

Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme  
Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers  
HES-SO Valais-Wallis / Haute École de Santé

---

**Travail de Bachelor**

L'influence des pratiques infirmières humanisées entourant  
l'accouchement chez les parturientes  
Revue de la littérature

Réalisé par: Bruna Da Silva Pio

Promotion: Bachelor 20

Sous la direction de: Madame Emmanuelle Coquoz

Sion, le 5 juillet 2023

## Résumé

L'accouchement est l'un des moments les plus marquants de la vie d'une mère. Il est souvent associé à une expérience positive et joyeuse vécue par la mère et ses proches. Cependant, malgré l'avancée scientifique et technologique dans les milieux hospitaliers obstétricaux, beaucoup de femmes font encore l'expérience d'une prise en charge à améliorer lors du processus de l'accouchement. Ces mauvaises pratiques exerceraient une influence négative sur le déroulement de l'accouchement et sur le bien-être de la mère. Des signes de stress post-traumatique et de dépression pourraient la submerger par la suite. Les objectifs de cette étude sont de comprendre quelle serait l'influence de soins humanistes prodigués par l'infirmière sur la mère lors d'un accouchement par voie basse dans un milieu hospitalier et d'analyser les besoins des mères lors de cet accouchement humanisé.

Quatre études qualitatives et deux études quantitatives ont été retenues à la suite de recherches menées sur les bases de données CINAHL, PubMed et Embase entre mars et avril 2023. Les critères d'inclusion étaient: un accouchement physiologique mené à terme par voie basse, ainsi que la présence d'infirmières ou de sages-femmes. Les critères d'exclusion étaient: un accouchement précoce, par césarienne, une délivrance avec des complications pour la mère ou l'enfant.

Les résultats des études mettent en lumière l'importance de considérer les besoins de la mère pour favoriser une approche humaniste: besoins de soutien, de sécurité, de respect de l'intimité. Cette approche pourrait contribuer positivement au bien-être physique et psychologique de la mère.

Mots clés: accouchement, humanisme, soins infirmiers, bien-être de la mère

## **Remerciements**

Tout d'abord, je remercie Madame Emmanuelle Coquoz, directrice de mon travail, pour sa disponibilité et son temps, ses précieux conseils, son aide, et surtout pour son soutien tout au long de l'élaboration de ce travail.

Je remercie également la correctrice pour la relecture et la correction de mon Travail de Bachelor.

Je remercie aussi ma famille et mes amis pour leur soutien constant lors de la rédaction de mon Travail de Bachelor.

## Déclaration

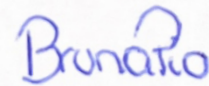
Cette revue de la littérature a été réalisée dans le cadre de la formation Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers à la Haute École de Santé Valais Wallis (HEdS).

L'utilisation des résultats ainsi que les propositions pour la pratique et la recherche n'engagent que la responsabilité de son auteure et nullement les membres du jury ou la HES.

De plus, l'auteure certifie avoir réalisé seule cette revue de la littérature.

L'auteure déclare également ne pas avoir plagié ou utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la bibliographie et référencées selon les normes APA 7<sup>e</sup> édition.

Sion, le 5 juillet 2020



Brunatio

---

**Table des matières**

<b>1</b>	<b>Motivation du choix du thème .....</b>	<b>1</b>
1.1	Définition du problème .....	2
1.2	Question de recherche.....	5
1.3	But de la recherche.....	6
<b>2</b>	<b>Cadre théorique .....</b>	<b>6</b>
2.1	Accouchement .....	6
2.1.1	Accouchement physiologique .....	6
2.1.2	Les trois besoins de la mère lors de l'accouchement .....	6
2.2	Humanisation .....	8
2.2.1	Humanisation dans les soins .....	8
2.2.2	Humanisation dans la salle d'accouchement.....	9
2.3	Rôle infirmier .....	11
2.3.1	Rôle infirmier dans la salle d'accouchement.....	11
2.3.2	Rôle infirmier dans les différentes phases de l'accouchement.....	11
2.3.3	Les rôles infirmiers et le lien avec la théorie du Caring .....	12
<b>3</b>	<b>Méthode .....</b>	<b>13</b>
3.1	Devis de recherche .....	13
3.2	Collecte des données .....	14
3.3	Sélection des données.....	17
3.4	Considérations éthiques .....	17
3.5	Analyse des données.....	17
<b>4</b>	<b>Résultats .....</b>	<b>19</b>
4.1	Description de l'étude 1 .....	19
4.1.1	Validité méthodologique.....	21
4.1.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle .....	21
4.2	Description de l'étude 2 .....	22
4.2.1	Validité méthodologique.....	24
4.2.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle .....	25
4.3	Description de l'étude 3 .....	25
4.3.1	Validité méthodologique.....	27

4.3.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique .....	28
4.4	Description de l'étude 4 .....	29
4.4.1	Validité méthodologique.....	31
4.4.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique .....	32
4.5	Description de l'étude 5 .....	32
4.5.1	Validité méthodologique.....	34
4.5.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique .....	35
4.6	Article 6 .....	36
4.6.1	Validité méthodologique.....	38
4.6.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique .....	39
4.7	Synthèse des principaux résultats .....	39
<b>5</b>	<b>Discussion.....</b>	<b>40</b>
5.1	Discussion des résultats .....	40
5.2	Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences .....	44
5.3	Limites et critiques de la revue de la littérature.....	44
<b>6</b>	<b>Conclusions .....</b>	<b>45</b>
6.1	Propositions pour la pratique .....	46
6.2	Propositions pour la formation .....	46
6.3	Propositions pour la recherche .....	48
<b>7</b>	<b>Références bibliographiques.....</b>	<b>50</b>
<b>8</b>	<b>Annexes .....</b>	<b>I</b>
	Annexe I : Diagramme de flux PRISMA 2009.....	I
	Annexe II: Tableau de recension des études .....	II
	Annexe III : Pyramide des preuves.....	VIII
	Annexe IV: Tableau mots-clés et descripteurs .....	IX
	Annexe V: Glossaire méthodologique .....	X
	Annexe VII: Questionnaire rempli par une Doula .....	XV
	Annexe VIII: Entretien avec une sage-femme .....	XVII

**Liste des tableaux**

Tableau 1: Équation de recherche CINAHL .....	15
Tableau 2: Équation de recherche Medline (PubMed) .....	15
Tableau 3: Équation de recherche Embase .....	16
Tableau 4: Liste des articles retenus .....	18

## Liste des abréviations

AWHONN Association of Women's Health Obstetric and Neonatal Nurses

CHUV Centre hospitalier universitaire Vaudois

CRS Croix-Rouge Suisse

DGOS Direction Générale de l'Offre de Soins

EUPATI The European Patient's Academy

HAS Haute Autorité de Santé

HESAV Haute École de Santé de Vaud

HRC Hôpital Riviera-Chablais

HVS Hôpital du Valais

IGGH-CH Association Suisse des Maisons de Naissance

OE Ordem dos Enfermeiros

OMS Organisation mondiale de la santé

UNICEF United Nations International Children's Emergency Fund

## 1 Motivation du choix du thème

Dans ce travail, les termes «infirmier» et «infirmière» sont utilisés de manière interchangeable. Les deux se réfèrent à des professionnels de la santé ayant suivi une formation spécifique dans le domaine des soins infirmiers.

Quel que soit l'endroit dans le monde où l'on donne naissance à des enfants, les femmes cherchent à le faire dans des conditions sécurisantes et à être accompagnées lors de l'accouchement. Ce besoin est d'autant plus essentiel pour les primipares, afin qu'elles vivent ce moment de manière harmonieuse et ne soient pas effrayées à la perspective d'éventuelles futures grossesses. Ayant eu, lors de notre formation au sein de la HES-SO en soins infirmiers, la chance d'effectuer notre stage PFP4 au sein du service des urgences à l'hôpital de Fann à Dakar, nous avons été confrontée à des accouchements qui se sont déroulés dans des conditions qui ont beaucoup heurté notre sensibilité.

Nous avons pu objectiver que le «prendre en soins» était majoritairement plus important aux yeux des futures mères que le «prendre en charge». En effet, les patientes cherchaient à être comprises et respectées, mais par-dessus tout à être rassurées et à se sentir accompagnées et sécurisées, dans un des moments les plus importants de leur vie. Cependant, dans un contexte culturel où l'expression de sentiments de faiblesse est considérée comme honteuse et où domine un manque important d'infrastructures et d'hygiène, elles donnaient vie dans des conditions déplorables et insécurisantes.

Nous avons d'autant plus donné de la valeur à un accompagnement de qualité. Nous avons compris à quel point l'alliance thérapeutique, si prestigieuse dans nos milieux de soins, a un réel impact sur le vécu des patientes et de leurs proches. Ainsi, la motivation qui a guidé le choix de ce thème est liée à cette expérience vécue au Sénégal.

Pour une grande majorité de femmes enceintes et leurs familles, le moment de la naissance est associé au bonheur et à l'harmonie. Cependant, il peut également représenter à leurs yeux un moment de souffrance et d'angoisse. Puisque l'accouchement est un des moments les plus importants de la vie d'une femme, dont elle gardera le souvenir, le soutien et le développement de schémas positifs liés à cet événement sont essentiels (Moola, 2018, p. 41).

Les soins infirmiers au sein des équipes pluriprofessionnelles ont une place très importante lors de l'accouchement. Le soutien psychologique des infirmières apporte un sentiment de satisfaction à la future mère et au futur père. Ainsi, il joue un très grand rôle dans le résultat

de l'expérience vécue. De plus, leur présence peut aussi avoir un impact sur l'utilisation des moyens pharmacologiques, sur différentes interventions et sur le lien entre la mère et le nouveau-né (Association of Women's Health Obstetric and Neonatal Nurses [AWHONN], 2018, p. 13; Moola, 2018, p. 3).

Il est important pour les infirmières de prendre en compte le fait que chaque femme aura une perspective différente de l'accouchement en fonction de ses valeurs, de son contexte social et familial, de son environnement culturel et de ses moyens financiers (Moola, 2018, p. 2). Pour respecter ses besoins, les soignants peuvent s'appuyer sur le plan de naissance. Ce document reflète les besoins, les choix et les attentes de la future parturiente. La femme peut y préciser les conditions dans lesquelles elle souhaite donner la vie, comme les différentes méthodes pharmacologiques ou non pharmacologiques désirées, la position d'expulsion de prédilection, et les différents moyens thérapeutiques (musique, bain, massage) (Neves de Almeida Gomes et al., 2019, p. 35). Dans le but d'aider ces futures mamans à prendre des décisions, des cours sont proposés. Par exemple, en Suisse, le centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) met en place des cours de préparation à la naissance et à la parentalité. Ces cours sont à la disposition des futurs pères et mères. Ils permettraient de réduire les incompréhensions et l'anxiété des futurs parents face à l'accouchement (Centre hospitalier universitaire vaudois [CHUV], s. d.).

### **1.1 Définition du problème**

Un des objectifs de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) est de construire un monde où «chaque femme enceinte et chaque nouveau-né bénéficient de soins de grande qualité pendant toute la durée de la grossesse, de l'accouchement et de la période post natale» (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2017, p. 1). En d'autres termes, chaque femme et chaque nouveau-né devraient avoir le droit de recevoir des soins dans la dignité, la compassion et le respect de leurs besoins physiologiques, psychologiques et biologiques. De plus, les mères devraient être intégrées activement dans le processus de la naissance de leurs enfants (Floris et al., 2018, p. 125). Selon l'OMS, «il arrive que des soins irrespectueux et sans considération pour la dignité de la personne soient dispensés, ce qui représente une violation des droits de l'homme et dissuade les femmes de s'adresser aux services médicaux pendant l'accouchement» (OMS, 2018).

Selon des données de l'Assemblée fédérale du Parlement suisse, «une femme sur trois dit avoir été traumatisée par son accouchement en raison d'un traitement inadéquat (sentiment d'abandon, absence d'explications, de communication ou de consentement face à certains actes médicaux, gestes brusques, propos déplacés)» (Ruiz, s. d.). La société a, comme

image du moment de la naissance, celle d'une expérience remplie de bonheur et de satisfaction pour la maman. Cependant, plus de 43% des femmes décriraient l'accouchement comme traumatique (Benzakour et al., 2019, p. 347). Celui-ci serait considéré comme traumatique lors de la survenue d'un évènement non attendu, comme des blessures physiques graves, des séquelles psychologiques ou émotionnelles, une mort potentielle de la mère ou du nouveau-né ou des violences obstétricales (Chabbert & Wendland, 2016, p. 200). Selon l'United Nations Children's Emergency Fund (UNICEF), les taux de mortalité chez la mère et chez les nouveau-nés de nos jours représenteraient des chiffres bien trop élevés au niveau mondial (United Nations Children's Emergency Fund [UNICEF], 2019). En effet, plus de 830 femmes meurent quotidiennement lors du processus de la grossesse ou au moment de la naissance (Croix-Rouge suisse [CRS], 2022). La quasi-totalité des femmes succombant dans ce contexte vient de pays en transition (plus de 50% en Afrique subsaharienne et plus de 30% en Asie du Sud) (OMS, 2019).

Une grande importance est accordée à la qualité des soins prodigués par les équipes soignantes. Des soins de qualité auraient un grand impact sur le bien-être de la mère, ainsi que sur le déroulement de l'accouchement (Viana et al., 2019, p. 114). En d'autres termes, selon l'UNICEF (2019), «more preventable deaths occur from low-quality health care than from lack of access». Par conséquent, cela signifierait qu'on estime que plus de huit millions de décès maternels et d'enfants pourraient être évités par l'amélioration de la prise en charge des femmes (UNICEF, 2019).

Ces taux de mortalité élevés dans les pays en voie de développement seraient principalement dus à un manque d'infrastructures et un manque de personnel qualifié dans ce domaine. Dans de nombreuses régions du monde où la précarité domine, plus de la moitié des femmes donnent la vie sans l'aide d'une équipe soignante qualifiée (OMS, 2019). Cela montre que la présence d'une équipe interdisciplinaire est indispensable dans l'accompagnement du travail de la naissance, afin d'assurer un accouchement sécurisé et un bien-être pour les femmes, les nouveau-nés et leurs familles (AWHONN 2018, p. 73).

Selon H. Fore, «trop de mères continuent d'endurer des souffrances interminables, notamment durant l'accouchement» (UNICEF, 2022). Un accompagnement infirmier de qualité aurait un énorme impact sur l'amélioration du vécu de ces évènements. Les infirmières apporteraient des ressources d'informations pour la mère et son accompagnant, elles fourniraient des réponses aux incompréhensions, et elles permettraient de favoriser l'accouchement physiologique normal de la maman en diminuant le plus possible les interventions médicalisées (Viana et al., 2019, p. 115).

Dans les pays développés, l'hôpital est devenu le lieu de prédilection des femmes pour accoucher. Tout au long de ces dernières décennies, de nombreux progrès ont été implantés dans les lieux de naissance (Maillefer et al., 2017, p. 165). Ces avancements sur le plan médical permettent de contrôler, provoquer ou accélérer le processus de l'accouchement (OMS, 2018, p. 1). Néanmoins, malgré tous ces progrès, le nombre de décès maternels en Europe aurait augmenté de 15 à 17% entre 2016 et 2020 (OMS, 2023). En 2020, le nombre de décès maternels dans le monde serait estimé à 287 000, tandis que celui de 2016 était de 309 000, ce qui montre une légère diminution (OMS, 2023). Ces interventions médicalisées sont à portée de main. Elles sont aujourd'hui très bien maîtrisées et procurent un certain confort à la patiente. Elles sont facilement utilisées pour minimiser les risques de l'accouchement. Le risque lié à un usage systématique de ces pratiques est de passer à côté des vraies volontés de la parturiente (Dessureault, 2015, p. 55). Avoir recours à ces interventions médicalisées devrait rester une option supplémentaire au cas où la situation l'exige (sécurité de la mère et de l'enfant) ou si la patiente le requiert. C'est pourquoi il est important que l'équipe soignante établisse, dès les premières phases de l'accouchement, une relation de confiance avec la patiente et sa famille. L'équipe soignante devrait, tout au long du parcours qui mène à l'accouchement, lui expliquer toutes les possibilités existantes, sans pour autant l'influencer dans son choix. Il s'agit de l'aider à trouver une manière de faire qui lui corresponde et qui lui permettra d'être partie prenante de cet événement. L'équipe soignante offre à la parturiente la possibilité de se positionner sur ces questions si elle le souhaite (Dessureault, 2015, p. 61-62). Bien que l'hôpital reste le lieu principal pour accoucher, certaines femmes choisissent de donner la vie dans d'autres établissements où la prise en charge fait moins appel à la technologie, tels que les maisons de naissances. Ces lieux de naissance gérés par des sages-femmes mettent en avant l'indépendance et l'autodétermination des femmes. Dans ces structures, seules les femmes avec une grossesse à bas risque peuvent demander une prise en charge (Direction Générale de l'Offre de Soins [DGOS], 2023).

Comme mentionné plus haut, les établissements de soins apportent de nouvelles ressources au niveau de la médicalisation de la parturition. Pour cette raison, une grande augmentation de ces interventions a pu être observée de nos jours, dans les établissements de santé. Certes, certains de ces éléments restent bénéfiques pour la mère, mais ils peuvent également constituer des facteurs de risques pour le bien-être de la mère, en augmentant son mal-être et son stress physique (Dessureault, 2015, p. 60). Ces interventions auraient tendance à mettre l'accent sur le côté médical, et à oublier d'évaluer la satisfaction de la maman (Dessureault, 2015, p. 56; Maillefer et al., 2017, p. 165). À ce propos, la Doctoresse Princess Nothemba Simelala constate que de nombreuses femmes

en bonne santé ont subi au moins une fois, lors du travail, des interventions qui sont souvent jugées comme des actions non nécessaires et avec des risques élevés pour la mère (OMS, 2018).

Un accouchement mal vécu pourrait avoir à un impact négatif tant sur la mère que sur le nouveau-né. En effet, des sentiments de tristesse, de fureur, d'impuissance et une grande souffrance morale pourraient apparaître chez la femme. Encore plus grave: des signes de stress post-traumatique et de dépression pourraient survenir. Dans certains cas, le lien entre la mère et l'enfant pourraient devenir dysfonctionnel. Dans ce cas, la mère pourrait développer des sentiments de haine ou de détachement envers le nouveau-né et se montrer négligente envers lui (Benzakour et al., 2019, p. 347; 2016, p. 200; Dagher et al., 2021, p. 154).

Ainsi, dans ces différentes recherches, on constate que de nombreuses femmes un peu partout dans le monde continuent de vivre des accouchements intolérables, par manque d'une qualité de soins optimale. Pour pouvoir accompagner au mieux ces futures mamans, il est essentiel de comprendre leurs désirs et leurs craintes lors du déroulement de la naissance de leurs enfants. Ces données permettraient aux infirmiers et à l'équipe interdisciplinaire d'apporter des soins humanistes lors de l'accouchement, ce qui favoriserait, pour la mère, un vécu de ce moment de façon optimale.

Apporter des soins humanistes à la mère lors de l'accouchement impliquerait une prise en charge holistique, qui considérerait à la fois ses besoins physiques, psychiques et émotionnels. Ces soins viseraient également à créer un environnement bienveillant et respectueux dans le but de favoriser une expérience positive de la mère lors de la naissance de son enfant (Franzon et al., 2022, p. 4-5).

## **1.2 Question de recherche**

Au sein d'une équipe pluriprofessionnelle en milieu hospitalier lors d'un accouchement par voie basse: «Quels sont les aspects bénéfiques des soins humanistes prodigués par l'infirmière, en tenant compte des besoins des femmes?»

P: Les infirmières

I: Les soins humanistes au sein d'une équipe pluriprofessionnelle

C: Soins humanistes basés sur les besoins des parturientes

O: Améliorer le bien-être

T: Pendant l'accouchement

### 1.3 But de la recherche

Cette revue de la littérature a pour but d'évaluer l'effet d'un accompagnement humanisé prodigué par les infirmiers sur le bien-être de la femme lors de l'accouchement en tenant compte des expériences vécues et des besoins des femmes lors de la parturition.

## 2 Cadre théorique

### 2.1 Accouchement

#### 2.1.1 Accouchement physiologique

Selon la Haute Autorité de Santé, pour qu'un accouchement soit considéré comme «naturel», il doit se dérouler entre la 37<sup>ème</sup> et la 42<sup>ème</sup> semaine de gestation. Il doit être exempt de signes de complications pour la mère et le fœtus avant et pendant le travail. Ainsi, l'enfant doit naître de manière spontanée, sans aide au déclenchement, et en position du sommet. Le déroulement d'un accouchement physiologique serait propice au développement d'un environnement serein et bienveillant, favorable au bien-être de la mère et de son entourage. Certaines interventions peuvent être prises en compte lors de ce processus, comme l'utilisation de moyens pharmacologiques tels que la prise d'opioïdes. En outre, un accouchement physiologique normal peut générer parfois d'autres interventions telles que l'administration d'ocytocine et l'analgésie locorégionale (Haute Autorité de Santé [HAS], 2017, p. 11; Moola, 2018, p. 13).

**La 1<sup>ère</sup> phase de l'accouchement:** Cette première phase commence par la première apparition de contractions régulières et prend fin lors de la dilation complète de la cervicale. Ainsi, on transitionne de la phase de latence (0 cm) à la phase active (5-10 cm de dilatation) (Artal-Mittelmark, 2021; HAS, 2017, p. 15).

**La 2<sup>ème</sup> phase de l'accouchement:** Cette deuxième phase débute lors de la dilatation totale du col de l'utérus et prend fin lors de la naissance du nouveau-né. Cette phase est composée de deux étapes: la phase de descente (confirmation par le premier toucher vaginal qui affirme une dilation complète) et la phase d'expulsion (apparition des premiers efforts expulsifs) (Artal-Mittelmark, 2021; HAS, 2017, p. 23).

**La 3<sup>ème</sup> phase de l'accouchement:** Cette troisième phase est marquée par le début de la naissance du nouveau-né et se termine par la délivrance, plus précisément par l'expulsion du placenta (Artal-Mittelmark, 2021; HAS, 2017, p. 27).

#### 2.1.2 Les trois besoins de la mère lors de l'accouchement

Selon l'OMS, des soins de maternités respectueux sont présents lorsque:

On fait référence aux soins organisés et fournis à toutes les femmes d'une manière qui préserve leur dignité, leur vie privée et leur confidentialité, protège contre les préjugés et les mauvais traitements et permet un choix éclairé et un soutien continu pendant le travail et l'accouchement (OMS, 2018, p. 22).

De cette définition, il ressort trois besoins essentiels pour la mère, afin de promouvoir un accouchement de qualité: le besoin de sécurité, le besoin de soutien et le besoin d'intimité et de respect.

#### **2.1.2.1 Le besoin de sécurité**

Le sentiment de sécurité est décrit comme un besoin essentiel de la parturiente lors de l'accouchement. En effet, ce dernier est un événement qui peut susciter des craintes et des incompréhensions (Therese et al., 2018, p. 3). Le sentiment de sécurité diffère d'une mère à l'autre. Pour certaines femmes, ce qui compte le plus est de pouvoir mettre au monde leur enfant en bonne santé, dans un environnement calme, et d'être entourées des personnes qu'elles aiment et de professionnels de la santé empathiques et rassurants. Pour d'autres, le concept de sécurité envisage un accouchement naturel avec le moins d'interventions médicales possible, afin d'éviter les complications pour leur santé et celle de leur bébé (Downe et al., 2018, p. 12). Un sentiment d'insécurité peut occasionner l'apparition de signes d'anxiété, de stress et d'un sentiment de vulnérabilité pendant l'accouchement, ce qui peut influencer négativement la perception de l'expérience par la parturiente et, par la suite, influencer également la construction du lien d'attachement entre elle et son enfant (Therese et al., 2018, p. 2).

