

Connaissances et perceptions des infirmières de la femme obèse qui donne naissance

Thèse soumise à la  
Faculté des études supérieures et postdoctorales  
dans le cadre des exigences du programme de maîtrise

Par

Véronique Bertrand

École des sciences infirmières  
Faculté des sciences de la santé  
Université d'Ottawa

© Véronique Bertrand, Ottawa, Canada, 2013

## RÉSUMÉ DE L'ÉTUDE

Depuis les 25 dernières années, la prévalence de l'obésité augmente considérablement chez les personnes de tous les âges. Cette tendance inquiétante s'accroît chez les femmes en âge de procréer. Une femme obèse enceinte se prédispose et expose son fœtus à des facteurs de risque importants.

En tant qu'infirmière, la possibilité d'avoir à intervenir, auprès de femmes enceintes obèses ou en surplus de poids se présente de plus en plus fréquemment. Cependant, le domaine de recherche sur les connaissances et les perceptions des infirmières sur la femme obèse et son nouveau-né est peu développé.

Un devis de recherche quantitative de type descriptif a été utilisé afin d'identifier les connaissances erronées et/ou manquantes des infirmières. Ceci, dans le but de formuler des recommandations visant à améliorer la formation des infirmières en périnatalité. La collecte de données a été réalisée auprès de 76 infirmières qui ont répondu à un questionnaire structuré selon trois des quatre savoirs infirmiers de Carper (1975); soit le savoir empirique, le savoir personnel et le savoir éthique.

Les résultats montrent que les infirmières ont davantage de lacunes dans le savoir-science. Au terme de cette recherche, on apprend que les infirmières ne prennent pas suffisamment en considération les complications et les risques possibles lorsqu'elles interviennent auprès des patientes obèses et de leurs nouveaux nés. Par contre, comparativement aux quelques auteurs qui se sont penchés sur les perceptions des infirmières quant à l'obésité, les infirmières de l'échantillon posent tout de même un regard positif sur leurs patientes obèses. Les résultats de cette étude représentent une contribution importante à l'approfondissement des connaissances au sujet des perceptions et des savoirs des infirmières de la femme obèse qui

donne naissance. Les recommandations qui en découlent permettront d'améliorer la formation des infirmières en périnatalité et la qualité des soins offerts à ces patientes.

## REMERCIEMENTS

Les quatre dernières années ont été un pèlerinage parsemé de nombreuses surprises. Sans l'aide et le soutien de plusieurs, je n'aurais pu atteindre mon but.

Avant tout, je souhaite remercier mes superviseuses de thèse, Madame Denise Moreau et Madame Denyse Pharand. Elles m'ont prise sous leurs ailes et m'ont transmis leurs connaissances. C'est grâce à leur engagement continu et leurs multiples coups de pouce que j'ai réussi à terminer cette thèse. Je les remercie de leur patience, de leurs mots d'encouragement et de leur souci du détail.

Je remercie les deux membres de mon comité externe, Madame Viola Polomeno et Dr. Denis Prud'homme. Je suis profondément reconnaissante des commentaires et suggestions qu'ils m'ont donnés tout au long de mon cheminement. Un merci particulier à Madame Polomeno pour ses précieux conseils d'analyse statistique. Ceux-ci m'ont aidée à développer mon esprit scientifique.

À mes parents et à ma sœur : mes remerciements de votre confiance en moi et votre dévouement absolu à mon éducation. Je remercie mon conjoint Patrick pour son soutien inconditionnel dans les moments difficiles. Enfin, je ne peux compter le nombre de fois que vous m'avez répété de ne pas lâcher. Je ne saurais comment vous rendre la pareille.

Un dernier merci à toutes les infirmières qui ont rempli mon questionnaire. Leur contribution a permis d'articuler des recommandations pour améliorer les soins à prodiguer aux femmes obèses qui donnent naissance.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>RÉSUMÉ DE L'ÉTUDE</b> .....	2
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	4
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	8
<b>INTRODUCTION</b> .....	11
<b>CHAPITRE 1 : Problématique de recherche</b> .....	13
1.1. Pertinence de l'étude .....	19
1.2. But de l'étude.....	21
1.3. Questions de recherche.....	22
<b>CHAPITRE 2 : Recension des écrits</b> .....	23
2.1. L'ampleur de l'obésité.....	23
2.2. Les phénomènes de l'obésité et de la minceur .....	26
2.3. Les attentes sociétales et médicales vis-à-vis la femme enceinte.....	28
2.4. Les attentes sociétales et médicales vis-à-vis la femme enceinte obèse.....	28
2.5. Les effets de l'obésité sur la santé physique, psychologique et sociale des femmes en périnatalité .....	30
2.6. Le rôle de l'infirmière en périnatalité.....	33
2.7. Soins infirmiers prodigués aux femmes obèses enceintes.....	35
2.7.1. La période anténatale .....	36
2.7.2. La période perinatale .....	37
2.7.3. La période postnatale .....	39
2.8. Le cadre conceptuel .....	42
<b>CHAPITRE 3 : Méthodologie</b> .....	48
3.1. Type d'étude .....	48
3.2. Définition opérationnelle des variables .....	48
3.3. Définition des termes .....	51
3.4. Caractéristiques du milieu .....	53
3.5. Population à l'étude .....	54
3.6. Formation de l'échantillon.....	54
3.7. Taille de l'échantillon .....	54
3.8. Instrument de mesure : Le questionnaire VERO (2011) .....	56
3.8.1. Les savoirs empiriques .....	58
3.8.2. Les savoirs personnels .....	58
3.8.3. Les savoirs éthiques .....	58
3.8.4. Pré-test .....	58

3.8.5. Validité de contenu .....	61
3.9. Recrutement.....	62
3.10. Déroulement de la collecte des données .....	62
3.11. Plan de l'analyse des données .....	64
3.12. Considérations éthiques .....	65
<b>CHAPITRE 4 : Présentation des résultats .....</b>	<b>67</b>
4.1. Caractéristiques de l'échantillon .....	67
4.1.1. Âge.....	67
4.1.2. Statut d'emploi .....	69
4.1.3. Niveau de scolarité infirmière .....	69
4.2. Analyses descriptives univariées .....	70
4.2.1. L'indice de masse corporelle.....	70
4.2.2. Domaines de soins à la mère et au nouveau-né .....	72
4.2.3. Niveau d'expérience .....	73
4.2.4. Soins donnés aux patientes obèses .....	75
4.3. Analyses descriptives bivariées .....	75
4.3.1. Âge et niveau de scolarité - années d'expérience - statut d'emploi .....	76
4.3.2. Statut d'emploi et années d'expérience .....	79
4.3.3. Niveau de scolarité infirmière - domaines de soins -années d'expérience.....	81
4.4. Analyses inférentielles.....	83
4.4.1. Première question de recherche .....	83
4.4.1.1. Répartition des infirmières selon le groupe d'appartenance ayant obtenu un résultat supérieur et inférieur à la moyenne de toutes les infirmières de l'échantillon aux questions empiriques.....	86
4.4.1.2. Répartition des infirmières selon le groupe d'âge, le groupe d'appartenance et la moyenne obtenue aux questions sur le savoir empirique.....	87
4.4.1.3. Répartition des infirmières selon le niveau de scolarité, le groupe d'appartenance et la moyenne obtenue aux questions sur le savoir empirique.....	88
4.4.1.4. Répartition des infirmières selon le nombre d'années d'expérience en périnatalité, le groupe d'appartenance et la moyenne obtenue aux questions sur le savoir empirique .....	89
4.5. Deuxième question de recherche.....	90
4.6. Troisième question de recherche .....	99
4.7. Le résumé analytique.....	105
<b>CHAPITRE 5 : Interprétation des résultats .....</b>	<b>108</b>
5.1. Portrait des participantes de l'étude.....	109
5.2. Connaissances empiriques des infirmières de l'étude .....	111
5.2.1. Connaissances empiriques des infirmières autorisées travaillant en pernatal et postnatal (IA_PP).....	111
5.2.2. Connaissances empiriques des infirmières autorisées travaillant en	

postnatal (IA_MAT).....	114
5.2.3. Connaissances empiriques des infirmières auxiliaires autorisées travaillant en postnatal (IAA).....	115
5.3. Connaissances personnelles des infirmières de l'étude.....	116
5.3.1. Les items reliés aux savoirs personnels.....	117
5.4. Connaissances éthiques des infirmières de l'étude.....	121
5.4.1. Les items reliés aux savoirs éthiques.....	121
5.5. Limites méthodologiques.....	124
5.6. Implications pour la formation, la recherche et la pratique.....	127
5.6.1. Recommandations et implications pour l'éducation.....	127
5.6.2. Implications pour la recherche.....	128
5.6.3. Implications pour la pratique clinique.....	129
5.6.4. Implications pour le rôle de l'infirmière en pratique de niveau avancé.....	132
5.6.5. Recommandations et implications pour la théorie.....	134
<b>CONCLUSION</b> .....	135
<b>RÉFÉRENCES</b> .....	138
<b>ANNEXES</b>	
ANNEXE A : Stratégies de recherche.....	163
ANNEXE B : Questionnaire VERO (2011).....	164
ANNEXE C : Affiche de recrutement.....	185
ANNEXE D : Certificat d'approbation déontologique émis par l'Université d'Ottawa.....	186
ANNEXE E : Certificat d'approbation déontologique émis par le centre hospitalier.....	188
ANNEXE F: Formulaire de consentement.....	190
ANNEXE G : Tableau 18 : Pourcentage de bonnes réponses à chacune des questions sur les savoirs empiriques pour les infirmières du groupe IA_PP.....	193
ANNEXE H : Tableau 19 : Pourcentage de bonnes réponses à chacune des questions sur les savoirs empiriques pour les infirmières du groupe IA_MAT...	196
ANNEXE I : Tableau 20 : Pourcentage de bonnes réponses à chacune des questions sur les savoirs empiriques pour les infirmières du groupe IAA.....	198

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Répartition en pourcentage des infirmières autorisées et infirmières auxiliaires autorisées selon le groupe d'âge.....	68
Tableau 2	Répartition des infirmières selon le statut d'emploi au CFN.....	69
Tableau 3	Répartition des infirmières selon leur niveau de scolarité .....	70
Tableau 4	Répartition des infirmières selon leur IMC.....	71
Tableau 5	Répartition des trois sous-groupes d'infirmières selon le domaine de soins .....	73
Tableau 6	Répartition des infirmières selon leur nombre d'années d'expérience en soins infirmiers.....	74
Tableau 7	Répartition des infirmières selon leur nombre d'années d'expérience en périnatalité en milieu hospitalier.....	74
Tableau 8	Répartition des infirmières selon le groupe d'âge et le niveau de scolarité infirmière.....	76
Tableau 9	Répartition des infirmières selon leurs années d'expérience comme infirmière en périnatalité et leur groupe d'âge.....	77
Tableau 10	Répartition des infirmières selon le groupe d'âge et le statut d'emploi au CFN .....	78
Tableau 11	Répartition des infirmières selon le groupe d'âge et leur IMC .....	79
Tableau 12	Répartition des infirmières selon leurs années d'expérience en périnatalité et leur statut d'emploi.....	80
Tableau 13	Répartition des infirmières selon leurs années d'expérience au CFN et leur statut d'emploi .....	80
Tableau 14	Répartition des infirmières selon le niveau de scolarité infirmière et le domaine de soins .....	81
Tableau 15	Répartition des infirmières selon leur nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière et leur niveau de scolarité .....	82
Tableau 16	Répartition des infirmières selon leur nombre d'années d'expérience en périnatalité et leur niveau de scolarité.....	83

