase active : Une auscultation intermittente en remplacement du monitoring; Je préfère que mon partenaire soit mon porteparole afin de ne pas sortir de ma bulle; Si on nous propose une intervention, expliquer l'intervention et nous laisser du temps pour y penser et décider; Avoir la possibilité de bouger, marcher, essayer différentes positions, Ne pas être reliée à une machine ou intraveineuse ». M04 projet de naissance		« Oui c'est ça, mais moi je réfléchis, je me fous de mon confort ou de mes disponibilités, moi je veux que mon enfant grandisse en bonne santé, je sais que le lait maternel a ses anticorps, je ne veux pas qu'il tombe malade en jeune âge, tu vois ». M10 ST	
Thèmes abordés	Choix allaitement		Choix type accouchement		Choix projet de naissance		Choix allaitement	

v) Promotion de la physiologie et prévention des complications

L'infirmière a échangé avec les femmes sur leurs choix informés et décisions tout en encourageant et renforçant ceux qui favorisaient la promotion de la physiologie et la prévention des complications. Lors du travail et de la naissance, le soutien continu offert aux femmes par l'infirmière a été une des mesures concrètes qui a favorisé la promotion de la physiologie puisqu'elle a discuté avec les femmes afin de faire respecter leurs choix auprès de l'équipe médicale.

Les femmes ont fait part de certains choix informés qui ont favorisé la promotion de la physiologie alors que d'autres ne l'ont pas favorisée. Les femmes ont tenté de maintenir les choix formulés dans leur projet de naissance selon l'évolution de leur travail, ce qui a favorisé certains principes de la naissance physiologique. En outre, elles ont toutes décidé de demander à l'infirmière-partenaire de leur offrir son soutien lors du travail et de l'accouchement alors qu'il s'agissait d'un moment intime de leur vécu et de leur vie de femmes. L'intensité d'interactions par comportement type avec des extraits de verbatim est présentée au Tableau 42.

Tableau 42 Dimension co-construction - intensité d'interactions par comportement type catégorie de pratique : Promotion physiologie selon certains thèmes

Comportement de l'infirmière	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Échanger	5,99 %	4 ^e	37,98 %	2 ^e	46,51 %	1 ^{er}	9,52 %	3 ^e
Verbatim	« Physiologique, ça ne veut pas dire je ne suis pas bornée, puis je refuse tout, mais que j'ai une intention que j'aimerais... un peu, tu m'as déjà dit : « Ma mère a eu quatre naissances, elle les a eues naturellement. Moi, mon corps, j'ai l'impression qu'il est fait pour ça ». Cela fait que toi, dans tes pensées et tes croyances, tu as déjà des éléments qui te dit ha! Bien pourquoi moi j'aurais besoin d'utiliser d'autres choses ». INFK M04 01		« Bien j'en pense qu'on est chanceux [rires] parce que d'habitude la réponse va être beaucoup plus : bien tu t'en viens à l'hôpital! [lors d'une rupture des membranes] Tu pourras peut-être juste lui redemander que tu aies bien compris la prochaine fois ». INFK M02 CP05		« 10h35 Dr. avisé tachycardie par infirmière. Dit qu'elle va venir voir bientôt M04 va discuter avec un autre MD. Voit M04 et discute du protocole de synto. M04 refuse de commencer synto poursuivons le même traitement. Idem dans la note médicale dit que la pte ne veut pas intervenir pour le moment ». M04 N.O		« J'ai dit on pourrait aller sur le côté un petit peu, tu sais une petite fesse comme ça [l'infirmière a dit]: Ah bien là elle poussait mieux sur le dos ». INFK M02 VP01	
Thèmes abordés	Échange favorable physiologie type de naissance		Échange favorable physiologie rupture des membranes		Échange favorable physiologie respect du projet de naissance accélération travail		Échange favorable physiologie respect projet de naissance position	
Comportement de la femme	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Décider	8,86 %	4 ^e	30,67 %	2 ^e	43,74 %	1 ^{er}	16,72 %	3 ^e
Verbatim	« Parce que je ne suis pas très pour une grossesse médicale. Tu sais, c'est correct que j'ai un suivi médical parce que... mais je ne suis pas pour l'épidurale nécessairement. Tu sais, je ne veux pas... ce n'est pas mon premier choix ». M04 01		« Je ne sais pas non plus, mais donc, je lui ai dit non [en parlant du stripping], on va laisser le temps puis elle viendra [le bébé] quand elle aura envie ». M06 04		« 4h55. Arrivé premier contact MEF installé et cessé à 5h20. L'infirmière a noté qu'elle ne désire pas épidurale ». M04 N.O		« Le stripping c'est quelque chose que je me dis, ça m'a forcée à venir à l'hôpital plus tôt, ça m'a donné de fausses idées de contractions, alors qu'au final, ce n'était pas vraiment ça. C'est vraiment ce côté-là que, oui, c'est sûr que [dit qu'elle sera encore plus décider à ne pas le vouloir] ». M06VP01	
Thèmes abordés	Choix type accouchement		Choix refus intervention médicale		Choix refus intervention médicale		Choix acceptation intervention médicale	

vi) Gestion des complications de première ligne

L'infirmière a échangé avec les femmes qui ont présenté une complication de grossesse pour connaître leurs choix informés et décisions en ce qui concerne les interventions médicales proposées dans le cadre du suivi durant les différents moments de la grossesse, de la naissance et du postnatal. Les femmes qui ont présenté une complication de la grossesse avaient toutes décidé de faire les différents examens de routine de laboratoire et radiologie qui leur avaient été proposés dans le cadre du suivi médical de grossesse, ce qui a mené au diagnostic. Par la suite, elles ont accepté d'être suivies pour leur condition de santé selon les lignes directrices médicales en vigueur dans le système de santé. L'intensité d'interactions par comportement type avec des extraits de verbatim est présentée au Tableau 43.

Tableau 43 Dimension co-construction - intensité d'interactions par comportement type catégorie de pratique : Gestion complications 1^{re} ligne selon certains thèmes

Comportement de l'infirmière	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Échanger	0,07 %	3 ^e	40,28 %	2 ^e	59,65 %	1 ^{er}	0 %	0 ^e
	« Quand je te parlais tantôt de la TSH, est-ce que déjà tu étais en terrain, je dirais, propice à savoir, il y a peut-être quelque chose de latent qui se préparait, peut-être que tu as fait... C'est pour ça que tantôt je te demandais à quel moment tu as fait ton bilan général de prise de sang, pour essayer de remonter dans le temps ». INFK M02 01		« C'est pour cela que l'on t'a fait faire le profil biophysique aujourd'hui. Le liquide il y en a, ta pression est belle, toi tu vas bien, tu n'as pas d'œdème... c'est sûr que moi je vais, je vais vous suivre dans votre décision, mais si tu me demandes si cela serait préférable d'aller jusqu'au délai encore dans les normes acceptables, c'est sûr que la réponse est oui. Surtout que ce matin, on avait un médecin qui était favorable à te repousser ». INFK M04 07		« 6h44 appel M10, me dit que le médecin est passé et qu'il a retiré le cervidil et qu'il a rupturé la poche des eaux. Je ne lui demande quelle est la raison que le md lui à donner et me dit qu'il n'a rien dit ne le sait pas ». M10 N.O		Aucune interaction	
Thèmes abordés	Choix dépistage complication thyroïde		Choix induction pour grossesse prolongée		Choix induction diabète gestationnel		Aucun	
Comportement de la femme	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Décider	0,41 %	4 ^e	45,00 %	2 ^e	54,45 %	1 ^{er}	0,15 %	3 ^e
Verbatim	« Ils m'ont appelée pour me dire que là c'était la thyroïde. Qu'il fallait que j'aille me chercher des médicaments...Tu vas rencontrer un spécialiste, il faudra que tu fasses des prises de sang ». M02 01		« Elle m'avait quand même demandé si je voulais un stripping. J'ai dit non. Si elle me laisse 10 jours de répit, c'est correct. Je serais bien quand même. Cela va me laisser le temps de me reposer et de profiter des gens qui sont venus me voir ». M06 04		« J'avais parlé à M04 le matin suite à son suivi à la clinique Gare le 1er mars. Elle m'indiquait que le médecin lui a fait un balayage des membranes puisqu'elle avait son induction de prévue soir le 2 mars pour débiter l'installation du cervidil et débiter l'induction le 3 mars AM ». M04 N.O		Aucune interaction	
Thèmes abordés	Choix dépistage thyroïde		Choix intervention grossesse prolongée		Choix intervention grossesse prolongée		Aucun	

1.12.4.2 Organisation des soins

L'infirmière a échangé avec les femmes sur l'organisation des soins afin de les aider à décider de leur accompagnement concernant l'accessibilité, la continuité, la globalité, la réactivité ou les résultats des soins. Pour ce faire, le recueil du vécu expérientiel des femmes a été réalisé au préalable lors de la dimension collaboration. Par la suite, la dimension de co-construction a permis à l'infirmière d'établir l'organisation des soins selon ce que les femmes souhaitaient recevoir dans le cadre de l'accompagnement. Les femmes ont donc décidé de l'organisation de soins dans le cadre de leur accompagnement avec l'infirmière, ce qui a co-construit l'organisation de soins par rapport à l'accessibilité, la continuité, la globalité, la réactivité ou les résultats des soins. L'intensité d'interactions par comportement type avec des extraits de verbatim est présentée au Tableau 44.

Tableau 44 Dimension co-construction - intensité d'interactions par comportement type composante : Organisation selon certains thèmes

Comportement de l'infirmière	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Échanger	14,35 %	3 ^e	28,92 %	2 ^e	4,51 %	4 ^e	52,22 %	1 ^{er}
Verbatim	« Dans le fond, il faut que tu te dises quand tu vas à la clinique, vu que cela dure 10 minutes, ta visite médicale de grossesse, si tu étais dans un autre type de suivi comme on essaie de développer, tu aurais environ plus ou moins une heure. Là, c'est sûr que c'est plate parce que tu vois le médecin, tu ne sais pas à quelle heure tu vas passer, puis après, tu viens comme me voir ». INFK M06 02		« Puis, par rapport à l'accompagnement, est-ce que c'est quelque chose que tu ressens le besoin toujours que tu sois accompagnée pour... ma présence par rapport à toi, justement, le fait qu'on se rejoigne là-bas et tout cela? ». INFK M06 05		« Oui alors c'est pour ça que verbalement on est capable, quand on vous parle, on voit les changements bien on sait que, si tu me dis j'ai besoin d'y aller parce que je veux vérifier qu'est-ce qui se passe. Tu peux y aller, je ne te dis pas de ne pas y aller c'est tout le temps toi qui décides à quel moment... [départ pour l'hôpital] ». INFK M02 ST		« Ça c'est une très bonne suggestion, merci! C'est vrai parce que j'ai vraiment les images de ça, à quel point que quand on évalue et qu'on ne donne pas beaucoup d'informations sur ce qu'on évalue alors là ça stresse encore plus ...[en parlant du monitoring fœtal] ». INFK M04 VP01	
Thèmes abordés	Globalité besoin prénatal Continuité des soins		Globalité besoin pernatal		Réactivité		Globalité besoin pernatal	
Comportement de la femme	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Décider	18,75 %	3 ^e	12,13 %	2 ^e	15,34 %	4 ^e	53,78 %	1 ^{er}
Verbatim	« Après cela, si j'arrive à intercaler ça [les rencontres avec l'infirmière] au même moment que mes rendez-vous de grossesse avec mon médecin, c'est beaucoup plus pratique pour moi ». M06 02		« ... mon objectif, c'est d'être une personne informée. Je m'en vais dans ce projet-là. Je n'ai pas de formation, aucune expérience... Moi, c'était cela que je venais chercher...c'est-à-dire l'expertise technique de la personne était importante ». M08 07		« J'ai donné des conseils pour les encourager à rester à la maison le plus longtemps possible mais à 4h28 déjà que le conjoint me signifiait qu'il quittait pour l'hôpital ». M04 N.O		« Mais juste quand on est arrivés à l'hôpital, j'étais déjà, je capotais et ça faisais vraiment mal puis quand tu es arrivée ça m'a comme calmée j'ai trouvé! ». M04 VP01	
Thèmes abordés	Choix moment rencontre accessibilité et continuité		Choix d'être accompagné globalité besoin prénatal		Choix modalités soutien continu : téléphonique versus hôpital		Choix modalités soutien continu et résultats soins	

1.12.4.3 Valeurs

La dimension co-construction du partenariat infirmière-femme s'est fondée sur une valeur de liberté des choix de la femme, ce qui a guidé le comportement type « échanger » de l'infirmière. De son côté, l'infirmière a échangé avec les femmes sur leurs choix informés et décisions quant aux options de soins et sur les interventions médicales, et ce, sans porter de jugement, ce qui démontre qu'elle a adhéré à la valeur de liberté des choix par son comportement type. L'infirmière leur a expliqué l'importance qu'elles soient en mesure de faire des choix et de prendre des décisions par elles-mêmes :

« Puis que tu sois confortable avec les choix que tu vas avoir fait à ce moment-là, parce que ce n'est pas les choix du médecin, ce n'est pas mon choix de moi ou des infirmières. Il faut vraiment que ça vienne de toi puis [prénom du conjoint] ». INFK M04 03

L'infirmière a discuté aussi avec les femmes en postnatal en faisant un retour sur le processus de décision et sur ce qui influençait ces dernières quant aux interventions médicales au moment du travail et de la naissance :

« C'est un peu ça que j'explore avec vous, je ne l'ai pas moi non plus la réponse, mais ce que je peux vous dire c'est que ça se passe toujours un peu dans cette espèce de tourbillon puis ce qu'on nous dit ce ne sont pas de vrais consentements éclairés ». INFK M04 VP01

Au moment du travail et de la naissance, l'infirmière a parlé avec les femmes et l'équipe médicale afin que les femmes puissent faire valoir leur droit à consentir aux soins. L'infirmière désirait que les femmes puissent être libres de choisir ce qui avait été inscrit dans leur projet de naissance, ce qui s'est avéré difficile dans la majorité des situations, comme cela est illustré dans l'exemple suivant :

« Au moment de la poussée, l'infirmière met M06 sur le dos. Je dois insister pour la mettre à 4 pattes et l'infirmière veut faire première poussée sur le dos, mais par la suite il m'a été impossible de remettre M06 dans une autre position. Selon infirmière BB

descend bien. Cœur fœtal du BB décélérations en bas de 100 donc met M06 sur le côté gauche ». M06 N.O

Les femmes ont réalisé leur projet de naissance avec le soutien de l'infirmière, ce qui souligne la valeur de la liberté des choix dans leur prise de décision. Elles ont formulé leurs choix informés concernant l'approche de l'accouchement et le recours aux méthodes non pharmacologiques, comme illustré dans les exemples suivants : « [...] désire par tous les moyens d'accoucher par voie vaginale. L'utilisation de la péridurale sera comme dernier recours et sur ma demande [pour M06 dans son projet de naissance] ». ainsi que sur la durée de l'allaitement maternel : « Voilà, donc j'allaiterai le temps qu'on allaite d'habitude, mais il est hors de question que j'allaiter un enfant d'un an, ça, c'est inimaginable! ». M08 CP03

Les femmes ont été encouragées à présenter leur projet de naissance à leur médecin, ce qui a témoigné de la valeur de la liberté des choix afin qu'elles puissent décider, comme le raconte une des femmes :

« Elle a dit parfait. Puis là, on lui a dit l'auscultation intermittente. Elle dit oui. Ça n'arrivera pas. Les infirmières, tu sais, elles vont vous laisser partir, revenir, marcher puis... Elle dit c'est comme une auscultation intermittente, mais de 20 minutes, tu sais. Ça fait qu'en tout cas, ce n'est pas grave...mais, ça on le savait ». M04 05

Elles ont été encouragées à le présenter également à l'équipe médicale lors de l'admission à l'hôpital pour la période du travail et de la naissance.

1.12.4.4 Philosophie

L'infirmière a échangé avec les femmes sur leurs choix informés et décisions dans l'optique de connaître leur attitude à propos de la grossesse, de la naissance et du postnatal, et ce, dans le but de tenter de normaliser le processus pour renforcer la capacité des femmes, ce qui laisse transparaître la philosophie de cette démarche. Les femmes ont semblé avoir une attitude qui évoluait un peu plus positivement à l'égard de la grossesse, de la naissance et du postnatal en tant que processus physiologique normal, au cours de leur accompagnement et à la suite de certaines

décisions qu'elles ont prises lors de la réalisation de leur projet de naissance. L'intensité d'interactions par comportement type avec des extraits de verbatim est présentée au Tableau 45.

Tableau 45 Dimension co-construction - intensité d'interactions par comportement type composante : Philosophie selon certains thèmes

Comportement de l'infirmière	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Échanger	43,64 %	1 ^{er}	40,7 %	2 ^e	3,71 %	4 ^e	11,95 %	3 ^e
Verbatim	« Je te donne, en fait, toutes les options. Il n'y a pas de meilleure méthode, non plus... c'est comme un choix qu'on a à faire, dans le sens qu'on sait qu'il y a toute la possibilité, mais c'est toi, après, une fois que tu as eu l'information ». INFK M10 03		« Donc les avantages [décollement membrane], c'est comme un peu une pile ou face, puis on fait cela à partir de 37 semaines, 38, pour prévenir une grossesse prolongée. Oui, mais si je pars du principe qu'il y en a 6 % seulement [grossesse de plus de 42 semaines], puis cela va être une erreur de date... ». M02 05		« Arrivée de la sage-femme je ne me rappelle plus à quelle heure explique de façon discrète n'a pas la même philosophie que l'infirmière de l'hôpital. M10 dit que ça pousse de plus en plus SF examine et elle est complète ». M10 N.0		« Avez-vous senti que des fois, veut pas on essaie de rester le plus discrète possible, mais certain que quand on fait ce travail d'accompagnement puis on sait que bon il y a des choses dans le milieu qui va déroger de ce qu'on souhaite ». INFK M04 VP01	
Thèmes abordés	Connaître attitude naissance Choix approche		Connaître attitude naissance Choix intervention		Connaître attitude naissance Choix accepte étudiante SF		Connaître attitude naissance Choix respecté	
Comportement de la femme	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Décider	31,44 %	2 ^e	34,35 %	1 ^{er}	19,56 %	4 ^e	14,66 %	3 ^e
Verbatim	« Puis je me disais on va faire ça ensemble, mon objectif c'est d'essayer d'avoir une approche moins mélodramatique que celle que j'ai dans la tête, n'importe quelle façon que je peux faire ça pour m'aider... même si à la fin je n'ai pas trop mal puis à prendre l'épidurale je ne considérerai pas ça comme un échec, mais sincèrement je veux juste essayer de désenfler ça par rapport à la grosse bibitte que c'est en train de prendre dans ma tête là ». M08 04		« Mais, tu sais, cela ne m'intéresserait pas de... Tu sais, des affaires de couper le cordon là [rires] puis tout cela, tu sais, on dirait que je ne veux pas le voir. Tu sais, ce cordon-là, tu sais, il y a des affaires que je fais des cauchemars aussi, j'ai fait des cauchemars, les nuits d'avant ». M02 05		« D'un point de vue général : Je voudrais privilégier le travail naturel. Recevoir l'aide nécessaire pour éviter l'épisiotomie. Recevoir toutes les explications et les implications pour moi et mon bébé avant chaque intervention, changement de posologie, examens... Que le père soit impliqué dans toutes les décisions et pouvoir prendre l'avis de mon accompagnante ». M06 projet de naissance		« Oui moi aussi je voulais te parler parce que je m'inquiétais sur la production de lait et là je veux diminuer les biberons, je veux qu'il prenne plus de mon lait que le lait commercial ». M10 ST	
Thèmes abordés	Choix approche accouchement Attitude négative		Choix clampage du cordon Attitude négative		Choix projet de naissance Attitude positive		Choix allaitement Attitude négative	

1.12.4.5 Fournisseurs de soins

L'infirmière a échangé avec les femmes au sujet des fournisseurs de soins en lien avec la présentation et la réalisation ainsi que de leur projet de naissance et son application au moment du jour J par l'équipe médicale. Cet échange permettait de révéler l'appréciation qu'avaient les femmes des compétences cliniques et interpersonnelles en matière du processus de choix informés. Ces dernières ont fait part de la réalisation de leurs choix informés en lien avec les fournisseurs de soins. Elles ont reçu un formulaire standardisé pour compléter leur projet de naissance lors de leur premier rendez-vous médical. Par la suite, elles ont échangé avec l'infirmière sur l'expérience qu'elles ont eue avec leur médecin lorsqu'elles ont présenté leur projet de naissance. Les femmes ont remis leur projet de naissance à l'infirmière de l'hôpital lors de leur admission. Or, aucune discussion formelle n'a été eu lieu entre les femmes et l'équipe médicale à l'hôpital concernant leur projet de naissance. L'équipe médicale a mentionné qu'elle en prendrait connaissance et le mettrait dans le dossier. Certains projets de naissance ont été trouvés dans le dossier clinique des femmes. Les fournisseurs de soins ont posé tout de même des questions sur l'acceptation ou le refus des interventions médicales, mais il a été difficile pour les femmes de décider au moment voulu. L'intensité d'interactions par comportement type avec des extraits de verbatim est présentée au Tableau 46.

Tableau 46 Dimension co-construction - intensité d'interactions par comportement type
composante : Fournisseurs de soins selon certains thèmes

Comportement de l'infirmière	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Échanger	2,34 %	4 ^e	26,13 %	2 ^e	54,04 %	1 ^{er}	17,49 %	3 ^e
Verbatim	« Qu'à la fin, généralement, après les 2 premiers cours, tu vas avoir pu commencer à le rédiger [projet de naissance], on va le présenter au médecin aussi ». INFK M10 03		« Bien c'est parce que si tu veux que je le regarde avant que tu le montres au médecin, d'habitude c'est ce que l'on fait ». INFK M02 CP03		« 8h20 Monitoring pour 20 minutes, je lui demande si elle peut faire sur ballon. L'infirmière me répond que ça va être plus long sur le ballon si elle ne capte pas bien le cœur. Je lui dis OK que ce n'est pas grave. M10 est aussi d'accord pour faire sur le ballon, car dans le lit c'est beaucoup trop inconfortable. CF142 ». M10 N.O		« Je trouve ça important parce que moi, les attitudes et comportements du personnel, je les ai notés alors je trouve ça bien ...que tu me donnes ce que tu as observé ». INFK M04 VP01	
Thèmes abordés	Présentation projet de naissance au médecin		Présentation projet de naissance au médecin		Non-Respect du projet de naissance infirmière hôpital		Appréciation compétence	
Comportement de la femme	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Décider	21,27 %	3 ^e	30,22 %	2 ^e	31,02 %	1 ^{er}	17,49 %	4 ^e
Verbatim	« ... même quand je suis partie, la première fois à la clinique, ils m'ont donné une feuille, ils me disent : « Vous devez rédiger votre plan de naissance ». M10 03		« Elle m'a dit quelque chose du genre que je suis pas mal ouvert à tout. Ce n'était pas clair. Moi, j'ai compris parce qu'on a eu 2 cours ensemble, puis tu sais, tu m'as parlé du gynécologue qui arrive, et ils veulent que tu te positionnes sur la table d'une telle manière et elle, comment elle m'a parlé, j'ai compris qu'elle avait une ouverture sur les différentes positions de l'accouchement. C'est ce que j'ai interprété ». M02 06		« Discussion avec la docteure en allant au poste de l'unité de soins.... Elle me demande ce que la patiente veut comme accouchement naturel. Je lui dis les points importants comme la rupture des membranes. Je lui mentionne qu'elle préfère que non ». M06 N.O		« Mmhh pas grand-chose parce que j'étais en découverte aussi tu sais au deuxième accouchement je pourrais peut-être me dire ça peut-être pas, mais au premier, je me suis trouvée vraiment ... je me trouvais un peu démunie parce que quand le médecin ou l'infirmière me posait une question, je ne savais jamais quoi répondre ». M02 VP01	
Thèmes abordés	Remise formulaire plan de naissance		Présentation projet de naissance au médecin		Présentation projet de naissance au médecin		Application projet de naissance avec fournisseurs	

En somme, la synthèse de la dimension co-construction du partenariat infirmière-femme a démontré qu'il s'agit de celle qui a co-construit le plus la catégorie de pratique éducation aux 1^{er}-2^e trimestres, au 3^e trimestre et en postnatal et la catégorie de pratique promotion de la physiologie lors de la naissance. En ce qui concerne la catégorie pratique éducation et promotion de la physiologie, les résultats ont montré que l'infirmière et les femmes ont eu leurs comportements types en synchronicité. Or, nos résultats ont aussi permis de comparer la dimension co-construction avec les autres dimensions de partenariat relationnel – engagement et leur comportement type

associé. Les résultats ont montré qu'il s'agit du comportement type qui s'est manifesté au deuxième rang lors de la naissance et au troisième rang au 3^e trimestre et en postnatal pour l'infirmière et les femmes. De plus, les résultats ont montré que le comportement type des femmes s'est manifesté au dernier rang aux 1^{er}-2^e trimestres. Le fait que les comportements types de l'infirmière et des femmes se soient manifestés au deuxième rang lors de la naissance démontre l'importance de la présence de l'infirmière auprès des femmes à ce moment précis du continuum de soins pour les soutenir dans leurs choix. De plus, le comportement type des femmes s'est moins manifesté durant la grossesse, ce qui peut laisser transparaître qu'elles étaient peu habilitées sur le processus de choix informés.

Pour conclure, les résultats de la première question de recherche ont permis d'exposer l'intensité du partenariat relationnel – engagement par un classement du comportement type de l'infirmière et du comportement type des femmes par période du continuum de soins au contexte de la périnatalité. Ainsi, les quatre dimensions et leurs comportements types associés au modèle patient-partenaire de Pomey et al. (2015) ont été revisités. Enfin, les résultats ont laissé émerger des sous-thèmes sous forme d'une typologie associée aux comportements types de l'infirmière et des femmes pour co-construire au niveau des soins directs afin d'améliorer la prestation et l'organisation des soins à la suite du croisement avec les thèmes correspondant aux composantes d'un modèle de soins.

1.13 Résultats relatifs à la deuxième question de recherche

Cette seconde section sur les résultats répond à la deuxième question de recherche, soit : comment les facteurs influençant l'engagement – femmes, fournisseurs de soins, organisation société agissent-ils sur le partenariat relationnel entre l'infirmière et la femme et sur la co-construction des composantes du modèle de soins? Les résultats ont démontré les caractéristiques propres à chacun des facteurs ayant influencé le partenariat relationnel – engagement entre la femme et l'infirmière lors de la co-construction du modèle de soins.

1.13.1 Les femmes

Les caractéristiques sociodémographiques des femmes participant au présent projet sont présentées au Tableau 47.

Tableau 47 Facteur femmes : données sociodémographiques

Données	M02	M04	M06	M08	M10
Âge	32 ans	32 ans	32 ans	34 ans	30 ans
Lieu de naissance	Québec	Québec	France	Algérie	Algérie
Parité	Primipare	Primipare	Primipare	Primipare	Primipare
État civil	Mariée	Conjoint fait	Conjoint fait	Conjoint fait	Mariée
Scolarité	Universitaire	Universitaire	Universitaire	Universitaire	Universitaire
Occupation actuelle	Fonctionnaire	Entraîneuse	Acheteuse	Avocate	Téléphoniste
Langue maternelle mère	Français	Français	Français	Français	Arabe
Langue usage maison	Français	Français	Français	Français	Français
Âge partenaire	29 ans	32 ans	35 ans	36 ans-	33 ans

De plus, les résultats ont dévoilé six types de savoirs expérientiels qui se traduisent par le vécu de ces femmes. Il s'agit de savoirs liés au vécu :

- i) physique : représenté par les antécédents obstétricaux, familiaux et personnels, le profil biophysique, les habitudes de vie;

- ii) social : constitué de l'éducation, du statut socio-économique, du logement, de l'emploi, des croyances et représentations sociales, des activités de la vie quotidienne, de la relation de couple et du réseau et soutien social;
- iii) émotionnel ou psychologique : constitué de l'autogestion, c'est-à-dire l'adaptation à la situation et aux émotions vécues;
- iv) cognitif : constitué du niveau de littératie, de l'expérience antérieure, des connaissances, des signes de compréhension, du comportement lié à l'usage des technologies de l'information et communication et des choix informés;
- v) avec le nouveau-né : a été représenté par l'autogestion et les émotions vécues en lien avec celui-ci aussi bien durant la période intra-utérine qu'après la naissance; et,
- vi) de l'expérience des soins prénatals, pernatals et postnatals qui ont influencé leur capacité à s'engager : divers attributs tels que l'accessibilité, la continuité, la globalité, la réactivité ou les résultats des soins qui ont pu être appréciés ou évalués par les femmes dans leur récit quant à leur expérience de soins dans le système de santé.

Les caractéristiques individuelles des femmes participantes émanant de leurs savoirs expérientiels liés au vécu de leur grossesse, la naissance et le postnatal varient selon leur situation personnelle, ce qui a pu favoriser ou limiter leur engagement dans le partenariat relationnel. Elles sont présentées au Tableau 48.

Tableau 48 Facteurs femmes : pourcentage par savoirs expérientiels liés au vécu selon chacune des femmes participantes

Savoirs expérientiels	M02	M04	M06	M08	M10
Vécu cognitif	16,12 %	18,64 %	16,56 %	19,93 %	14,35 %
Vécu psychologique	25,18 %	22,89 %	29,62 %	30,07 %	27,51 %
Vécu social	25,96 %	28,02 %	16,47 %	21,39 %	20,39 %
Vécu physique	12,88 %	9,09 %	17,67 %	14,03 %	21,54 %
Vécu nouveau-né	2,56 %	4,12 %	3,1 %	3,95 %	2,57 %
Vécu expérience soins prénatals	13,11 %	12,67 %	13,54 %	8,04 %	8,41 %
Vécu expérience soins pernatals	4,05 %	4,51 %	3,03 %	2,57 %	4,66 %
Vécu expérience soins postnatals	0,14 %	0,06 %	0,02 %	0,03 %	0,57 %

Les six types de savoirs expérientiels sont illustrés avec des extraits de citations dans une perspective longitudinale selon le continuum de au Tableau 49 ci-dessous.

Tableau 49 Intensité d'interactions par savoirs expérientiels des femmes selon certains thèmes

Savoirs expérientiels	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Vécu cognitif	38,09 %	2 ^e	49,46 %	1 ^{er}	2,56 %	4 ^e	9,89 %	3 ^e
Verbatim	« Non parce que je ne connais pas, en fait oui je connais un peu c'est-à-dire j'ai des amies qui m'ont dit qu'il y en a qui pense que c'est la meilleure invention après le pain tranché [césarienne] parce que tu ne souffres pas apparemment ou du moins beaucoup moins parce que cela a moins d'impact sur tes organes génitaux parce qu'il n'y a rien qui sort par-là... ». M08 01		« Parce que c'est vraiment genre cela commence, puis cela commence, tu sais, ce n'est pas graduel, ton corps qui décide puis tout le cycle d'hormone, puis tout cela. Cela fait que, tu sais, j'ai l'impression que si tu me mets du Pitocin, bien là, tu sais, la cascade d'intervention est pas mal plus à risque en tout cela que... que si tu n'en as pas. Cela ne me tente tellement pas ». M04 06		« Plan de naissance À la naissance : Je voudrais faire le peau à peau en attendant la fin du retour veineux avant que le père coupe de cordon. Attendre la 1re tétée avant de faire les soins. Attendre l'expulsion naturelle du placenta ». M06 Projet de naissance		« Tu sais, et là ça n'avance pas ...tu sais ça faisait je ne sais plus combien d'heures que j'étais 7 cm , j'étais à 7 cm et puis là ok à 7 cm c'est supposé être la <u>partie difficile</u> , je me suis dit ok c'est bon je <u>vais continuer c'est la partie difficile</u> et là 3 heures plus tard tu es encore à 7cm! ». M04 VP01	
Thèmes abordés	Connaissance et expérience antérieure		Connaissance		Choix informés		Connaissance et choix informés	
Vécu psycho	33,2 %	1 ^{er}	32,85 %	2 ^e	3,14 %	4 ^e	30,81 %	3 ^e
Verbatim	« Et là, j'ai très, très peur de développer [le diabète de grossesse] parce que je suis nature très sucré. Et là, même ce matin, j'ai triché, j'ai mangé une tartine de galette avec du beurre et de la confiture. Je ne sais pas, parce qu'en fait, ma tante paternelle a fait ses 2 grossesses avec le diabète de grossesse et c'est resté après l'accouchement ». M10 01		« Bien, c'était un peu stressant. Je ne voulais pas qu'il arrive quoi ou que... Tu sais la petite, elle bouge là. Je la sens. C'est pour ça que je n'avais pas peur que... ». M04 04		« Ça va bien parce qu'il y a comme un rythme. Tantôt, on était un peu découragés ». M02 ST		« Oui - très bien - les techniques que tu nous as apprises marchent très bien - ma seule inquiétude c'est que sa dernière selle était à 16 :45 ». [5:48 PM] M08TIC	
Thèmes abordés	Émotions peur et culpabilité		Émotions inquiétude dépistage		Émotions durant travail		Émotions inquiétude	
Vécu social	41,98 %	2 ^e	46,36 %	1 ^{er}	0,51 %	4 ^e	11,15 %	3 ^e
Verbatim	« Parce qu'on ne m'avait pas prévenue plus que cela puis...puis je ne voulais pas trop en parler autour de moi parce que c'était vraiment au début de ma grossesse donc...Ce n'est pas forcément évident d'en parler parce qu'on se dit les gens ils vont faire ah, trop bien, alors que s'il se passe quelque chose bien...ce n'est pas évident ». M06 01		« C'est ce qu'elle m'a dit, la copine dont l'accouchement s'est passé plus ou moins bien, c'est qu'elle me dit : sois sûr d'avoir bien discuté avec ton chum de ce que tu veux et de ce que tu ne veux pas parce que c'est possible, et c'est son cas, c'est possible que tu doives complètement déléguer la prise de décision. Puis, on a beaucoup de choses en commun, on a à peu près la même personnalité, elle est avocate aussi... ». M08 06		« Oui, il a fini, il ne travaille plus Bien aujourd'hui et demain il est en congé, ses journées de congé et puis vendredi il était sur la paternité. Il ne rentre plus à la job jusqu'au 23 mars ». M04 ST		« Bien j'ai fait 37,7-37,8, mais comme ma belle-mère m'a dit c'est le lait qui te donne la fièvre ». M10 ST	

Vécu physique	58,43%	1 ^{er}	30,33 %	2 ^e	3,99 %	4 ^e	7,25 %	3 ^e
Verbatim	« C'est dur, parce que quand je suis parti en arrêt de travail, je me suis dit je vais me reposer et puis je vais revenir en forme. Le premier trimestre va être fini, tu sais, c'était cette idée-là que j'avais. Et puis, avec les deux gripes, l'infection urinaire, il ne s'est rien passé à part que je n'ai plus de chute de pression comme quand j'étais au travail ». M02 01		« Oui, puis le reste, on mange, on ne mange vraiment rien là, je veux dire, on fait fruits, légumes, viandes puis produit laitier là, tu sais. On fait le tour de l'épicerie, on ne fait pas le milieu là ». M04 03		« Elle est là. Comme une bonne crampe menstruelle qui irradie dans le bas du dos là... Elle ne t'empêche pas de parler encore ». M02 ST « Oui M04 commence à la trouver un peu moins drôle et au niveau mobilité pour ce qui est de descendre dans l'auto, se déplacer, etc ». P04 ST		« Oui, les débuts, oui. C'était très, très compliqué et je m'étais rendue vraiment au point où j'avais mal, mais très mal, quoi! À pleurer quand elle venait prendre le sein ». M06 VP01	
Thèmes abordés	Profil biophysique : maux courants		Habitudes de vie		Profil biophysique : vécu des contractions		Profil biophysique : Allaitement maternel	
Vécu nouveau-né	40,17 %	1 ^{er}	31,07 %	2 ^e	0%	0 ^e	28,75 %	3 ^e
Verbatim	« Tu as su le...? ». INFK M04 01 « Oui, c'est une petite fille. Gabriel est full content. Moi, ça me... Je suis full contente, mais un petit gars aura été...content aussi ». M04 01 « As-tu déjà son nom? ». INFK M04 01 « On a des listes, mais on ne dit pas de nom. On a décidé que ça va être une surprise ». M04 01 « Haaaa! ! ! ». INFK M04 01		« Tu sais, je suis en meeting et j'essaie de me concentrer. Puis, des fois, je le sens parce que cela se voit quand il donne des coups. Puis, des fois, je dis : My God, j'espère que personne n'a remarqué, parce que ce n'est vraiment pas sérieux pendant que tu étais en train de parler, tu sais ». M08 06		Aucune interaction		« Bonsoir INFK M10 TIC, je voulais te donner des nouvelles de mon fils par rapport à sa visite chez son pédiatre, tout va bien il a 38 cm tour de tête, il a pesé 4,71 kg, sinon j'ai parlé de son oreille elle a dit que c'est pas inquiétant, mais j'ai insisté alors on va m'appeler pour un test auditif, voilà c'est tout ». [8:56 PM] M10 TIC	
Vécu expérience de soins	40,41%	1 ^{er}	30,99%	2 ^e	2,58%	4 ^e	26,01%	3 ^e
Verbatim	« Donc, quand j'ai vu le docteur, il m'a demandé qu'est-ce que j'avais. Donc, je lui ai expliqué, j'ai explosé en larmes. Puis, en fait, il ne m'a pas rassurée dans la mesure où j'ai l'impression qu'il me rassurait plus parce que j'étais dans l'état dans lequel j'étais, plutôt que de me donner de choses factuelles. C'est-à-dire qu'il ne m'a pas trop expliqué, il m'a plus dit : « Ne vous inquiétez pas, votre bébé n'a rien. C'est juste qu'on ne veut pas prendre de chance et vous vérifier ». M06 02		« Dr - nom du médecin - m'a dit : « Oui, c'est un gros bébé avec une grosse bedaine, », mais elle m'a fait le toucher, elle m'a dit : « Tu as le col fermé ». Elle m'a dit qu'elle retravaille à la clinique GARE le 28 juillet, donc j'ai pris un rendez-vous pour la voir à 7h30 du matin pour la voir et là, elle va me donner la date pour une induction ». M10 04		« Oui puis, peut-être que s'ils ne m'avaient pas stressée, peut-être que j'aurais pu continuer à prendre mes contractions comme je les prenais en essayant de relaxer ». M02 VP02		« Nous sommes partis exactement à 36 heures comme le matin, ils sont passés, ils m'ont tout regardée et ils étaient comme oui c'est bon, toi tu peux avoir ton congé à 10 heures. Ils attendaient juste le pédiatre, le pédiatre a fait sa tournée le matin finalement alors on a eu le congé ; quand vous voulez sortir bien vous partez ». M04 ST	
Thèmes abordés	Croyances		Niveau éducation et emploi		Soutien conjoint		Croyances et réseau de soutien social	

1.13.2 L'organisation

L'organisation, second facteur influençant l'engagement dans la relation de partenariat infirmière-femme, est un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) qui était le contexte organisationnel dans lequel se déroulait l'accompagnement offert par l'infirmière porteuse du projet de recherche. L'organisation est composée des établissements suivants : clinique médicale, hôpital, CLSC, bureau de consultation de l'infirmière du projet de recherche; elle a des caractéristiques qui ont influencé le partenariat relationnel. Les données collectées proviennent de certains documents organisationnels, des entretiens en série réalisés avec les femmes participantes et des notes terrain consignées pour faire suite à la participation observante.

La culture institutionnelle a semblé ouverte et réceptive du point de vue des femmes puisqu'elles ont fait leur choix du lieu de naissance selon la réputation positive de l'hôpital qui circule dans la communauté. La taille de l'organisation et le nombre de naissances en font « *l'un des plus importants centres accoucheurs au Québec avec 10 000 naissances par année par le regroupement de 3 unités des naissances 4 CLSC et 1 maison des naissances* » D.O. La mission et la philosophie de l'organisation ont démontré sa volonté d'être centrée sur la famille : « *Nos équipes travaillent en multidisciplinarité pour offrir un service de haute qualité, dans le respect des meilleures pratiques tout en plaçant la famille au cœur des soins* » D.O et « *une philosophie de soins centrée sur les besoins de la famille et du nouveau-né* » D.O.

Les politiques et les pratiques organisationnelles qui ont influencé positivement la participation des femmes aux soins directs ont été : i) la remise d'un formulaire pour compléter le projet de naissance et d'allaitement maternel; ii) la visite prénatale de l'unité familiale des naissances guidée par une infirmière de l'hôpital; iii) l'aménagement de l'unité familiale des naissances propose un concept TARP – travail, accouchement, récupération, postnatal, qui permet à la femme, au nouveau-né et au partenaire de cohabiter 24 heures sur 24 et de demeurer dans la même chambre individuelle durant tout le séjour; iv) la politique hospitalière qui permet une présence vingt-quatre heures sur vingt-quatre aux familles; et, v) les consultations médicales pour la femme et le nouveau-né qui ont eu lieu dans les chambres. En outre, des programmes basés sur des données scientifiques étaient

en vigueur sur l'unité des naissances tels que la prévention des bébés secoués, le programme d'obstétrique national de *l'Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux* (AMPRO) qui favorise la sécurité des patientes et la qualité des soins, l'initiative *Ami des bébés* (IAB) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour soutenir l'allaitement. Enfin, l'organisation souscrivait au programme d'agrément Canada (Qmentum) dont une des normes est d'encourager les femmes à être des partenaires actives dans la réalisation des objectifs d'amélioration continue de l'établissement.

Les politiques et les pratiques organisationnelles qui n'ont pas influencé positivement la participation des femmes aux soins directs ont été : i) l'aménagement des lieux de la clinique médicale; ii) l'absence du dossier électronique auquel les femmes peuvent accéder; iii) le manque de continuité des soins dans le modèle de soins médical; et, iv) le modèle de soins infirmier. Bien que l'organisation appuie le programme l'initiative *Ami des bébés* (IAB) de l'OMS pour soutenir l'allaitement avec une politique institutionnelle, l'hôpital n'a pas encore satisfait les 10 conditions pour obtenir la certification.

Le Tableau 50 ci-dessous illustre les différentes caractéristiques du facteur organisation influençant l'engagement dans la relation de partenariat infirmière-femme. L'accompagnement des femmes par l'infirmière a été offert dans ce contexte organisationnel.

Tableau 50 Caractéristiques du facteur Organisation

Caractéristiques abordées	Verbatim
Culture organisationnelle	« C'est rassurant aussi d'avoir quelqu'un qui t'accompagne et qui connaît le milieu comme, mettons-toi tu connaissais l'hôpital, leur protocole, leur dynamique parce que c'est vrai que mettons je suis à Sherbrooke et je décide de le faire à l'hôpital, on ne connaît pas le milieu, on ne sait pas c'est quoi là-bas. Est-ce que c'est un hôpital qui font plein de césariennes, où il y a des chambres privées ou semi-privées, c'est quoi le monitoring, est-ce que tu entres par l'urgence ... en tout cas ». M02 VP02
Philosophie	« Les gens, je ne sais pas si tu as regardé un petit peu les commentaires par rapport à cet hôpital-là, mais vu que toi, je veux dire c'est comme ta 1re expérience avec le système de santé, donc c'est un hôpital quand même qui est moins interventionniste, comparativement à d'autres hôpitaux. Ils essaient de respecter les choix des personnes. Donc, ils ont quand même fait beaucoup d'efforts, ils ont toujours eu une philosophie un peu comme cela ». INFK M10 01 « Non, j'ai eu de bons commentaires sur l'hôpital. Je suis rentrée dans un blogue avec plein de commentaires de femmes ». M10 01

Taille de l'hôpital et nombre des naissances	« Bien pour ta question, tu sais un hôpital, il y a 4000 naissances par année, 120 infirmières à peu près, ce n'est quand même pas une maison des naissances. C'est une institution donc la façon donc ils font ça c'est avec des protocoles, des marches à suivre et différentes façons de faire ». INFK M08 CP01
Continuité des soins modèle de soins médical	« Et donc... bien là-bas c'est un centre qui est assez récent donc... cela fait très... avec une grande salle d'attente, une grande réception machin. Et c'est un peu bizarre. Puis en fait on attend tous, puis on se fait appeler soit au côté gauche, soit au côté droit puis on arrive là-bas. Donc en fait, moi je me suis fait appeler deux fois. La première fois tu te rends dans une salle puis tu as une infirmière qui fait juste ta tension, qui te prend ton poids, qui te pose des questions de base... qui demande ton dernier jour de [menstruation]... ». M06 01 « Oui, ils sont trois dans cette clinique à faire des accouchements à l'hôpital ». M02 04 « Donc, ce n'est pas ce docteur-là nécessairement qui va être présente à l'accouchement, parce que dans le fond, à l'accouchement, ils font comme une garde de 24h, puis tout le monde fait la garde, donc, si elle est sur sa garde lundi, il va avoir un collègue qui est de garde le mardi ». INFK M10 01
Continuité des soins modèle de soins infirmière	« Puis moi j'ai été aussi très surprise de, puis ce n'est pas une critique là, mais j'ai été très surprise de la quantité d'infirmières différentes qu'on a eues... Il a écrit tous les noms. Je pense qu'on était rendu à 10, c'est beaucoup. Ça n'a pas de bon sens. Je dis ça n'a pas de bon sens... C'est sûr que je ne m'attendais pas que ce soit la même infirmière pendant 3 jours ». M08 VP01 « Pas facile d'avoir un soutien continu avec tous les changements d'infirmières et tous les types d'infirmières ». [6:03] M02TIC
Aménagement lieux clinique	« Ou dans une clinique de chirurgie esthétique là. C'est... Tout est aseptisé, tout est stérile, tu ne sens pas du tout que tu es dans un centre de maternité quand tu rentres là. Et puis moi, je suis arrivée, il n'y avait même plus de place pour s'asseoir dans la salle d'attente, cette journée-là. Ça a pris deux heures avant qu'elle me rencontre. Il y avait du retard. Il y a une toilette. Même pas de place pour allaiter ou pour changer la couche de ton bébé dans la salle ». M02 01
Remise formulaire plan de naissance	« Oui, c'est cela, parce que cela parle sur... même quand je suis partie, la première fois à la clinique, ils m'ont donné une feuille, ils me disent : « Vous devez rédiger votre plan de naissance ». M10 03
Visite hôpital	« Et puis aussi, on a fait la visite de l'hôpital dimanche et c'était bien, moi j'étais ravie! ... J'étais ravie, j'avais vraiment des attentes vraiment minimalistes, l'infirmière qui nous a fait faire le tour était adorable, super volontaire, elle nous a donné beaucoup de temps, elle a répondu à toutes nos questions, même les plus incongrues ». M08 CP02
Aménagement unité de soins	« C'est tout petit, je m'attendais à ce que ce soit comme une usine avec plein de chambres. C'est privé aussi, j'étais ravie, il y a un bain dans la chambre alors ça rentrait avec ce que je voulais faire sur mon plan de naissance puis en plus, ils ont expliqué qu'ils sont assez flexibles par rapport à comment on veut accoucher et puis la seule chose c'est qu'ils ne veulent pas qu'on accouche à l'extérieur du lit... ». M08 CP02 « Ils me disent : « Oui, même les bains, c'est le seul hôpital qui offre les bains ». M10 VP01
Politique hospitalière présence famille 24 h/24	« La seule chose qui m'a fait de la peine c'est que j'ai vu sur quoi mon conjoint allait dormir [rires] c'était terrible!». M08 CP02
Pratique organisationnelle : Protocole	« J'ai dit : moi, ma position est qu'à moins d'une contre-indication médicale qui mettrait le bébé ou moi en danger, j'attendrais toute ma vie là. Je ne suis pas stressée. Je ne tiens pas à ce qu'il sorte une date donnée. Elle m'a dit : « OK. Alors, si c'est le cas, à l'hôpital, ils ont pour politique de ne faire aucune induction médicale avant 41,4 ». Si la patiente est d'accord, évidemment. Mais même si la patiente, elle veut, elles n'en font pas avant ». M08 07
Programme AMPRO	« C'est cela là... je pourrais te donner la donnée qu'on a dans AMPRO, qui est une approche où ce qu'on forme tous les hôpitaux avec cela, parce que les inductions, c'était quelque chose sur lequel on doit faire absolument faire des efforts, parce qu'il y a en a trop [silence], beaucoup trop, et les exemples que je te donne, et bien, c'est des exemples qui sont non médicalement justifiés, tu fais : « Eh bien, mon médecin est là, ce jour-là, donc on va la partir l'induction ». INFK M10 02
Programme IAB	« Je ne te parlerai pas de l'allaitement de 2-4-6 mois, mais vraiment sur le début. Aussi pourquoi on fait le cours? C'est que je dois te dire que quand tu vas être à l'hôpital, étant donné qu'ils ne sont pas encore accrédités hôpital ami des bébés, bien tu vas avoir beaucoup d'informations contradictoires ». INFK M06 CP03

Accès dossier médical	«...si moi je veux avoir un exemplaire, bien il faut que j'aille aux archives de l'hôpital puis que j'aille entre 9h et 11h puis 14h et 16h donc autant dire tout le temps quand je travaille. Donc, je vais demander peut-être un duplicata à mon médecin. Je ne sais pas s'il va pouvoir me le donner, mais... mais c'est vrai que c'est assez complexe pour obtenir ses résultats je trouve. Par rapport en France où on télécharge nos résultats sur Internet ou des choses comme cela. Ils nous donnent un code, un mot de passe puis that's it là ». M06 01
------------------------------	---

1.13.3 Les fournisseurs de soins

Les fournisseurs de soins, troisième facteur influençant l'engagement dans la relation de partenariat infirmière-femme, sont représentés par les intervenants suivants : les médecins obstétriciens, de familles ou pédiatres; les infirmières de l'hôpital, du CLSC ou de la clinique; les techniciens en radiologie, les pharmaciens, les nutritionnistes et les intervenants des soins complémentaires. Les données collectées proviennent des entretiens en série réalisés avec les femmes participantes et des notes terrain consignées à la suite de la participation observante. Elles ont montré que les caractéristiques des fournisseurs de soins ont bel et bien eu une influence sur le partenariat relationnel – engagement.