#### **2.1.2.2 Le besoin de soutien**

Mettre un enfant au monde est un événement qui provoque beaucoup de changements physiques, psychiques et sociaux. Ainsi, les futures mères ont besoin d'un soutien adéquat, afin de vivre cette expérience de manière positive. En d'autres termes, la présence d'une personne de soutien apporterait des bénéfices certains dans l'accompagnement prodigué lors de la naissance, avec un impact positif sur les aspects psychologiques, physiques et émotionnels de la maman (Bohren et al., 2017, p. 12). Les femmes ayant accouché avec une personne de soutien à leurs côtés auraient tendance à exprimer une plus grande satisfaction de leur accouchement (Moola, 2018, p. 4).

Lors de l'accouchement, ce soutien peut être apporté par le personnel de la santé (infirmières et sages-femmes) ou par la personne du choix de la parturiente (conjoint, membre de la famille, amie, doula). Cette personne serait garante du soutien de la future maman au niveau émotionnel et physique. Afin de garantir ce soutien, la personne de

référence fait preuve d'une présence empathique, encourage et guide la mère dans les décisions à prendre, et propose de l'aide pour le confort physique (Bohren et al., 2017, p. 7; Moola, 2018, p. 4).

### **2.1.2.3 Le besoin d'intimité et de respect**

Le droit à la protection de la sphère privée est un droit de base dont chaque humain devrait bénéficier. Essentiel dans les milieux de soins, il est considéré comme un droit du patient. Un manque de respect par rapport à l'intimité conduirait à une qualité de soins inadéquate, et cela pourrait influencer le vécu de l'hospitalisation du patient. Ainsi, ce besoin prend davantage de sens et d'importance lors de la prise en charge d'une femme enceinte. Privilégier un espace privé pour la mère serait aussi un facteur important dans l'évaluation de la satisfaction du vécu de l'accouchement (Valizadeh et al., 2021, p. 187). Afin de respecter au mieux ce besoin, il est indispensable que les soignants prennent en compte le point de vue de la parturiente sur sa définition du respect de l'intimité, car cela peut différer d'une patiente à l'autre. En effet, l'environnement, les valeurs culturelles, la religion enseignée auraient un impact sur le sens qu'elles donnent à l'intimité. D'autres facteurs extrapersonnels exerceraient une influence sur la sphère privée de la mère, comme le statut socio-économique de la parturiente qui pourrait l'empêcher de choisir le lieu de l'accouchement. De plus, certains milieux ne peuvent se permettre de mettre en priorité ce besoin par manque de moyens financiers, d'infrastructures et de personnel soignant. Ainsi, certaines femmes accouchent dans des salles bondées et très peu isolées dans des hôpitaux publics, tandis que des milieux de soins privés peuvent s'autoriser à mettre des chambres individuelles à disposition (Valizadeh et al., 2021, p. 188).

## **2.2 Humanisation**

### **2.2.1 Humanisation dans les soins**

Comme déjà mentionné dans ce travail, l'utilisation des pratiques techniques dans les soins a considérablement augmenté durant ces dix dernières années. Bien que ces nouvelles méthodes aient apporté de l'efficacité dans la rapidité de la prise en charge du malade, elles peuvent aussi conduire à des procédures de soins généralisées et automatisées, et ainsi provoquer chez les patients un ressenti de déshumanisation (Busch et al., 2019, p. 461; Gareau et al., 2022, p. 641).

Les soins humanisés s'inspirent de la théorie «des soins axés sur la personne», qui prend en compte le vécu du patient et considère celui-ci comme une personne unique avec des besoins personnels, reliés aux différents symptômes et traitements qu'il a subis au cours de sa vie. Le concept d'humanisation dans les soins ajoute à cette théorie l'aspect

environnemental et social du patient. Il met en avant l'importance de l'entourage présent lors de la guérison, comme les proches du patient et les différentes personnes du corps médical, tout en prenant en compte l'organisation de l'établissement et ses différentes procédures. Ainsi, une relation construite dans le respect entre les différents partenaires de cette prise en charge favoriserait un accompagnement axé sur le vécu du malade (Busch et al., 2019, p. 461; Gareau et al., 2022, p. 641).

En résumé, l'humanisation dans les soins peut être mise en œuvre par le soignant, par la volonté de guérir l'autre tout en privilégiant une alliance avec lui, afin de respecter ses craintes et ses désirs. Le professionnel prend en compte l'intégralité de sa personne (aspect bio-psycho-social) de façon à construire ce lien. Il prend également en considération le fait que chaque personne est unique et répondra de manière différente aux problématiques rencontrées. Cela signifierait que soigner ne prendrait pas en compte uniquement la partie technico-médicale, mais également les sentiments et le vécu du malade (de la Fuente-Martos et al., 2018, p. 100; Franzon et al., 2022, p. 2).

Ces éléments peuvent être particulièrement pertinents dans un contexte de soins obstétricaux. En effet, un accouchement centré sur les besoins de la mère en prenant en compte son entourage et son environnement permettrait une approche plus humanisée de la naissance. Celle-ci peut être renforcée par la prise en charge de l'équipe soignante. Lorsque les soignants prennent en compte la parturiente comme un être unique avec des besoins et des craintes, et ne se focalisent pas seulement sur l'aspect médicalisé de l'accouchement, cela contribue à des soins plus empathiques et centrés sur la femme.

### **2.2.2 Humanisation dans la salle d'accouchement**

La mise en place d'un concept d'humanisation lors de l'accouchement aurait pour but de favoriser les naissances dans des conditions saines et sécurisées pour la future mère comme pour le fœtus. Ces comportements et ces actions humanistes décidés avec l'accord de la parturiente permettraient de respecter ses besoins, tout en prenant en compte son aspect physique, psychologique et social. Une prise en charge humanisée aurait également de l'influence sur le déroulement de la naissance et permettrait de réduire les interventions invasives pour la mère (Cordeiro et al., 2018, p. 2155; da Silva de Oliveira et al., 2017, p. 2). C'est pour cela que l'envie de développer et de mettre en place une approche humaniste dans les salles d'accouchement est devenue une évidence pour réduire les aspects négatifs des modèles technologiques et instrumentaux de l'accouchement (Curtin et al., 2020, p. 1745).

La naissance est un processus physiologique qui passe par l'accouchement. Il se déroule en plusieurs phases qui peuvent durer de nombreuses heures, jusqu'à atteindre le stade final, l'expulsion du bébé et du placenta. Durant ce processus, la parturiente peut traverser des moments d'inconfort et de souffrance. Jusqu'au XVI<sup>ème</sup> siècle, la naissance se déroulait au domicile des parturientes, qui étaient assistées par des sages-femmes; l'accouchement était considéré comme une «affaire de femmes». Puis, entre le XVI<sup>ème</sup> et le XVII<sup>ème</sup> siècle, la figure du chirurgien est apparue, reléguant la sage-femme à une place d'assistante (da Silva de Oliveira et al., 2017, p. 3). L'approche technico-médicale était présentée comme nécessaire à une prévention de la mortalité maternelle et infantile. Cette approche centrée sur la partie technique de la naissance amenait les femmes à accoucher dans des milieux offrant très peu d'intimité et d'informations sur les procédures (Schantz et al., 2022, p. 1).

À la fin du XX<sup>ème</sup> siècle, plusieurs associations de femmes ont fait entendre leur mécontentement de cette prise en charge. Elles demandaient que les décisions des interventions médicalisées soient basées sur des indicateurs justifiés. Le concept d'humanisation de la naissance a pris son envol au Brésil en 1993, lorsque le ministère de la Santé de ce pays a mis en place un collectif appelé Le Réseau pour l'humanisation de l'accouchement. En 1996, l'OMS appuie ces courants en rédigeant des recommandations pour encourager chaque pays à mettre en place ces pratiques qui permettraient de réduire les interventions médicales lors d'un accouchement physiologique, et ainsi à reconnaître l'importance de développer une expérience positive du processus de la naissance pour la mère (Schantz et al., 2022, p. 1-2). Par exemple, encourager les techniques de relaxation telles que la musique, la respiration, la relaxation pour soulager les douleurs lors de la parturition est une des recommandations de L'OMS. Une autre recommandation de L'OMS est que les parturientes soient accompagnées par une personne de soutien de leur choix lors du déroulement de la naissance (OMS, 2018, p. 4).

Ces associations continuent de se battre pour donner accès à toutes les futures mères à un accouchement respectueux et bienveillant, qui se déroule confortablement et dans la sérénité. Elles mettent en avant également l'importance de laisser le choix du lieu dans lequel la parturiente décide de donner la vie (hôpital, maison de naissance, domicile). Elles luttent aussi contre les interventions non nécessaires et l'utilisation d'instruments qui s'opposeraient à un accouchement physiologique (Bourguignon & Grisotti, 2020, p. 493).

## **2.3 Rôle infirmier**

### **2.3.1 Rôle infirmier dans la salle d'accouchement**

La présence d'un infirmier dans la salle d'accouchement est considérée comme essentielle pour la satisfaction éprouvée par la mère et sa famille lors de cet évènement, ainsi que pour la qualité des soins prodigués (Rodrigues Locatelli et al., 2022, p. 361). L'accompagnement infirmier permettrait à la parturiente de vivre sa maternité et son accouchement de façon confiante et rassurée. En quelques mots, le rôle de l'infirmier est d'assurer un confort dans la gestion des douleurs, de maintenir une présence empathique, de réconforter, de renseigner et d'aider tout au long de l'accouchement (Gomes et al., 2020, p. 181). Bien que l'infirmière agisse en fonction de notions scientifiques et pratiques liées à cet évènement, elle place en priorité, tout au long de la délivrance, les besoins et les volontés de la patiente. L'objectif est de privilégier un accouchement vécu comme sécurisant et d'intégrer la parturiente au processus de la naissance de son enfant. Toutes ces actions prodiguées par l'infirmière ont tendance à s'orienter vers une notion de soins humanisés (Sâmea de Sousa Freire et al., 2017, p. 2358).

### **2.3.2 Rôle infirmier dans les différentes phases de l'accouchement**

#### **2.3.2.1 La phase latente**

L'accueil et l'attention offerts à l'arrivée de la maman dans le service par les soignants ont une portée très importante dans l'atténuation des peurs de la parturiente. Ainsi, l'infirmière crée déjà un premier contact avec la future mère en prenant le temps de recueillir ses attentes et volontés, et respecte au maximum ses besoins. Elle prend le temps également d'expliquer le déroulement de l'évènement et les imprévus pouvant survenir. Elle est aussi présente pour répondre aux différentes incompréhensions ou questions de la patiente. Le fait de montrer de l'intérêt pour le bien-être de la parturiente et de son entourage lors des premiers échanges leur procure le sentiment d'être accompagnés et en sécurité (da Silva de Oliveira et al., 2017; Gomes et al., 2020, p. 186). De plus, l'infirmière occupe une place importante dans une équipe pluriprofessionnelle entourant l'accouchement (équipe infirmière, sage-femme, médecin). En effet, elle joue un rôle central dans le relais des informations recueillies et la transmission des observations à l'équipe soignante et à la sage-femme. Cela permet une prise en charge centrée sur les besoins de la mère (Gomes et al., 2020, p. 187).

#### **2.3.2.2 La phase active**

Lors de cette phase, les contractions commencent à s'intensifier et amènent les femmes à éprouver des douleurs de forte intensité. Le rôle de l'infirmière, durant cette étape, est de

soulager au maximum la parturiente par des techniques non pharmacologiques: des massages relaxants, des exercices de relaxation, des bains ou des douches chaudes, différentes techniques de respiration et le fait de privilégier les postures confortables (da Silva de Oliveira et al., 2017, p. 4; Rodrigues Locatelli et al., 2022, p. 365). L'infirmière essaye de mettre en place des interventions non invasives et moins médicalisées dans le but d'amener la maman à vivre son accouchement de façon physiologique et de manière autonome (Gomes et al., 2020, p. 186). Des moyens pharmacologiques peuvent être également demandés par la parturiente pour soulager les douleurs, notamment l'épidurale (technique d'anesthésie locorégionale). L'infirmière prend en compte plusieurs surveillances lors de l'administration de la péridurale. La première est de s'assurer que la mère ait compris les risques et les avantages associés à cette procédure. La deuxième est d'être une personne de soutien pour la mère afin de la rassurer, l'aider à se sentir à l'aise et répondre à ses questions. Une fois la péridurale administrée, l'infirmière surveille les signes vitaux et vérifie également l'efficacité de l'anesthésie en évaluant la douleur ressentie par la mère (AWHONN, 2020, p. 1-2).

### **2.3.2.3 La phase d'expulsion**

C'est la phase la plus courte, mais la plus intense pour la parturiente. À cet instant, elle ressent un mélange de sentiments comme l'angoisse, la joie, et une perte de contrôle. Elle ne se sent plus capable d'accoucher de façon naturelle, il y a souvent des moments de panique, c'est pourquoi l'accompagnement émotionnel et psychologique est essentiel lors de cette étape (da Silva de Oliveira et al., 2017, p. 4). Dans cette phase, l'infirmière met en avant le pouvoir du corps de la femme, l'encourage en lui expliquant qu'elle est capable de surmonter cela, tout en faisant preuve également d'empathie et d'écoute (Rodrigues Locatelli et al., 2022, p. 366).

### **2.3.3 Les rôles infirmiers et le lien avec la théorie du Caring**

Ainsi comme mentionné plus haut, les différentes interventions et actions mises en place par l'infirmière lors de la naissance sont basées sur le respect, l'empathie, la cohésion soignant-soigné, sur une prise en charge centrée sur la personne tout en prenant en compte ses limites et ses désirs (Cordeiro et al., 2018, p. 2155). Cette méthode centrée sur l'écoute des besoins de la mère et de ce qui l'entoure (humanisation) se rapproche des différents concepts de la théorie du Caring de Jean Watson.

En 1979, Jean Watson développe la théorie du Caring. Le mot «Caring» en anglais peut se traduire par «bienveillant» en français (Watson, 2014, p. 322). Jean Watson explique dans cette théorie que prendre soin du patient en faisant preuve d'empathie, de compassion et de non-jugement est un élément fondamental et nécessaire des soins infirmiers (Watson,

2008, p. 17). Pour elle, l'infirmière ne s'occupe pas seulement de l'aspect biologique du patient, mais prend aussi en compte ses besoins émotionnels, sociaux, psychiques et spirituels. Elle privilégie ainsi une prise en charge dans une vision holistique (Cara & O'Reilly, 2008, p. 39). Elle met en évidence l'avantage d'une connexion entre le patient et le soignant qui permettrait de développer une coparticipation, et ainsi de conserver ou améliorer le bien-être du patient. De plus, ce concept met en avant l'importance d'une approche humanisée qui permet au patient d'être considéré comme un être unique (Watson & Watson, 2012, p. 19). Elle développe cette théorie en la basant sur des «caratifs» (qui s'opposeraient au terme curatif) (Lukose, 2011, p. 29). En d'autres termes, à ses yeux, les avancées médicales nous ont orientés vers une prise en charge focalisée sur les techniques de soin et très peu souvent centrée sur la personne (Watson & Watson, 2012, p. 20). Ainsi, pour elle, accompagner le patient avec amour et compassion, faire preuve de volonté et montrer de l'intérêt pour son rétablissement amènerait à une amélioration de son état de santé (Cara & O'Reilly, 2008, p. 39).

L'application de cette théorie à la naissance proposerait qu'au moment de l'accouchement, l'infirmière ne se contente pas de veiller aux «soins des aspects biologiques du patient». Si elle veut répondre à une approche holistique qui va produire des effets bienfaisants pour la parturiente, elle devrait également faire l'intermédiaire entre la patiente et le médecin et communiquer à ce dernier les désirs de l'intéressée. Ainsi, tout ce qui sera mis en place pour procéder à l'accouchement sera réalisé dans le respect des pratiques et des choix de la future maman.

### **3 Méthode**

#### **3.1 Devis de recherche**

Dans la recherche infirmière, il existe plusieurs paradigmes: d'une part le paradigme positiviste et post-positiviste\* et d'autre part le paradigme interprétatif ou constructiviste. Le paradigme pragmatique, ou mixte, est une combinaison des deux (Fortin & Gagnon, 2016, p. 26).

Le paradigme positiviste et post-positiviste font référence à la recherche quantitative\*. L'intention du positivisme est de prouver par des moyens empiriques une réalité sociale. Il considère que l'être humain peut être influencé par son environnement (Fortin & Gagnon, 2016, p. 28).

Le paradigme interprétatif\*, lui, est rattaché à la recherche qualitative\*. Au contraire du paradigme positiviste, il rejette l'idée de la généralisation\* des éléments à l'ensemble de la

population\*. Il met en avant le fait que l'authenticité est construite selon la compréhension et la connaissance de chaque individu (Fortin & Gagnon, 2016, p. 28).

Cette revue de la littérature a pour objectif d'étudier les répercussions d'une approche humaniste sur les mères lors de l'accouchement, tout en prenant en compte leurs besoins. Par conséquent, une approche qualitative a été priorisée dans ce travail. Sur les six études sélectionnées, quatre sont qualitatives et deux quantitatives. Trois ne proviennent pas des bases de données, cependant elles présentent toutes des références scientifiques.

La thématique de cette revue de la littérature peut être influencée par le contexte de soins. En effet, dans certains pays du monde, les infirmières sont formées pour assurer un accouchement, tandis que dans d'autres, seule la sage-femme est mandatée. C'est pourquoi une grande majorité des études sont interprofessionnelles.

### **3.2 Collecte des données**

De premières recherches ont été effectuées durant la période d'avril à mai 2022, avec pour objectif de rassembler plusieurs éléments qui ont permis de définir le sujet. Afin de parvenir à récolter des études, plusieurs bases de données ont été consultées: CINHALL, Embase, PubMed. En mars et avril 2023, une deuxième recherche a permis de trouver les différentes études.

Une affiliation permettant de cibler des études avec des chercheurs formés en soins infirmiers n'a pas été mise en place dans toutes les recherches. En effet, le rajout de celle-ci n'apporte pas de différences dans la recherche d'études pertinentes. De plus, le mot clé «nurse» fait partie des concepts utilisés. Un tableau avec les mots clés utilisés dans les différentes bases de données a été mis en annexe (**Annexe IV**). Les bases de données CINHALL et Embase sont celles qui ont permis les recherches les plus pertinentes en lien avec le sujet. La thématique prenant en compte une approche qualitative, les résultats d'articles sont de faible niveau de preuve. Néanmoins, les études quantitatives, elles, sont de haut niveau de preuve. Celles-ci ont toutes été analysées à l'aide de l'échelle des niveaux de preuve de la HAS, qui peut être consultée en annexe (**Annexe III**).

Tableau 1: Équation de recherche CINAHL

Équation de recherche	Études trouvées	Études retenues
(((MH "Humanism") OR (MH "Caring") OR (MH "Watson's Theory of Caring") OR "care" ) OR (TI ("Humanism" OR "Caring" OR "Watson's Theory of Caring" OR "care" )) OR AB ("Humanism" OR "Caring" OR "Watson's Theory of Caring" OR "care" )) AND (((MH "Labor") OR (MH "Delivery, Obstetric") OR (MH "Vaginal Birth") OR (MH "Term Birth") OR (MH "Childbirth") OR (TI ( "labor" OR "delivery, obstetric" OR " vaginal birth" OR "term birth" OR "childbirth"))) OR AB ("labor" OR "delivery, obstetric" OR " vaginal birth" OR "term birth" OR "childbirth"))) AND (MH "Nurses") OR ((MH "OB-GYN Nurse Practitioners") OR (MH "Perinatal Nursing") OR (MH "Nurse Midwives") OR (TI ( "nurses" OR " ob-gyn nurse practitioners" OR "perinatal nursing" OR "nurse midwives" ) OR AB ( "nurses" OR " ob-gyn nurse practitioners" OR "perinatal nursing" OR "nurse midwives"))) AND (((MH "Maternal Welfare") OR (MH "Maternal-Child Welfare") OR (MH "Maternal-Child Care") OR (MH "Well-Being (Iowa NOC)") OR (TI ("maternal welfare" OR "maternal-child welfare" OR "maternal-child care" OR "well-being (Iowa NOC)" )OR AB ("maternal welfare" OR "maternal-child welfare" OR "maternal-child care" OR "well-being (Iowa NOC)" ))	13	1

Tableau 2: Équation de recherche Medline (PubMed)

Équation de recherche	Études trouvées	Études retenues
(((((("Maternal Behavior"[Mesh]) OR "Maternal Welfare"[Mesh]) OR "Psychological Well-Being"[Mesh]) OR ("maternal behavior"OR "maternal welfare"OR "psychological well-being"[Title/Abstract])) AND (((("Humanism"[Mesh]) OR "Humans"[Mesh]) OR ("humanism"[Title/Abstract] OR "humans"[Title/Abstract]))) AND ((((((("Parturition"[Mesh]) OR "Live Birth"[Mesh]) OR "Natural Childbirth"[Mesh]) OR "Term	8	1

<p>Birth"[Mesh]) AND "Delivery, Obstetric"[Mesh]) OR ("parturition"OR "live birth"[Title/Abstract] OR "natural childbirth"[Title/Abstract] OR "term birth"[Title/Abstract] OR "delivery, obstetric"[Title/Abstract])) AND (((("Obstetric Nursing"[Mesh]) OR "Nurses"[Mesh]) OR "Nurse Midwives"[Mesh]) OR "Nurse Specialists"[Mesh]) OR "Health Personnel"[Mesh]) OR ("Obstetric Nursing"[Title/Abstract] OR "Nurses"[Title/Abstract] OR "Nurse Midwives"[Title/Abstract] OR " Nurse Specialists"[Title/Abstract] OR "Health Personnel"[Title/Abstract]))</p>		
---	--	--

Tableau 3: Équation de recherche Embase

Équation de recherche	Études trouvées	Études retenues
<p>('nurse'/exp OR 'obstetrical nursing'/exp OR 'perinatal nursing'/exp OR 'nurse midwife'/exp) OR ('nurse':ab,ti OR 'obstetrical nursing':ab,ti OR 'perinatal nursing':ab,ti OR 'nurse midwife':ab,ti) AND ('maternal wellbeing'/exp OR 'maternal welfare'/exp OR 'maternal care'/exp) OR ('maternal wellbeing':ab,ti OR 'maternal welfare':ab,ti OR 'maternal care':ab,ti) AND ('humanism'/exp OR 'care behavior'/exp OR 'humanistic nursing'/exp OR 'care'/exp OR 'humanization'/exp) OR ('humanism':ab,ti OR 'care behavior':ab,ti OR 'humanistic nursing':ab,ti OR 'care':ab,ti OR 'humanization':ab,ti ) AND ('birth'/exp OR 'labor'/exp OR 'childbirth'/exp OR 'term birth'/exp OR 'vaginal delivery'/exp) OR ('birth':ab,ti OR 'labor':ab,ti OR 'childbirth':ab,ti OR 'term birth':ab,ti OR 'vaginal delivery':ab,ti)</p>	52	2

### **3.3 Sélection des données**

Lors des recherches, différents critères ont été sélectionnés, afin de permettre une récolte de données pertinentes, en lien avec la question de recherche\*. Les critères d'inclusion étaient: que la mère ait vécu un accouchement physiologique mené à terme (entre la 39<sup>ème</sup> et la 41<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée) et que celui-ci se soit produit par voie basse. Tenant compte de l'interdisciplinarité de cette recherche, d'autres indications ont été incluses comme: que les différents professionnels prenant en charge les mères soient des infirmières ou des sages-femmes. Les critères d'exclusion étaient: un accouchement précoce (avant la 37<sup>ème</sup> semaine) ou par césarienne, une délivrance avec des complications pour la mère ou l'enfant. Dans le but d'une bonne compréhension, des études en français, anglais et portugais pouvaient être retenues. Toutes les études sont récentes et ont été publiées entre 2017 et 2022. Les études définitives ont été sélectionnées selon une démarche. Premièrement, toutes les études avec des titres non pertinents ont été retirées des possibilités. Deuxièmement, une lecture rapide de l'abstract et des résultats a permis d'identifier les six articles. Deux d'entre elles sont plus actuelles et sont de 2020 et 2022. Les études d'Alvares et al. (2018), de Gélinas & Mallé Samb (2022), de Mselle et al. (2019) et de Sun et al. (2020) sont centrées sur les impressions de femmes ayant accouché en recevant des soins fondés sur l'humanisme prodigués par les infirmières ou sages-femmes, en considérant leurs besoins lors de l'accouchement. Pour leur part, les études de Lyndon et al. (2017) et de Possati et al. (2017) se basent sur le point de vue et la perception des infirmières et des sages-femmes sur la qualité de leurs soins apportés aux mamans.