Tableau 17	Répartition des trois groupes d’infirmières selon le résultat moyen aux questions sur le savoir empirique .....	84
Tableau 18	Pourcentage de bonnes réponses à chacune des questions sur les savoirs empiriques pour les infirmières du groupe IA_PP.....	193
Tableau 19	Pourcentage de bonnes réponses à chacune des questions sur les savoirs empiriques pour les infirmières du groupe IA_MAT .....	196
Tableau 20	Pourcentage de bonnes réponses à chacune des questions sur les savoirs empiriques pour les infirmières du groupe IAA .....	198
Tableau 21	Répartition des infirmières selon le groupe d’appartenance ayant obtenu un résultat supérieur et inférieur à la moyenne de toutes les infirmières de l’échantillon aux questions empiriques .....	87
Tableau 22	Répartition des infirmières selon le groupe d’âge, le groupe d’appartenance et la moyenne obtenue aux questions sur le savoir empirique .....	88
Tableau 23	Répartition des infirmières selon le niveau de scolarité, le groupe d’appartenance et la moyenne obtenue aux questions sur le savoir empirique.....	89
Tableau 24	Répartition des infirmières selon le nombre d’années d’expérience en périnatalité, le groupe d’appartenance et la moyenne obtenue aux questions sur le savoir empirique .....	90
Tableau 25	Répartition des premières réactions des infirmières envers les patientes obèses .....	91
Tableau 26	Répartition des infirmières selon le groupe d’appartenance et leurs premières réactions envers les patientes obèses .....	93
Tableau 27	Répartition des infirmières selon le groupe d’appartenance, leur IMC et leurs premières réactions envers les patientes obèses .....	94
Tableau 28	Répartition des moyennes, écarts-types et pourcentages d’accord pour chacun des savoirs personnels.....	96
Tableau 29	Répartition des trois groupes d’infirmières selon la perception de ne pas être plus inquiète lorsqu’elles procurent des soins à une patiente obèse.....	97
Tableau 30	Répartition des infirmières selon le groupe d’appartenance, l’IMC et le choix de réponse à l’item #8: Soigner une patiente obèse ne m’inquiète pas .....	98

Tableau 31	Répartition des infirmières selon le groupe d'appartenance, leur IMC et le choix de réponse à l'item # 16 : Plus nerveuse lorsque je soigne une patiente obèse .....	99
Tableau 32	Répartition des moyennes, écarts-types et pourcentages d'accord pour chacun des savoirs éthiques .....	102
Tableau 33	Répartition des infirmières selon le groupe d'appartenance, leur IMC et le choix de réponse à l'item # 4 : Une personne est obèse, car elle ne bouge pas assez et est paresseuse .....	104
Tableau 34	Répartition des infirmières selon le groupe d'appartenance, leur IMC et le choix de réponse à l'item # 11 : Les patientes obèses manquent de contrôle et de volonté vis-à-vis leur poids .....	105

Au cours des deux dernières décennies, un nouveau fléau menace la santé des populations et retient de plus en plus l'attention au niveau international. La prévalence de l'obésité a augmenté considérablement chez les personnes de tous les âges tant au Canada qu'ailleurs dans le monde (Shields & Tremblay, 2008; Tjepkema, 2006). L'obésité entraîne non seulement des effets dévastateurs sur la santé physique, psychologique et sociale des individus (Boyer, 2008; Ferraro & Adamo, 2008), elle comporte aussi des conséquences économiques, sanitaires et sociales (Poulain, 2009).

Ce qui est alarmant est qu'au cours des dernières décennies, la tendance à l'embonpoint et à l'obésité augmente davantage chez les femmes en âge de procréer que chez les femmes plus âgées (Houde et Gagnon, 2004; Morin & Reilly, 2007, Walters & Smith Taylor, 2009). Une femme obèse qui devient enceinte et poursuit sa grossesse se prédispose et expose son fœtus à des facteurs de risque importants. Par exemple, la femme obèse enceinte est plus à risque de souffrir d'hypertension et de diabète gestationnel. Elle augmente ses chances d'avoir un travail dystocique ou un travail plus difficile. Dans ces conditions, son fœtus est plus à risque de macrosomie et de trauma au moment de la naissance (Arendas et al., 2008; Edwards et al., 1996; Ferrari, 2008; Galthier-Deneure et al., 2000; Hall et Neubert, 2005; Ramsay et al., 2006).

Travaillant comme infirmière en périnatalité depuis six ans, c'est au quotidien que j'observe les limites et insuffisances de notre formation de base pour ce qui est des soins qu'on offre aux femmes obèses. Graduellement au fil de mon expérience, j'ai pris conscience des conséquences négatives de l'obésité sur la grossesse, l'accouchement, la santé du fœtus et du nouveau-né. J'ai aussi été témoin de l'influence que peuvent avoir nos perceptions de l'obésité sur les soins prodigués et sur la relation thérapeutique que l'on entretient avec les patientes.

Ce constat a éveillé en moi un questionnement et une réflexion qui sont à l'origine de la présente étude. Le but de cette étude est de recueillir des données sur les connaissances et perceptions des infirmières sur les effets de l'obésité sur l'accouchement et la période postnatale autant pour les femmes enceintes que pour leurs nouveaux nés.

Les chapitres qui suivent présentent la problématique de l'obésité en périnatalité, les questions de recherche, la recension des écrits et la méthodologie. Enfin, la présentation et l'analyse des résultats aux trois questions de recherche permettent de formuler des recommandations et de tirer quelques conclusions.

## CHAPITRE 1

### Problématique de recherche

Au cours des deux dernières décennies, un nouveau fléau a reçu de plus en plus d'attention au niveau international. L'obésité est considérée comme étant la nouvelle peste du 21<sup>e</sup> siècle (Gouvernement de l'Ontario, 2004; Institute of Medicine [IOM], 2004; Oliver, 2006; Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2003; Poulain, 2009). Ce problème de santé à l'échelle planétaire n'affecte pas seulement les pays développés, mais aussi les pays en voie de développement (OMS, 2000). L'OMS rapporte qu'en 2003, près de 400 millions d'adultes étaient obèses et près de 1,6 milliard souffraient d'embonpoint (Poulain, 2009). Selon Santé Canada (2006), une personne qui souffre d'embonpoint doit par conséquent avoir un IMC entre 25 et 29,9. Tandis qu'une personne est considérée obèse lorsque son IMC est plus grand que 30. Depuis les 25 dernières années, la prévalence de l'obésité a augmenté considérablement chez les personnes de tous les âges tant au Canada que partout dans le monde (Shields & Tremblay, 2008; Tjepkema, 2006). Au Canada, plus de 59,2 % de la population souffre d'embonpoint et 23,1 % de cette population, soit près de 5,5 millions de Canadiens, est obèse (Santé Canada, 2004; Shields & Tremblay, 2008; Tjepkema, 2006). On définit une personne qui souffre d'embonpoint avec l'indice de masse corporelle [IMC], qui correspond au poids en kilogrammes divisé par la taille en mètre au carré ( $\text{kg/m}^2$ ) (Gilmore, 1999).

L'obésité entraîne des conséquences économiques, sanitaires et sociales (Poulain, 2009). Cette condition de santé coûte très cher à l'État et engendre des coûts directs et indirects qui pourraient affecter la survie du système d'assurance maladie canadien (Brown, 2006; Poulain, 2009). Ainsi, en 2005, le coût annuel de l'obésité au Canada était estimé à 4,3 milliards de dollars (Starky, 2005). L'obésité a des effets sur la santé physique,

psychologique et sociale des individus. De plus, elle a un impact important sur le bien-être et la longévité des populations (Boyer, 2008; Ferraro & Adamo, 2008). Les personnes obèses sont plus à risque de morbidité et de mortalité (Calle, Thun, Petrelli & Rodriguez, 1999; Ogden, Xanovski, Carroll & Flegal, 2007). Par conséquent, leur espérance de vie est plus courte (Ferraro & Adamo, 2008) et leur risque de développer des maladies cardiovasculaires, métaboliques, pulmonaires, musculosquelettiques, gastro-intestinales et psychosociales est plus élevé (Boyer, 2008; Ferraro & Adamo, 2008; Salihu & Richman, 2008). Les personnes obèses sont plus à risque de développer une dépression et d'avoir une qualité de vie et une estime de soi diminuées (Daniels, 2006; IOM, 2004; Lobstein, Baur, Uauy, IASO International Obesity Task Force, 2004). Salihu et Richman (2008) prétendent que les personnes obèses subissent de la discrimination dans les milieux de travail, de santé et d'éducation. Ces individus ont généralement un niveau de scolarité moins élevé et une profession moins désirable (Salihu & Richman, 2008). De plus, ils reçoivent moins de promotion au travail et ont un salaire annuel inférieur (OMS, 2000; Salihu & Richman, 2008). D'après Petrich (2000), les personnes obèses sont souvent perçues comme étant paresseuses et passives. Elles sont aussi vues comme ayant peu de discipline personnelle (Maroney & Golub, 1992; Petrich, 2000; Poon & Tarrant, 2009; Puhl & Brownell, 2001). Elles sont également réticentes à se procurer des soins de santé, car elles ressentent une attitude négative de la part des professionnels de la santé à leur égard (OMS, 2000).

L'obésité est un problème rencontré autant chez les hommes que chez les femmes. Au Canada, plus d'une femme sur deux, soit 53,4 % d'entre elles, font de l'embonpoint ou souffrent d'obésité (Santé Canada, 2004). Ce qui est inquiétant est qu'au cours des dernières décennies la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité a augmenté davantage chez les femmes en âge de procréer que chez les femmes plus âgées (Houde et Gagnon, 2004; Morin

& Reilly, 2007, Walters & Smith Taylor, 2009). Par conséquent, la possibilité d'avoir à intervenir, en tant que professionnel de la santé, auprès de femmes enceintes obèses ou en surplus de poids se présente de plus en plus fréquemment (Morin & Reilly, 2007).

Les infirmières qui travaillent en périnatalité doivent connaître les conséquences négatives de l'obésité sur la grossesse, l'accouchement, la santé du fœtus et du nouveau-né (Davies, 2006; Smith, Hulsey & Goodnight, 2008). Une femme obèse qui devient enceinte et poursuit sa grossesse se prédispose elle-même, ainsi que son fœtus à des risques plus élevés de problèmes de santé. La femme obèse enceinte est plus à risque de souffrir d'hypertension, de diabète gestationnel, d'avoir un travail dystocique et plus difficile, alors que son fœtus est plus à risque de macrosomie et de trauma au moment de la naissance (Arendas et al., 2008; Edwards et al., 1996; Ferrari, 2008; Galthier-Deneure et al., 2000; Hall et Neubert, 2005; Ramsay et al., 2006). L'obésité affecte également la santé psychologique et sociale des femmes enceintes (Jones, 2008). Les femmes obèses enceintes ont tendance à souffrir davantage de dépression, de détresse psychologique, de stress émotionnel et d'avoir une faible estime de soi (Jones, 2008). Amador, Judrez, Guízar et Linares, (2008) rapportent que de nombreuses femmes obèses enceintes ont une santé psychologique et une qualité de vie inférieures, alors que Brown, Thompson, Todd et Jones (2006) prétendent que la société perçoit les femmes enceintes et obèses comme des paresseuses qui manquent d'auto-discipline.

En plus d'influencer la santé physique, psychologique et sociale des individus obèses, ces derniers sont souvent victimes de préjudices (Faulkner, 2001; Puhl & Brownell, 2001). Plusieurs études révèlent que l'obésité est la forme de préjudice la moins acceptée dans la société actuelle (Myers & Rosen, 1999; Rand & MacGregor 1990; Rogge, Greenwald, & Golden, 2004). Cette perception de la société envers l'obésité n'a pas toujours été la même et

a grandement varié à travers les siècles. Dès 1890, le surplus de poids s'est vu attribuer une évaluation négative dans la société occidentale (Stearns, 1997). Cette évaluation négative entraîne une stigmatisation des personnes obèses dans la société, mais en particulier les femmes obèses (Brown, 2006; Fontaine, 1991; Kilbourne, 1994; Poulain, 2009; Robinson, Bacon & O'Reilly, 1993; Vandereycken, 1993). Selon Peternelj-Taylor (1989), la société actuelle est influencée par le phénomène minceur, lequel associe la minceur à la santé (Germov & Williams, 1999). La santé est donc synonyme de minceur tandis que l'obésité est synonyme de maladie (Cogan & Ernsberger, 1999; Foster & Kendall, 1994; Seid, 1989). En d'autres mots, le paradigme associé à la minceur influence la société contemporaine.