Ainsi, les qualités interpersonnelles des fournisseurs de soins se sont traduites par un comportement d'ouverture et d'accueil afin de prendre le temps nécessaire avec chacune des femmes durant les rencontres. La durée des rencontres s'est révélée être la caractéristique la plus importante puisqu'elle signifie de «prendre le temps nécessaire avec chacune des femmes ». L'expérience des fournisseurs de soins quant à leurs savoirs techniques s'est manifesté, selon les femmes, par le nombre d'années d'expérience dans le domaine. Les croyances des fournisseurs de soins se sont traduites par leurs propos encourageant les femmes pour qu'elles puissent se donner les moyens d'être préparées, accompagnées et représentées afin d'être actives dans la participation dans leurs soins. L'intérêt ou l'absence d'intérêt des fournisseurs de soins s'est manifesté par leur comportement démontrant une volonté de discuter du projet de naissance lors du suivi de la grossesse, mais également lors du travail et de l'accouchement à l'hôpital. Le processus de prise de décision avec les fournisseurs de soins a révélé que ceux-ci pouvaient être à l'aise ou ne pas l'être avec l'idée de partager l'information, de cerner l'apport des femmes dans les décisions qui les concernent et de remettre en question leur pratique. La participation des femmes a été perçue comme non limitative ou limitative dans le processus de prise de décision. L'asymétrie dans les

connaissances et l'information avec les fournisseurs de soins a démontré que ceux-ci peuvent donner ou non une information de qualité basée sur les données probantes. La formation au sein des différentes générations des fournisseurs de soins sur le partenariat dans les soins peut varier. La présence ou la non-présence de conflits d'intérêts chez les fournisseurs de soins peut nuire à la confiance des femmes dans leur processus de décision. Enfin, les fournisseurs de soins, dont l'infirmière partenaire, ont démontré que ces caractéristiques reposent sur la combinaison de leurs savoirs relationnels et leurs savoirs empiriques fondés sur les données probantes.

Le Tableau 51 ci-dessus illustre les différentes caractéristiques du facteur fournisseurs de soins influençant l'engagement dans la relation de partenariat infirmière-femme. Les fournisseurs de soins ont offert les services périnataux aux femmes participantes, y compris l'étudiante-cherche.

Tableau 51 Caractéristiques du facteur Fournisseurs de soins

Caractéristiques abordées	Verbatim
Expérience et formation	<p>« Mais tu sais, tu as le pédiatre qui a comme 25 ans d'expérience et tu as la fille qui a 25 ans de vie ... tu sais moi c'est ça qui m'a... ». M02 VP01 Pédiatre</p> <p>« Elle m'a parlé d'elle, m'a dit qu'elle avait deux enfants et puis étrangement je me suis sentie plus en confiance parce qu'elle avait l'air tellement jeune j'avais tout de suite pris pour acquis qu'elle n'avait pas d'enfants tu sais puis maintenant on dirait que le fait de savoir qu'elle avait des enfants cela donnait plus de, cela rendait ses interventions plus charnues là dans mon esprit, et puis bon elle semblait assez familière avec les femmes qui font un travail comme le mien, je suis avocate je travaille dans un environnement très très stressant ». M08 01 Obstétricienne</p> <p>« Très douce, relax, puis très « Voilà, il n'y a pas de problème. Puis regarde, il faut faire comme ça ». Je la sentais pleine d'expériences, en fait ». M06 VP01 Infirmière CLSC</p> <p>« Quand j'ai fini mes cours d'infirmière, donc, ça fait 20 ans que je travaille en périnatalité, puis je ne trouve ça jamais pareil. Parce que toutes les familles que j'ai vues dans les années, tout est différent. L'allaitement, c'est l'allaitement. Mais, l'allaitement de Valérie, Isabelle, avec tel contexte ». INFK M02 03 Infirmière projet de recherche</p> <p>« Moi, je voulais quelqu'un d'informé, quelqu'un... Le fait que tu aies passé autant de temps dans le système public, que tu aies travaillé spécifiquement dans le département de néonatalité, que tu aies fait des études supérieures sur le sujet, que tu te tiennes au courant des dernières informations... Moi, c'est cela que je recherchais ». M08 07 Infirmière projet de recherche</p>
Croyance	<p>« Non, parce qu'il [le partenaire] n'était vraiment pas ouvert [à une accompagnante]. Là, j'ai fait : « OK ». C'est pour ça que j'ai parlé à la Dre quand il était là. J'ai dit: « Ah tiens. Qu'est-ce qu'elle en pense? » Puis là, elle a dit: « Si vous choisissez ça, faites juste attention qu'elle ne prenne pas toute la place ». Tu sais, comme, qu'elle me laisse le conjoint côté que... qu'elle ne prenne pas la place du conjoint, dans le fond ». M04 01 Obstétricienne</p> <p>« Elle, elle voulait vraiment que je fasse l'épidurale. Et là, je l'ai entendue, elle s'est comme énervée. Elle m'a dit : « J'ai appelé l'anesthésiste deux fois, je ne peux pas appeler une troisième fois ». Des choses comme ça. Donc, les 2 choses qui m'ont marquée concernant cette infirmière, c'était ça. Voilà. Je m'en foutais, parce que tu étais là avec moi. Il y avait aussi mon mari ». M10 VP01 Infirmière hôpital</p>

	<p>« Et là, elles vont dire : « La douleur de l'enfantement, je vais la traiter comme une douleur pharmacologique avec tout ce qu'on a ». Et c'est là où ça devient comme heurtant, comme pour les infirmières, parce que peut-être que ça ne fait pas longtemps non plus dans... Je n'en ai aucune idée. Mais, elle n'a peut-être pas encore trouvé le sens de dire quand la mère donne naissance, ce n'est pas une douleur comme chirurgicale ». INFK M10 VP01 Infirmière projet de recherche</p>
Durée du contact	<p>« Super! Ce n'est pas expéditif, je ne sens jamais qu'elle me pousse dehors tu sais. On s'assoit, son bureau est là, tu sais je sens qu'elle m'explique c'est quoi mon dossier aussi puis les résultats et le fait que ça dure plus longtemps aussi ça permet que si j'ai des questions qui me viennent, on a le temps alors c'est très bien ». M02 CP03 Médecin de famille</p> <p>« C'est vraiment rapide. Même à la clinique GARE, c'était rapide. Elle me dit : « OK, monte sur la table, je veux voir ton col », puis elle a vu en une fraction de seconde, puis c'est tout ». M10 04 Obstétricienne</p>
Qualité interpersonnelle	<p>« C'est en montant sur la table qu'elle a commencé à me toucher que je lui ai raconté le truc, ma situation familiale. Voilà, donc, tu vois... [rires] ». M10 04 Obstétricienne</p> <p>« C'était comme d'habitude assez succinct, mais elle était attentive et concentrée, engagée, elle se souvient de moi, de ma vie, je n'ai pas besoin de lui rappeler qui je suis et ce que je fais. Cela fait que cela me met en confiance en fait, pas que si elle m'oubliait ça serait la fin du monde, mais c'est sûr que je me sens moins comme un numéro ». M08 04 Obstétricienne</p> <p>« 2h15 -30 Admise à la chambre 113. Visite médecin a une attitude souriante ». M02 N.O Médecin de famille</p> <p>Puis je l'ai trouvé super patiente la docteure. Tu sais elle n'était pas, elle n'était pas du tout agressive. Elle n'était pas... Tu sais, je voyais qu'elle était occupée parce qu'elle était vraiment in and out, mais... Euh, en même temps tu sais, elle était patiente pour l'épidurale, puis elle était patiente pour les forceps... Euh pour les ventouses ». M08 VP01 Obstétricienne</p> <p>« Je seconde les infirmières sont très gentilles. Je suis suivie pour la thyroïde ». [9:09 PM] M04TIC Infirmière hôpital</p> <p>« Elle n'était pas en train de me juger elle était juste en train de me dire allez fille ressaisis-toi OK, tu vas trouver cela bien long neuf mois ». M08 03 Infirmière Info-santé</p> <p>« C'était le fun, l'échographie, parce que la technicienne était vraiment gentille... Cela fait qu'on a pu vraiment bien voir. Tu sais, elle nous a tout expliqué qu'est-ce qu'elle mesurait, qu'est-ce qu'elle cherchait, elle nous a montré les reins, la circulation sanguine ». M02 03 Technicien radiologie</p> <p>«... ce que je vais chercher quand je vais dans une échographie au public c'est une personne attentive, engagée, une personne dont c'est le travail et l'intérêt de répondre à mes questions évidemment dans un timeframe raisonnable ». M08 04 Technicien radiologie</p>
Processus de décision Pérénatal	<p>« Elle m'a pas donné bcp de raison. Elle semblait pressée. Et elle m'a dit que vu que mon col avait pas bougé elle voulait le faire. Et que le bébé semblait moins bouger. Au final j'ai quand même senti que j'avais pas vraiment le choix »... [4:52 PM] M06 TIC</p> <p>« Elle m'a dit... [acupunctrice] parce que je lui ai aussi expliqué mon inquiétude, c'est que je ne veux pas démarrer le travail. Je suis très à l'aise avec le fait qu'il vienne plus tard. Elle dit qu'il n'y a pas de problème. Ce n'est ce qu'on vient faire ici. Ce qu'on vient faire c'est qu'on prépare tes hormones. On prépare ton utérus. Alors, au travail à venir ». M08 07 Intervenant soins complémentaires</p>
Processus de décision Pérénatal	<p>« 10h35 Dr avisé tachycardie par infirmière. Dit qu'elle va venir voir bientôt M04 va discuter avec un autre MD. Voit M04 et discute du protocole de synton. M04 refuse de commencer synton poursuivons le même traitement. Idem dans la note médicale dit que la patiente ne veut pas intervenir pour le moment ». M04 N.O Obstétricienne du suivi</p> <p>« 6h44 appel M10, me dit que le médecin est passé et qu'il a retiré le cervidil et qu'il a rupturé la poche des eaux. Je ne lui demande qu'elle est la raison que le md lui à donner et me dit qu'il n'a rien dit ne le sait pas ». M10 N.O Obstétricien pas du suivi</p>

	<p>« 6h00 Monitoring cessé normal. Visite Dre discussion sur les options rupture artificielle des membranes proposées, discussion sur épidural, Ne met pas de pression. M02 doit réfléchir sur les options proposées. Dre en accord ». M02 N.O Médecin de famille du suivi</p> <p>« 6h30... Je dis que je vais les laisser seuls afin qu'ils puissent discuter en couple de leurs options. L'infirmière est venue pendant ce temps ». M02 N.O Infirmière projet de recherche</p>
Intérêt plan naissance	<p>« Aujourd'hui, la docteure. As-tu commencé ton plan de naissance? Alors, j'ai bien oui, j'ai commencé à y penser. Elle m'a dit qu'on en reparlera la prochaine sur mes attentes. Puis, elle m'a dit que dans le domaine du faisable, du réalisable ». M02 06 Médecin de famille</p> <p>« Elle était comme yeah! plan de naissance. [Nom du conjoint] était full énervé. Cela fait que c'est cela, on voulait, dans le fond, naturel, puis qu'on avait fait le ballon naissance et points de pression ». M04 05 Obstétricienne</p> <p>« Ce que l'on fait, c'est ton plan de naissance à partir de maintenant, c'est ce qu'on a à bâtir ensemble. Puis la position d'accouchement va faire partie d'un élément de discussion, mais tous les éléments que tu vas vouloir discuter avec elle, tu vas avoir ton plan de naissance. Il faut le prévoir au moment d'un rendez-vous, dire au rendez-vous suivant je vais apporter mon plan de naissance et j'aimerais en discuter avec toi. À ce moment-là, elle est au courant, elle prévoit un rendez-vous un peu plus long et vous avez un échange ». INFK M08 CP01 Infirmière projet de recherche</p> <p>« Infirmière demande aussi le plan de naissance ». M02 N.O Infirmière hôpital</p> <p>« Discussion avec la docteure en allant au poste de l'unité de soins. Elle me demande ce que la patiente veut comme accouchement naturel. Elle demande que je lui dise les points importants comme la rupture des membranes. Je lui mentionne qu'elle préfère que non ». M06 N.O Obstétricienne et Infirmière projet de recherche</p>
Asymétrie de connaissances	<p>« Je suggère de poser un petit bouchon membrane pour le soluté pour éviter qu'elle ait le soluté en permanence. L'infirmière dit à M06 que celui-ci peut s'infiltrer plus rapidement et sera obligé de repiquer. M06 répond que cela ne la dérange pas si elle doit la repiquer préfère de ne pas avoir le soluté tout le temps après elle ». M06 N.O Infirmière hôpital</p>
Conflit d'intérêts	<p>« Les conflits d'intérêts dans la relation avec les professionnels de la santé et la sensation de se faire vendre des tests et des procédures -dépistage prénatal ». M08 TIC Entrevue problème</p> <p>« Elle pense que les professionnels de la santé, surtout les pharmaciens ont la tendance à survendre ». M06 TIC Entrevue problème</p>

1.13.4 La société

La société représente le quatrième facteur influençant l'engagement dans la relation de partenariat infirmière-femme. Elle est constituée des personnes dans un environnement social et politique plus large incarnant les normes qui déterminent si les femmes sont capables de prendre leurs propres décisions et sont en mesure d'avoir du contrôle sur leur expérience de maternité en plus de contribuer à l'amélioration de leurs soins. Les normes sociales et politiques doivent favoriser une représentation de la naissance comme un processus biologique, psychologique, social et culturel normal, ce qui n'était pas toujours le cas pour le milieu des femmes participant au présent projet.

Les interactions des femmes avec les personnes dans leur environnement ont renforcé ces normes par une représentation sociale de la grossesse et de l'accouchement perçue comme une maladie.

Cette représentation sociale de la grossesse et de l'accouchement encourage une gestion des risques liée à la sécurité du nouveau-né contraignant les femmes dans un rôle de dépendance envers la biomédecine et, par conséquent, les dirige vers un choix d'un fournisseur de soins spécialisé dans les grossesses à risque, en l'occurrence un obstétricien, ce qui n'encourage pas la participation active des femmes à leurs soins.

Le Tableau 52 ci-dessous illustre les différentes caractéristiques du facteur société influençant l'engagement dans la relation de partenariat infirmière-femme représenté par le contexte socioculturel à l'intérieur duquel les services périnataux aux femmes participantes ont été offerts.

Tableau 52 Caractéristiques du facteur Société

Normes abordées	Verbatim
Gestion du risque lié à la sécurité du bébé	<p>«... mais il y a les facteurs aussi sociétaux dans le sens que cette notion-là du risque a été entretenue par un discours qui finalement avec le temps, on ne s'en rend plus compte et ça devient une norme sociale qu'une femme qui est enceinte, si elle ne fait pas attention, elle va être dangereuse pour son bébé. Alors que c'est complètement faux ». INFK M08 CP02</p> <p>« On était aux toilettes, puis elle me regarde, puis elle me dit, elle était vraiment maladroitement là, je pense, puis elle me dit: « C'est quand ta date d'accouchement? ». Cela fait que je dis : « Le 25 mars » puis elle me dit : « Ah, puis toi, cela doit être une césarienne? ». Cela fait que j'étais comme... Puis là, j'ai fait : « Pourquoi? » Puis elle dit : « Et bien, parce que tu es vraiment petite ». Puis là, tu sais, je suis restée comme, et bien, toutes les femmes sont faites pour accoucher là ». M02 05</p> <p>« Oui, c'est ça que je me dis. Oui, il y a plein de gens qui disent que c'est pour ton bébé, c'est pour le bien de ton bébé, puis pense à ton bébé. Tu sais, tu es comme, oui, oui! ». M02 04</p> <p>« Oui, beaucoup parce que j'ai toujours eu peur tout ce qui est sur la fausse couche, puis, tout le monde me disait il est trois mois, les fameux trois mois, les trois mois, les trois mois, puis, tout le côté aussi trisomie. Je n'ai pas envie d'avoir un premier bébé qui a des problèmes comme ça. Je veux vraiment un bébé en santé, donc, c'est quelque chose qui me faisait assez peur ». M06 01</p>
Choix d'un fournisseur spécialisé 3^e ligne versus fournisseur soins primaires	<p>« Ils m'ont juste dit : « Tu es enceinte, c'était mieux d'aller vers quelqu'un, qui est spécialisé en gynécologie que quelqu'un qui est en médecine familiale, générale ». Ça fait plus... C'était vraiment juste ça et puis, je n'avais pas annulé en fait, cette médecin-là. Je suis allée au rendez-vous, à la clinique de gynécologie. Et puis, je me suis dit, je vais tester les deux et je vais prendre la décision après ». M02 01</p> <p>« J'avais regardé, puis c'était trop... j'avais un peu trop peur [sage-femme] je me suis dit que mes amies ont toutes accouché à [nomme le nom de l'hôpital], et je sais que c'est un très bon hôpital qui est très pro-allaitement. Tu sais, il essaye... J'ai comme l'impression que c'est le moins médical des hôpitaux qui ont des accouchements. Cela fait que c'est un entre-deux de savoir-faire. Ça va être correct ». M04 01</p>

Contexte socioculturel	<p>« Et elle a dit que, honnêtement, en France, ce n'est pas très poussé. Les examens qu'elle a subis ne sont pas les mêmes que moi ». M02 02</p> <p>« Donc cela a bien fini, elle a fait un peu de diabète à la fin, mais cela a bien fini, mais elle a accouché par... Ils ont été avec les forceps, parce qu'ils lui ont dit que le bébé est fatigué, il ne veut pas sortir, donc elle m'a dit: « Ils m'ont fait les forceps ». Moi, j'ai très, très peur des forceps, parce que chez nous en Algérie, elles sont interdites maintenant, les forceps ». M10 03</p> <p>«... la césarienne ce n'est pas populaire [dans son pays origine], ils s'en servent surtout dans les cas médicaux, mais je pense que c'est parce qu'ils n'ont pas les moyens médicaux pour que tout le monde fasse une césarienne pour le fun. Je pense aussi que ça fait partie du processus de martyrisation de la femme parce que c'est vraiment décrit comme une expérience traumatisante ». M08 CP01</p>
Représentation sociale grossesse	<p>« Je pense que c'était une forme d'épuisement, de découragement, de tu te sens pas bien et puis des clichés de grossesse épanouie et puis que là tu te dis : je m'attendais peut-être à avoir des nausées et puis à être fatigué, mais pas à être en arrêt de travail, à pleurer et puis à être brûlée, et puis et... Tu sais, c'était des tas de trucs ». M02 01</p> <p>« Non, moi et elle, on est comme opposées là. Elle, elle est comme non, je ne fais pas les tests de glucose, moi, je suis la diète de anyway du diabète. Fait que je ne vais pas aller faire le test de glucose. Je suis comme, non, non, non. Tu sais, moi, je check mes affaires à toutes les semaines, puis elle, elle est comme je ne sais même plus à combien de semaines je suis. Je ne sais pas là, je ne sais plus. On est opposée là. Moi, je ne fais pas ça. Moi, je suis by the book. Elle, c'est à sa troisième aussi fait que c'est sûr que c'est moins stressant là, mais... ». M04 02</p>
Représentation sociale naissance	<p>« C'est comme personne qui n'en parle... [de l'accouchement] M04 01 Pourquoi tu penses qu'on n'en parle pas? INFK M04 01 Je ne sais pas. J'ai l'impression que c'est comme parler trop médical que là... Celle qui a eu l'épidurale qui a des douleurs, elle, c'est son troisième, puis elle est en train de dealer avec son gynéco sur la date d'accouchement parce qu'elle va avoir une césarienne. C'est son troisième, puis elle a eu deux césariennes. Cela fait que là, je suis comme ça ne fait pas de sens dans ma tête. Ce n'est pas... ». M04 01</p> <p>« Moi, j'ai une amie, c'est plutôt la femme de l'ami de mon mec qui a accouché dans des conditions vraiment catastrophiques là cela a été assez pour qu'ils aient à craindre pour sa vie et que d'ailleurs elle ne peut plus avoir d'autres enfants parce que c'est trop dangereux et cela l'a traumatisée et puis bien évidemment moi comme je suis curieuse j'écoutais, mais je n'aurais pas dû... ». M08 01</p> <p>« C'est aussi le stress de tous les amis qui n'arrêtent pas de te texter : « As-tu déjà accouché? » « Non, je n'ai pas accouché. Lâchez-moi! rires ». M04 07</p> <p>« Oui, oui, oui, c'est sûr. Mais, c'est vrai que j'ai l'impression d'avoir tellement d'expériences différentes de toutes les autres personnes qui ont accouché autour de moi que je trouve cela très bizarre, puis très difficile, en fait, parce qu'au final, on se dit bien, en fait, on ne peut même pas se servir des déjà-vécu des autres parce qu'au final, chaque truc est différent ». M06 04</p>
Participation active des femmes	<p>« Elle me dit : « On te donne le choix ...c'est un gros bébé, vous avez cela, choisissez soit on pratique une césarienne ou soit vous risquez un accouchement naturel ». Cela, elle n'a pas aimé parce que dans notre place, en tant que femme enceinte qui va accoucher, on aimerait avoir une... je ne sais pas... le médecin te dit : « Ah, il faut que je pratique chez vous une césarienne, l'accouchement... » Il faut qu'ils nous aident à trancher. C'est ce qu'elle n'a pas aimé ici. Elle me dit : « On m'a donné le choix ». Et comme elle, elle avait peur pour son bébé, elle n'avait pas le choix, elle me dit : « J'ai risqué la césarienne ». Elle a opté pour la césarienne et maintenant, elle a... elle regrette, parce qu'elle me dit : « Je pouvais accoucher par voie naturelle ». Et elle a eu mal à guérir après ». M10 03</p>

Pour conclure, les résultats de la deuxième question de recherche ont permis de constater que la relation de partenariat infirmière-femme a été favorisée ou limitée par les facteurs – femmes, fournisseurs de soins, organisation société influençant cet engagement. Les résultats ont permis d'établir les sous-thèmes qui caractérisent les facteurs influençant l'engagement au contexte de la périnatalité.

1.14 Résultats relatifs à la troisième question de recherche

Cette troisième section sur les résultats répond à la troisième question de recherche : quel est le modèle de soins qui est co-construit dans cette expérience de partenariat relationnel – engagement entre l’infirmière et les femmes réalisée dans un milieu de soins en périnatalité au Québec? Les résultats exposent les composantes du modèle de soins qui ont été vécues à travers le partenariat relationnel entre l’infirmière et la femme lors de l’expérience de soins en périnatalité, soit : les catégories de pratique, l’organisation des soins, les valeurs, la philosophie, les fournisseurs de soins et les finalités. Enfin, cette section se termine avec la présentation visuelle du modèle de soins intitulé : Modèle de continuité relationnelle des soins infirmière-femme en périnatalité.

1.14.1 Catégories de pratiques

La composante des catégories de pratiques représente l’étendue de la pratique infirmière quant aux activités infirmières qui ont été réalisées auprès des femmes tout au long du continuum de soins : au premier, deuxième et troisième trimestre de la grossesse, au moment de la naissance et dans le postnatal. Il s’agit des catégories de pratique suivantes : éducation, évaluation, dépistage, planification des soins, promotion de la physiologie et prévention des complications et traitements du premier niveau des complications qui sont présentées dans ce qui suit.

1.14.1.1 Éducation

Cette catégorie de pratique représente les activités infirmières d’éducation à la santé, d’information et de promotion de la santé. Elle a favorisé l’autonomisation des femmes afin de leur permettre de faire des choix informés pour une prise de décision judicieuse en ce qui a trait à leur santé et à leur bien-être durant la grossesse, la naissance et le postnatal. Ainsi, les thèmes d’éducation prénatale portent sur la grossesse, la naissance, le nouveau-né et la parentalité et l’organisation de soins; ces thèmes sont présentés dans les trois tableaux qui suivent. Les tableaux 53, 54 et 55 ci-dessous illustrent les différents thèmes présentés par la catégorie de pratique éducation selon les périodes du continuum périnatal.

Tableau 53 Intensité d'interactions des thèmes abordés composante catégorie de pratique :
Éducation - Grossesse

Éducation Grossesse	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
	51,05 %	1 ^{er}	47,58 %	2 ^e	1,28 %	3 ^e	0,09 %	4 ^e
Thèmes abordés	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Changements Physiologiques	46,18 %	2 ^e	51,49 %	1 ^{er}	2,33 %	3 ^e	0 %	4 ^e
Verbatim	« Ça fait que souvent, vous pouvez déjà ressentir comme un petit mouvement, mais vous ne le savez pas encore. Et quand tu vas aller faire l'échographie, vu que tu vois bouger en même temps qu'elle le fait, là tu sens que ah bien oui, c'était ça ». M06 01		« Mais, tu sais, à quelque part, quand qu'on s'alimente bien, puis que, tu sais, qu'on n'a pas... À part, tu sais, si l'on a des problèmes vraiment au début, tu sais, d'hyperménèse de grossesse et tout cela, puis qu'on vomit tout le temps, tu sais... On s'alimente, notre appétit varie aussi enceinte, des fois, on a plus faim, des fois, on a moins faim, parce que le corps, il le sait qu'est-ce qu'on a besoin pour que l'enfant se développe là ». INFK M02 05		« Mais c'est du travail préparatoire, à mon avis, que tu as ». INFK M02 ST		Aucune interaction	
Complications	8,39 %	2 ^e	89,04 %	1 ^{er}	2,57 %	3 ^e	0 %	4 ^e
Verbatim	« Oui. Les oreilles bouchées, moi, je pense qu'effectivement, je ne pense pas que ce soit relié avec la grossesse, par contre si jamais ça ne passe pas il va falloir aller voir qu'est-ce qu'elles ont les oreilles ». INFK M02 01		« On sait qu'il y a quand même quelque chose qui change, mais à 39 semaines, c'est son... on dit qu'une grossesse, cela peut facilement... premier bébé aller jusqu'à 41 et quelques poussières ». INFK M04 05		« C'est nous autres qui décidons, dans le fond, on le sent dans notre corps quand il faut y aller, on a un petit signal à l'intérieur de nous qui nous dit : non, ça ne j'aime pas ça puis j'y vais ». INFK M02 ST		Aucune interaction	
Conseils préventifs	58,09 %	1 ^{er}	41,73 %	2 ^e	0,18 %	3 ^e	0 %	4 ^e
Verbatim	« En tablette, prends-le pas en sirop parce que c'est comme un peu... déjà, quand on est enceinte, des fois, il y a des choses qui nous tombent un peu sur le cœur. En tablette, c'est déjà mieux... mais, cela aide à soulager les reflux ». INFK M10 03		« Ce n'est pas marcher comme pour prendre une grande marche, c'est vraiment juste de varier la position parce que c'est très long assise... surtout avec le poids du ventre. C'est sûr qu'à un moment donné ça fait une lordose. Ça fait une douleur au bas du dos, j'imagine? ». INFK M06 CP02		« Ok tu peux prendre Tylenol sans problème ». [5:58 AM] INFK M02 TIC		Aucune interaction	

Habitudes de vie	67,76 %	1 ^{er}	32,24 %	2 ^e	0 %	3 ^e	0 %	4 ^e
Verbatim	« Il faut faire très attention parce que... dans le fond, ce qu'on dit, pour l'alimentation chez la femme enceinte, tu sais, quand on parle des charcuteries ou des choses comme ça, des viandes un peu crues, ou des choses comme ça... ». INFK M04 01		« C'est beaucoup relié, si on mange et que l'on ne dépense pas, nous n'aidons pas le cycle. Si on mange et après on va bouger, c'est certain qu'on dépense les kilojoules ». INFK M10 CP02		Aucune interaction		Aucune interaction	
Tests dépistage	74,9 %	1 ^{er}	24,02 %	2 ^e	0,83 %	3 ^e	0,26 %	4 ^e
Verbatim	« Ça veut dire que le risque est faible. Donc, c'est une probabilité. Donc, on ne dépiste pas la trisomie avec ça. On dépiste les gens qui vont être où ce que leur score va tomber dans le risque, et puis ne pas avoir des faux positifs malgré tout. C'est pour ça qu'il faut aller vérifier ». INFK M02 01		« L'indice de liquide, si tu as encore assez de liquide. Encore là, faut pas verser dans la paranoïa, parce que le liquide, c'est normal qu'il baisse ». INFK M04 06		« Oui ça se peut. Elle n'a pas les bâtonnets qui changent de couleur quand tu les mets dans l'urine? ». INFK M02 ST		« Si je me souviens bien, tu dois voir seulement la personne à l'inscription qui te donne un autocollant pour l'échantillon. Tu dois prendre un numéro différent que si tu prends une prise de sang à l'hôpital ». [7:24 AM] M04 TIC	

En somme, l'intensité des interactions s'est manifestée presque également aux 1^{er}-2^e trimestres et au 3^e trimestre. Les sous-thèmes abordés ont été : les changements physiologiques, les complications, les conseils préventifs, les habitudes de vie et les tests de dépistage. L'intensité des interactions sur les thèmes abordés a varié selon les périodes du continuum périnatal.

Tableau 54 Intensité d'interactions des thèmes abordés composante catégorie de pratique :
Éducation - Naissance

Éducation Naissance	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
	13,26 %	2 ^e	72,88 %	1 ^e	4,29 %	4 ^e	9,57 %	3 ^e
Thèmes abordés	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Autosoins travail	6,61 %	3 ^e	62,57 %	1 ^e	25,45 %	2 ^e	5,37 %	4 ^e
Verbatim	« Après ça, effectivement, c'est notre sécurité de couple à nous deux. Parce que le travail, il ne faut pas oublier, le travail, il va commencer à la maison ». INFK M04 02		« Il ne faut rien faire, ça va dilater tout seul. Le ballon va aider beaucoup dans la latence et il faut rester à la maison. Parce qu'à la maison il n'y a pas de stresser ». INFK M10 CP01		« Oui alors ne te gêne pas pour prendre des bains aujourd'hui pour te reposer, l'idée c'est qu'on veut qu'il y ait un effacement au niveau de ton col, c'est peut-être ça qui se fait un peu, mais on ne veut pas non plus que tu te ... on veut quand même que tu puisses faire des siestes ». INFK M02 ST		« ... A ce moment-là quand nous on évalue que c'est une latence qui est un peu ... quand je te disais bien là tu es en latence, essaie de te reposer ». INFK M02 VP02	

Interventions médicales	7,72 %	3 ^e	79,73 %	1 ^e	3,77 %	4 ^e	8,78 %	2 ^e	
Verbatim	« Si cela n'avait pas de conséquences, puis que c'était juste une autre façon de provoquer l'accouchement, on le ferait, puis on ne se casserait pas la tête, mais il y a quand même des effets sur la mère, puis sur le bébé de provoquer le travail ». INFK M10 02		« Nous, on appelle cela, dans le fond, dans le jargon, quand qu'on regarde dans les données probantes, les études, on va parler de la cascade d'intervention, c'est-à-dire une intervention... » INFKM04 CP01 « En entraîne une autre ». M04 CP01		« 6h00 Suggestion Dre pour rupturer membrane l'a découragé aussi peur d'avoir plus mal donc c'est à ce moment qu'elle a perdu confiance qu'elle pouvait réussir. Je me souviens qu'elle ne veut pas de rupture sans l'épidural. Je lui ai donné l'information, mais j'ai accepté sa décision ». INFK M02 N.O		« C'est juste que quand on fait de petites interventions, c'est qu'on va perturber le processus naturel au lieu que l'ocytocine part tout seul ». INFK M06 VP01		
Médicalisation	26,86 %	2 ^e	70,87 %	1 ^e	0%	4 ^e	2,27 %	3 ^e	
Verbatim	« ... dans les années 70, quand on a fait le système d'assurance hospitalisation, c'était tout l'avènement de l'art de la spécialisation de la médecine. Ce qui fait que si tu étais une bonne mère, tu te faisais accoucher par un gynécologue et puis tu faisais suivre ton enfant par un pédiatre ». INFK M02 01		« Non, il y a eu des rasages, je vous dirais, jusque même fin des années 80. Parce que dans le fond, on appelait ça un bloc obstétrical, bloc opératoire. Cela fait que c'était vu comme une opération, un accouchement ». INFK M04 CP03		Aucune interaction		« ... avant quand les pratiques étaient désuètes où les femmes ne pouvaient même pas boire ni manger en travail, c'est là que ça a commencé, mais c'est sûr qu'on fait tout de même un rapport entre ce qui est fait puis qu'est-ce qui est dans les meilleures façons de faire ». INFK M04 VP01		
Méthode non-pharmaco	20,38 %	2 ^e	69,06 %	1 ^e	3,47 %	4 ^e	7,08 %	3 ^e	
Verbatim	« Et le soutien continue, c'est peut-être ça que tu as lu, sur les différents sites, c'est le fait de connaître une personne que le couple connaît, dans le temps, et qu'il ne changera pas jusqu'au moment que tu vas avoir eu ton bébé... ». INFK M04 01		« OK et le ballon, ça consiste en quoi en fait? » M06 CP01 « Le ballon c'est vraiment des positions qui aident à diminuer parce qu'on va voir que dans l'accouchement ce qui se passe, c'est que sous l'effet de la gravité, ce qu'il faut faire, c'est de beaucoup bouger ». INFK M06 CP01		« C'est pour ça que si on le fait trop ralentir au début, bien le travail va se faire, mais au début on vous dit : essaie de marcher pour travailler avec la gravité, avec le mouvement du bassin alors c'est pour ça qu'on l'utilise pour voir est-ce que c'est ça qui se prépare, est-ce que ça fait un ralentissement puis après un peu plus tard ». INFK M02 ST		« Quand on fait des études et qu'on mesure le soutien continu de l'infirmière en présence de soutien, les statistiques tournent aux alentours de 6% à 10% de leurs tâches. Ça veut dire qu'il y a peu de soutien continu ». INFK M02 VP02		
Méthode pharmaco	19,87 %	2 ^e	60,06 %	1 ^e	0,57 %	4 ^e	19,5 %	3 ^e	
Verbatim	« Puis l'épidurale, c'est cela, on va voir c'est quoi les 2, les effets de part et d'autre. Cela ne va pas dire qu'on ne l'utilise pas, quand je te dis cela, c'est qu'il faut se préparer toujours en disant, on va voir dans la chronologie des méthodes, il faut garder l'épidurale comme dernier recours ». INFK M10 03		« Par contre, ça dépend de comment on dose l'anesthésie, mais il reste qu'à partir du moment où on est sur le dos, ce n'est pas nécessairement juste l'épidurale tout seul, c'est aussi la position. On peut des fois avoir l'épidurale et être encore mobile sur nos jambes et on va être dans une position où on va pouvoir utiliser la gravité quand même alors il y a une nuance à voir ». INFK M08 CP01		« 6h45 Retour pause dit qu'elle veut l'épidurale si rupture des membranes. Discussion sur choix afin qu'elle puisse prendre sa décision ». INFK M02 N.O		« Dans toutes les familles de méthodes, tu as les non pharmacologiques que tu as fait et tu as les pharmacologiques, mais ce n'est pas parce qu'on a recours à la pharmacologique que ton travail n'allait pas bien ». INFK M04 VP02		

Physiologie accouchement	12,06 %	2 ^e	75,18 %	1 ^{er}	3,83 %	4 ^e	8,93 %	3 ^e
Verbatim	« Physiologique, ça ne veut pas dire je ne suis pas bornée, puis je refuse tout, mais que j'ai une intention que j'aimerais... ». INFK M04 01		« Ocytocine hormone de l'amour et de la confiance, elle est contagieuse et elle est responsable du réflexe d'expulsion et elle inhibe les peurs. Endorphine hormone du plaisir et de transe, c'est elle qui nous soulage en travail. Effet analgésique social et de dépendance ». INFK M02 CP02		« Alors l'idée c'est de voir si quand il va y avoir une transition entre le 5 minutes et un petit plus bas, c'est là qu'on va voir ce que l'on fait, selon comment tu te sens ». INFK M06 ST		« La position 4 pattes aide beaucoup ». INFK M06 VP01	
Projet de naissance	7,73 %	2 ^e	84,84 %	1 ^{er}	0%	4 ^e	7,43 %	3 ^e
Verbatim	« Donc, le plan de naissance, en fait, c'est sûr que cela a été développé pour que les personnes... Il y a eu une époque où ce que, dans le fond, les femmes, elles n'avaient pas vraiment beaucoup leurs mots à dire sur qu'est-ce qui allait arriver au moment de l'accouchement, donc on faisait des interventions ou des choses que, des fois, les femmes n'aimaient pas, entre autres. Je vais te donner deux exemples : elle est à jeun pendant le travail ». INFK M10 03		« Tu vas lui parler en fait, de ton plan de naissance, ce que toi tu souhaites, mais tu vas pouvoir le faire une fois que tu vas avoir eu l'information. Tu as déjà beaucoup lu, on va juste compléter pour que par la suite, tu puisses compléter et décider ce que tu veux faire et je vais te remettre à la fin deux petits pamphlets faits par la Santé publique, les droits des femmes au niveau de l'accouchement et de la grossesse ». INFK M08 CP01		Aucune interaction		« C'est comment tu souhaiterais que ton accouchement se déroule. Physiologique ou avec épidural, méthode utilisée pour le travail etc... Tout en gardant en tête que tout se déroule pas toujours comme prévu, mais c'est plus comme une ligne directrice pour les différents intervenants ». [8:35 PM] M04 TIC	
Rôle du partenaire	18,07 %	3 ^e	47,25 %	1 ^{er}	3,49 %	4 ^e	31,19 %	2 ^e
Verbatim	« Il n'est pas là juste pour aller porter les papiers à l'admission pour l'hôpital pour enregistrer le bébé puis sa femme. Ce n'est pas un rôle accessoire comme ça. De dire « Ah, allez porter les formulaires ». INFK M02 03		« C'est sûr qu'il y a eu des traditions dans le monde où c'était plus les femmes qui s'entraidaient entre elles, mais on s'est rendu compte aussi que l'aide du conjoint, c'est probablement plus aidant parce que c'est la personne qui est plus proche d'elle ». INFK M10 CP01		« On veut vous laisser, c'est pour ça qu'on a fait les cours ensemble pour que le papa, vous deux ensembles puissiez faire les choses donc moi je suis là pour rappeler ce qu'on a vu ensemble ». INFK M10 ST		« INFK M02 VP01 De toute façon il était tellement exceptionnel dans son rôle d'accompagnateur. M02 VP01 Ah oui il était vraiment bon. P02 VP01 C'est vrai? M02 VP01 Bien oui, je te l'ai dit plein de fois ».	

En somme, l'intensité des interactions s'est le plus manifestée au 3^e trimestre. Les sous-thèmes abordés ont été : autosoins lors du travail, interventions médicales, médicalisation, méthode non pharmacologique et pharmacologique, physiologie de l'accouchement, projet de naissance et rôle du partenaire. L'intensité des interactions sur les thèmes abordés a varié selon les périodes du continuum périnatal, mais s'est plus concentrée au moment du 3^e trimestre.

Tableau 55 Intensité d'interactions des thèmes abordés composante catégorie de pratique :
Éducation – Nouveau-né et Parentalité

Éducation Bébé-Parents	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Thèmes abordés	9,47 %	3 ^e	44,64 %	2 ^e	0 %	4 ^e	45,89 %	1 ^{er}
Allaitement	2,36 %	3 ^e	41,68 %	2 ^e	0 %	4 ^e	55,96 %	1 ^e
Verbatim	« Cela fait qu'on fait le cours vraiment sur le début jusqu'à six semaines, puis en cours de suivi, quand on va être dans le suivi de post 2 mois, là, oui, on continue à apprendre au niveau de l'allaitement... ». INFK M04 02		« Explication de l'allaitement à la demande, les signes de faim. Reconnaître les signes de faim pour pouvoir allaiter le bébé quand il est calme ». INFK M08 CP03		Aucune interaction		« Non, tu le laisses vraiment, comme il a fait. Quand tu vois à un peu se réveiller, tu l'essaies, tu le mets au sein ». INFK M02 ST	
Complications du NN	3,93 %	3 ^e	43,02%	2 ^e	0%	4 ^e	53,05%	1 ^{er}
Verbatim	« Les globules rouges, en fait, c'est notre foie qui les détruit ...mais quand on est un petit bébé, vu que notre foie est immature, on n'arrive pas à détruire aussi vite. Cela fait que l'ictère, ça peut être physiologique chez les bébés. La plupart, ce n'est pas dangereux. C'est juste une prématurité physiologique ». INFK M02 03		« Rendu à une semaine de vie, on veut avoir au moins 6 pipis. Donc, si j'ai un bébé d'une semaine et demie et qu'il y a fait seulement deux trois pipis, là, c'est sûr qu'on se parle et on regarde ce qui se passe au niveau de la gestion de l'allaitement ». INFK M04 CP05		Aucune interaction		« Ton bébé a perdu seulement 4 % de son poids de naissance et c'est normal de perdre jusqu'à 10 % alors il faut pas s'inquiéter. L'important c'est l'élimination selles et pipi par jour avec ton nombre de tétées soit entre 10-12 fois par 24 heures ». [4:30 PM]INFK M08 TIC	
Développement du NN	12,09 %	3 ^e	63,01 %	1 ^{er}	0 %	4 ^e	24,9 %	2 ^e
Verbatim	« C'est sûr qu'à six mois il y a l'anxiété de séparation, cela fait qu'il faut que ce soit une figure qui est connue, c'est à dire je ne te dirais pas de le laisser comme à quelqu'un qu'il n'a jamais vu, parce qu'à 6 mois on commence à faire la dissociation entre moi bébé et maman donc il y a un petit peu cette anxiété-là ». INFK M08 04		« Donc, des fois, 2-3 heures, ça dépend. Mais, ce qu'il faut se dire, c'est que votre bébé quand il se réveille, c'est que son développement est tout à fait normal. Cela fait qu'on essaie vraiment de changer ... ». INFK M04 CP04		Aucune interaction		« Je crois qu'il fait sa poussée de croissance entre 7 et 10 jours de vie. Le BB veut tété tout le temps après ça redevient plus normal ». [7:15 PM] INFK M10 TIC	
Sécurité du NN	33,15 %	2 ^e	42,21 %	1 ^{er}	0 %	4 ^e	24,64 %	3 ^e
Verbatim	« Ce qu'il faut vraiment respecter, c'est sur le dos, la température, pas de fumée secondaire, de préférence allaiter parce qu'on sait que l'allaitement va aider le bébé à... on veut que le bébé se réveille la nuit. C'est voulu ». INFK M02 02		« Cela fait que ça, je vous ai déjà parlé des pleurs. La prévention du bébé secoué, bien tantôt, Gabriel en a parlé justement...Donc, qu'est-ce qu'il faut faire si jamais on sent que... Bien, est-ce que, premièrement, on est tous à risque de pouvoir le faire? INFK M04 CP05 « De shaker le bébé? » M04 CP05 « Oui. Tout le monde ». INFK M04 CP05		Aucune interaction		« Léa a fait ses vaccins hier. Elle a encore 38 de fièvre. Comment est-ce que je peux faire baisser sa température? [8:39 AM] M06 TIC Il faudrait lui en donner selon son poids Tu en as chez toi? » [8:42 AM] INFK M06 TIC	

Soins du NN	1,02 %	3 ^e	60,55 %	1 ^{er}	0 %	4 ^e	38,43 %	2 ^e
Verbatim	« Hello les filles! Pour info il existe un produit naturel vraiment super et multi-usage [démaquillant, nettoyage de fesses de bébé, hydratant visage] dont j'ai enfin trouvé une source au qc :sweatsmile: qui s'appelle le liniment oligo calcaire [base d'huile d'olive] disponible chez Lemieux www.produits-lemieux.com ». [2:47 PM] M06 TIC		« Donc, à la maison, qu'est-ce qu'on va faire comme soins? Ça ressemble à quoi une routine, même si je n'aime pas les routines. C'est sûr que les tétés, ça va revenir souvent. Et je vous ai parlé déjà des poussées de croissance. Au niveau des selles et des urines, on va avoir les changements de couche à faire. Je ne savais pas quel type de couches à date que vous voulez utiliser? ». INFK M04 CP05		Aucune interaction		« Non, les selles jaunes c'est seulement quand les bébés sont exclusivement allaités. Quand on donne les biberons de lait maternisé, dépendamment de la quantité que l'on donne, ça va faire des selles vertes, c'est normal ». INFK M10 ST	
Soins postnatals Femmes	11,79 %	3 ^e	46,53 %	1 ^{er}	0 %	4 ^e	41,68 %	2 ^e
Verbatim	« Parce que c'est sûr que les 6 premiers mois c'est un travail à temps plein, alors c'est certain que des fois tu te dis OK est-ce que je veux comme prendre un petit peu de temps pour moi-même, me ressourcer et puis ». INFK M08 04		« Mais ce que je vais faire, je vais lui demander: « Quelles sont les tâches? ». C'est toujours cela que je demande aux garçons, dans ce cours. Je leur dis toujours : « Bon, pour les 6 prochaines semaines, après le bébé, là c'est... qu'est-ce qu'on a à faire de façon hebdomadaire là, à la maison là ». INFK M02 05		Aucune interaction		« Les points, tu sais, les hémorroïdes, à un moment donné, ça rentre, mais le plancher pelvien, quand il y a eu beaucoup de points, c'est ça. Tu sais, souvent, il faut faire la rééducation périnéale ». INFK M06 VP01	

En somme, l'intensité des interactions s'est manifestée presque également au 3^e trimestre et en postnatal. Les sous-thèmes abordés ont été : l'allaitement, les complications du nouveau-né, la sécurité, les soins du nouveau-né et les soins postnatals des femmes. L'intensité des interactions sur les sous-thèmes abordés a varié selon les périodes du continuum périnatal, mais s'est davantage concentrée au moment du 3^e trimestre pour la majorité de ceux-ci, sauf pour les sous-thèmes de l'allaitement et les complications du nouveau-né qui s'est plus concentré en postnatal.