### **3.4 Considérations éthiques**

Toutes les études retenues ont été approuvées par un comité d'éthique\*. De plus, dans les études de Possati et al. (2017) et de Mselle et al. (2019), les participants ont donné leur consentement éclairé. Les six études finales figurent dans le tableau ci-dessous. À l'intérieur de celui-ci sont mentionnés le titre, les différents auteurs, la base de données\* utilisée, la date de publication et le niveau de preuve.

### **3.5 Analyse des données**

Chaque article retenu a été lu à maintes reprises, pour permettre une bonne compréhension. Les éléments nécessaires afin de le résumer et d'apporter une vision plus claire ont été retranscrits dans un tableau de recension. Les tableaux mentionnés se trouvent en annexe. Pour finir, ces études ont été analysées. Leur validité méthodologique, leur pertinence dans la clinique et leur utilité pour la pratique professionnelle ont été relevées.

Tableau 4: Liste des articles retenus

N°	Auteurs	Titre	Année de publication	Base de données	Niv. de preuve
1	Peng Sun, Jinmei Yu, Lin Liu, Luo Li	Effect of humanistic nursing in obstetrics on delivery mode and satisfaction of maternal care	2020	Sans bases de données	II
2	Andrêssa Batista Possati, Lisie Alende Prates, Luiza Cremonese, Juliane Scarton, Camila Neumaier Alves, Lúcia Beatriz Ressel	Humanization of childbirth: meanings and perceptions of nurses	2017	Sans bases de données	IV
3	Aline Spanevello Alvares, Áurea Christina de Paula Corrêa, Janete Tamami Tomiyoshi Nakagawa, Renata Cristina Teixeira, Ana Beatriz Nicolini, Renata Marien Knupp Medeiros	Humanized practices of obstetrics nurses: contributions in maternal welfare	2018	CINHAL-Embase	II
4	Lilian T. Mselle, Thecla W.Kohi, Justine Dol	Humanizing birth in Tanzania: a qualitative study on the (mis) treatment of women during childbirth from the perspective of mothers and fathers	2019	Embase	IV
5	Emilie Gélinas, Oumar Mallé Samb	L'impact d'une intervention d'humanisation des accouchements sur l'expérience de soins des femmes au Sénégal	2022	Sans bases de données	IV
6	Audrey Lyndon, Kathleen Rice Simpson, Joanne Spetz	Thematic analysis of US stakeholder views on the influence of labour nurse's care on birth outcomes.	2017	Embase	IV

## 4 Résultats

Dans cette section, chaque étude sera décrite individuellement selon sa validité méthodologique, sa pertinence clinique et son utilité pour la pratique professionnelle.

### 4.1 Description de l'étude 1

Sun, P., Yu, J., Liu, L., & Li, L. (2020). Effect of humanistic nursing in obstetrics on delivery mode and satisfaction of maternal care. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 13(2), 1209-1218. <https://e-century.us/files/ijcem/13/2/ijcem0103090.pdf>

Cet article est une étude quantitative non randomisée\*, dont le but était de comparer les interventions des infirmières dans un accouchement où les soins sont considérés comme habituels avec celles lors d'un accouchement où les soins étaient humanisés. Elle a permis également d'évaluer les répercussions d'une intervention humanisée sur le bien-être de la mère. Cette étude a été menée dans un hôpital en Chine de janvier 2018 à janvier 2019.

Pour la collecte des données\*, un échantillonnage non probabiliste\* a été utilisé. Cela a permis de cibler la population selon des critères d'inclusion\* et d'exclusion\*. Le critère d'inclusion était que toutes les femmes présentes dans l'étude devaient avoir vécu un accouchement mené à terme. Les critères d'exclusion étaient: les mères connues pour des maladies génétiques et immunitaires, des cancers, des troubles de la coagulation, des pathologies des reins ou du foie. Les mères connues pour des troubles psychologiques et psychiatriques étaient aussi exclues. Les mères ainsi que leurs familles ont été prévenues du déroulement de l'étude.

Afin de comparer les différentes interventions infirmières, deux groupes ont été formés. Le premier groupe (A) était constitué de mères ayant reçu des soins de base prodigués par les infirmières. Tandis que le deuxième groupe de mères (B) a reçu des soins humanisés par les infirmières. Les deux groupes ont été comparés sous différents angles.

Les chercheurs ont commencé par vouloir connaître le déroulement de l'accouchement afin d'identifier les procédures utilisées ainsi que les complications apparues lors de l'accouchement. Ils se sont aussi intéressés à l'état des mères sur le plan cognitif et à leur condition émotionnelle. Pour cela, les deux groupes ont été évalués au moyen de deux échelles\*: l'échelle d'autoévaluation de la dépression et l'échelle d'autoévaluation de l'anxiété. Les résultats des deux échelles étaient combinés. Si le résultat était en dessus de 70, des sentiments négatifs sévères étaient considérés comme présents chez la mère. Les chercheurs ont également pris en compte le niveau de qualité de vie des parturientes.

Lorsqu'ils mentionnent la qualité de vie des patientes, ils prennent en compte leur bien-être physique et psychologique, leur vie sociale et leurs biens matériels. Pour évaluer cela, deux échelles ont été utilisées: l'échelle QOL-C30 et la Comprehensive quality of Life Assessment Scale. Plus les résultats étaient élevés, plus la qualité de vie était bonne. Les chercheurs ont également cherché à connaître le niveau de satisfaction des infirmières, c'est-à-dire la manière dont elles avaient perçu leur accompagnement auprès de la mère. Pour cela les infirmières devaient dire si elles étaient: pas satisfaites, peu satisfaites, satisfaites ou très satisfaites. L'analyse statistique\* a été effectuée à l'aide du logiciel PSS19.0. Le test du khi-deux\* a été utilisé pour les données comparatives entre les groupes. Pour comparer les résultats avant et après l'intervention dans les groupes, le test t\* a été utilisé. Les résultats de chaque échelle ont été remaniés en moyenne\* et en écart-type\*. Les valeurs p\* ont été calculées. Si la valeur était en dessous de 0,05, cela signifiait qu'il existait une différence entre les deux groupes.

Pour commencer, aucune différence significative n'a été montrée entre les deux groupes concernant les données personnelles telles que l'âge, le sexe et le niveau d'éducation ( $p > 0,05$ ). Cependant, les résultats montrent que les femmes du groupe A auraient vécu des accouchements avec plus de complications. En effet, une différence statistique a été relevée au niveau de la durée des différents stades de l'accouchement entre le groupe A et B. Les phases de l'accouchement auraient été plus courtes dans le groupe B que dans le groupe A. Groupe A (1 =  $598,50 \pm 73,80$  min, 2 =  $99,40 \pm 11,00$  min, 3 =  $28,60 \pm 2,40$  min); groupe B (1 =  $412,20 \pm 47,82$  min, 2 =  $63,60 \pm 5,40$  min, 3 =  $11,60 \pm 2,50$  min). De plus, les femmes ayant bénéficié d'une approche humaniste (B) auraient été plus nombreuses à accoucher par voie basse, par conséquent à éviter une césarienne. Une valeur p\* statistiquement significative le prouve ( $p < 0,05$ ).

Au niveau de l'évaluation cognitive, aucune différence statistique n'a été montrée avant et après l'intervention entre les groupes A et B au niveau de l'échelle de l'anxiété ( $p > 0,05$ ). En effet, pour le groupe A, la moyenne et l'écart-type étaient, avant l'intervention, de  $56,12 \pm 5,20$  et, après l'intervention, de  $42,3 \pm 6,70$ . Pour le groupe B, la moyenne et l'écart-type étaient de  $56,31 \pm 4,75$  avant, et après de  $32,74 \pm 6,63$ . Ainsi, on remarque dans les deux groupes une diminution significative de l'anxiété ( $p < 0,001$ ).

Au niveau de l'évaluation de la qualité de vie, en moyenne, la qualité de vie des femmes du groupe B était meilleure que celle des femmes du groupe A. Les moyennes des différents sous-thèmes de l'échelle QOL-C30 étaient, pour le groupe A,  $69,20 \pm 7,92$ ,  $65,19 \pm 7,34$ ,  $64,38 \pm 6,90$ , et  $61,23 \pm 5,71$ , et pour le groupe B  $79,76 \pm 6,42$ ,  $79,22 \pm 6,61$ ,  $77,24 \pm 5,38$ , et  $75,32 \pm 5,84$  ( $p < 0,001$ ).

Une différence significative a été montrée au niveau de la satisfaction des infirmières. Les infirmières ayant prodigué des soins humanistes auraient ressenti une plus grande satisfaction dans leur prise en charge que celles ayant prodigué des soins de base ( $p < 0,05$ ).

En conclusion, l'introduction de pratiques humanistes chez les parturientes apporterait des effets positifs sur leur bien-être psychologique, ainsi que sur la réduction de complications et de probabilité de césarienne. Elle permettrait donc une meilleure qualité du vécu de l'accouchement et du bien-être.

#### **4.1.1 Validité méthodologique**

Plusieurs biais\* sont présents dans cette étude. Pour commencer, il n'y a aucune mention de la manière dont l'échantillon a été sélectionné, ce qui affecte la validité interne\*. De plus, l'alpha de Cronbach\* n'a été présenté pour aucune des échelles présentes, ce qui peut affecter les résultats.

Un échantillonnage non probabiliste a été utilisé. Cela a permis de se focaliser sur la population souhaitée par les chercheurs selon les critères, et renforce la validité interne. Aucune différence significative n'a été relevée au niveau des caractéristiques sociales démographiques entre les deux groupes. Cela renforce la validité interne. Le test du khi-deux a été utilisé pour permettre de vérifier si des liens sont visibles entre les deux variables. Pour les deux groupes, les résultats de chaque échelle ont été remaniés en moyenne et écart-type. Afin de pouvoir déterminer si une différence statistique était présente après l'intervention, le test t a été utilisé. Tous ces éléments permettent de renforcer la validité interne. L'étude s'est inspirée également d'autres études en lien avec le sujet, ce qui a aussi permis de renforcer la validité interne.

Les chercheurs mentionnent deux limites à la recherche: la première est le manque des données biochimiques des parturientes. La deuxième limite concerne le plan de soins des infirmiers. En effet, le plan de soins infirmiers formulé dans le cadre de cette étude a été influencé par le niveau médical local. Cela peut différer d'une région à l'autre.

#### **4.1.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle**

Dans cette étude, il est montré que des différences sont observables lorsque des soins humanistes sont prodigués aux mères plutôt que des soins de base.

La plus grande différence observée a été l'impact sur le déroulement et les résultats de l'accouchement. En effet, les mères ayant bénéficié de soins humanisés auraient vécu des accouchements avec moins de complications. Ainsi, l'application de soins humanistes

prodigués par des infirmières dans des milieux obstétricaux amènerait à des accouchements moins longs et avec moins de conséquences conduisant à la nécessité de pratiquer une césarienne.

Des soins humanisés auraient également des bénéfices sur le bien-être psychologique de la maman. En effet, l'accouchement est un moment d'angoisse pour les mères, ce qui peut parfois influencer leur vécu. Ainsi, cela permettrait de réduire leurs angoisses et de leur assurer un meilleur vécu de l'accouchement.

Ce type de prise en charge, focalisée sur des soins humanistes, ne serait pas bénéfique que pour les mères, mais également pour les infirmières. En effet, un accouchement bien vécu est également un accomplissement pour l'infirmière. Les infirmières ressentiraient une meilleure satisfaction dans leur rôle.

Cette intervention montre des résultats cliniques qui seraient favorables au milieu obstétrical. En effet, l'introduction de soins humanistes dans des milieux obstétricaux aurait une réelle influence sur le bien-être de la mère comme sur celui de l'équipe soignante. Ces processus seraient moins focalisés sur des interventions médicalisées, mais plus tournés vers une approche d'accompagnement.

#### 4.2 Description de l'étude 2

Possati, A. B., Prates, L. A., Cremonese, L., Scarton, J., Alves, C. N., & Ressel, L. B. (2017). Humanization of childbirth: Meanings and perceptions of nurses. *Escola Anna Nery*, 21(4), 1-6. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0366>

Cet article est une étude qualitative descriptive\*. Elle avait pour objectif de connaître les significations attribuées par les infirmières à l'humanisation de l'accouchement. Elle a été menée au Brésil dans un hôpital universitaire.

Le design\* qualitatif de cette étude a amené les chercheurs à choisir un échantillonnage non probabiliste. Les critères d'inclusion étaient ceux-ci: chaque professionnel interviewé devait posséder un diplôme en soins infirmiers et devait être un employé de la structure hospitalière. Les critères d'exclusion étaient les suivants: les infirmiers étant en congé maladie ou en vacances lors de la récolte des données ne pouvaient pas être pris en compte. Ainsi, l'échantillon\* final se compose de six infirmières travaillant dans le service d'obstétrique de l'hôpital universitaire, âgées de 24 à 32 ans. Parmi elles, deux étaient formées en soins infirmiers/sage-femme, une a participé à des cours de spécialisation en soins infirmiers/sage-femme et pédiatriques. Une autre infirmière a pu approfondir ses

connaissances en effectuant une résidence dans des services de santé maternelle et infantile et deux autres participaient à la même formation au moment de l'étude.

Les données ont été collectées à l'aide d'entretiens semi-structurés\*. Les entretiens, d'environ une vingtaine de minutes, ont été menés par des chercheurs et se sont déroulés, par choix des infirmières, sur leur lieu de travail. Les interviews ont été enregistrées avec l'accord des sujets, puis transcrites.

La méthode d'analyse des données qualitatives\* utilisée par les chercheurs a été décomposée en deux parties: la première partie, exploratoire, consistait à collecter et comprendre le contexte sociohistorique des sujets. La deuxième partie, interprétative, avait pour but de rechercher des faits logiques dans les transcriptions. Pour cela, un tri et une classification des résultats sur le terrain ont été effectués. Par la suite, ces données ont été classées en sujets et catégories. De plus, un résumé et une présentation des résultats de l'étude ont été fournis.

Les différents éléments qualifiés d'importants par les infirmières afin d'accompagner la maman de manière humaniste sont les suivants. Tout d'abord, les infirmières mettent en avant l'importance de l'accueil. Ce premier contact est un moment important dans la prise en charge d'une mère. L'infirmière montre à ce moment-là qu'elle est présente, à l'écoute, et guide la mère en lui expliquant les différents processus à venir et en répondant à ses craintes. Cet aspect est aussi important pour les proches qui accompagnent la mère, afin de les rassurer également. Un autre élément important est le respect du choix de la maman. En effet, encourager la mère à accoucher dans la position qu'elle désire, ou tout simplement favoriser l'expression de ses sentiments et de ses besoins, lui permettrait de se positionner dans un environnement où elle se sentirait en liberté. Un élément également essentiel serait de favoriser l'utilisation de moyens non pharmacologiques, comme la marche libre\* ou la position debout\*, qui amèneraient à une diminution des interventions invasives. Ainsi, cette conduite se focaliserait plus sur une approche humaniste. L'empathie et le respect seraient également des éléments nécessaires à une prise en charge humaniste. Voici quelques propos tirés de l'étude:

«Il s'agit d'un accueil complet, dès les portes de l'hôpital, par le personnel médical et infirmier, des patients et des personnes qui les accompagnent. Il s'agit de les guider, de leur expliquer ce que l'on va faire d'eux, tout au long du processus de travail, tout en les guidant et en leur donnant des explications.»

«L'humanisation de l'accouchement se fait quand on connaît les attentes de la femme enceinte, quand on lui permet de s'exprimer, de crier si elle pense qu'elle va se soulager. Elle peut choisir sa position et ne pas être coincée sur le lit.»

«C'est de l'empathie, quand on se met à la place de quelqu'un d'autre. Penser à ce que vous auriez voulu, savoir ce qui est important pour elle, ce qu'elle ressent, savoir qu'elle a un nom, une identité, pas un papa ou une maman.»

#### **4.2.1 Validité méthodologique**

Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'institution.

L'utilisation d'une approche qualitative a conduit les chercheurs à récolter leurs données au moyen d'entretiens semi-structurés. Cette méthode a permis d'interroger les sujets sur l'objet de l'étude sans que leurs réponses soient influencées par l'intervieweur. La collecte des données a été faite jusqu'à saturation des données\*. Les chercheurs mentionnent dans l'article que cette méthode a été efficace, car elle a permis de mettre en avant les connaissances partagées du groupe.

Dans cette étude, les chercheurs ont décidé d'utiliser un échantillonnage non probabiliste intentionnel et de petite taille, afin de questionner des professionnels de la santé formés dans le domaine entourant la question de recherche et ainsi collecter des données claires et précises permettant de répondre à leur question de recherche. Afin de préserver l'anonymat des infirmières, une méthode selon un système d'alphanumérisation a été utilisée (N1, N2, N3). De plus, un formulaire de consentement\* libre et éclairé a été rempli par les infirmières.

L'analyse des données s'est divisée en une partie exploratoire et une autre interprétative. La partie exploratoire a permis de prendre connaissance des niveaux de formation en lien avec l'obstétrique de chaque infirmière. Tandis que la partie interprétative a permis de retranscrire les représentations des infirmières, les classer en catégories, les analyser afin de les développer. Les résultats de l'analyse sont également compris. Des verbatim\* ont été ajoutés dans cette étude dans le but d'appuyer les différentes expériences et points de vue cités par les infirmières sur les besoins des mères, afin de leur prodiguer un accompagnement humaniste.

Dans cette étude, des articles provenant d'autres ressources viennent appuyer les résultats des chercheurs. Les chercheurs précisent également que certaines définitions mentionnées par les sujets sur le concept de l'humanisme dans l'accouchement sont basées sur les politiques publiques et les recommandations du ministère de la Santé.

Ainsi, la confirmabilité\*, la fiabilité\* et crédibilité\* de cette étude ont été prouvées.

Cette étude comporte certaines limites: étant donné que l'échantillonnage ne comporte que six infirmières et que celles-ci sont toutes rattachées à un service d'obstétrique, il est difficile de généraliser ses résultats. Ainsi, la transférabilité\* est mise en doute. De plus, les années d'expérience dans le domaine diffèrent d'une infirmière à l'autre, ce qui peut influencer leur perception du sujet. Toutefois, cette étude peut être une aide à d'autres professionnels de la santé, si elle est reproduite dans un contexte similaire.

#### **4.2.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle**

Dans cette étude, on peut observer que des concepts communs ressortent lorsque des infirmières expérimentées dans l'accompagnement des mères tentent de définir des soins humanistes. En résumé, pour elles, il relève du rôle infirmier de mettre la maman au centre de cette prise en charge et de la considérer comme un être unique ayant des droits et des besoins.

Cette étude est utile car elle permet de mobiliser les différents éléments importants mentionnés par les infirmières, dans des pays en voie de développement comme dans des pays développés. En effet, quels que soient la culture ou les moyens financiers disponibles, un accueil chaleureux, un soutien des moyens non pharmacologiques, une diminution des interventions invasives et le respect de la volonté de la maman peuvent être mis en œuvre, et des soins empreints d'empathie et de respect peuvent être prodigués. Tous ces éléments contribueraient au bien-être de la mère.

#### **4.3 Description de l'étude 3**

Alvares, A. S., de Paula Corrêa, Á. C., Nakagawa, J. T. T., Teixeira, R. C., Nicolini, A. B., & Medeiros, R. M. K. (2018). Humanized practices of obstetric nurses: Contributions in maternal welfare. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(6), 2620-2627. CINAHL Ultimate. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0290>

Cet article est une étude quantitative descriptive non randomisée et transversale\*. Elle avait pour but d'analyser les différentes techniques de soin utilisées par les infirmières obstétriques dans un service d'accouchement. Elle a également évalué la qualité des soins prodigués aux mères et l'impact sur leur bien-être maternel. Cette étude a été réalisée dans un hôpital universitaire au Brésil, dans la région du Mato Grosso.

Dans le processus d'échantillonnage, les chercheurs ont mis en place des critères d'inclusion et d'exclusion. Les critères d'inclusion étaient ceux-ci: la mère interrogée devait

avoir au minimum suivi quatre ans d'études (dans le but d'être capable de remplir l'échelle d'autoévaluation du bien-être maternel). Elle devait avoir récemment vécu un accouchement par voie basse sans aucune complication avant et pendant l'accouchement. Le professionnel responsable devait être soit un infirmier soit un médecin. La mère devait être restée au minimum 4 heures dans une chambre d'un service avec son nouveau-né. Les critères d'exclusion étaient les suivants: la mère ne pouvait pas être connue pour des troubles psychologiques ou psychiatriques. Finalement, un échantillon de 104 femmes a été retenu.

Dans cette étude, les données nécessaires ont été récoltées de deux manières différentes. La première a consisté à demander aux parturientes de remplir un questionnaire concernant leurs caractéristiques socio-économiques et certains éléments entourant leur accouchement. La deuxième façon a été de mener un entretien avec les femmes qui venaient d'accoucher vingt-quatre à quarante-huit heures auparavant. Les entretiens ont été menés dans leurs chambres d'hôpital. Dans le but d'évaluer le bien-être des mères, lors de l'entretien, il leur a été demandé de remplir l'échelle de bien-être maternel en situation d'accouchement 2 (BMSP 2). Cette échelle s'appuie sur une autoévaluation et utilise une échelle de type Likert\*, avec des réponses allant de cinq (tout à fait d'accord) à un (pas du tout d'accord) et une option neutre (je ne suis ni d'accord ni en désaccord). L'échelle comporte 47 items et les résultats sont obtenus en les additionnant. Trois résultats sont possibles: le bien-être optimal (score > 200); le bien-être satisfaisant (score entre 183 et 200) et le mal-être (score < 183). Les résultats de la récolte des données ont été analysés et organisés en passant par un logiciel nommé Epi Info version 7. Les résultats ont, selon les besoins, été transformés en moyenne, médiane ou mode.

Les chercheurs ont également effectué une analyse bivariée\* en prenant en compte le professionnel de la santé responsable de l'accouchement et la qualité des soins qui ont été dispensés à la mère. Bien que 104 entretiens aient été effectués, dans cette analyse bivariée seulement 94 d'entre eux ont été pris en compte. En effet, les entretiens de femmes ayant été prises en charge par un infirmier et un médecin en même temps n'ont pas été retenus. Au total, 60 accouchements ont été assistés par les médecins et 36 par des infirmières en obstétrique. Cette analyse bivariée a été analysée à l'aide du test du khi-deux avec un intervalle à 95% et, au besoin, du test Fischer. La valeur retenue comme significative a été de 0,05.

Les résultats concernant l'échelle de bien-être (BMSP2) montrent que l'item avec le score le plus bas était celui de la «dépersonnalisation». Dans cette item, des questions telles que:

«J'ai l'impression que des procédures qui ne correspondent pas au processus d'accouchement par voie basse ont été effectuées» ont été posées.