Les perceptions qui portent préjugés envers les personnes obèses affectent non seulement tous les aspects de leur vie, mais aussi les soins médicaux qui leurs sont prodigués (Whitfield, 2008). Certaines études ont rapporté que les individus obèses se sentent discriminés par les professionnels de la santé (Rand & MacGregor, 1990; Wright, 1998), tandis que d'autres études ont révélé le contraire (Wadden, Anderson, Foster, Bennett, Steinberg & Sarwer, 2000). Le phénomène sociétal associé à la minceur, affecte les soins prodigués aux personnes obèses, car la perception des soignants influence leur communication et leur interaction thérapeutique (King, 1981). Une étude publiée en 1999, par Culbertson et Smolen, a exploré les attitudes des infirmières vis-à-vis les personnes obèses. Les résultats de l'étude ont démontré que plus de la moitié des infirmières sont convaincues que les personnes obèses font de mauvais choix alimentaires, pourraient perdre du poids si elles le voulaient et manquent de confiance en soi. De plus, cette même étude a démontré qu'il y avait une corrélation positive entre l'âge des infirmières et leur attitude négative envers les personnes obèses. Une autre étude effectuée en Ontario et aux États-Unis a démontré que les étudiantes infirmières avaient une perception négative des hommes et des

femmes ayant un surplus de poids ou étant obèses (Petrich, 2000). Ces étudiantes éprouvaient de la pitié, et du dégoût envers les individus obèses, ce qui influençait leurs soins (Bagley, Conklin, Isherwood, Pechiulis & Watson, 1989; Petrich, 2000). Certaines études ont même démontré que les infirmières se sentaient embarrassées face à l'excès de poids, ce qui les portait à éviter les patients obèses (Peternelj-Taylor, 1989). Également, elles acceptent difficilement les patients qui ne se conforment pas au phénomène sociétal de minceur. Finalement, une étude publiée en 2010 a révélé que les infirmières ont des préjugés envers les personnes obèses. Toutefois, ces dernières prodiguent des soins égaux aux personnes obèses et aux personnes de poids normal (Davies, 2010). Hoppe et Ogden (1997) ainsi que Ogden et Hoppe (1998) ont démontré à l'aide d'études quantitatives, que les infirmières se sentent dépassées lorsqu'elles doivent prodiguer des soins à des personnes obèses. De plus, ces études ont révélé que si les infirmières avaient le choix entre donner des soins à une personne obèse ou une personne de poids normal, elles choisiraient la deuxième option. Par contre, les infirmières ont rapporté qu'il est important de donner une attention particulière aux soins et conditions de l'individu. En somme, cette étude a conclu que davantage de formation touchant la prise en charge de patients obèses serait bénéfique pour améliorer les perceptions négatives des infirmières.

Toutefois, il n'y a pas seulement la perception des infirmières qui peut influencer les soins prodigués aux femmes enceintes obèses ou en surplus de poids, mais également le niveau de savoir des infirmières. L'obésité est présentée aux infirmières comme un problème de santé qui peut affecter autant les adultes que les enfants (Lewis, Heitkemper & Dirksen, 2006; Schilling McCann, 2008). Il faut souligner que la liste des compétences de l'examen d'autorisation infirmière au Canada et de l'examen de certification infirmière en périnatalité de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC] (2008a, 2010) ne tient pas

compte de l'obésité. Green, McCoubrie et Cullingham (2000) ainsi que Miller, Alpert et Cross (2008) ont de plus constaté que les infirmières n'avaient pas assez de connaissances sur l'embonpoint et l'obésité pour bien intervenir auprès des individus obèses. Miller et al., (2008) relèvent également que seulement 51 % des infirmières se croyaient compétentes à donner des conseils de perte de poids aux patients obèses et que 62 % des infirmières souhaitaient une formation supplémentaire en ce qui a trait à l'influence de l'obésité et de l'embonpoint sur la santé. Toujours selon cette même étude, il faut souligner que 78 % des infirmières aimeraient recevoir de la formation continue sur les interventions à poser auprès de cette population. Petrich (2000) rapporte que les médecins et les infirmières reçoivent peu de formation sur les soins à donner aux personnes obèses. Cette même étude confirme que les programmes en sciences infirmières devraient augmenter le contenu relié à l'obésité pour combler les lacunes et améliorer la compétence des infirmières sur les soins aux personnes obèses.

Dans le cadre de l'enseignement reçu sur les soins en périnatalité, les infirmières devraient apprendre les interventions appropriées auprès d'une population enceinte obèse. Ainsi, une étude de Heslehurst, Lang, Rankin, Wilkinson et Summerbell, effectuée dans 16 unités de maternité au Royaume-Uni en 2007, a tenté de démontrer la perception des professionnels de la santé, quant à l'impact de l'obésité maternelle sur la prestation des services en périnatalité telle que l'augmentation du temps d'hospitalisation relié aux infections ou aux difficultés d'allaitement. Cette étude a démontré que l'obésité maternelle affecte non seulement la santé de la mère et de son fœtus, mais aussi les soins prodigués par les professionnels de la santé, ainsi que les ressources matérielles et humaines. Cette même étude a rapporté que les nouveaux parents ne sont pas sensibilisés aux effets de l'obésité sur la future mère, son fœtus et son nouveau-né. En somme, les infirmières ayant participé à

cette étude considèrent que l'effet de l'obésité sur la grossesse est maintenant une question de santé publique et elles dénoncent le manque de lignes directrices concernant les soins à prodiguer aux femmes enceintes obèses.

Enfin, les différentes études citées précédemment ont toutes démontré qu'il y a présentement des lacunes au niveau de la formation des infirmières dans la dispensation des soins aux personnes obèses. Ces lacunes entraînent des conséquences au niveau des connaissances des infirmières. Il est ainsi permis de penser que les infirmières ne se sentent pas en mesure de répondre aux besoins des personnes obèses. Ces dernières doivent connaître les facteurs de risques associés à l'obésité durant la période périnatale (le travail et l'accouchement) et postnatale afin d'être en mesure d'offrir les soins appropriés et de répondre aux besoins des personnes obèses. Le besoin de formation est encore plus important en périnatalité, car l'obésité touche non seulement les femmes enceintes, mais également leur fœtus. À ce jour, aucune étude n'a évalué les connaissances des infirmières sur l'effet de l'obésité en périnatalité. De plus, aucune étude n'a tenté d'identifier les perceptions des infirmières qui travaillent en périnatalité. Les infirmières doivent être sensibilisées à leurs perceptions des femmes enceintes obèses ou en surpoids, parce que les perceptions affectent la qualité de la relation thérapeutique et les soins offerts à ces patientes. D'ailleurs, aucune étude n'a pu déterminer si les perceptions des infirmières envers les femmes enceintes obèses influençaient les soins prodigués à ces dernières. Toutefois, il faut se rappeler qu'aucune compétence de l'examen d'autorisation infirmière au Canada et de l'examen de certification infirmière en périnatalité n'énonce les conséquences de l'obésité en périnatalité.

### **1.1. Pertinence de l'étude**

Le but de cette étude est d'identifier 1) les savoirs des infirmières concernant les effets de l'obésité sur l'accouchement et la période postnatale autant pour les femmes

enceintes que pour leurs nouveaux nés et 2) les perceptions des infirmières de la femme obèse enceinte. Dans un premier temps, les trois prochains paragraphes présentent les retombées de l'étude sur la théorie, la pratique et la recherche. En second lieu, les deux derniers paragraphes répondront aux deux critères de pertinence de l'étude.

D'un un point de vue théorique, l'utilisation du cadre conceptuel des modes de développement et d'utilisation du savoir « *patterns of knowing* » de Carper (1975) a permis d'élaborer un questionnaire basé sur trois des quatre sources de savoirs infirmiers : le savoir empirique, le savoir personnel et le savoir éthique. Ce questionnaire a pour but d'identifier les lacunes au niveau des connaissances infirmières et de faire des recommandations qui serviront à enrichir la formation des infirmières en périnatalité et à améliorer la qualité des soins offerts à ces patientes.

D'un point de vue pratique, les infirmières doivent connaître les facteurs de risques associés à l'obésité durant la période perinatale (le travail et l'accouchement) et postnatale afin d'être en mesure d'offrir les soins appropriés et de répondre aux besoins des personnes obèses. De plus, les infirmières doivent aussi être sensibilisées à leurs perceptions des femmes enceintes obèses ou en surpoids, car les perceptions peuvent affecter la qualité de la relation thérapeutique et les soins offerts à ces patientes. Par conséquent, les résultats de cette étude devraient permettre d'enrichir la formation théorique et clinique des infirmières concernant l'obésité chez la femme obèse. De plus, les retombées pourraient influencer l'amélioration de la pratique professionnelle dans les milieux cliniques. Au niveau de la recherche, cette étude descriptive permettra, grâce au questionnaire VERO (2011), d'identifier les connaissances et perceptions des infirmières de la femme obèse qui donne naissance.

Mayer, Ouellet, Saint-Jacques et Turcotte (2000) ont identifié deux critères de pertinence d'une étude, soit la pertinence sociale et la pertinence scientifique. La pertinence sociale permet d'apporter des réponses à certains problèmes des intervenants et des décideurs sociaux. Dans cette étude, la pertinence sociale est liée à la préoccupation actuelle que malgré l'augmentation de la prévalence d'obésité chez les femmes en âge de procréer, aucune étude n'a vérifié si les infirmières avaient les connaissances nécessaires pour bien intervenir auprès des patientes enceintes obèses et si les perceptions de celles-ci influençaient les soins qu'elles prodiguaient.

Cette étude répond aussi au second critère de pertinence, soit la pertinence scientifique : « La pertinence scientifique d'une recherche s'établit en montrant comment elle s'inscrit dans la préoccupation des chercheurs » (Mayer et al., 2000, p.48). Cette recherche viendra combler une lacune importante sur le plan des connaissances en périnatalité. En effet, tel que mentionné précédemment, aucune étude ne semble avoir identifié les connaissances et les perceptions des infirmières en ce qui a trait aux femmes enceintes obèses ou en surpoids.

Les résultats de l'étude proposée ici devraient permettre d'identifier les lacunes au niveau des connaissances infirmières et de faire des recommandations qui serviront à enrichir la formation des infirmières en périnatalité et à améliorer la qualité des soins offerts à ces patientes.

## **1.2. But de l'étude**

Cette étude vise à identifier les connaissances des infirmières selon le savoir empirique, le savoir personnel et le savoir éthique sur les effets de l'obésité sur l'accouchement et la période postnatale autant pour les femmes enceintes que pour leurs nouveaux nés (Carper, 1975; Meleis, 2005; Pépin, Kérouac & Ducharme, 2010).

### **1.3. Questions de recherche**

1. Quels sont les savoirs empiriques des infirmières sur les effets de l'obésité chez la femme enceinte et son nouveau-né durant la période périnatale (le travail et l'accouchement) et postnatale?
2. Quels sont les savoirs personnels des infirmières sur les effets de l'obésité chez la femme enceinte et son nouveau-né durant la période périnatale (le travail et l'accouchement) et postnatale?
3. Quels sont les savoirs éthiques des infirmières sur les effets de l'obésité chez la femme enceinte et son nouveau-né durant la période périnatale (le travail et l'accouchement) et postnatale?