1.14.1.2 Évaluation

Cette catégorie de pratique représente les activités infirmières d'évaluation de l'état de santé physique et mentale de la femme et de la surveillance en déterminant les écarts et variations entre ce qui est normal et ce qui ne l'est pas en tenant compte du suivi médical de grossesse tel qu'expliqué selon le vécu expérientiel transmis par la femme. L'évaluation et la surveillance ont porté aussi sur le nouveau-né à naître qui est indissociable de l'évaluation et de la surveillance

maternelle. Le Tableau 56 ci-dessous illustre les différents thèmes abordés que présente la catégorie de pratique évaluation selon les périodes du continuum périnatal.

Tableau 56 Intensité d'interactions des thèmes abordés composante catégorie de pratique :
Évaluation

Évaluation	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Type Évaluation	34,93 %	1 ^{er}	29,86 %	2 ^e	4,01 %	4 ^e	31,19 %	3 ^e
Évaluation Physique	34,23 %	2 ^e	22,99 %	2 ^e	6,69 %	3 ^e	7,58 %	4 ^e
Verbatim	« Toi, as-tu des problèmes personnels de santé? Bon, je vais te les nommer. Il y a maladies cardiaques, hypertension, maladies rénales, diabète, affections de la thyroïde? ». INFK M02 01 « Bien là, oui ». M02 01		« Tu avais d'autres paramètres pour moi? ». INFK M04 04 « Non ». M04 04 « Tout était correct? ». INFK M04 04 « La petite à l'écho, elle pesait, bien l'estimé là, 3.10 livres. Estimé, plus ou moins 20 %. C'est ça ». M04 04		« As-tu repris ta pression? ». INFK M02 ST « Oui on vient de la prendre et j'étais à 119 sur 72 ». M02 ST		« Toi aussi, tu as réussi à aller à la toilette? ». INFK M06 VP01 « Pipi, oui, mais pas de selles ». M06 VP01 « Qu'est-ce qu'ils t'ont donné pour...? ». INFK M06 VP01 « Ils m'ont donné... ». M06 VP01 « Du colace? ». INFK M06 VP01 « Oui, colace ». M06 VP01 « OK ». INFK M06 VP01	
Évaluation Psychosociale	58,04 %	1 ^{er}	68,55 %	1 ^e	7,55 %	2 ^e	46,17 %	1 ^e
Verbatim	« Par rapport à tout ce qui se passe au niveau de ton expérience, justement, depuis que tu es enceinte, au niveau du ressenti, comment tu te sens? ». INFK M06 01 « Là, je me sens beaucoup mieux parce que j'ai passé un peu la période de questionnements, est-ce que mon bébé va aller bien, est-ce que je vais vraiment arriver à terme de ma grossesse ». M06 01		« As-tu trouvé...? Comment as-tu trouvé cela justement le retour au travail? Tu sais, on s'en était parlé avant les fêtes, tu sais, cela allait quand même bien, mais... ». INFK M02 05 « C'est spécial mon retour au travail parce que les personnes pensent que je retourne au travail, mais, moi, je ne suis pas sûre de retourner après mon congé ». M02 05		« Oui comment te sens-tu par rapport à ça? ». INFK M04 ST « Bof ça va ... il n'y a plus rien à faire, je suis comme il faut qu'elle sorte là! ». M04 ST		« Donc d'habitude quand on fait la rencontre du début, c'est sûr que je laisse toujours passer quelques jours et après ça je demande un peu, comment ça va suite à l'expérience de l'accouchement? ». INFK M04 VP01 « Ah bien l'accouchement ... ». M04 VP01 « On fait un peu un retour sur ce moment? ». INFK M04 VP01	
Évaluation Habitudes Vie	7,01 %	3 ^e	4,52 %	3 ^e	0%	0 ^e	0,7 %	6 ^e
Verbatim	« Là, ton alimentation justement, toi à la base, tu avais...ton alimentation ça avait l'air de quoi? ». INFK M06 01 « Bien, je fais toujours moi-même mes repas donc... ». M06 01		« Au niveau de ton alimentation, as-tu l'impression qu'il y a des choses qui ont changé? ». INFK M04 03 « Hier, j'avais un craving d'un chausson aux pommes de chez McDo, là. Big time. C'était vraiment drôle. Finalement, il y a quelqu'un qui est allé m'en chercher un ». M04 03		Aucune interaction		« Bon alors au moins tu manges? As-tu réussi à manger? ». INFK M02 VP01 « Oui j'ai faim et au moins tu sais ... ». M02 VP01 « L'appétit est là! ». INFK M02 VP01	

Évaluation Périnatale	0 %	0 ^e	3,35 %	4 ^e	85,76 %	1 ^{er}	4,89 %	5 ^e	
<i>Verbatim</i>	<i>Aucune interaction</i>		« Et puis, comment ça va? ». INFK M04 ST « Ça contracte encore ». M04 ST		« Alors c'est pour ça que je t'ai appelé. Là on voit que ça rapproche un peu, on va voir si l'intensité va augmenter, je le sais que... as-tu pu dormir un peu cette nuit? INFK M02 ST « Bien j'ai somméillé ». M02 ST		« Elle a dit, ça fait combien de temps que tu es aux 5 minutes? J'ai dit: bien il me semble que ça fait depuis 4h du matin. Mais tout est dans le ton et la manière... Je me sentais coupable d'être là!». M02 VP02		
Évaluation Allaitement	0,72 %	4 ^e	0,59 %	5 ^e	0%	0 ^e	27,21 %	2 ^e	
<i>Verbatim</i>	<i>Aucune interaction</i>		« Donc aujourd'hui on voyait l'allaitement ou l'alimentation, je ne sais pas ce que tu pensais faire au niveau de l'allaitement? Dans ta culture et tout ça, comment ça fonctionne l'allaitement, est-ce que les femmes allaitent? ». INFK M10 CP03 « Oui ». M10 CP03 « Oui, mais normalement c'est 2 ans ». P10 CP03		<i>Aucune interaction</i>		« Bon alors on s'installe où pour allaiter? ». INFK M02 VP01 « Moi je vais te montrer mes seins et je veux savoir dans quel état ils sont, moi je ne suis pas capable de savoir s'ils sont ... ». M02 VP01		
Évaluation Nouveau-né	0%	0 ^e	0%	0 ^e	0%	0 ^e	17,66 %	3 ^e	
<i>Verbatim</i>	<i>Aucune interaction</i>		<i>Aucune interaction</i>		<i>Aucune interaction</i>		« Dis-moi le nombre tu sais au début on disait les pipis, là c'est combien à peu près? ». INFK M04 VP01 « Ah on ne les compte plus là, elle en fait à chaque fois que je l'allait ou presque, elle fait pipi ou caca ». M04 VP01 « Alors c'est comme 8 pipis? ». INFK M04 VP01 « Ah oui! ». M04 VP01		

En somme, la catégorie de pratique évaluation a révélé les sous-thèmes abordés définissant les types d'évaluation réalisés par l'infirmière, soit : l'évaluation physique, l'évaluation psychosociale, l'évaluation des habitudes de vie, l'évaluation périnatale, l'évaluation de l'allaitement maternel et l'évaluation du nouveau-né. L'intensité des interactions sur les types d'évaluation a varié selon les périodes du continuum périnatal. Or, l'intensité des interactions s'est le plus manifestée pour l'évaluation psychosociale, et ce, aux 1^{er}-2^e trimestres, au 3^e trimestre et en postnatal. suivie de l'évaluation physique. L'intensité des interactions s'est le plus manifestée pour l'évaluation périnatale au moment de la naissance.

1.14.1.3 Dépistage

Cette catégorie de pratique représente les activités infirmières de dépistage qui ont porté sur le suivi des examens de laboratoires et de radiologie de routine aux premier, deuxième et troisième trimestres, au moment de la naissance, et en postnatal comme le dépistage prénatal et le dépistage des ITSS tel qu'expliqué selon le vécu expérientiel transmis par la femme. L'infirmière a effectué également le dépistage des situations à risque et de la dépression prénatale et postnatale. Le Tableau 57 ci-dessous illustre certains thèmes abordés dans la catégorie de pratique dépistage selon les périodes du continuum périnatal.

Tableau 57 Intensité d'interactions de certains thèmes abordés composante catégorie de pratique :
Dépistage

Dépistage	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
	83,81 %	1 ^{er}	11,51 %	2 ^e	0,87 %	4 ^e	3,81 %	3 ^e
Verbatim	« Et aujourd'hui tu as fait le prénatest? ». INFK M08 01 « Voilà, et puis il y avait aussi une échographie je ne savais pas qu'il y avait une échographie ». M08 01 « C'est la clarté nucale ». INFK M08 01		« Est-ce qu'ils ont commencé à faire les protéines dans les urines? ». INFK M06 CP03 « Oui, les deux dernières fois et ils ont dit que c'était beau ». M06 CP03		« Salut INFK M08 TIC - je crois que j'ai perdu les eaux - l'infirmière n'était pas sûre puisque le test du papier bleu me faisait trop mal ». [7:48 AM] M08 TIC		« ... Cela fait que tu n'avais pas un gros bébé finalement? ». INFK M10 VP01 « Mais, je n'ai pas compris. Comment le résultat de l'échographie...? Je n'ai rien compris. Les résultats, grosse bedaine en plus. Le bébé était tout petit. Comment ils font? C'est une erreur ou c'est quoi? C'est approximatif alors. C'est des probabilités? ». M10 VP01	
Thèmes abordés	Dépistage prénatal		Dépistage protéinurie		Dépistage rupture membrane		Échographie diabète gestationnel	

En somme, la catégorie de pratique dépistage a révélé les sous-thèmes abordés définissant certains types d'examens de laboratoire et de radiologie que les femmes ont effectués. L'intensité des interactions s'est le plus manifestée aux 1^{er}-2^e trimestres, ce qui correspond à la période du dépistage périnatal en début de grossesse.

1.14.1.4 Planification des soins

Cette catégorie de pratique représente les activités infirmières de planification des soins qui ont permis : i) de recueillir le déroulement du suivi médical tel qu'expliqué selon le vécu expérimentiel transmis par la femme; ii) de planifier les éléments à discuter lors des prochaines visites médicales avec celles-ci; et, iii) de déterminer si un avis médical est requis avant de terminer la visite. L'infirmière a planifié avec les femmes l'accompagnement attendu et la réalisation de leur projet de naissance. L'infirmière a aussi fixé les rencontres selon les besoins des femmes. Le Tableau 58 ci-dessous illustre certains thèmes abordés, qui sont présentés dans la catégorie de pratique planification des soins selon les périodes du continuum périnatal.

Tableau 58 Intensité d'interactions de certains thèmes abordés composante catégorie de pratique : Planification des soins

Planification	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
	26,49 %	2 ^e	49,75 %	1 ^{er}	4,68 %	4 ^e	19,08 %	3 ^e
Verbatim	« Dans le fond, ton suivi de grossesse, il a commencé quand? ». INFK M04 01 « Avec le Dr le 22 juillet ». M04 01 « Donc, on va aller... 22 juillet. Ça, c'était ton premier rendez-vous. Puis, tu étais à combien de semaines à ce moment-là? ». INFK M04 01 « 12... 10... aux alentours de 10, je pense ». M04 01	« Donc au niveau de la préparation au niveau des cours avais-tu un petit peu réfléchi à ce que tu voulais avoir, à ce que vous vouliez avoir, pardon. Par rapport au contenu? ». INFK M02 CP01 « Oui j'avais ma liste ». M02 CP01	« Pendant le travail : Je voudrais éviter les lumières trop agressives, écouter de la musique, pouvoir bouger, manger et boire si besoin. Je voudrais, avec le moins possible de va-et-vient Éviter les étudiants en médecine Faire les examens qu'à ma demande ». M06 projet naissance	« Donc demain dans le fond, elle voulait un suivi de poids? ». INFK M02 ST « Oui elle voulait un suivi du poids parce qu'elle avait vu dans le carnet de vaccination que tu l'avais pesé hier ». M02 ST				
Thèmes abordés	Suivi médical		Préparation à la naissance		Projet de naissance		Suivi poids	
Verbatim	« Ça fait que tu veux qu'on se revoie quand, nous? ». INFK M08 05 « Écoute, est-ce que le mois prochain, cela te va? ». M08 05 « Oui ». INFK M08 05 « Ça serait le 24 mai ». M08 05	« Comment tu te sens justement par rapport à cela quand tu t'imagines... Là, ton plan de naissance tu l'avais terminé? ». INFK M04 05 « Oui. Bien là, il faut juste que je réécrive, tu sais, sur la feuille de l'hôpital ». M04 05	« Toi tu peux venir quand? ». M10 ST « Moi je peux venir quand toi tu décides que tu veux que je vienne ». INFK M10 ST Ah oui tu viens, je veux te voir à mes côtés!». M10 ST	« Est-ce que tu avais pris un rendez-vous avec un médecin? Est-ce que tu en avais trouvé un? ». INFK M06 ST « En fait, l'infirmière du CLSC a dit que ...ce serait le médecin du CLSC qui la verrait et elle m'a dit dans 4 à 6 semaines, mais pas dans 2 semaines ». M06 ST				
Thèmes abordés	Fréquence des rencontres		Projet de naissance		Début de soutien continu		Suivi médical du NN	

En somme, la catégorie de pratique planification des soins a révélé certains sous-thèmes en lien avec l'accompagnement offert par l'infirmière. L'intensité des interactions s'est le plus manifestée au 3^e trimestre, ce qui correspond à la période des rencontres de préparation à la naissance et de la réalisation du projet de naissance. À la période des 1^{er}-2^e trimestres et du postnatal, l'intensité des interactions a été présente également, mais a porté sur le suivi médical et la planification de l'accompagnement.

1.14.1.5 Promotion de la physiologie et prévention des complications

Cette catégorie de pratique représente les activités infirmières de promotion de la physiologie et prévention des complications comme le soutien continu, l'incitation à la mobilité et positions verticales durant le travail, l'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour favoriser la naissance physiologique, l'utilisation judicieuse des interventions médicales en questionnant le bien-fondé ainsi que le soutien pour l'allaitement. L'information sur la promotion de la physiologie et la prévention des complications a débuté dès le commencement de l'accompagnement en prénatal afin de favoriser le processus de choix informé des femmes. Le Tableau 59 ci-dessous illustre certains thèmes abordés qui sont présentés dans la catégorie de pratique promotion de la physiologie selon les périodes du continuum périnatal.

Tableau 59 Intensité d'interactions de certains thèmes abordés composante catégorie de pratique : Promotion de la physiologie

Promotion Physiologie	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
	15,48 %	2 ^e	61,97 %	1 ^{er}	8,92 %	4 ^e	13,62 %	3 ^e
Verbatim	« Là, je suis en train de lire le livre Naissance heureuse, je suis rendue à la moitié. Je suis comme ça me calme. C'est correct ». M04 02 « Tu l'aimes, le livre? ». INFK M04 02 « Oui, c'est vraiment bon ». M04 02		« C'est sûr que la prochaine fois qu'on va se voir, on va rentrer dans les techniques de soulagement de la douleur, donc on va faire de l'acupression, on va faire le ballon. Est-ce que cela, tu penses que cela va l'intéresser? ». INFK M02 06 « Oui ». M02 06		« 8h30 Discussion avec MD famille résidente sur les interventions possibles pour faire progresser le travail. Donne plusieurs explications pour la convaincre. M06 demande si elle peut attendre. Je pose question au MD à savoir qu'est-ce qui arrive si elle ne veut pas? ». M06 N.O		« Bien écoute, ça va super bien, franchement pour l'allaitement, tu es chanceuse. Un petit bébé qui boit bien comme ça puis ... ». INFK M04 ST	
Thèmes abordés	Livre sur la physiologie		Méthode non pharmacologique		Interventions médicales		Soutien allaitement	

En somme, la catégorie de pratique promotion de la physiologie a révélé certains sous-thèmes en lien avec l'éducation en périnatalité offerte par l'infirmière. L'intensité des interactions s'est le plus manifestée au 3^e trimestre, ce qui correspond à la période des rencontres de préparation à la naissance et de la réalisation du projet de naissance. Pour ce qui est du moment de la naissance, bien que l'intensité des interactions soit faible, il importe de relativiser le résultat puisque les données proviennent des notes d'observation participante, mais qui ont porté sur le sous-thème des interventions médicales.

1.14.1.6 Gestion des complications de première ligne

Cette catégorie de pratique représente l'activité de l'infirmière qui était consacrée à l'accompagnement des femmes dans le contexte de leur suivi médical lors de problèmes de santé dans le cadre de la prise en charge du premier niveau des complications, s'il y avait lieu. Les problèmes de santé ont été les suivants : l'infection urinaire (1), l'hypothyroïdie (2), l'anémie (1), le diabète (1), l'hypertension gravidique (1), la présentation du siège (1), le streptocoque positif (1), le risque de grossesse prolongée > 40 semaines (4), les déchirures périnéales, l'ictère, la perte de poids et les difficultés liées à l'allaitement. L'infirmière s'est assurée que les femmes comprennent leur situation et elle a répondu à leurs questions au besoin. Le Tableau 60 ci-dessous illustre certains thèmes abordés dans la catégorie de pratique gestion des complications de première ligne selon les périodes du continuum périnatal.

Tableau 60 Intensité d'interactions de certains thèmes abordés composante catégorie de pratique :
Gestion complications 1^{re} ligne

Gestion 1 ^{er} ligne	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
	15,61 %	2 ^e	71,32 %	1 ^{er}	10,21 %	3 ^e	2,86 %	4 ^e
Verbatim	<p>« Qu'est-ce qu'il t'a dit? ». INFK M02 02</p> <p>« Il n'arrêtait pas de faire des blagues, mais en fait, il m'a montré que cela, c'est la normale pour la thyroïde, et les femmes enceintes ont entre cela et cela. Ça, c'est hyperthyroïdien, cela, c'est hypo. Puis, il dit que moi, je suis là. Tu sais, il dit que « tu n'es pas dans le coma là ». Cela fait qu'on va juste essayer de te ramener un petit peu. Il m'a dit qu'il n'y a rien d'alarmant au niveau de... il dit que c'est de l'hypo, mais tant que cela... ». M02 02</p>		<p>« Moi, je veux savoir, dans le fond, l'important pour moi là, à ce stade-ci, c'est de savoir si tu as le choix, mettons c'est M04 toute seule, si tu as le choix, c'est qu'est-ce que tu déciderais? Vu que l'on a les deux (choix)? ». INFK M04 07</p> <p>« Moi j'attendrais là ». M04 07</p> <p>« Toi t'attendrais? ». INFK M04 07</p> <p>« Oui, non moi j'attendrai. Je ne veux pas me faire induire. Cela me fait tellement peur de me faire induire ». M04 07</p>		<p>« Je t'appelle, tu m'as dit de t'appeler quand les contractions vont avoir bougé. Le médecin a rompu la membrane, là on m'a mis un soluté parce que le cœur du bébé a diminué, on m'a mis un soluté et il m'a dit on attend 20 minutes et je te fais le bain ». M10 ST</p> <p>« OK. Et là tes contractions étaient à combien? ». INFK M10 ST</p> <p>« Les contractions se rapprochent et ça fait de plus en plus mal ». M10 ST</p>		<p>[10:34 AM] « Bonjour et puis le rendez-vous d'hier à l'hôpital avec bb? ». INFK M10 TIC</p> <p>[11:31 AM] « Bonjour, oui ça était ils lui ont refait le bilan de la bilirubine elle a augmenté de 50, mais pas assez pour faire la photothérapie, donc on retourne demain pour la refaire pour voir si elle a augmenté ou non, Tu sais j'ai trop mal aux points de sutures, je prends du Tylenol, mais c'est pas efficace, ça me tire et j'ai mal quand je marche. Y a-t-il un remède! ». M10 TIC</p>	
Thèmes abordés	Problème thyroïde		Problème grossesse prolongée		Problème induction		Problème ictère et état périnée	

En somme, la catégorie de pratique gestion des complications de première ligne a révélé certains sous-thèmes en lien avec les problèmes de santé. L'intensité des interactions s'est le plus manifestée au 3^e trimestre, ce qui correspond à la période du suivi médical en lien avec le terme de la grossesse.

Enfin, la synthèse de la composante des catégories de pratique a démontré l'étendue de la pratique infirmière pour ce qui est des activités de soins en ordre d'importance selon l'intensité d'interaction par la fréquence et le rang pour chacune des périodes du continuum comme cela est présenté dans le Tableau 61 ci-dessous.

Tableau 61 Intensité d'interactions des différentes dimensions de la composante catégories de pratiques : synthèse

Catégories des pratiques	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
Éducation	43,33 %	1 ^e	48,87 %	1 ^e	24,03 %	2 ^e	45,65 %	1 ^e
Évaluation	25,67 %	2 ^e	11,48 %	3 ^e	17,27 %	3 ^e	31,48 %	2 ^e
Dépistage	8,28 %	5 ^e	0,59 %	6 ^e	0,5 %	6 ^e	0,52 %	6 ^e
Planification	8,56 %	4 ^e	8,41 %	4 ^e	8,86 %	5 ^e	8,46 %	4 ^e
Promotion physiologie	10,79 %	3 ^e	22,59 %	2 ^e	36,42 %	1 ^e	13,04 %	3 ^e
Gestion 1^{er} niveau	3,37 %	6 ^e	8,06 %	5 ^e	12,91 %	4 ^e	0,85 %	5 ^e

Pour conclure, les prochaines composantes du modèle de soins sont présentées, soit l'organisation, les valeurs, la philosophie, les fournisseurs de soins et les finalités.

1.14.2 Organisation des soins

La composante de l'organisation des soins a porté sur le modèle de soins en gestion de cas : une infirmière pour une femme en ce qui concerne l'accessibilité, la globalité, la continuité, la réactivité des soins. Les résultats proviennent des données collectées lors des entretiens en série réalisés avec les femmes participantes et des notes terrain consignées à la suite de la participation observante.

L'accessibilité a référé à la possibilité pour les femmes d'obtenir facilement les soins de l'infirmière en présence d'un besoin ressenti ou d'un désir de soin. À cet effet, à tout moment, les femmes ont été informées de la disponibilité de l'infirmière si elles avaient besoin d'un service selon les différentes modalités de suivi. L'utilisation de l'application mobile a grandement facilité l'accessibilité de l'infirmière puisqu'elle a invité les femmes à communiquer avec elle par ce moyen lorsqu'elles avaient des préoccupations, et ce, peu importe le moment de la journée. L'accessibilité ne comportait pas de barrière géographique puisque le bureau de l'infirmière était situé dans la communauté avec l'accès au stationnement ou au transport en commun, et ce, à proximité de l'hôpital et de la clinique des médecins. L'accessibilité organisationnelle a pu

constituer une barrière pour certaines femmes qui auraient peut-être souhaité un meilleur arrimage entre la rencontre avec le médecin effectuant le suivi médical de grossesse et l’infirmière.

La globalité des soins a été décrite précédemment dans la composante des catégories de pratiques qui a représenté l’étendue de la pratique infirmière quant aux activités infirmières offertes aux femmes voir le Tableau 61. La continuité relationnelle a été assurée par différentes modalités tout au long du continuum de soins en périnatalité qui ont été : les rencontres en présentiel, la consultation par messagerie texte, la consultation téléphonique et le forum entre les participantes. La réactivité de soins a fait référence à la promptitude de l’infirmière à répondre aux femmes afin qu’elles obtiennent une réponse à leurs besoins dans des délais raisonnables et aussi de déterminer s’il s’agissait d’un besoin qui présentait une situation nécessitant une intervention d’urgence ou non. Le Tableau 62 ci-dessous illustre les différents thèmes abordés dans la composante organisation selon les périodes du continuum périnatal.

Tableau 62 Intensité d’interactions de certains thèmes abordés composante : Organisation

Organisation des soins	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
	36,89 %	1 ^{er}	35,34 %	2 ^e	2,77 %	4 ^e	25,01%	3 ^e
Verbatim	« Le problème qu'on a avec la visite médicale de grossesse, c'est que des fois, vous entrez au bureau, vous ne savez pas quand vous partez. Mais ce qu'on fait, on fait une estimation du temps habituellement quand tu vas là, avec ton médecin combien de temps ça prend et moi, je calcule toujours, tu sais, comme un 30 minutes, 45 minutes de roulement ». INFK M02 03 Accessibilité		« Moi, j'aime bien quand on se voit dans les dernières semaines, il y a une raison. Parce que ça donne l'occasion de garder contact et de se voir et de voir aussi tu sais, les changements dans les dernières semaines ». INFK M04 CP04 Continuité relationnelle et modalités		« Alors là je me dis bien : je suis encore au même rythme, qu'est-ce que je fais? ». M02 ST « C'est parce que c'est du travail préparatoire, ce n'est pas du travail actif c'est ça qui arrive. Je sais que c'est plate, mais moi, c'est pour ça que j'ai <u>besoin de te parler parce que par texto je ne peux pas évaluer ta voix pour voir qu'est-ce que ça dit quand tu as des contractions</u> ». INFK M02 ST Continuité relationnelle et Modalités		« Si tu vois après quelquefois, que l'allaitement ça redevient difficile ou des choses comme ça bien <u>c'est mieux qu'on agisse plus rapidement que tardivement</u> . INFK M10 ST « OK accord ». M10 ST « C'est bon, on se tient au courant. Si tu as des questions, tu m'écris ». INFK M10 ST Accessibilité et Réactivité	

	<p>« Allô j'ai constaté dans le forum que tu voulais référer à nutritionniste pour la prise de poids si tu veux on pourra aborder ce sujet lors de ta prochaine rencontre individuelle c'est couvert dans le cadre de ton suivi avec moi. Il faudrait prendre un rendez-vous puisque que ne nous nous sommes pas vus depuis déjà un moment? As-tu des disponibilités? ». INFK M06 TIC [11 :00 PM] Globalité et réactivité</p> <p>« Là, ce que je vais t'expliquer, dans le fond, c'est que pour le prochain rendez-vous, ce qui est important quand tu vas chez le médecin, c'est de prendre en note tes paramètres: ta pression artérielle, le cœur fœtal du bébé, tout ce qui est métrique...j'ai juste besoin d'avoir les paramètres parce que je ne veux pas les reprendre. On ne veut pas dédoubler dans le fond le service ». INFK M06 01 Continuité informationnelle</p> <p>« Vu qu'on n'est pas encore en réseau informatique, on aurait pu avoir accès à ton dossier, moi, je l'aurais vu au fur et à mesure. Ça, ce sera peut-être quelque chose qu'on pourra dire dans le cadre du projet, tu sais, si on travaille en complémentarité, ce serait bien d'avoir accès ». INFK M04 02 Ressources informatiques</p> <p>« C'est pour cela qu'il y a ton réflexe d'écrire à travers l'application par rapport à tes questions t'as vu je te réponds quand même? ». INFK M08 03 M08 03 Réactivité</p>	<p>« Est-ce que tu te rappelles des consignes pour l'accouchement? ...Un peu comme tu as fait l'autre fois que tu m'as écrit. C'est tu cela? Et si jamais les choses évoluent, bien, à un moment donné, on est en suivi téléphonique ». INFK M08 07 Accessibilité et Modalités</p>		
--	---	--	--	--

La synthèse de la continuité des soins relationnelle et des différents modes de consultation par période du continuum en périnatalité des cinq femmes participantes est présentée au Tableau 63 qui suit.

Tableau 63 Synthèse des différents modes de consultation selon chacune des femmes pour l'ensemble du continuum périnatal

Modes de consultation	M02	M04	M06	M08	M10	Moyenne
Nombre de rencontres Périnatale	6	7	4	8	4	5,8
Durée moyenne min/h	81 min\ 1h 21	63 min/ 1h03	81 min/ 1h21	76 min/ 1h16	79 min/ 1h19	76 min/ 1h16
Nombre de rencontres Préparation naissance	6	5	4	4	4	4,6
Durée moyenne min/h	126 min/2h06	116 min /1h56	134 min /2h14	120 min /2h00	111min/ 1h51	121 min/ 2h01
Nombre de rencontres postnatales	5	3	2	3	4	3,4
Durée moyenne min/h	86 min/1h26	82 min/1h22	79 min/1h19	115 min/1h45	101 min/1h31	92 min/1h32
Nombre de consultation Téléphone	8	11	5	9	7	8
Durée moyenne Min	10 min	9 min	8 min	19 min	11 min	11 min
Nombre de contacts texto	50	51	34	65	46	50
Nombre photos ou vidéos	8	15	8	16	17	13
Nombre de contacts Forum	28	30	32	9	17	23

i) Premier et deuxième trimestre

Pour cette période, les femmes ont eu au total 16 rencontres en présentiel avec l'infirmière pour une moyenne de 3,2 rencontres. Elles ont eu au total 54 contacts par messagerie texte pour une moyenne de 10,8 contacts par femme. Une des femmes a eu deux contacts par téléphone.

ii) Troisième trimestre

Pour cette période, les femmes ont bénéficié au total de 14 rencontres en présentiel avec l'infirmière pour une moyenne de 2,8 rencontres par femme. Elles ont eu au total 23 rencontres de préparation à la naissance avec leur partenaire en présentiel avec l'infirmière pour une moyenne de 4,6. Les femmes ont eu au total 79 contacts par messagerie texte pour une moyenne de 15,8 contacts. Trois femmes sur cinq ont eu au total huit contacts par téléphone pour une moyenne de 2,6 contacts.

iii) Naissance

Pour cette période, les femmes ont bénéficié d'un soutien continu par l'infirmière de 24 heures en moyenne, ce qui inclut les contacts par messagerie texte. Les femmes ont eu au total 15 contacts par téléphone sauf une de celle-ci pour une moyenne de 3,75 contacts par personne.

iv) Postnatal

Pour cette période, les femmes ont bénéficié au total de 17 rencontres individuelles en présentiel avec l’infirmière pour une moyenne de 3,4 rencontres par femme. Elles ont eu au total 101 contacts par messagerie texte pour une moyenne de 20,2 contacts par femme. Enfin, elles ont eu au total 25 contacts par téléphone pour une moyenne de 2,25 contacts par femme, sauf une femme qui a eu 6 contacts. Les différents modes de consultation – dans le cadre de l’accompagnement entre l’infirmière et les femmes pour assurer la continuité relationnelle – qui ont été réalisés pour chacune des femmes participantes sont présentés dans le tableau qui suit.

1.14.3 Valeurs

La composante des valeurs a été vécue au travers des dimensions du partenariat relationnel entre l’infirmière et les femmes afin qu’elles se sentent respectées, écoutées, répondues, impliquées dans leurs soins pour prendre leurs décisions sur la base de choix informés. Les trois valeurs qui sont ressorties sont : l’autonomie de la femme, le respect et la bienveillance ainsi que la liberté des choix, telles que présentées au Tableau 64.

Tableau 64 Intensité d’interactions de certains thèmes abordés composante : Valeurs

Valeurs	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
	24,3 %	2 ^e	52,95 %	1 ^{er}	4,66 %	4 ^e	18,08 %	3 ^e
Verbatim	« Parfait, donc est-ce que tu avais des questions par rapport à ta santé? ou des questions par rapport à ta grossesse? par rapport l'expérience actuellement? On a parlé de plusieurs choses ». INFK M08 01		« Ce n'est pas compliqué pour moi, c'est toujours le cœur qui m'a guidée dans... puis je pense, c'est dans la vie, c'est nos émotions qui nous guident. Tu sais, quand ça te fait un peu : « Ouh... » tu sais, ça te fait à l'intérieur, ça fait comme une espèce de « Ouh... », pourquoi qu'on a fait... On le sent. Moi, toutes les choses non justifiées, ça fait longtemps que je les sens ». INFK M04 04 « Parce que les patients ont le choix de choisir ». INFK M02 06		« Oui je te sens quand même relaxe. La patience, le repos, l'énergie et le mouvement, tu as expérimenté que quand tu bouges, ça va bien. Tu sais, on a vu les points, ça, c'est pour plus tard, avais-tu des questions par rapport à ça ou vous êtes correct? ». INFK M02 ST		« C'est ça, alors dans le fond ce que tu dis c'est que même tu sais ce que tu avais fait comme plan de départ, tu sais dans le fond, Es-tu déçue qu'on ait fait le plan? Est-ce que l'on fait ça pour rien un plan? ». INFK M04 VP01 « Ben non parce que comme ça tu sais ce que tu veux, tu t'alignes vers ça puis tu le sais qu'il y a des options. ». M04 VP0	
	Autonomie de la femme		Respect et bienveillance Liberté des choix		Respect et bienveillance Autonomie de la femme		Liberté des choix	

1.14.4 Philosophie

La composante de la philosophie a reposé sur les fondements suivants : i) offrir des soins holistiques qui couvrent l'ensemble des besoins biopsychosociaux, culturels et spirituels; ii) privilégier la normalisation de la grossesse, la naissance et le postnatal; et, iii) renforcer les capacités des femmes en privilégiant le principe d'interventions minimales. La philosophie s'est actualisée dans l'attitude de l'infirmière envers la normalité par opposition à l'intervention par un changement dans la dominance du modèle médical vers le modèle holistique qui favorise la normalité de la grossesse, de la naissance et du postnatal. L'attitude des femmes a montré une progression dans leur attitude plus positive – croyances envers leur vécu lié aux événements périnataux en tant que processus physiologique normal. Le Tableau 65 ci-dessous illustre les différentes manifestations appartenant à la composante philosophie selon les périodes du continuum périnatal.

Tableau 65 Intensité d'interactions de certains thèmes abordés composante : Philosophie

Philosophie	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
	40,61 %	2 ^e	47,03 %	1 ^{er}	2,87 %	4 ^e	9,49 %	3 ^e
Attitude infirmière verbatim	« Oui, quand je t'ai texté, tu sais, grossesse à risque élevée, j'ai dit bien non, je ne veux juste pas que tu t'énerves à cause du titre. Mais c'est sûr que... c'est toujours la terminologie un peu comme...qui fait peur. Tu sais, ça peut s'appeler grossesse à risque, OK, mais élevée ». INFK M02 02		« On n'a même pas besoin de se poser la question, c'est notre ressenti humain. Parce qu'un accouchement, ça reste avant tout quelque chose de fondamentalement humain ». INFK M04 04				« On sait que c'est propre au développement normal de l'enfant qu'il va être dans ce besoin. Donc, si on ne le normalise pas, et qu'on ne l'explique pas, des fois, vous allez entendre des commentaires : « Bien là, tu l'as toujours dans les bras. Tu n'es pas tanné? ». INFK M04 CP05	
Attitude Femme verbatim	« Je dis bien ma mère est capable, je ne sais pas je vais être capable là. Mais, tu sais, on n'a pas... c'est comme si on est comme dans le déni que ça va arriver... Puis là, je compte les semaines. Puis, je suis comme : « Oh my God! C'est comme vraiment bientôt ». Wow! j'ai peur. Là, je commence à paniquer. Je suis comme, c'est quand les cours ». M04 01		« Oui, donc, je n'ai pas... Je suis impatiente de la voir parce que cela commence... cela devient de plus en plus concret puis qu'on a envie de voir sa petite boule, mais il n'y a pas de... Enfin, je ne ressens pas d'urgence et je ne sens... je n'ai pas l'impression que demain j'accoucherais ». M06 04		« Ça va bien parce qu'il y a comme un rythme. Tantôt, on était un peu découragés. Alors c'est encourageant ». M02 ST		« Moi je suis agréablement surprise... J'ai beaucoup d'énergie, bon c'est sûr que je ne peux pas faire de sport, mais... Tu vois ce matin, j'ai marché avec le chien pendant une heure. Puis, bon le sommeil, ça c'est la vie. Je veux dire que c'est comme ça que cela arrive, c'est comme ça que ça marche quand nous avons un enfant ». M08 VP01	

1.14.5 Fournisseurs de soins

La composante des fournisseurs de soins a décrit comment l'infirmière a renforcé les capacités des femmes afin qu'elles puissent interagir avec les fournisseurs de soins. Ces fournisseurs de soins ont dû être cliniquement compétents et posséder de bonnes compétences interpersonnelles qui se manifestaient à travers le partenariat relationnel. Le vécu transmis par les femmes à l'infirmière au sujet de leur expérience avec les fournisseurs de soins a permis de révéler que les compétences interpersonnelles ont une grande importance. L'infirmière a collaboré avec les fournisseurs de soins des femmes surtout au moment du travail et de la naissance à l'hôpital. Cette collaboration avec les fournisseurs de soins pour assurer des soins de qualité fut variable. Le Tableau 66 ci-dessous illustre les différentes manifestations de la composante fournisseurs de soins selon les périodes du continuum périnatal.

Tableau 66 Intensité d'interactions de certains thèmes abordés composante : Fournisseurs de soins

Fournisseurs de soins	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
	37,58 %	2 ^e	38,08 %	1 ^{er}	4,49 %	4 ^e	19,86 %	3 ^e
Verbatim	« Puis ma rencontre avec docteur, quand elle est rentrée dans la pièce là, j'avais fait ce qu'on m'avait demandé de faire. Et puis là, elle a elle m'a dit : « Bonjour, tu peux t'asseoir. Je sais que les préposés vous dit ça là, mais on peut commencer par un examen là ». Et puis, là je lui ai dit : « Merci ». Parce que j'ai trouvé ça assez rude comme accueil. J'ai vraiment apprécié ces mots-là ». M02 01		« Je suis ravie du traitement [prénom de son médecin] me porte. Je suis assez névrosée comme tu peux l'avoir constaté, c'est-à-dire que je m'inquiète, j'ai beaucoup de questions, je sais que je suis high maintenance comme personne, puis tu sais, non seulement elle est patiente, mais elle est prudente aussi et je présume que c'est pour cela et je ne pense pas que c'est totalement par empathie à mon endroit, je ne pense pas que c'est pour se protéger, mais quand j'ai des inquiétudes farfelues, elle me le dit ». M08 06		« 13h40 Visite du médecin donne encouragement +++ à la chambre. Discute avec elle ». M04 Journal N.O « 11h15 L'étudiante sage-femme examine M10 avec douceur et lui demande si elle prête à faire l'examen. Elle dit que oui. Station -1 - 2, col effacé à 80%, dilatation 3+. Nous encourageons M10 pour son travail et lui dit que tout avance bien ». M10 N.O		« Parce que j'étais en train de me dire, « Je vais me trouver un autre pédiatre ». M08 VP01 « Le pédiatre était dans la chambre et il a dit ... je lui ai dit, mais il n'a pas bu et il a dit : il y a des bébés qui ont plus besoin de dormir que d'autres alors il n'y a pas de stress et là l'infirmière à côté a dit : mais c'est quand même important de le faire boire à chaque deux heures ». M02 VP01	
Fournisseurs	Médecin		Médecin		Médecin et Sage-femme		Médecin pédiatre	

<i>Verbatim</i>	« Je comprends, mais ultimement comme je dis, moi le problème que j'ai eu ce n'était pas parce que j'ai trouvé ça court, parce que ça aurait pu être court, il fallait juste m'écouter, câline! Comme je dis écoute-moi, détermine si tu es la personne compétente, la réponse est oui tu me réponds ». M08 04	« Ah oui, je ne veux pas avoir de problème. Et en fait en plus cette personne-là était à 5 minutes à pied de chez moi. Il s'appelle [nom de l'intervenant], il est sur St-Denis au métro Sherbrooke et il suit aussi les femmes enceintes et il est vraiment bien ». M06 CP03	« Infirmière au premier contact était quand même OK dans son attitude et comportement. Elle suggère le bain, elle accepte de faire le moniteur sur le ballon, et nous dit que la chambre sera prête bientôt son attitude calme ». M04 N.O	« Bien, en fait, elle a... L'infirmière était très bien là. Elle m'a bien expliqué les choses puis elle s'est rendu compte que Loulou ne prenait pas bien mon sein. M06 VP01
Fournisseurs	Technicien radiologie	Intervenants soins complémentaires	Infirmière hôpital	Infirmière CLSC
Pratique collaborative	« Moi, j'avais parlé à la docteur en personne pour lui dire que malheureusement, en espace de 3 jours... [la secrétaire disait qu'elle devait être sur liste d'attente suivi de grossesse] Puis, toi, tu étais quand même au début, tu sais, tu n'as pas appelé à 12 semaines ou... 4 semaines. Ce qu'elle avait répondu, c'est que vu le nombre de semaine, elle n'était pas inquiète que tu embarquer dans le suivi ». INFK M10 01	« Puis, comme je te dis, je vais peut-être envoyer un message... pas peut-être, je vais quand même envoyer un message courriel à la Dre ». INFK M04 07	« L'infirmière est revenue dans la chambre en ne me regardant pas et a dit à M10 que c'est son accouchement et que c'est à elle de lui dire si elle veut l'épidurale ou non. J'étais vraiment en colère d'entendre ses propos comme si j'étais le bourreau de ma participante. Je me suis dit que je n'étais pas là pour faire plaisir à l'infirmière, mais pour ma participante ». M10 N.O	« C'est pour ça que j'ai demandé quand elle est arrivée [étudiante sage-femme], j'ai dit, pourrais-je compter un peu, sur ta collaboration parce que j'ai dit, j'ai les deux en même temps que j'accompagne ». INFK M08 VP01

1.14.6 Finalités

La composante finalités a émergé au fur et à mesure de l'analyse. Elle a porté sur la satisfaction des femmes en regard des soins reçus durant leur expérience d'accompagnement, tout au long du continuum, en lien avec les thèmes suivants : l'expérience de naissance, la prise de décision partagée et la confiance envers l'infirmière et les autres fournisseurs de soins ainsi que la satisfaction avec les résultats des soins. Les thèmes associés à la santé et au bien-être exprimés par les femmes sont : l'autogestion des femmes dans leur rôle de mère, l'attachement mère-enfant, l'autogestion des femmes dans leur allaitement et la dépression postnatale. Le Tableau 67 ci-dessous illustre certains thèmes abordés dans la composante finalités selon les périodes du continuum en périnatalité.

Tableau 67 Intensité d'interactions de certains thèmes abordés composante : Finalités

Finalités	T1 et T2		T3		TNaissance		TPostnatal	
	%	Rang	%	Rang	%	Rang	%	Rang
	9,39 %	3 ^e	47,41 %	1 ^e	0 %	0 ^e	43,21 %	2 ^e
Verbatim	<p>« Ce qui fait que ça permet déjà de placer des choses. Je ne sais pas comment tu as trouvé la rencontre? ». INFK M02 01</p> <p>« C'est bien. M02 01 C'est bien. Ça répond un petit peu à ce que tu t'attendais? ». INFK M02 01</p> <p>« Oui. Comme première rencontre, c'est bien, c'est très bien ». M02 01</p> <p>« Oui, oui, cela me change, le fait de parler à quelqu'un, cela me change, et puis j'apprends des choses avec toi... Et, cela me fait du bien d'avoir un soutien... Je suis à l'aise avec toi, je pose toutes les questions ». M10 02</p>	<p>« Ça fait pas mal le tour de notre suivi. C'est beau? ». INFK M04 03</p> <p>« C'est comme si ça calmait, merci ». M04 03</p> <p>« Ah oui? ». INFK M04 03</p> <p>« Oui ». M04 03</p> <p>« Pourquoi? ». INFK M04 03</p> <p>« Je ne sais pas, ce matin j'étais full, je ne sais pas. Ce matin je n'étais pas bien. J'étais comme : « Ah, on n'a rien fait. On a... » M04 03</p> <p>« Tu étais stressée? ». INFK M04 03</p> <p>« Oui. Là, ça calme. On se dit : OK, c'est bon, c'est normal ». M04 03</p>	Aucune interaction	<p>[8:48 PM] « Salut! D'abord un gros merci pour ton accompagnement à l'accouchement! Je n'aurais jamais réussi à me rendre si loin sans toi. Je suis fière de ce que j'ai réussi à faire naturellement ». M04 TIC</p> <p>[6:05 PM] « Sans faute –Maxime et moi sommes très reconnaissants de tout ton soutien ». M08 TIC</p> <p>[10:25 AM] « Un grand merci à INFK M10 TIC! Notre héroïne. Qui a été d'un soutien énorme et d'un encouragement sans fin, j'ai évité la péridurale grâce à elle, milles merci et chanceuse de t'avoir rencontrée ». M10 TIC</p>				
Thèmes abordés	Satisfaction des soins Confiance envers l'infirmière		Satisfaction des soins				Satisfaction des soins Expérience naissance	

La composante finalités a permis également de décrire les résultats en ce qui concerne les indicateurs de santé maternelle et néonatale et les interventions médicales. Cette composante est présentée dans le tableau qui suit. Le Tableau 68 ci-dessous illustre les différents indicateurs que présente la composante des finalités selon chacune des femmes participantes.

Tableau 68 Indicateurs de santé maternelle /néonatale et les interventions médicales selon chacune des femmes participantes

Indicateurs	M02	M04	M06	M08	M10
Nombre consultations prénatales	6	10	8	13	12
Assistance par médecin connu	Oui	Partiellement	Non	Non	Non
Nombre semaine de gestation	40	42	39/6	41	39
Durée moyenne du travail actif (heures)	19h22	17h22	2h30	7h41	6h43
Naissance vaginale	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Césarienne	Non	Non	Non	Non	Non
Naissance vaginale instrumentée	Non	Non	Non	Ventouse	Non
Périnée intact	Non	Non	Non	Non	Non
Déchirure/degré	2e	2e	1er	1er	3e
Analgésie régionale	Épidurale 8cm	Épidurale 8cm	Non	Épidurale 2cm	Non
Analgésie opiacée	Non	Non	Non	Non	Non
Induction du travail	Non	Non	Non	Cervidil/Ocy	Cervidil/Ocy
Décollement membrane (Stripping)	Non	Oui	Oui	Non	Non
Amniotomie	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
Augmentation ocytocine	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
Épisiotomie	Non	Non	Non	Non	Non
Perte sanguine	300cc	400cc	200cc	200cc	300cc
Initiation allaitement Contact peau à peau 2h	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Poids naissance plus grand que 2500 gr	3020 gr	3275gr	3850gr	3555gr	3590gr
Apgar	8-8-9	9-9-10	9-9-10	9-9-10	9-9-10
Ph sang de cordon	7,25	7,23	7,19	7,29	7,26
Convulsions néonatales	Non	Non	Non	Non	Non
Admission / réanimation néonatale	Non	Non	Non	Non	Non
Allaitement sortie hôpital	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Durée du séjour postnatal hôpital (jours)	72 heures	36 heures	46 heures	42 heures	43 heures
Durée du séjour hôpital néonatal (jours)					6 jours photo
Hémorragie postpartum	Non	Non	Non	Non	Non
Dépression postpartum	Non	Non	Non	Non	Non
Allaitement exclusif à trois mois	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Douleur périnéale prolongée	Non	Non	Non	Non	Non
Douleur pendant les rapports sexuels	Non	Non	Non	Non	Non
Douleur dos prolongée	Non	Non	Non	Non	Non
Incontinence urinaire ou fécale	Non	Non	Non	Non	Non

Pour conclure, les résultats de la troisième question de recherche ont permis d'exposer l'intensité de l'interaction pour l'infirmière et les femmes pour l'ensemble des composantes du modèle de soins par un classement selon les périodes du continuum de soins. Ainsi, les résultats ont permis de co-créeer les composantes du modèle de continuité relationnelle des soins infirmière-femme en périnatalité pour ce qui est des éléments qui définissent chacune de celles-ci. Ce modèle de soins est présenté ci-dessous.

1.15 Cadre : Modèle de continuité relationnelle des soins infirmière-femme en périnatalité

Le modèle de soins qui s'est dégagé des résultats présentés ci-dessus à la Figure 11 est illustré sous forme de schéma intitulé : Modèle de continuité relationnelle des soins infirmière-femme en périnatalité.