L'analyse bivariée met en avant l'importance d'un accompagnement infirmier dans les milieux obstétricaux pour les mamans. Les infirmiers sont décrits comme des professionnels de la santé qui, dans leur processus de soins, portent un regard humaniste. Par le biais de l'analyse bivariée, l'étude montre que les infirmières pratiquent des soins plus humanistes. Plusieurs aspects positifs ont été relevés dans la prise en charge de l'infirmière. Les femmes prises en charge par les infirmières auraient été plus encouragées à recourir à des méthodes non pharmacologiques telles que la marche libre, les bains et les ballons que celles prises en charge par les médecins. Ces méthodes auraient été utilisées dans 97,2% des accouchements avec infirmières et dans 76,7% des accouchements avec médecins ( $p = 0,005$ ). De plus, le soutien des moyens non pharmacologiques montre également une diminution de l'utilisation de méthodes pharmacologiques. En effet, l'amniotomie a été faite dans 39,4% des cas par les médecins et dans 27,8% par les infirmières (IC 95%,  $p = 0,032$ ).

Au niveau de la perception des mères, celles-ci ont déclaré se sentir plus en confiance et plus confortables lors du toucher vaginal lorsque celui-ci était réalisé par l'infirmière. En effet, 16,7% des femmes examinées par le médecin ont rapporté avoir ressenti un inconfort. Cela a été rapporté chez 2,8% des femmes examinées par l'infirmière. Les mères ont relevé également que les infirmières avaient tendance à privilégier le contact peau à peau après l'accouchement, ce qui favoriserait à l'allaitement. Cela a été respecté dans 88,9% des accouchements assistés par les infirmières et dans 55% des accouchements assistés par les médecins ( $p < 0,001$ ).

#### **4.3.1 Validité méthodologique**

Pour commencer, cette étude a reçu l'approbation du comité éthique de l'hôpital. Dans le texte, il est difficile de retrouver la mention d'une hypothèse claire.

Plusieurs biais\* sont présents dans cette étude. En effet, il n'y a aucune mention de la manière dont l'échantillon a été sélectionné, ce qui affecte la validité interne. De plus, l'alpha de Cronbach n'a pas été mentionné pour l'échelle utilisée, ce qui peut altérer les résultats. Un autre biais présenté est un biais d'attrition\*. En effet, lors de l'analyse bivariée, les entretiens avec certaines mères n'ont pas été retenus. Les réponses des femmes ayant été assistées simultanément par une infirmière et un médecin n'ont pas été prises en compte. Ainsi, sur les 104 mères, seules les données de 96 ont été prises en compte.

L'échantillonnage non probabiliste est de grandeur moyenne et reflète une population de mères ayant récemment accouché, par voie basse et sans complications, avec l'assistance d'un infirmier ou d'un médecin. Cela permet de renforcer la validité interne.

Les données issues des entretiens des mères ont été transférées en mesures de tendance centrale, tels que la médiane\* et le mode\* et ont été traités grâce à au logiciel Epi Info version 7. La validité interne a été renforcée. Afin d'analyser les données de l'analyse bivariée, un test du khi-deux et un test de Fischer\* ont été utilisés. Un seuil de signification à 0,05 ( $\alpha = 0,05$ ) a été ajouté, pour prouver la pertinence des statistiques. En effet, ces tests ont mis en avant qu'une différence entre la variable\* soins prodigués par l'infirmier et la variable\* soins prodigués par le médecin existait et qu'une hypothèse nulle\* était rejetée. Ainsi, la validité interne de l'étude a été renforcée.

Aucune mention de la reproduction d'études dans un contexte similaire n'est présentée. Cette étude mentionne que plus de recherches doivent être effectuées avec des participants plus spécifiques au sujet afin de confirmer les résultats.

Selon les chercheurs, certains éléments auraient pu avoir un impact sur les résultats. En effet, seulement 32% des femmes interviewées auraient reçu des informations concernant leur accouchement pendant les soins prénatals, ce qui amène à croire que beaucoup d'entre elles ne connaissaient pas leurs droits et les techniques considérées comme humanistes. De plus, les futures mamans avaient très peu d'expectatives concernant leur accouchement. En effet, elles ne s'attendaient pas à recevoir des soins individualisés et humanistes dans un milieu hospitalier. Cela a pu altérer leur satisfaction et ne pas être représentatif de la qualité du service.

#### **4.3.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique**

De cette étude ressort l'importance de la place de l'infirmière dans le résultat de l'évaluation du bien-être de la maman lors de l'accouchement. L'infirmier est un professionnel de la santé qui se rapproche de pratiques plus humanisées.

L'infirmier serait capable de se positionner et de se remettre en question concernant l'utilité d'interventions invasives. Il privilégierait des méthodes non pharmacologiques. Il considérerait la femme comme un être unique avec ses craintes et ses besoins. Il informerait et rassurerait la mère sur les différentes procédures à venir. Il se montrerait disponible et à l'écoute. Tous ces éléments seraient bénéfiques au bien-être de la parturiente.

Cette étude montre que le renforcement et la reconnaissance des soins infirmiers obstétricaux au Brésil a amené à une évolution positive. La qualité des soins aux mamans et à leurs familles a considérablement évolué. Cela met en lumière le fait que considérer l'importance de la place des infirmières dans les salles d'accouchement pourrait amener d'autres milieux de soins dans le monde à reproduire des résultats similaires.

#### 4.4 Description de l'étude 4

Mselle, L. T., Kohi, T. W., & Dol, J. (2019). Humanizing birth in Tanzania : A qualitative study on the (mis) treatment of women during childbirth from the perspective of mothers and fathers. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 231. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2385-5>

Cet article est une étude qualitative phénoménologique\* descriptive. Son objectif était de décrire les expériences des mères et des pères concernant l'humanisation de la naissance. La typologie des mauvais traitements de Bohren a été utilisée comme cadre d'orientation. Cette étude a été menée dans deux hôpitaux de la région du lac Victoria, à Mwanza et à Mara, en Tanzanie. Ces régions ont principalement été choisies en raison du taux de mortalité maternelle élevé.

Dans le but de créer un groupe qui pourrait répondre aux questions des chercheurs, ceux-ci ont mis en place des critères d'inclusion pour les mères: elles devaient avoir vécu au minimum deux accouchements par voie basse dans leur vie. Quant aux pères, ils devaient avoir une femme qui venait d'accoucher récemment. Les deux groupes devaient savoir parler le kiswahili. Aucun critère d'exclusion n'est mentionné. Ainsi, un échantillon de douze personnes, soit six mères et six pères, a été retenu pour les entretiens semi-structurés. Pour les groupes de paroles, un échantillon de treize mères et douze pères a été retenu.

Afin de récolter les données, les chercheurs ont mis en place deux méthodes: la première a consisté en des entretiens semi-structurés. Les entretiens qui se sont déroulés à l'hôpital de Sekoutoure ont été menés par les auteurs de l'article. Tandis qu'à l'hôpital de Musoma, ce sont des infirmières formées à la recherche qui ont interrogé les parents. Les entretiens ont duré de 30 à 40 minutes et ont été enregistrés. La deuxième méthode a consisté à guider des groupes de parole. Quatre groupes de parole ont été formés, deux avec les mères et deux avec les pères. Au total, treize mères et douze pères ont participé.

Pour l'analyse des résultats, les chercheurs ont procédé ainsi: pour les entretiens semi-structurés, les chercheurs ont commencé par transcrire les dires des sujets en verbatim dans la langue kiswahili. Ces verbatim ont été par la suite traduits en anglais par des

assistants de recherche. L'analyse de cette étude a été guidée par la typologie de Bohren sur les mauvais traitements infligés aux femmes lors de l'accouchement. Les différents thèmes mentionnés dans cette typologie sont: la violence physique; la violence sexuelle; la violence verbale; la stigmatisation et discrimination, le non-respect des normes professionnelles de soins; les mauvaises relations entre les femmes et les prestataires; les conditions et les contraintes du système de santé. Pour chaque thème, il y a un classement en troisième, deuxième et premier ordre. Par exemple, troisième ordre: violence verbale; deuxième ordre: langage violent; premier ordre: commentaires teintés de jugements et d'accusations. Les chercheurs se sont assurés à chaque passage d'un thème que celui-ci se retrouverait dans les trois ordres.

Les mères présentes dans cette étude sont âgées de vingt à quarante-cinq ans. Huit femmes sur les dix-neuf ont trois enfants, voire plus. Les résultats de cette étude décrivent, à l'aide de la typologie, la présence de mauvais traitements prodigués aux mères. Le premier sujet mentionné est la présence de violence verbale de la part des soignants envers les mères. En effet, les mères rapportent s'être senties humiliées à la suite de commentaires, de jugements et d'accusations émis par des professionnels de la santé. Le deuxième sujet est le non-respect des normes professionnelles en matière de soins. Les mères mentionnent différents actes de non-professionnalisme, comme le refus d'aide au soulagement de la douleur, des techniques invasives faites sans consentement, de l'abandon, de longues attentes pour les prises en charge, un manque d'informations et de confidentialité durant les procédures, un non-respect du choix de la mère. Le dernier thème mentionné est les mauvaises conditions du système de la santé. Les établissements demandaient que des gants et des seringues soient achetés avant de venir, sinon les femmes devaient repartir. Les mères partageaient les mêmes lits, et certaines accouchaient dans les étages par manque de place.

Certaines femmes ayant reçu de mauvais traitements expliquent ne plus vouloir faire appel à l'établissement dans lequel elles ont accouché. Dans cette étude, aucun commentaire sur la violence sexuelle ou physique n'a été mentionné. Cependant, toutes les femmes de l'étude ne rapportent pas une mauvaise qualité de soins. Certaines déclarent s'être senties soutenues et en sécurité lors de la naissance et expliquent les bénéfices d'être prises en charge par une équipe de professionnels consciencieuse.

«J'ai accouché à l'hôpital, mais je ne voudrais pas y retourner, car j'ai eu une très mauvaise expérience. Lorsque je les ai appelés à l'aide, ils m'ont ignorée. Jusqu'à la dernière minute, je leur ai dit que le bébé était sur le point d'arriver,

mais ils m'ont encore ignorée jusqu'à ce que le bébé vienne de force et que mes parties soient déchirées.»

«Je me suis sentie bien parce qu'après avoir accouché, l'infirmière m'a consolée de ce que j'avais vécu et de la douleur que j'avais endurée auparavant. Je me suis donc sentie en paix. C'est vraiment bien quand l'infirmière vous félicite et vous console pour ce que vous avez vécu, c'est vraiment bien. Je n'ai eu aucun problème, je me suis sentie très bien.»

#### **4.4.1 Validité méthodologique**

Cette étude a été approuvée par l'Institut national de recherche médicale. La collecte des sujets s'est faite dans les établissements mentionnés dans l'étude. Les mères et les pères retenus pour l'étude étaient tous présents dans une unité postnatale. Un échantillonnage non probabiliste a été utilisé, ce qui a permis aux chercheurs de se focaliser sur la population recherchée pour répondre à leurs questions. L'étude s'est basée sur plusieurs sources de données (les mères et les pères) et a utilisé plusieurs méthodes de récoltes des données comme les entretiens semi-structurés et les groupes de paroles. Cela a permis une triangulation\* des données et renforcé ainsi la crédibilité de l'étude.

Les entretiens ont été menés à l'aide d'un guide\* flexible et modulable lors de la collecte des données pour permettre une plus grande ouverture du sujet et ne pas restreindre les parents dans leurs réponses. La collecte des données s'est faite jusqu'à saturation. Ces entretiens se sont déroulés dans des lieux calmes et choisis par les parents. Des verbatim retranscrits du kiswahili à l'anglais en été ajoutés dans l'étude afin de mettre des mots sur les expériences des mères. Afin de préserver l'anonymat, chaque parent a reçu un numéro qui a été utilisé pour les transcriptions. Tous ont accepté d'être enregistrés et que leurs transcriptions soient utilisées dans l'étude. Concernant les groupes de parole, certaines règles ont été communiquées aux parents. Il leur a été demandé de garder la confidentialité sur les informations partagées par les autres parents. Les chercheurs les ont également encouragés à participer activement. Les groupes de parole, animés par les assistants des chercheurs, ont permis de généraliser les différentes expériences sans les personnaliser. Les parents ont également donné leur accord pour l'enregistrement de la conversation.

Lors de l'analyse des données, tous les thèmes ressortis comme présents ont été validés lors d'un dialogue avec tous les membres de l'équipe. De plus, des réflexions continues ont été maintenues tout au long de l'analyse. Ainsi, la confirmabilité a été établie. La fiabilité a également été établie. En effet, les chercheurs se sont également inspirés de recherches similaires menées en Inde et dans d'autres régions de la Tanzanie (Bohren et al., 2015;

McMahon et al., 2014; Sharma et al., 2019). La transférabilité est possible car une description détaillée du cadre de l'étude a été fournie.

Les chercheurs ont cité deux limites: les femmes ayant été questionnées dans le service auraient tendance à être plus influencées par les soins reçus que les femmes questionnées à la maison. Une autre limite est que l'analyse des entretiens a été traduite en anglais.

#### **4.4.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique**

Cette étude expose une réalité présente dans les services obstétricaux en Tanzanie. Des femmes continueraient de recevoir de mauvais traitements lors de la naissance.

Pour remédier à cette situation, cette étude propose un renforcement de la formation des sages-femmes et des infirmières, en intégrant des notions sur les pratiques fondées sur l'evidence based practice et sur le bien-être de la mère. Cela dans le but de prodiguer des soins maternels respectueux et de se tourner vers des pratiques plus humanisées. Selon les chercheurs, pour humaniser davantage l'accouchement en Tanzanie, la culture des soignants autour de la naissance doit changer. Les soins nécessitent d'être axées plus sur la mère que sur les moyens des institutions.

Des changements au niveau des systèmes de la santé seraient également favorables au bien-être de la mère. En effet, les femmes ont besoin de savoir qu'elles ont accès à des milieux de soins capables de les recevoir. Des facteurs comme la propreté, l'accès aux médicaments et au matériel nécessaire auraient un grand impact sur le vécu des mères.

Certains progrès ont déjà pu être observés au sein de ces milieux hospitaliers. Cependant, d'autres changements sont encore nécessaires pour améliorer la qualité des soins aux mères. Ces changements optimiseraient une prise en charge focalisée sur le bien-être de la mère.

#### **4.5 Description de l'étude 5**

Gélinas, É., & Malla Samb, O. (2022). L'impact d'une intervention d'humanisation des accouchements sur l'expérience de soins des femmes au Sénégal: *Santé Publique*, 33(5), 695-704. <https://doi.org/10.3917/spub.215.0695>

Cet article est une étude qualitative phénoménologique descriptive. Elle avait pour but d'analyser les expériences vécues par les mères ayant bénéficié d'un «accouchement humanisé». Cette étude a été menée dans quatre structures de santé du centre de Dakar.

Les différentes mères présentes dans l'étude ont été sélectionnées dans les registres d'accouchement des quatre structures. Seules les mères ayant vécu un accouchement

dans un modèle d'humanisation (sans médicaments et sans instruments) ont été contactées par téléphone. Un second critère a dû être ajouté par la suite, car il a été impossible pour les chercheurs de trouver une mère ayant accouché sans médicaments et sans instruments. Donc, les femmes qui ont bénéficié de seulement un des deux moyens ont pu être sélectionnées. Ainsi, un échantillon de vingt femmes a été retenu.

La récolte des données a été effectuée par différents biais. La première méthode a été une observation dans les milieux de soins afin d'observer les infrastructures et les conditions d'accueil des mères. Ces observations ont duré environ cinq jours par structure. La deuxième méthode a consisté en des entretiens semi-dirigés. Ces entretiens ont été menés par des sages-femmes formées dans l'humanisation de l'accouchement. Une interprète était présente pour s'assurer de la compréhension si des dialectes comme le wolof ou le pulaar étaient parlés. La troisième méthode a été de s'instruire sur le sujet de l'humanisation au moyen de documentation afin de comparer les observations avec les écrits antérieurs.

Cette étude s'est basée pour son analyse sur le cadre conceptuel de la qualité des soins de Donabedian. Ce cadre est composé de trois dimensions: la structure, les processus et les résultats. L'analyse sur le terrain, ainsi que l'analyse des entretiens semi-structurés ont toutes les deux été guidées par le cadre conceptuel. Les entretiens semi-structurés ont tous été traduits en français et par la suite retranscrits. Des verbatim ont été rajoutés. Un logiciel QDA Miner a été utilisé, afin de trier les données récoltées dans les trois dimensions du cadre conceptuel.

Les résultats de cette étude montrent que les accouchements menés sous un regard humaniste ont été appréciés par les mères. Les résultats ont été présentés selon le concept des trois dimensions. Concernant la dimension de la «structure», il a été observé que la totalité des milieux de soins disposait du matériel nécessaire pour prodiguer des soins humanistes. Ils possédaient tous également une salle d'accouchement propice à l'accouchement humaniste, ce qui a été fortement apprécié par les mères. La propreté des lieux a aussi été soulignée par les mères. Pour une participante, le fait d'avoir bénéficié d'une salle pour elle seule lui a permis de se sentir respectée et que son intimité soit préservée. Cependant, dans cette dimension, un élément a moins été mis en valeur: la diffusion de l'information. Plus de la moitié des mères n'avaient reçu aucune information sur leurs droits lors de l'accouchement. Certaines femmes ont appris le jour même qu'elles avaient le droit de choisir la position dans laquelle elles voulaient accoucher et qu'elles y étaient encouragées. Une participante a mentionné que le jour même, avec les douleurs et la peur, il a été impossible pour elle de prendre des décisions. C'est pourquoi il est important d'être informée à l'avance pour pouvoir y réfléchir.

Concernant la dimension «processus de soins», une communication adéquate et adaptée a été relevée par les mères comme un élément nécessaire dans l'expérience de l'accouchement. D'autres éléments appréciés par celles-ci ont été mentionnés, comme l'accueil chaleureux et les attitudes respectueuses. Cela a permis à une participante de se sentir tranquille, à l'aise et de ne pas éprouver de craintes. Dans la dimension «processus de soins», certaines actions considérées comme humanistes ont moins été utilisées. Les moyens non pharmacologiques employés contre la douleur, comme les massages, sont considérés comme des fondements de l'accouchement humanisé, et pourtant seulement deux femmes en ont bénéficié. Les femmes ont également mis en avant dans cette dimension qu'il était important pour elles de bénéficier du soutien d'un de leurs proches. Néanmoins, très peu en ont bénéficié jusqu'à la naissance du nouveau-né. La présence d'une personne de soutien apporterait beaucoup de soulagement aux mères.

Ainsi, dans la dimension «résultats», la majorité des femmes ayant reçu des soins humanistes disent être satisfaites de l'expérience. Cependant, il est constaté que certaines femmes n'ont pas bénéficié de l'intervention complète de l'humanisation.

«L'accouchement humanisé, c'est vraiment intéressant pour nous les femmes. Pour moi, j'ai adoré vraiment.»

«J'ai été bien accueillie. Elles ont été présentes pour moi. Je suis là en bonne santé. Elles m'ont bien soutenue. J'ai accouché en paix.»

#### **4.5.1 Validité méthodologique**

Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue et le comité d'éthique de la recherche du Sénégal.

L'étude comporte un devis qualitatif descriptif. Ce devis permet d'évaluer l'influence d'un accouchement humanisé sur le vécu des mères. Un échantillonnage non probabiliste a été choisi dans l'étude pour permettre de collecter des données précises et en lien avec le sujet de l'étude. La collecte des données s'est effectuée au moyen d'entretiens semi-structurés au domicile des mères, entre une semaine et un mois après leur accouchement. Des verbatims ont été ajoutés pour renforcer les différentes expériences des mères. Une collecte des données a eu lieu également dans les milieux de soins, afin de s'assurer de la compréhension des expériences des mères en lien avec leur environnement lors de l'accouchement. L'engagement prolongé sur le terrain permet de rajouter de la crédibilité à l'étude. La confirmabilité et la fiabilité ont été assurées par l'utilisation, lors de l'analyse de ces données, du cadre conceptuel de la qualité des soins de Donabedian. Les résultats

obtenus ont été également comparés et validés à l'aide d'autres études dont le sujet est similaire à celle-ci.

Après chaque entretien, une discussion entre l'interprète et la mère a eu lieu afin de s'assurer des interprétations recueillies. Chaque verbatim retranscrit du wolof ou du pulaar a subi une double transcription. Ainsi, la crédibilité de cette étude a pu être validée. Les prises de notes sur le terrain et la description détaillée de l'étude permettent de valider le critère de transférabilité.

Cette étude mentionne des limites. Il est possible qu'un biais de désirabilité sociale\* ait été produit. En effet, l'étude s'est déroulée dans le contexte d'une mise en place d'un projet de développement. Une autre limite possible est que, soit lors des entretiens soit lors de l'analyse, un double biais d'interprétation\* se soit ajouté. Cela serait dû au fait que l'étudiante chercheuse ne parle pas les différents dialectes.

#### **4.5.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique**

Cette étude met en avant les bienfaits des interventions humanistes sur le bien-être de la mère lors de l'accouchement. Les grands thèmes abordés par les mères ont été les bénéfices de l'amélioration de l'accueil et des attitudes des professionnels. En effet, un accueil chaleureux permet à la mère de se sentir rassurée dès les premiers instants. Cela permet également de créer un lien entre le prestataire de soins et la mère et sa famille. Un professionnel de la santé rassurant, attentif, présent et calme serait, selon les mères, l'élément qui contribuerait le plus à une expérience positive de l'accouchement.

Cette étude explique également que pour améliorer le vécu des mamans lors de l'accouchement, il est nécessaire d'apporter des améliorations dans la qualité des soins prodigués par le soignant. Pour cela, des suggestions ont été formulées. La première est de privilégier des formations pour les professionnels sur les soins maternels respectueux. Cela permettrait d'apporter des changements dans les attitudes et les comportements des soignants. La deuxième est de revoir la stratégie de diffusion de l'information concernant une intervention humanisée. Cela permettrait à la mère et à ses proches de connaître les différents moyens mis en place et leur droit de les accepter ou de les refuser. Les mères se sentiraient plus rassurées et moins anxieuses le jour même.

#### 4.6 Article 6

Lyndon, A., Simpson, K. R., & Spetz, J. (2017). Thematic analysis of US stakeholder views on the influence of labour nurses' care on birth outcomes. *BMJ Quality and Safety*, 26(10), 824-831. Embase. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005859>

Cet article est étude qualitative descriptive. Son objectif était d'analyser l'influence des soins prodigués par les infirmières sur les résultats de l'accouchement. Cette étude a été menée aux États-Unis dans plusieurs hôpitaux.

Pour collecter les sujets nécessaires à l'étude, les chercheuses ont procédé de différentes façons pour chaque groupe. Premièrement, pour les groupes des infirmières et des médecins, les sujets ont été recrutés par l'intermédiaire de contacts dans l'hôpital. Le critère d'inclusion pour les infirmières était qu'elles devaient avoir au minimum deux ans d'expérience. Tandis que pour les médecins, les critères d'inclusion étaient simplement qu'ils devaient être des médecins qui assistent les accouchements. Ainsi, l'échantillon final se composait de 73 infirmières et neuf médecins. Deuxièmement, pour le groupe des mères, les chercheuses ont recruté les participantes dans des groupes de soutien qui appartiennent au milieu hospitalier. Le critère d'inclusion était qu'elles devaient avoir accouché au cours des six mois précédents. L'échantillon final pour ce groupe se composait de vingt-trois mères. Aucun critère d'exclusion n'était mentionné pour tous ces groupes.

La collecte des données s'est réalisée au moyen de groupes de discussion semi-structurés. Les trois groupes de participants ont été séparés. Premièrement, onze groupes de discussion ont été formés avec six à huit infirmières par groupe. Les groupes d'infirmières ont été répartis dans quatre hôpitaux de la région de Washington. Deuxièmement, deux groupes avec dix à treize nouvelles mères ont été formés. Les groupes des mères provenaient tous de l'hôpital de la banlieue du Missouri. Troisièmement, deux autres groupes ont été formés avec trois à six médecins. Les médecins venaient tous d'hôpitaux de la Californie du Nord. Lors de ces groupes de discussion, deux chercheuses étaient présentes; l'une coanimait et l'autre prenait des notes. Toutes les discussions ont été enregistrées. Pour chaque groupe de sujets, des questions ciblées sur leurs rôles ont été posées.