## CHAPITRE 2

### Recension des écrits

Le présent chapitre découle de l'examen approfondi, systématique et critique des écrits pertinents se rapportant à la problématique et traite des éléments suivants : 1) l'ampleur de l'obésité; 2) les phénomènes de l'obésité et de la minceur; 3) les attentes sociétales et médicales vis-à-vis la femme enceinte; 4) Les attentes sociétales et médicales vis-à-vis la femme enceinte obèse; 5) les effets de l'obésité sur la santé physique, psychologique et sociale des femmes en périnatalité; 6) le rôle de l'infirmière en périnatalité; 7) les soins infirmiers prodigués aux femmes obèses enceintes; 8) le cadre conceptuel. La stratégie de recherche utilisée pour faire la recension des écrits de cette étude est présentée à l'annexe A.

#### 2.1. L'ampleur du phénomène de l'obésité

Depuis les 25 dernières années, la prévalence de l'obésité a augmenté considérablement chez les personnes de tous les âges tant au Canada que partout dans le monde (Shields & Tremblay, 2008; Tjepkema, 2006). En 2003, près d'un milliard d'adultes sur la planète souffraient d'embonpoint et parmi ces derniers 300 millions souffraient d'obésité (OMS, 2003). À l'heure actuelle, l'OMS proclame que près 1,7 milliard de personnes souffrent de surpoids ou d'obésité (James, 2003a). L'OMS (2004) qualifie de « globésité », l'épidémie globale d'obésité qui prend de l'ampleur. L'obésité est même décrite comme un phénomène international qui se répand plus rapidement qu'une épidémie (James, 2003b). Or, l'OMS (2004) considère que l'augmentation spectaculaire du surpoids et de l'obésité chez les Canadiens au cours des 20 dernières années et le pourcentage important qui en a été atteint constitue une épidémie canadienne.

Au Canada, le taux d'obésité est de 23,1 % chez les 18 ans et plus, soit environ 5,5 millions d'adultes (Statistique Canada, 2005). Ce problème de poids touche tous les groupes d'âge des deux sexes. La proportion de femmes obèses qui présente une surcharge pondérale est passée de 34 %, en 1978, à 40 %, en 1992 et à 53 % en 2004 (Statistique Canada, 2005; Torrance, Hooper & Reederm, 2002).

Il existe quelques variations entre les provinces et les territoires. Selon une analyse de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007-2008, l'obésité autodéclarée au Canada variait de 12,8 % en Colombie-Britannique à 25,4 % à Terre-Neuve-et-Labrador (Statistique Canada, 2011). En 2003, 57 % des hommes et 37 % des femmes étaient obèses ou en surpoids en Ontario (Ministère de la Santé de l'Ontario, 2004). Dans cette même province, la proportion de la population en surplus de poids a augmenté de 5 % entre 1990 et 2003 (Ministère de la Santé de l'Ontario, 2004). Selon cette dernière source, la région de l'Est ontarien a un taux d'obésité et d'embonpoint plus élevé (57,54 %) que la région d'Ottawa (50,31 %).

L'obésité entraîne des conséquences économiques, sanitaires et sociales (Poulain, 2009). Elle influence aussi la santé physique, psychologique et sociale des individus. De plus, elle a un impact important sur le bien-être et la longévité des populations (Boyer, 2008; Ferraro & Adamo, 2008). Les personnes obèses sont plus à risque de morbidité et de mortalité (Calle et al., 1999; Ogden et al., 2007). Leur espérance de vie est plus courte (Ferraro & Adamo, 2008; Peeters et al., 2003) et leur risque de développer des maladies cardiovasculaires, métaboliques, pulmonaires, musculo-squelettiques, gastro-intestinales et psychosociales est plus élevé (Boyer, 2008; Ferraro & Adamo, 2008; Salihu & Richman, 2008).

À l'heure actuelle, un fort pourcentage de femmes qui souffrent d'embonpoint ou d'obésité deviennent enceintes (IOM, 2009). Les femmes qui ont une surcharge pondérale ou qui sont obèses sont plus susceptibles d'avoir des problèmes quant à leur fonction reproductive, sur leur grossesse et sur la santé de leur fœtus et de leurs nouveaux nés (Davies, 2006). Au cours des dernières décennies, la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité a davantage augmenté chez les femmes en âge de procréer que chez les femmes plus âgées, ce qui constitue un phénomène inquiétant (Houde & Gagnon, 2004; Keppel & Taffel, 1993; Mokdad et al., 1999; Morin & Reilly, 2007, Must et al., 1999; Rasmussen & Yaktine, 2009; Statistique Canada, 2006; Walters & Smith Taylor, 2009). Des études effectuées aux États-Unis (Kuczmarski, Flegal, Campbell & Johnson, 1994), en Europe (Catalano & Ehrenberg, 2006) et au Canada (Statistique Canada, 2006) illustrent bien le phénomène. Kuczmarski et al., (1994) ont conduit une étude longitudinale aux États-Unis qui a révélé que le taux de surcharge pondérale a augmenté de 10,1 %, en 1960 à 20,2 %, en 1991 chez les femmes âgées de 20 à 29 ans et de 21,9 %, en 1960 à 34,9 %, en 1991 chez les femmes de 30 à 39 ans. L'étude menée au Canada par Statistique Canada (2006) a recueilli des données semblables et a démontré que l'obésité a presque doublé chez les femmes âgées de 25 à 34 ans, soit le groupe qui donne naissance à plus de 60 % des enfants qui naissent chaque année au Canada. Ces statistiques ne sont pas les seules à démontrer que le taux d'obésité pendant la grossesse est à la hausse, d'autres études ont rapporté des résultats similaires telles les études de Lu et al., (2001) et de Oron, Yogev et Hod, (2008). Conséquemment à ces résultats de recherche, la possibilité d'avoir à intervenir, en tant que professionnel de la santé, auprès de femmes enceintes obèses ou en surpoids se présente de plus en plus fréquemment (Morin & Reilly, 2007).

## **2.2. Les phénomènes de l'obésité et de la minceur**

Au cours des dernières décennies du 20<sup>e</sup> siècle, la science médicale est devenue un agent de contrôle qui gouverne les comportements de santé des individus de la société occidentale (Illich, 1977). Or, dans le contexte du contrôle de l'obésité, un nouveau phénomène a fait son apparition, il s'agit du phénomène de la minceur (Germov & Williams, 1999; Peternelj-Taylor, 1989).

L'influence grandissante de la science médicale sur la santé des individus et le phénomène de la minceur empruntent deux voies parallèles. Le phénomène minceur influence la société actuelle et popularise l'idée que la minceur est associée à la santé (Germov & Williams, 1999; Peternelj-Taylor, 1989). La société d'aujourd'hui valorise la minceur à un point tel, que la santé ne semble possible que pour les gens minces (Germov & Williams, 1999). La santé est synonyme de minceur tandis que l'obésité est synonyme de maladie (Cogan & Ernsberger, 1999; Foster & Kendall, 1994; Seid, 1989). Les individus qui ne se conforment pas à la minceur sont alors blâmés (Vickers, 1993). Par contre, de nouvelles études ont démontré que les risques de mortalité et de morbidité des personnes obèses qui sont régulièrement actives et/ou qui présentent une condition cardiorespiratoire élevée sont inférieurs à des personnes minces sédentaires et/ou avec une condition cardiorespiratoire faible (The Center for Consumer Freedom, 2005).

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, la perception de la société envers l'obésité n'a pas toujours été la même. L'obésité n'a pas toujours été fortement dénoncée. Au Moyen-âge, les anatomies massives étaient appréciées et désignaient la puissance et l'ascendance. À cette époque, la santé suppose le ventre plein. C'est à partir du 15<sup>e</sup> siècle que la critique des grosseurs s'affirme davantage et qu'on commence à stigmatiser les excès. Avec la Renaissance, les gros sont maintenant étiquetés comme des individus lents,

maladroits, fainéants, inintelligents et sont rejetés. Au 18<sup>e</sup> siècle, il se crée une distinction entre le profil masculin dont on accepte quelques rondeurs et le profil féminin où cette tolérance est refusée. Durant cette même période, la grosseur est synonyme de désordre, de maladie et les individus qui en sont atteints sont victimes de discrimination. La moitié du 19<sup>e</sup> siècle représente une période d'intensification de l'amincissement exercée majoritairement sur le corps féminin. Le discours médical change de ton et épouse d'emblée la nouvelle culture du mince. C'est la naissance de la promotion des affinements corporels, d'une surveillance plus aiguë des contours et du refus des lourdeurs. Aujourd'hui, nous sommes en présence de deux phénomènes : la présence croissante de l'exigence du mince et la présence croissante de la dénonciation du gros. Le phénomène de l'exigence de la minceur demeure une norme du paraître social, alors que celui de la dénonciation du gros devient un indice de menace sanitaire (Vigarello, 2010).

Dans le cas des femmes, la situation est particulière, parce que le changement du statut de la femme est au cœur de l'évolution de sa silhouette comme de ses contours (Vigarello, 2010, p.298). De nos jours, les femmes obèses et en surpoids qui ne sont pas capables de se conformer à l'idéal minceur sont victimes de discrimination et de stigmatisation (Brown, 2006; Fontaine, 1991; Kilbourne, 1994; Poulain, 2009; Puhl & Brownell, 2001; Robinson et al., 1993; Vandereycken, 1993). Elles sont blâmées pour leur situation (Vickers, 1993), car la société occidentale a comme idéologie que les individus sont responsables de leur situation et méritent ce qu'ils ont. Selon cette vision, le gain et la perte de poids peuvent être gérés par l'individu (Brown, 2006; Crandall & Biernat, 1990; Crandall, 1994; Crandall & Martinez, 1996).

Dans la société actuelle, nos comportements et notre alimentation sont surveillés. La société récompense les bonnes conduites alimentaires et punit les mauvaises, ainsi elle

récompense la minceur et punit l'obésité (Apfeldorfer & Zermati, 2006). Notre société surveille non seulement les comportements des individus obèses, mais surveille et dirige les comportements et le corps des femmes enceintes et des femmes enceintes obèses (Lupton, 1999).

### **2.3. Les attentes sociétales et médicales vis-à-vis la femme enceinte**

Les femmes enceintes doivent satisfaire certaines attentes sociétales. Quéniart (1988) rapporte que durant la grossesse, le corps des femmes est un objet, abritant un autre corps objet (le fœtus). Les femmes enceintes sont responsables de leurs actions et du destin de leur fœtus (Lupton, 1999; Ruhl, 1999). Elles reçoivent beaucoup de pression en ce qui concerne le développement de leur bébé (Quéniart, 1992), alors qu'elles ne détiennent aucun pouvoir sur les facteurs de risque présents dans l'environnement (Quéniart, 1992; Ruhl, 1999). Elles sont exhortées à éviter toutes actions qui pourraient mettre en péril la santé de leur fœtus (Lupton, 1999). Elles doivent modifier leurs habitudes de vie et les adapter à leur nouvel état pour assurer la qualité de vie du fœtus (Quéniart, 1988). Les femmes enceintes sont invitées à prendre soin d'elles-mêmes et à surveiller leur poids pendant la grossesse, car la santé de leur fœtus en dépend (Bograd Gordon & Tobias, 1984; Lupton, 1999; Quéniart, 1992).

Selon Lupton (1999), les femmes enceintes sont incitées à consulter un gynécologue, à bien s'alimenter, à rester actives, à bannir l'alcool, à consommer de l'acide folique et des vitamines. Il n'est donc pas étonnant que les femmes enceintes se sentent souvent négligées et oubliées et qu'elles aient l'impression d'être seulement des mères porteuses, puisque c'est le fœtus qui reçoit toute l'attention (Quéniart, 1992).

### **2.4. Les attentes sociétales et médicales vis-à-vis la femme enceinte obèse**

Chez les femmes enceintes obèses, la pression exercée par la société quant à leurs comportements de santé est encore plus grande parce qu'on les responsabilise pour leur santé

et celle de leur fœtus en raison de leur obésité ou de leur surpoids (Nyman, Prebensen & Flensner, 2008). Plusieurs se sentent coupables de ne pas être minces parce qu'elles vivent dans une société qui glorifie la minceur et dénigre l'obésité. D'autres se sentent blâmées, car elles ne sont pas capables de se conformer à la minceur (Vickers, 1993) ainsi que de gérer leur gain ou leur perte de poids (Brown, 2006; Crandall & Biernat, 1990; Crandall, 1994; Crandall & Martinez, 1996). Plusieurs femmes enceintes obèses se sentent coupables d'être obèses, car on leur fait sentir qu'elles mettent leur vie et surtout la vie de leur fœtus en danger (Nyman et al., 2008).