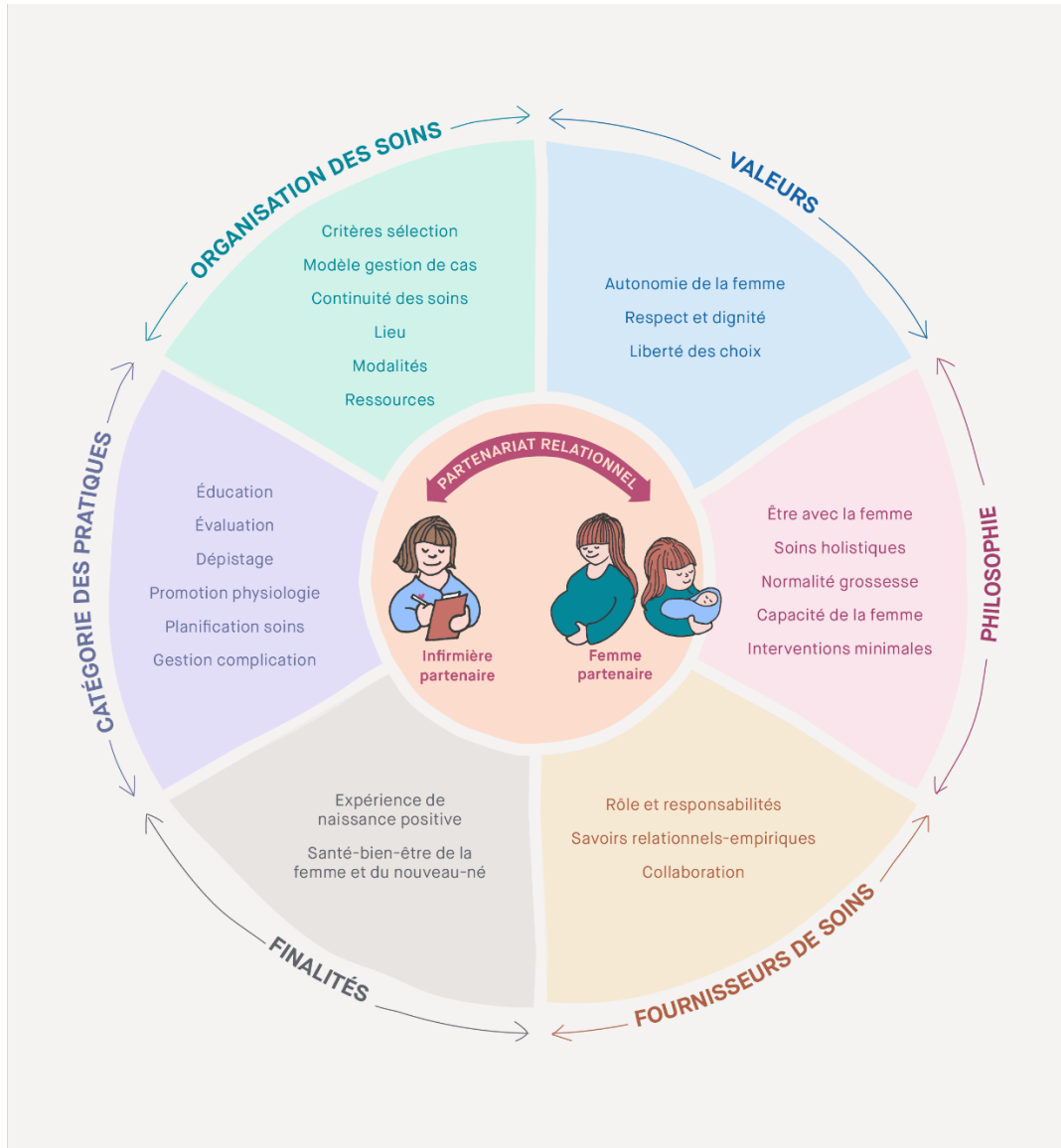


Figure 11 Modèle de continuité relationnelle des soins infirmière-femme en périnatalité

Les catégories des pratiques correspondent à l'étendue de la pratique infirmière d'accompagnement par des activités de soins : éducation à la santé, l'évaluation, le dépistage, la planification, la promotion de la physiologie, la gestion des complications de 1^{re} ligne réalisées auprès de la femme et du nouveau-né tout au long du continuum de soins de la grossesse, de la naissance et du postnatal.

L'organisation des soins correspond au mode de prestation de soins périnataux en gestion de cas – une infirmière principale par femme qui est composée des caractéristiques suivantes : les critères de sélection des femmes, la taille de la charge de travail par infirmière, la continuité des soins relationnelle en prénatal, périnatal et postnatal, le lieu dans la communauté et à l'hôpital pour offrir l'ensemble des soins périnataux, les modalités pour offrir les soins périnataux : en présentiel individuel ou en groupe, messagerie texte, téléphonique, forum et le moment pour la fin des soins périnataux. Le mode d'organisation des soins périnataux repose sur des ressources humaines, financières, matérielles et technologiques optimales.

Les valeurs transmises durant l'accompagnement par l'infirmière sont i) l'autonomisation de la femme, ii) le respect et la bienveillance, et, iii) la liberté de choix qui se reflète dans les comportements types dans la relation de partenariat relationnel fondée sur l'empathie, et ce, par des soins adaptés aux circonstances et aux besoins de la femme.

La philosophie de soins repose sur les principes d'accompagnement qui : i) consistent à « être avec la femme » en offrant des soins infirmiers holistiques qui reconnaissent l'ensemble des besoins biopsychosociaux, culturels et spirituels; ii) renforcent la normalité de la grossesse et la capacité de la femme à donner naissance; et, iii) privilégient le recours aux interventions médicales sur indication claire uniquement.

Les fournisseurs de soins sont : i) l'infirmière qui s'engage dans son rôle et ses responsabilités envers la femme. Elle intègre des savoirs disciplinaires infirmiers relationnels et empiriques fondés sur les données probantes et ii) les autres fournisseurs de soins qui s'engagent dans leur rôle et responsabilité envers la femme en démontrant surtout leurs savoirs relationnels. La collaboration intra et interprofessionnelle est au cœur de la pratique de l'infirmière, selon le besoin de la femme.

Les finalités englobent deux aspects : i) la satisfaction des femmes : expérience de naissance, prise de décision informée et satisfaction sur la base des résultats des soins reçus; et, ii) la santé et le

bien-être des femmes et des nouveau-nés : indicateurs, autogestion rôle de mère et allaitement, attachement, dépression postnatale.

CHAPITRE 5

DISCUSSION

Ce chapitre expose la discussion des principaux résultats portant sur le phénomène à l'étude en quatre sections distinctes. La première section présente la discussion des principaux résultats relatifs aux trois questions de recherche en les comparant avec certains écrits antérieurs. La seconde section révèle la contribution de cette recherche dans les domaines théorique, méthodologique et pratique. La troisième section souligne les forces et limites de la présente recherche. Enfin, la quatrième section clôture le chapitre par une réflexion qui suggère quelques pistes de recherches dans le futur.

1.16 Discussion des principaux résultats – première question de recherche

La discussion des principaux résultats relatifs à la première question de recherche porte sur le thème du partenariat relationnel – l'engagement entre l'infirmière et les femmes. Le processus pour faire l'analyse des données a consisté en une combinaison des deux logiques d'analyse déductive et inductive pour atteindre les résultats de l'étude, ce qui nous amène à effectuer une synthèse des trois principaux résultats qui sont discutés dans ce qui suit.

Le premier résultat principal de l'étude a montré qu'il est possible d'adapter la terminologie de l'engagement du patient-partenaire dans les soins de santé selon le modèle de Pomey et al. (2015) au contexte de l'organisation des soins de la périnatalité. Cette adaptation s'est révélée nécessaire et s'est imposée dès le début de l'analyse, ce qui a permis de co-construire le cadre de référence issu de la présente étude. Durant l'analyse des données, des mouvements de va-et-vient ont été faits pour co-construire le cadre de référence initial. La terminologie du modèle de Pomey et al. (2015),

conceptualisé dans un contexte de maladies chroniques, a présenté des différences d'interprétation en ce qui concerne les unités de sens relatives au contexte de la périnatalité et de la promotion de la santé. À la lumière de la littérature consultée, aucune étude sur le partenariat avec les patients dans les soins de santé n'a été recensée dans le contexte de la promotion de la santé. C'est pourquoi nos résultats sur l'adaptation de la terminologie au contexte de la promotion de la santé pourront s'avérer utiles dans d'autres études.

Le second résultat principal de l'étude pour faire suite à l'adaptation de la terminologie a fait en sorte de redéfinir une typologie en 12 thèmes portant sur le partenariat relationnel – l'engagement entre l'infirmière et les femmes, c'est-à-dire : les quatre dimensions : information, consultation, collaboration et co-construction ainsi que les sous-thèmes correspondant aux quatre comportements types d'engagement de l'infirmière – informer, consulter, motiver et échanger et quatre comportements types d'engagement des femmes – s'informer, questionner, partager et décider, et ce, dans le contexte de la relation entre la femme et l'infirmière au cours de l'expérience de soins en périnatalité lors de la co-construction d'un modèle de continuité des soins. Cette typologie pourra se révéler prometteuse et utile pour d'autres études réalisées dans le contexte de la promotion de la santé.

Le troisième résultat principal de l'étude a laissé émerger une seconde typologie associée aux comportements types de l'infirmière et des femmes pour co-construire les soins dans le contexte de la périnatalité, à la suite du croisement avec les thèmes correspondant aux composantes du modèle de référence de Renfrew et al. (2014). Nos résultats pour ce qui est de l'intensité du partenariat relationnel – engagement associé aux comportements types adoptés par l'infirmière et les femmes ont exposé un classement des interactions par période et aussi de manière longitudinale selon le continuum périnatal. Les modèles proposés par Carman et al. (2013) et repris par Pomey et al. (2015) ont mis en évidence les éléments clés permettant aux patients de participer à leurs soins de santé. Cependant, ces modèles n'incluaient pas le rôle et l'influence des fournisseurs de soins pour garantir la possibilité d'engagement et la qualité de l'engagement; l'ajout des comportements types répond à ce besoin d'analyse. Nous discuterons des principaux constats au

sujet de l'intensité du partenariat relationnel – engagement associé aux comportements types adoptés pour l'infirmière et les femmes. Ces comportements types ont permis de co-créeer les composantes du modèle de soins en périnatalité, dans la relation et au fil du temps, qui sont présentées dans ce qui suit.

1.16.1 Information

Pour la composante des catégories des pratiques, nos résultats ont montré que l'intensité du partenariat relationnel – engagement pour la dimension information associée au comportement type de l'infirmière et des femmes varie :

Par période du continuum de soins :

- i) La dimension information s'est manifestée au 1^{er} rang aux 1^{er}-2^e trimestres, ainsi qu'au 3^e trimestre, lors de la naissance et en postnatal pour la catégorie de pratique éducation. Une des raisons qui explique ce résultat est que la dimension information concerne directement la catégorie de pratique éducation.

Selon l'évolution du continuum de soins:

- ii) Pour l'infirmière, le comportement type informer a été au 1^{er} rang : au 3^e trimestre pour la catégorie éducation, en postnatal pour la catégorie évaluation, aux 1^{er}-2^e trimestres pour la catégorie dépistage, ainsi qu'au 3^e trimestre pour les catégories planification, promotion de la physiologie, et gestion des complications de première ligne ;
- iii) Pour les femmes, le comportement type s'informer auprès des autres sources que l'infirmière a été au 1^{er} rang : au 3^e trimestre pour la catégorie éducation, aux 1^{er}-2^e trimestres pour les catégories évaluation, dépistage et planification, ainsi qu'au 3^e trimestre pour les catégories promotion de la physiologie gestion des complications de première ligne .

Nos résultats ont établi que les comportements types de l'infirmière et des femmes ont favorisé le fait que ces dernières reçoivent des renseignements et des conseils sur la grossesse, l'accouchement

et le postnatal, majoritairement en lien avec la catégorie de pratique éducation. Ce lien entre les comportements types et la catégorie de pratique éducation a favorisé une démarche de co-apprentissage entre la femme et l'infirmière. Les co-apprentissages se sont manifestés tout au long de l'expérience de soins entre l'infirmière et les femmes, et ce, pour la globalité de l'accompagnement. L'infirmière et les femmes en ont appris sur elles-mêmes en étant dans une relation continue dans le temps.

Pour les autres composantes – organisation des soins, valeurs, philosophie, fournisseurs de soins, nos résultats ont montré selon l'évolution du continuum que :

- i) Pour l'infirmière, son comportement type a été au 1^{er} rang : au 3^e trimestre pour toutes les autres composantes.
- ii) Pour les femmes, leur comportement type a été au 1^{er} rang : au 3^e trimestre pour la composante de la philosophie, aux 1^{er}-2^e trimestres pour la composante des fournisseurs de soins et il n'y a aucune interaction pour la composante organisation des soins.

1.16.2 Consultation

Pour la composante des catégories des pratiques, nos résultats ont montré que l'intensité du partenariat relationnel – engagement, pour la dimension consultation, associée au comportement type de l'infirmière et des femmes, varie :

Par période du continuum de soins :

- i) La dimension consultation s'est manifestée au 1^{er} rang aux 1^{er}-2^e trimestres, au 3^e trimestre et en postnatal pour la catégorie de pratique éducation et lors de la naissance pour la catégorie de pratique promotion de la physiologie.

Selon l'évolution du continuum de soins :

- ii) Pour l'infirmière, le comportement type consulter a été au 1^{er} rang : au 3^e trimestre pour les catégories éducation, planification et promotion de la physiologie; aux 1^{er}-2^e

- trimestre pour la catégorie gestion des complications de première ligne et en postnatal pour la catégorie évaluation; il n'y a eu aucune interaction pour la catégorie dépistage;
- iii) Pour les femmes, le comportement type questionner a été au 1^{er} rang : au 3^e trimestre pour les catégories éducation, planification, promotion de la physiologie et gestion des complications de première ligne ; aux 1^{er}-2^e trimestres pour les catégories évaluation et dépistage.

Nos résultats ont montré que les comportements types de l'infirmière et des femmes ont encouragé le fait qu'elles puissent être consultées sur leur questionnement en regard de la grossesse, l'accouchement et le postnatal, et ce, majoritairement en lien avec la catégorie de pratique éducation, mais aussi avec la catégorie de pratique promotion de la physiologie. Ce lien entre les comportements types et la catégorie de pratique éducation et promotion de la physiologie a favorisé une démarche de co-apprentissage centrée sur la femme.

Pour les autres composantes – organisation des soins, valeurs, philosophie, fournisseurs de soins, nos résultats ont montré selon l'évolution du continuum que :

- i) Pour l'infirmière, son comportement type a été au 1^{er} rang : aux 1-2^e trimestres pour toutes les autres composantes.
- ii) Pour les femmes, leur comportement type a été au 1^{er} rang : aux 1-2^e trimestres pour toutes les autres composantes.

1.16.3 Collaboration

Pour la composante des catégories des pratiques, nos résultats ont montré que l'intensité du partenariat relationnel – engagement pour la dimension collaboration associée au comportement type de l'infirmière et des femmes varie :

Par période du continuum de soins :

- i) La dimension collaboration s'est manifestée au 1^{er} rang aux 1^{er}-2^e trimestres pour la catégorie de pratique évaluation, au 3^e trimestre et lors de la naissance pour la catégorie de pratique éducation et en postnatal pour la catégorie de pratique évaluation.

Selon l'évolution du continuum de soins :

- ii) Pour l'infirmière, le comportement type motiver a été au 1^{er} rang : au 3^e trimestre pour les catégories éducation, planification, promotion de la physiologie et gestion des complications de première ligne ; aux 1^{er}-2^e-3^e trimestres et en postnatal presque à égalité pour la catégorie évaluation, aux 1^{er}-2^e trimestres pour la catégorie dépistage;
- iii) Pour les femmes, le comportement type partager a été au 1^{er} rang : au 3^e trimestre pour la catégorie éducation, planification, physiologie et, gestion des complications de première ligne ; aux 1^{er}-2^e trimestres, mais presque à égalité avec le 3^e trimestre et en postnatal pour la catégorie évaluation; aux 1^{er}-2^e trimestres pour la catégorie dépistage.

Nos résultats ont confirmé que les comportements types de l'infirmière et des femmes ont favorisé le fait que celles-ci expriment leurs préférences et leur vécu liés à leur expérience de la grossesse, de la naissance et du postnatal majoritairement en lien avec la catégorie de pratique évaluation, mais aussi avec la catégorie de pratique éducation. Ce lien étroit entre les comportements types et la catégorie de pratique évaluation et éducation a favorisé une démarche de co-évaluation centrée sur la femme.

Pour les autres composantes – organisation des soins, valeurs, philosophie, fournisseurs de soins, nos résultats ont montré selon l'évolution du continuum que :

- i) Pour l'infirmière, son comportement type a été au 1^{er} rang : en postnatal pour la composante organisation des soins; au 3^e trimestre, mais presque à égalité pour la composante philosophie et fournisseur de soins.

- ii) Pour les femmes, leur comportement type a été au 1^{er} rang : en postnatal pour la composante organisation des soins, au 3^e trimestre, mais presque à égalité avec les 1^{er} 2^e trimestres pour la composante philosophie, aux 1^{er}-2^e trimestres pour la composante fournisseurs de soins.

1.16.4 Co-construction

Pour la composante des catégories des pratiques, nos résultats ont montré que l'intensité du partenariat relationnel – engagement pour la dimension co-construction associée au comportement type de l'infirmière et des femmes varie :

Par période du continuum de soins :

- i) La dimension co-construction s'est manifestée au 1^{er} rang aux 1^{er}-2^e trimestres, au 3^e trimestre et en postnatal pour la catégorie de pratique éducation et lors de la naissance pour la catégorie de pratique promotion de la physiologie.

Selon l'évolution du continuum de soins :

- ii) Pour l'infirmière, le comportement type échanger a été au 1^{er} rang : au 3^e trimestre pour les catégories éducation et planification; lors de la naissance, pour les catégories évaluation, gestion des complications de première ligne et promotion de la physiologie; aux 1^{er} -2^e trimestres, pour la catégorie dépistage;
- iii) Pour les femmes, le comportement type décider a été au 1^{er} rang : au 3^e trimestre pour la catégorie éducation, aux 1^{er}-2^e trimestres pour les catégories évaluation et dépistage; au 3^e trimestre pour la catégorie planification; lors de la naissance pour la catégorie promotion de la physiologie et gestion des complications de première ligne .

Nos résultats ont établi que les comportements types de l'infirmière et des femmes ont permis que les décisions en regard de leur projet de naissance et de parentalité s'actualisent majoritairement en lien avec la catégorie de pratique éducation. Lors de la naissance, les échanges avec les femmes sur les choix souhaités ont tenté d'être respectés et soutenus par la catégorie de pratique promotion

de la physiologie. Ce lien étroit entre les comportements types et la catégorie de pratique éducation et promotion de la physiologie a favorisé une démarche de co-construction centrée sur la femme.

Pour les autres composantes – organisation des soins, valeurs, philosophie, fournisseurs de soins, nos résultats ont montré selon l'évolution du continuum que :

- i) Pour l'infirmière, son comportement type a été au 1^{er} rang : en postnatal pour la composante organisation des soins; aux 1^{er}-2^e trimestres, mais presque à égalité avec le 3^e trimestre pour la composante philosophie, au 3^e trimestre pour la composante fournisseurs de soins ;
- ii) Pour les femmes, leur comportement type a été au 1^{er} rang : en postnatal pour la composante organisation des soins, au 3^e trimestre, mais presque à égalité avec les 1^{er}-2^e trimestres pour la composante philosophie, au 3^e trimestre pour la composante fournisseurs de soins.

En somme, nos résultats ont montré que l'intensité du partenariat relationnel – engagement de l'infirmière et des femmes composée des quatre dimensions et leurs comportements types associés se manifestent en simultané dans la relation de soins selon une intensité variable dans les interactions. La relation entre la femme et l'infirmière partenaires s'enracine au fil du temps dans des interactions continues tout au long du continuum de soins. Nos résultats ont illustré que l'intensité du partenariat relationnel – engagement entre l'infirmière et les femmes au cours de l'expérience de soins se vit de manière simultanée et varie dans le temps à l'intérieur d'une même rencontre, d'une période du continuum de soins et aussi de manière longitudinale. C'est pourquoi nos résultats diffèrent des autres modèles sur l'engagement des patients dans les soins de santé qui ont défini et conceptualisé le partenariat relationnel – engagement par des étapes linéaires : i) sur une échelle de participation du plus ou moins (Arnstein, 1969) qui s'est transformée; ii) sur un continuum du moins au plus engagé (Carman et al., 2013; Pomey et al., 2015); ainsi que iii) sur un continuum d'intensité de l'engagement du patient et de l'intervenant (Karazivan et al., 2015).

Dans ces modèles, la dimension information est le niveau inférieur du continuum de l'engagement du patient, celui-ci recevant de l'information sur sa maladie comme le diagnostic et les traitements sans avoir la possibilité d'échanger avec son fournisseur de soins. Les résultats de notre étude ont révélé que dans le contexte de la périnatalité, la dimension d'information ne se situe pas au niveau inférieur du continuum d'engagement. La dimension information s'actualise selon une intensité qui varie au cours du dialogue entre l'infirmière qui transmet de l'information fondée sur les résultats probants et les femmes qui partagent leurs savoirs respectifs afin de co-construire leurs choix informés.

La dimension consultation est le deuxième niveau du continuum de l'engagement des patients, le patient est consulté sur ses perceptions. Les résultats de notre étude ont révélé que dans le contexte de la périnatalité, la dimension consultation ne se situe pas au niveau inférieur du continuum d'engagement. La dimension consultation s'actualise selon une intensité qui varie au cours du dialogue entre l'infirmière et les femmes puisqu'elles sont consultées sur leurs perceptions quant au questionnement qu'elles ont sur la grossesse, sur l'accouchement et sur le postnatal.

La dimension collaboration est le troisième niveau du continuum de l'engagement des patients représenté par la décision partagée portant sur les préférences thérapeutiques du patient. Les résultats de notre étude ont précisé que, dans le contexte de la périnatalité, la dimension collaboration diffère puisqu'elle est présente aussi lorsque le niveau d'engagement peut sembler moins intense. La dimension collaboration permet d'explorer avec les femmes pour qu'elles puissent exprimer leur vécu expérientiel et leurs préférences en vue de faire des choix informés dès la première rencontre d'accompagnement.

La dimension co-construction est le quatrième niveau du continuum de l'engagement des patients, dans lequel le patient est accompagné dans le développement de ses capacités d'autogestion de sa santé. Les résultats de notre étude ont précisé que dans le contexte de la périnatalité, la dimension co-construction s'actualise selon une intensité qui varie puisqu'elle est présente aussi lorsque le niveau d'engagement peut sembler moins intense. La dimension co-construction permet de

soutenir les femmes et de faire ressortir leurs choix au fur et à mesure qu'ils se manifestent tout au long de l'accompagnement.

Pour faire suite à nos résultats, au niveau micro, le partenariat relationnel – engagement et ses dimensions ressemblent au processus de prise de décision avec les patients. La plupart des écrits sur les modèles de prise de décision dans les soins citent les trois types de modèles, soit : le modèle paternaliste, le modèle partagé et le modèle informé (Charles et al., 1999). Nos résultats ont confirmé que la prise de décision des femmes participantes dans notre étude s'est actualisée dans le modèle paternaliste selon la typologie de Charles et al. (1999) dans le contexte du modèle de soins obstétricien. Toutefois, l'intensité du partenariat relationnel – engagement de l'infirmière et des femmes a montré que les dimensions information et collaboration ont été les plus présentes, ce qui illustre la participation des deux partenaires pour faire évoluer les choix des femmes vers le modèle de prise de décision informée. Ainsi, le désir de vouloir engager les femmes dans la co-construction d'un modèle de soins à travers leur vécu clinique a fait en sorte que le modèle co-créer a évolué. Il repose sur certains fondements théoriques du modèle de prise de décision informée. Nos résultats corroborent les travaux de Moore et al. (2014) qui ont développé, dans le contexte de la périnatalité, un modèle de prise de décision partagée en regard des interventions médicales comme l'induction médicale du travail. La première version du modèle n'incluait pas les concepts centrés sur le patient, ce qui a été ajouté. Le nouveau modèle a inclus les divers éléments qui informent sur le processus d'intégration des connaissances fondées sur les résultats probants dans le processus d'engagement (Moore, Low, Titler, Dalton et Sampsel, 2014).

Enfin, nos résultats sur le partenariat relationnel – engagement entre l'infirmière et les femmes ont revisité les quatre dimensions et leurs comportements types associés au modèle patient-partenaire de Pomey et al. (2015) au contexte de la périnatalité. La connaissance des comportements types permettra de soutenir le dialogue entre l'infirmière et les femmes afin qu'elles aient des soins centrés sur leurs besoins et qu'elles puissent réaliser leurs choix informés. Par le fait même, l'intensité de l'engagement de l'infirmière et des femmes influence les composantes du modèle de

soins au lieu que celles-ci soient représentées dans un modèle statique; elles sont représentées plutôt dans un modèle de soins dynamique s'adaptant et évoluant selon le contexte et les femmes.

1.17 Discussion des principaux résultats – deuxième question de recherche

La discussion des principaux résultats relatifs à la deuxième question de recherche qui porte sur les facteurs influençant l'engagement – les femmes, l'organisation, les fournisseurs de soins et la société – lors du partenariat relationnel entre l'infirmière et les femmes a permis de déterminer les caractéristiques qui favorisent ou limitent celui-ci.

1.17.1 Les femmes

Les résultats de notre étude ont exposé que les caractéristiques individuelles des femmes sont forgées par leurs six types de savoirs expérientiels qui traduisent leur vécu : le vécu physique, le vécu social, le vécu émotionnel ou psychologique, le vécu avec le nouveau-né et le vécu de l'expérience de soins. Ils ont démontré que les caractéristiques individuelles des femmes émanant de leur savoir expérientiel lié au vécu de leur grossesse, la naissance et le postnatal varient selon leur situation personnelle, ce qui a pu favoriser ou limiter leur engagement dans leur partenariat relationnel avec l'infirmière.

Les résultats de notre étude corroborent les propos de Truglio-Londrigan et al. (2018) dans le cadre d'une revue systématique sur la prise de décision partagée ayant mentionné que pour comprendre les caractéristiques de chaque patient, il faut commencer par connaître ses caractéristiques individuelles comme : son âge, son genre, son origine ethnique, ses croyances spirituelles et culturelles, son éducation et ses expériences de vie. Toutes ces caractéristiques influencent les croyances du patient à propos de son engagement et la valeur qu'il accorde à celle-ci. Les résultats réaffirment les propos de certains auteurs qui nomment certaines caractéristiques du patient influençant le degré d'engagement telles que ses valeurs, ses connaissances, ses attitudes, ses croyances et ses expériences antérieures, son niveau d'éducation, son état de santé, sa confiance en soi et son statut social (Carman et al., 2013; Pomey et al., 2015; Truglio-Londrigan et Slyer, 2018).

Les résultats de notre étude vont dans le même sens également qu'une récente revue systématique portant sur la participation des patients et les concepts liés qui indiquent trois thèmes se dégageant des écrits au niveau du patient (Halabi et al., 2019). Le premier thème concerne les caractéristiques individuelles du patient. Or, pour que les patients soient autonomes et capables de gérer leur niveau de participation à leurs soins – continuum de l'engagement, ils doivent avoir reçu une formation appropriée qui semble dépendre principalement de la responsabilité du fournisseur de soins. Ce thème appuie les résultats que nous avons obtenus dans le cadre du facteur des femmes en ce qui concerne leurs savoirs expérientiels et plus spécifiquement leur vécu cognitif, tout en les adaptant au contexte de la périnatalité.

De manière plus explicite, les résultats de notre étude sur le vécu cognitif des femmes comportaient certaines limites qui entravaient leur engagement comme partenaire puisqu'elles avaient un besoin d'information pour faire des choix éclairés concernant la grossesse, la naissance et le postnatal, ce qui est soutenu par les propos de certains auteurs (Gee et Corry, 2012). À titre d'exemple, un de nos résultats sur le vécu cognitif des femmes a révélé leurs connaissances limitées sur les avantages et les risques liés à l'accouchement selon le nombre de semaines de gestation. Notre résultat appuie ceux provenant d'une étude qui a interrogé 650 femmes durant la période postnatale concernant leur connaissance sur la durée du terme de la grossesse. Les résultats ont révélé que 24% des femmes estimaient que le fœtus de 34 à 36 semaines de gestation était à terme, 50,8% des femmes à 37-38 semaines et seulement 25,2 % des femmes entre 39 et 40 semaines (Goldenberg, McClure, Bhattacharya, Groat et Stahl, 2009). Plus récemment, une autre étude est arrivée à des résultats similaires auprès de 784 femmes, 52 % d'entre elles ayant choisi une durée de grossesse à terme allant de 39 à 40 semaines. Or, 10 % des femmes ont choisi une période de 39 à 40 semaines et 57 % des femmes une période de 37 à 38 semaines comme étant celle assurant une naissance sans risque. Certaines caractéristiques individuelles étaient associées aux convictions des femmes, notamment les complications médicales liées à la grossesse, le pays de naissance, le niveau d'éducation, le statut professionnel et la fréquentation d'un hôpital tertiaire (Zhang, Todd, Khambalia et Roberts, 2015). Les auteurs concluent qu'une proportion importante de femmes estime qu'une grossesse à terme et le moment le plus précoce pour une naissance sans risque

surviennent avant 39 semaines, ce qui laisse entrevoir des opportunités pour mieux informer les femmes sur les avantages et les risques de l'accouchement à différents moments de gestation. En outre, une étude a évalué la volonté des femmes et de leurs médecins de famille de s'engager dans la prise de décision partagée en ce qui concerne le dépistage prénatal du syndrome de Down (Légaré et al., 2011). Les résultats ont souligné l'importance des caractéristiques individuelles de la femme, comme son attitude et celle de ses proches, son efficacité personnelle, sa perception de l'exactitude morale et l'attitude de son médecin qui influencent sa volonté de s'engager dans les soins.

1.17.2 L'organisation de santé

Les résultats de notre étude ont exposé certaines caractéristiques de l'organisation de santé influençant favorablement l'engagement dans la relation de partenariat infirmière-femme. Il s'agit de : i) la culture institutionnelle qualifiée d'humaniste dans ses pratiques au sein de la communauté; ii) la philosophie et la mission centrée sur la famille; et iii) certaines politiques et pratiques organisationnelles favorisant la participation des femmes aux soins directs. Par exemple, l'aménagement de l'unité familiale des naissances qui favorise la cohabitation de la famille, 24 heures sur 24, certains programmes basés sur les résultats probants en vigueur comme AMPRO, IAB et la certification de l'établissement comme étant agréé pour la qualité et la sécurité de ses soins. De plus, le programme de cheminement clinique pour l'accouchement vaginal et pour la césarienne favorise la participation des femmes à leurs soins. En contrepartie, les résultats de notre étude ont démontré certaines caractéristiques de l'organisation qui limitent le partenariat relationnel – engagement, soit : certaines politiques et pratiques organisationnelles, comme l'organisation de la pratique selon le modèle de soins médical, diminuant la continuité des soins avec les fournisseurs de soins dans les différents moments du continuum de soins; les protocoles cliniques qui standardisent l'expérience de soins; le nombre de médecins dans le groupe gynécologue; l'aménagement des lieux de la clinique médicale lors du suivi de grossesse; l'accès aux dossiers cliniques pour les femmes; et, la non-certification de l'établissement de l'hôpital au programme IAB.

Nos résultats vont dans le même sens que le résultat de Carman et al. (2013) et de Pomey et al. (2015) qui ont mis en évidence certaines caractéristiques de l'organisation influant sur le degré d'engagement comme facteur qui sont corroborées par nos résultats comme : la culture institutionnelle ouverte et réceptive à l'opinion des personnes, les politiques et les pratiques institutionnelles qui peuvent faciliter ou contraindre la participation des patients. Les résultats de notre étude vont également dans le même sens que la récente revue systématique de Halabi et al. (2019) portant sur la participation des patients et les concepts liés qui indique quatre thèmes se dégageant des écrits pour ce qui est de l'organisation de santé. Le premier thème concerne les caractéristiques de l'organisation de soins de santé qui comprennent : i) la vision et la gouvernance du système de soins de santé – structures, mission, valeurs, politiques, procédures et lignes directrices; et, ii) la flexibilité de l'organisation de soins de santé – capacité de réflexion, changement et actions d'amélioration. Ce thème appuie les résultats que nous avons obtenus dans le cadre de certaines caractéristiques du facteur organisation de santé au contexte de la périnatalité. Le deuxième thème est la culture organisationnelle qui englobe : i) la qualité et la sécurité des soins – les patients dirigent conjointement des comités de sécurité de l'hôpital et d'amélioration de la qualité, ii) l'accès des patients aux soins – les soins doivent être universellement accessibles et adaptés aux besoins des patients selon les valeurs, priorités, perspectives et préoccupations, ainsi que iii) la continuité des soins et la coordination interprofessionnelle – préparation des transitions entre les patients hospitalisés et les patients externes, les services de suivi après la sortie, l'assignation des patients au même praticien de soins primaires. Ce thème appuie les résultats que nous avons obtenus dans le cadre de certaines caractéristiques du facteur organisation de santé au contexte de la périnatalité. Le troisième thème concerne la formation qui inclut : i) la formation des fournisseurs et des patients pour améliorer les compétences et favoriser leur participation réciproque. Enfin, le quatrième thème concerne l'accès aux ressources qui comprend : i) l'accès aux ressources pour les patients et les fournisseurs de soins fournis par l'établissement de santé pour favoriser la participation des patients. Le troisième et le quatrième thème ne sont pas ressortis de nos résultats portant sur le facteur organisation de santé au contexte de la périnatalité.

Plus spécifiquement, les résultats de l'étude qualitative de Noseworthy et al. (2013) sur l'engagement des femmes dans les soins en maternité ont démontré l'influence des facteurs humains, contextuels et politiques complexes comme : l'organisation des soins de maternité à l'échelle nationale et locale qui peut être ouverte ou fermée; la culture hospitalière locale; les accouchements médicalisés, la pénurie de main-d'œuvre, les restrictions budgétaires (Noseworthy et al., 2013). De plus, les résultats de l'étude qualitative de Behruzi et al. (2011) sur l'humanisation des pratiques de soins lors de la naissance dans une organisation comme un hôpital hautement spécialisé ont constaté que les dimensions externes et internes de l'organisation possèdent des facteurs facilitants ou limitants similaires. Les principaux facteurs facilitants constatés sont les suivants : le modèle de soins axé sur la famille, l'ambiance pour offrir des soins de naissance humanisés en plus des soins d'intervention médicale conçus pour améliorer la sécurité, la sécurité et le confort des femmes et de leurs nouveau-nés, des installations permettant une naissance sans douleur ainsi que des règles de visite tenant compte des croyances spirituelles et religieuses des femmes. Les principaux facteurs limitants constatés sont les suivants : la pénurie de professionnels de santé, le manque de communication entre les fournisseurs de soins, le désir de spécialisation des parties prenantes plutôt que l'humanisation, la surestimation des performances médicales, enfin l'environnement de formation de l'hôpital conduisant à la présence de nombreux professionnels de la santé et, par conséquent, un manque d'intimité et de continuité des soins.

1.17.3 Les fournisseurs de soins

Les résultats de notre étude ont exposé certaines caractéristiques des fournisseurs de soin influençant l'engagement dans la relation de partenariat infirmière-femme. Ces caractéristiques des fournisseurs de soins sont : i) les qualités interpersonnelles qui se doivent d'être qualifiées d'humanistes, ii) leur formation et le nombre d'années d'expérience dans leur domaine respectif, iii) leurs croyances quant à la pertinence que les femmes se préparent à jouer un rôle actif dans leurs soins, iv) l'intérêt ou l'absence d'intérêt envers le projet de naissance des femmes, v) la manière dont le processus de décision est réalisé avec les femmes en ce qui concerne leur participation qui est perçue comme limitée ou non, vi) l'asymétrie de connaissance, vii) la présence ou non de conflit d'intérêts. La caractéristique qui s'est révélée être la plus importante est la durée

de la rencontre avec le fournisseur de soins, qui se traduit par le temps nécessaire consacré à chacune des femmes. Nos résultats sur les caractéristiques des fournisseurs de soins font ressortir l'importance pour les femmes que ceux-ci possèdent des savoirs relationnels combinés évidemment avec des savoirs d'expertise fondés sur les résultats probants, ce qui n'était pas toujours le cas.

Nos résultats corroborent les résultats de Carman et al. (2013) et Pomey et al. (2015) qui ont mis en évidence certaines caractéristiques sur les fournisseurs de soin qui influencent l'intensité d'engagement, soit leurs croyances et leurs pratiques professionnelles. Les résultats de notre étude vont dans le même sens également que la récente revue systématique de Halabi et al. (2019) portant sur la participation des patients et les concepts liés qui indique trois thèmes se dégageant des écrits au sujet des fournisseurs de soins. Le premier thème concerne les caractéristiques individuelles du fournisseur de soins : i) le contexte sociodémographique et psychosocial comme les objectifs, les convictions, les valeurs et les qualités interpersonnelles, qui sont des éléments qui influencent la capacité de celui-ci à participer à une relation de partenariat. Ces caractéristiques doivent s'aligner sur celles enracinées dans la « participation du patient ». Ce thème appuie les résultats que nous avons obtenus dans le cadre des caractéristiques du facteur des fournisseurs de soins au contexte de la périnatalité. Le second thème concerne les attitudes du fournisseur de soins qui se doivent : i) d'adopter une perspective biopsychosociale qui englobe toutes les difficultés que le patient présente et non pas seulement les problèmes biomédicaux; de considérer le patient comme un individu unique et complet par une capacité de comprendre l'expérience personnelle du patient et la signification de sa maladie; de responsabiliser les patients par une attitude de partenariat qui consiste à un engagement dans un processus de partenariat qui nécessite de reconnaître la capacité du patient à gérer lui-même son état de santé. Ce thème appuie les résultats que nous avons obtenus dans le cadre de la première question de recherche décrivant les comportements types associés de l'infirmière. Enfin, le troisième thème concerne les connaissances et les compétences du fournisseur de soins qui se traduisent par : i) son expertise clinique qui inclut un engagement à adopter une pratique factuelle, une capacité à prendre des décisions, une compétence dans les aspects techniques des soins; ii) ses habiletés d'écoute et de communication; et, iii) sa capacité à

fournir un soutien physique et émotionnel, ce qui signifie de prendre soin du patient en lui offrant des soins médicaux et non médicaux. Ce thème appuie les résultats que nous avons obtenus dans le cadre des caractéristiques du facteur des fournisseurs de soins tout en les adaptant au contexte de la périnatalité.

1.17.4 La société

Les résultats de notre étude ont exposé certaines caractéristiques de la société influençant l'engagement dans la relation de partenariat infirmière-femme. Ces caractéristiques de la société sont : i) les représentations sociales de la grossesse et de la naissance, ii) la gestion des risques liée à la sécurité du nouveau-né, iii) le choix du fournisseur de soins comme un obstétricien versus un fournisseur de soins primaires fondé sur le contexte socioculturel de peur collective liée à l'accouchement et iv) la perception de la participation active des femmes dans leurs soins.

Nos résultats corroborent les résultats de Carman et al. (2013) et Pomey et al. (2015) qui ont mis en évidence certaines caractéristiques de la société composée de l'environnement social et politique qui influence l'intensité d'engagement, soit : les normes sociales, la réglementation et les politiques de différents paliers qui peuvent influencer la participation des patients et des citoyens et entraîner un impact sur la perception de la valeur ajoutée de leur engagement aux différents niveaux du système de santé. Les résultats de notre étude vont dans le même sens également que la récente revue systématique de Halabi et al. (2019) portant sur la participation des patients et les concepts liés qui indiquent trois thèmes se dégageant des écrits au niveau de la société et du gouvernement. Le premier thème concerne les caractéristiques du système de santé qui font référence au contexte sociopolitique et influencent le système de santé, et donc la participation du patient. Les patients, les médecins et les établissements sont influencés par les normes sociales, les valeurs sociétales, les cultures sociales, les priorités en matière de santé, les législations et les politiques. Les normes sociales et communautaires peuvent être plus ou moins favorables à la participation du patient et ont donc un impact sur sa perception. Ce thème appuie les résultats que nous avons obtenus dans le cadre des caractéristiques du facteur société au contexte de la périnatalité.

Plus spécifiquement, l'étude qualitative de Noseworthy et al. (2013) mentionne aussi que le contexte sociopolitique peut également ouvrir ou fermer des possibilités d'engagement des femmes à l'échelle nationale et locale du système de santé. Nos résultats sont semblables à certains écrits sur le contexte socioculturel qui décrivent la caractéristique de la représentation négative de la grossesse et de la naissance comme suit : la culture actuelle des soins de maternité est axée sur la peur et sur les risques associés à l'accouchement; l'acceptation de la société en ce qui concerne la naissance comme un événement intrinsèquement dangereux nécessitant des interventions médicales; l'utilisation systématique de technologies médicales et d'interventions pendant le travail et la naissance limite la prise de conscience et la connaissance collective par les femmes de l'accouchement physiologique; les informations erronées sur la grossesse et l'accouchement dans les médias perpétuent la perception des soins de maternité basés sur la technologie; et, une prise de décision passive est nécessaire (Gee et Corry, 2012).

1.18 Discussion des principaux résultats – troisième question de recherche

La discussion des principaux résultats relatifs à la troisième question de recherche porte sur l'émergence du modèle de continuité relationnelle des soins infirmière-femme en périnatalité et ses composantes co-construites au cours de l'expérience de soins. Chacune des composantes du modèle de soins vécus à travers le partenariat relationnel entre l'infirmière et la femme lors de l'expérience de soins, soit les catégories de pratiques, l'organisation des soins, les valeurs, la philosophie, les fournisseurs de soins et les finalités, sont discutées en matière de valeur ajoutée ou d'écart pour les femmes. À des fins de compréhension, il importe de rappeler que la discussion se fait selon les écrits portant sur le modèle de soins obstétricien puisque les femmes participantes ont été suivies par ce fournisseur de soins. Au Québec, un modèle de suivi de grossesse conjoint médecin-infirmière fait partie de l'offre de services dans certaines régions sociosanitaires. Cependant, ce modèle de suivi-conjoint s'actualise principalement avec les médecins de famille exerçant en GMF, ce qui représente un faible pourcentage des suivis de grossesse. C'est donc dire que la majorité des femmes ont uniquement un contact avec leur obstétricien durant la grossesse. Au moment de la naissance, l'obstétricien présent n'est pas nécessairement celui qui a assuré les

soins prénatals et les infirmières offrent des soins pernatals et postnatals à l'hôpital sous surveillance médicale. Comme exposé dans la recension des écrits, il s'agit du modèle de soins en maternité le plus fréquent en Amérique du Nord.

1.18.1 Catégories de pratiques

Pour la composante des catégories de pratique, nos résultats ont permis de coconstruire l'étendue de la pratique infirmière représentée par les activités de soins réalisées auprès des femmes tout au long du continuum en périnatalité : aux premier, deuxième et troisième trimestres de la grossesse, au moment de la naissance et dans le postnatal. Les catégories de pratique suivantes, soit éducation, évaluation, dépistage, planification des soins, promotion de la physiologie et prévention des complications et gestion des complications de première ligne, sont discutées dans ce qui suit en lien avec l'organisation du modèle de soins standard au Québec.

1.18.1.1 Éducation

Nos résultats ont permis de définir la catégorie de pratique éducation et de démontrer qu'elle se situe au 1^{er} rang aux 1^{er}-2^e trimestres, au 3^e trimestre et en postnatal, et ce, tout en établissant les quatre thèmes et sous-thèmes d'éducation prénatale qui sont d'intérêt pour les femmes, soit la grossesse, la naissance, le nouveau-né et la parentalité ainsi que l'organisation des soins.

Tableau 69 Catégorie de pratique : Éducation à la santé thèmes et sous-thèmes abordés

Thèmes sur la grossesse	Thèmes sur la naissance	Thèmes sur le nouveau-né et la parentalité	Thème sur l'organisation des soins
Changements Physiologiques	Physiologie accouchement	Allaitement	Accompagnement par l'infirmière
Conseils préventifs	Autosoins travail	Développement du nouveau-né	Organisation des soins au Québec
Habitudes de vie	Interventions médicales	Complications du nouveau-né	
Tests de dépistage	Médicalisation	Sécurité du nouveau-né	
Complications	Méthode non pharmacologique	Soins du nouveau-né	
	Méthode pharmacologique	Soins postnatals de la femme	
	Projet naissance		
	Rôle du partenaire		

Nos résultats ont confirmé que la catégorie de pratique éducation a été une valeur ajoutée pour les femmes puisqu'il s'agit de l'activité de soins occupant le premier rang. Ce résultat appuie le constat déjà soulevé dans le rapport sur la performance des soins de santé en périnatalité au Québec évoquant le besoin informationnel des femmes durant cette période (Commissaire à la santé et au bien-être, 2011). Or, dans le modèle de soins obstétricien, la contribution infirmière n'est pas optimale pour ce qui est de l'activité de soins d'éducation auprès des femmes en individuel au moment de la grossesse selon leurs besoins informationnels, et ce, tout au long du continuum. Certes, les femmes ont accès à des cours prénatals de groupe, mais le taux de participation n'est pas optimal. Selon une enquête québécoise, le pourcentage des parents ayant un enfant de 0-5 ans n'ayant pas participé à des rencontres prénatales est de 40,2 % (Institut de la statistique du Québec, 2015).

Bien souvent dans le modèle de soins obstétricien, Internet devient la principale source d'information des femmes. Une étude a exploré les sources d'informations utilisées par les femmes pendant la grossesse pour répondre à leurs besoins en information concernant la grossesse, la naissance et la période postnatale (Grimes, Forster et Newton, 2014). Les résultats ont permis de constater que les femmes considéraient les livres populaires sur la grossesse comme la source d'information la plus utile. L'information prénatale transmise lors de rencontres en groupe a été la source d'information la moins utile. Le tiers des femmes avaient des besoins d'apprentissage non satisfaits, en particulier en ce qui concerne l'allaitement et le rétablissement postnatal. Les résultats ont montré une plus grande proportion de femmes suivies dans le modèle médical qui ont déclaré qu'Internet était leur source d'information la plus utile. En comparaison, les femmes suivies dans le modèle sage-femme ont décrit la discussion avec la sage-femme comme leur source d'information la plus utile. Nos résultats appuient les constats de cette étude puisqu'au début de l'accompagnement avec l'infirmière, les femmes indiquaient avoir comme source d'information principale Internet ainsi que certains livres populaires sur la grossesse. Or, au cours de l'accompagnement avec l'infirmière, il semble que celle-ci soit devenue une source d'information utile pour les femmes puisque cette catégorie de pratique s'est située au premier rang, ce qui va dans le même sens que les résultats de cette étude.

Toutefois, un de nos résultats sur l'intensité du partenariat relationnel a montré que le comportement type « s'informer » des femmes était faible. Pourtant, les femmes ont mentionné plusieurs sites consultés, ainsi que le nombre d'heures de consultation passées sur Internet, pour obtenir de l'information lors des entretiens portant sur le comportement lié à l'usage des technologies de l'information et de la communication durant leur expérience de maternité. Ce résultat est similaire à celui d'une étude phénoménologique dont l'objectif était de déterminer la manière dont les mères se préparaient elles-mêmes avec les médias électroniques en vue d'une naissance à l'hôpital (Fleming, Vandermause et Shaw, 2014). Les résultats ont montré que les femmes mentionnent rarement le contenu consulté sur Internet à leur sage-femme. Ainsi, il s'avère nécessaire que l'infirmière tienne compte du comportement lié à l'usage des technologies de l'information et de la communication des femmes pour adapter l'activité d'éducation prénatale qui s'est transformée avec l'avènement d'Internet et de son impact sur la santé.