Les chercheuses ont procédé à une analyse thématique. Elles se sont inspirées de l'analyse thématique de Braun et Clarke. Pour commencer, les chercheuses ont lu les transcriptions. Par la suite, elles ont ressorti de ces transcriptions des mots clés, qui ont été transformés en thèmes. Une vérification de corrélation entre les thèmes et les données a

également été faite. Les analyses ont été réalisées indépendamment par les deux chercheuses. Les thèmes trouvés par chaque chercheuse ont été mis en commun ou modifiés avec l'accord des deux. Les données des groupes ont été analysées séparément (groupes d'infirmières, groupes de mères, groupes de médecins). De plus, après chaque groupe de discussion, les chercheuses se sont rencontrées afin de modifier le cadre de l'entretien si nécessaire.

Concernant les résultats, plusieurs éléments différents ont été déclarés comme importants par chaque groupe pour une prise en charge de qualité venant des infirmières. Cependant, un thème commun est ressorti dans chaque groupe: le soutien et la défense des intérêts des femmes. Pour les participants, les actions des infirmières dans ce sens sont les éléments les plus importants qui pourraient influencer les résultats de l'accouchement.

Pour les infirmières, le thème choisi comporte plusieurs sous-composantes. La première est le droit aux explications et aux enseignements. En effet, les infirmières s'assurent que la femme comprenne ses droits lors de l'accouchement. Cela permettrait qu'elle vive son accouchement selon ses volontés. La deuxième sous-composante mentionnée est la construction d'une relation de confiance entre la mère et l'infirmière. Si la mère se sent en confiance, elle exprimera plus facilement ses besoins et ses craintes à l'infirmière. Cela permet également aux infirmières de se montrer présentes, de la rassurer et de faire preuve d'empathie. La troisième composante est le soutien. En effet, l'infirmière joue un rôle dans le soutien psychologique et physique de la mère. Dans le soutien psychologique, elle privilégie une présence apaisante, une communication adéquate, elle veille à ce que la patiente reste calme pour favoriser la progression du travail. Dans le soutien physique, elle met en avant les moyens non pharmacologiques et les techniques de relaxation. Les infirmières mentionnent que tous ces éléments peuvent être difficiles à mettre en place, souvent en raison de la surcharge de travail.

Dans les groupes de mères, certains éléments similaires aux groupes des infirmières sont ressortis. L'importance d'être maintenues renseignées sur les différentes procédures et sur leurs droits tout au long de l'accouchement et de se sentir soutenues durant la procédure a été mentionnée dans les deux groupes. Mais d'autres éléments ont été cités en plus. En effet, les mères soulignent également l'importance du respect de leurs choix et du plan de naissance par les infirmières. Certaines femmes dans l'étude, ayant subi du non-respect de leurs choix, disent à quel point cela a été délétère dans leur vécu de l'accouchement. Les infirmières seraient également d'une grande aide en ce qui concerne le soutien à l'allaitement. Leurs explications et leurs encouragements renforceraient la confiance de la mère dans leur capacité à allaiter son enfant.

Les médecins, pour leur part, mettent en avant l'importance de la collaboration avec l'infirmière. En effet, selon eux, les observations et les retours des infirmières sont cruciaux pour une prise en charge complète de la mère. Ainsi, une bonne communication entre les professionnels de la santé et des relations de confiance sont essentielles lorsqu'on travaille dans un but commun. De plus, pour eux, l'infirmière est capable de modifier de façon positive le processus de l'accouchement grâce à ses compétences sociales. Les médecins apprécient également l'engagement et les compétences des infirmières en vue de rendre l'accouchement moins technique et favoriser l'accouchement par voie basse.

#### **4.6.1 Validité méthodologique**

Cette étude a été approuvée par le Western Institutional Review Board et l'Université de San Francisco. Elle a utilisé un design qualitatif descriptif. Cela a permis d'analyser les expériences et les points de vue des différents groupes de l'étude concernant l'impact des soins infirmiers dans le déroulement de l'accouchement. Un échantillonnage non probabiliste a été utilisé dans cette étude afin de cibler la population en lien avec les critères d'inclusion. La collecte des données a été effectuée à l'aide de groupes de discussion semi-structurés. Malgré des questions ciblées selon les groupes, les participants étaient libres d'aborder les aspects qui leur convenaient. L'analyse a été réalisée par deux chercheuses, qui étaient infirmières cliniciennes en périnatalité. Elles se sont inspirées de l'analyse thématique de Braun et Clarke. L'analyse des données a été réalisée individuellement, ce qui a permis à chaque chercheuse de ne pas être influencée par les perspectives de l'autre. Néanmoins, les analyses ont été mises en commun selon l'accord des deux chercheuses. Des modifications étaient apportées si nécessaire après chaque groupe de discussion pour s'assurer de la pertinence des questions. Dans cette étude, les résultats se sont basés sur les avis des prestataires de soins et des bénéficiaires. Cela a permis une cohésion dans les résultats de tous les acteurs en matière d'accouchement. La cohérence des résultats de l'étude avec ceux d'autres études en lien avec les expériences vécues lors de l'accouchement a pu être montrée.

Ainsi, les critères de rigueur de l'étude qualitative comme la confirmabilité, la crédibilité, la fiabilité et la transférabilité ont été validés.

Dans cette recherche, une limite est présente. En effet, aucune corrélation\* n'a pu être observée entre les expériences des sujets et les résultats de l'accouchement. Les groupes des mères et des infirmières sont considérés comme plus sûrs pour la collecte des données. En effet, les perceptions des médecins pouvaient différer selon les spécialités dans lesquelles ils travaillaient.

#### **4.6.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique**

Dans cette étude, l'importance de la présence d'une infirmière lors du travail de l'accouchement est mise en avant. L'infirmière serait une actrice principale du processus et des résultats de l'accouchement. Grâce à ses compétences sociales et cliniques, elle influencerait positivement le vécu des mères.

Une notion mentionnée, cruciale dans les soins infirmiers, est la difficulté, certaines fois, à prodiguer des soins de qualité aux mères à cause de la surcharge de travail. Cette mention est importante à retenir. Pour y répondre, il est proposé dans l'étude que les différents établissements apportant des soins aux mères lors de l'accouchement réévaluent leurs schémas de soins en prenant en compte le nombre de personnes travaillant dans le service et le temps nécessaire aux soins prodigués. Cela dans le but de garantir que les infirmières bénéficient de conditions de travail qui leur permettent d'offrir les meilleures prestations de soins possibles.

Le monde de l'accouchement est majoritairement tourné vers les pratiques des sages-femmes. C'est pourquoi plus d'études traitant les bienfaits d'un accompagnement infirmier dans les salles d'accouchement sont nécessaires, afin de développer leur présence dans ces milieux de soins.

#### **4.7 Synthèse des principaux résultats**

Dans l'étude de Lyndon et al. (2017), il est relevé que les infirmières incorporent dans leur prise en charge de la mère des attitudes et des soins humanistes sans qu'aucune structure humaniste soit mise en place.

##### **Aspect physique**

Dans toutes les études, la notion de l'utilisation de moyens non pharmacologiques est considérée comme une des plus importantes dans la mise en place d'une approche humaniste. L'utilisation de moyens moins médicalisés permettrait l'accélération du processus et éviterait des interventions comme la césarienne. Des conditions sanitaires adéquates seraient propices au respect du besoin d'intimité de la mère. Le manque de moyens et de matériel dans les milieux de soins amènerait les mères à accoucher dans des conditions déplorables, ce qui les inciterait à ne plus revenir (Alvares et al., 2018; Mselle et al., 2019). L'humanisation, au niveau du milieu de soins, consiste à offrir un espace d'intimité à la mère (Gélinas & Malla Samb, 2022). Le respect des droits de la patiente est essentiel à une intervention humanisée. Les professionnels de la santé s'assureraient du respect de la volonté des mères en vérifiant leur plan de naissance (Lyndon et al., 2017).

Ils encourageraient également la mère à accoucher dans la position de son choix. Ces éléments permettraient à la mère de se sentir maîtresse de son accouchement (Gélinas & Mallé Samb, 2022; Possati et al., 2017).

### **Aspect psychologique**

L'accueil est un moment crucial dans une prise en charge humaniste. En effet, le premier contact avec la maman permet de créer une relation de confiance. Le soignant montre qu'il est présent, à l'écoute des besoins et des craintes de la mère. Cela permet de rassurer la parturiente (Gélinas & Mallé Samb, 2022; Possati et al., 2017). La mère a besoin d'être informée avant la naissance afin qu'elle puisse connaître ses droits et pour diminuer son anxiété pendant l'accouchement (Alvares et al., 2018; Gélinas & Mallé Samb, 2022; Lyndon et al., 2017; Mselle et al., 2019). De plus, la mère a besoin de se sentir soutenue lors de cet événement. Ce soutien peut être apporté par le soignant – en favorisant une approche empathique et encourageante, ainsi qu'une communication adaptée –, ou par le proche choisi par la mère. Un accueil chaleureux et le partage d'informations venant des soignants sont également essentiels au proche de la parturiente. Maintenir informé l'entourage permettrait à celui-ci d'accompagner au mieux la mère. En effet, le proche apporterait une certaine guidance à la mère lors des moments de craintes ou de souffrance (Gélinas & Mallé Samb, 2022; Lyndon et al., 2017; Possati et al., 2017).

Ainsi, la mise en place d'interventions humanisées dans les milieux de soins obstétricaux permettrait d'optimiser le bien-être physique et psychique de la parturiente.

## **5 Discussion**

### **5.1 Discussion des résultats**

L'objectif principal de cette étude est d'identifier les répercussions d'une approche humaniste sur la mère, tout en prenant en considération ses différents besoins lors de l'accouchement. Vu la nécessité d'une structure précise pour la rédaction de cette étude, celle-ci s'est principalement focalisée sur l'influence d'un accompagnement humanisé pour la mère. Néanmoins, elle ne met pas en doute le fait qu'une approche humaniste exercerait également un effet sur l'entourage de la parturiente. L'influence d'une approche humaniste pour le père ou une autre personne significative pourrait faire l'objet d'une autre recherche. Cette section a pour but de comparer les résultats des six études primaires\* à d'autres sources secondaires\*, telles que deux méta-synthèses.

L'humanisation de l'accouchement a été identifiée comme une pratique de soins axée sur le bien-être physique, psychologique et émotionnel des femmes (Curtin et al., 2022). Afin d'optimiser le bien-être de la mère, il faudrait prendre en compte ses besoins lors de l'accouchement, comme explicité dans le cadre théorique.

Dans les résultats de cette revue de la littérature, le besoin d'intimité est mentionné dans une grande majorité des études comme primordial pour un accouchement humanisé. Dans le cadre théorique, ce besoin est décrit comme un des besoins les plus essentiels au bien-être de la mère. Cependant, certains milieux de soins ne sont pas aptes à respecter ce besoin, en raison du manque de ressources et de la culture de l'établissement (Curtin et al., 2022; Mselle et al., 2019). Dans l'étude menée en Tanzanie, les mères déclarent devoir partager des lits ou même, faute de place, accoucher en dehors des services d'obstétrique. Elles mentionnent également des lacunes au niveau de l'accès au matériel nécessaire à l'accouchement. Ce manque de ressources a amené des mères à vivre des actes douloureux sans anesthésie (Mselle et al., 2019). Dans les deux méta-syntheses, l'importance des lieux pour le bien-être de la mère est qualifiée de très grande (Curtin et al., 2022; Miyauchi et al., 2022). La mise en place d'un lieu accueillant, privé et propre est un facteur favorisant un accouchement humanisé. Les bénéfices de mettre à disposition des salles individualisées et avec une bonne hygiène ont été relevés par les parturientes. Cela leur permettrait de préserver leur intimité et de recevoir leurs proches (Gélinas & Mallaé Samb, 2022).

Un autre constituant de l'accouchement humanisé est l'approche moins invasive de celui-ci (Curtin et al., 2022; Gélinas & Mallaé Samb, 2022; Sun et al., 2020). Un accouchement fondé sur une approche plus physiologique et moins interventionniste serait défini comme la clé de l'humanisation. L'approche humanisée dans les accouchements ne met pas en doute la nécessité de la technologie dans les milieux hospitaliers en raison des situations complexes pouvant survenir. Ces pratiques techniques sont considérées comme acceptables lorsqu'elles sont fondées sur des preuves (Curtin et al., 2022). Ces éléments ont également été discutés dans la problématique. Les infirmiers seraient les professionnels de la santé qui accorderaient le plus d'importance aux moyens non pharmacologiques (Alvares et al., 2018; Possati et al., 2017). La mise en place de pratiques non pharmacologiques par l'équipe infirmière apporterait des bénéfices au déroulement de l'accouchement (Alvares et al., 2018; Sun et al., 2020). En effet, dans l'étude menée en Chine, il est montré que le groupe de parturientes ayant bénéficié d'un accouchement humanisé par les infirmiers aurait eu des processus d'accouchement moins longs. Elles auraient été également une majorité à vivre leur accouchement par voie basse, sans

aucune complication telle que la césarienne (Sun et al., 2020). Différentes techniques non invasives sont proposées aux mères afin de soulager les douleurs. Ces techniques sont les massages, la relaxation, les bains, les balles d'accouchement et la marche libre ou la position debout. Cela permettrait de garder l'accouchement comme physiologique (Alvares et al., 2018; Gélinas & Mallé Samb, 2022; Possati et al., 2017).

Le respect des choix et des volontés de la mère est également mentionné dans les résultats des études comme un facteur favorisant de l'humanisation de la naissance (Curtin et al., 2022; Gélinas & Mallé Samb, 2022; Miyauchi et al., 2022; Mselle et al., 2019; Possati et al., 2017). Les infirmiers ont, dans leur rôle de professionnels de la santé, la responsabilité de s'assurer du respect des volontés de la mère. Pour cela, prendre connaissance du plan de naissance et s'assurer que celui-ci soit toujours d'actualité au moment de la parturition serait nécessaire, afin de garantir le respect des décisions de la parturiente (Lyndon et al., 2017). Un grand sous-thème en lien avec le respect des choix dans l'accouchement humanisé est le droit au choix de la position dans laquelle la mère voudrait accoucher. En effet, encourager la mère à donner la vie dans la position qu'elle souhaite lui permettrait d'être partie prenante de cet événement et ainsi de se sentir rassurée (Curtin et al., 2022; Gélinas & Mallé Samb, 2022; Possati et al., 2017).

Dans l'approche humaniste de l'accouchement, il n'y a pas que les besoins physiques de la mère qui sont pris en considération, mais également son besoin d'être accompagnée sur le plan psychologique.

L'accueil est un moment crucial dans la prise en charge d'une mère en début de travail. À ce moment-là, elle pourrait ressentir de l'anxiété et de l'incompréhension face à la situation. Une équipe soignante présente, à l'écoute, respectueuse dès le premier contact permettrait de rassurer la parturiente et de créer une relation de confiance (Gélinas & Mallé Samb, 2022; Miyauchi et al., 2022; Possati et al., 2017). Cet aspect est également essentiel pour les proches de la parturiente. De bons premiers contacts permettraient également de rassurer les personnes qui seront présentes pour la mère lors de l'accouchement et de créer un lien de confiance avec elles (Possati et al., 2017).

Une autre composante favorable à l'accouchement humaniste est d'informer la mère avant et pendant l'accouchement sur le processus de la naissance (Alvares et al., 2018; Curtin et al., 2022; Gélinas & Mallé Samb, 2022; Miyauchi et al., 2022; Mselle et al., 2019). Comme mentionné dans la problématique, en Suisse, le CHUV propose aux femmes des séances d'information avant la naissance. Cela permet d'apporter des réponses aux craintes des mères. Dans trois études, il est souligné que les mères n'ont pas eu suffisamment accès

aux informations nécessaires (Alvares et al., 2018; Gélinas & Mallé Samb, 2022; Mselle et al., 2019). Très peu de femmes ont pu bénéficier de suivis prénatals incluant les cours de préparation à la naissance. Ainsi, une grande majorité des femmes n'étaient pas informées de leurs droits pendant la naissance (Alvares et al., 2018; Gélinas & Mallé Samb, 2022). Des mères expriment qu'il a été compliqué d'apprendre le jour même qu'elles avaient le choix et pouvaient prendre des décisions, car leurs perceptions étaient influencées par la douleur et la peur (Gélinas & Mallé Samb, 2022). Elles mentionnent également à quel point il est important pour elles d'être informées tout au long de l'accouchement. Selon elles, être informées dans les temps leur permettrait de prendre leurs propres décisions et de se sentir en sécurité (Miyachi et al., 2022).

Un des facteurs psychiques favorisant une approche humanisée lors de la naissance pour la mère est la présence d'une personne de soutien. Comme mentionné dans le cadre théorique de cette revue de la littérature, ce rôle peut être assuré par le père, par une personne proche de la parturiente ou par un soignant. L'infirmier est une personne de référence en matière de soutien pour la mère. À travers des actes d'empathie, d'encouragement, il montre qu'il est présent et à l'écoute (Sun et al., 2020; Possati et al., 2017; Gélinas & Mallé Samb, 2022; Lyndon et al., 2017). Les parturientes accordent une grande importance à l'accompagnement de leur proche lors de la naissance. En effet, sa présence et le soutien apporté à la parturiente permettraient à celle-ci de ne pas se sentir seule face à cet événement et de se sentir en sécurité (Curtin et al., 2022; Gélinas & Mallé Samb, 2022). Les femmes n'ayant pas eu l'opportunité d'accoucher avec un proche à leurs côtés se seraient senties isolées et effrayées. Cela influencerait énormément l'état psychologique de la mère lors du processus d'accouchement (Miyachi et al., 2022).

Les femmes ayant profité d'une expérience positive dans le milieu de soins dans lequel elles ont accouché auraient tendance à refaire appel au même établissement pour leurs futures grossesses (Miyachi et al., 2022). Tandis que celles ayant reçu de mauvais traitements mentionneraient ne plus vouloir revenir (Mselle et al., 2019).

Pour conclure cette section, les résultats montrent que le but de la mise en place de soins humanistes lors de l'accouchement est de favoriser le bien-être de la parturiente. Le bien-être serait défini comme une réaction du corps à des résultats venant de l'environnement de la personne. Ces résultats influenceraient le niveau physique, psychologique et social de la personne et lui permettraient d'éprouver un sentiment de satisfaction et de joie (Perron et al., 2019). Ainsi, comme mentionné dans la discussion, l'humanisation prend en compte les différentes caractéristiques du bien-être. En effet, l'aspect psychologique, physique et social de la mère sont tous les trois importants pour assurer une approche humaniste. Une

échelle peut être utilisée pour évaluer le bien-être de la mère lors de l'accouchement, telle que l'échelle de bien-être maternel en situation d'accouchement 2 (Alvares et al., 2018).

## **5.2 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences**

Dans cette section, la crédibilité et la qualité des études vont être discutées.

La pyramide de preuve de la HAS a servi de guide dans le but de classer les études selon leur niveau de preuve scientifique. Les études qualitatives de Possati et al. (2017), de Mselle et al. (2019), de Gélinas et Mallé Samb (2022) et de Lyndon (2017) sont d'un niveau de preuve IV, ce qui correspond à un grade C. Ainsi, elles montrent un faible niveau de preuve. Cette revue de la littérature s'intéresse à l'impact d'une approche humaniste pour la mère tout en prenant en compte ses besoins. Ainsi, la nécessité d'études qualitatives est justifiée, afin de répondre à la question de recherche. Sur les quatre études qualitatives, trois présentent les critères de rigueur en matière de recherche qualitative, tels que la confirmabilité, la crédibilité, la fiabilité et la transférabilité. L'étude de Possati et al. (2017) présente tous ces critères, sauf la transférabilité.

Pour leur part, les études quantitatives non randomisées de Sun et al. (2020) et de Alvares et al. (2018) ont un niveau de preuve II, ce qui correspond à un grade B. Elles montrent ainsi une présomption scientifique, ce qui permet d'apporter une crédibilité à l'étude. Ces deux études quantitatives ont intégré dans leur analyse un seuil de signification de valeur  $p < 0,05$ . La plupart des échelles et des tests utilisés dans ces études quantitatives ont été validés par d'autres chercheurs dans des études similaires.

Toutes les études sont récentes, la plus actuelle date de 2022 et la plus ancienne de 2017. De plus, toutes ont été approuvées par un comité d'éthique.

Certains biais et certaines limites présents dans les études analysées ont pu être identifiés dans cette revue de la littérature, notamment le fait qu'une méthode d'échantillonnage non probabiliste ou non randomisée a été utilisée, ce qui limite la généralisation des résultats. Cependant, des concordances ont été obtenues dans les résultats entre les différentes études et d'autres études similaires.

## **5.3 Limites et critiques de la revue de la littérature**

Lors des recherches dans les bases des données, il a été difficile de trouver des articles précis et pertinents permettant de répondre à la question de recherche. Premièrement, le sujet de l'humanisation dans l'accouchement est très peu abordé par des chercheurs. Deuxièmement, les thèmes entourant les salles d'accouchement et le bien-être maternel

se basent majoritairement sur le rôle de la sage-femme ou du médecin et non pas de l'infirmier, c'est pourquoi trouver des articles disciplinaires infirmiers a été difficile. Troisièmement, lors des recherches, des articles intéressants et en lien avec l'humanisation ont pu être identifiés. Néanmoins, beaucoup ne respectaient pas le critère de l'accouchement physiologique sans complications. De plus, de nombreuses études en lien avec l'humanisation ont été publiées au début des années 2000, lorsque ce sujet a commencé à être discuté dans le monde. Cependant, ils ne respectaient pas le critère: articles publiés entre 2017-2023. Malgré ces limites, tous les articles sélectionnés permettent de répondre à la question de recherche.

Sur les six articles, cinq sont en lien avec l'incorporation de soins humanistes dans des milieux hospitaliers obstétricaux, et la perception que soit l'équipe infirmière soit les parturientes ont de cette approche (Alvares et al., 2018; Gélinas & Mallé Samb, 2022; Mselle et al., 2019; Possati et al., 2017; Sun et al., 2020). L'étude de Lyson (2017), pour sa part, ne prend pas en compte une approche humaniste. Cependant, elle s'intéresse à l'influence des soins infirmiers sur le déroulement de l'accouchement. Elle permet également d'apporter des éléments pertinents pour répondre à la question de recherche.

Il est important de mentionner qu'aucune de ces études ne provient d'Europe. Sur les six études, deux ont été menées en Afrique, en Tanzanie et au Sénégal (Gélinas & Mallé Samb, 2022; Mselle et al., 2019). Deux autres études ont été réalisées au Brésil (Alvares et al., 2018; Possati et al., 2017). Celle de Lyndon (2017) provient des États-Unis et celle de Sun et al. (2020) de Chine. L'introduction de soins humanistes lors de la naissance concerne majoritairement des régions tels que l'Afrique et le Brésil. Or, cette problématique touche tous les pays du monde, bien que chacun présente un contexte socio-économique et des niveaux de formation différents. Même si les pays dans lesquels les études analysées ont été effectuées ne présentent pas les mêmes caractéristiques que le Valais en matière d'hôpitaux, de soins et de matériel, il est possible d'imaginer que les résultats de ces études sont en grande partie transférables dans un contexte valaisan. De plus, dans la majorité de ces études, les résultats trouvés correspondent à ceux d'autres études.

## **6 Conclusions**

Cette revue de la littérature a permis de mettre en évidence l'influence positive de soins humanistes prodigués par l'infirmière sur le bien-être de la mère. Dans cette section, des propositions pour la pratique, la formation et la recherche seront formulées.