Ces attentes sociétales et médicales vis-à-vis les femmes enceintes et les femmes enceintes obèses influencent les perceptions des professionnels de la santé. Par conséquent, il devient particulièrement important d'identifier les perceptions des infirmières qui prennent soin de ces femmes, car selon Illich (1976) et Brown (2006), les professionnels de la santé ont les mêmes attitudes et les mêmes préjugés que la société. Quelques auteurs ont découvert que les perceptions des professionnels de la santé peuvent affecter les soins. Schmied, Duff, Dahlen, Mills et Kott (2011) ont constaté que les perceptions négatives des professionnels de la santé envers les femmes enceintes obèses influencent la communication verbale et non verbale de la relation thérapeutique avec la patiente. De plus, Nyman et al. (2008) ont constaté que les femmes enceintes obèses se sentent souvent humiliées et embarrassées par certains commentaires et certains soins reçus par des professionnels de la santé. Ces mêmes auteurs ont aussi constaté que les infirmières démontraient une mauvaise communication, rejetaient les plans de naissance et ne prenaient pas au sérieux les femmes enceintes obèses. Furber et McGowan (2010) font mention qu'un comportement neutre et ouvert des professionnels de la santé permettrait aux femmes enceintes obèses de se sentir plus en

confiance et plus rassurées. Ces auteurs soulignent également que les professionnels de la santé devraient utiliser une communication verbale et non verbale rassurante et respectueuse.

## **2.5. Les effets de l'obésité sur la santé physique, psychologique et sociale des femmes en périnatalité**

Sur le plan clinique, l'IMC constitue la définition la plus pertinente de l'obésité (Davies, Maxwell & McLeod, 2010). Le Canada a énoncé des lignes directrices basées sur celles de l'OMS et les ont réparties en six catégories, c'est-à-dire l'insuffisance pondérale (IMC de moins de 18,5), le poids normal (IMC de 18,5 à 24,9), la surcharge pondérale (IMC de 25,0 à 29,9), l'obèse catégorie I (IMC de 30,0 à 34,9), l'obèse catégorie II (IMC de 35,0 à 39,9), ainsi que l'obèse catégorie III (IMC de plus de 40,0) (Statistique Canada, 2005). Pour ce qui est de la définition de l'obésité pendant la grossesse, celle-ci varie d'un auteur à l'autre. Davies et al., (2010) la définissent comme étant les femmes dont le poids équivaut de 110 % à 120 % de leur poids corporel idéal ou à  $\geq 91$  kg (200 lb), ou dont l'IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>.

L'obésité et le surpoids sont associés à des conséquences néfastes sur la santé physique, psychologique et sociale des femmes en périnatalité, mais aussi chez leurs fœtus et leurs nouveaux nés. Les femmes obèses qui débutent leur grossesse avec un surpoids ou une obésité se mettent à risque et mettent également à risque leur fœtus de présenter des complications médicales périnatales (Ferrari, 2008; Houde & Gagnon, 2004). En somme, l'obésité influence l'évolution de la grossesse, l'apparition de complications périnatales et l'évolution postnatale.

Sur le plan physique, les femmes qui ont une surcharge pondérale ou qui sont obèses seront davantage à risque durant la période anténatale de développer un diabète, une hypertension gestationnelle ou de la prééclampsie, une apnée de sommeil, une infection des voies génitales et/ou urinaires, une grossesse prolongée, ainsi que des problèmes

thromboemboliques (Arendas et al., 2008; Cedergren, 2006; DeVader, Neeley, Myles & Leet, 2007; Royal Women's Hospital, 2007).

Durant la période perinatale, les femmes qui ont une surcharge pondérale seront plus à risque de subir un déclenchement de travail, une dystocie du travail, une césarienne à la suite d'un arrêt de progrès, une césarienne d'urgence, une tentative sans succès d'accouchement par voie vaginale après césarienne, une rupture utérine lors d'un accouchement vaginal après césarienne, une dystocie de l'épaule, des problèmes lors de l'insertion d'agent anesthésique ou lors de la période préopératoire, un décollement placentaire, un accouchement vaginal assisté, une surcharge liquidienne, un accouchement prématuré et un plus grand degré de lacération vaginale lors de l'accouchement (Arendas et al., 2008; Devader et al., 2007; Ducarne, Rodrigues, Aissaoui, Davitian, Pharisien & Uzan, 2007; Hall et Neubert, 2005; James & Maher, 2009; Jevitt, 2009; Royal Women's Hospital, 2007).

Tandis que durant la période postnatale, elles seront à risque de développer une infection, une ouverture de l'incision suprapubienne, un thromboembolie veineuse, une dépression postnatale, une hémorragie postpartum, ainsi que des difficultés d'allaitement ou une durée d'allaitement plus courte (Arendas et al., 2008; DeVader et al., 2007; Ducarne et al., 2007; James & Maher, 2009; Jevitt, 2009; Mahlmeister, 2007; Royal Women's Hospital, 2007).

En ce qui concerne les conséquences de leur surplus de poids ou de leur obésité sur la santé de leurs fœtus et/ou leurs nouveaux nés, ces derniers sont plus à risque d'admission aux soins intensifs néo-nataux, d'anomalie congénitale telle qu'un spina-bifida ou hypospadias, de macrosomie, d'un trauma pendant la naissance par exemple une fracture de la clavicule ou de l'humérus, d'un retard de croissance intra-utérine, de détresse fœtale, d'un résultat d'Apgar bas à cinq minutes de vie, de mortinaissance, de mort néo-natale, de mort intra-utérine dû à

un retard de croissance intra-utérine non détecté, ainsi qu'un risque d'obésité plus élevé chez l'enfant (Arendas et al., 2008; DeVader et al., 2007; James & Maher, 2009; Jevitt, Morse & O'Donnell, 2008; Jevitt, 2009; Royal Women's Hospital, 2007; Waller et al., 2007).

Très peu d'études ont investigué les aspects psychologiques et sociaux des femmes obèses enceintes (Bernier & Hanson, 2012). Toutefois certaines études ont démontré les effets psychologiques de l'obésité chez la population obèse en général (Bernier & Hanson, 2012). Ils ont découvert que les personnes ayant un IMC plus élevé souffraient davantage de détresse psychologique et émotionnelle, incluant de la stigmatisation, de l'anxiété, de la dépression, et des idées suicidaires. Plusieurs avaient une image corporelle négative et éprouvaient de la honte et de la culpabilité vis-à-vis leur poids et leur condition (Amador et al., 2008; Furber & McGowan, 2010; Grillo et al., 2005; LaCoursière, Bloebaum, Duncan & Varner, 2005; Nyman et al., 2008). Par contre, certaines études ont rapporté le contraire en affirmant que la fréquence de problèmes psychologiques, telles que la dépression et l'anxiété, n'était pas plus élevée chez les personnes obèses que chez les personnes de poids normal (Darby, Hay, Mond, Rodgers & Owen, 2007; Onyike, Crum, Lee, Lyketsos & Eaton, 2003; Wadden & Phelan, 2002). Compte tenu de ces résultats, il est raisonnable de croire que les femmes obèses enceintes éprouvent davantage de détresse psychologique et émotionnelle que les femmes enceintes ayant un poids santé.

Les quelques études effectuées auprès de femmes enceintes obèses ont indiqué que l'IMC influençait le bien-être psychologique et social des femmes durant la période anténatale et postnatale. Ces études ont révélé que les femmes subissent des stéréotypes, des stigmas et de la discrimination (Amador et al., 2008; Jones, 2008; Krause, Østbye & Swamy, 2009; LaCoursiere, Baksh, Bloebaum & Varner, 2006, LaCoursiere, Hutton & Varner, 2007). Jones (2008) ajoute que les femmes obèses enceintes ont tendance à souffrir

davantage de dépression, de détresse psychologique, de stress émotionnel et d'un faible estime de soi. Smith et Lavender (2011) ont relevé que les femmes enceintes obèses avaient une attitude négative envers le système de santé. Ils ont constaté que cette attitude négative leur occasionnait une détresse psychologique et émotionnelle. D'ailleurs, quelques études ont démontré que lorsque les femmes enceintes obèses doivent visiter leur professionnel de la santé, celles-ci se sentent anxieuses et embarrassées. De plus, ces femmes enceintes ressentent de la culpabilité face à leur poids (Nyman et al., 2008; Smith & Lavender, 2011). Plusieurs femmes se sentent coupables et anxieuses de mettre leur propre vie et celle de leur fœtus en danger, à cause de leur poids (Furber & McGowan, 2010; Nyman et al., 2008). Tandis que d'autres sont anxieuses de ne pas être capables de prendre soin de leur enfant dans le futur (Furber & McGowan, 2010).

D'autres études ont rapporté que la grossesse pouvait réduire, chez certaines femmes en surpoids ou obèses, les sentiments négatifs associés à un  $IMC \geq 25$  (Fox & Yamaguchi, 1997; Nyman, Prebensen & Flensner, 2008; Smith & Lavender, 2011; Weir et al., 2010; Wiles, 1998). Plusieurs de ces femmes voient leurs changements corporels pendant la grossesse comme positifs et se sentent physiquement plus attrayantes (Smith & Lavender, 2011). Certaines femmes obèses enceintes rapportent qu'elles se sentent moins stigmatisées pendant cette période de leur vie (Fox & Yamaguchi, 1997; Nyman, Prebensen & Flensner, 2008; Weir et al., 2010; Wiles, 1998).

## **2.6. Le rôle de l'infirmière en périnatalité**

Les infirmières ont un rôle important dans le domaine de la périnatalité. Durant la période prénatale, l'infirmière doit recueillir des données sur la femme enceinte et sa famille. L'infirmière interprète les résultats des examens et des tests de laboratoire de la future mère ainsi que le profil biophysique du fœtus, l'examen de réactivité fœtale et les résultats des

tests d'activité fœtale. Le rôle principal de l'infirmière durant la période prénatale est l'éducation pour la santé surtout dans le cadre des cours prénataux (Catlin, 2005; Hanson, 2008; Wong, Perry & Hockenberry, 2002; Best Start, 2007). Durant ces cours, l'infirmière fournit aux futurs parents des informations ayant pour but de maintenir et de promouvoir une grossesse en santé et de favoriser l'allaitement (Langlois, 2003). L'infirmière s'assure de fournir suffisamment d'information pour favoriser l'autonomie de la patiente et de sa famille durant la phase latente, de même que durant la phase active du travail et de l'accouchement (Ricci & Kyle, 2009).

Durant la période perinatale, l'infirmière a un rôle très actif. Elle détermine l'état de santé de la mère et identifie la présence de complications pour la mère ainsi que pour son fœtus. De plus, l'infirmière détermine l'état du travail de la patiente en interprétant les contractions, la dilatation cervicale, la présentation et la position du bébé. Par la suite, elle interprète les données de ces évaluations et détermine s'il y a lieu, les interventions appropriées. Durant cette période, elle met en œuvre les interventions appropriées pour soulager la douleur, faciliter la progression du travail et minimiser les traumatismes du périnée. Elle connaît également les soins associés à une situation d'urgence, et aide la femme et sa famille à s'adapter à la situation, tout en favorisant la sécurité de la patiente (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2003).