En effet, dans le modèle de soins obstétricien, une étude a exploré la manière dont les femmes utilisent Internet pour gérer leurs grossesses et leur relation avec leur médecin, en examinant en particulier le rôle de la classe sociale et les antécédents médicaux personnels dans le façonnement de cette utilisation d'Internet (Song, West, Lundy et Smith Dahmen, 2012). Les résultats montrent que, plutôt que d'utiliser la technologie pour s'interroger sur les pratiques dans le paradigme biomédical dominant, la plupart des femmes se sont tournées vers des ressources en ligne affirmant l'autorité médicale traditionnelle et ont continué de faire confiance à leurs médecins. Or, si Internet peut fournir les moyens de confirmer la normalité et de prendre le contrôle de leurs expériences en matière de procréation, il pourrait aussi permettre aux femmes de jouer pleinement le rôle de patiente informée afin de démontrer leurs compétences maternelles.

En outre, un de nos résultats a également permis de constater que l'éducation prénatale offerte par l'infirmière a pour objectif d'encourager les femmes dans leur processus de réflexion pour faire leurs choix informés et de les formuler dans leur projet de naissance. Une étude a évalué l'influence des cours d'éducation prénatale dispensés par des sages-femmes sur les préférences formulées par les femmes dans leur projet de naissance (Soriano-Vidal, Vila-Candel, Soriano-Martín, Tejedor-

Tornero et Castro-Sánchez, 2018). Les résultats ont montré qu'il y avait des différences significatives dans les préférences inscrites par les femmes dans leur plan de naissance, et ce, avant et à la fin des cours d'éducation prénatale. Trois préférences ont montré un changement entre la séance initiale et la fin de l'intervention, soit : la capacité à pousser spontanément, l'évitement de l'épisiotomie et l'allaitement précoce. Les auteurs concluent que les ajustements apportés aux projets de naissance pourraient suggérer que les cours d'éducation prénatale exercent une influence sur les préférences en matière de naissance des femmes. La conclusion de cette étude vient appuyer nos résultats concernant la pertinence de cette catégorie de pratique dans le modèle de soins co-construit. En effet, l'importance de cette catégorie de pratique réside dans le fait qu'il s'agit d'une activité de soins qualifiée d'autonome dans le rôle de l'infirmière. Il serait souhaitable qu'elle soit davantage reconnue et valorisée dans l'organisation des soins en périnatalité actuelle.

1.18.1.2 Évaluation

Nos résultats ont permis de définir la catégorie de pratique évaluation et de démontrer qu'elle se situe au 2^e rang, et ce, aux 1^{er}-2^e trimestres et en postnatal ainsi qu'au 3^e rang au 3^e trimestre et lors de la naissance. Un des résultats est d'avoir établi quel est le type d'évaluation le plus réalisé par l'infirmière, soit : l'évaluation psychosociale aux 1^{er}-2^e et 3^e trimestres et en postnatal ainsi que l'évaluation perinatale lors de la naissance.

Nos résultats ont confirmé que la catégorie de pratique évaluation a constitué une valeur ajoutée pour les femmes, plus particulièrement en ce qui concerne l'évaluation psychosociale. En effet, ce résultat a exposé qu'il s'agit de l'activité de soins se situant au deuxième rang et appuie le constat déjà soulevé dans le rapport sur la performance des soins de santé en périnatalité au Québec évoquant le besoin de considérer l'ensemble des besoins biopsychosociaux des femmes (Commissaire à la santé et au bien-être, 2011). Dans le modèle de soins obstétricien, la contribution infirmière n'est pas optimale et globale à l'activité d'évaluation auprès des femmes puisque sa contribution est davantage axée sur la dimension physique.

Pour ce qui est de l'évaluation prénatale, les femmes ont eu leur suivi de grossesse traditionnel auprès de l'obstétricien, ce qui fait que l'infirmière n'a pas dédoublé l'évaluation physique. De plus, puisque cette activité réservée en est une de contribution à des activités médicales, l'infirmière aurait dû avoir accès à un médecin répondant sur place afin de pouvoir répondre aux besoins de la femme et de son fœtus lorsqu'une situation clinique l'exigeait et lorsqu'elle constatait un écart par rapport à la normalité (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2015). Or, cette règle est discutable, car, la grossesse n'étant pas une maladie, mais un état de santé, l'infirmière aurait été en mesure de mieux contribuer à l'évaluation de la condition physique et mentale de la femme afin d'apprécier la normalité et de valoriser celle-ci puisque la plupart des grossesses sont sans complication. Elle aurait pu procéder de façon formelle à l'examen physique des femmes enceintes et référer à l'obstétricien, les femmes qui présentaient un écart par rapport à la normalité. Or, dans le contexte de l'étude, l'infirmière a plutôt assuré la surveillance de l'état de santé des femmes pour faire suite aux données qu'elles ont transmises quant à l'évaluation physique dans le cadre de leur suivi de grossesse médicale. En ce qui concerne l'évaluation postnatale, nos résultats ont montré une valeur ajoutée même si les femmes étaient suivies dans le modèle de soins obstétricien puisqu'elles ont bénéficié de l'évaluation de l'infirmière selon leurs besoins sur une plus longue période.

La médicalisation de la naissance influence l'approche d'évaluation qui est axée sur les complications potentielles concernant une population de femmes enceintes en santé. Cette influence se traduit même dans la contribution qui est attendue de l'infirmière dans le suivi de grossesse et le suivi postnatal qui est axé sur la pathologie, comme cité dans les libellés suivants du champ d'exercice :

Dans le cadre du suivi de grossesse normale ou à risque, la contribution de l'infirmière vise à évaluer et à surveiller l'état de santé physique et mentale de la femme enceinte, à la soulager de certains malaises courants de la grossesse, à détecter des complications nuisant à son bien-être et à celui du fœtus (ex. :

hypertension gravidique, travail prématuré, violence conjugale) (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2016, p.57).

En post-partum immédiat, l'infirmière procède à l'examen initial du nouveau-né et à la surveillance de signes précoces de complications, entre autres les difficultés respiratoires et la tachycardie transitoire du nouveau-né, ainsi que chez la nouvelle accouchée (hémorragie, hypotension, tachycardie, etc.) (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2016, p.57).

À la suite de la lecture des libellés du champ d'exercice de l'infirmière au Québec, le constat concernant l'activité d'évaluation est que celle-ci mise sur le risque, et ce, même si la majorité des grossesses se déroulent normalement. L'approche basée sur les risques peut entraîner un nombre de visites médicales plus élevé que la norme. Cette approche basée sur les risques peut également impliquer de recourir à un nombre accru d'échographies, de tests préalables et de poursuivre l'utilisation de tests et d'évaluations non fondées sur des résultats probants. Une culture de pratique où la grossesse est automatiquement considérée comme risquée conduit à normaliser les tests inutiles et les interventions qui en résultent. Cette tendance a également le potentiel de susciter chez les femmes une culture de peur entourant la maternité avec des effets psychologiques négatifs et une atteinte à leur propre connaissance de la grossesse et de la naissance (Jordan et Murphy, 2009). Or, dans le cadre de l'étude, les activités d'évaluation de l'infirmière se sont davantage concentrées sur les autres dimensions, soit : psychosocial, culturel et spirituel. À la suite de cette évaluation, l'infirmière a pu déterminer les soins psychosociaux auprès des femmes. Ce résultat est corroboré par l'étude de Kemp et al. (2013) sur la continuité relationnelle des soins des infirmières. Les résultats sur les soins psychosociaux durant la période prénatale et postnatale offerts par les infirmières ont constitué une complémentarité efficace aux soins obstétricaux.

En ce qui concerne l'évaluation des femmes lors du travail et de la naissance, nos résultats ont montré une valeur ajoutée même si les femmes étaient suivies dans le modèle de soins obstétricien

à trois niveaux : i) l'évaluation physique, culturelle et psychosociale de la femme; ii) l'évaluation de la douleur de la femme; et iii) l'évaluation du bien-être fœtal.

Pour ce qui est de l'évaluation physique, culturelle et psychosociale de la femme en travail, celle-ci a commencé par téléphone ou messagerie texte dès le début de la phase de latence pour les femmes qui étaient à domicile. Cette évaluation téléphonique des femmes en début de travail a permis de les rassurer et d'éviter qu'elles se déplacent inutilement à l'hôpital avant qu'elles soient en phase active. Ce résultat est soutenu par une étude sur les soins offerts aux femmes lors de la période de latence qui a démontré que beaucoup de femmes ont besoin d'un soutien continu pendant la phase de travail latente (Eri, Blystad, Gjengedal et Blaaka, 2010). Le service de maternité à l'hôpital n'offre généralement pas un soutien précoce au travail optimal, c'est-à-dire que les femmes sont invitées à demeurer à la maison après avoir reçu un conseil par téléphone ou elles sont retournées à la maison après une évaluation initiale à l'hôpital (Spiby, Green, Richardson-Foster et Hucknall, 2013). Des études ont d'ailleurs montré que les femmes ont davantage recours aux interventions médicales lorsqu'elles sont admises trop hâtivement à l'hôpital (Bailit, Dierker, Blanchard et Mercer, 2005; Rahnama, Ziaei et Faghihzadeh, 2006). Par la suite, cette évaluation s'est poursuivie à l'hôpital en parallèle avec celle de l'infirmière de l'hôpital, mais pas nécessairement avec les mêmes critères d'évaluation. L'infirmière a utilisé les dernières recommandations sur l'accouchement normal de l'OMS (Organisation mondiale de la Santé, 2018).

En ce qui concerne l'évaluation de la douleur, l'infirmière a eu recours à l'outil d'évaluation de la douleur appelé : algorithme d'adaptation au travail. Une étude sur l'évaluation de la douleur de la femme en travail a démontré qu'il est préférable d'utiliser cet outil plutôt que l'échelle de notation numérique standard 0 à 10 puisque la douleur du travail est toujours unique en raison des diverses composantes physiologiques, émotionnelles, sociales et culturelles qui y contribuent (Roberts, Gulliver, Fisher et Cloyes). Les résultats ont démontré que l'algorithme d'adaptation au travail comporte une valeur ajoutée puisqu'il permet de mieux documenter le mécanisme de la douleur et

de fournir des suggestions de soins infirmiers pour la femme en travail, ce que nos résultats ont aussi révélé.

Pour ce qui est de l'évaluation du bien-être foetal, l'infirmière n'a pas procédé à ce type d'évaluation et de surveillance puisque les femmes étaient suivies dans le modèle de soins obstétricaux. L'évaluation du bien-être foetal au moyen du monitoring intermittent plutôt qu'avec l'auscultation intermittente a été une des interventions médicales en contradiction avec les données probantes puisque le libellé indique que l'infirmière :

... assure le monitoring électronique des contractions et le monitoring foetal électronique. La surveillance qu'elle exerce permet de détecter les complications pendant le travail (providence du cordon, détresse foetale, arrêt de la progression du travail, etc.) et d'intervenir (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2016, p.57).

Or, il serait souhaitable que le libellé de l'OIIQ pour que l'évaluation du bien-être foetal soit modifié afin d'y inclure les dernières recommandations en vigueur concernant l'auscultation intermittente qui est suggérée, et ce, dans le but de favoriser la physiologie du travail et de la naissance (Alfirevic et al., 2017).

1.18.1.3 Dépistage

Nos résultats ont permis de définir la catégorie de pratique dépistage et de démontrer qu'elle se situe au 5^e rang aux 1^{er}-2^e trimestres ainsi qu'au 6^e rang au 3^e trimestre, lors de la naissance et en postnatal.

Nos résultats ont confirmé que la catégorie de pratique dépistage aurait pu avoir une meilleure valeur ajoutée pour les femmes puisqu'il s'agit de l'activité de soins se situant dans les derniers rangs. Ce résultat appuie le constat concernant le dépistage qui est présenté bien souvent comme des soins standards auxquels les femmes doivent se conformer sans qu'elles puissent réellement faire des choix informés. Une étude portant sur les représentations de femmes au Québec sur la

grossesse et l'accouchement à l'ère de la biotechnologie mentionne que le dépistage prénatal est devenu une surveillance « normale » de toutes les grossesses par les fournisseurs de soins qui n'hésitent pas à le prescrire et parfois même sans favoriser un choix éclairé (Gagnon, 2017). De plus, la contribution infirmière à l'activité de dépistage n'est pas optimale et globale auprès des femmes; elle se limite bien souvent au côté technique par l'activité réservée suivante : des examens et des tests diagnostiques invasifs effectués, selon une ordonnance, par des infirmières oeuvrant dans un centre de prélèvement au sein de l'établissement ou par une entreprise privée. Dans le modèle suivi conjoint, une des activités de l'infirmière est de remplir et remettre les demandes d'analyses de laboratoire courantes en pratique obstétricale pour chacun des trimestres selon les antécédents dans le cadre d'une ordonnance collective (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2015).

Dans le cadre du modèle de soins en continuité, la catégorie de dépistage pourrait être améliorée en ce qui concerne l'accessibilité et la globalité. Lors des rencontres avec les femmes, l'infirmière pourrait procéder aux deux activités réservées en lien avec la catégorie de dépistage : i) effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs selon une ordonnance comme les laboratoires courants en pratique obstétricale T1 et T2 et ii) d'initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage, dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2) pour le dépistage des ITSS chez les femmes asymptomatiques. La raison ayant justifié le fait que l'infirmière n'ait pu réaliser ces deux activités réservées concerne l'organisation du transport des échantillons vers le centre de prélèvements pour fin d'analyse des résultats. La réalisation des deux activités réservées par l'infirmière ferait en sorte qu'elle pourrait également valider que les femmes font réellement un choix informé. Nos résultats sont corroborés par l'étude de Seven et al. (2017) qui indique comme résultat que les infirmières en périnatalité sont dans une position idéale pour informer les femmes enceintes des tests de dépistage prénatal afin d'améliorer l'accès aux services de santé et de veiller à ce que les femmes enceintes et leurs partenaires prennent des décisions éclairées (Seven, Akyüz, Eroglu, Daack-Hirsch et Skirton, 2017).

En outre, la catégorie de pratique dépistage a tout de même été une valeur ajoutée pour les femmes. En effet, nos résultats ont démontré que les activités de dépistage au cours de la grossesse ont représenté des moments anxiogènes pour toutes les femmes participantes, surtout aux 1^{er} et 2^e trimestres. L'infirmière a pu accompagner les femmes dans le processus de dépistage prénatal durant la grossesse. Elle a pu valider leurs connaissances, leur transmettre l'information et les écouter concernant leur expérience vécue. En ce sens, nos résultats ont montré que l'infirmière a joué un rôle d'accompagnement et de soutien émotionnel auprès des femmes au niveau de leur vécu lié au dépistage. Les résultats d'une étude qualitative longitudinale dont l'objectif était de comprendre les caractéristiques de l'anxiété prénatale et les mécanismes d'adaptation spécifiques à la grossesse afin de mieux prévenir et intervenir ont démontré que toutes les femmes participantes évoquent la question de l'importance du lien et de la relation avec les fournisseurs de soins (Reeves, Pelletier, Schauder, Thériault et Wendland, 2016). Ces dernières ont reconnu la compétence des fournisseurs de soins, mais ont déploré parfois le manque de continuité dans le suivi et le manque de disponibilité de ceux-ci. Un de nos résultats a également montré que l'infirmière peut assurer le dépistage de la dépression prénatal et postnatal puisque la relation continue dans le temps a permis de brosser un portrait plus global et approfondi des femmes. Ce résultat corrobore les propos d'Alderdice et al. (2013) dans une revue systématique sur le sujet affirmant que les femmes sont en contact régulier avec les services de santé pendant la période périnatale et que les fournisseurs de soins occupent une position clé pour : i) éduquer et soutenir les femmes en matière de bien-être et de santé mentale; et, ii) identifier les femmes à risque : celles qui subissent un stress accru, les femmes qui risquent davantage de développer des problèmes de santé mentale et les femmes ayant une maladie mentale existante (Alderdice, McNeill et Lynn, 2013).

1.18.1.4 Planification des soins

Nos résultats ont permis de définir la catégorie de pratique planification des soins et de démontrer qu'elle se situe au 4^e rang aux 1^{er}-2^e trimestres, au 3^e trimestre et en postnatal, ainsi qu'au 5^e rang lors de la naissance.

Nos résultats ont confirmé que la catégorie de pratique planification des soins a été une valeur ajoutée pour les femmes puisqu'il s'agit de l'activité de soins se situant tout de même au quatrième rang. Ce résultat appuie le constat de l'importance de planifier avec les femmes la réalisation de leur projet de naissance. Dans le modèle de soins obstétricien, l'infirmière n'a pas la chance de planifier avec les femmes la réalisation de leur projet de naissance durant la période prénatale puisqu'elle n'est pas mise à contribution. L'infirmière a davantage le rôle de prendre connaissance du projet de naissance de la femme au moment où celle-ci est admise à l'hôpital en travail. Elle peut ensuite le partager pour le faire connaître aux autres membres de l'équipe de soins, dont l'obstétricien de garde.

Nos résultats ont exposé que dans le cadre du modèle de soins en continuité, la catégorie de pratique planification des soins a permis à l'infirmière durant la période prénatale d'accompagner les femmes pour qu'elles réalisent et présentent leur projet de naissances à l'équipe médicale puisqu'il s'agit d'un outil d'autodétermination puissant. Ce résultat est soutenu par l'étude de Vedam et al. (2018) qui a démontré que dans le modèle médical, les femmes se sentent moins autonomes pour réaliser leur choix durant la grossesse et elles peuvent ressentir de la pression pour accepter les interventions suggérées par le médecin. La motivation de l'infirmière a été soutenue par ses connaissances des résultats probants sur l'utilisation positive du plan de naissance. Le plan de naissance : i) facilite la communication et le dialogue; ii) contribue à établir des relations de confiance et de respect; iii) aide la femme à réfléchir et à clarifier ses souhaits et attentes; iv) permet aux femmes de se familiariser avec les options lors de la naissance; v) permet aux femmes de discuter des options et des attentes avec les fournisseurs de soins; et, vi) renforce son sentiment de maîtrise du processus (Biescas et al., 2017). Nos résultats ont aussi montré que l'infirmière a assuré la continuité des soins auprès de l'équipe médicale à l'hôpital afin que le projet de naissance soit considéré. Or, même si l'infirmière a assuré un rôle de défense des intérêts auprès des femmes pour faire respecter leurs choix, cette démarche ne s'est pas faite sans difficulté puisque les projets de naissance ont été peu pris en considération. En effet, le plan de naissance est souvent perçu comme un outil contraignant par les fournisseurs de soins. Ce constat est corroboré par Biescas et al. (2017) qui ont mentionné que les études sur l'utilisation du plan de naissance évoquent les résultats

négatifs suivants : entravent la communication, agacent les professionnels, remettent en question l'expérience professionnelle et le savoir-faire, diminuent la satisfaction des femmes lorsque le plan n'est pas exécuté, procurent un faux sentiment de contrôle dans le cadre d'un processus très imprévisible en tant qu'accouchement et favorisent la rigidité chez les femmes.

Nos résultats ont montré qu'un seul des projets de naissance d'une femme participante a été trouvé dans le dossier clinique. Ce résultat appuie une étude qui a démontré qu'un plan de naissance a été noté dans seulement 34,7 % des dossiers médicaux des femmes (Jolles, de Vries, Hollander et van Dillen, 2019). Les femmes ayant eu un plan d'accouchement étaient en moyenne plus âgées, primipares, d'appartenance ethnique néerlandaise et plus susceptibles d'avoir des antécédents médicaux compliqués, un état psychologique ou un traitement de fertilité. Les auteurs ont conclu que, bien que les plans de naissance soient recommandés pour toutes les femmes enceintes, il ne s'agit pas d'une pratique clinique quotidienne. L'objectif d'utiliser les plans de naissance pour faciliter la prise de décision informée n'est donc pas pleinement réalisé. Des stratégies de mise en œuvre sont nécessaires pour accroître l'intérêt des fournisseurs de soins envers le plan de naissance pour chaque femme. Nos résultats sur la catégorie de pratique planification des soins démontrant l'intérêt de l'infirmière envers l'outil du projet de naissance corroborent également la conclusion de ces auteurs.

1.18.1.5 Promotion de la physiologie

Nos résultats ont permis de définir la catégorie de pratique promotion de la physiologie et de montrer qu'elle se situe au 1^{er} rang au moment de la naissance, au 2^e rang au 3^e trimestre et au 3^e rang aux 1^{er}-2^e trimestres et en postnatal.

Nos résultats ont confirmé que la catégorie de pratique promotion de la physiologie constituait une valeur ajoutée pour les femmes participantes puisqu'il s'agit de l'activité de soins au premier rang au moment de la naissance. Ce résultat appuie le constat qui avait déjà été soulevé dans le rapport sur les mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque évoquant le besoin d'accompagnement par un soutien continu

pendant le travail et l'accouchement (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2012). Or, dans le modèle de soins obstétricien, l'infirmière ne contribue pas de manière optimale à l'activité de promotion de la physiologie auprès des femmes puisqu'elle a peu le temps d'assurer le soutien continu comme mentionné dans plusieurs études (Gagnon et Waghorn, 1996; Gagnon et al., 1997; Hodnett et al., 2012; Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2012; McNiven, Hodnett et O'Brien-Pallas, 1992; Payant et al., 2008). De plus, la contribution infirmière se fait dans le contexte du modèle médical axé sur l'évaluation et la surveillance des complications pouvant survenir au cours du travail et de la naissance telles qu'exposées dans le libellé de l'OIIQ (2015). Le libellé de l'activité réservée ne comprend pas des activités de soins pour favoriser la physiologie de la naissance. Il serait souhaitable de revoir la contribution de l'infirmière en ce sens. Par le fait même, la formation des infirmières devrait être revue pour y intégrer un volet sur la physiologie de la naissance. Le rapport de l'INESSS a recommandé d'intégrer, à la formation initiale et continue des infirmières, les connaissances et compétences en approche physiologique pour y inclure le soutien continu, la reconnaissance du caractère spécifique de la douleur pendant le travail et la naissance et sur l'utilisation et les risques liés aux différentes méthodes de modulation de la douleur.

Nos résultats ont exposé que, dans le cadre du modèle de soins en continuité, la catégorie de pratique promotion de la physiologie a permis à l'infirmière durant la période périnatale d'offrir un soutien continu aux femmes selon les résultats probants (Association of Women's Health, 2018). Le soutien continu offert par l'infirmière dès le début du travail à la maison et ce, jusqu'à deux heures du postnatal immédiat après la naissance, a permis d'inclure les aspects suivants : le soutien émotionnel, les mesures de confort, l'information et la défense des intérêts qui se sont traduits par diverses activités de soins. Nos résultats sont en concordance avec l'étude d'Hodnett et al. (2012) dont les résultats décrivent ces aspects du soutien pendant le travail et l'accouchement. Des exemples d'activités de soins que l'infirmière a pu réaliser sont les suivants : en ce qui concerne le soutien émotionnel, l'infirmière a assuré une présence continue pour toute la durée du travail et de la naissance. Pour ce qui est des mesures de confort, l'infirmière a assuré sa présence auprès de la femme et de son partenaire afin de leur rappeler l'application des différentes mesures pour moduler

la douleur. Concernant l'information, l'infirmière a expliqué l'évolution du travail selon la physiologie tout en établissant des liens avec les informations reçues durant la période prénatale. Pour la défense des intérêts, l'infirmière a tenté de faire respecter le projet de naissance auprès de l'équipe de soins selon l'évolution des désirs de la femme au cours du travail et de la naissance. Elle a aussi pris le relai au besoin. Ces activités de soins de l'infirmière sont en concordance avec les actions proposées dans un article, portant sur la pratique clinique en lien avec le soutien continu, paru dans la revue *Perspective infirmière au Québec* (Larouche, Martel et Dufresne, 2019).

Enfin, nos résultats ont montré que la catégorie de pratique promotion de la physiologie est interreliée avec celle de l'éducation à la santé, puisque plusieurs thèmes portent sur la physiologie de la grossesse, la naissance et le postnatal, et commence dès le début de l'accompagnement des femmes. Ce résultat corrobore un des constats de l'INESSS (2012) qui mentionne qu'une des mesures pour favoriser la physiologie de la naissance est d'offrir aux femmes enceintes au Québec l'accès gratuit à l'information sur l'accouchement physiologique et sur les avantages et les risques associés aux différentes méthodes, non pharmacologiques et pharmacologiques, de modulation de la douleur.

1.18.1.6 Gestion des complications de première ligne

Nos résultats ont permis de définir la catégorie de pratique gestion des complications de première ligne et de montrer qu'elle se situe au 6^e rang aux 1^{er}-2^e trimestres, au 5^e rang au 3^e trimestre et en postnatal et au 4^e rang lors de la naissance.

La catégorie de pratique gestion des complications de première ligne s'est située dans les derniers rangs. Une des raisons expliquant ce résultat est que la grossesse des femmes participantes s'est déroulée sans complication, même chez celles ayant été diagnostiquées pour certains problèmes courants. Nos résultats ont confirmé que la catégorie de pratique gestion des complications de première ligne était une valeur ajoutée pour les femmes. Dans le modèle de soins obstétricien, la gestion des complications de première ligne concerne la gestion des problèmes de santé ponctuels de la femme et du nouveau-né et s'inscrit dans les deux activités réservées suivantes : évaluer la

condition physique et mentale d'une personne symptomatique et exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, y compris le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2015). La contribution infirmière est fragmentée selon le service lorsque les femmes ont besoin de consulter pour une préoccupation liée à leur état de santé, soit : au service d'Info-Santé, au triage obstétrical à partir de la 20^e semaine de grossesse ou sinon à l'urgence. Dans le cadre du modèle de soins en continuité, nos résultats ont démontré que le fait qu'une infirmière soit disponible 24h/24, 7 jours par semaine, a favorisé une meilleure accessibilité et rapidité pour répondre aux besoins des femmes. Lorsque les femmes ont consulté l'infirmière pour des problèmes de santé courants, celle-ci a procédé à une évaluation. Pour faire suite à l'évaluation de la condition de santé des femmes, l'infirmière a orienté celles-ci soit vers l'urgence obstétricale ou vers leur fournisseur de soins pour prendre un rendez-vous.

En outre, nos résultats ont démontré que, dans le cadre de cette catégorie de pratique, toutes les femmes se sont vu proposer différentes formes de déclenchement du travail pour assurer une gestion des complications de première ligne, et ce, pour diverses raisons qui n'étaient pas toujours fondées sur les résultats probants. Ce résultat appuie le constat soulevé dans le rapport sur les mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque concernant la pratique actuelle liée au déclenchement du travail au Québec qui est extrêmement variable, notamment l'approche du post-terme (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2012). La revue systématique des études a démontré que les grossesses où il y a des interventions de déclenchement ou d'accélération du travail représentent un potentiel de réduction de la césarienne au Québec chez les grossesses à terme et à faible risque (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2012). Au Québec, une variété de pratiques et de conditions, par exemple dans les cas d'une possible macrosomie, de diabète gestationnel contrôlé par la diète, de rupture prématurée des membranes à terme ou de demande explicite de la femme, sont inappropriées dans un contexte de la promotion du travail spontané physiologique (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2012). Une de ces conditions a été présente chez toutes les femmes participantes. C'est pourquoi cette catégorie de

pratique s'est retrouvée au 4^e rang pour la période lors de naissance puisque l'infirmière a dû informer et accompagner les femmes dans leurs choix informés concernant l'intervention médicale sur le déclenchement du travail. Malgré les nombreux échanges sur le sujet, quatre femmes sur cinq ont eu un travail déclenché par des moyens variables. Dans le cadre d'un modèle de soins en continuité axé sur la physiologie, l'infirmière doit demeurer disponible pour informer et discuter avec les femmes à partir de la 37^e semaine, et ce, jusqu'au début du travail pour les soutenir afin de diminuer les déclenchements de convenance ou sans motifs de santé maternelle ou foetale pour les grossesses à terme.

1.18.2 Organisation des soins

Nos résultats sur la composante organisation des soins ont décrit le modèle de soins adopté par l'infirmière durant l'accompagnement prénatal, périnatal et postnatal qui a porté sur certaines caractéristiques. Une étude a montré qu'il est possible de définir les modèles de soins de maternité en utilisant 15 caractéristiques – attributs qui les décrivent, ce qui permet d'évaluer les associations entre les caractéristiques du modèle et les résultats périnatals et maternels (Donnolley et al., 2017). Ces caractéristiques serviront à discuter de nos résultats liés à la composante d'organisation des soins afin de statuer sur certaines recommandations pour actualiser le modèle de soins en continuité qui a été co-construit.

i) Critères de sélection

Nos résultats sur les critères de sélection ont exposé que l'admissibilité des femmes dans le modèle de soins est la suivante : toutes les femmes en âge de procréer qui présentent une grossesse avec ou sans complication. Toutefois, il serait souhaitable d'ajouter le critère géographique qui serait d'habiter sur le territoire du CIUSSS desservi par le modèle de soins.

ii) Groupes cibles

Nos résultats sur les groupes cibles ont exposé que plusieurs ont été inclus dans le modèle de soins. Les groupes cibles pourraient être : migrant, grossesse à risque faible ou normale, grossesse complexe ou à haut risque; présentation par le siège, grossesse fœtale multiple; accouchement

vaginal après une césarienne, diabète maternel et autres troubles endocriniens; obésité maternelle ou indice de masse corporelle élevé (IMC); consommation d'alcool ou de drogue par la mère; âge de la mère – jeune; état de santé mentale de la mère.

iii) Profession du fournisseur de soins

La profession du fournisseur de soins dans le modèle de soins s'avérait être une infirmière avec un niveau de maîtrise. Or, nos résultats montrent qu'une infirmière avec niveau de bachelière par son champ d'exercice, sa formation et son expertise suffirait, mais avec une formation bonifiée qui serait revue pour y inclure les éléments de compétences exigés.

iv) Modèle de soins

Nos résultats sur le type de modèle de soins ont montré qu'il s'est inspiré des modèles de soins en continuité, dont celui en « gestion de cas » ou « en équipe », qui sont généralement connus dans la pratique sage-femme. La preuve internationale de haut niveau démontre l'amélioration des résultats cliniques pour les femmes et pour leurs nouveau-nés lorsque les soins de maternité sont fournis par une sage-femme connue en collaboration avec d'autres intervenants de soins comme les obstétriciens et les médecins de famille (Renfrew et al., 2014). Les études ont démontré, entre autres, que ce modèle de soins en continuité aide les sages-femmes à établir des relations et à prendre des décisions concernant le bien-être psychosocial des femmes, plus précisément en raison de leur connaissance de la femme issue de rencontres précédentes (Noonan, Doody, Jomeen et Galvin, 2017).

v) Taille de la charge de travail

Nos résultats sur la taille de la charge de travail ont exposé qu'il est possible d'utiliser les ratios proposés dans le modèle de soins sage-femme à la pratique infirmière en périnatalité. Le modèle de soins en continuité en « gestion de cas » suggère environ une quarantaine de femmes par année pour une infirmière à temps complet et sa coéquipière. Si des infirmières sont à temps partiel, la charge de travail est ajustée en conséquence. C'est pourquoi, dans le cadre du projet de recherche, l'étudiante-chercheuse a pu prendre un nombre de femmes qui se rapprochait d'une charge de cas

à temps partiel. Elle a eu un nombre total de 12 femmes pour l'année. Or, en référence à ce vécu expérientiel, nous croyons que les lignes directrices sur le volume de cas tel qu'établi dans les écrits sont transposables à la pratique infirmière (Sandall et al., 2016).

En se référant aux écrits, l'infirmière principale fournirait et coordonnerait la majorité des soins infirmiers tout au long de la grossesse, du travail et de la naissance et en postnatal avec l'aide d'une infirmière-coéquipière. Le nombre de femmes suivies par l'infirmière se répartirait durant l'année à raison de quatre femmes par mois, soit une femme par semaine selon la date probable d'accouchement, sur 10 mois. Selon les demandes, il pourrait y avoir des modifications à ce nombre : par exemple, une infirmière pourrait suivre cinq femmes un mois et trois femmes le mois suivant. L'infirmière serait disponible sur une période de 24 heures pour un nombre convenu de jours par semaine. Elle travaillerait selon un horaire établi avec la coordonnatrice clinique et l'équipe. En plus d'être l'infirmière principale pour 40 femmes, elle assisterait à titre de 2^e infirmière-coéquipière à 40 autres suivis. Le nombre de cas est plus ou moins 80 femmes annuellement. L'infirmière-coéquipière serait le relais pour la femme quand l'infirmière principale ne serait pas disponible pour assurer son remplacement, comme lors des congés hebdomadaires, des heures de travail maximales par jour, des congés annuels ou des congés de maladie. La femme ferait sa connaissance lors d'une rencontre dans le 2^e trimestre et vers la fin du 3^e trimestre. L'équipe de deux infirmières assurerait ensemble la garde jour et nuit de manière à ce qu'il y ait toujours au moins une infirmière disponible pour répondre aux femmes. Les infirmières seraient rémunérées sur un salaire annualisé et non sur des quarts de travail.

vi) Étendue de la continuité

Nos résultats sur l'étendue de la continuité ont montré que dans le modèle de soins, l'infirmière principale a fourni les soins à chaque femme, et ce, à toutes les étapes du continuum de la grossesse, du travail et de la naissance ainsi que de la période postnatale.

vii) Profession d'un autre fournisseur de soins collaboratif

Nos résultats sur la profession d'un autre fournisseur de soins collaboratif ont montré que dans le modèle de soins, les obstétriciens de chacune des femmes participantes ont agi comme médecin répondant pour l'étudiante-chercheuse au besoin.

viii) Transfert prévu à un autre endroit pour les soins périnataux

Nos résultats sur le transfert prévu à un autre endroit pour les soins périnataux ne se sont pas appliqués dans le cadre du modèle de soins.

ix) Emplacement prévu des soins prénatals

Nos résultats ont démontré que l'emplacement idéal pour offrir les soins prénatals était un cabinet dans le milieu communautaire. Or, en référence à ce vécu expérientiel, l'emplacement pour offrir les soins prénatals pourrait être offert dans un centre local de services de santé communautaire (CLSC) puisqu'il s'agit de soins de proximité.

x) Lieu de naissance

Nos résultats sur le lieu de naissance ont montré qu'il s'agit de l'hôpital dans le cadre du modèle de soins.

xi) Emplacement prévu pour les soins postnatals

Nos résultats sur l'emplacement pour offrir les soins postnatals ont été dans un cabinet dans le milieu communautaire. Or, en référence à ce vécu expérientiel, l'emplacement pour offrir les soins postnatals pourrait être offert dans un CLSC puisqu'il s'agit de soins de proximité.

xii) Soins dispensés en groupe ou en séance individuelle

Nos résultats sur les modalités pour offrir les soins prénatals et postnatals ont démontré qu'il fallait privilégier la séance individuelle puisque le déroulement de l'étude prévoyait ce type de modalité. Dans le cadre du modèle, il pourrait être pertinent d'offrir une combinaison de séances individuelles et de groupes comme cela est proposé par le modèle *Centering Pregnancy* et

Centering Parenting (Rising, 1998). Dans ce modèle, les séances de groupe incluent l'éducation et les soins cliniques et ne font pas référence aux cours d'éducation prénatale et de compétences parentales. Les séances de groupe sont des séances composées de deux femmes ou plus.

xiii) Visites planifiées avec un obstétricien

Nos résultats sur les visites planifiées avec les obstétriciens ont montré que le nombre de visites médicales prénatales et postnatales s'est avéré être celui en vigueur au sein de l'organisation. C'est ce qui avait été prévu au départ dans le déroulement de l'étude. Ainsi, nos résultats ont montré que pour la composante des catégories de pratique, l'étendue de la pratique infirmière qui s'est co-construite a reposé essentiellement sur sa contribution autonome. En effet, l'OIIQ (2015) mentionne que l'infirmière exerce de façon autonome les activités professionnelles liées à la prévention, l'information, le counseling et la promotion de la santé qui sont des activités indissociables d'un suivi de grossesse. Cependant, il serait pertinent de réfléchir avec l'équipe locale d'obstétriciens au sujet de l'intérêt à ce que l'infirmière contribue au suivi médical de la grossesse. En réponse à cet intérêt, il serait possible de revoir le nombre de visites médicales en se référant au modèle de suivi conjoint selon les standards de pratique en périnatalité (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2015). De plus, il importe de souligner que le nombre de visites médicales pour chaque femme pourrait varier en fonction des besoins, tout en statuant sur un nombre minimum de visites pour toutes les femmes.

xiv) Services ruraux/éloignés supplémentaires

Nos résultats sur les services prénatals ou postnatals supplémentaires qui s'adressent particulièrement aux femmes vivant dans des zones qui sont très éloignées des services de maternité ne se sont pas appliqués dans le cadre du modèle de soins co-construit.

xv) Moment de la fin des soins postnatals

Nos résultats sur le moment de la fin des soins postnatals démontrent qu'ils se sont terminés à deux mois. Les femmes ont eu accès à l'infirmière principale pour leur offrir les soins postnatals à domicile et au cabinet en milieu communautaire. Ces visites ont été assurées par l'infirmière

principale qui a offert les soins tout au long de la période prénatale, perinatale et postnatale. Toutefois, de par son rôle, l'infirmière serait en mesure d'offrir les soins des femmes et des nouveau-nés sur une plus longue période.

Enfin, nos résultats ont décrit les caractéristiques de la composante organisation des soins quant au modèle de soins en continuité dans lesquels un fournisseur de soins principal, en l'occurrence une infirmière, accompagne les femmes tout au long de la grossesse, du travail et de la naissance et de la période postnatale. Ce type de modèle de soins fondé sur la continuité a été une valeur ajoutée pour les femmes puisque de nombreuses études ont démontré ses effets positifs pour la santé de la femme et du nouveau-né (Hatem et al., 2008; Sandall et al., 2016). Bien qu'il s'agisse d'une proposition organisationnelle, celle-ci est valable et mériterait d'être encouragée, et ce, malgré le contexte actuel des soins. Le nouveau modèle de soins a répondu aux femmes et à leurs besoins puisque la composante des catégories de pratique, soit éducation, évaluation, planification, promotion physiologie, gestions des complications et les autres composantes présentées dans les résultats à la question trois, a été co-construite avec les femmes puisqu'elles ont décidé durant leur accompagnement avec l'infirmière. Elles ont consulté l'infirmière à leur convenance selon leurs besoins. Le modèle de soins actuel n'offre pas un accompagnement global en prénatal, au moment de la naissance et en postnatal par une infirmière. Il n'y a pas de continuité relationnelle avec une infirmière.

1.18.3 Valeurs

Nos résultats sur la composante valeurs ont laissé transparaître trois valeurs principales : i) autonomisation de la femme, ii) respect et bienveillance, iii) liberté de choix durant l'accompagnement avec l'infirmière. Cette composante a été une valeur ajoutée pour les femmes étant donné que, bien que l'organisation des soins en périnatalité repose sur des valeurs émises dans la politique en périnatalité 2008-2018 – l'humanité, la précocité et la sécurité –, l'adhésion à celles-ci est variable au sein des intervenants en périnatalité (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008). Nos résultats ont montré qu'il est possible pour l'infirmière d'adopter des valeurs holistiques qui reposent sur l'humanisation de la naissance. Il semble que l'infirmière ait été en

mesure d'incarner des valeurs avec les femmes se rapprochant de celles véhiculées dans la politique en périnatalité. Or, l'adoption de ces valeurs a pu placer l'infirmière dans une posture inconfortable puisqu'elle avait l'impression d'aller à contre-courant des valeurs technocratiques dominantes du système de soins en périnatalité.

Pour comprendre la dynamique des intervenants du système de soins, il est utile de l'analyser en tant que système organisé d'action. Contandriopoulos (2014) fournit une représentation schématique générale d'un système organisé d'action constitué de cinq composantes : sa structure, ses acteurs individuels et collectifs qui interagissent et dont les pratiques déterminent les processus d'action, les finalités du système et son environnement. La composante structurelle comporte trois dimensions interdépendantes : physique, organisationnelle et symbolique. Notre intérêt se porte plus précisément vers la dimension symbolique qui correspond à l'ensemble, des représentations, des valeurs et des croyances qui permettent aux différents acteurs d'échanger entre eux et de donner du sens à leurs actions. C'est cette dimension qui est à l'origine des normes qui prévalent dans le système (Contandriopoulos, 2014). Ainsi, la dimension symbolique se compose de différents paradigmes qui constituent les systèmes de croyances et des pratiques organisationnelles associées qui coexistent au sein de l'organisation de santé. Dans le système de soins en périnatalité, tel que vu dans la recension des écrits, l'anthropologue médicale Davis-Floyd (2001) décrit les modèles de soins liés à la maternité : technocratique, humaniste et holistique, qui s'avèrent fortement influencés par leur paradigme distinct. La médicalisation de la naissance perpétue le modèle technocratique faisant référence à l'avancée des technologies dans la sphère de la santé maternelle et néonatale même si des efforts sont faits pour humaniser la naissance. Il est donc difficile pour les intervenants de s'affranchir de ces valeurs dominantes dans ce contexte socioculturel. En effet, Contandriopoulos (2014) mentionne que les normes et les valeurs dans les modalités d'organisation reposent sur un processus d'institutionnalisation contraint par la structure physique qui construit la structure de l'espace social où les acteurs interagissent entre eux. La stabilité d'un système nécessite une cohérence entre la structure symbolique et les autres dimensions. La co-construction d'un nouveau modèle de soins peut être considérée comme un processus de structuration d'un système d'actions influencé par les différents acteurs tels que les femmes, les infirmières et les

médecins possédant leur propre système de valeurs et de croyances liées à l'expérience de la maternité.

1.18.4 Philosophie

Nos résultats sur la composante philosophie ont reposé sur trois principes : i) offrir des soins holistiques; ii) privilégier la normalisation de la grossesse, la naissance et le postnatal; et, iii) renforcer les capacités des femmes en privilégiant le principe d'interventions minimales.

Cette composante s'est révélée être une valeur ajoutée pour les femmes. En effet, bien que l'organisation des soins en périnatalité repose sur des convictions émises dans la politique en périnatalité 2008-2018 – la grossesse, l'accouchement et l'allaitement, qui sont des processus physiologiques naturels; la parentalité constitue une réalité multidimensionnelle; les mères et les pères sont compétents; la qualité de la relation d'attachement de l'enfant constitue un élément fondamental pour son développement social, affectif et cognitif; chaque naissance fait appel à la solidarité et à la responsabilité collective – l'adhésion à celles-ci est variable au sein des intervenants en périnatalité (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008). Nos résultats ont montré qu'il est possible pour l'infirmière d'adopter une philosophie de soins centrée sur la femme. Il semble que l'infirmière ait été en mesure de souscrire à une philosophie se rapprochant des convictions véhiculées dans la politique en périnatalité. Or, l'adoption d'une philosophie centrée sur la femme a pu mettre l'infirmière dans une posture inconfortable quelquefois puisqu'elle avait l'impression d'aller à contre-courant de la philosophie dominante du système de soins en périnatalité. Ce constat est soutenu par Van kelst et al. (2013) qui indiquent qu'une différence persiste sur le plan idéologique dans les modèles de soins en maternité entre deux pôles : l'idéologie biomécanique versus l'idéologie centrée sur la femme (Van kelst, Spitz, Sermeus et Thomson, 2013).

Nos résultats ont établi que la composante philosophie et ses principes adoptés par l'infirmière se sont rapprochés de l'analyse de concept réalisée par Horiuchi et al. (2006) sur la philosophie centrée sur la femme sur le plan des caractéristiques : le respect, la sécurité, l'holisme et le

partenariat ainsi que des conséquences : l'autonomisation des femmes, l'autonomie du fournisseur de soins et la réforme de la société (Horiuchi et al., 2006). L'utilisation de ces caractéristiques comme fondement philosophique du modèle de soins en continuité semble justifiée. En outre, une revue systématique récente sur le concept centré sur la femme démontre une évaluation des études portant sur la philosophie de soins centrée sur la femme pour y introduire le concept « être avec une femme » (Bradfield, Duggan, Hauck et Kelly, 2018). Leurs résultats ont révélé trois thèmes globaux qui ont intégré le concept « avec la femme » : i) la philosophie; ii) la relation, y compris la relation avec les femmes et la relation avec les partenaires; et, iii) la pratique, qui a capturé la présence du fournisseur de soins tout au long du continuum en maternité et la pratique qui autonomise les femmes. Les auteurs mentionnent que dans les études, le cadre philosophique fourni par le concept « d'être avec la femme » a été présenté comme un mécanisme permettant de différencier et de fournir une alternative globale à l'approche biomédicale de la maternité. Dans le modèle de soins médical fragmenté et axé sur les politiques, les résultats des études ont montré que les sages-femmes ou les infirmières sont « avec l'institution » plutôt que « d'être avec la femme ». Étant donné le choix méthodologique de notre étude qui consistait en une approche collaborative pour donner la voix aux femmes, notre désir était d'appliquer ce principe philosophique d'être « avec la femme » plutôt que d'être « avec l'institution », ce qui s'est reflété dans la composante philosophie durant l'expérience de soins.

1.18.5 Fournisseurs de soins

Nos résultats sur la composante fournisseurs de soins ont souligné que l'infirmière a renforcé les capacités des femmes afin qu'elles puissent interagir avec les fournisseurs de soins, ce qui démontre l'importance que ceux-ci développent des compétences relationnelles dans leur relation avec les femmes ainsi que dans leur relation collaborative entre eux pour assurer des soins de qualité.

Pour le premier aspect portant sur les compétences relationnelles, nos résultats sur le partenariat relationnel entre l'infirmière et les femmes ont permis de caractériser avec l'aide des comportements types associés la relation qui s'est développée au fil du temps. Ce constat va dans

le même sens que les écrits scientifiques sur la relation entre les sages-femmes et les femmes. Bradfield et al. (2018) relatent que la relation entre une femme et sa sage-femme a été qualifiée de partenariat professionnel, de relation d'amitié et d'accompagnement rituel. Les auteurs indiquent que les études ont permis de caractériser la relation par : l'inclusion, l'égalité, la sensibilité, la confiance, la flexibilité, l'autonomisation, le plaidoyer, la prise en charge et la facilitation d'une prise de décision informée. De plus, la relation entre une femme et sa sage-femme construit la confiance, ce qui est essentiel à l'expérience de la naissance et est tout aussi nécessaire lors de la période postnatale où elle peut soutenir la femme à donner un sens à son expérience vécue de la naissance, ce qui a été également souligné dans nos résultats. Enfin, les avantages s'appliquent également aux sages-femmes qui déclarent que la relation établie avec les femmes est un facteur de motivation pour choisir cette carrière et contribue à la résilience professionnelle et à la durabilité. L'étudiante-chercheuse a été animée par ce facteur de motivation pour choisir ce projet de recherche.

Pour le second aspect portant sur les compétences relationnelles, nos résultats ont soulevé que la collaboration avec les fournisseurs de soins des femmes s'est effectuée surtout au moment du travail et de la naissance à l'hôpital, et ce, de manière variable. Or, il appert que la collaboration entre les fournisseurs de soins repose également sur des compétences relationnelles pour assurer la sécurité et la qualité des soins auprès des femmes. En effet, une revue systématique relate que plusieurs études ont identifié certains facteurs qui facilitent ou limitent la collaboration entre les fournisseurs de soins en maternité pouvant être en lien avec les compétences relationnelles (Macdonald et al., 2015). Ces auteurs exposent que les facteurs qui facilitent la collaboration sont : la communication, la clarté des rôles, le respect, la confiance, les cultures favorables des établissements/organisations, les valeurs partagées ou la vision commune et la volonté de collaborer. Les facteurs qui limitent la collaboration sont : la mauvaise communication, la résistance au changement, les différences de philosophie, la menace perçue pour les rôles professionnels, l'assurance et la responsabilité, le manque de respect, le manque de rôles clairement définis et la connaissance insuffisante des autres disciplines de la santé.