## 6.1 Propositions pour la pratique

Dans cette étude, l'humanisation de l'accouchement prend en compte un accompagnement basé sur les besoins de la mère afin de prodiguer des soins favorisant son bien-être physique et psychique. La mise en place d'interventions humanistes dans les salles d'accouchement aurait pour but de réduire les expériences vécues comme traumatiques par les mères lors de l'accouchement. Elle permettrait également de créer un environnement de confiance, de respect et de soutien, ce qui pourrait contribuer au bien-être physique et psychique de la mère. Pour optimiser les chances d'une bonne mise en place, il serait nécessaire que les professionnels de la santé, y compris les infirmières, soient conscients de ces données et de l'influence qu'ils pourraient avoir sur la prise en charge de la mère. En Suisse, où un accouchement sur trois est perçu comme traumatique par la mère, l'incorporation des principes humanistes mentionnés dans les résultats des études pourrait avoir une influence positive dans la prise en charge de l'accouchement.

Les résultats s'appliquent aux pays mentionnés dans cette étude et ont été obtenus sur différents continents (Amérique, Afrique, Asie). Bien que les données recueillies dans cette étude proviennent d'hôpitaux disposant de moyens socio-économiques différents de ceux des hôpitaux valaisans, il se pourrait que certains points de vue des soignants ainsi que les besoins mentionnés par les mères relatifs à un accouchement humaniste soient transférables dans les milieux obstétriques valaisans. Les principes fondamentaux des soins humanistes, tels que la communication empathique, la dignité et le respect seraient applicables dans les différents contextes de soins obstétriques du Valais. Néanmoins, dans le but de transférer les interventions infirmières favorisant une approche humaniste lors de l'accouchement aux hôpitaux valaisans, il serait important de prendre en considération les spécificités culturelles et organisationnelles propres à ces hôpitaux, ainsi que les ressources disponibles, les politiques hospitalières et les protocoles en place.

## 6.2 Propositions pour la formation

En Suisse, une infirmière souhaitant se consacrer davantage à la gestion d'un accouchement a comme option de se réorienter professionnellement en tant que sage-femme. Il est pertinent de souligner que la Haute École de santé Vaud est la seule institution en Suisse à permettre cela (Haute École de Santé Vaud [HESAV], 2022). Cela soulève la question de l'accès à une formation spécifique pour les infirmières qui souhaiteraient acquérir des compétences supplémentaires et une expertise dans le domaine de l'accompagnement de l'accouchement. Les possibilités de formations continues ou spécialisées spécifiquement axées sur les soins en salle d'accouchement pourraient être

une alternative pour permettre aux infirmières de développer des compétences dans ce domaine sans nécessairement se reconverter en sages-femmes. Les formations proposées par l'hôpital du Valais permettent aux infirmières de se former dans les domaines tels l'obstétrique, le postnatal, la gynécologie et de la néonatalogie, mais elles ne sont pas spécifiquement centrées sur la prise en charge d'un accouchement (Hôpital du Valais [HVS], 2023b).

Certains pays, comme le Portugal, offrent des formations post-grade aux infirmières, notamment une spécialisation en santé maternelle et obstétrique. Cette qualification spécialisée permet aux infirmières de prendre en charge de manière autonome, mais en collaboration avec les sages-femmes, des cas obstétriques à bas risques (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2023). Une telle approche, où les infirmières travaillent en collaboration avec les sages-femmes, pourrait contribuer à une répartition plus équilibrée des charges de travail et à une optimisation des compétences humaines. Cela permettrait de répondre plus efficacement aux besoins des femmes enceintes à bas risques, en leur offrant une prise en charge appropriée et individualisée.

En Valais, l'Association Périnatalité Valais propose des séminaires et des formations aux professionnels de la santé travaillant dans le domaine de la périnatalité. Ces programmes de formation ont pour but d'apporter des connaissances et de favoriser un accompagnement de qualité lors de la naissance. En offrant un espace de discussion et de partage d'expériences entre les professionnels, ils permettent de se pencher sur des sujets et de trouver des solutions collectivement pour améliorer l'accompagnement des mères et de leurs proches. L'incorporation de thématiques centrées sur l'accompagnement humanisé dans les milieux obstétriques pourrait certainement apporter de nouvelles ressources et méthodes de soins. Cela permettrait aux professionnels de la santé de développer leurs compétences dans la communication empathique, le respect de la dignité, la prise en compte des besoins psychiques et physiques des mères, ainsi que le soutien émotionnel tout au long du processus de naissance (Association Périnatalité Valais, 2020).

Les hôpitaux de Sion et de Riviera Chablais proposent des cours de préparation à la naissance pour les futurs parents. Ces cours permettent d'informer les futurs parents sur les différentes options disponibles pour un accouchement en Valais et de les aider à comprendre les mécanismes de l'accouchement. Il est important que les mères aient les ressources nécessaires afin d'être informées de leurs droits en matière de choix de soins, de respect de la dignité, de consentement éclairé et d'autres aspects importants de l'accouchement. En encourageant le partage d'expériences entre les mères lors de ces cours de préparation à la naissance, les hôpitaux offriraient également un espace où les

futures mères pourraient exprimer leurs craintes et échanger des conseils. Ce partage favoriserait un sentiment de réconfort, ce qui pourrait être bénéfique pour les mères pendant cette période de stress et d'inquiétudes. Ajouter à ces cours des sessions axées sur les droits des mères lors de l'accouchement et les possibilités d'un accouchement humanisé serait envisageable. Intégrer davantage d'informations sur l'accouchement humanisé pourrait aider les mères à être des partenaires actives dans leur propre prise en charge et à prendre des décisions éclairées en fonction de leurs préférences et de leurs besoins (HVS, 2023a; Hôpital Riviera-Chablais [HRC], 2023).

En Valais, les étudiants en première année de formation en soins infirmiers en Valais suivent un module axé sur la santé de l'enfant, de l'adolescent et de la famille. Proposer, dans le cadre de ce cursus, un cours spécifique qui mettrait en avant les pratiques infirmières humanisées lors de l'accouchement pourrait être une démarche favorable à ce module. Ce cours pourrait aborder des sujets tels que la communication empathique avec la mère, le respect de sa dignité et de ses choix, l'importance de l'information et du soutien émotionnel, ainsi que des compétences spécifiques pour répondre aux besoins physiques et psychologiques de la mère pendant le travail et l'accouchement. Cela pourrait permettre de sensibiliser les futurs infirmiers à l'importance de l'humanisation et de les préparer à offrir des soins de qualité et centrés sur la mère lors de l'accouchement.

### **6.3 Propositions pour la recherche**

Premièrement, il serait pertinent de réaliser une autre recherche sur le même thème que cette revue de la littérature, mais en utilisant des méthodes offrant un niveau de preuve plus élevé, par exemple une méta-synthèse ou une revue systématique. Cela permettrait d'approfondir la compréhension des besoins et des expériences des mères, afin de pouvoir dispenser des soins humanistes lors de l'accouchement.

Deuxièmement, il serait pertinent de mener une autre étude qualitative pour évaluer les besoins et l'expérience des mères ayant reçu des soins humanistes lors de l'accouchement, mais cette fois-ci en se focalisant sur les hôpitaux suisses ou européens. Ces recherches qualitatives seraient bénéfiques pour cibler spécifiquement une population occidentale et fournir des lignes directrices précieuses pour guider ou approfondir les interventions infirmières lors d'un accouchement humanisé.

En complément de l'étude qualitative, la conception d'une étude quantitative descriptive serait également pertinente. Cette étude permettrait d'identifier et d'analyser les interventions infirmières les plus efficaces dans différents milieux obstétricaux où les infirmières sont présentes dans les salles d'accouchement.

Cette revue a mis en lumière l'importance des soins humanistes dans l'expérience des mères lors de l'accouchement en analysant leurs besoins et leurs expériences. Elle souligne l'influence positive que de tels soins peuvent avoir, mettant ainsi en évidence leur pertinence pour améliorer la qualité de la prise en charge lors de ce moment significatif pour la mère. Bien que la revue ait initialement porté sur les besoins et les expériences des mères lors de l'accouchement, il serait également intéressant d'évaluer si les interventions infirmières identifiées peuvent être appliquées aux besoins des pères qui accompagnent la mère. Il est possible que certains aspects humanistes, tels que la communication empathique, l'information et le soutien émotionnel, soient pertinents pour les pères aussi. Cela pourrait faire l'objet d'une autre question de recherche.

## 7 Références bibliographiques

- Alvares, A. S., de Paula Corrêa, Á. C., Nakagawa, J. T. T., Teixeira, R. C., Nicolini, A. B., & Medeiros, R. M. K. (2018). Humanized practices of obstetric nurses : Contributions in maternal welfare. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2620-2627. CINAHL Ultimate. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0290>
- Artal-Mittelmark, R. (2021). *Prise en charge du travail normal—Gynécologie et obstétrique*. Édition professionnelle du Manuel MSD. <https://www.msmanuals.com/fr/professional/gyn%C3%A9cologie-et-obst%C3%A9trique/travail-et-accouchement-normaux/prise-en-charge-du-travail-normal>
- Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. (2018). Continuous Labor Support for Every Woman. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 47(1), 73-74. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2017.11.010>
- Association Périnatalité Valais. (2020). *Pour les professionnels*. Association Périnatalité Valais. <https://perinatalite-valais.ch/professionnels>
- AWHONN. (2020). Role of the Registered Nurse in the Care of the Pregnant Woman Receiving Analgesia and Anesthesia by Catheter Techniques. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 49(3), 327-329. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2020.02.002>
- Benzakour, L., Epiney, M., & Girard, E. (2019). Etat des connaissances sur le trouble de stress post-traumatique du postpartum. *Revue Médicale Suisse*, 15(637), 347-350. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2019.15.637.0347>
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(8), 1-130. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Coneglian, F. S., Diniz, A. L. A., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla,

- R., Hindin, M. J., & Gülmezoglu, A. M. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally : A Mixed-Methods Systematic Review. *PLOS Medicine*, 12(6), 1-32. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- Bourguignon, A. M., & Grisotti, M. (2020). A humanização do parto e nascimento no Brasil nas trajetórias de suas pesquisadoras. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 27(2), 485-502. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702020000200010>
- Busch, I. M., Moretti, F., Travaini, G., Wu, A. W., & Rimondini, M. (2019). Humanization of Care : Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. A Systematic Review. *The Patient - Patient-Centered Outcomes Research*, 12(5), 461-474. <https://doi.org/10.1007/s40271-019-00370-1>
- Cara, C., & O'Reilly, L. (2008). S'approprier la théorie du Human Caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique: *Recherche en soins infirmiers*, N° 95(4), 37-45. <https://doi.org/10.3917/rsi.095.0037>
- Centre hospitalier universitaire vaudois. (s. d.). *Préparation à la naissance et à la parentalité*. CHUV. Consulté 15 mai 2023, à l'adresse <https://www.chuv.ch/fr/dfme/dfme-home/femme-mere/consultations/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite>
- Chabbert, M., & Wendland, J. (2016). Le vécu de l'accouchement et le sentiment de contrôle perçu par la femme lors du travail : Un impact sur les relations précoces mère-bébé ? *Revue de médecine périnatale*, 8(4), 199-206. <https://doi.org/10.1007/s12611-016-0380-x>
- Collège de la Haute Autorité de Santé. (2017). Accouchement normal : Accompagnement de la physiologie et interventions médicales. *Haute école de la santé*, 1-45.
- Cordeiro, E. L., Silva, T. M. da, Silva, L. S. R. da, Pimentel, R. V. T., Veloso, A. C. F., Cabral, M. M. de O., & Da Silva, C. M. (2018). A humanização na assistência ao parto e ao nascimento. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 12(8), 2154-2162. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i8a236334p2154-2162-2018>

Croix-Rouge suisse. (2022, septembre 11). *Santé mère-enfant*.

<https://www.redcross.ch/fr/notre-engagement/les-grands-axes-de-notre-action/sante/sante-mere-enfant>

Curtin, M., Savage, E., & Leahy-Warren, P. (2020). Humanisation in pregnancy and childbirth : A concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 29(9-10), 1744-1757.

<https://doi.org/10.1111/jocn.15152>

Curtin, M., Savage, E., Murphy, M., & Leahy-Warren, P. (2022). A meta-synthesis of the perspectives and experiences of healthcare professionals on the humanisation of childbirth using a meta-ethnographic approach. *Women and Birth*, 35(4), 369-378.

<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.07.002>

Dagher, R. K., Bruckheim, H. E., Colpe, L. J., Edwards, E., & White, D. B. (2021).

Perinatal Depression : Challenges and Opportunities. *Journal of Women's Health*, 30(2), 154-159. <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8862>

da Silva de Oliveira, L., Silva, N. S., Santos, G. S., Martins, L. M., & da Silva, R. (2017).

Cuidados de enfermagem nas fases do parto normal humanizado. *Faculdade metropolitana são carlos*, 5, 1-7.

<https://doity.com.br/anais/vexpofamesc2020/trabalho/166265>

de la Fuente-Martos, C., Rojas-Amezcuca, M., Gómez-Espejo, M. R., Lara-Aguayo, P.,

Morán-Fernandez, E., & Aguilar-Alonso, E. (2018). Humanization in healthcare arises from the need for a holistic approach to illness. *Medicina Intensiva (English Edition)*, 42(2), 99-109. <https://doi.org/10.1016/j.medine.2017.08.011>

Dessureault, A.-M. (2015). La médicalisation de l'accouchement : Impacts possibles sur la santé mentale et physique des familles. *Devenir*, 27(1), 53-68.

<https://doi.org/10.3917/dev.151.0053>

DGOS. (2023, mars 5). *Les maisons de naissance*. Ministère de la Santé et de la

Prévention. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/les-maisons-de-naissance>

- Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O. T., Bonet, M., & Gülmezoglu, A. M. (2018). What matters to women during childbirth : A systematic qualitative review. *PloS One*, 13(4), 1-17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194906>
- Floris, L., Irion, O., Bonnet, J., Politis Mercier, M.-P., & De Labrusse, C. (2018). Comprehensive maternity support and shared care in Switzerland : Comparison of levels of satisfaction | Elsevier Enhanced Reader. *Women and Birth*, 31(2), 124-133. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.06.021>
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (3e édition). Chenelière Éducation.
- Franzon, A., Lohmann, P. M., Costa, A. E. K. da, & Lavall, E. (2022). A humanização da assistência em enfermagem no cuidado ao paciente : Percepção dos enfermeiros de dois hospitais do interior do estado do Rio Grande do Sul. *Research, Society and Development*, 11(1), 1-13. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i1.21656>
- Gareau, S., de Oliveira, É. M., & Gallani, M. C. (2022). Humanization of care for adult ICU patients : A scoping review protocol. *JBI Evidence Synthesis*, 20(2), 647-657. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00481>
- Gedda, M. (2015). Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie, la Revue*, 15(157), 39-44. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.004>
- Gélinas, É., & Mallé Samb, O. (2022). L'impact d'une intervention d'humanisation des accouchements sur l'expérience de soins des femmes au Sénégal: *Santé Publique*, 33(5), 695-704. <https://doi.org/10.3917/spub.215.0695>
- Gomes, C. M., Oliveira, M. P. S., & Lucena, G. P. de. (2020). O papel do enfermeiro na promoção do parto humanizado. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, 10(29), Article 29. <https://doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2020.10.29.180-188>
- Haute Autorité de santé. (2013). *Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique : État des lieux*. <https://www.has->

sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat\_des\_lieux\_niveau\_preuve\_gradation.pdf

Haute Ecole de Santé de Vaud. (2022). *Admission au Bachelor—Sage-femme*. HESAV.

<https://hesav.ch/formation/admission/admission-au-bachelor-sage-femme/>

Hôpital du Valais. (2023a). *Gynécologie/obstétrique*.

<https://www.hopitalduvalais.ch/disciplines-medicales/disciplines-de-a-a-z/gynecologie-obstetrique/sion>

Hôpital du Valais. (2023b). *Offres de formation—Hôpital du Valais*.

<https://www.hopitalduvalais.ch/formations-professionnels/centre-francophone-de-formation-hvs/offres-de-formation>

Hôpital Riviera-Chablais. (2023). *Préparation à la naissance : Cours en groupe et pour familles migrantes, acupuncture, hypnose*.

[https://www.hopitalrivierachablais.ch/jcms/hrc\\_14059/fr/preparation-a-la-naissance](https://www.hopitalrivierachablais.ch/jcms/hrc_14059/fr/preparation-a-la-naissance)

Ladner, J., Ben Abdelaziz, A., & Pédagogie-Recherche-Publication en Sciences de la Santé(RPP2S), R. M. (2021). Comment calculer et interpréter la valeur de «p» dans une étude épidémiologique. *La Tunisie Médicale*, 99(3), 313-317.

Lukose, A. (2011). Developing a Practice Model for Watson's Theory of Caring. *Nursing Science Quarterly*, 24(1), 27-30. <https://doi.org/10.1177/0894318410389073>

Lyndon, A., Simpson, K. R., & Spetz, J. (2017). Thematic analysis of US stakeholder views on the influence of labour nurses' care on birth outcomes. *BMJ Quality and Safety*, 26(10), 824-831. Embase. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005859>

Maillefer, F., De Labrusse, C., Cardia-Voneche, L., Lepigeon, K., Vial, Y., Hohlfeld, P., & Stoll, B. (2017). Quelle opportunité pour un nouveau modèle de soins obstétricaux au CHUV? *Revue Médicale Suisse*, 13(546), 165-167.

<https://doi.org/10.53738/REVMED.2017.13.546.0165>

McMahon, S. A., George, A. S., Chebet, J. J., Mosha, I. H., Mpembeni, R. N., & Winch, P. J. (2014). Experiences of and responses to disrespectful maternity care and abuse during childbirth; a qualitative study with women and men in Morogoro Region,

- Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 1-13.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-268>
- Miyauchi, A., Shishido, E., & Horiuchi, S. (2022). Women's experiences and perceptions of women-centered care and respectful care during facility-based childbirth : A meta-synthesis. *Japan Journal of Nursing Science*, 19(3), 1-20.  
<https://doi.org/10.1111/jjns.12475>
- Moola, S. (2018). Soins pendant l'accouchement et à la naissance. In Agence de la santé publique du Canada (Éd.), *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale* (Vol. 4, p. 1-81). <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/healthy-living/maternity-newborn-care/soins-meres-nouveau-ne-lignes-directrices-nationales-chapitre-4-fra.pdf>
- Mselle, L. T., Kohi, T. W., & Dol, J. (2019). Humanizing birth in Tanzania : A qualitative study on the (mis) treatment of women during childbirth from the perspective of mothers and fathers. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 1-11. Embase.  
<https://doi.org/10.1186/s12884-019-2385-5>
- Nabhani, M. (2023). *Une femme meurt toutes les deux minutes des suites d'une grossesse ou d'un accouchement*. UNICEF. <https://www.unicef.fr/article/une-femme-meurt-toutes-les-deux-minutes-des-suites-dune-grossesse-ou-dun-accouchement/>
- Neves de Almeida Gomes, M., Karollyne de Oliveira Santos, L., Bragança de Matos, M. A., Rabelo Lopes, P. R., da Veiga Chomatas, E. R., Pereira Barra, R., & Brasileiro de Medeiros, E. (2019). *Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério*. Ministério da Saúde. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein.  
<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Ordem Dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-paginas-antigas/especializacao-em-enfermagem-de-saude-materna-e-obstetrica/>

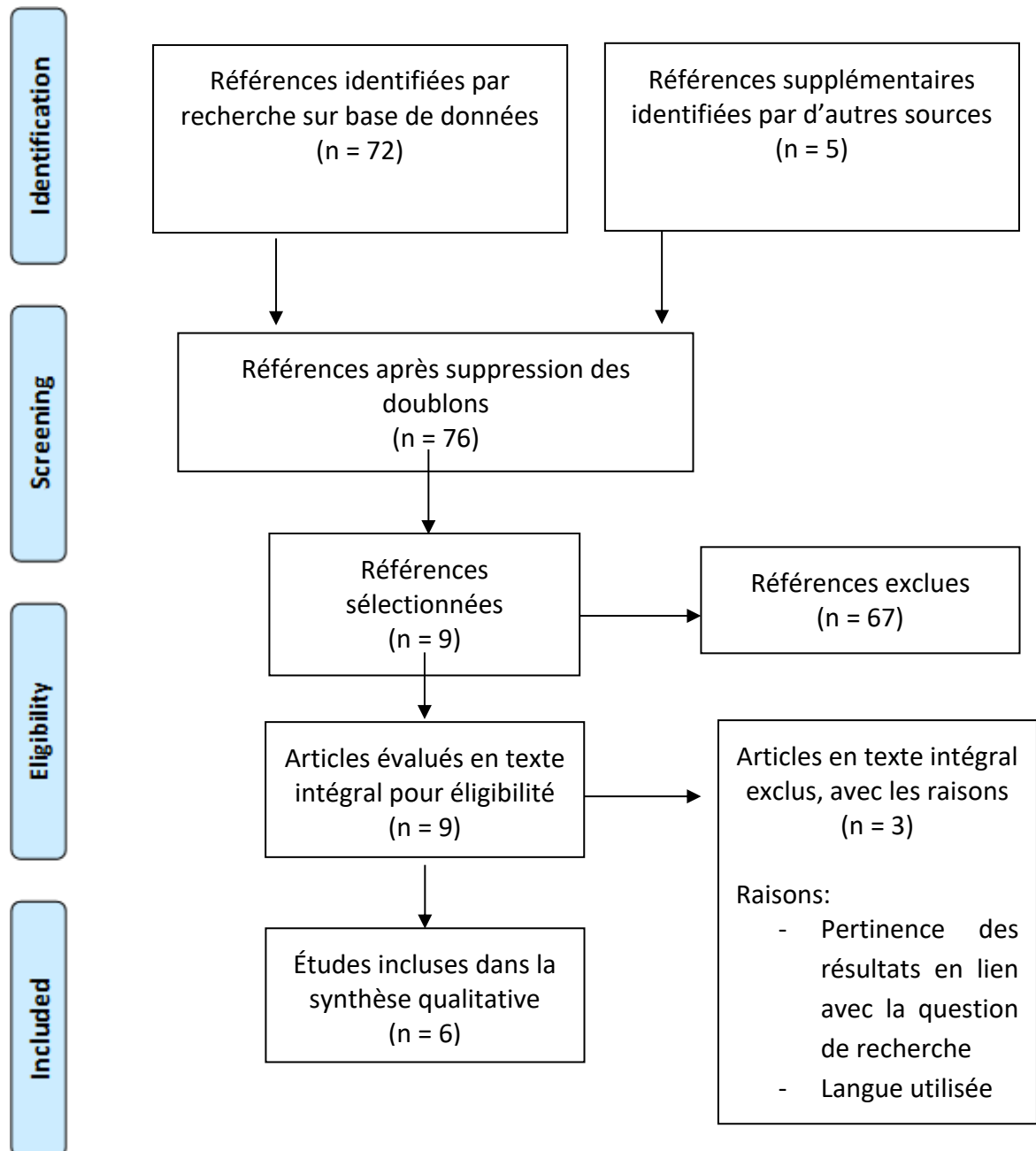
- Organisation mondiale de la Santé. (2017). *Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé*. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254673>
- Organisation mondiale de la Santé. (2018). *Recommandations de L'OMS: intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260178>
- Organisation mondiale de la santé. (2018, février 15). *OMS | Pour que l'accouchement soit une expérience positive, il est essentiel d'apporter des soins individualisés*. Organisation mondiale de la santé; World Health Organization. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2018/positive-childbirth-experience/fr/>
- Organisation mondiale de la santé. (2019, septembre 19). *Mortalité maternelle*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Organisation mondiale de la santé. (2023). *Un nouveau rapport met en avant une stagnation des taux de mortalité maternelle dans plusieurs pays d'Europe malgré les progrès récents*. <https://www.who.int/europe/fr/news/item/01-03-2023-maternal-mortality-rates-stagnate-in-some-countries-in-europe-despite-recent-progress--new-data-warn>
- Perron, Z., Buzaud, J., Diter, K., & Martin, C. (2019). Les approches du bien-être. Un champ de recherche multidimensionnel. *Revue des politiques sociales et familiales*, 131(1), 119-126. <https://doi.org/10.3406/caf.2019.3349>
- Possati, A. B., Prates, L. A., Cremonese, L., Scarton, J., Alves, C. N., & Ressel, L. B. (2017). Humanization of childbirth : Meanings and perceptions of nurses. *Escola Anna Nery*, 21(4), 1-6. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0366>
- Rodrigues Locatelli, M., Ramos, S., & Aparecida Alarcon, F. (2022). *A importância da enfermagem no parto normal humanizado*. 8(4), 359-374. <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/5059>