Durant la période postnatale, l'infirmière obtient les antécédents de la grossesse et de l'accouchement pour mieux comprendre les répercussions de ces antécédents sur la période postnatale. Elle est capable d'effectuer un examen physique postnatal pour évaluer le fond utérin, les lochies, le périnée, les seins et les signes vitaux; afin de prendre en charge les problèmes réels ou potentiels. L'infirmière promeut l'attachement et le développement des compétences parentales. Elle favorise les autosoins de la mère et soutient la famille dans les

cas de deuil. En ce qui a trait au nouveau-né, elle doit faire une évaluation physique et intervenir au besoin. De plus, elle connaît les soins d'hygiène à prodiguer aux nouveaux nés. L'infirmière est au courant des signes d'un allaitement efficace et les interventions appropriées pour résoudre les situations courantes liées à l'allaitement (Lowdermilk et al., 2003).

## **2.7. Les soins infirmiers prodigués aux femmes obèses enceintes**

Même si le rôle de l'infirmière en périnatalité est clairement identifié par les autorités de la discipline infirmière (AIIC, 2008a; Lowdermilk & Perry, 2004; Simpson & Creehan, 2008; Towles & Adams, 2008; Wong et al., 2002), la description du rôle précis de l'infirmière en périnatalité dans le contexte du surpoids et de l'obésité est quasi inexistante et a été très peu étudiée à ce jour.

Afin de fournir des soins de santé optimaux aux femmes enceintes obèses ou en surpoids, les infirmières doivent posséder les connaissances théoriques et cliniques en soins infirmiers spécifiques à cette clientèle.

Lorsqu'elles accompagnent une femme obèse en travail, les infirmières doivent être plus vigilantes aux complications telles qu'une dystocie de l'épaule, un arrêt de progrès, une rupture utérine, une pré-éclampsie, une hémorragie postnatale et une mortinaissance (Arendas et al., 2008; DeVader et al., 2007; Hall & Neubert, 2005; James & Maher, 2009; Jevitt et al., 2008). Les infirmières ont aussi un rôle important auprès des nouveaux nés, car ces derniers sont à risque d'anomalie congénitale et de trauma pendant la naissance (Arendas et al., 2008; Galthier-Deneure et al., 2000; Hall & Neubert, 2005; Jevitt et al., 2008; Picard & Hébert, 1999).

Les infirmières doivent effectuer les soins infirmiers appropriés à la population visée. Les soins prodigués aux femmes obèses durant la période anténatale, perinatale et postnatale

sont très différents de ceux prodigués aux femmes de poids normal, car les patientes obèses présentent souvent des problèmes médicaux préexistants et sont à risques de complications perinatales et postnatales (Mahlmeister, 2007). Très peu d'études ont été effectuées afin d'identifier les meilleures stratégies de soins périnataux aux femmes obèses enceintes (Bernier & Hanson, 2012; Morin & Reilly, 2007). Toutefois, quelques études ont identifié les soins qui devraient être spécifiquement prodigués aux femmes obèses durant les périodes anténatale, perinatale et postnatale (Cesario, 2003; James, 2001; James & Maher, 2009; Jevitt et al., 2007; Lachat, Owen & Ebel, 1995; Orphan, 2008; Robinson, O'Connell, Joseph & McLeod, 2005).

### **2.7.1. La période anténatale**

Pendant cette période, les infirmières devraient sensibiliser les femmes obèses aux risques de l'obésité sur leur grossesse et leur accouchement (Morin & Reilly, 2007). Toutefois, il est important d'utiliser une communication verbale et non verbale claire, rassurante et sans admonestation (McCabe & Timmins, 2006)

Les infirmières devraient conseiller aux femmes enceintes obèses, de ne pas consommer plus de 300 calories de plus par jour et faire 30 minutes d'exercices d'intensité légère à modérée par jour comme de la marche, du conditionnement physique en piscine, de la natation, ainsi que du vélo (Jevitt, 2009; Santé Publique Ottawa, 2011). Elles devraient également, les inciter à consulter une diététicienne (Davies, Wolfe, Mottola & MacKinnon, 2003; Lachat et al., 1995) et les encourager à prendre un supplément de vitamines, de même qu'une dose plus élevée d'acide folique chaque jour.

Les infirmières devraient utiliser du matériel approprié au poids de la patiente tel que le brassard à tensiomètre, le spéculum, ainsi qu'un ruban à mesurer le fond utérin (Cesario, 2003; Lachat et al., 1995). À la fin de la grossesse, l'infirmière devrait demander à ce que les

femmes obèses enceintes soient vues en consultation par un anesthésiste avant d'accoucher, étant à risque élevé d'accouchement par césarienne (Cesario, 2003; Jevitt, 2009).

### **2.7.2. La période périnatale**

Les infirmières peuvent aider les patientes à faire progresser leur travail (Morin, 1998) en les incitant à être actives durant leur travail, c'est-à-dire marcher durant la phase active et avoir une position droite lors de la deuxième phase de travail (Morin, 1998). De plus, il est important d'évaluer le cœur fœtal et les contractions à l'aide d'un monitoring fœtal électronique chez les femmes enceintes qui souffrent d'obésité morbide, car elles sont plus à risque d'avoir des problèmes périnataux indésirables (Collège royal des obstétriciens et gynécologues [CROG], 2001). Toutefois, il est souvent difficile d'avoir un tracé clair par monitoring fœtal électronique et de capter efficacement les contractions, dues à la couche épaisse de tissus adipeux (Cesario, 2003). Par conséquent, il est parfois nécessaire que l'infirmière tienne continuellement le transducteur échographique (pour la détection des bruits du cœur) afin d'avoir un tracé clair par monitoring fœtal électronique (Cesario, 2003; James & Maher, 2009; Simpson, 2008). Dans le cas où les ceintures pour attacher le transducteur échographique et le tocodynamomètre seraient trop courtes, deux ceintures peuvent être attachées ensemble pour allonger la ceinture (Simpson, 2008). Les infirmières devraient également considérer l'installation d'un moniteur fœtal interne dans le cas où le moniteur fœtal externe serait inefficace (Arendas et al., 2008; James & Maher, 2009; Orphan, 2008; Simpson, 2008). Il est parfois utile d'installer un cathéter à pression intra-utérine si les contractions ne sont pas captées avec le tocodynamomètre ou si l'infirmière a de la difficulté à palper les contractions (Jevitt, 2009; Lachat et al., 1995). Le monitoring des contractions et le fait d'assurer un travail adéquat chez les femmes obèses sont importants, car de plus en plus de données indiquent que la contractilité utérine peut-être altérée ou

entravée chez les femmes obèses (Moynihan, Hehir, Glavey, Smith & Morrison, 2006; Zhang, Bricker, Wray & Quenby, 2007).

Pendant la période périnatale, l'infirmière doit évaluer régulièrement la douleur des patientes obèses, car elles ont de la difficulté à distinguer entre une douleur associée aux contractions et une douleur associée à un problème sous-jacent (Lachat et al., 1995). L'infirmière devrait aussi encourager la patiente à prendre l'anesthésie épidurale au début de la phase active afin d'augmenter les effets bénéfiques de ce traitement (Davies et al., 2010; Mahlmeister, 2007). Lors de l'administration d'une péridurale, l'infirmière devrait demander à la femme obèse enceinte de s'asseoir sur le bord du lit, car cette position est recommandée afin de diminuer le risque de complications de la brèche durale (Morin & Reilly, 2007), de très longues aiguilles pour l'administration de la péridurale devraient toujours être disponibles sur l'unité de naissance (Mahlmeister, 2007).

Durant la deuxième phase du travail, l'infirmière doit recommander aux femmes obèses de changer régulièrement de position afin de ne pas mettre trop de poids sur les mêmes articulations souvent à risque d'inflammation et de détérioration prématurée (James & Maher, 2009). Les infirmières doivent être à l'affût des complications probables telles qu'un arrêt de progression du travail, une dystocie de l'épaule, une césarienne (Arendas et al., 2008; Jevitt, 2009; Jevitt et al., 2008; Orphan, 2008). Ces risques accrus font en sorte que l'infirmière ou le médecin doit informer le personnel de la salle d'opération lors de césarienne, afin que ces derniers soient équipés en conséquence (Davies et al., 2010; Royal Women's Hospital, 2007). Les femmes obèses doivent toujours être en position assise ou semi-assise afin d'améliorer l'oxygénation des poumons et diminuer la postcharge cardiaque (Orphan, 2008). Enfin, les femmes obèses ont besoin d'un meilleur suivi de leurs ingérés et

leurs excrétés, car elles sont plus à risque de développer une insuffisance cardiaque (Cesario, 2003; Lachat et al., 1995; Sinha, 2006).

### **2.7.3. La période postnatale**

Les femmes obèses devraient être encouragées à se mobiliser davantage (Arendas et al., 2008). L'infirmière doit questionner la patiente pour déceler des signes et/ou symptômes de thromboembolie en utilisant à titre d'exemple, le test d'Homans. Il est recommandé d'administrer une thromboprophylaxie, telle que de l'héparine de faible poids moléculaire, pendant trois à cinq jours suivant l'accouchement vaginal chez les femmes de plus de 35 ans qui avant ou au début de la grossesse, présentaient un IMC plus grand que  $40 \text{ kg/m}^2$  ou un poids plus grand que 90 kg. Le principe qui sous-tend l'administration de cette médication est que l'obésité peut augmenter les risques de thromboembolie (Centre for Maternal and Child Enquiries & CROG, 2010; Nelson Piercy, 2009). Le CROG recommande d'envisager une thromboprophylaxie chez les femmes « extrêmement obèses » qui sont hospitalisées pendant la période prénatale (Nelson Piercy, 2009). Le rôle de l'infirmière serait d'administrer l'héparine à faible poids moléculaire que le médecin aurait prescrit et d'installer des bas anti emboliques à la patiente (Mahlmeister, 2007). L'infirmière peut en plus appliquer un dispositif de compression pneumatique sur les extrémités inférieures (Cesario, 2003; Mahlmeister, 2007). Elle devrait également encourager la femme obèse à tousser, à respirer profondément et à utiliser la spirométrie afin de diminuer les risques de pneumonie (Blackwood, 2004; Mahlmeister, 2007). La surveillance des signes et symptômes d'embolie pulmonaire et d'apnée du sommeil fait également partie du rôle de l'infirmière (Lachat et al., 1995).

En ce qui a trait à l'allaitement, tout comme les autres femmes, les femmes obèses devraient être encouragées à allaiter dès la naissance du nouveau-né, et ce fréquemment dans

le but : (1) d'améliorer la contractilité utérine, (2) de diminuer les risques d'hémorragie postnatale et d'hypoglycémie chez les nouveaux nés macrosomiques (Jevitt, 2009), et (3) de diminuer les risques d'une production laiteuse retardée (Jevitt, 2009; Morin & Reilly, 2007). Les infirmières devraient encourager les femmes obèses à allaiter afin que celles-ci améliorent leurs chances de perte de poids postnatale, et diminuent leurs risques d'hypertension, de diabète de type 2, et de dyslipidémie (Ram et al., 2008; Royal Women's Hospital, 2007; Stuebe, Rich-Edwards, Willett, Manson & Michels, 2005). Par ailleurs, afin d'augmenter leurs chances de succès d'allaitement, une rencontre avec la consultante en lactation serait utile (Arendas et al., 2008; Mahlmeister, 2007; McCabe, 2008; Morin & Reilly, 2007).