1.18.6 Finalités

Nos résultats sur la composante finalités ont porté sur la satisfaction des femmes en regard des soins reçus durant leur expérience d'accompagnement ainsi que sur certains indicateurs de santé maternelle et néonatale. Les femmes ont exprimé leur satisfaction envers les soins reçus dans le cadre de l'accompagnement global. Nos résultats ont montré que malgré les interventions médicales reçues, elles ont toutes exprimé avoir vécu une expérience de naissance positive et avoir pu effectuer certains choix concernant leurs soins. Ce résultat est corroboré par une étude récente portant sur les prédicteurs d'une expérience de naissance traumatique dont les résultats ont révélé un taux élevé d'expériences traumatisantes à la naissance chez les femmes primipares et ont mis en évidence l'importance de soins centrés sur la femme dans lesquels une femme peut activement prendre une décision concernant les soins qu'elle reçoit pendant le travail et la naissance (Solmaz et al., 2019).

Les résultats de notre étude ne visaient pas à démontrer les effets du modèle de soins en continuité comme dans une recherche évaluative. Or, la comparaison de certains indicateurs de santé maternelle et néonatale avec ceux obtenus dans la cadre des modèles de soins sage-femme porte à réfléchir sur certains aspects et sur la suite à donner à l'étude. Par exemple, les femmes étaient moins susceptibles d'être hospitalisées en prénatal et d'avoir une analgésie régionale, une épisiotomie, un accouchement instrumental et une mort fœtale < 24 semaines de grossesse. Elles étaient plus susceptibles d'avoir un travail sans analgésie/anesthésie et un accouchement vaginal. Finalement, elles ont été en contrôle durant l'accouchement et assistées par un fournisseur de soins connu (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec).

1.19 Contributions et retombées de la thèse

La présente thèse apporte des contributions et retombées selon trois ordres : théorique, méthodologique et pratique qui font l'objet de la section présente.

1.19.1 Contribution théorique

Une première contribution de notre étude réside dans le développement de nouvelles connaissances dans le domaine de l'organisation des soins. Cette contribution se concrétise par le développement d'un cadre conceptuel qui permet de schématiser le partenariat relationnel entre l'infirmière et les femmes lors de la co-construction d'un modèle de soins.

Ce cadre conceptuel a été développé à partir des différents concepts qui portent sur : les dimensions de l'engagement des patients dans les soins, les éléments constitutifs de la qualité des soins maternels et néonataux qui servent à co-définir les composantes clés d'un modèle de soins et les facteurs influençant l'engagement des patients dans les soins, et ce, afin de mieux comprendre les interrelations qui se manifestent entre ces différents concepts lors de la co-construction d'un nouveau modèle de soins. Pour ce faire, nous avons procédé à l'hybridation des concepts de deux cadres théoriques, soit : le cadre des soins maternels et néonataux de qualité de Renfrew et al. (2014) et le modèle relationnel patient-partenaire « *Montreal model* » de Pomey et al. (2015).

Il s'agit d'un cadre conceptuel qui capture l'engagement des patients dans leurs soins grâce au continuum de l'intensité de l'engagement du patient et de l'intervenant (Pomey et al., 2015), et ce, pour co-construire un nouveau modèle de soins. Notre recherche est à notre connaissance la première à avoir conceptualisé un nouveau cadre théorique pour guider une démarche de co-construction d'un nouveau modèle de soins qui émane à partir de l'engagement des patients dans leurs soins, tout en tenant compte des facteurs influençant l'engagement. Par la détermination des facteurs influençant l'engagement des patients dans leurs soins, le cadre conceptuel aide à connaître les conditions les plus favorables pour réaliser d'autres démarches de co-construction d'un modèle de soins dans différents milieux cliniques en périnatalité. De plus, le cadre conceptuel pourra également servir auprès d'autres groupes de patients, d'autres contextes cliniques ainsi que d'autres pays désireux de travailler en partenariat avec les patients. L'application du cadre de référence dans d'autres contextes pourra s'avérer utile aux chercheurs cliniciens qui désirent devenir des leaders cliniques transformationnels dans leur pratique. En effet, nous espérons que le cadre de référence sera utile dans les équipes lors du processus d'amélioration du système de santé avec les patients,

afin de proposer de nouvelles avenues de soins. En utilisant le cadre de référence, il devient possible de co-construire les soins avec les patients en temps réel puisque l'adoption des dimensions d'engagement fait en sorte que leurs savoirs expérientiels deviennent des connaissances valides pour transformer les soins au fil du temps.

1.19.2 Contribution méthodologique

Une seconde contribution de notre étude tient à l'élaboration d'un cadre méthodologique pour réaliser la démarche du projet de recherche intitulé : cadre méthodologique du partenariat relationnel entre l'infirmière et la femme lors de la co-construction d'un modèle de soins en périnatalité. À la suite du développement de notre cadre conceptuel, il s'avérait nécessaire d'y inclure également dans un deuxième temps la démarche méthodologique animant notre processus de recherche.

Cette recherche apporte une contribution méthodologique dans le domaine de la recherche qualitative longitudinale en ayant conjugué celle-ci avec une approche collaborative. En ce qui concerne l'approche de recherche collaborative, l'étudiante-chercheuse s'est heurtée à certains défis méthodologiques liés au type de participation qu'elle désirait faire avec les femmes. Ainsi, la démarche collaborative de Desgagnés (1997) s'est avérée intéressante, mais elle ne s'appliquait pas à notre contexte d'étude qui consistait à faire participer les femmes dans un projet de recherche au cours de leur suivi clinique dans le but d'améliorer les soins en proposant un nouveau modèle de soins pour faire suite à leur vécu expérientiel. La démarche collaborative de Desgagnés (1997) a été surtout utilisée dans le domaine de la recherche en éducation pour améliorer les pratiques des enseignants. De plus, en sciences infirmières, une étude a utilisé l'approche collaborative de Desgagnés pour coconstruire les soins avec des patients, mais pas au cours de l'expérience du suivi clinique (Gauvin-Lepage, 2014). C'est pourquoi le recours à la théorie en U de Sharmar (2016, 2009) s'est révélé pertinent et compatible avec le courant des approches collaboratives. Il s'agit d'une démarche qui permet à des acteurs ambitieux et désireux de transformer des façons de faire dans divers contextes sociaux et de s'impliquer directement au cœur de l'action. Ces actions générées sont souvent intuitives pour le leader transformationnel qui, dans la présente étude, se

trouve être une chercheuse clinicienne. Ces actions intuitives révélées et mises au grand jour représentent pour Sharmer (2016, 2009) l'éclairage de l'angle mort. Cette démarche collaborative apporte un éclairage pour transformer nos comportements et nos actions qui pourront se traduire ensuite par une modélisation pour offrir des possibilités de transformer les pratiques. Ces pratiques sont souvent cristallisées avec le temps dans un contexte socioculturel où elles se sont enracinées.

L'opérationnalisation de notre cadre méthodologique apporte un éclairage afin que d'autres chercheurs dans le domaine de l'organisation de soins en santé puissent l'utiliser dans de futures recherches portant sur le partenariat avec les patients. Cette nouvelle proposition de démarche de recherche collaborative en trois phases s'inspirant des cinq mouvements du U pour co-construire avec les patients dans les soins de santé est explicitée en détail dans le chapitre trois. La description des trois phases permet de conceptualiser la recherche et la posture de l'étudiante-chercheuse, ainsi que de décrire le processus pour mener la phase terrain, ce qui a permis de réaliser la collecte, l'analyse et l'interprétation des données menant à l'élaboration de nos résultats dans le cadre de notre recherche. Plus précisément, en ce qui concerne la phase d'analyse des données « co-évolué », l'explication de la méthode utilisée pour réaliser les différentes étapes de traitements et d'interprétation des données qualitatives longitudinales a permis de clarifier et d'opérationnaliser les concepts en des exemples concrets dans les données.

1.19.3 Contribution pratique

Une troisième contribution de notre étude tient au développement d'un cadre présentant une proposition d'un nouveau modèle de soins en continuité intitulée : Modèle de continuité relationnelle des soins infirmière-femme en périnatalité. Les retombées de cette recherche démontrent qu'il est possible de transformer l'organisation des soins et les pratiques cliniques, à un niveau micro du système, avec les femmes. Il appartient à chacune des infirmières de développer son leadership clinique au quotidien pour répondre au besoin des femmes en partenariat. L'amélioration des soins et services passe aussi par une autonomisation des infirmières afin que celles-ci puissent avoir du pouvoir sur la façon dont elles offrent les soins. Comment se fait-il que les infirmières se fassent dicter leur mode d'organisation des soins en périnatalité alors qu'une

accumulation de données probantes démontre les effets positifs sur la santé physique et psychologique des femmes d'être accompagnées tout au long de leur expérience de santé en maternité? Étant donné leurs compétences, pourquoi les infirmières en obstétrique ne pourraient-elles pas contribuer à ce changement de paradigme de naissance qui consiste à « être avec la femme »? Ces questions demeurent toujours d'actualité puisque les infirmières sont bien souvent au service de l'établissement plutôt qu'au service des femmes, avec elles. Or, le paradigme de la transformation en sciences infirmières indique que le rôle de l'infirmière consiste à « être avec la personne », ce qui est semblable au paradigme de naissance « être avec la femme » (Pepin et al., 2017).

Les résultats de notre étude ont voulu faire la démonstration qu'il est possible de co-crée cette transformation du paradigme de naissance au niveau micro en voulant « être avec les femmes ». Pour ce faire, l'étudiante-chercheuse a voulu vivre cette expérience de recherche de l'intérieur en étant avec chacune des femmes. Elle les a placées au cœur de la démarche en étant présente pour écouter avec le cœur ouvert ce qu'elles avaient à partager et leurs besoins, sans se laisser distraire par l'établissement. De cette expérience, il ressort une synthèse de nos résultats qui sont intégrés à l'intérieur de la co-construction du nouveau modèle de soins qui permet de connaître les éléments suivants :

- i) les comportements type d'engagement à adopter dans la relation par l'infirmière et les femmes pour co-construire leurs soins dans le modèle;
- ii) les composantes du modèle de soins : les catégories de pratique, de l'organisation des soins, les valeurs, la philosophie, les fournisseurs de soins, les finalités qui ont été définies en adoptant les comportements types d'engagement de l'infirmière et des femmes; et,
- iii) les facteurs influençant l'engagement dans la relation de partenariat infirmière-femme.

Bien que nos résultats se transposent en une synthèse d'un prototype du modèle de continuité relationnelle des soins, il importe de souligner qu'il existe autant de modèles de soins que de femmes et que celui-ci co-évolue selon les besoins et la réalité de chacune. C'est pourquoi le

prototype du modèle de soins pourra servir de point de départ pour des milieux dans divers contextes qui désireraient opérer une transformation de l'organisation des soins infirmiers en périnatalité. Selon les modes d'organisation des soins et services en périnatalité en vigueur dans les établissements, certaines composantes du modèle comme l'étendue des catégories de pratiques pourraient déjà servir pour améliorer les pratiques locales.

La contribution à la pratique génère également des retombées pour la formation des infirmières qui méritent d'être soulignées. Le prototype du modèle de continuité des soins relationnelle pourrait servir à former les infirmières dans la formation initiale ou Dec-Bac et dans la formation continue. Les résultats de l'étude permettent de sensibiliser les infirmières sur l'importance d'adopter des comportements types d'engagement pour co-construire avec les femmes leur projet de soins et par le fait même leur modèle de soins personnalisé. Ils permettent d'expliquer aux infirmières les composantes du modèle de soins proprement dit. Par la suite, elles pourront développer leur pouvoir pour transformer les pratiques dans leur milieu clinique selon les opportunités qui s'offrent à elles. Enfin, les résultats de l'étude favorisent une réflexion, chez les infirmières, sur cette problématique qu'est la médicalisation de la naissance ainsi que sur les facteurs d'influence à l'engagement des femmes dans leur expérience de maternité. Pour rejoindre les infirmières dans les différents milieux cliniques, nous recommandons la création de groupe sous forme de supervision clinique à l'intérieur duquel le contenu du prototype du modèle de soins pourra être partagé afin de les sensibiliser à d'autres façons de faire et les motiver ou encourager à devenir des agents de co-changements avec les femmes.

Les résultats de l'étude font ressortir l'urgence de soutenir le développement des compétences et des savoirs des infirmières concernant le pouvoir qu'offre la continuité relationnelle des soins sur la médicalisation de la naissance. L'acquisition des savoirs en ce sens permettrait enfin aux infirmières d'occuper le rôle pour lequel elles sont formées, c'est-à-dire celui d'accompagner les femmes. Actuellement au Québec, ce sont les doulas qui occupent cette place auprès des femmes. Nous ne remettons pas en question la pertinence des doulas pour répondre aux besoins des femmes puisque plusieurs études ont démontré les bienfaits de leur pratique sur la santé de la femme et du

nouveau-né (Kozhimannil et al., 2016). Ce que nous déplorons, c'est que les infirmières au Québec ne peuvent pas offrir leur contribution optimale en collégialité avec les sages-femmes et les doulas pour démedicaliser les naissances. Elles sont prises dans la structure institutionnelle de l'hôpital, tout en étant témoins souvent à leur insu de violences obstétricales, par des comportements déshumanisés puisque les soins sont considérablement morcelés, ce qui perturbe la relation que l'infirmière pourrait établir avec une femme. De plus, bien qu'une initiative d'un modèle de suivi de grossesse conjoint médecin de famille et infirmière ait vu le jour dans les dernières années au Québec et ait été accueilli positivement, le déploiement de ce modèle de soins semble s'être fait sans les premières concernées, soit les femmes. Aucun des documents consultés n'a démontré qu'elles ont été consultées dans le processus de création de ce nouveau modèle de soins. À notre connaissance, aucune étude évaluative des effets de ce modèle de suivi de grossesse conjoint sur la santé maternelle et néonatale n'a été réalisée. De plus, il importe de souligner que plusieurs études sur le modèle de soins sage-femme subordonné dans une structure contrôlée par les médecins n'améliorent pas les indicateurs de santé de la femme et du nouveau-né puisque la relation de continuité n'est pas offerte dans ces modèles de soins (Sandall et al., 2016).

1.20 Limites et défis de la recherche

Les critères de rigueur méthodologique et relationnelle ont permis de constituer une grille de validité de la présente recherche. Cependant, il importe de souligner que l'étude comporte tout de même des forces à souligner et certaines limites que nous présenterons dans les lignes suivantes.

1.20.1 Limites

Une des limites concerne le critère de crédibilité, étant donné que l'étudiante-chercheuse n'a pu faire valider le texte de la recherche par les femmes participantes compte tenu du caractère spécifique de l'étude dans le temps. Toutefois, puisqu'il s'agissait d'un suivi longitudinal avec les femmes participantes, l'étudiante-chercheuse prenait toujours le temps de revenir sur leurs propos dans la dernière rencontre. Une seconde limite s'avère être le critère de transférabilité : la description du contexte et des profils des femmes participantes aurait pu être plus approfondie.

Cependant, l'étudiante-chercheuse était prise aussi avec les considérations éthiques afin de préserver la confidentialité des participantes.

Une troisième limite réside dans le critère de fiabilité et d'imputabilité procédurale lors de la collecte de données. La nature du projet a fait en sorte que l'étudiante-chercheuse a pu adapter le questionnaire, utilisé pour réaliser les entretiens lors des rencontres de suivi avec les femmes, et ce, au fur et à mesure de leur parcours en maternité, ce qui était difficilement prévisible. De plus, elle a été absorbée par la réalisation de la collecte de données lors de l'accompagnement des participantes. Elle aurait souhaité une meilleure triangulation des chercheurs, à cette étape de la recherche puisqu'elle était seule sur le terrain, c'est-à-dire lors de la réalisation de la collecte de données.

Une quatrième limite concerne le critère de fiabilité : l'étudiante-chercheuse a tenté de demeurer à l'affût de ses biais le plus possible. Elle a été consciente de la subjectivité liée à son statut et à son immersion. Toutefois, il s'agit d'une limite puisque l'étudiante-chercheuse n'a pu éliminer ou extérioriser complètement ses biais. Elle a pris des mesures pour valider ses propositions et noter celles-ci dans son journal de recherche. Lorsqu'elle a analysé ses propos dans les entretiens en série, elle a pu annoter ceux qui comportaient certains biais teintés par son expérience personnelle et professionnelle. De plus, au moment de la conception du projet, l'étudiante-chercheuse a rédigé une courte autobiographie pour y exposer la conception de son paradigme de la naissance. Elle a raconté comment ce paradigme de naissance s'est construit et a évolué au fil de son parcours personnel et professionnel. Toutefois, dans le cadre de ce projet, puisque l'étudiante-chercheuse voulait étudier son objet de l'intérieur, elle a dû composer avec cette limite potentielle. Elle a tenté que la recherche soit exempte de préjugés. Néanmoins, encore une fois, il est possible qu'à la lecture des résultats, certaines personnes pensent que la recherche contient des préjugés parce que l'étudiante-chercheuse a été celle qui a mené l'étude. Or, cette limite peut comporter aussi des avantages comme cela est mentionné par Boldrini (2013), puisque l'étudiante-chercheuse possédait plusieurs compétences en double, liées à son passé professionnel comme infirmière et gestionnaire, au double statut de chercheur et praticien et au double objectif de la recherche qui est de produire

des connaissances pratiques et théoriques, ce qui est favorable à l'émergence d'un regard novateur sur l'objet de recherche (Boldrini, 2013). Une dernière limite concerne le biais de la désirabilité sociale qui a pu s'installer au fil du temps avec les femmes participantes, même si elles ont manifesté un grand intérêt dans le processus mené dans le cadre de cette étude.

1.20.2 Défis relevés

La plus grande force de cette étude réside dans son approche novatrice pour répondre au but et aux questions de recherche en ayant recours à un devis de recherche qualitative longitudinale combiné avec une approche collaborative. Toutefois, la réalisation de ce projet de recherche a comporté certains défis liés à l'analyse des données qualifiée de complexe et multidimensionnelle puisqu'elle n'est pas bien décrite et rapportée dans les écrits (Calman, Brunton et Molassiotis, 2013; Murray et al., 2009). L'étudiante-chercheuse a pu elle-même l'expérimenter. Un de ces défis est qu'il a été difficile de prévoir suffisamment de temps pour analyser les données entre les entretiens en série puisque la fréquence des interactions avec les femmes était rapprochée et imprévisible. Un second défi a résidé dans le fait que les ensembles de données étaient volumineux et complexes et pouvaient être analysés de différentes façons, sous différents angles, ce qui a nécessité pour l'étudiante-chercheuse plusieurs tentatives afin de trouver la meilleure perspective. Un troisième défi a consisté en ce que l'analyse thématique était largement utilisée, mais pouvait conduire à des comptes-rendus descriptifs transversaux plutôt que de se concentrer sur le changement vécu par les participantes lié à l'expérience de transition. L'étudiante-chercheuse a tenté d'illustrer l'expérience de transition vécue par les femmes en analysant les différents moments du continuum de soins afin de démontrer l'évolution des thèmes dans le temps. Un quatrième défi a concerné la présentation des résultats sous forme narrative qui avait tendance à se concentrer sur les données transversales, ce qui pouvait conduire à des descriptions de chaque point temporel plutôt que de se concentrer sur les changements entre les points temporels. Cela signifie que les aspects longitudinaux de l'étude, le temps et les changements étaient souvent mal pris en compte. Pour pallier ce défi, l'étudiante-chercheuse a tenté de respecter certaines mesures suggérées : i) l'analyse des données a considéré chaque cas et une synthèse entre les cas; ii) l'analyse des données a été envisagée de différentes façons afin d'ajouter des interprétations différentes aux données longitudinales par le croisement

avec les différentes catégories comme le partenariat relationnel entre l'infirmière et les femmes et les composantes du modèle de soins; et, iii) un cadre conceptuel a été ajouté pour aider l'étudiante-chercheuse au cours de l'analyse pour aller au-delà de l'analyse descriptive et approfondir les complexités de l'expérience au fil du temps (Calman et al., 2013).

1.21 Pistes de recherches futures

Certaines pistes de recherches futures se dégagent pour faire suite à nos résultats qui ont permis d'apporter une contribution à l'avancement des connaissances sur la continuité relationnelle des soins. Cette continuité relationnelle est reconnue dans plusieurs revues systématiques comme étant une dimension prioritaire pour humaniser les soins et par le fait même atteindre de meilleurs résultats de santé maternels et néonataux. Or, d'autres recherches s'avèrent nécessaires afin de mieux comprendre les mécanismes de la continuité relationnelle de soins et ses effets. Ainsi, la co-construction d'un nouveau modèle de soins fondé sur la continuité relationnelle en périnatalité et en partenariat avec les femmes a permis le développement des connaissances dans ce sens. Ce résultat s'apparente au créneau de la recherche évaluative dont un des types de recherche consiste en l'analyse des besoins auprès des patients en vue de déterminer par la suite la théorie de programme qui permettra de bâtir le modèle logique d'intervention. Ainsi, nos résultats constituent un prérequis pour le développement d'une étude de faisabilité et, à partir de ceux-ci, il serait possible de franchir une autre étape afin d'effectuer ce type d'étude.

Une future recherche pertinente serait d'analyser la faisabilité du modèle de continuité des soins relationnelle infirmière-femme en périnatalité, et ce, en vue d'assurer une sécurité et une qualité des soins optimales adaptées aux besoins des femmes. L'hypothèse affirmerait que le modèle est réalisable avec des infirmières spécialement formées pour y participer. Le projet consisterait à : 1) utiliser les résultats probants générés par la présente étude, à partir desquels le contenu de formation sur l'explication du modèle d'organisation des soins au préalable serait offert aux infirmières, pour qu'elles puissent intervenir dans le cadre de celui-ci; 2) une évaluation terrain du processus d'implantation du modèle de soins dans le milieu. L'évaluation des effets du modèle de soins

comporterait deux volets : i) les effets et la satisfaction des femmes liée au modèle de soins et ii) le niveau de connaissance avant et après des infirmières et la satisfaction des infirmières liée à leur rôle dans le modèle de soins. Cette étude de faisabilité permettrait d'ouvrir la voie à un essai clinique randomisé à plus grande échelle afin de pouvoir évaluer les effets du modèle de soins. Il est plus que souhaitable de poursuivre les recherches sur le rôle de l'infirmière en obstétrique et périnatalité au Québec, mais également en Amérique du Nord afin de mieux comprendre et évaluer la contribution des infirmières relative aux enjeux associés à la médicalisation de la naissance. Il importe de faire évoluer leur rôle afin que celui-ci corresponde davantage aux besoins formulés par les femmes.

En termes de contribution à l'avancement des connaissances, cette recherche s'inscrit dans l'axe de recherche des Instituts de recherche en santé du Canada qui porte sur la Stratégie de recherche axée sur le patient (SRAP) du Canada. Par ce projet, nous souhaitons mobiliser et aider les femmes à transformer leur rôle de patientes dans les organisations en les faisant évoluer d'un rôle passif à un rôle de partenaire proactif qui participe au façonnement de la recherche dans les soins maternels et néonataux et par le fait même à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Cet engagement avec les femmes comme partenaires contribuera à garantir que les résultats de l'étude sont axés sur les priorités nommées par les femmes, ce qui permettra de meilleurs résultats de santé. D'autres recherches sur le patient-partenaire, utilisant les résultats de l'étude quant à la conception de la démarche méthodologique proposée, pourraient constituer une autre façon de faire la recherche avec les patients, et ce, en temps réel, pour ajuster rapidement les services aux besoins de ceux-ci.

CONCLUSION

Le but de cette étude était de co-construire un modèle de soins fondé sur la continuité à partir du partenariat relationnel entre l'infirmière et des femmes au cours de leur expérience de soins en périnatalité, tout en analysant les facteurs – femmes, fournisseurs de soins, organisation, société – qui influencent cet engagement. Afin d'y arriver, trois questions de recherche étaient formulées. Pour faire suite à la démarche méthodologique novatrice proposée, il a été possible de déterminer les trois thèmes intégrateurs découlant des questions de recherche. Ces trois thèmes intégrateurs constituent un apport de connaissances sur le plan théorique, méthodologique et pratique.

Les résultats obtenus montrent que les comportements types d'engagement de l'infirmière et des femmes dans la relation de partenariat relationnel pour co-construire les soins ont été adaptés et définis au contexte de la périnatalité. Les résultats ont aussi permis de mettre en lumière certaines caractéristiques des facteurs influençant l'engagement dans la relation de partenariat entre l'infirmière et les femmes. Enfin, la co-construction du modèle de soins et de ses composantes – les catégories de pratique, l'organisation des soins, les valeurs, la philosophie, les fournisseurs de soins, les finalités – a pu être définie à partir des comportements types d'engagement de l'infirmière et des femmes. Ainsi, le modèle de soins co-construit à partir du partenariat relationnel infirmière-femme montre que celui-ci repose sur des principes clés, soit : i) la prise de décision informée plutôt que partagée permettant à la femme de faire ses choix pour avoir un sentiment de contrôle sur son expérience de soins; et, ii) la continuité relationnelle des soins, ingrédient essentiel pour que la femme puisse développer sa confiance dans sa capacité à donner la vie à son enfant. D'autres recherches sont nécessaires afin de poursuivre le développement des connaissances sur la continuité relationnelle des soins et le partenariat avec les femmes dans le contexte de soins en périnatalité. La présente thèse est une démonstration concrète qu'il est possible de mener des recherches en partenariat avec les femmes pour co-construire les services en maternité, et ce, au niveau clinique du système de soins.

RÉFÉRENCES

- Adam, T., Lim, S. S., Mehta, S., Bhutta, Z. A., Fogstad, H., Mathai, M., . . . Darmstadt, G. L. (2005). Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries. *BMJ*, *331*(7525), 1107. doi: 10.1136/bmj.331.7525.1107
- Afshar, Y., Mei, J. Y., Gregory, K. D., Kilpatrick, S. J. et Esakoff, T. F. (2018). Birth plans—impact on mode of delivery, obstetrical interventions, and birth experience satisfaction: a prospective cohort study. *Birth*, *45*(1), 43-49. doi: 10.1111/birt.12320
- Agence de la santé publique du Canada (2017). *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales* Ottawa (Ontario) Agence de la santé public du Canada. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/soins-meres-nouveau-ne-lignes-directrices-nationales.html>
- Agence de santé publique du Canada (2009). *Ce que disent les mères l'enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*. Ottawa: Agence de santé publique du Canada. Repéré à http://epe.lac-bac.gc.ca/100/200/301/phac-asp/what_mothers_say-f/HP5-74-2-2009F.pdf
- Akrich, M. et Pasveer, B. (2004). Embodiment and disembodiment in childbirth narratives. *Body and Society*, *10*(2-3), 63-84. doi: 10.1177/1357034X04042935
- Albert, M.-N. et Avenier, M.-J. (2011). Légitimation de savoirs élaborés dans une épistémologie constructiviste à partir de l'expérience de praticiens. *Recherche Qualitative*, *30*(2), 22-47.
- Alderdice, F., McNeill, J. et Lynn, F. (2013). A systematic review of systematic reviews of interventions to improve maternal mental health and well-being. *Midwifery*, *29*(4), 389-399. doi: 10.1016/j.midw.2012.05.010
- Alfirevic, Z., Devane, D., Gyte, G. M. L. et Cuthbert, A. (2017). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). doi: 10.1002/14651858.CD006066.pub3
- Allen, J., Stapleton, H., Tracy, S. et Kildea, S. (2013). Is a randomised controlled trial of a maternity care intervention for pregnant adolescents possible? An Australian feasibility study. *BMC medical research methodology*, *13*, 138-138. doi: 10.1186/1471-2288-13-138
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). Approaches to limit intervention during labor and birth. ACOG committee opinion no. 766. . *Obstetrics & Gynecology*, *133*(2), e164–e173. doi: doi: 10.1097/AOG.0000000000003074.
- Anadon, M. et L'Hostie, M. (2001). *Nouvelles dynamiques de recherche en éducation*. Sainte-Foy: Presses de l'Université Laval.
- Andrist, L. (1997). A feminist model for women's health care. *Nursing Inquiry*, *4*(4), 268-274. doi: 10.1111/j.1440-1800.1997.tb00113.x
- Anim-Somuah, M., Smyth, R. M., Cyna, A. M. et Cuthbert, A. (2018). Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *5*(5), CD000331. doi: 10.1002/14651858.CD000331.pub4

- Armstrong, K. L. et Morris, J. (2000). Promoting secure attachment, maternal mood and child health in a vulnerable population: a randomized controlled trial. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 36(6), 555-562. doi: 10.1046/j.1440-1754.2000.00591.x
- Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216-224. doi: 10.1080/01944366908977225
- Association of Women's Health. (2018). Continuous Labor Support for Every Woman. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 47(1), 73-74. doi: 10.1016/j.jogn.2017.11.010
- Aune, I., Dahlberg, U., Backe, B. et Haugan, G. (2013). Comparing standard maternity care with team midwifery care provided by student midwives - pilot study : women's experiences and clinical outcomes. *Nordic Journal of Nursing Research*, 33(3), 14-19. doi: 10.1177/010740831303300304
- Avenier, M.-J. (2011). Les paradigmes épistémologiques constructivistes : post-modernisme ou pragmatisme ? *Management & Avenir*, 43(3), 372-391. doi: 10.3917/mav.043.0372
- Azcue, M. et Tardif, J. (2012). L'engendrement vu du don. Ce qu'accoucher dans un monde biomédicalisé veut dire. *Revue du MAUSS*, 39(1), 163-179. doi: 10.3917/rdm.039.0163
- Bahr, S. J. et Weiss, M. E. (2018). Clarifying model for continuity of care: a concept analysis. *International journal of nursing practice*, 0(0), e12704. doi: doi:10.1111/ijn.12704
- Baijens, S. W. E., Huppelschoten, A. G., Van Dillen, J. et Aarts, J. W. M. (2018). Improving shared decision-making in a clinical obstetric ward by using the three questions intervention, a pilot study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 1-8. doi: 10.1186/s12884-018-1921-z
- Bailit, J. L., Dierker, L., Blanchard, M. H. et Mercer, B. M. (2005). Outcomes of women presenting in active versus latent phase of spontaneous labor. *Obstetrics & Gynecology*, 105(1), 77-79. doi: 10.1097/01.Aog.0000147843.12196.00
- Baillargeon, D. (2004). *Un Québec en mal d'enfants : la médicalisation de la maternité, 1910-1970*. Montréal: Éditions du Remue-ménage.
- Banta, D. et Thacker, S. B. (1982). The risks and benefits of episiotomy: a review. *Birth*, 9(1), 25-30. doi: 10.1111/j.1523-536X.1982.tb01599.x
- Barello, S., Graffigna, G. et Vegni, E. (2012). Patient engagement as an emerging challenge for healthcare services: mapping the literature. *Nursing Research & Practice*, 1-7. doi: 10.1155/2012/905934
- Barimani, M., Oxelmark, L., Johansson, S.-E., Langius-Eklöf, A. et Hylander, I. (2014). Professional support and emergency visits during the first 2 weeks postpartum. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(1), 57-65. doi: 10.1111/scs.12036
- Barimani, M. et Vikström, A. (2015). Successful early postpartum support linked to management, informational, and relational continuity. *Midwifery*, 31(8), 811-817. doi: 10.1016/j.midw.2015.04.009
- Bate, P. et Robert, G. (2006). Experience-Based Design: From Redesigning the System Around the Patient to Co-designing Services with the Patient. *Quality & Safety in Health Care*, 15(5), 307-310. doi: 10.1136/qshc.2005.016527
- Begley, C., Devane, D., Clarke, M., McCann, C., Hughes, P., Reilly, M., . . . Doyle, M. (2011). Comparison of midwife-led and consultant-led care of healthy women at low risk of childbirth complications in the Republic of Ireland: a randomised trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11(1), 85. doi: 10.1186/1471-2393-11-85

- Behruzi, R., Hatem, M., Goulet, L., Fraser, W., Leduc, N. et Misago, C. (2010). Humanized birth in high risk pregnancy: barriers and facilitating factors. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 13(1), 49-58. doi: 10.1007/s11019-009-9220-0
- Behruzi, R., Hatem, M., Goulet, L., Fraser, W. et Misago, C. (2013). Understanding childbirth practices as an organizational cultural phenomenon: a conceptual framework. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(205). doi:10.1186/1471-2393-13-205
- Benoit, C., Zadoroznyj, M., Hallgrimsdottir, H., Treloar, A. et Taylor, K. (2010). Medical dominance and neoliberalisation in maternal care provision: the evidence from Canada and Australia. *Social Science & Medicine*, 71(3), 475-481. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.04.005
- Benyamini, Y., Molcho, M. L., Dan, U., Gozlan, M. et Preis, H. (2017). Women's attitudes towards the medicalization of childbirth and their associations with planned and actual modes of birth. *Women and Birth*, 30(5), 424-430. doi: 10.1016/j.wombi.2017.03.007
- Berg, M. et Dahlberg, K. (1998). A phenomenological study of women's experiences of complicated childbirth. *Midwifery*, 14(1), 23-29. doi: 10.1016/S0266-6138(98)90111-5
- Bergeron, V. (2007). The ethics of cesarean section on maternal request: a feminist critique of the American College of Obstetricians and Gynecologists' position on patient-choice surgery. *Bioethics*, 21(9), 478-487. doi: 10.1111/j.1467-8519.2007.00593.x
- Biescas, H., Benet, M., Pueyo, M. J., Rubio, A., Pla, M., Pérez-Botella, M. et Escuriet, R. (2017). A critical review of the birth plan use in Catalonia. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 13, 41-50. doi: 10.1016/j.srhc.2017.05.006
- Biró, M. A., Waldenström, U. et Pannifex, J. H. (2000). Team midwifery care in a tertiary level obstetric service: a randomized controlled trial. *Birth*, 27(3), 168-173. doi: 10.1046/j.1523-536x.2000.00168.x
- Blais, M. et Martineau, S. (2006). *L'analyse inductive générale: Description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes*. *Recherches Qualitatives*, 26(2), 1-18. Repéré à [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero26\(2\)/blais_et_martineau_final2.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero26(2)/blais_et_martineau_final2.pdf)
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K. et Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7). doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub6
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., . . . Gülmezoglu, A. M. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Med*, 12(6), 1-4. doi: 10.1371/journal.pmed.1001847
- Boie, S., Glavind, J., Velu, A. V., Mol, B. W. J., Uldbjerg, N., de Graaf, I., . . . Bakker, J. J. (2018). Discontinuation of intravenous oxytocin in the active phase of induced labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8), CD012274. doi: 10.1002/14651858.CD012274.pub2
- Boldrini, J.-C. (2013). *Quand le chercheur est son propre objet de recherche. Le cas de Basile Torevac, innovateur relationnel et chercheur autopoïétique*. Communication présentée XXII Conférence Internationale de Management Stratégique, Clermont-Ferrand. Repéré à <https://www.strategie-aims.com/events/conferences/23-xxieme-conference-de-l->

[aims/communications/2912-quand-le-chercheur-est-son-propre-objet-de-recherche-le-cas-de-basile-torevac-innovateur-relationnel-et-chercheur-autopoietique/download](#)

- Bradfield, Z., Duggan, R., Hauck, Y. et Kelly, M. (2018). Midwives being ‘with woman’: an integrative review. *Women and Birth*, 31(2), 143-152. doi: 10.1016/j.wombi.2017.07.011
- Bridgman Perkins, B. (2004). *The medical delivery business : health reform, childbirth, and the economic order*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Brown, J. B., Beckhoff, C., Bickford, J., Stewart, M., Freeman, T. R. et Kasperski, M. J. (2009). Women and their partners’ perceptions of the key roles of the labor and delivery nurse. *Clinical Nursing Research*, 18(4), 323-335. doi: 10.1177/1054773809341711
- Brown, S. et Lumley, J. (1994). Satisfaction with care in labor and birth: a survey of 790 Australian women. *Birth*, 21(1), 4-13. doi: 10.1111/j.1523-536X.1994.tb00909.x
- Brown, S. et Lumley, J. (1998). Changing childbirth: lessons from an Australian survey of 1336 women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 105(2), 143-155. doi: 10.1111/j.1471-0528.1998.tb10044.x
- Brown, S., Small, R., Argus, B., Davis, P. et Krastev, A. (2002). Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD002958. doi: 10.1002/14651858.CD002958
- Brown, S. J., Davey, M.-A. et Bruinsma, F. J. (2005). Women's views and experiences of postnatal hospital care in the Victorian Survey of Recent Mothers 2000. *Midwifery*, 21(2), 109-126. doi: 10.1016/j.midw.2004.09.006
- Bryant, J., Porter, M., Tracy, S. K. et Sullivan, E. A. (2007). Caesarean birth: consumption, safety, order, and good mothering. *Social Science & Medicine*, 65(6), 1192-1201. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.05.025
- Bugg, G. J., Siddiqui, F. et Thornton, J. G. (2013). Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6), CD007123. doi: 10.1002/14651858.CD007123.pub3
- Cahill, H. A. (2001). Male appropriation and medicalization of childbirth: an historical analysis. 33(3), 334-342. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01669.x
- Calman, L., Brunton, L. et Molassiotis, A. (2013). Developing longitudinal qualitative designs: lessons learned and recommendations for health services research. *BMC Medical Research Methodology*, 13(1), 1-10. doi: 10.1186/1471-2288-13-14
- Campero, L., García, C., Díaz, C., Ortiz, O., Reynoso, S. a. et Langer, A. (1998). “Alone, I wouldn't have known what to do”: A qualitative study on social support during labor and delivery in Mexico. *Social Science & Medicine*, 47(3), 395-403. doi: 10.1016/S0277-9536(98)00077-X
- Carlsson, I.-M. (2016). Being in a safe and thus secure place, the core of early labour: a secondary analysis in a Swedish context. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 11, 30230-30230. doi: 10.3402/qhw.v11.30230
- Carlsson, I.-M., Ziegert, K., Sahlberg-Blom, E. et Nissen, E. (2012). Maintaining power: women's experiences from labour onset before admittance to maternity ward. *Midwifery*, 28(1), 86-92. doi: 10.1016/j.midw.2010.11.011
- Carman, K. L., Dardess, P., Maurer, M., Sofaer, S., Adams, K., Bechtel, C. et Sweeney, J. (2013). Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and

- developing interventions and policies. *Health Affairs*, 32(2), 223-231. doi: 10.1377/hlthaff.2012.1133.
- Carolan, M. et Hodnett, E. (2007). 'With woman' philosophy: examining the evidence, answering the questions. *Nursing Inquiry*, 14(2), 140-152. doi: 10.1111/j.1440-1800.2007.00360.x
- Carricaburu, D. (2005). De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public. *Sociologie du Travail*, 47(2), 245-262. doi: 10.1016/j.soctra.2005.03.006
- Chadwick, R. J. et Foster, D. (2013). Negotiating risky bodies: childbirth and constructions of risk. *Health, Risk & Society*, 16(1), 1-16. doi: 10.1080/13698575.2013.863852
- Chalmers, B. (1992). WHO appropriate technology for birth revisited. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 99, 709-710. doi: 10.1111/j.1471-0528.1992.tb13867.x
- Chalmers, B., Kaczorowski, J., O'Brien, B. et Royle, C. (2012). Rates of interventions in labor and birth across Canada: findings of the Canadian maternity experiences survey. *Birth*, 39(3), 203-210. doi: 10.1111/j.1523-536X.2012.00549.x
- Charles, C., Gafni, A. et Whelan, T. (1999). Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science & Medicine*, 49(5), 651-661. doi: 10.1016/s0277-9536(99)00145-8
- Chen, I., Opiyo, N., Tavender, E., Mortazhejri, S., Rader, T., Petkovic, J., . . . Betran, A. P. (2018). Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, CD005528. doi: 10.1002/14651858.CD005528.pub3
- Chinn, P. L. et Kramer, M. K. (2018). *Knowledge development in nursing : theory and process*. (Tenth edition.° éd.). St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Christiaens, W., Nieuwenhuijze, M. J. et de Vries, R. (2013). Trends in the medicalisation of childbirth in Flanders and the Netherlands. *Midwifery*, 29(1), e1-e8. doi: 10.1016/j.midw.2012.08.010
- Christiaens, W. et van Teijlingen, E. (2009). Four meanings of medicalization: childbirth as a case study. *Salute e Società*, 8, 123-141. Repéré à <http://hdl.handle.net/1854/LU-1040788>
- Cindoglu, D. et Sayan-Cengiz, F. (2010). Medicalization discourse and modernity: contested meanings over childbirth in contemporary Turkey. *Health Care for Women International*, 31(3), 221-243. doi: 10.1080/07399330903042831
- Clavandier, G. et Charrier, P. (2015). La naissance en mutation, un enjeu pour la sociologie ? , 12(1), 165-174. doi: 10.3917/rf.012.0165
- Clesse, C., Lighezzolo-Alnot, J., de Lavergne, S., Hamlin, S. et Scheffler, M. (2018). The evolution of birth medicalisation: a systematic review. *Midwifery*, 66, 161-167. doi: 10.1016/j.midw.2018.08.003
- Cohen Shabot, S. (2016). Making loud bodies "feminine": a feminist-phenomenological analysis of obstetric violence. *Human Studies*, 39(2), 231-247. doi: 10.1007/s10746-015-9369-x
- Collins, C. T., Fereday, J., Pincombe, J., Oster, C. et Turnbull, D. (2010). An evaluation of the satisfaction of midwives' working in midwifery group practice. *Midwifery*, 26(4), 435-441. doi: 10.1016/j.midw.2008.09.004
- Commissaire à la santé et au bien-être (2011). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux. Pour une vision à long terme en périnatalité et en petite enfance : enjeux et recommandations*. Gouvernement du Québec. Repéré à

https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2011_PPE/CSBE_T4EnjeuxRecommandations_PPE_2011.pdf

- Contandriopoulos, A. P. (2014). *Fondements idéologiques des systèmes de soins, Notes de cours, Analyser, comprendre et transformer le système de santé*, . Document inédit.
- Côté, A., S. , Berthiaume, T., Côté-Boileau, T., Porret, D. et Trottier, L.-H. (2011). *Un Québec riche de tous ses professionnels de la santé – Pour une amélioration dans l'offre de service en première ligne Périnatalité et Petite Enfance*. Groupe de travail Organisation des services de première ligne, Table sectorielle mère-enfant des RUIS.
- Courtial, J.-P. et Le Dreff, G. (2004). Analyse de récits de femmes enceintes. *16*(1), 105-121. doi: 10.3917/spub.041.0105
- Coyne, I., Holmström, I. et Söderbäck, M. (2018). Centeredness in healthcare: a concept synthesis of family-centered care, person-centered care and child-centered care. *Journal of Pediatric Nursing*, *42*, 45-56. doi: 10.1016/j.pedn.2018.07.001
- Dahlberg, U. et Aune, I. (2013). The woman's birth experience—the effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery*, *29*(4), 407-415. doi: 10.1016/j.midw.2012.09.26
- Dahlberg, U., Haugan, G. et Aune, I. (2016). Women's experiences of home visits by midwives in the early postnatal period. *Midwifery*, *39*, 57-62. doi: 10.1016/j.midw.2016.05.003
- Dahlen, H. G., Homer, C. S. E., Leap, N. et Tracy, S. K. (2011). From social to surgical: historical perspectives on perineal care during labour and birth. *Women and Birth*, *24*(3), 105-111. doi: 10.1016/j.wombi.2010.09.002
- Davies, B. L. et Hodnett, E. (2002). Labor support: nurses' self-efficacy and views about factors influencing implementation. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, *31*(1), 48-56. doi: 10.1111/j.1552-6909.2002.tb00022.x
- Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Federation of Gynecology and Obstetrics*, *75*, s5-s23. Repéré à http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/the_technocratic_humanistic_and_holistic_paradigms_of_childbirth.pdf
- Davis-Floyd, R. E. (1994). The technocratic body: american childbirth as cultural expression. *Social Science & Medicine*, *38*(8), 1125-1140. doi: 10.1016/0277-9536(94)90228-3
- DCPP et CIO-UdeM. (2016). Terminologie de la pratique collaborative et du partenariat patient en santé et services sociaux. Montréal, Québec: Université de Montréal.
- de Labrusse, C., Ramelet, A.-S., Humphrey, T. et Maclennan, S. J. (2016). Patient-centered care in maternity services: a critical appraisal and synthesis of the literature. *Women's Health Issues*, *26*(1), 100-109. doi: 10.1016/j.whi.2015.09.003
- de Silva, D. (2014). *Helping measure person-centred care*. London, UK: Health Foundation.
- DeBaets, A. M. (2017). From birth plan to birth partnership: enhancing communication in childbirth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *216*(1), 31.e31-31.e34. doi: 10.1016/j.ajog.2016.09.087
- Dencker, A., Taft, C., Bergqvist, L., Lilja, H. et Berg, M. (2010). Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *10*(1), 81. doi: 10.1186/1471-2393-10-81

- Desgagné, S. (1997). Le concept de recherche collaborative : l'idée d'un rapprochement entre chercheurs universitaires et praticiens enseignants. *Revue des sciences de l'éducation*, 23(2), 371-393. doi: 10.7202/03921ar
- Desgagné, S. (1998). La position du chercheur en recherche collaborative : Illustration d'une démarche de médiation entre culture universitaire et culture scolaire. *Recherches Qualitatives*, 18, 77-105.
- Dessureault, A.-M. (2015). La médicalisation de l'accouchement : impacts possibles sur la santé mentale et physique des familles. *Devenir*, 27(1), 53-68. doi: 10.3917/dev.151.0053
- Donnolley, N., Butler-Henderson, K., Chapman, M. et Sullivan, E. (2016). The development of a classification system for maternity models of care. *Health Information Management Journal*, 45(2), 64-70. doi: 10.1177/1833358316639454
- Donnolley, N. R., Chambers, G. M., Butler-Henderson, K. A., Chapman, M. G. et Sullivan, E. A. (2017). More than a name: heterogeneity in characteristics of models of maternity care reported from the Australian maternity care classification system validation study. *Women and Birth*, 30(4), 332-341. doi: 10.1016/j.wombi.2017.01.005
- Downe, S., Finlayson, K., Tunçalp, Ö. et Metin Gülmezoglu, A. (2016). What matters to women: a systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123(4), 529-539. doi:10.1111/1471-0528.13819
- Downe, S., Gyte, G. M., Dahlen, H. G. et Singata, M. (2013). Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group*, (7). doi: 10.1002/14651858.CD010088.pub2
- Dowswell, T., Carroli, G., Duley, L., Gates, S., Gülmezoglu, A. M., Khan-Neelofur, D. et Piaggio, G. (2015). Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), CD000934. doi: 10.1002/14651858.CD000934.pub3
- Edmonds, J. K. et Jones, E. J. (2013). Intrapartum nurses' perceived influence on delivery mode decisions and outcomes. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 42(1), 3-11. doi: 10.1111/j.1552-6909.2012.01422.x
- Elwyn, G., Durand, M. A., Song, J., Aarts, J., Barr, P. J., Berger, Z., . . . Van der Weijden, T. (2017). A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *BMJ*, 359, 1-6. doi: 10.1136/bmj.j4891
- Elwyn, G., Edwards, A., Gwyn, R. et Grol, R. (1999). Towards a feasible model for shared decision making: focus group study with general practice registrars. *BMJ*, 319(7212), 753-756. doi: 10.1136/bmj.319.7212.753
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., . . . Barry, M. (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of general internal medicine*, 27(10), 1361-1367. doi: 10.1007/s11606-012-2077-6
- Elwyn, G., Laitner, S., Coulter, A., Walker, E., Watson, P. et Thomson, R. (2010). Implementing shared decision making in the NHS. *BMJ*, 341, c5146. doi: 10.1136/bmj.c5146
- Eri, T. S., Blystad, A., Gjengedal, E. et Blaaka, G. (2010). Negotiating credibility: first-time mothers' experiences of contact with the labour ward before hospitalisation. *Midwifery*, 26(6), e25-e30. doi: 10.1016/j.midw.2008.11.005