- Ruiz, R. A. (s. d.). *Violences gynécologiques et obstétricales en Suisse*. Consulté 13 décembre 2022, à l'adresse <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20184315>
- Sâmea de Sousa Freire, H., Câmara Campos, F., Moura Barboda Castro, R. C., Chaves da Costa, C., de Mesquita, V., & Alves Alencar Viana, R. (2017). Normal birth assisted by nurse : Experience and satisfaction of puerperals. *Journal of Nursing*, 2357-2367.  
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23398/19058>
- Schantz, C., Baxerres, C., & Aboubakar, M. (2022). Humaniser l'accouchement au Bénin ? Retour sur l'échec d'un projet de la coopération japonaise. *Anthropologie et Santé*, 24, 1-21. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.11560>
- Sharma, G., Penn-Kekana, L., Halder, K., & Filippi, V. (2019). An investigation into mistreatment of women during labour and childbirth in maternity care facilities in Uttar Pradesh, India : A mixed methods study. *Reproductive Health*, 16(1), 1-16.  
<https://doi.org/10.1186/s12978-019-0668-y>
- Slim, K. (2007). *Lexique de la recherche clinique et de la médecine factuelle (Evidence-Based Medicine)*. Elsevier Masson.  
<https://fad.ipms.ucad.sn/mod/resource/view.php?id=800&forceview=1>
- Sun, P., Yu, J., Liu, L., & Li, L. (2020). Effect of humanistic nursing in obstetrics on delivery mode and satisfaction of maternal care. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 13(2), 1209-1218. <https://e-century.us/files/ijcem/13/2/ijcem0103090.pdf>
- The European Patient's Academy. (2015). *Méthodologies des essais cliniques*. EUPATI Toolbox. <https://toolbox.eupati.eu/resources/methodologies-des-essais-cliniques/?lang=fr>
- Therese, W.-B., Pinkert, C., Niessen, K., Metzger, S., & Hellmers, C. (2018). Mothers' and fathers' sense of security in the context of pregnancy, childbirth and the postnatal

- period : An integrative literature review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18, 1-16.  
<https://doi.org/10.1186/s12884-018-2096-3>
- Unisanté. (2021). *Désirabilité sociale dans les enquêtes de santé*. Unisanté.  
<https://www.unisante.ch/fr/formation-recherche/recherche/projets-etudes/desirabilite-sociale-dans-enquetes-sante>
- United Nations Children's Emergency Fund. (2019, août 7). *Quality of care*. Unicef-for Every Child. <https://www.unicef.org/health/quality-care>
- United Nations Children's Emergency Fund. (2022, juin 3). *Les mères les plus pauvres n'ont toujours pas accès à des soins de santé maternelle de qualité*.  
<https://www.unicef.org/fr/communiqu%C3%A9s-de-presse/les-m%C3%A8res-les-plus-pauvres-nont-toujours-pas-acc%C3%A8s-%C3%A0-des-soins-de-sant%C3%A9>
- Valizadeh, F., Heshmat, F., Mohammadi, S., & Motaghi, Z. (2021). Affecting Factors of Parturient Women's Privacy Preservation in The Maternity Ward : A Qualitative Study. *Journal of Family & Reproductive Health*, 186-195.  
<https://doi.org/10.18502/jfrh.v15i3.7137>
- Viana, R. R., Araújo, T. M. S., Cavalcante, A. S. P., & Vasconcelos, M. I. O. (2019). Assistência de enfermagem ao parto humanizado : Vivência de extensionistas. *Saúde em Redes*, 5(3), Article 3. <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2019v5n3p109-116>
- Watson, J. (2008). *Nursing : The philosophy and science of caring* (Rev. ed). University Press of Colorado.
- Watson, J. (2014). *Jean Watson's Theory of Human Caring*. 18, 321-340.
- Watson, J., & Watson, J. (2012). *Human caring science : A theory of nursing* (2nd ed). Jones & Bartlett Learning.

## 8 Annexes

### Annexe I: Diagramme de flux PRISMA 2009



(adapté de Gedda, 2015, p. 43)

## Annexe II: Tableau de recension des études

Sun, P., Yu, J., Liu, L., & Li, L. (2020). Effect of humanistic nursing in obstetrics on delivery mode and satisfaction of maternal care. *International Journal of Clinical and Experimental Medecine*, 13(2), 1209-1218. <https://e-century.us/files/ijcem/13/2/ijcem0103090.pdf>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Quantitatif Étude comparative non randomisée	Au total 89 femmes: Groupe A: (soins normaux) = 43 femmes Groupe B (soins humanistes) = 46 femmes	Comparer une intervention normale à une intervention humanisée prodiguée par l'infirmière	Soins infirmiers humanistes	Les femmes sélectionnées ont accouché dans l'hôpital de l'étude de janvier 2018 à janvier 2019.	Les données ont été analysées par le logiciel SPSS19.0.	Les plus grandes différences observées entre les deux groupes ont été:
Niveau de preuve A	<b>Échantillonnage</b> Non probabiliste	<b>Question(s) de recherche</b> Quelles sont les répercussions d'une intervention humanisée sur le bien-être de la mère?	Mode d'accouchement	Le dossier de chaque femme a été analysé.	Pour les statistiques descriptives et mesures: des moyennes et écarts-types ont été utilisés pour les résultats des échelles.	Groupe B (humanisme) les femmes ont eu moins de complications durant l'accouchement = accouchements moins longs ( $p < 0,001$ ) et moins de césariennes ( $p < 0,05$ ).
Paradigme Positivist	<b>Critère(s) d'inclusion</b> Toutes les femmes devaient avoir vécu un accouchement mené à terme. <b>Critère(s) d'exclusion</b> Les mères connues pour des maladies génétiques et immunitaires, des cancers, des troubles de la coagulation, des pathologies des reins ou du foie; les mères connues pour des troubles psychologiques et psychiatriques	<b>Hypothèse(s)</b> Les soins humanistes prodigués par les infirmières montreraient des bénéfices au niveau de la clinique chez les parturientes. <b>Variables</b> VI*: soins infirmiers normaux; soins infirmiers humanisés VD*: le déroulement et les résultats de l'accouchement	Satisfaction des infirmières	Alpha de Cronbach: non mentionné	Statistiques inférentielles et tests: Test du khi-deux pour évaluer l'absence d'un lien entre les deux groupes Test t: utilisé pour comparer les moyennes des deux groupes Pour l'aspect mental: les échelles d'autoévaluation de la dépression et de l'anxiété Pour la qualité de vie: les échelles QOL-C30 et le Comprehensive Quality of Life Assessment Scale La valeur p a été utilisée pour vérifier si une différence significative entre les groupes était présente ( $p < 0,05$ ).	Les soins humanistes auraient aussi un impact sur le bien-être psychologique. Les femmes seraient moins anxieuses après l'accouchement (Groupe B) ( $p < 0,001$ ). Les infirmières éprouvent une meilleure satisfaction dans le groupe B ( $p < 0,05$ ).
				<b>Éthique</b> Les parturientes ainsi que leur famille ont été prévenues de cette étude. Cette étude a été acceptée par le comité éthique de l'hôpital.		<b>Conclusions</b> En conclusion, l'introduction des soins humanistes chez les mères aurait des effets positifs sur leur bien-être psychologique, sur la réduction de probabilité de césarienne. Les femmes auraient ainsi un meilleur vécu de l'accouchement et un meilleur bien-être. <b>Limites de l'étude</b> Les chercheurs mettent en avant des limites: il manque une présentation biochimique de la mère. De plus, le plan de soins infirmiers peut différer d'une région à l'autre. Les médecins ont contribué au plan de soins.

Possati, A. B., Prates, L. A., Cremonese, L., Scarton, J., Alves, C. N., & Ressel, L. B. (2017). Humanization of childbirth: Meanings and perceptions of nurses. *Escola Anna Nery, 21*(4), 1-6. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0366>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Étude qualitative descriptive	Six infirmières travaillant dans le centre obstétrique d'un hôpital universitaire du sud du Brésil	Connaître les significations attribuées à l'accouchement humanisé par les infirmières d'un centre obstétrique	Humanisation de l'accouchement	Les données ont été collectées à l'aide d'entretiens semi-structurés. Les entretiens d'environ une vingtaine de minutes ont été menés par des chercheurs et se sont déroulés, par choix des infirmières, sur leur lieu de travail. Les interviews ont été enregistrées.	Les entretiens ont été enregistrés et par la suite transcrits. La collecte des données s'est déroulée en septembre 2015 jusqu'à saturation des données.  Cette étude a été divisée en 2 étapes: exploratoire et interprétative.	Les différents éléments ressortis par les infirmières pour faire preuve d'humanisme lors de l'accouchement sont les suivants: l'importance de l'accueil; le respect du choix de la maman; la diminution des interventions invasives non nécessaires, faire preuve d'empathie et de respect.
Niveau de preuve	Échantillonnage Non probabiliste intentionnel, recrutement dans l'hôpital universitaire concerné	Question(s) de recherche Non formulée par les chercheurs	Santé de la femme  Infirmière	Éthique L'approbation éthique de l'étude a été obtenue par le comité d'éthique de la recherche de l'institution.	Exploratrice: prendre connaissance du contexte sociohistorique de l'infirmière  Interprétative: pour commencer, un tri et une classification des résultats obtenus sur le terrain ont été faits. Par la suite, ces données ont été classées en sujets et catégories.	<b>Conclusions</b> En résumé, la perception de l'humanisation lors de l'accouchement est vue ainsi par les infirmières: l'infirmière fait preuve de non-jugement dans son attitude et dans son comportement. Elle se base sur des principes d'empathie, de communication et d'accueil des patients et de leurs familles.
Niveau C	Critère(s) d'inclusion Infirmières avec un diplôme certifié en soins infirmiers	Hypothèse(s) Pas clairement énoncée dans cette étude	Humanisation des soins	Un formulaire de consentement libre et éclairé a été obtenu auprès des infirmières. Chaque infirmière et chaque chercheur a reçu une copie.	Pour finir, un résumé et une présentation des résultats de l'étude ont été présentés.	<b>Limites de l'étude</b> Cette étude est spécifique à un contexte d'obstétrique et présente un petit échantillonnage = généralisation difficile.
Paradigme	Interprétatif Les infirmières devaient être des employées de l'hôpital mentionné.	Variables VI: nombre d'années d'expérience de l'infirmière dans le domaine VD: les perceptions de l'infirmière sur la définition d'un accouchement humaniste		Afin de préserver l'anonymat, les interviews ont été numérotés selon un système alphanumérique (N1, N2, N3).	<b>Logiciels</b> -	Les années d'expérience diffèrent d'une infirmière à l'autre.

Alvares, A. S., de Paula Corrêa, Á. C., Nakagawa, J. T. T., Teixeira, R. C., Nicolini, A. B., & Medeiros, R. M. K. (2018). Humanized practices of obstetric nurses: Contributions in maternal welfare. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2620-2627. CINAHL Ultimate. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0290>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Quantitatif	104 femmes ayant accouché par voie basse à l'hôpital universitaire à Mato Grosso peu avant l'étude	Analyser la qualité des soins des infirmières obstétriques dans une unité prénatale/accouchement dans un hôpital, prodigués à des mères, tout en évaluant leur bien-être	Bien-être maternel	Utilisation de deux instruments:  Dans un premier temps, un questionnaire avec des questions concernant les caractéristiques socio-économiques des mères et le processus de la parturition a été donné aux mères.  Lors de l'entretien, l'échelle de bien-être maternel en situation d'accouchement a été utilisée (104 sujets).  Dans un deuxième temps, une analyse bivariable a été effectuée en prenant en compte le professionnel de la santé responsable de l'accouchement et la qualité des soins dispensés à la mère. Les mères ayant accouché avec un infirmier et un médecin en même temps n'ont pas été prises en compte (= 94 sujets).  Alpha de Cronbach: non mentionné	Statistiques descriptives  Les données récoltées des entretiens des mères ont été transférées en mesures de tendance centrale, tels que la médiane et le mode grâce à au logiciel Epi Info version.  L'analyse bivariable a été faite à l'aide du test du khi-deux et du test de Fischer.  Statistiques inférentielles  Khi-deux: 95% = intervalle de confiance  Valeur p avec un niveau de signification de 0,05	L'analyse bivariable montre les résultats suivants:  Plus de méthodes non pharmacologiques chez les infirmières (97,2% infirmiers; 76,7% médecins) (p = 0,005)  Moins d'inconfort lors du toucher vaginal (16,7% médecins; 2,8% infirmiers)  Moins de méthodes pharmacologiques (amniotomie). (39,4% médecins; 27,8% infirmières) (IC 95%, p = 0,032)  Favorise contact peau à peau (88,9% infirmières; 55% médecins) (p < 0,01)
<b>Niveau de preuve</b>  B	<b>Échantillonnage</b>  Non probabiliste intentionnel  Recrutement des mères dans un hôpital	<b>Question(s) de recherche</b>  Non formulée par les chercheurs	Infirmière obstétrique			
Étude descriptive non randomisée et transversale		<b>Hypothèse(s)</b>  Pas clairement énoncée dans cette étude	Accouchement humanisé			
<b>Paradigme</b>  Positivist	<b>Critère(s) d'inclusion</b>  La femme devait avoir suivi plus de quatre ans d'études. Elle devait avoir vécu récemment un accouchement par voie basse sans complications pendant la grossesse et l'accouchement. Elle devait avoir également été prise en charge soit par un médecin soit par une infirmière. Elle devait être restée au minimum quatre heures dans le service.  <b>Critère(s) d'exclusion</b>  Femmes avec des troubles cognitifs ou psychiatriques	<b>Variation(s)</b>  VI: soins prodigués par l'infirmière; soins prodigués par le médecin  VD: bien-être maternel	Humanisation des soins	<b>Éthique</b>  Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'hôpital universitaire de Júlio Muller conformément à la résolution n° 466 du 12 décembre 2012 du Conseil national de la santé/MS, qui réglemente la recherche impliquant des êtres humains.	<b>Logiciels</b>  Epi Info Version 7	<b>Conclusions</b>  Les infirmières instaurent des accouchements plus fondés sur le côté humain que sur le côté «technique».  <b>Limites de l'étude</b>  Seulement 32% des femmes ont reçu des informations en prénatal.  Les mères avaient peu d'expectatives concernant les milieux hospitaliers.

Mselle, L. T., Kohi, T. W., & Dol, J. (2019). Humanizing birth in Tanzania : A qualitative study on the (mis) treatment of women during childbirth from the perspective of mothers and fathers. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 231. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2385-5>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Étude qualitative phénoménologique descriptive	Au total douze sujets  Six mères et six pères présents dans une unité postnatale de la région du lac Victoria en Tanzanie	Décrire les expériences venant de mères et de pères sur l'humanisation de l'accouchement	Soins de maternité respectueux  Humanisation de la naissance  Tanzanie  Établissements de santé	Les sujets choisis étaient tous présents dans le service postnatal. Les données ont été collectées à l'aide d'entretiens semi-structurés et dans le cadre d'un groupe de parole. Les entretiens ont duré entre 30 à 40 minutes et le groupe de parole 45 minutes. Les entretiens ont été menés dans les lieux choisis par les parents.  <b>Éthique</b>  L'approbation éthique de cette étude a été obtenue par l'Institut national de recherche médicale de Tanzanie.  Avant de donner leur consentement, tous les parents ont été avertis de l'intention de cette étude.  Afin de préserver l'anonymat, chaque sujet a reçu un numéro qui a été utilisé pour les transcriptions.  Tous les participants ont accepté d'être enregistrés et que les transcriptions soient utilisées dans l'étude.	L'analyse de cette étude a été guidée par la typologie de Bohren sur les mauvais traitements infligés aux femmes lors de l'accouchement. Les données ont été traduites en anglais.  Les différents thèmes mentionnés dans la typologie sont: la violence physique; la violence sexuelle; la violence verbale; la stigmatisation et la discrimination, le non-respect des normes professionnelles de soins; les mauvaises relations entre les femmes et les prestataires; les conditions et les contraintes du système de santé. Les chercheurs se sont assurés à chaque passage d'un thème que celui-ci se trouvait dans les collectes de données.	La présence de violence verbale, un mauvais contact entre les parturientes et les professionnels de la santé, de mauvaises conditions du système de santé ont été mentionnés.  Aucune mention de violence sexuelle ou physique n'a été rapportée.  <b>Conclusions</b>  De nombreuses femmes en Tanzanie reçoivent encore de mauvais traitements pendant la naissance. Malgré des progrès dans ce domaine, il est nécessaire de continuer à former les professionnels de la santé.  <b>Limites de l'étude</b>  Les femmes ayant été questionnées dans le service auraient tendance à être encore influencées par les soins reçus, plus que les femmes questionnées à la maison.  Traduction en anglais de l'analyse
<b>Niveau de preuve</b>	Non probabiliste	<b>Question(s) de recherche</b>  Non formulée par les chercheurs				
C	Les chercheurs se sont focalisés sur les hôpitaux de Mwanza et Mara dans la région du lac Victoria en Tanzanie. Cette région a été choisie car elle présente des taux de mortalité maternelle élevés.	<b>Hypothèse(s)</b>  Pas clairement énoncée dans cette étude				
<b>Paradigme</b>	<b>Critère(s) d'inclusion</b>  Les femmes devaient savoir parler le kiswahili et avoir déjà accouché au minimum deux fois, par voie basse.	<b>Variation(s)</b>  VI: la qualité des soins prodigués  VD: la perception du vécu de l'accouchement par les mères				
Interprétatif	<b>Critère(s) d'exclusion</b>  Le point de vue des pères.					

Gélinas, É., & Mallé Samb, O. (2022). L'impact d'une intervention d'humanisation des accouchements sur l'expérience de soins des femmes au Sénégal: *Santé Publique*, 33(5), 695-704. <https://doi.org/10.3917/spub.215.0695>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Étude qualitative phénoménologique descriptive	Vingt femmes ayant accouché en bénéficiant d'un accouchement humanisé. Toutes ont accouché dans une structure sanitaire du centre de Dakar.	Analyser les expériences vécues par les mères ayant bénéficié «d'un accouchement humanisé»	Accouchement humanisé	Vingt femmes ont été sélectionnées dans les registres d'accouchement des différentes structures.	1 <sup>ère</sup> méthode: observation dans les milieux de soins de 5 jours 2 <sup>ème</sup> méthode: entretiens semi-dirigés, menés par des sages-femmes formées en humanisation 3 <sup>ème</sup> méthode: s'instruire sur le thème à l'aide de littérature	Les soins humanisés sont appréciés par les femmes. Une salle d'accouchement propice et propre permet de préserver l'intimité. Besoin de plus de diffusion d'information sur l'accouchement humanisé. Une communication adéquate, un accueil chaleureux et des attitudes respectueuses sont des aspects bénéfiques de l'humanisation. L'utilisation des moyens non pharmacologique est appréciée. Les mères ont besoin de soutien de la part des proches.
<b>Niveau de preuve</b> C	<b>Échantillonnage</b> Non probabiliste intentionnel	<b>Question(s) de recherche</b> Pas mentionnée par les chercheurs	Soins respectueux	<b>Éthique</b> Cette recherche a été approuvée par le comité d'éthique de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue et le comité d'éthique de la recherche du Sénégal.	<b>Logiciels</b> QDA Miner	<b>Conclusions</b> La majorité des femmes ont été satisfaites, mais il a été remarqué que pas toutes les parturientes ont bénéficié de l'intervention complète de l'humanisation. <b>Limites de l'étude</b> Un biais de désirabilité sociale* a été produit.
<b>Paradigme</b> Interprétatif	Focalisation sur des femmes ayant reçu des soins humanistes lors de la naissance <b>Critère(s) d'inclusion</b> Que les femmes aient bénéficié d'un accouchement humanisé Présence d'un comité de santé fonctionnel <b>Critère(s) d'exclusion</b> Pas mentionnés	<b>Hypothèse(s)</b> Un accouchement humanisé apporterait une plus grande satisfaction dans le vécu de l'accouchement à la parturiente. <b>Variables</b> VI: – VD: –	Qualité des soins			Soit lors des entretiens, soit lors de l'analyse, un double biais d'interprétation a pu être ajouté. Cela serait dû au fait que l'étudiante chercheuse ne parlait pas les différents dialectes.

Lyndon, A., Simpson, K. R., & Spetz, J. (2017). Thematic analysis of US stakeholder views on the influence of labour nurses' care on birth outcomes. *BMJ Quality and Safety*, 26(10), 824-831. Embase. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005859>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Qualitatif descriptif	Quinze focus groups, avec 73 infirmières, 23 mères, neuf médecins	Analyser l'influence des soins prodigués par les infirmières sur les résultats de l'accouchement	Soins infirmiers	Des groupes de discussion semi-structurée ont été mis en place.	L'analyse thématique de Braun et Clarke a utilisé pour l'analyse des données.	Les résultats ont fait ressortir un élément commun à tous les groupes: support et défense des intérêts des mères.
Niveau de preuve	Échantillonnage Non probabiliste	Question(s) de recherche	Soin de maternité	Les infirmières et les médecins ont été recrutés par l'intermédiaire de leurs hôpitaux.	De ces transcriptions sont ressortis des mots clés, qui ont été transformés en thèmes.	Les trois groupes ont argumenté sur l'importance d'apporter du support et de respecter et de défendre les droits des parturientes.
C	Les chercheurs se sont focalisés sur les trois acteurs principaux de l'accouchement aux États-Unis.	Pas mentionnée par les chercheurs	Accouchement	Les mères recrutées faisaient partie de groupes de soutien au niveau hospitalier.	Une vérification de corrélation entre les thèmes et les données a également été faite.	Pour les trois groupes, cet élément serait celui fourni par les infirmières qui a le plus grand impact sur le résultat de l'accouchement.
Paradigme	Ils se sont focalisés sur des professionnels de la santé prodiguant des soins aux mères lors de l'accouchement.	Hypothèse(s)	Résultats à la naissance	Deux chercheurs étaient présents à chaque groupe de discussion. Ils ont pris des notes et ont enregistré.	Les analyses ont été réalisées indépendamment par les deux chercheuses.	Conclusions
Interprétatif	Critère(s) d'inclusion Femmes: avoir accouché dans les six mois précédents Infirmières: au minimum deux ans d'expérience dans les salles d'accouchement Médecin: assister aux accouchements des mères	Les soins prodigués par les infirmières auraient un impact sur les résultats de l'accouchement.		Éthique Cette étude a été approuvée par le Western Institutional Review Board et l'Université de San Francisco.	Les thèmes trouvés par chaque chercheuse ont été mis en commun ou modifiés avec l'accord des deux. Les données des groupes ont été analysées séparément.	L'infirmière joue un rôle important dans le déroulement et les résultats de l'accouchement selon la perspective des mères, des infirmières et des médecins.
	Critère(s) d'exclusion Pas mentionné	Variables VI: les différents types de soins prodigués par les infirmières VD: le déroulement et les résultats de l'accouchement				Limites de l'étude Aucune corrélation n'a pu être observée entre les expériences des sujets et les résultats de l'accouchement.