Les infirmières devraient être à l'affût du risque élevé de complications telles que : (1) l'infection, (2) la déhiscence, (3) l'inflammation, (4) l'écoulement ou l'exsudat de la plaie (Arendas et al., 2008; Cesario, 2003; Davies et al., 2010), (5) l'endométrite (Davies et al., 2010; Morin, 1998; Morin & Reilly, 2007), (6) l'hémorragie postnatale (James & Maher, 2009; Lachat et al., 1995), (7) l'hémorragie interne (Lachat et al., 1995), (8) l'infection urinaire (Morin, 1998), (9) la dépression postnatale (Jevitt, 2009; McCabe, 2008; Morin & Reilly, 2007). À la suite d'une césarienne, les bruits intestinaux des patientes obèses devraient être vérifiés à chaque quart de travail, car ces patientes sont plus à risque d'obstruction intestinale (James & Maher, 2009). Les infirmières devraient toujours se mettre à deux pour procéder au premier lever d'une patiente obèse (Blackwood, 2004; Mahlmeister, 2007; McCabe, 2008). La position semi-assise devrait être favorisée pour augmenter l'oxygénation (Brentin & Sieh, 1991). La saturation en oxygène devrait être vérifiée régulièrement (Lachat et al., 1995; Mahlmeister, 2007). Avant de recevoir son congé, la patiente obèse devrait avoir rencontré une diététicienne ou encore avoir pris un rendez-vous

en clinique (McCabe, 2008; Royal Women's Hospital, 2007). Des conseils sur la rétention du poids durant la période postnatale, sur les risques à long terme et sur les conséquences de l'obésité doivent également lui être fournis, de même qu'un encouragement à perdre du poids avant sa prochaine grossesse (Arendas et al., 2008).

Durant les interventions citées précédemment, l'infirmière peut utiliser deux garrots et un papillon lors des ponctions veineuses, afin d'améliorer ses chances de succès (Lachat et al., 1995). Lors de l'insertion d'une intraveineuse, l'infirmière peut utiliser certaines pratiques pour augmenter ses possibilités de réussite comme : appliquer de la chaleur sur la veine, utiliser au besoin deux garrots, une lumière à fibre optique et un cathéter intraveineux de 5,1 centimètres de longueur. Le pli antécubital est le site intraveineux à privilégier (Brentin & Sieh, 1991). L'intraveineuse devrait être insérée pendant la phase de latence lorsque cela est possible (Royal Women's Hospital, 2007).

La voie intraveineuse est privilégiée pour le contrôle de la douleur, car il pourrait se créer un délai avec les autres voies. La dose d'analgésique doit être vérifiée pour s'assurer de son efficacité par rapport au poids de la patiente (Lachat et al., 1995).

La tension artérielle devrait être mesurée avec un brassard approprié (Cesario, 2003; Orphan, 2008). Par contre, si seulement un brassard régulier est disponible, l'infirmière peut utiliser l'avant-bras ou le mollet de la patiente (Blackwood, 2004) ou utiliser un brassard pour cuisse (Brentin & Sieh, 1991). La tension artérielle doit se prendre en position assise ou semi-assise, car la position latérale ou le bras plus haut que le cœur peut fausser les résultats de 20 mm Hg à la baisse. La méthode de prise des signes vitaux doit être inscrite dans le rapport interservices afin de permettre la fidélité des données (Cesario, 2003).

Lorsqu'une patiente qui présente une obésité morbide est admise dans un milieu de soins, chaque infirmière devrait vérifier la disponibilité d'équipement tel que : (1) lit et

fauteuil roulant bariatriques, (2) brassard à tensiomètre approprié, (3) ceintures à moniteurs plus longues, (4) bassine en métal, et (5) taille de la jaquette plus grande (Mahlmeister, 2007; Orphan, 2008). Le fait de mettre le matériel à proximité de la patiente permettra à celle-ci de se sentir moins embarrassée par son poids (Brentin & Sieh, 1991; James & Maher, 2009)

Étant donné que les femmes obèses sont très sensibles aux réponses des professionnels de la santé par rapport à leur poids, à leur mobilité réduite, et à leurs besoins particuliers (Mahlmeister, 2007), chaque infirmière devrait être sensible à l'image de soi de ces patientes afin de créer un milieu qui soit le plus respectueux possible (Lachat et al., 1995; Morin, 1998).

## **2.8. Le cadre conceptuel**

Le cadre conceptuel des modes de développement et d'utilisation du savoir « *patterns of knowing* » de Carper (1975) a été retenu pour cette étude afin d'identifier les savoirs des infirmières en périnatalité travaillant auprès de femmes obèses. Carper a conceptualisé, dans le cadre de ses études doctorales quatre modes de développement et d'utilisation du savoir infirmier. Ces savoirs énoncés, il y a presque 40 ans, ont été revus par plusieurs auteurs, dont Chin et Kramer (2008), ainsi que par White (1995). Dans son étude, Carper (1975) voulait identifier la structure des savoirs infirmiers. Elle voulait également identifier les modes de développement et d'utilisation du savoir qui caractérisent la discipline infirmière.

Dans les paragraphes qui suivent, les modes de développement et d'utilisation du savoir infirmier, soit le mode empirique, ou la dimension scientifique; le mode personnel, ou l'effort de compréhension de soi et de l'autre; le mode éthique, ou la dimension morale; ainsi que le mode esthétique, ou l'art infirmier (Carper, 1975) seront présentés. Ces modes ne sont ni complets ni parfaits, mais en constante évolution (Fry, 1988). Ces savoirs sont définis comme des savoirs autant théoriques que cliniques (Meleis, 2005). Ils sont essentiels pour la

formation et l'apprentissage des soins infirmiers (Carper, 1975). Contrairement au savoir empirique, les autres modes de développement et d'utilisation du savoir sont moins établis dans les écrits et sont plus difficiles à exploiter (Fawcett, Watson, Neuman, Walker & Fitzpatrick, 2001).

Le mode empirique est défini comme la science des soins infirmiers, car ce mode est basé sur des faits et des preuves scientifiques qui ont pour but de développer des explications théoriques (Carper, 1975; Wong, 1998). Ce mode est issu de la recherche scientifique, de l'observation, de l'exploration, de la description et de l'explication des phénomènes (Kérouac, Pépin, Ducharme & Major, 2003; Pépin et al., 2010). Il est basé sur ce que nous voyons, touchons et entendons (Chinn & Kramer, 2008). Le savoir empirique ne se fonde pas uniquement sur une perspective théorique et objective mais aussi sur l'exploration et la compréhension des phénomènes (White, 1995). Ce type de savoir a longtemps dominé notre société et la profession infirmière, entraînant ainsi la croyance qu'un savoir est valide et sûr seulement s'il est basé sur des faits et s'il peut être généralisé (Wong, 1998). Selon Carper (1975), pour prendre soin d'un être humain il faut avoir les connaissances empiriques nécessaires afin de comprendre le phénomène de la santé et de la maladie. Le développement de savoirs dans ce mode découle de questions telles : « Qu'est-ce que c'est? », « Comment cela fonctionne-t-il? ». En plus, ce mode de développement et d'utilisation de la connaissance englobe les divers processus menant à la reconnaissance d'une science, dont l'analyse conceptuelle, ainsi que l'élaboration et la vérification de théories descriptives ou explicatives (Rodgers & Knafl, 2000; Walker & Avant, 2004). Afin de mettre en application le savoir empirique de Carper (1975), les quatre types de savoirs « empiriques » de Larouche (1984) ont été utilisés dans cette étude. Larouche (1984) a étudié la formation des éducateurs physiques à travers un processus de socialisation professionnelle. Ses

résultats démontrent que les éducateurs physiques valorisent davantage la dimension professionnelle pratique (savoir-faire et savoir-faire-faire), plutôt qu'académique de la formation (savoir-science et savoir-culture). Par ailleurs, Larouche (1984) a défini chacun de ces quatre savoirs. Le savoir-faire-faire porte sur la capacité de communiquer et de transmettre des connaissances théoriques et pratiques, ainsi que d'organiser des situations d'apprentissage pour les participants en tenant compte de leurs besoins et aspirations. Tandis que le savoir-faire concerne les capacités et habiletés physiques, de type général et spécifique, que l'éducateur physique doit posséder pour être en mesure de remplir ses fonctions de manière adéquate. Le savoir-science est axé sur l'acquisition de connaissances théoriques et le développement du sens critique. Alors que le savoir-culture est centré sur la façon de voir, de penser, d'être et d'agir particulièrement à une catégorie de travailleurs. Cependant, ce dernier savoir n'a pas été utilisé dans le cadre de cette étude, car il est similaire au savoir éthique décrit par Carper (1975).

Les savoirs esthétiques et personnels se développent dans la relation thérapeutique entre le patient et l'infirmière (Somerville, 2009). Le savoir personnel est fondamental dans le processus d'acquisition des connaissances, mais s'avère aussi être l'un des plus difficiles à maîtriser et à enseigner (Milhomme, 2010). Le mode personnel fait référence à la connaissance de soi et de l'autre, autant par son intellect que par son intuition qui lui permet de comprendre de façon sensible une situation de soins donnée (Carper, 1978; Pépin et al., 2010). Il est relié à l'authenticité et à la connaissance subjective de l'infirmière ainsi qu'au bien-fondé de sa personne (Milhomme, 2010). De plus, il prend appui sur l'expérience personnelle de l'infirmière de devenir un être unitaire, conscient et authentique (Pépin et al., 2010). Selon Carper (1975), ce type de savoir est le plus difficile à enseigner et à maîtriser. Toutefois, elle le définit comme le plus essentiel des savoirs, car il permet de bien

comprendre le concept de « santé » comme faisant partie intégrante du bien-être d'un individu (Carper, 1975). En lien avec ce type de savoir, Chinn et Kramer (1999) ont déterminé deux questions critiques « Est-ce que je sais ce que je fais? » et « Est-ce que je fais ce que je sais? ». D'après Chinn et Kramer (2008), le savoir personnel est la pierre angulaire d'une pratique holistique et chaque mode de savoir est un savoir personnel. Le savoir personnel requiert de la maturité et de la confiance en soi (Rubarth, 2005). De plus, il permet d'utiliser ses propres expériences afin d'aider les autres (Carper, 1978; Kérouac et al., 2003). Par conséquent, plus une infirmière a confiance en ses connaissances et ses habiletés, plus elle se sentira confortable dans ses évaluations et interventions infirmières (Carper, 1978). Le mode personnel est aussi présent dans des situations où on utilise la pratique réflexive, c'est-à-dire où l'infirmière a recours à une démarche qui utilise l'interaction, le questionnement et la réflexion pour apporter des ajustements à sa pratique (Buteau, Garant-Rochette, Thibault & Tremblay, 2009; John, 1995, 2004). Le savoir personnel s'appuie sur ce que l'infirmière connaît d'elle-même, sur son intellect et son intuition (Kérouac et al., 2003). En bref, le savoir personnel est l'utilisation d'actions tels l'écoute, l'attention, l'empathie et le toucher dans les situations de soins (Pépin et al., 2010). Meleis (2005) ajoute la promotion de la relation thérapeutique et des soins individualisés à ce savoir.

Le savoir esthétique est associé à l'art infirmier qui est visible à travers les actions entreprises pour aider le patient à satisfaire ses besoins fondamentaux et aider celui-ci à gérer différentes situations (Wiedenbach, 1964). Il est décrit comme un mode subjectif de savoir qui se concentre sur l'intuition, l'interprétation et la compréhension d'un phénomène (Rubarth, 2005). Ce même auteur explique que ce type de savoir permet à l'infirmière de comprendre par elle-même un phénomène et de trouver une signification de ce qu'elle voit. Le savoir esthétique est lié aux expressions de type artistique qui découlent des expériences

quotidiennes de l'infirmière telles que la beauté d'un geste et l'intensité d'une interaction (Pépin et al., 2010). Les soins de confort, ainsi que l'utilisation de l'empathie et de l'intuition font partie du savoir esthétique (Meleis, 2005; Wong, 1998). Carper (1978) a décrit que le savoir esthétique est acquis avec l'expérience plutôt qu'avec la recherche systématique. Ce type de savoir permet aux infirmières d'envisager les conséquences probables si les interventions infirmières ne sont pas effectuées (Chinn & Kramer, 1999). Ces derniers suggèrent à l'infirmière de se demander « Qu'est ce que cela signifie? » et « Comment est-ce significatif? » (Chinn & Kramer, 2008). Dans l'ensemble, le savoir esthétique se reflète dans les actions, le comportement, l'attitude, la relation et l'interaction entre l'infirmière et le patient (Chinn & Kramer, 2008).