- Ervin, K., Blackberry, I. et Haines, H. (2017). Developing taxonomy and mapping concepts of shared decision making to improve clinicians understanding. *Nursing & Care Open Access Journal*, 3, 204-210. doi: 10.15406/ncoaj.2017.03.00063
- Fawsitt, C. G., Bourke, J., Lutomski, J. E., Meaney, S., McElroy, B., Murphy, R. et Greene, R. A. (2017). What women want: exploring pregnant women's preferences for alternative models of maternity care. *Health Policy*, 121(1), 66-74. doi: 10.1016/j.healthpol.2016.10.010
- Fisher, J., Astbury, J. et Smith, A. (1997). Adverse psychological impact of operative obstetric interventions: a prospective longitudinal study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31(5), 728-738. doi: 10.3109/00048679709062687
- Fleming, S. E., Vandermause, R. et Shaw, M. (2014). First-time mothers preparing for birthing in an electronic world: internet and mobile phone technology. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(3), 240-253. doi: 10.1080/02646838.2014.886104
- Flint, C., Poulengeris, P. et Grant, A. (1989). The 'know your midwife' scheme - a randomised trial of continuity of care by a team of midwives. *Midwifery*, 5(1), 11-16. doi: 10.1016/S0266-6138(89)80059-2
- Fontein-Kuipers, Y., de Groot, R. et van Staa, A. (2018). Woman-centered care 2.0: bringing the concept into focus. *European Journal of Midwifery*, 2(May), 1-12. doi: 10.18332/ejm/91492
- Ford, E. et Ayers, S. (2011). Support during birth interacts with prior trauma and birth intervention to predict postnatal post-traumatic stress symptoms. *Psychology & Health*, 26(12), 1553-1570. doi: 10.1080/08870446.2010.533770
- Ford, E., Ayers, S. et Wright, D. B. (2009). Measurement of maternal perceptions of support and control in birth (SCIB). *Journal of Women's Health*, 18(2), 245-252. doi: 10.1089/jwh.2008.0882
- Forster, D.A., McLachlan, H. L., Rayner, J., Yelland, J., Gold, L. et Rayner, S. (2008). The early postnatal period: exploring women's views, expectations and experiences of care using focus groups in Victoria, Australia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8(27), 1-11. doi: 10.1186/1471-2393-8-27
- Fox, B. et Worts, D. (1999). Revisiting the critique of medicalized childbirth: a contribution to the sociology of birth. *Gender & Society*, 13(3), 326-346. doi: 10.1177/089124399013003004
- Frampton, S. B., Charmel, P. A. et Guastello, S. (2013). *L'humain au cœur de l'expérience : recueil de pratiques de soins et de gestion en santé*. Laval, Québec: Guy Saint-Jean éditeur.
- Freeman, G. et Hughes, J. (2010). Continuity of care and the patient experience. An inquiry into the quality of general practice in England. London: The Kings Fund.
- Freeman, G., Shepperd, S., Robinson, I., Ehrich, K. et Richards, S. (2001). Continuity of care London: UK.
- Freeman, L. M. (2006). Continuity of carer and partnership: a review of the literature. *Women and Birth*, 19(2), 39-44. doi: 10.1016/j.wombi.2006.05.002
- Gagnon, A. J., Meier, K. M. et Waghorn, K. (2007). Continuity of nursing care and its link to cesarean birth rate. *Birth*, 34(1), 26-31. doi: 10.1111/j.1523-536X.2006.00143.x
- Gagnon, A. J. et Waghorn, K. (1996). Supportive care by maternity nurses: a work sampling study in an intrapartum unit. *Birth*, 23(1), 1-6. doi: 10.1111/j.1523-536X.1996.tb00453.x

- Gagnon, A. J. et Waghorn, K. (1999). One-to-one nurse labor support of nulliparous women stimulated with oxytocin. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 28(4), 371-376. doi: 10.1111/j.1552-6909.1999.tb02005.x
- Gagnon, A. J., Waghorn, K. et Covell, C. (1997). A randomized trial of one-to-one nurse support of women in labor. *Birth*, 24(2), 71-77. doi: 10.1111/j.1523-536X.1997.00071.pp.x
- Gagnon, R. (2017). *La grossesse et l'accouchement à l'ère de la biotechnologie: l'expérience de femmes au Québec*. (Université de Montréal, Montréal, Québec). Repéré à <http://hdl.handle.net/1866/19996>
- Gamache, L. et Poissant, J. (2016). *Avis scientifique sur les meilleures pratiques en matière de suivi postnatal à la suite du congé hospitalier*. Institut national de santé publique du Québec. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2189_suivi_postnatal_suite_conge_hospitalier.pdf
- Gauvin-Lepage, J. (2014). *Coconstruction des composantes d'un programme d'intervention en soutien à la résilience de familles dont un adolescent est atteint d'un traumatisme craniocérébral*. (Université de Montréal, Montréal, Québec). Repéré à <http://hdl.handle.net/1866/10498>
- Gavard-Perret, M.-L., Gotteland, D., Haon, C., Jolibert, A. et Aubert, B. A. (2018). *Méthodologie de la recherche en sciences de gestion : réussir son mémoire ou sa thèse*. (3^e éd.). Montreuil: Pearson.
- Gee, R. E. et Corry, M. P. (2012). Patient engagement and shared decision making in maternity care. *Obstetrics & Gynecology*, 120(5), 995-997. doi: 10.1097/aog.0b013e31827046ac
- Gennaro, S., Mayberry, L. J. et Kafulafula, U. (2007). The evidence supporting nursing management of labor. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 36(6), 598-604. doi: 10.1111/j.1552-6909.2007.00194.x
- Giarratano, G. (2003). Woman-centered maternity nursing education and practice. *Journal of Perinatal Education*, 12(1), 18-28. doi: 10.1624/105812403X106694
- Giarratano, G., Bustamante-Forest, R. et Pollock, C. (1999). New pedagogy for maternity nursing education. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 28(2), 127-134. doi: 10.1111/j.1552-6909.1999.tb01976.x
- Gibbons, L., Belizan, J. M., Lauer, J. A., Betran, A. P., Merialdi, M. et Althabe, F. (2012). Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 206(4), 331.e331-319. doi: 10.1016/j.ajog.2012.02.026
- Goldenberg, R. L., McClure, E. M., Bhattacharya, A., Groat, T. D. et Stahl, P. J. (2009). Women's perceptions regarding the safety of births at various gestational ages. *Obstetrics & Gynecology*, 114(6), 1254-1258. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181c2d6a0
- Green, J. M. (2012). Integrating women's views into maternity care research and practice. *Birth*, 39(4), 291-295. doi: 10.1111/birt.12003
- Green, J. M., Renfrew, M. J. et Curtis, P. A. (2000). Continuity of carer: what matters to women? a review of the evidence. *Midwifery*, 16(3), 186-196. doi: 10.1054/midw.1999.0208
- Grimes, H. A., Forster, D. A. et Newton, M. S. (2014). Sources of information used by women during pregnancy to meet their information needs. *Midwifery*, 30(1), e26-e33. doi: 10.1016/j.midw.2013.10.007

- Guba, E. G. et Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, Calif.: Sage.
- Gungor, I. et Beji, N. K. (2012). Development and psychometric testing of the scales for measuring maternal satisfaction in normal and caesarean birth. *Midwifery*, 28(3), 348-357. doi: 10.1016/j.midw.2011.03.009
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E. et McKendry, R. (2003). Continuity Of Care: A Multidisciplinary Review. *BMJ*, 327(7425), 1219-1221. doi: 10.2307/25457841
- Haggerty, J. L., Roberge, D., Freeman, G. K. et Beaulieu, C. (2013). Experienced continuity of care when patients see multiple clinicians: a qualitative metasummary. *Annals of family medicine*, 11(3), 262-271. doi: 10.1370/afm.1499
- Halabi, I. O., Scholtes, B., Voz, B., Gillain, N., Durieux, N., Odero, A., . . . Pétré, B. (2019). "Patient participation" and related concepts: a scoping review on their dimensional composition. *Patient Education and Counseling*, 1-10. doi: 10.1016/j.pec.2019.08.001
- Hannula, L., Kaunonen, M. et Tarkka, M.-T. (2008). A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *Journal of Clinical Nursing*, 17(9), 1132-1143. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02239.x
- Harris, S. J., Janssen, P. A., Saxell, L., Carty, E. A., Macrae, G. S. et Petersen, K. L. (2012). Effect of a collaborative interdisciplinary maternity care program on perinatal outcomes. *CMAJ*, 184(17), 1885-1892. doi: 10.1503/cmaj.111753
- Hart, E. et Bond, M. (1995). *Action research for health and social care : a guide to practice*. Buckingham: Open University Press.
- Harvey, S., Jarrell, J., Brant, R., Stainton, C. et Rach, D. (1996). A randomised, controlled trial of nurse-midwifery care. *Birth*, 23(3), 128 - 135. doi: 10.1111/j.1523-536X.1996.tb00473.x
- Hatem, M., Sandall, J., Devane, D., Soltani, H. et Gates, S. (2008). Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub2
- Heaton, J., Corden, A. et Parker, G. (2012). 'Continuity of care': a critical interpretive synthesis of how the concept was elaborated by a national research programme. *International journal of integrated care*, 12(2), 1-9. doi: 10.5334/ijic.794
- Hicks, C., Spurgeon, P. et Barwell, F. (2003). Changing Childbirth: a pilot project. 42(6), 617-628. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02665.x
- Hildingsson, I. et Thomas, J. E. (2007). Women's perspectives on maternity services in sweden: processes, problems, and solutions. *The Journal of Midwifery & Womens Health*, 52(2), 126-133. doi: 10.1016/j.jmwh.2006.10.023
- Hills, M. et Mullett, J. (2002). Women-centred care: Working collaboratively to develop gender inclusive health policy. *Health Care for Women International*, 23(1), 84-97. doi: 10.1080/073993302753428456
- Hodnett, E. (1996). Nursing support of the laboring woman. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 25(3), 257-264. doi: 10.1111/j.1552-6909.1996.tb02434.x
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J. et Sakala, C. (2005). Continuous Support for Women During Childbirth. *Birth*, 32(1), 72-72. doi: 10.1111/j.0730-7659.2005.00336.x

- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J. et Sakala, C. (2012). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10), CD003766. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub4
- Hoffman, E., Maraldo, P., Coons, H. L. et Johnson, K. (1997). The women-centered health care team: integrating perspectives from managed care, women's health, and the health professional workforce. *Women's Health Issues*, 7(6), 362-374. doi: 10.1016/s1049-3867(97)00074-1
- Hofmeyr, G. J., Nikodem, V. C., Wolman, W.-L., Chalmers, B. E. et Kramer, T. (1991). Companionship to modify the clinical birth environment: effects on progress and perceptions of labour, and breastfeeding. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 98(8), 756-764. doi: 10.1111/j.1471-0528.1991.tb13479.x
- Homer, C. S. E., Davis, G. K. et Brodie, P. M. (2000). What do women feel about community-based antenatal care? *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 24(6), 590-595. doi: 10.1111/j.1467-842X.2000.tb00522.x
- Homer, C. S. E., Davis, G. K., Brodie, P. M., Sheehan, A., Barclay, L. M., Wills, J. et Chapman, M. G. (2001). Collaboration in maternity care: a randomised controlled trial comparing community-based continuity of care with standard hospital care. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 108(1), 16-22. doi: 10.1111/j.1471-0528.2001.00022.x
- Homer, C. S. E., Davis, G. K., Cooke, M. et Barclay, L. M. (2002). Women's experiences of continuity of midwifery care in a randomised controlled trial in Australia. *Midwifery*, 18(2), 102-112. doi: 10.1054/midw.2002.0298
- Horiuchi, S., Kataoka, Y., Eto, H., Oguro, M. et Mori, T. (2006). The applicability of women-centered care: two case studies of capacity-building for maternal health through international collaboration. *Japan Journal of Nursing Science*, 3(2), 143-150. doi: 10.1111/j.1742-7924.2006.00060.x
- Huber, U. S. et Sandall, J. (2009). A qualitative exploration of the creation of calm in a continuity of carer model of maternity care in London. *Midwifery*, 25(6), 613-621. doi: 10.1016/j.midw.2007.10.011
- Hundley, V. A., Donaldson, C., Lang, G. D., Cruickshank, F. M., Glazener, C. M. A., Milne, J. M. et Mollison, J. (1995). Costs of intrapartum care in a midwife-managed delivery unit and a consultant-led labour ward. *Midwifery*, 11(3), 103-109. doi: 10.1016/0266-6138(95)90024-1
- Hutchfield, K. (1999). Family-centred care: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 29(5), 1178-1187. doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.00987.x
- Iida, M., Horiuchi, S. et Porter, S. E. (2012). The relationship between women-centred care and women's birth experiences: a comparison between birth centres, clinics, and hospitals in Japan. *Midwifery*, 28(4), 458-465. doi: 10.1016/j.midw.2011.07.002
- Institut canadien d'information sur la santé (2014). *Causes d'hospitalisation et de chirurgie avec hospitalisation au Canada*. Repéré à http://www.cihi.ca/web/resource/fr/public_summary_ih_12-13_fr.pdf
- Institut de la statistique du Québec (2018). *Le bilan démographique du Québec. Édition 2018*. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan2018.pdf>

- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2012). *Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque*. Repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ObstetriqueGynecologie/ETMI_S_2012_Vol8_No14.pdf
- Institute of Medicine (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. doi: doi:10.17226/10027. Repéré à <https://www.nap.edu/catalog/10027/crossing-the-quality-chasm-a-new-health-system-for-the>
- James, D. C., Simpson, K. R. et Knox, G. E. (2003). How do expert labor nurses view their role? *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32(6), 814-823. doi: 10.1177/0884217503258548
- Jenkins, M. G., Ford, J. B., Todd, A. L., Forsyth, R., Morris, J. M. et Roberts, C. L. (2015). Women's views about maternity care: how do women conceptualise the process of continuity? *Midwifery*, 31(1), 25-30. doi: 10.1016/j.midw.2014.05.007
- Jenkinson, B., Kruske, S. et Kildea, S. (2017). The experiences of women, midwives and obstetricians when women decline recommended maternity care: a feminist thematic analysis. *Midwifery*, 52, 1-10. doi: 10.1016/j.midw.2017.05.006
- Jeschke, E., Ostermann, T., Dippong, N., Brauer, D. et Matthes, H. (2012). Psychometric properties of the confidence and trust in delivery questionnaire (CTDQ): a pilot study. *BMC Women's Health*, 12(26), 1-7. doi: 10.1186/1472-6874-12-26
- Jiang, H., Qian, X., Carroli, G. et Garner, P. (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD000081. doi: 10.1002/14651858.CD000081.pub3
- Johanson, R., Newburn, M. et Macfarlane, A. (2002). Has the medicalisation of childbirth gone too far? *BMJ*, 324(7342), 892-895. doi: 10.1136/bmj.324.7342.892
- Johnson, M., Stewart, H., Langdon, R., Kelly, P. et Yong, L. (2003). Women-centred care and caseload models of midwifery. *Collegian*, 10(1), 30-34. doi: 10.1016/s1322-7696(08)60618-6
- Joint Committee of the NLNE and NOPHN on the Integration of the Social and Health Aspects of Nursing in the Basic Curriculum, Carn, I., Subcommittee to Study the Hospital Referral of Patients for Continuity of Nursing Care, et Frost, H. (1947). Hospital Referral of Patients for Continuity of Nursing Care. *The American Journal of Nursing*, 47(11), 761-764. doi: 10.2307/3457729
- Joint Position Statement. (1978). The development of family-centered maternity/newborn care in hospitals interprofessional task force on health care of women and children. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 7(5), 55-59. doi: 10.1111/j.1552-6909.1978.tb00775.x
- Jolles, M. W., de Vries, M., Hollander, M. H. et van Dillen, J. (2019). Prevalence, characteristics, and satisfaction of women with a birth plan in The Netherlands. *Birth*, 46(4), 686-692. doi: 10.1111/birt.12451
- Jordan, R. G. et Murphy, P. A. (2009). Risk assessment and risk distortion: finding the balance. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 54(3), 191-200. doi: 10.1016/j.jmwh.2009.02.001

- Kabakian-Khasholian, T., Campbell, O., Shediak-Rizkallah, M. et Ghorayeb, F. (2000). Women's experiences of maternity care: satisfaction or passivity? *Social Science & Medicine*, 51(1), 103-113. doi: 10.1016/S0277-9536(99)00443-8
- Karazivan, P., Dumez, V., Flora, L., Pomey, M.-P., Del Grande, C., Ghadiri, D. P., . . . Lebel, P. (2015). The patient-as-partner approach in health care: a conceptual framework for a necessary transition. *Academic Medicine*, 90(4), 437-441. doi: 10.1097/acm.0000000000000603
- Kasai, K. E., Nomura, R. M. Y., Benute, G. R. G., de Lucia, M. C. S. et Zugaib, M. (2010). Women's opinions about mode of birth in Brazil: a qualitative study in a public teaching hospital. *Midwifery*, 26(3), 319-326. doi: 10.1016/j.midw.2008.08.001
- Kaufman, T. (2007). Evolution of the birth plan. *The Journal of perinatal education*, 16(3), 47-52. doi: 10.1624/105812407X217985
- Kemp, L., Anderson, T., Travaglia, J. et Harris, E. (2005). Sustained nurse home visiting in early childhood: exploring Australian nursing competencies. *Public Health Nursing*, 22(3), 254-259. doi: 10.1111/j.0737-1209.2005.220309.x
- Kemp, L., Eisbacher, L., McIntyre, L., O'sullivan, K., Taylor, J., Clark, T. et Harris, E. (2007). Working in partnership in the antenatal period: What do child and family health nurses do? *Contemporary Nurse*, 23(2), 312-320. doi: 10.5172/conu.2006.23.2.312
- Kemp, L., Harris, E., McMahon, C., Matthey, S., Vimpani, G., Anderson, T. et Schmied, V. (2008). Miller Early Childhood Sustained Home-visiting (MECSH) trial: design, method and sample description. *BMC public health*, 8(1), 424. doi: 10.1186/1471-2458-8-424
- Kemp, L., Harris, E., McMahon, C., Matthey, S., Vimpani, G., Anderson, T., . . . Aslam, H. (2013). Benefits of psychosocial intervention and continuity of care by child and family health nurses in the pre- and postnatal period: process evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 69(8), 1850-1861. doi: doi:10.1111/jan.12052
- Kemp, L., Harris, E., McMahon, C., Matthey, S., Vimpani, G., Anderson, T., . . . Zapart, S. (2011). Child and family outcomes of a long-term nurse home visitation programme: a randomised controlled trial. *Archives of Disease in Childhood*, 96(6), 533-540. doi: 10.1136/adc.2010.196279
- Kenny, P., Brodie, P., Eckerman, S. et Hall, J. (1994). Final report. Westmead hospital team midwifery project evaluation.: Sydney: University of Sydney.
- Keulen, J. K. J., Bruinsma, A., Kortekaas, J. C., van Dillen, J., van der Post, J. A. M. et de Miranda, E. (2018). Timing induction of labour at 41 or 42 weeks? a closer look at time frames of comparison: a review. *Midwifery*, 66, 111-118. doi: 10.1016/j.midw.2018.07.011
- Kornelsen, J. (2005). Essences and imperatives: an investigation of technology in childbirth. *Social Science & Medicine*, 61(7), 1495-1504. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.03.007
- Kozhimannil, K. B., Hardeman, R. R., Alarid-Escudero, F., Vogelsang, C. A., Blauer-Peterson, C. et Howell, E. A. (2016). Modeling the cost-effectiveness of doula care associated with reductions in preterm birth and cesarean delivery. *Birth*, 43(1), 20-27. doi: 10.1111/birt.12218
- Lane, K. (2015). Pluralist risk cultures: the sociology of childbirth in Vanuatu. *Health, Risk & Society*, 17(5-6), 1-19. doi: 10.1080/13698575.2015.1096326

- Larkin, P., Begley, C. M. et Devane, D. (2012). 'Not enough people to look after you': an exploration of women's experiences of childbirth in the Republic of Ireland. *Midwifery*, 28(1), 98-105. doi: 10.1016/j.midw.2010.11.007
- Larouche, V., Martel, M.-J. et Dufresne, C. (2019). Le soutien infirmier pendant le travail et l'accouchement *Perspective Infirmière*, mai-juin, 61-64. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/1516102/perspective-infirmiere-vol-16-no3-2019.pdf/#page=63>
- Larsson, C., Saltvedt, S., Edman, G., Wiklund, I. et Andolf, E. (2011). Factors independently related to a negative birth experience in first-time mothers. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2(2), 83-89. doi: 10.1016/j.srhc.2010.11.003
- Leap, N. (2009). Woman-centred or women-centred care: does it matter? *British Journal of Midwifery*, 17(1), 12-16. doi: 10.12968/bjom.2009.17.1.37646
- Leap, N., Sandall, J., Buckland, S. et Huber, U. (2010). Journey to confidence: women's experiences of pain in labour and relational continuity. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 55(3), 234 - 242. doi: 10.1016/j.jmwh.2010.02.001
- Légaré, F., St-Jacques, S., Gagnon, S., Njoya, M., Brisson, M., Frémont, P. et Rousseau, F. (2011). Prenatal screening for Down syndrome: a survey of willingness in women and family physicians to engage in shared decision-making. *Prenatal Diagnosis*, 31(4), 319-326. doi: 10.1002/pd.2624
- Lincoln, Y. S. et Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage.
- Luce, A., Cash, M., Hundley, V., Cheyne, H., van Teijlingen, E. et Angell, C. (2016). "Is it realistic?" the portrayal of pregnancy and childbirth in the media. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(38). doi: 10.1186/s12884-016-0827-x
- Lundgren, I., Berg, M. et Lindmark, G. (2003). Is the childbirth experience improved by a birth plan? *Journal of Midwifery & Women's Health*, 48(5), 322-328. doi: 10.1016/S1526-9523(03)00278-2
- Lyndon, A., Simpson, K. R. et Spetz, J. (2017). Thematic analysis of US stakeholder views on the influence of labour nurses' care on birth outcomes. *BMJ Quality & Safety*, 26(10), 824. doi: 10.1136/bmjqs-2016-005859
- Macdonald, D., Snelgrove-Clarke, E., Campbell-Yeo, M., Aston, M., Helwig, M. et Baker, K. A. (2015). The experiences of midwives and nurses collaborating to provide birthing care: a systematic review. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 13(11), 74-127. doi: 10.11124/jbisrir-2015-2444
- Mackenzie Bryers, H. et van Teijlingen, E. (2010). Risk, theory, social and medical models: a critical analysis of the concept of risk in maternity care. *Midwifery*, 26(5), 488-496. doi: 10.1016/j.midw.2010.07.003
- MacKinnon, K., McIntyre, M. et Quance, M. (2005). The meaning of the nurse's presence during childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 34(1), 28-36. doi: 10.1177/0884217504272808
- Macpherson, I., Roqué-Sánchez, M. V., Legget, B. F. O., Fuertes, F. et Segarra, I. (2016). A systematic review of the relationship factor between women and health professionals within the multivariate analysis of maternal satisfaction. *Midwifery*, 41, 68-78. doi: 10.1016/j.midw.2016.08.003

- Macvicar, J., Dobbie, G., Owen-Johnstone, L., Jagger, C., Hopkins, M. et Kennedy, J. (1993). Simulated home delivery in hospital: a randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 100(4), 316-323. doi: 10.1111/j.1471-0528.1993.tb12972.x
- Mahy, I. et Carle, P. (2012). *Théorie U changement émergent et innovation : modèles, applications et critique*. Presses de l'Université du Québec
- Manthey, M., Ciske, K., Robertson, P. et Harris, I. (1970). Primary nursing: a return to the concept of “my nurse” and “my patient”. *Nursing Forum*, 9(1), 65-84. doi: 10.1111/j.1744-6198.1970.tb00442.x
- Martin, A. (2006). Introduction: Cultures of Birth. *Women: A Cultural Review*, 17(3), 281-289. doi: 10.1080/09574040601027421
- Mattila, E., Pitkänen, A., Alanen, S., Leino, K., Luoju, K., Rantanen, A. et Aalto, P. (2014). The effects of the primary nursing care model: a systematic review. *Journal Nursing and Care*, 3(6), 1-12. doi: 10.4172/2167-1168.1000205
- McCance, T., McCormack, B. et Dewing, J. (2011). An exploration of person-centredness in practice. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), 1. doi: 10.3912/OJIN.Vol16No02Man01
- McCourt, C., Page, L., Hewison, J. et Vail, A. (1998). Evaluation of one-to-one midwifery: women's responses to care. *Birth*, 25(2), 73-80. doi: 10.1046/j.1523-536x.1998.00073.x
- McCourt, C., Stevens, S. et Sandall, J. (2006). Working with women: developing continuity in practice. *The new midwifery*, 141-167. Churchill Livingstone Elsevier
- McInnes, R. J., Martin, C. J. H. et Macarthur, J. (2018). Midwifery continuity of carer: developing a realist evaluation framework to evaluate the implementation of strategic change in Scotland. *Midwifery*, 66, 103-110. doi: 10.1016/j.midw.2018.07.007
- McLachlan, H., Forster, D., Davey, M., Farrell, T., Gold, L., Biro, M., . . . Waldenstrom, U. (2012). Effects of continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) on caesarean section rates in women of low obstetric risk: The COSMOS randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 119(12), 1483 - 1492. doi: 10.1111/j.1471-0528.2012.03446.x
- McNiven, P., Hodnett, E. et O'Brien-Pallas, L. L. (1992). Supporting Women in Labor: A Work Sampling Study of the Activities of Labor and Delivery Nurses. *Birth*, 19(1), 3-8. doi: 10.1111/j.1523-536X.1992.tb00363.x
- McNiven, P., Hodnett, E. et O'Brien-Pallas, L. L. (1992). Supporting Women in Labor: A Work Sampling Study of the Activities of Labor and Delivery Nurses. *Birth*, 19(1), 3-8. doi: 10.1111/j.1523-536X.1992.tb00363.x
- Meyer, J. (2000). Qualitative research in health care: using qualitative methods in health related action research. *BMJ: British Medical Journal*, 320(7228), 178-181. doi: 10.2307/25186871
- Middleton, P., Shepherd, E. et Crowther, C. A. (2018). Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5), CD004945. doi: 10.1002/14651858.CD004945.pub4
- Midmer, D. K. (1992). Does family-centered maternity care empower women? The development of the woman-centered childbirth model. *Family medicine*, 24(3), 216-221.

- Miles, M. B. et Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. (2^e éd.). Paris: De Boeck.
- Miller, A. C. et Shriver, T. E. (2012). Women's childbirth preferences and practices in the United States. *Social Science & Medicine*, 75(4), 709-716. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.03.051
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018 un projet porteur de vie*. Québec: Gouvernement du Québec. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-918-01.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2014a). *Évolution du nombre et de la proportion de naissances vivantes selon le titre du professionnel de la santé assistant la mère, Québec, 1998-2012*. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001731/?&date=DESC&type=statistiques-et-donnees&critere=type>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2014b). *Statistiques sur les soins et services en santé périnatale*. Gouvernement du Québec. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001731/?&date=DESC&type=statistiques-et-donnees&critere=type>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). *Cadre de référence pour le déploiement des services de sage-femme au Québec*. Gouvernement du Québec. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-816-01W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2019). *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*. Gouvernement du Québec. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/O-7.2.pdf>
- Mirghafourvand, M., Mohammad Alizadeh Charandabi, S., Ghanbari-Homayi, S., Jahangiry, L., Nahae, J. et Hadian, T. (2019). Effect of birth plans on childbirth experience: a systematic review. *International journal of nursing practice*, e12722. doi: 10.1111/ijn.12722
- Molenaar, J., Korstjens, I., Hendrix, M., Vries, R. et Nieuwenhuijze, M. (2018). Needs of parents and professionals to improve shared decision-making in interprofessional maternity care practice: a qualitative study. *Birth*, 45(3), 245-254. doi: 10.1111/birt.12379
- Moore, J. E., Low, L. K., Titler, M. G., Dalton, V. K. et Sampsel, C. M. (2014). Moving toward patient-centered care: women's decisions, perceptions, and experiences of the induction of labor process. *Birth*, 41(2), 138-146. doi: 10.1111/birt.12080
- Morrisette, J. (2013). Recherche-action et recherche collaborative: quel rapport aux savoirs et à la production de savoirs? *Nouvelles pratiques sociales*, 25(2), 35-49. doi: 10.7202/1020820ar
- Muhleman, M. A., Aly, I., Walters, A., Topale, N., Tubbs, R. S. et Loukas, M. (2017). To cut or not to cut, that is the question: A review of the anatomy, the technique, risks, and benefits of an episiotomy. *Clinical Anatomy*, 30(3), 362-372. doi: 10.1002/ca.22836
- Murray, E., Charles, C. et Gafni, A. (2006). Shared decision-making in primary care: tailoring the Charles et al. model to fit the context of general practice. *Patient Education and Counseling*, 62(2), 205-211. doi: 10.1016/j.pec.2005.07.003
- Murray, S. A., Kendall, M., Carduff, E., Worth, A., Harris, F. M., Lloyd, A., . . . Sheikh, A. (2009). Use of serial qualitative interviews to understand patients' evolving experiences and needs. *BMJ*, 339, b3702. doi: 10.1136/bmj.b3702

- Naert, J., Roose, R., Rapp, R. C. et Vanderplasschen, W. (2017). Continuity of care in youth services: a systematic review. *Children and Youth Services Review*, 75, 116-126. doi: 10.1016/j.chilyouth.2017.02.027
- Neerland, C. E. (2013). A supportive approach to prenatal care. Dans M. D. Avery (dir.), *Supporting a Physiologic Approach to Pregnancy and Birth a Pratical Guide* (p. 29-47). Wiley-Balckwell.
- Nieuwenhuijze, M. J., Korstjens, I., de Jonge, A., de Vries, R. et Lagro-Janssen, A. (2014). On speaking terms: a Delphi study on shared decision-making in maternity care. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 223. doi: 10.1186/1471-2393-14-223
- Nilsson, I., Danbjørg, D. B., Aagaard, H., Strandberg-Larsen, K., Clemensen, J. et Kronborg, H. (2015). Parental experiences of early postnatal discharge: a meta-synthesis. *Midwifery*, 31(10), 926-934. doi: 10.1016/j.midw.2015.07.004
- Noonan, M., Doody, O., Jomeen, J. et Galvin, R. (2017). Midwives' perceptions and experiences of caring for women who experience perinatal mental health problems: an integrative review. *Midwifery*, 45, 56-71. doi: 10.1016/j.midw.2016.12.010
- Noseworthy, D. A., Phibbs, S. R. et Benn, C. A. (2013). Towards a relational model of decision-making in midwifery care. *Midwifery*, 29(7), e42-e48. doi: 10.1016/j.midw.2012.06.022
- Nye, R. A. (2003). The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 39(2), 115-129. doi: 10.1002/jhbs.10108
- O'Brien, D., Butler, M. M. et Casey, M. (2017). A participatory action research study exploring women's understandings of the concept of informed choice during pregnancy and childbirth in Ireland. *Midwifery*, 46, 1-7. doi: 10.1016/j.midw.2017.01.002
- O'Higgins, L. M. (2011). A psychoanalytic perspective on hospital midwifery and birth. *Infant Observation*, 14(2), 129-144. doi: 10.1080/13698036.2011.583426
- Olds, D. L., Henderson, C. R., Kitzman, H. J., Eckenrode, J. J., Cole, R. E. et Tatelbaum, R. C. (1999). Prenatal and infancy home visitation by nurses: recent findings. *The Future of Children*, 9(1), 44-65. doi: 10.2307/1602721
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2015). *Standards de pratique de l'infirmière : soins de proximité en périnatalité*. Montréal, Québec: OIIQ. Repéré à https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/4443-perinatalite-web_2017-11-01.pdf/ab126b9d-b9d9-8978-a128-c482073bd548
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2016). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers 3e édition*. Montréal, Québec: OIIQ. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306047/1466-exercice-infirmier-activites-reservees-web+%282%29.pdf/84aaaa05-af1d-680a-9be1-29fcde8075e3>
- Organisation mondiale de la Santé (2017). *Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé. Repéré à <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259584/9789242549911-fre.pdf;jsessionid=9CD7B096C721867EAD0B1F2E3FE5B6D3?sequence=1>
- Organisation mondiale de la Santé (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization. Repéré à

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>

- Page, L. (2003). One-to-one midwifery: restoring the "with woman" relationship in midwifery. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 48(2), 119 - 125. doi: 10.1016/s1526-9523(02)00425-7
- Parens, E. (2013). On good and bad forms of medicalization. *Bioethics*, 27(1), 28-35. doi: 10.1111/j.1467-8519.2011.01885.x
- Parker, G., Corden, A. et Heaton, J. (2010). *Synthesis and conceptual analysis of the SDO programme's research on continuity of care*. Southampton:UK: National Institute for Health Research Service Delivery Organisation programme. Repéré à http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1813-248_V01.pdf
- Parker, G., Corden, A. et Heaton, J. (2011). Experiences of and influences on continuity of care for service users and carers: synthesis of evidence from a research programme. *Health & Social Care in the Community*, 19 (6), 576-601. doi: 10.1111/j.1365-2524.2011.01001.x
- Parratt, J. (2002). The impact of childbirth experiences on women's sense of self: a review of the literature. *The Australian Journal of Midwifery*, 15(4), 10-16. doi: 10.1891/1058-1243.21.3.158
- Parry, D. C. (2006). Women's lived experiences with pregnancy and midwifery in a medicalized and fetocentric context: six short stories. *Qualitative Inquiry*, 12(3), 459-471. doi: 10.1177/1077800406286225
- Parry, D. C. (2008). "We wanted a birth experience, not a medical experience": exploring canadian women's use of midwifery. *Health Care for Women International*, 29(8-9), 784-806. doi: 10.1080/07399330802269451
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. (3^e éd.). Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.
- Payant, L., Davies, B., Graham, I. D., Peterson, W. E. et Clinch, J. (2008). Nurses' intentions to provide continuous labor support to women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37(4), 405-414. doi: 10.1111/j.1552-6909.2008.00257.x
- Pazandeh, F., Potrata, B., Huss, R., Hirst, J. et House, A. (2017). Women's experiences of routine care during labour and childbirth and the influence of medicalisation: a qualitative study from Iran. *Midwifery*, 53, 63-70. doi: 10.1016/j.midw.2017.07.001
- Pepin, J., Ducharme, F. et K  rouac, S. (2017). *La pensée infirmière*. (4^e   d.). Montréal, Québec: Cheneli  re   ducation.
- Perdok, H., Verhoeven, C. J., van Dillen, J., Schuitmaker, T. J., Hoogendoorn, K., Colli, J., . . . de Jonge, A. (2018). Continuity of care is an important and distinct aspect of childbirth experience: findings of a survey evaluating experienced continuity of care, experienced quality of care and women's perception of labor. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 18(1), 13. doi: 10.1186/s12884-017-1615-y
- Perriman, N. et Davis, D. (2016). Measuring maternal satisfaction with maternity care: a systematic integrative review: what is the most appropriate, reliable and valid tool that can be used to measure maternal satisfaction with continuity of maternity care? *Women and Birth*, 29(3), 293-299. doi: 10.1016/j.wombi.2015.12.004

- Petersen, A., Poetter, U., Michelsen, C. et Gross, M. M. (2013). The sequence of intrapartum interventions: a descriptive approach to the cascade of interventions. *Archives Of Gynecology And Obstetrics*, 288(2), 245-254. doi: 10.1007/s00404-013-2737-8
- Peterson, W. E., Medves, J. M., Davies, B. L. et Graham, I. D. (2007). Multidisciplinary Collaborative Maternity Care in Canada: Easier Said Than Done. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 29(11), 880-886. doi: 10.1016/S1701-2163(16)32659-7
- Pomey, M.-P., Brouillard, P., Ganache, I., Lambert, L., Boothroyd, L., Collette, C., . . . Roy, D. (2020). Co-construction of health technology assessment recommendations with patients: An example with cardiac defibrillator replacement. *Health Expectations*, 23(1), 182-192. doi: 10.1111/hex.12989
- Pomey, M.-P., Flora L., Karazivan P., Dumez V., Lebel P., Vanier M.-C., . . . Jouet E. (2015). Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique*, 51(HS), 41-50. doi: 10.3917/spub.150.0041.
- Pomey, M.-P., Lebel, P., Clavel, N., Morin, É., Morin, M., Neault, C., . . . Ewalds Mulliez, A.-P. (2018). Development of Patient-Inclusive Teams: Toward a Structured Methodology. *Healthcare Quarterly*, 21(Special Issue), 38-44. doi: doi:10.12927/hcq.2018.25640
- Pontin, D. (1999). Primary nursing: a mode of care or a philosophy of nursing? *Journal of Advanced Nursing*, 29(3), 584-591. doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.00926.x
- Pontin, D. et Lewis, M. (2008). Maintaining the continuity of care in community children's nursing caseloads in a service for children with life-limiting, life-threatening or chronic health conditions: a qualitative analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 18(8), 1199-1206. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02022.x
- Pope, R., Graham, L. et Patel, S. (2001). Woman-centred care. *International Journal of Nursing Studies*, 38(2), 227-238. doi: 10.1016/s0020-7489(00)00034-1
- Posthumus, A. G., Schölmerich, V. L. N., Waelput, A. J. M., Vos, A. A., De Jong-Potjer, L. C., Bakker, R., . . . Denktas, S. (2013). Bridging between professionals in perinatal care: towards shared care in the Netherlands. *Maternal and Child Health Journal*, 17(10), 1981. doi: 10.1007/s10995-012-1207-4
- Press, N. et Browner, C. H. (1997). Why women say yes to prenatal diagnosis. *Social Science & Medicine*, 45(7), 979-989. doi: 10.1016/S0277-9536(97)00011-7
- Prosen, M. et Tavčar Krajnc, M. (2013). Sociological conceptualization of the medicalization of pregnancy and childbirth: the implications in Slovenia. *Revija za sociologiju*, 43, 251-272. doi: 10.5613/rzs.43.3.3
- Prosser, S. J., Barnett, A. G. et Miller, Y. D. (2018). Factors promoting or inhibiting normal birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 241. doi: 10.1186/s12884-018-1871-5
- Psaila, K., Schmied, V., Fowler, C. et Kruske, S. (2014). Discontinuities between maternity and child and family health services: health professional's perceptions. *BMC health services research*, 14(1), 4. doi: 10.1186/1472-6963-14-4
- Rahnama, P., Ziaei, S. et Faghihzadeh, S. (2006). Impact of early admission in labor on method of delivery. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 92(3), 217-220. doi: 10.1016/j.ijgo.2005.12.016

- Reeves, N., Pelletier, V., Schauder, C., Thériault, J. et Wendland, J. (2016). Anxiété et mécanismes d'adaptation spécifiques à la grossesse ; une étude longitudinale et qualitative. *Devenir*, 28(1), 43-64. doi: 10.3917/dev.161.0043
- Reid, R., Haggerty, J. et McKendry, R. (2002). Defusing the confusion: concepts and measures of continuity in healthcare. Final report.: Canadian Health Services Research Foundation.
- Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., . . . Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*, 384(9948), 1129-1145. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60789-3
- Rising, S. S. (1998). Centering pregnancy: an interdisciplinary model of empowerment. *Journal of Nurse-Midwifery*, 43(1), 46-54. doi: 10.1016/s0091-2182(97)00117-1
- Roberts, C. L., Algert, C. S., Douglas, I., Tracy, S. K. et Peat, B. (2002). Trends in labour and birth interventions among low-risk women in New South Wales. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 42(2), 176-181. doi: 10.1111/j.0004-8666.2002.00176.x
- Roberts, L., Gulliver, B., Fisher, J. et Cloyes, K. G. (2010). The coping with labor algorithm: an alternate pain assessment tool for the laboring woman. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 55(2), 107-116. doi: 10.1016/j.jmwh.2009.11.002
- Rossignol, M., Chaillet, N., Boughrassa, F. et Moutquin, J.-M. (2014). Interrelations between four antepartum obstetric interventions and cesarean delivery in women at low risk: a systematic review and modeling of the cascade of interventions. *Birth*, 41(1), 70-78. doi: 10.1111/birt.12088
- Rota, A., Antolini, L., Colciago, E., Nespoli, A., Borrelli, S. E. et Fumagalli, S. (2018). Timing of hospital admission in labour: latent versus active phase, mode of birth and intrapartum interventions. A correlational study. *Women and Birth*, 31(4), 313-318. doi: 10.1016/j.wombi.2017.10.001
- Rowley, M. J., Hensley, M. J., Brinsmead, M. W. et Włodarczyk, J. H. (1995). Continuity of care by a midwife team versus routine care during pregnancy and birth: a randomised trial. *Medical Journal of Australia*, 163(6), 289-293. doi: 10.5694/j.1326-5377.1995.tb124592.x
- Roy, M. et Prévost, P. (2013). La recherche-action : origines, caractéristiques et implications de son utilisation dans les sciences de la gestion. *Recherches Qualitatives*, 32(2), 129-151.
- Rudman, A., El-Khoury, B. et Waldenström, U. (2008). Evaluating multi-dimensional aspects of postnatal hospital care. *Midwifery*, 24(4), 425-441. doi: 10.1016/j.midw.2007.03.004
- Rudman, A. et Waldenström, U. (2007). Critical views on postpartum care expressed by new mothers. *BMC health services research*, 7, 178-178. doi: 10.1186/1472-6963-7-178
- Rule, T. et Beckmann, M. (2019). Introducing a new collaborative prenatal clinic model. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 144, 248-251. doi: 10.1002/ijgo.12755
- Rush, J. (1997). *Family-centred Maternity Care Scoring Tool Project: Phase II: Obtaining Parent In put*. Toronto: Ontario Ministry of Health, Institutional Services Branch, Maternal and Newborn Initiatives.