### Annexe III: Pyramide des preuves

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins.
	Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

Figure 1: Grade des recommandations (Haute Autorité de santé, 2013, p. 8)

## Annexe IV: Tableau mots clés et descripteurs

Concept	Mots clés eng	Mesh	CINAHL headings	Emtree
<b>Nurse/ Obstetric</b>	"nurses*" OR "Obstetric nurse*" OR "perinatal nurse*" OR "nurse midwife*"	"Nurses"[Mesh] "Obstetric Nursing"[Mesh] "Nurse Midwives"[Mesh] "Nurse specialist" "Health Personnel"	MH "Nurses +" MH " OB-GYN Nurse practitioners +" MH "Perinatal Nursing+" MH "Nurse Midwives+"	'nurse'/exp 'obstetrical nursing'/exp 'perinatal nursing'/exp 'nurse midwife'/exp
<b>Delivery</b>	"Delivery*" OR "labor*" OR "birth" OR "childbirth*" OR "vaginal delivery*"	"Delivery, Obstetric"[Mesh] "Natural Childbirth"[Mesh] "Term Birth"[Mesh] "Parturition"[Mesh]	MH "Delivery, Obstetric+" MH "Labor+" MH "Vaginal birth+" MH "term birth +" MH "childbirth+"	'birth'/exp 'labor'/exp 'vaginal birth'/exp 'term birth'/exp 'childbirth'/exp
<b>Maternal well-being</b>	"Maternal wellbeing*" OR "Maternal care*" OR "Maternal welfare*"	"Maternal Welfare"[Mesh] "Maternal Behavior" [Mesh] "Psychological well-being" [Mesh]	MH "Maternal Welfare +" MH " Maternal-child Welfare+" MH "Maternal-child care+" MH "well-being+"	'maternal welfare'/exp 'maternal wellbeing'/exp 'maternal care'/ exp
<b>Humanism</b>	"Humanism*" OR "Humanization*"	"Humanism"[Mesh] "Humans" [Mesh]	MH "Humanism +" MH " Caring +" MH " Watson's Theory of Caring +" MH "Care +"	'humanism'/exp 'humanistic nursing'/exp 'care'/ exp

## **Annexe V: Glossaire méthodologique**

La plupart des termes définis dans ce glossaire méthodologique sont issus de l'ouvrage de Fortin et Gagnon (2016). D'autres termes ont été intégrés à ce glossaire par la recherche d'autres ressources mentionnées.

**Analyse bivariée:** Mesure d'association entre deux variables (p. 388).

**Analyse des données qualitatives:** Processus qui consiste à organiser et à interpréter les données narratives en vue de découvrir des thèmes, des catégories et des modèles de référence (p. 497).

**Base de données:** Système organisé permettant de repérer des références à des documents, le plus souvent des articles de périodiques (p. 497).

**Biais:** Toute influence ou action pouvant fausser les résultats de l'étude (p. 497).

**Biais d'attrition:** Retrait de certains patients de l'analyse (Slim, 2007, p. 16).

**Biais de désirabilité sociale:** Le biais de désirabilité sociale est défini comme la tendance qu'ont les individus à vouloir se présenter sous un jour favorable et à ne pas reporter des informations qui les feraient mal voir (Unisanté, 2021).

**Biais d'interprétation:** Erreur dans le mode d'analyse des résultats, méthode statistique inadaptée ou erronée (Slim, 2007, p. 16).

**Coefficient alpha de Cronbach ( $\alpha$ ):** Indice de fidélité qui évalue la cohérence interne d'une échelle composée de plusieurs énoncés (p. 497).

**Collecte des données:** Processus qui consiste à recueillir des données auprès des participants choisis pour faire partie de l'étude (p. 498).

**Comité d'éthique de la recherche:** Groupe de professionnels mandatés pour réviser les proportions de recherche soumises au regard des considérations éthiques (p. 498).

**Confirmabilité:** Critère servant à évaluer l'intégrité d'une étude qualitative en se reportant à l'objectivité ou à la neutralité des données et de leur interprétation (p. 498).

**Consentement:** Acquiescement donné volontairement par une personne pour participer à une étude. Pour être valable, le consentement doit être libre, éclairé et continu (p. 498).

**Corrélation:** Une association entre deux séries de données. Elle peut être positive (association dans le même sens) ou négative (dans le sens contraire) (Slim, 2007, p. 27).

**Crédibilité:** Critère servant à évaluer dans quelle mesure la description du phénomène vécu par les participants reflète la réalité interprétée (p. 498).

**Critère d'exclusion:** Les critères d'exclusion servent à déterminer les sujets qui ne feront pas partie de la population cible en raison de leurs caractéristiques différentes (p. 262).

**Critère d'inclusion:** Les critères d'inclusion décrivent les caractéristiques que doit posséder un sujet pour faire partie de la population (cible et accessible) (p. 262).

**Devis ou design:** Plan logique tracé par le chercheur en vue d'établir une manière de procéder susceptible de mener à la réalisation des objectifs (p.498).

**Devis d'étude descriptive:** Variété de devis ayant pour but d'obtenir des informations précises sur les caractéristiques à l'intérieur d'un domaine particulier et de dresser un portrait de la situation (p. 499).

**Devis d'étude transversale:** Étude dans laquelle les données sont recueillies à un moment précis dans le temps en vue de décrire la fréquence d'apparition d'un événement et de ses facteurs associés (p. 498).

**Écart-type:** Mesure de dispersion évaluée à partir d'un échantillon et correspondant à la racine carrée de la variance. Il tient compte de la distance de chacun des scores d'une distribution par rapport à la moyenne du groupe (p. 499).

**Échantillon:** Sous-groupe d'une population choisie pour participer à une étude (p. 499).

**Échantillonnage:** Processus au cours duquel on sélectionne un groupe de personnes ou une portion de la population pour représenter la population cible (p. 499).

**Échantillonnage non probabiliste:** Choix d'un échantillon sans recourir à une sélection aléatoire (p. 499).

**Échelle:** Forme d'évaluation composite d'une caractéristique combinant plusieurs énoncés, qui donne lieu à l'attribution de valeurs ou de scores (p. 500).

**Échelle de Likert:** Échelle d'attitude constituée d'une série d'énoncés déclaratifs pour lesquels le répondant exprime son degré d'accord ou de désaccord (p. 500).

**Entrevue semi-structurée ou semi-dirigée:** Interaction verbale animée par le chercheur à partir d'une liste de thèmes qu'il souhaite aborder avec le participant (p. 500).

**Essai clinique contrôlé non randomisé:** Les participants sont affectés à des bras de traitement et de contrôle par l'investigateur. Lors de ces essais, les groupes de contrôle peuvent être, soit des contrôles concurrents soit des contrôles historiques. Lors de l'utilisation d'un contrôle historique, tous les sujets de l'essai reçoivent le médicament à l'étude; les résultats sont comparés à l'historique du patient (par exemple, un patient vivant avec une maladie chronique) ou à un groupe de contrôle d'une étude précédente (The European Patient's Academy [EUPATI], 2015).

**Fiabilité:** Critère servant à évaluer l'intégrité des données d'études qualitatives en ce qui a trait à leur stabilité dans le temps et dans différentes conditions (p. 501).

**Formulaire d'information et de consentement:** Entente écrite signée par le chercheur et le participant à l'étude concernant les modalités de sa participation volontaire (p. 501).

**Généralisabilité:** Degré selon lequel les conclusions d'une étude quantitative dont les éléments ont été sélectionnés aléatoirement dans une population de référence peuvent être généralisées à l'ensemble de cette population (p. 501).

**Guide d'entrevue ou d'entretien:** Document utilisé par l'intervieweur au cours d'un entretien en guise de rappel des différents thèmes ou des questions devant être abordés (p. 501).

**Hypothèse nulle:** Affirmation qu'il n'y a pas de différences ni de relations statistiques entre des variables (p. 501).

**Médiane:** Mesure de tendance centrale qui divise une distribution de fréquences ordonnées en deux parties égales, comprenant chacune 50% des données (p. 501).

**Mode:** Mesure de tendance centrale qui correspond à la valeur qui apparaît le plus souvent dans une distribution de fréquences (p. 502).

**Moyenne (m):** Mesure de tendance centrale qui correspond à la somme d'un ensemble de valeurs divisée par le nombre total de valeurs (p. 502).

**Paradigme interprétatif:** Paradigme qui se fonde sur le postulat que la réalité est socialement construite à partir de perceptions individuelles susceptibles de changer avec le temps (p. 502).

**Population:** Ensemble des éléments (personnes, objets, spécimens) qui présentent des caractéristiques communes (p. 502).

**Post-positivisme:** Vision de la science qui, contrairement au positivisme, reconnaît que toutes les observations sont faillibles et susceptibles d'erreurs (p. 502).

**Question de recherche:** Énoncé particulier qui demande une réponse pour résoudre un problème de recherche (p. 503).

**Recherche descriptive qualitative:** Type de recherche servant à décrire des phénomènes sans se référer à une méthodologie qualitative particulière (p. 503).

**Recherche phénoménologique:** Recherche qui étudie la signification d'expériences telles qu'elles sont vécues par les personnes (p. 503).

**Recherche qualitative:** Recherche qui met l'accent sur la compréhension et qui repose sur l'interprétation des phénomènes à partir des significations fournies par les participants (p. 503).

**Recherche quantitative:** Recherche qui met l'accent sur la description, l'explication, la prédiction et le contrôle et qui repose sur la mesure de phénomènes et l'analyse de données numériques (p. 503).

**Saturation des données:** Moment dans la collecte des données où le chercheur conclut qu'une nouvelle information n'ajoutera rien de plus à la compréhension du phénomène à l'étude (p. 504).

**Source primaire:** Description d'une recherche originale rédigée par l'auteur lui-même (p. 504).

**Source secondaire:** Texte interprété et rédigé par un autre chercheur que l'auteur d'un document original. Ce type de source synthétise, résume et commente ce dernier (p. 504).

**Statistique:** Mesure effectuée auprès d'un échantillon issu d'une population (p. 504).

**Test de Fischer:** Ce test est utilisé en cas de petits échantillons ne permettant pas de faire un test du khi-deux (Slim, 2007, p. 118).

**Test du khi-deux:** Ce test est utilisé en cas de variables nominales ou catégorielles quand on veut analyser la réelle différence entre deux (ou plus) proportions observées. La comparaison est faite entre les valeurs observées et les valeurs attendues sur la base de

l'hypothèse nulle d'indépendance. [Ce test] permet de calculer, à l'aide d'une table statistique, la valeur de  $p$  qui permet de voir si la différence est statistiquement significative (qui n'est pas due au hasard) (Slim, 2007, p. 119).

**Test t:** Test paramétrique servant à déterminer la différence entre les moyennes de deux populations (p. 504).

**Transférabilité:** Critère servant à évaluer l'application éventuelle des conclusions issues d'études qualitatives à d'autres contextes ou groupes. Elle s'apparente à la généralisation (p. 505).

**Triangulation:** Stratégie de mise en comparaison de plusieurs méthodes de collecte et d'interprétation de données permettant de tirer des conclusions valables à propos d'un même phénomène (p. 505).

**Valeur  $p$ :** La « $p$  value» est la pierre angulaire des tests statistiques. La règle est simple, car la valeur du « $p$ » a un gold standard: le seuil de significativité. Il est très souvent choisi pour une valeur de « $p$ » inférieure ou égale à 0,05 (2). Soit  $p > 0,05$ : la différence n'est pas significative, on ne peut pas conclure à une différence. Soit  $p \leq 0,05$ : la différence est significative, le risque pris est précisé, sa valeur est appelée degré de signification (Ladner et al., 2021, p. 315).

**Validité interne:** Caractère d'une étude expérimentale dans laquelle la variable indépendante est la seule cause du changement touchant la variable dépendante (p. 505).

**Variable:** Caractéristique ou propriété qui peut prendre diverses valeurs (p. 505).

**Variable dépendante (VD):** Variable censée dépendre d'une autre variable (variable indépendante) ou être causée par celle-ci (p. 505).

**Variable indépendante (VI):** Variable qui peut expliquer la variable dépendante; elle peut aussi influencer sur cette dernière (p. 505).

**Verbatim:** Propres mots des participants, résumés par la suite en récits (p. 190).

## **Annexe VII: Questionnaire rempli par une Doula**

### **Pouvez-vous en quelques mots décrire le rôle d'une doula et les aspects bénéfiques de sa présence lors de l'accouchement?**

- En grec, le mot doula signifie «la femme esclave». Aujourd'hui, nous ne sommes plus là, mais l'idée reste la même: une doula est une femme qui se met au service d'une autre femme, par sa présence, sa bienveillance, comme le ferait une amie ou une sœur, mais avec des connaissances spécifiques à la périnatalité lui permettant d'apporter soutien et information.
- Entourant la grossesse, son champ d'action est vaste: écouter et accueillir les questionnements, peurs, joies, doutes des parents, apporter de manière neutre les différentes possibilités qui s'offrent à eux pour qu'ils puissent choisir en conscience ce qu'ils veulent et ne veulent pas, soutenir de manière physique et psychique la mère lors de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum.
- Lors de l'accouchement, elle permet de maintenir la bulle du couple, elle peut proposer des astuces antalgiques pour la mère, faire le lien avec les soignants et veiller à ce que le projet de naissance des parents soit respecté. Elle apporte son soutien là où il est nécessaire, de la façon la plus bienveillante et discrète possible.

### **Selon vous, quels sont les besoins primordiaux de la mère lors de l'accouchement?**

- La femme qui enfante a les mêmes besoins pour accoucher que la personne qui fait l'amour: lâcher-prise, pénombre, intimité, chaleur, confiance et sécurité.
- Lorsque ces besoins sont satisfaits, le bon cocktail hormonal est sécrété – principalement l'ocytocine! – afin de permettre un accouchement rapide. Ocytocine = «accouchement rapide, simple, sécuritaire pour la femme et le placenta» dans la très grande majorité des cas.

### **Selon vous, quels sont les critères à respecter pour que la future maman vive son accouchement de façon humaniste?**

- L'écouter et prendre en compte ses envies/besoins, la laisser actrice de son accouchement. Bien se rappeler en tant que soignant que, même si c'est le dixième accouchement de la journée et qu'il y a en a trois autres en cours, la mère, elle, vit un moment unique dans sa vie. Il faut faire en sorte de respecter le caractère sacré et précieux de son expérience à elle.

**Selon vous, quels sont les points à améliorer dans nos hôpitaux afin d'améliorer la prise en charge de nos futures mamans?**

- Je pense que cela dépend beaucoup des hôpitaux. Mais de manière générale, je dirais une meilleure information sur les aspects de l'accouchement hors médicaux. Pouvoir prendre réellement le temps pour chaque maman (j'entends bien que ce n'est pas toujours évident et pas toujours possible suivant la taille de l'équipe).
- Changer de regard sur les doulas: nous ne sommes pas des sages-femmes et n'avons pas pour vocation de l'être, ni de les remplacer ou d'effectuer leur travail. Nous n'avons aucune formation médicale, nous sommes juste un soutien, que les parents ont choisi, pour les accompagner dans ce moment unique. Nous avons le luxe de pouvoir nous concentrer sur eux et uniquement sur eux, tout au long de leur accouchement. Nous ne sommes pas contre les sages-femmes, nous sommes avec les sages-femmes.

**Contrairement à chez nous, dans certains pays les infirmières font partie intégrante de l'accouchement. Pensez-vous que cela pourrait être un aspect bénéfique dans nos milieux de soins?**

- Je pense que peu importe de qui il s'agit, que ce soit sages-femmes, infirmières ou doulas, l'essentiel est que les femmes puissent être accompagnées individuellement durant leur accouchement en tenant compte des spécificités de chacune. Chaque femme est unique, chaque accompagnement doit l'être aussi.
- Si les infirmières permettent une augmentation du personnel disponible pour accompagner les femmes et permettre un meilleur soutien par leur disponibilité, alors oui, ce serait bénéfique.

## **Annexe VIII: Entretien avec une sage-femme**

**Pouvez-vous en quelques mots nous expliquer quels sont les différents professionnels de la santé présents au moment de l'accouchement dans nos milieux de soins? et quels sont leurs rôles?**

- À l'hôpital de Sion, la prise de naissance (accueil) est principalement faite par la sage-femme qui va accompagner la mère et son conjoint lors de l'accouchement. Si par manque de temps celle-ci ne peut le faire, la nounou est appelée. La nounou peut être soit une infirmière soit une sage-femme du service de la maternité.
- Lors d'un accouchement eutocique, il y a la sage-femme, le médecin assistant, et parfois la nounou. Lors de complications (utilisation de forceps, de ventouse, signes de souffrance fœtale), à ce moment-là le chef de clinique peut être appelé. Si vraiment la situation montre des risques pour la vie de la mère ou du fœtus, le médecin-chef est appelé.
- Dans les hôpitaux valaisans, les infirmières interviennent principalement après l'accouchement. En effet, il y a des infirmières formées en maternité (post-partum) qui prennent en charge la mère et l'enfant en post-partum en collaboration avec la sage-femme.

**Selon vous, que signifie un accouchement humanisé?**

- L'accueil est vraiment très important. Il faut accueillir la mère ainsi que son conjoint avec sympathie, avec le sourire et de la bienveillance, dans le but que le couple se sente le bienvenu, se sente en sécurité, à l'aise et bien pris en charge.
- Veiller au confort, c'est-à-dire parler, informer, mettre les parents à l'aise afin qu'ils puissent poser leurs questions et aussi exprimer leurs besoins et leurs envies. Veiller au confort signifie également donner à boire, proposer des massages, des positions, des bains ou des huiles essentielles.
- Tout ce que la sage-femme fait doit être apporté avec calme et douceur

**Selon vous, quels sont les besoins des mères lors de l'accouchement? Et selon vous, sont-ils tous respectés dans nos milieux de soins (Suisse)?**

- La mère a besoin de se sentir soutenue lors de ce processus, par la sage-femme mais également par son conjoint. Elle doit également se sentir en sécurité. C'est

pour cela que l'accueil est très important, il permet dès le début de créer un lien de confiance.

- La mère a besoin d'être informée et rassurée tout au long de l'accouchement. Les différents professionnels de la santé doivent se présenter et expliquer les procédures qui vont être faites. Ils doivent également apporter des réponses aux questions de la mère. Elle a besoin d'être accompagnée par une personne faisant preuve d'empathie et de bienveillance, calme et douce.
- Il est important de respecter les envies et les besoins de la mère. Car ce processus appartient à la mère. C'est son accouchement et celui-ci doit être vécu de manière unique.
- Dans nos milieux de soins, de nombreuses choses sont mises en place afin de respecter au maximum leurs besoins. Cependant, il faut être réaliste et informé sur le fait que certains accouchements ne se déroulent pas toujours dans les conditions dans lesquelles la mère l'aurait souhaité. En effet, dans les situations à haut risque, la sécurité de la mère et du bébé sera privilégiée.

**Dans certains pays du monde, les infirmières sont formées à assister à un accouchement sous la supervision d'un médecin. Pensez-vous que cela peut être mis en place dans nos milieux de soins? Est-ce qu'il y aurait des bénéfices ou des inconvénients à cela?**

- En Suisse, on tient à la présence de la sage-femme dans les salles d'accouchement. Cela fait plus de 20 ans que c'est ainsi dans les milieux de soins. La population est attachée et habituée à cela.
- Une insertion d'infirmières assistant des accouchements ne se profile pas dans l'horizon de nos milieux de soins. En effet, en Suisse il existe une possibilité pour les infirmières de se former pour devenir sages-femmes.
- Il n'y aurait pas vraiment d'inconvénients à l'insertion d'infirmières formées en accouchement dans nos milieux, au contraire, mais pour l'instant le modèle de la sage-femme dans nos milieux est suffisant pour prendre en charge les mères.

**Selon vous, les professionnels de la santé travaillant dans nos milieux obstétricaux sont suffisamment informés ou formés sur le concept de l'humanisation de l'accouchement?**

- L'humanisme est quelque chose qui devrait être intégré dans le rôle de tous les professionnels de la santé. En effet, il relève du rôle du soignant de faire preuve d'humanité envers le malade. Cependant, cela ne serait pas toujours le cas, et certains soignants feraient preuve de moins d'humanité que d'autres soignants. Cela est pareil pour les soignants dans les milieux obstétricaux. Ainsi, si des formations sur une approche humaniste étaient proposées en Valais et que cela pourrait être bénéfique à certains professionnels, pourquoi pas.
- Un accompagnement de qualité, en apportant de la sécurité, du soutien et du respect venant de la part de la sage-femme influence énormément le déroulement de l'accouchement. Cet accompagnement serait plus propice à un accouchement plus physiologique (moins de péridurales ou d'interventions invasives). Ainsi, il est important de continuer de proposer des moyens et des ressources pour les soignants afin d'accompagner au mieux les mères et leurs conjoints lors de l'accouchement.

**En Suisse, une femme sur trois vivrait son accouchement comme traumatique. Selon vous, quelles sont les améliorations à apporter dans nos milieux de soins afin d'améliorer la qualité de l'accouchement pour la mère?**

- Premièrement, il faudrait réfléchir davantage à l'indication de la provocation de l'accouchement. En effet, une provocation peut être induite entre la 40<sup>ème</sup> et 42<sup>ème</sup> semaine de grossesse. Lors de cet intervalle, lorsqu'il n'y a pas encore eu d'accouchement, il est important de surveiller s'il y a suffisamment de liquide amniotique, de s'assurer que le bébé fasse correctement sa courbe et aussi de surveiller son rythme cardiaque avec un CTG.
- Les mamans relatent souvent être épuisées par leur grossesse et souhaitent que l'accouchement soit provoqué au début de la 40<sup>ème</sup> semaine. Cependant, c'est une procédure qui peut durer des jours et être extrêmement inconfortable pour la mère. En effet, on commence par des interventions invasives comme le tampon intra vaginal. Si au bout de 24 heures rien ne se passe, ce tampon est retiré et à ce moment-là on va mettre en place un déclenchement par ballonnet. Ces procédures sont souvent inconfortables et douloureuses pour la mère et durent plusieurs heures. Si ces interventions ne provoquent toujours pas le travail, la mère est descendue en salle d'accouchement, afin de placer un compte-gouttes d'ocytocine (cinq unités) dans une perfusion de 500 ml (NaCl) en intraveineuse. Souvent, cette procédure va jusqu'à trois unités d'ocytocine. Si cela ne fonctionne toujours pas, on

remonte la mère en maternité. Ce processus est répété le lendemain. Souvent, cette procédure amène à l'épuisement de la femme et de son conjoint. Il y a également parfois une souffrance pour l'utérus, ce qui peut amener à des hémorragies. Ce n'est pas dans tous les cas ainsi, mais pour une grande majorité, ce processus dure plusieurs jours et est douloureux. Il est donc compréhensible que cela pourrait être vécu comme traumatique pour la mère et le conjoint.

- Deuxièmement, certaines femmes arrivent à l'hôpital avec un plan de naissance qui n'est pas adapté au milieu hospitalier. Il est parfois difficile de privilégier leur envie dans ces milieux. Ainsi, il faudrait les rediriger avant la naissance vers le milieu qui conviendrait le mieux à leurs besoins.

**En Suisse, les femmes ont le choix d'accoucher dans des milieux hospitaliers, à domicile ou dans des maisons de naissance. Pensez-vous qu'un de ces milieux serait plus propice à un accouchement vécu comme traumatique?**

- Il est certain que les accouchements se déroulant à l'hôpital sont plus interventionnistes que ceux se déroulant dans les autres milieux tels que les maisons de naissance.
- L'idéal serait une médecine, une obstétrique qui laisse le temps. À l'hôpital, les protocoles sont plus stricts et le temps est souvent compté, contrairement aux maisons de naissance, où on laisse l'accouchement se dérouler de la manière la plus physiologique possible tant que la mère et le bébé sont en sécurité. Il y a moins de précipitation.
- Les retours venant de sages-femmes travaillant dans des maisons de naissance sont qu'il est très rare qu'un accouchement programmé dans leur milieu vienne à avoir besoin d'interventions invasives. Ainsi, très peu de mères sont transférées de la maison de naissance à l'hôpital pour cause de complications majeures mettant en péril la vie de la mère ou du bébé.
- Les sages-femmes assistant des accouchements à domicile rapportent également rencontrer très peu de complications graves ou de besoin d'assistance.