- Ryding, E. L., Lukasse, M., Parys, A.-S. V., Wang, A.-M., Karro, H., Kristjansdottir, H., . . . the Bidens, G. (2015). Fear of childbirth and risk of cesarean delivery: a cohort study in six european countries. *Birth*, 42(1), 48-55. doi: 10.1111/birt.12147
- Saintôt, B. (2015). Gérer toujours plus la grossesse et l'accouchement ? *Laennec*, 63(4), 6. doi: 10.3917/lae.154.0006
- Salvage, J. (1990). The theory and practice of the 'new nursing'. *Nursing times*, 86(4), 42-45.
- Sandall, J. (1995). Choice, continuity and control: changing midwifery, towards a sociological perspective. *Midwifery*, 11(4), 201-209. doi: 10.1016/0266-6138(95)90005-5
- Sandall, J., Davies, J. et Warwick, C. (2001). Evaluation of the Albany midwifery practice final report: London: Nightingale School of Midwifery Kings College.
- Sandall, J., Devane, D., Soltani, H., Hatem, M. et Gates, S. (2010). Improving quality and safety in maternity care: the contribution of midwife-led care. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55(3), 255-261. doi: 10.1016/j.jmwh.2010.02.002
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. et Devane, D. (2013). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub5
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. et Devane, D. (2015). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9), CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub4
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. et Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub5
- Saultz, J. W. et Albedaiwi, W. (2004). Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. *Annals of family medicine*, 2(5), 445-451. doi: 10.1370/afm.91
- Scharmer, C. O. (2009). *Theory U : learning from the future as it emerges: the social technology of presencing* San Francisco: Berrett-Koehler Publishers.
- Scharmer, C. O. (2012). *Théorie U : diriger à partir du futur émergent*. Paris: Génération Présence : Pearson.
- Scharmer, C. O. (2016). *Theory U : leading from the future as it emerges : the social technology of presencing*. (Second edition.° éd.). San Francisco, California: Berrett-Koehler Publishers, Inc., a BK Business Book.
- Seven, M., Akyüz, A., Eroglu, K., Daack-Hirsch, S. et Skirton, H. (2017). Women's knowledge and use of prenatal screening tests. *Journal of Clinical Nursing*, 26(13-14), 1869-1877. doi: 10.1111/jocn.13494
- Shaller, D. (2007). Patient-centered care: what does it take? Repéré à https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/_media_files_publications_fund_report_2007_oct_patient_centered_care_what_does_it_take_shaller_patient_centeredcarewhatdoesittake_1067.pdf.pdf
- Shaw, J. C. A. (2013). The medicalization of birth and midwifery as resistance. *Health Care for Women International*, 34(6), 522-536. doi: 10.1080/07399332.2012.736569
- Shepherd, A. et Cheyne, H. (2013). The frequency and reasons for vaginal examinations in labour. *Women and Birth*, 26(1), 49-54. doi: 10.1016/j.wombi.2012.02.001

- Shepherd, A., Cheyne, H., Kennedy, S., McIntosh, C., Styles, M. et Niven, C. (2010). The purple line as a measure of labour progress: a longitudinal study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *10*(1), 54. doi: 10.1186/1471-2393-10-54
- Shetty, A., Burt, R., Rice, P. et Templeton, A. (2005). Women's perceptions, expectations and satisfaction with induced labour—a questionnaire-based study. *European Journal of Obstetrics and Gynecology*, *123*(1), 56-61. doi: 10.1016/j.ejogrb.2005.03.004
- Shields, L., Pratt, J. et Hunter, J. (2006). Family centred care: a review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*, *15*(10), 1317-1323. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01433.x
- Shields, N., Turnbull, D., Reid, M., Holmes, A., McGinley, M. et Smith, L. N. (1998). Satisfaction with midwife-managed care in different time periods: a randomised controlled trial of 1299 women. *Midwifery*, *14*(2), 85-93. doi: 10.1016/S0266-6138(98)90003-1
- Shorten, A., Shorten, B., Fagerlin, A., Illuzzi, J., Kennedy, H. P., Pettker, C., . . . Whittemore, R. (2019). A study to assess the feasibility of implementing a web-based decision aid for birth after cesarean to increase opportunities for shared decision making in ethnically diverse settings. *Journal of Midwifery & Women's Health*, *64*(1), 78-87. doi: 10.1111/jmwh.12908
- Simkin, P. (1992). Just another day in a woman's life? Part 11: nature and consistency of women's long-term memories of their first birth experiences. *Birth*, *19*(2), 64-81. doi: 10.1111/j.1523-536X.1992.tb00382.x
- Simmonds, A. H., Peter, E., Hodnett, E. D. et McGillis Hall, L. (2013). Understanding the moral nature of intrapartum nursing. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, *42*(2), 148-156. doi: 10.1111/1552-6909.12016
- Simpson, K. R. (2005). The context & clinical evidence for common nursing practices during labor. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, *30*(6), 356-363. doi: 10.1097/00005721-200511000-00002
- Simpson, K. R. (2015). Predicting Nurse Staffing Needs for a Labor and Birth Unit in a Large-Volume Perinatal Service. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, *44*(2), 329-338. doi: 10.1111/1552-6909.12549
- Simpson, K. R. et Lyndon, A. (2017). Labor nurses' views of their influence on cesarean birth. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing*, *42*(2), 81-87. doi: 10.1097/nmc.0000000000000308
- Sleutel, M., Schultz, S. et Wyble, K. (2007). Nurses' views of factors that help and hinder their intrapartum care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, *36*(3), 203-211. doi: 10.1111/j.1552-6909.2007.00146.x
- Sleutel, M. R. (2000). Intrapartum nursing care: a case study of supportive interventions and ethical conflicts. *Birth*, *27*(1), 38-45. doi: 10.1046/j.1523-536x.2000.00038.x
- Smeenk, A. et ten Have, H. (2003). Medicalization and obstetric care: an analysis of developments in Dutch midwifery. *Medicine, Health Care and Philosophy*, *6*(2), 153-165. doi: 10.1023/A:1024132531908
- Smith, L. F. (2001). Development of a multidimensional labour satisfaction questionnaire: dimensions, validity, and internal reliability. *Quality in Health Care*, *10*(1), 17-22. doi: 10.1136/qhc.10.1.17
- Smith, W. (2018). Concept analysis of family-centered care of hospitalized pediatric patients. *Journal of Pediatric Nursing*, *42*, 57-64. doi: 10.1016/j.pedn.2018.06.014

- Smyth, R. M. D., Markham, C. et Dowswell, T. (2013). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6), CD006167. doi: 10.1002/14651858.CD006167.pub4
- Sokol, R. J. (2001). Obstetrics and gynecology at the crossroads—again? still!: presidential address. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 184(7), 1313-1319. doi: 10.1067/mob.2001.115746
- Solmaz, G.-H., Zahra, F., Shahla, M., Sakineh, M.-A.-C., Mohammad, A.-J., Eesa, M. et Mojgan, M. (2019). Predictors of traumatic birth experience among a group of Iranian primipara women: a cross sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 1-9. doi: 10.1186/s12884-019-2333-4
- Song, F. W., West, J. E., Lundy, L. et Smith Dahmen, N. (2012). Women, pregnancy, and health information online: the making of informed patients and ideal mothers. *Gender & Society*, 26(5), 773-798. doi: 10.1177/0891243212446336
- Soriano-Vidal, F. J., Vila-Candel, R., Soriano-Martín, P. J., Tejedor-Tornero, A. et Castro-Sánchez, E. (2018). The effect of prenatal education classes on the birth expectations of Spanish women. *Midwifery*, 60, 41-47. doi: 10.1016/j.midw.2018.02.002
- Sosa, G., Crozier, K. et Robinson, J. (2012). What is meant by one-to-one support in labour: analysing the concept. *Midwifery*, 28(4), 451-457. doi: 10.1016/j.midw.2011.07.001
- Soule, B. (2007). Observation participante ou participation observante? Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales. *Recherches Qualitatives*, 27(1), 127-140.
- Spiby, H., Green, J. M., Richardson-Foster, H. et Hucknall, C. (2013). Early labour services: changes, triggers, monitoring and evaluation. *Midwifery*, 29(4), 277-283. doi: 10.1016/j.midw.2012.05.007
- Spurgeon, P., Hicks, C. et Barwell, F. (2001). Antenatal, delivery and postnatal comparisons of maternal satisfaction with two pilot changing childbirth schemes compared with a traditional model of care. *Midwifery*, 17(2), 123-132. doi: 10.1054/midw.2001.0255
- Statement, J. P. (1978). The Development of Family-Centered Maternity/Newborn Care in Hospitals interprofessional task force on health care of women and children *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 7(5), 55-59. doi: 10.1111/j.1552-6909.1978.tb00775.x
- Stevens, T. et McCourt, C. (2002). One-to-one midwifery practice part 3: meaning for midwives. *British Journal of Midwifery*, 10(2), 111-115. doi: 10.12968/bjom.2002.10.2.10185
- Stifter, J., Yao, Y., Lopez, K. D., Khokhar, A., Wilkie, D. J. et Keenan, G. M. (2015). Proposing a New Conceptual Model and an Exemplar Measure Using Health Information: Technology to Examine the Impact of Relational Nurse Continuity on Hospital-Acquired Pressure Ulcers. *Advances in Nursing Science*, 38(3), 241-251. doi: 10.1097/ANS.0000000000000081
- Symon, A., McFadden, A., White, M., Fraser, K., Cummins, A. et van Wouwe, J. P. (2018). Adapting the Quality Maternal and Newborn Care (QMNC) Framework to evaluate models of antenatal care: A pilot study. *PLoS ONE*, 13(8). doi: 10.1371/journal.pone.0200640
- Symon, A., Pringle, J., Cheyne, H., Downe, S., Hundley, V., Lee, E., . . . Alderdice, F. (2016). Midwifery-led antenatal care models: mapping a systematic review to an evidence-based

- quality framework to identify key components and characteristics of care. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 168. doi: 10.1186/s12884-016-0944-6
- Taylor, D. L. et Woods, N. F. (1996). Changing women's health, changing nursing practice. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 25(9), 791-802. doi: 10.1111/j.1552-6909.1996.tb01496.x
- Team., N. S. C. C. R. (2000). A randomised study of midwifery caseload care and traditional 'shared-care'. *Midwifery*, 16(4), 295-302. doi: 10.1054/midw.2000.0224
- ten Hoope-Bender, P., de Bernis, L., Campbell, J., Downe, S., Fauveau, V., Fogstad, H., . . . Van Lerberghe, W. (2014). Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *The Lancet*, 384(9949), 1226-1235. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60930-2
- Thomas, D. R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American Journal of Evaluation*, 27(2), 237-246. doi: 10.1177/1098214005283748
- Thompson, E., Vázquez-Otero, C., Vamos, C., Marhefka, S., Kline, N. et Daley, E. (2017). Rethinking preconception care: a critical, women's health perspective. *Maternal and Child Health Journal*, 21(5), 1147-1155. doi: 10.1007/s10995-016-2213-8
- Tiedeman, M. E. et Lookinland, S. (2004). Traditional models of care delivery what have we learned? *The Journal of Nursing Administration*, 34(6), 291-297. doi: 10.1097/00005110-200406000-00008
- Tinkler, A. et Quinney, D. (1998). Team midwifery: the influence of the midwife-woman relationship on women's experiences and perceptions of maternity care. *Journal of Advanced Nursing*, 28(1), 30-35. doi: 10.1046/j.1365-2648.1998.00769.x
- Tonidandel, A., Booth, J., D'angelo, R., Harris, L. et Tonidandel, S. (2014). Anesthetic and obstetric outcomes in morbidly obese parturients: a 20-year follow-up retrospective cohort study. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 23(4), 357-364. doi: 10.1016/j.ijoa.2014.05.004
- Tracy, S. K., Hartz, D. L., Tracy, M. B., Allen, J., Forti, A., Hall, B., . . . Kildea, S. (2013). Caseload midwifery care versus standard maternity care for women of any risk: M@NGO, a randomised controlled trial. *The Lancet*, 382(9906), 1723-1732. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61406-3
- Tracy, S. K., Sullivan, E., Wang, Y. A., Black, D. et Tracy, M. (2007). Birth outcomes associated with interventions in labour amongst low risk women: a population-based study. *Women and Birth*, 20(2), 41-48. doi: 10.1016/j.wombi.2007.03.005
- Tracy, S. K., Welsh, A., Hall, B., Hartz, D., Lainchbury, A., Bisits, A., . . . Tracy, M. B. (2014). Caseload midwifery compared to standard or private obstetric care for first time mothers in a public teaching hospital in Australia: a cross sectional study of cost and birth outcomes. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 46. doi: 10.1186/1471-2393-14-46
- Truglio-Londrigan, M. et Slyer, J. T. (2018). Shared decision-making for nursing practice: an integrative review. *The Open Nursing Journal*, 12, 1-14. doi: 10.2174/1874434601812010001
- Tumblin, A. et Simkin, P. (2001). Pregnant women's perceptions of their nurse's role during labor and delivery. *Birth*, 28(1), 52-56. doi: 10.1046/j.1523-536x.2001.00052.x

- Tumbull, D., Holmes, A., Shields, N., Cheyne, H., Twaddle, S., Gilmour, W. H., . . . Lunan, C. B. (1996). Randomised, controlled trial of efficacy of midwife-managed care. *The Lancet*, 348(9022), 213-218. doi: 10.1016/S0140-6736(95)11207-3
- Tuominen, M., Junttila, N., Ahonen, P. et Rautava, P. (2016). The effect of relational continuity of care in maternity and child health clinics on parenting self-efficacy of mothers and fathers with loneliness and depressive symptoms. *Scandinavian Journal of Psychology*, 57(3), 193-200. doi: 10.1111/sjop.12284
- Tuominen, M., Kaljonen, A., Ahonen, P. et Rautava, P. (2014). Relational continuity of care in integrated maternity and child health clinics improve parents' service experiences. *International journal of integrated care*, 14, 1-12. doi: 10.5334/ijic.1451
- Uijen, A. A., Schers, H. J., Schellevis, F. G. et van den Bosch, W. J. H. M. (2012). How unique is continuity of care? A review of continuity and related concepts. *Family Practice*, 29(3), 264-271. doi: 10.1093/fampra/cmr104
- Vadeboncœur, H. (2005). L'humanisation des pratiques entourant l'accouchement est-elle limitée? *Le Médecin du Québec*, 40(7), 77-86. Repéré à <https://fmoq-legacy.s3.amazonaws.com/fr/Le%20Medecin%20du%20Quebec/Archives/2000%20-%202009/077-086Documentation0705.pdf>
- Van Der Gucht, N. et Lewis, K. (2015). Women's experiences of coping with pain during childbirth: a critical review of qualitative research. *Midwifery*, 31(3), 349-358. doi: 10.1016/j.midw.2014.12.005
- van Duong, D., Binns, C. W., Lee, A. H. et Hipgrave, D. B. (2004). Measuring client-perceived quality of maternity services in rural Vietnam. *International Journal for Quality in Health Care*, 16(6), 447-452. doi: 10.1093/intqhc/mzh073
- Van kelst, L., Spitz, B., Sermeus, W. et Thomson, A. M. (2013). Student midwives' views on maternity care just before their graduation. *Journal of Advanced Nursing*, 69(3), 600-609. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06042.x
- Vaughan, D., Cleary, B. et Murphy, D. (2014). Delivery outcomes for nulliparous women at the extremes of maternal age – a cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(3), 261-268. doi: 10.1111/1471-0528.12311
- Vedam, S., Stoll, K., McRae, D. N., Korchinski, M., Velasquez, R., Wang, J., . . . Jolicoeur, G. (2018). Patient-led decision making: measuring autonomy and respect in Canadian maternity care. *Patient Education and Counseling*, 586-594. doi: 10.1016/j.pec.2018.10.023
- Villar, J., Valladares, E., Wojdyla, D., Zavaleta, N., Carroli, G., Velazco, A., . . . Acosta, A. (2006). Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *The Lancet*, 367(9525), 1819-1829. doi: 10.1016/S0140-6736(06)68704-7
- Wagner, M. (2001). Fish can't see water: the need to humanize birth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 75(Suppl 1), S25 - S37. doi: 10.1016/S0020-7292(01)00519-7
- Waldenström, U. (2003). Women's memory of childbirth at two months and one year after the birth. *Birth*, 30(4), 248-254. doi: 10.1046/j.1523-536X.2003.00254.x

- Waldenström, U., Brown, S., McLachlan, H., Forster, D. et Brennecke, S. (2000). Does team midwife care increase satisfaction with antenatal, intrapartum, and postpartum care? a randomized controlled trial. *Birth*, 27(3), 156-167. doi: 10.1046/j.1523-536X.2000.00156.x
- Waldenström, U. et Turnbull, D. (1998). A systematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 105(11), 1160-1170. doi: 10.1111/j.1471-0528.1998.tb09969.x
- Wan, H., Hu, S., Thobaben, M., Hou, Y. et Yin, T. (2011). Continuous primary nursing care increases satisfaction with nursing care and reduces postpartum problems for hospitalized pregnant women. *Contemporary Nurse*, 37(2), 149-159. doi: 10.5172/conu.2011.37.2.149
- Wessel, S. et Manthey, M. (2015). *Primary nursing : person-centered care delivery system design*. Minneapolis, MN: Creative Health Care Management.
- Wilde-Larsson, B., Larsson, G., Kvist, L. J. et Sandin-Bojö, A.-K. (2010). Womens' opinions on intrapartum care: development of a theory-based questionnaire. *Journal of Clinical Nursing*, 19(11-12), 1748-1760. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03055.x
- Williams, J. (2014). Potential benefits of relationship continuity in patient care. *British Journal of Nursing*, 23(5), S22-S25. doi: 10.12968/bjon.2014.23.Sup5.S22
- Wilson, K. L. et Sirois, F. M. (2010). Birth attendant choice and satisfaction with antenatal care: the role of birth philosophy, relational style, and health self-efficacy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(1), 69-83. doi: 10.1080/02646830903190946
- Yonemoto, N., Dowswell, T., Nagai, S. et Mori, R. (2017). Schedules for home visits in the early postpartum period. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8), CD009326. doi: 10.1002/14651858.CD009326.pub3
- Zhang, L. Y., Todd, A. L., Khambalia, A. et Roberts, C. L. (2015). Women's beliefs about the duration of pregnancy and the earliest gestational age to safely give birth. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 55(2), 156-162. doi: 10.1111/ajo.12263
- Zwelling, E. et Phillips, C. R. (2001). Family-centered maternity care in the new millennium: is it real or is it imagined? *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, 15(3), 1-12. doi: 10.1097/00005237-200112000-00002

ANNEXE A

ACTIVITÉ RÉSERVÉE

Voici une des activités réservées à la profession d'infirmière intitulée : contribuer au suivi de la grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal qui est présenté dans ce qui suit.

Soins préconceptionnels

L'infirmière intervient auprès des futurs parents dès la période préconceptionnelle, en particulier dans le cadre de cliniques de planning familial, afin de leur conseiller de réduire les facteurs de risque, telle la consommation de tabac, d'alcool et de drogues, et de promouvoir de bonnes habitudes de vie ainsi que la prise d'acide folique pour prévenir les malformations du tube neural chez le fœtus (OIIQ, 2016 p. 57).

Suivi de grossesse

Dans le cadre du suivi de grossesse normale ou à risque, la contribution de l'infirmière vise à évaluer et à surveiller l'état de santé physique et mentale de la femme enceinte, à la soulager de certains malaises courants de la grossesse, à détecter des complications nuisant à son bien-être et celui du fœtus (p. ex. : hypertension gravidique, travail prématuré, violence conjugale) et à donner l'éducation prénatale. L'évaluation et la surveillance du développement fœtal sont indissociables de l'évaluation maternelle. Dans le cas de la grossesse normale ou à faible risque, l'infirmière peut prendre en charge certaines visites du suivi de grossesse en alternance avec un médecin et selon les modalités établies dans les standards de pratique de l'OIIQ (2015), Soins de proximité en périnatalité. Les modalités établies proposent un modèle-cadre relatif à cette activité réservée pour le suivi conjoint de la grossesse qui est proposé à l'annexe X. Par contre, elle exerce de façon autonome les activités professionnelles liées à la prévention, l'information, le counseling et la

promotion de la santé qui sont des activités indissociables d'un suivi de grossesse (OIIQ, 2015). De plus, l'infirmière peut effectuer le suivi de grossesse tant en ambulatoire qu'en centre hospitalier (OIIQ, 2016 p. 57).

Travail et accouchement

Les activités d'évaluation et de surveillance de l'infirmière sont importantes pendant le travail et l'accouchement. Afin de prévoir les répercussions d'un problème sur l'état de santé de la femme et du fœtus, l'évaluation physique, culturelle et psychosociale de la parturiente commence dès son arrivée à l'unité des naissances, de même que le dépistage des risques élevés, tels les saignements intermittents. Lorsqu'elle procède à l'examen physique de la parturiente, l'infirmière évalue, entre autres, le col utérin, la position du fœtus, les contractions et l'évolution du travail. Elle assure le monitoring électronique des contractions et le monitoring fœtal électronique. La surveillance qu'elle exerce permet de détecter les complications pendant le travail (providence du cordon, détresse fœtale, arrêt de la progression du travail, etc.) et d'intervenir. Aussi, l'infirmière peut être appelée à ajuster l'ocytocine selon une ordonnance, à pratiquer un accouchement précipité et à procéder à la réanimation cardiorespiratoire de la mère ou du nouveau-né (OIIQ, 2016 p. 57).

Postpartum immédiat

En post-partum immédiat, l'infirmière procède à l'examen initial du nouveau-né et à la surveillance de signes précoces de complications, entre autres les difficultés respiratoires et la tachycardie transitoire du nouveau-né, ainsi que chez la nouvelle accouchée (hémorragie, hypotension, tachycardie, etc.). Dans ce contexte hospitalier, l'infirmière effectue des activités de contribution aux activités médicales et n'a donc pas l'entière responsabilité du suivi postnatal immédiat (OIIQ, 2016 p. 57).

Suivi postnatal dans la communauté

Compte tenu des courts séjours hospitaliers en obstétrique, le travail de l'infirmière en communauté devient primordial pour évaluer l'état de santé de la mère et du bébé, déceler les signes de complications (p. ex. : ictère néonatal, plaie de césarienne infectée ou dépression post-partum), effectuer des tests de dépistage, tels que le dépistage des troubles métaboliques d'origine génétique et le test de bilirubine transcutané, surveiller l'état nutritionnel du nouveau-né, soutenir l'allaitement et évaluer l'adaptation parentale. De plus, l'infirmière intervient, de façon continue et privilégiée, auprès des parents vivant en contexte de vulnérabilité (p. ex. : grossesse à l'adolescence, monoparentalité, abus, négligence, violence conjugale, toxicomanie et milieu défavorisé), afin d'atténuer les facteurs de risque pour la santé et le développement de l'enfant. Dans ce contexte, l'infirmière exerce ses activités réservées d'évaluation et de surveillance clinique et engage entièrement sa responsabilité professionnelle. Ces activités s'inscrivent dans des modèles de soins collaboratifs avec les médecins afin d'assurer une évaluation diagnostique par le médecin en présence d'écarts constatés par l'infirmière (OIIQ, 2016 p. 57-58).

Collaboration avec le médecin

La collaboration entre le médecin et l'infirmière dans le suivi de grossesse, la pratique des accouchements et le suivi postnatal est bien connue. Cette collaboration s'accroît d'ailleurs de plus en plus, car les infirmières vont davantage à domicile pour des suivis de grossesse à risque et des suivis de la mère et du bébé, et parce qu'elles peuvent intervenir selon une ordonnance collective. La pratique en GMF favorise également les suivis prénatal et postnatal effectués conjointement par l'infirmière et le médecin, notamment grâce à l'utilisation d'une ordonnance collective pour initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques. Les standards de pratique Soins de proximité en périnatalité de l'OIIQ (2015) proposent certaines balises et applications concrètes de la contribution de l'infirmière dans les modèles de soins collaboratifs avec les médecins (OIIQ, 2016 p. 57-58).

Collaboration avec une sage-femme

L'infirmière qui travaille en collaboration avec une sage-femme doit bien connaître le champ d'exercice et les activités réservées de cette professionnelle. La sage-femme offre des services professionnels pendant la grossesse, le travail et l'accouchement lorsqu'ils se déroulent normalement. Elle donne aussi des soins et des services professionnels à la mère et à son enfant durant les six premières semaines de la période postnatale (Loi sur les sages-femmes, art. 6). Des règlements balisent les médicaments qu'une sage-femme peut prescrire ou administrer ainsi que les examens et analyses qu'elle peut prescrire, effectuer ou interpréter (Loi sur les sages-femmes, art. 9) (OIIQ, 2016 p. 57-58).

Collaboration avec une IPSPL

L'IPSPL contribue au suivi de grossesse jusqu'à 32 semaines en l'absence de facteurs de risque et dans la mesure où l'évolution de la grossesse est normale, sans complication, ni apparition de facteurs de risque. Le médecin partenaire doit être un médecin de famille assurant le suivi prénatal qui accepte la prise en charge de cette clientèle suivie par lui-même et par l'IPSPL. Après 32 semaines, le médecin partenaire doit convenir avec l'IPS des modalités de suivi pour chaque patiente. Par ailleurs, l'IPSPL qui a reçu une formation complémentaire en soins d'urgence et en obstétrique peut effectuer un accouchement d'urgence et traiter les hémorragies du post-partum, et ce, en l'absence d'un médecin ou d'une sage-femme et en région isolée seulement (OIIQ et CMQ, 2014). En effet, elle ne peut exercer ces activités que dans les régions isolées indiquées à l'annexe IV du Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale. La sage-femme ou l'IPSPL ne peuvent servir de répondante médicale à l'infirmière dans le cadre des modèles de suivis conjoints en alternance pour le suivi de grossesse, tel qu'il est défini dans les standards de pratique Soins de proximité en périnatalité de l'OIIQ (2015) (OIIQ, 2016 p. 57-58).

ANNEXE B

CERTIFICATION D'APPROBATION COMITÉ D'ÉTHIQUE

1er avril 2016

Objet: Approbation éthique – « Co-construire un modèle de pratique infirmière centrée sur la femme en périnatalité: Une recherche-action participative »

Mme Karina Daigle,

Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) a étudié le projet de recherche susmentionné et a délivré le certificat d'éthique demandé suite à la satisfaction des exigences précédemment émises. Vous trouverez ci-joint une copie numérisée de votre certificat; copie également envoyée à votre directeur/directrice de recherche et à la technicienne en gestion de dossiers étudiants (TGDE) de votre département.

Notez qu'il y apparaît une mention relative à un suivi annuel et que le certificat comporte une date de fin de validité. En effet, afin de répondre aux exigences éthiques en vigueur au Canada et à l'Université de Montréal, nous devons exercer un suivi annuel auprès des chercheurs et étudiants-chercheurs.

De manière à rendre ce processus le plus simple possible et afin d'en tirer pour tous le plus grand profit, nous avons élaboré un court questionnaire qui vous permettra à la fois de satisfaire aux exigences du suivi et de nous faire part de vos commentaires et de vos besoins en matière d'éthique en cours de recherche. Ce questionnaire de suivi devra être rempli annuellement jusqu'à la fin du projet et pourra nous être retourné par courriel. La validité de l'approbation éthique est conditionnelle à ce suivi. Sur réception du dernier rapport de suivi en fin de projet, votre dossier sera clos.

Il est entendu que cela ne modifie en rien l'obligation pour le chercheur, tel qu'indiqué sur le certificat d'éthique, de signaler au CERES tout incident grave dès qu'il survient ou de lui faire part de tout changement anticipé au protocole de recherche.

Nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs,

Dominique Langelier, présidente
Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES)
Université de Montréal

DL/GP/gp
c.c. Gestion des certificats, BRDV
Marie Hatem, professeure titulaire, École de santé publique - Département de médecine sociale et préventive
TGDE - PhD Santé publique
p.j. Certificat #16-030-CERES-D

adresse postale
C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7

3744 Jean-Brillant
4e étage, bur. 430-11
Montréal QC H3T 1P1

Téléphone : 514-343-6111 poste 2604
ceres@umontreal.ca
www.ceres.umontreal.ca

Comité d'éthique de la recherche en santé

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

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


Projet	
Titre du projet	Co-construire un modèle de pratique infirmière centrée sur la femme en périnatalité: Une recherche-action participative
Étudiante requérante	Karina Daigle (ND), Candidate au Ph. D. en santé publique (Organisation des soins), École de santé publique - Département d'administration de la santé
Sous la direction de	Marie Hatem, professeure titulaire, École de santé publique - Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal
Financement	
Organisme	Non financé
Programme	
Titre de l'octroi si différent	
Numéro d'octroi	
Chercheur principal	
No de compte	

MODALITÉS D'APPLICATION

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

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

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


Dominique Langener, présidente
Comité d'éthique de la recherche en santé
Université de Montréal

1er avril 2016
Date de délivrance

1er mai 2018
Date de fin de validité

adresse postale
C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7

3744 Jean-Brillant
4e étage, bur. 430-11
Montréal QC H3T 1P1

Téléphone : 514-343-6111 poste 2604
ceres@umontreal.ca
www.ceres.umontreal.ca

ANNEXE C

FICHE DE RECRUTEMENT

Vous êtes
enceinte
en début de grossesse ?



Voici un projet de recherche qui pourrait vous intéresser !

Nous recherchons des femmes enceintes désirant être accompagnées par une infirmière clinicienne durant la grossesse, l'accouchement et en postnatal en complémentarité avec leur suivi médical.

Critères de sélection des participantes :

- Être une femme enceinte en début de grossesse âgée de plus de 18 ans;
- Être accompagnée par une infirmière clinicienne qui offrira un suivi continu prénatal, lors de l'accouchement et en postnatal complémentaire au suivi médical;
- Vouloir participer activement à l'élaboration du modèle de pratique infirmière;
- Comprendre, écrire, lire et s'exprimer en français;
- Signer un consentement éclairé pour participer à l'étude.

Votre participation implique :

- D'être suivie lors de rencontres individuelles durant votre grossesse et des huit premières semaines après la naissance de votre bébé selon vos besoins;
- D'être accompagnée par une infirmière clinicienne lors de votre accouchement;
- De partager votre expérience de soins au cours de votre suivi.

Pour participer, communiquer avec :

Karina Daigne, inf. Ph. D. (c)



ANNEXE D

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

POUR LES FEMMES ENCEINTES PARTICIPANT AU SUIVI INFIRMIER COMPLÉMENTAIRE LORS DE LA CONSTRUCTION DU MODÈLE DE PRATIQUE

Étudiante-
chercheuse :

Karina Daigle

Étudiante au doctorat en santé publique,
Infirmière clinicienne

École de santé publique, Université de Montréal

Courriel : karina.daigle@umontreal.ca

Sous la direction de: **Marie Hatem**

Professeure titulaire, directrice de recherche

École de santé publique, Université de Montréal

Courriel : marie.hatem@umontreal.ca

Ce projet n'est pas financé.

Vous êtes invitée à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter d'y participer, veuillez prendre le temps de lire ce document présentant les conditions de participation au projet. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Description du projet de recherche

Votre participation implique que vous soyez accompagnée par l'étudiante et/ou la coéquipière, Mme Seoane, dans le cadre d'un suivi complémentaire. Pendant cet accompagnement, vous serez invitée à partager votre expérience de soins vécue, votre opinion sur vos besoins et sur vos attentes en matière de suivi infirmier.

Nature, durée et conditions de la participation

Que vous participiez ou non à ce projet de recherche, vous allez recevoir le suivi médical et infirmier régulier prévu par l'établissement.

Le projet de recherche consiste à vous offrir un suivi infirmier **complémentaire** en plus du suivi régulier qui prévoit plusieurs activités :

Un suivi infirmier complémentaire lors de votre grossesse, de l'accouchement et en postnatal qui sera défini selon vos besoins et attentes. Ce suivi infirmier complémentaire sera assuré par l'étudiante et/ou la coéquipière, Mme Seoane, en plus de recevoir votre suivi régulier avec l'équipe de soins de l'établissement de santé.

La participation à ce projet de recherche commencerait avant la fin de votre premier trimestre et votre premier rendez-vous médical (12 semaines) jusqu'à la fin des huit semaines après la naissance de votre bébé. La durée totale est approximativement de 10 mois

Au début, une rencontre de 60 minutes avec l'étudiante est prévue pour connaître vos besoins et attentes quant à votre participation ainsi que le suivi infirmier complémentaire souhaité.

Tout au long du projet, plusieurs rencontres seront prévues avec l'équipe de recherche :

En prénatal : rencontres individuelles selon vos besoins et attentes avec l'étudiante et/ou la coéquipière infirmière clinicienne ;

Dès le début de votre travail à domicile et admission à l'hôpital jusqu'aux premières heures de la période postnatale : un soutien continu offert par l'étudiante et/ou la coéquipière infirmière clinicienne ;

En postnatal jusqu'à la huitième semaine : rencontres individuelles selon vos besoins et attentes avec l'étudiante et/ou la coéquipière infirmière clinicienne ;

En raison des objectifs scientifiques du projet, les rencontres individuelles prévues avec l'équipe de recherche devront être enregistrées. Les rencontres individuelles auront lieu dans un cadre communautaire déterminé avec vous au fur et à mesure.

La préparation d'un plan de naissance selon vos souhaits avec l'étudiante et/ou la coéquipière infirmière clinicienne et sa présentation à l'équipe de soins ;

Vous serez invitée à prendre part à des échanges en ligne avec un groupe de discussion composé des autres femmes participant à la recherche ;

Vous serez invitée à prendre part à un groupe de discussion composé des autres femmes participant à la recherche vers la fin du projet.

Mise en garde

Le projet de recherche ne vise pas de bénéfices thérapeutiques. Son objectif est de créer de nouvelles connaissances pour améliorer la qualité de l'organisation des soins infirmiers en périnatalité. C'est pourquoi vous recevrez votre suivi médical et infirmier régulier prévu par l'établissement.

Risques et inconvénients

Le principal inconvénient est le temps consacré à l'étude. Il se pourrait que la présence de l'étudiante et/ou la coéquipière infirmière clinicienne lors de l'accouchement soit inconfortable selon la situation ; vous serez libre de demander qu'elle ne soit pas présente. Concernant le bris de confidentialité concernant vos informations personnelles qui pourrait se traduire par une

atteinte à votre vie privée. L'équipe de recherche prendra les mesures nécessaires afin d'assurer le caractère confidentiel des données, comme expliqué dans la section « Confidentialité ».

Avantages et bénéfices

Vous ne retirerez aucun avantage personnel, mais les résultats de projet de recherche contribueront à une meilleure compréhension du processus impliquant une participation active de femmes à travers leur expérience de soins vécue pour améliorer l'organisation des soins infirmiers en créant un nouveau modèle de pratique infirmière centrée sur la femme en périnatalité. À tout le moins, en participant à la recherche, vous bénéficierez d'un suivi complémentaire par l'étudiante et/ou la coéquipière infirmière clinicienne formée dans ce domaine pour vous offrir un accompagnement continu, parallèlement à votre suivi médical et infirmier régulier.

Compensation

Vous ne recevrez aucune compensation financière pour votre participation à ce projet de recherche.

Conservation et protection des données

Afin d'assurer la confidentialité des données recueillies lors de cette étude, les questionnaires sociodémographiques de même que les dossiers cliniques de chacune des participantes seront conservés sous clé, dans le bureau de l'étudiante-chercheuse. Les seules personnes qui y auront accès sont l'étudiante-chercheuse, la directrice de recherche. Dans le cas d'entretien de groupe (groupe de discussion en présence ou en ligne), il importe de vous rappeler que la confidentialité des échanges dépend de l'engagement réciproque des participants à ne pas divulguer l'identité des autres participants et la nature des échanges à des personnes n'ayant pas participé à la rencontre. La protection de vos informations personnelles sera assurée par l'utilisation d'un code pour chacune des participantes. Les versions électroniques des transcriptions des rencontres, du journal de bord et des fiches d'analyse et leur analyse seront sauvegardées de manière sécurisée et accessibles uniquement par l'étudiante-chercheuse et la directrice de recherche. Toutes les données seront détruites dans 7 ans après la fin du projet de recherche et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent

document. Les résultats de la recherche ne permettront pas d'identifier les participants et ils seront diffusés sous forme d'articles et de conférences. À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, votre nom et prénom, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par l'étudiante chercheuse et la directrice de recherche. Vous aurez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et de les faire rectifier au besoin.

Retour des résultats

Vous pourrez avoir accès aux résultats généraux de l'étude. Les résultats généraux de l'étude vous seront transmis sous forme de résumé sur la page web du projet de recherche et envoyés par courriel.

Droit de retrait et participation volontaire

Votre participation, le refus de participer ou le retrait de l'étude n'aura pas d'impact sur les services et soins reçus au sein de l'établissement puisque l'équipe de recherche est indépendante de cet établissement. Vous pouvez vous retirer de cette étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison. Vous avez simplement à aviser la personne-ressource de l'équipe de recherche et ce, par simple avis verbal. Vos données dans le cadre de votre suivi complémentaire individuel seront ainsi retirées de l'étude. Toutefois, dans le cadre du groupe de discussion, il se peut que les données ne puissent être retirées entièrement.

Responsabilité de l'équipe de recherche

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

Personnes-ressources

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques du projet de recherche pour répondre aux questions des participants vous pouvez contacter :

Karina Daigle

Étudiante doctorale

École de santé publique, Université de Montréal

Courriel : karina.daigle@umontreal.ca

Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services. CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de Montréal :

160, avenue Stillview Pointe-Claire (QC) H9R 2Y2

Téléphone : (514) 630-2225, poste 5277

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

Courriel: ceres@umontreal.ca

Téléphone au (514) 343-6111 poste 2604

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

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

Consentement Déclaration du participant

Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à participer à la recherche.

Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et exiger des réponses satisfaisantes.

Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.

J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

Je consens à ce que mon dossier de suivi infirmier constitué par l'équipe de recherche soit consulté par l'équipe de recherche pendant toute la durée du projet de recherche jusqu'au dépôt de la thèse de l'étudiante afin d'obtenir les renseignements de nature médicale et infirmière nécessaires à l'atteinte des objectifs de recherche du projet. Oui Non

Prénom et nom du participant (caractères
d'imprimerie)

Signature du participant

Date : _____

Engagement du chercheur

J'ai expliqué les conditions de participation au projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et me suis assuré de la compréhension du participant. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Prénom et nom du chercheur (caractères
d'imprimerie)

Signature du chercheur

Date : _____

Approuvé par :

Comité d'éthique de la recherche Centre hospitalier de St. Mary Par

Tierry M. Laforce



ANNEXE E

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF EN SÉRIE

Guide d'entretien semi-directif en série en périnatalité

Le guide d'entretien semi-directif en série en périnatalité a permis de réaliser les rencontres d'accompagnement qui permettent de reconnaître et d'explorer les besoins et attentes de la femme. Au cours de l'accompagnement, l'infirmière demande à la femme d'échanger sur les événements marquants survenus depuis leur dernier suivi dans le cadre d'une des modalités suivantes : rencontre présentielle, téléphonique ou par messagerie texte. Les thèmes principaux et questions posées sont modulés et adaptés selon la modalité de suivi qui seront recueillis au fil des entretiens en série.

Poser des questions à la femme sur son vécu expérientiel physique, psychologique, et social

- Données sociodémographiques
- Antécédents obstétricaux et gynécologiques; médicaux et familiaux
- Histoire des habitudes de vie – l'exercice, le sommeil, l'alimentation, les loisirs, l'hygiène personnelle, l'histoire sociale, expérientielle et professionnelle
- Histoires personnelles et familiales autour de la grossesse, de la naissance et la parentalité
- Facteurs de stress courants durant la grossesse et le postnatal
- Perceptions de la femme de sa grossesse, l'accouchement, la venue du nouveau-né – planifiée ou non, désirée ou non? Heureuse de sa grossesse ou mécontente? Accepte-t-elle sa grossesse ou non? Grossesse risque-t-elle de lui occasionner des problèmes d'ordre financier, professionnel? Vie imaginée après l'accouchement
- Perceptions du partenaire et de l'entourage face à la grossesse, au récit de l'accouchement, à la venue du bébé de la femme,
- Perceptions du soutien familial
- Changements physiques et émotifs tout au long de la grossesse, du travail et de la naissance et le postnatal
- Changements dans les habitudes de vie en lien avec la grossesse et la venue du nouveau-né et en postnatal
- Perceptions de la femme de ses relations avec son partenaire, sa famille et son entourage
- Valeurs et croyances par rapport à la grossesse, la naissance et la parentalité

- Émotions vécues lorsqu'elle pense à l'accouchement au cours de la grossesse, lorsque celui-ci est imminent – douleur et contractions – et après avoir vécu l'expérience de donner naissance
- Émotions et perceptions vécues en lien avec le fœtus, la naissance du nouveau-né et les premières semaines avec celui-ci

Poser des questions à la femme sur ses connaissances sur la grossesse, la naissance, le postnatal

- Connaissances de la femme au sujet de la grossesse, des changements physiologiques, du développement fœtal, des autosoins et des soins à prodiguer à elle-même et au nouveau-né
- Connaissances sur l'accouchement au sujet de la modulation de la douleur durant le travail
- Sources d'information, de références
- Préparation à la naissance souhaitée et reçue

Poser des questions à la femme sur son vécu avec les fournisseurs de soins

- Perception de sa relation avec le médecin et autres intervenants en termes d'approche
- Perception du rôle et attitude du médecin et des autres fournisseurs de soins au cours du suivi de grossesse, lors de l'accouchement et en postnatal

Poser des questions à la femme sur l'organisation des soins dans le cadre du suivi médical

- Choix du suivi de votre grossesse et du lieu pour donner; explorer raison du choix
- Comment se sent la femme quant aux soins de santé reçus – déroulement des rencontres suivi de grossesse et postnatal et du suivi lors du travail, de l'accouchement
- Attentes reliées à son suivi avec les différents fournisseurs de soins
- Retour sur les examens de laboratoire et de radiologie proposés ou subis depuis le début et tout au long de la grossesse; perceptions en regard de ceux-ci
- Perceptions sur les interventions médicales reçues, réactions de la femme, du partenaire
- Perceptions sur le respect du projet de naissance - prise de décisions de la femme
- Perception de l'accessibilité au suivi de grossesse et autres services
- Perception de l'étendue des services offerts
- Perception de la rapidité pour avoir réponse à ses besoins
- Perception de la collaboration et de la continuité des soins entre les fournisseurs

Poser des questions à la femme sur ses besoins et attentes reliés à l'accompagnement avec l'infirmière

- Besoins et attentes de la femme au fur et à mesure de la grossesse, de la naissance et du postnatal
- Sujets – thèmes utiles à discuter avec l'infirmière
- Documents d'information utiles? Dans quel format – papier, électronique, livre
- Organisation de rencontre en matière de : fréquence, nombre, durée, lieu des rencontres, est-elle adéquate?
- Modalités pour assurer la continuité entre la femme et l'infirmière

Poser des questions à la femme sur l'appréciation de son expérience de maternité

- Perceptions de la femme de son expérience globale de maternité

ANNEXE F

ARBORESCENCE THÉMATIQUE

Arborescence

Nom	Description et règle de codage
1. Partenariat relationnel – engagement	Il correspond à l'engagement entre la femme et l'infirmière dans leurs interactions selon 4 quatre dimensions : information, consultation, collaboration et co-construction.
1.1 Information	Il correspond à la dimension ou la femme reçoit de l'information sur la grossesse, l'accouchement, le postnatal qui se manifeste par un comportement type pour l'infirmière – informer et pour la femme – s'informer.
Informer	Coder lorsque l'infirmière informe la femme sur sa grossesse, son diagnostic et son traitement.
S'informer	Coder lorsque la femme mentionne avoir reçu ou lu de l'information sur sa grossesse, son diagnostic et son traitement auprès de diverses sources autres que l'infirmière comme livre populaire, Internet, documentation chez le médecin ou autres.
1.2 Consultation	Il correspond à la dimension ou la femme est consultée sur ses questions sur la grossesse, l'accouchement, le postnatal qui se manifestent par un comportement type pour l'infirmière – consulter et pour la femme – questionner.
Consulter	Coder lorsque l'infirmière consulte la femme à savoir si elle a des questions sur sa grossesse, son diagnostic et son traitement; les thèmes qu'elle désire apprendre dans la préparation à la naissance.
Questionner	Coder lorsque la femme pose des questions sur sa grossesse, son accouchement et son postnatal. La femme s'interroge sur ce qu'elle a lu ou reçu comme information de la part de l'infirmière, médecin, Internet, ami, famille ou autre source.
1.3 Collaboration	Il correspond à la dimension ou la femme est impliquée afin qu'elle partage ses préférences et son vécu expérimentiel sur la grossesse, l'accouchement, le postnatal.

Nom	Description et règle de codage
Motiver	Coder lorsque l'infirmière stimule la femme afin qu'elle partage son vécu expérientiel et ses préférences pour établir les décisions de santé la concernant.
Partager	Coder lorsque la femme partage ses préférences et son vécu physique, émotionnel, social, cognitif et trajectoire de soins afin qu'elles soient prises en compte – prévention/diagnostic/traitement.
Co-construction	Il correspond à la dimension où la femme prend ses décisions en fonction de ses objectifs et son projet de vie – naissance.
Échanger	Coder lorsque l'infirmière échange avec la femme sur les décisions et choix informés qu'elle a pris et s'intéresse à son processus de réflexion tout en respectant ses choix.
Décider	Coder lorsque la femme fait part de ses décisions à l'infirmière ou qu'elle pose un geste ou une action sur la base de ses savoirs expérientiels. Elle prend décision sur ce qu'elle doit faire pour autoagir. Elle co-élabore son projet de naissance.
2. Modèle de soins	Il correspond au modèle de soins en co-construction constitué des différentes composantes: catégories des pratiques, organisation, valeurs, philosophie, fournisseurs de soins et finalités.
2.1 Catégories de pratiques	Il correspond à la composante catégories des pratiques : Éducation, Évaluation, Dépistage, Planification des soins, Promotion de la physiologie, Gestion des complications 1 ^{re} ligne.
2.1.1Éducation	Coder lorsque l'interaction porte sur les activités de promotion de la santé selon quatre thèmes : Grossesse, Naissance, qui comprend de donner de l'information, des conseils, et des mesures préventives basés sur des résultats probants qui donne l'empowerment aux femmes pour faire de choix informés.
a) Thème Grossesse	Coder lorsque l'interaction porte sur les activités de promotion de la santé en lien avec la grossesse selon les thèmes suivants : changements physiologique et émotionnel, conseils préventifs,

Nom	Description et règle de codage
	complications, habitudes de vie, test de dépistage, source d'information.
b) Thème Naissance	Coder lorsque l'interaction porte sur les activités de promotion de la santé en lien avec la naissance selon les thèmes suivants : médicalisation, approche de préparation à la naissance, physiologie accouchement autosoins travail, interventions médicales, méthodes non pharmacologiques, méthodes pharmacologiques, projet de naissance, rôle du partenaire.
c) Thème Nouveau-né et Parentalité	Coder lorsque l'interaction porte sur les activités de promotion de la santé en lien avec le nouveau-né et la parentalité selon les thèmes suivants : allaitement, complications du nouveau-né, développement du nouveau-né, sécurité du nouveau-né, soins du nouveau-né, soins postnatals pour la femme et ressources communautaires.
d) Thème Organisation des soins	Coder lorsque l'interaction porte sur les activités de promotion de la santé en lien avec l'organisation des soins selon les thèmes suivants : l'organisation des soins dans le système méso et macro, l'organisation des soins dans le cadre de l'accompagnement global avec l'infirmière, les lignes directrices, lois et règlements, les protocoles.
2.1.2 Évaluation	Coder lorsque l'interaction porte sur les activités d'évaluation puisque pour répondre aux besoins de la femme il est important de recueillir toutes les données biopsychosociales, et ce selon le type évaluation : physique, psychosociale, habitudes de vie, périnatal progrès du travail, allaitement, nouveau-né.
2.1.3 Dépistage	Coder lorsque l'interaction porte sur les activités de dépistage des ITSS, du diabète, du VIH, de la prééclampsie, des problèmes de santé mentale.
2.1.4 Planification des soins	Coder lorsque l'interaction porte sur les activités de planification des soins attendus comme: les interventions infirmières, les thèmes lors de la prochaine rencontre, la fréquence des rencontres, la prise de rendez-vous, la référence vers d'autres services si nécessaire aussi bien avec l'infirmière ou avec les autres fournisseurs de soins.

Nom	Description et règle de codage
2.1.5 Promotion de la physiologie	Coder lorsque l'interaction porte sur les activités de promotion de la physiologie comme l'éducation à la santé qui favorise des thèmes sur la physiologie de la grossesse, la naissance et le postnatal, soutien continu émotionnel et psychologique lors du travail et la naissance, l'incitation à la mobilité pendant le travail, le contact peau à peau entre le nouveau-né et la femme immédiatement après la naissance et pour 2 heures, le soutien à l'allaitement maternel.
2.1.6 Gestion des complications 1 ^{re} ligne	Coder lorsque l'interaction porte sur les activités de gestion des complications 1 ^{re} ligne comme le traitement : des infections lors de la grossesse; des problèmes comme l'anémie, la thyroïde, le diabète, la prééclampsie; l'administration d'anti-Rhésus D au cours de la grossesse pour les femmes rhésus négatif; la version en cas de présentation par le siège, la grossesse prolongée et l'induction du travail; l'ictère et la prise de poids chez le nouveau-né.
2.2 Organisation des soins	Il correspond à la composante organisation des soins qui est décrit par la femme son expérience de soins prénatal, pernatal ou postnatal par l'ensemble des interactions et des faits vécus par la femme tout au long de sa trajectoire de soins et de services, ainsi que des perceptions et réactions quant aux soins et services reçus en matière d'accessibilité, globalité, réactivité, continuité, intégré, délai, durée, qualité de l'information.
2.2.1 Expérience : organisation soins prénatals	Coder lorsque la femme décrit son expérience de soins et de services en lien avec la période prénatale.
2.2.2 Expérience : organisation soins pernatals	Coder lorsque la femme décrit son expérience de soins et de services en lien avec la période du travail et accouchement.
2.2.3 Expérience : organisation soins postnatals	Coder lorsque la femme décrit son expérience de soins et de services de soins en lien avec la période postnatale.
2.3 Valeurs	Il correspond à la composante valeurs qui décrit la dimension de la signification cognitive qui correspond aux valeurs quant à l'ancrage de la vision du partenariat dans les soins.

Nom	Description et règle de codage
2.4 Philosophie	Il correspond à la composante philosophie qui décrit les attitudes de l’infirmière envers la normalité et l’intervention par ses croyances et opinions de façon générale sur la grossesse, accouchement, postnatal; les attitudes de la femme envers la normalité et l’intervention par ses croyances, son vécu physique et émotionnel sur la grossesse, l’accouchement et le postnatal.
2.5 Fournisseurs	Il correspond à la composante fournisseur de soins qui décrit par la femme son expérience vécue avec les personnes qui dispense des soins de santé ou des services sociaux, qu’elle soit ou non un professionnel comme le médecin suivi de grossesse, le médecin suivi du nouveau-né, les infirmières de la clinique, l’hôpital, du CLSC, du projet de recherche, pharmacien, technicien radiologie psychologue, nutritionniste, consultante lactation, secrétaire, assistant-médecin, intervenant soins complémentaires.
2.6 Finalités	Il correspond à la composante finalités qui décrit par la femme son expérience vécue quant à son autogestion de santé et celle de son nouveau-né, ses choix, son expérience de naissance positive ou négative, sa satisfaction des soins reçus,
3. Facteurs	Il correspond aux facteurs qui influencent positivement ou négativement l’engagement entre l’infirmière et la femme à l’engagement : les femmes, l’organisation, les fournisseurs de soins et la société.
3.1 Femmes	Il correspond aux caractéristiques du facteur « les femmes » décrit par la femme ses données démographiques, son vécu physique, son vécu cognitif, son vécu psychologique, son vécu social qui représentent ses savoirs expérientiels reconnus.
Démographie	Coder lorsque la femme décrit ses données démographiques : adresse, âge, âge du partenaire, date de naissance, ethnie, immigration, langue maternelle et parlée à la maison, littératie en santé et numérique, scolarité, emploi, religion, état civil, statut socioéconomique.
Vécu physique	Coder lorsque la femme décrit son vécu social par ses antécédents, son profil biophysique, ses habitudes de vie, ses maux courants de la grossesse englobent une grande variété de signes physiques se manifestant à divers moments.

Nom	Description et règle de codage
Vécu cognitif	Coder lorsque la femme décrit son vécu cognitif par ses connaissances, ses expériences antérieures, ses signes de compréhension, ses choix.
Vécu psychologique	Coder lorsque la femme décrit son vécu psychologique par son autogestion – adaptation de santé et de son nouveau-né, ses signes émotionnels se manifestant à divers moments de son expérience de maternité.
Vécu social	Coder lorsque la femme décrit son vécu social par ses croyances, ses représentations sociales, ses réactions en lien avec la grossesse, ses activités de la vie quotidienne, son emploi, sa situation financière, son logement, sa relation de couple, son partenaire, son réseau familial, son soutien social, son choix du fournisseur de soins.
Vécu avec le nouveau-né	Coder lorsque la femme décrit son vécu avec son nouveau-né durant la période prénatale et postnatale.
3.2 Fournisseurs	Il correspond aux caractéristiques du facteur « Fournisseurs » décrit par la femme son expérience avec les fournisseurs de soins en termes d'attitudes et de comportements.
3.3 Organisation	Il correspond aux caractéristiques du facteur « Organisation » décrit par la femme son expérience avec l'organisation des soins en périnatalité.
3.4 Société	Il correspond aux caractéristiques du facteur « Société » décrit par la femme son expérience comme femme enceinte dans son environnement social et politique plus large et sont influencées par les normes sociales en vigueur.