Le dernier mode est le savoir éthique qui se définit comme la dimension morale des soins infirmiers (Rubarth, 2005). Dans ce mode de développement et l'utilisation du savoir infirmier, l'infirmière doit élaborer un processus de prise en compte de valeurs et de clarification d'ordre moral qu'exigent de nombreuses situations de soins. L'utilisation de ce savoir permet de prendre des décisions pour ce qui est juste, bon, désirable ou non pour le patient au regard des soins à donner (Rubarth, 2005; Wong, 1998). Le savoir éthique permet de prendre la bonne décision au bon moment et de se concentrer sur ce qui devrait être fait dans une situation afin d'agir dans le meilleur intérêt du patient, ainsi que d'assurer sa sécurité (Clements & Averill, 2004). Selon Rubarth (2005), les infirmières prennent connaissance des perceptions et des valeurs de leurs patients, ainsi que de leur famille. Les infirmières doivent alors réfléchir à leur pratique en se posant les questions suivantes : « Est-ce juste? » et « Est-ce responsable? » (Chinn & Kramer, 2008).

Cette recension des écrits a exploré l'ampleur de l'obésité et l'influence de ce phénomène sur les attentes sociales et médicales, sur la santé de la femme et de son nouveau-

né, ainsi que sur les soins infirmiers. Bien que la base des soins infirmiers en périnatalité demeure la même, il reste que les soins infirmiers aux femmes obèses enceintes et à leurs nouveaux nés sont très distincts. Ce chapitre a démontré que les femmes obèses enceintes et leurs nouveaux nés ont des besoins bien particuliers. Les infirmières qui leur sont affectées doivent avoir les connaissances nécessaires afin d'être en mesure d'offrir les soins appropriés et de répondre à leurs besoins. De plus, ces infirmières doivent être sensibilisées à leurs perceptions, car leurs perceptions peuvent affecter leur relation thérapeutique.

Malgré l'augmentation de prévalence de l'obésité chez les femmes en âge de procréer, aucune étude n'a vérifié si les infirmières avaient les connaissances nécessaires pour bien intervenir auprès des patientes obèses enceintes et si les perceptions de celles-ci influencent les soins qu'elles prodiguent. Cette recherche explore donc les connaissances et perceptions des infirmières de la femme obèse qui donne naissance. La recherche auprès des infirmières travaillant avec les femmes obèses enceintes est importante puisque les résultats apporteront une contribution majeure à la formation des infirmières en périnatalité et à l'amélioration de la qualité des soins offerts à ces patientes.

## CHAPITRE 3

### Méthodologie

Ce chapitre présente la méthodologie utilisée pour répondre aux questions et objectifs de recherche formulés au chapitre précédent. Les éléments suivants sont présentés : 1) type d'étude; 2) définition opérationnelle des variables et définition des termes; 3) caractéristiques du milieu; 4) population à l'étude; 5) formation de l'échantillon; 6) taille de l'échantillon; 7) instrument de mesure; 8) recrutement; 9) collecte des données; 10) plan de l'analyse des données; 11) considérations éthiques et, 12) limites méthodologiques.

#### 3.1. Type d'étude

Avant de choisir l'approche et le devis de recherche, il est important de considérer les croyances du chercheur, la nature de la question de recherche et les méthodes de recherche (Fortin, 2010). Dans la discipline infirmière, deux paradigmes prévalent dans le développement des connaissances soient le paradigme positiviste et le paradigme naturaliste. La recherche quantitative adhère au paradigme positiviste qui suppose une réalité objective que l'on peut étudier et comprendre. La présente étude est une recherche quantitative de type descriptif.

Le choix de ce devis se justifie, car il existe peu de données disponibles quant aux connaissances et perceptions des infirmières de la femme obèse qui donne naissance. Cette étude permettra d'identifier les savoirs empiriques, personnels et éthiques des infirmières sur les effets biopsychosociaux associés à l'obésité sur l'accouchement et la période postnatale.

#### 3.2. Définition opérationnelle des variables

##### Connaissances :

- Notions que l'on acquiert par l'étude, l'observation ou l'expérience (Legendre, 1993), telles que mesurées par le questionnaire VERO (2011).

### Perception de l'obésité et du surpoids :

- Représentation intellectuelle selon laquelle l'esprit conçoit les situations. Basé sur l'intuition, l'impression et les sensations, ce concept fait état de l'opinion que les infirmières ont de la femme enceinte obèse ou en surpoids qui tient compte de leurs valeurs, de leurs croyances, de leur mode de vie, de leur culture et de leurs expériences passées (Kérouac et al., 2003) telle que mesurée par l'échelle des perceptions du questionnaire VERO (2011).

### Savoir :

- Ensemble des connaissances acquises, spécifiques à une discipline (Legendre, 1993) divisé en 4 types (empirique, personnel, éthique et esthétique) selon Carper 1975. Le savoir esthétique n'a pas été retenu dans le cadre de cette étude.

### Savoir empirique :

- Constitue la dimension scientifique des soins infirmiers (Pépin et al., 2010). Ce savoir est issu de la recherche scientifique, de l'observation, de la description des phénomènes (Pépin et al., 2010), afin de créer des théories (Carper, 1975). Pour les besoins de cette étude trois des quatre savoirs de Larouche (1984) ont été retenus, il s'agit du savoir-science, du savoir-culture, du savoir-faire-faire et du savoir-faire.
- Le savoir-science est axé sur l'acquisition de connaissances théoriques et le développement du sens critique.
- Le savoir-culture est centré sur la façon de voir, de penser, d'être et d'agir particulièrement à une catégorie de travailleurs.

- Le savoir-faire porte sur la capacité de communiquer et de transmettre des connaissances théoriques et pratiques.
- Enfin, le savoir-faire concerne les capacités et habiletés physiques générales et spécifiques, que l'infirmière doit posséder pour être en mesure de remplir ses fonctions de manière adéquate.

#### Savoir personnel :

- Effort de compréhension de soi et de l'autre. Cette dimension du savoir englobe la compréhension subjective de soi et de l'autre, ou ce que l'infirmière connaît d'elle-même, tant par son intellect que par son intuition qui lui permettent de comprendre de façon sensible une situation de soins. Ce type de savoir est exprimé lorsque l'infirmière est ouverte, démontre une écoute active, porte attention au patient et est empathique envers lui (Pépin et al., 2010).

#### Savoir éthique :

- Dimension morale du savoir infirmier (Carper, 1978), qui concerne ce qui est juste, bon, désirable et s'appuie sur des principes et des codes (Chinn & Kramer, 2008; Pépin et al., 2010). Ce savoir se démontre par le comportement moral et éthique de l'infirmière dans ses soins associés au traitement de la maladie et de la promotion de la santé (Carper, 1975; Pépin et al., 2010).

### 3.3. Définition des termes

#### Pernatal :

- Période du travail et de l'accouchement, qui se divise en trois phases. La première période commence avec le début du vrai travail et se termine à la dilatation complète du col (10 cm). La deuxième période débute avec la dilatation complète du col jusqu'à son effacement et finit à la naissance de l'enfant. La troisième période commence avec la naissance et s'achève avec l'expulsion placentaire (Girard, 2003).

#### Postnatal :

- Période durant laquelle la femme doit s'adapter aux modifications physiques et psychologiques occasionnées par la naissance de l'enfant. Elle débute « immédiatement après l'accouchement et se poursuit pendant six semaines ou jusqu'au moment où l'organisme de la femme retrouve son état d'avant la grossesse » (Ladewig, London & Davidson, 2010, p.898)

#### Statut d'emploi temps plein :

- Situation d'emploi dont l'horaire de travail régulier est un horaire à temps plein soit environ 1950 heures par année, ce qui équivaut à 37,5 heures par semaine (Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario [AIIO], 2012a; Sloan, Pong, Rukholm, Larocque & Pitblado, 2006).

#### Statut d'emploi temps partiel :

- Situation d'emploi dont l'horaire de travail régulier est un horaire à temps partiel, soit un total d'heures inférieur à un horaire à temps plein. De plus, l'infirmière s'engage à travailler de façon régulière (AIIO, 2012a; Sloan et al., 2006).

#### Statut d'emploi sur appel :

- Situation d'emploi dont l'horaire de travail ne garantit pas un nombre fixe d'heures de travail par période de paie et où l'individu est appelé lorsque le besoin est demandé (Institut canadien d'information sur la santé, 2003).

#### Statut d'emploi occasionnel :

- Situation d'emploi dont l'horaire de travail ne garantit pas un nombre fixe d'heures de travail par période de paie (Institut canadien d'information sur la santé, 2003).

#### Obésité :

- Accumulation excessive de graisse dans les tissus adipeux, pouvant engendrer des problèmes de santé (OMS, 2012). Selon Santé Canada (2006), une personne est considérée obèse lorsque son IMC, qui se définit comme un rapport poids-taille, est plus grand que 30.

#### Surpoids ou embonpoint :

- Accumulation anormale de graisse dans les tissus adipeux, pouvant engendrer des problèmes de santé (OMS, 2012). Selon Santé Canada (2006), une personne ayant un surplus de poids ou un poids excessif a un IMC qui se situe entre 25 et 29,9.

#### Indice de masse corporelle :

- Lien entre le poids et la taille qui se calcule en divisant le poids exprimé en kilogrammes par le carré de la taille exprimée en mètres ( $IMC = \text{taille} / (\text{masse})^2$ ). Jusqu'à présent, ce calcul est la méthode utilisée le plus couramment pour déterminer si le poids d'une personne tombe dans une fourchette saine (Gilmore,

1999). Il existe six catégories d'IMC soit le poids insuffisant ( $IMC \leq 18,5$ ), le poids santé ( $IMC > 18,5$ ), l'embonpoint ( $IMC > 25$ ), l'obésité classe un ( $IMC > 30$ ), l'obésité classe deux ( $IMC > 35$ ), l'obésité classe trois ( $IMC > 40$ ) qui est aussi décrite comme l'obésité morbide (Gilmore, 1999; OMS, 1995; OMS, 2000; United Kingdom Department of Health [Ministère de la Santé (DH) du Royaume-Uni], 1997). Dans le cadre de cette étude, les catégories poids insuffisant et poids santé ont été jumelés, ainsi que l'obésité classe un, deux et trois ont été unifiés afin de diminuer la possibilité d'identifier des résultats à une participante ou à un sous-groupe de participantes.

### **3.4. Caractéristiques du milieu**

L'hôpital qui a été choisi comme milieu pour cette étude est un centre universitaire qui offre des services bilingues de soins de santé primaires et secondaires de courte durée. Ce milieu d'étude se distingue par son caractère francophone, puisque la langue de travail est le français, mais offre des services dans les deux langues officielles. Cet hôpital compte présentement 221 lits sur plusieurs unités de soins dont l'unité choisie pour cette étude : le Centre familial de naissance (CFN).

Le nombre moyen d'accouchements au CFN est d'environ 2700 naissances par année. Il comprend 18 chambres privées TARPP (travail, accouchement, récupération, postpartum), cinq chambres privées régulières, trois chambres semi-privées et une chambre à trois lits. La durée de séjour postnatal d'une dyade mère-bébé est d'environ 24 à 48 heures pour un accouchement vaginal et de 48 à 72 heures pour un accouchement par césarienne. Ce CFN possède également une unité de soins intermédiaires qui permet d'observer et de traiter jusqu'à huit nouveaux nés dont la condition de santé est instable ou présente des problèmes.

### **3.5. Population à l'étude**

Au moment de cette étude, la population cible se dénombrait à 95 infirmières, soit 79 infirmières autorisées et 16 infirmières auxiliaires autorisées. Ces infirmières du CFN donnent des soins de santé aux femmes et à leurs nouveaux nés durant les périodes périnatales et postnatales.

### **3.6. Formation de l'échantillon**

Les sujets qui font partie de l'échantillon ont satisfait les critères de sélection suivants : 1) travailler en tant qu'infirmière autorisée ou infirmière auxiliaire autorisée au CFN depuis au moins trois mois; 2) avoir travaillé au minimum un quart de travail ou huit heures au cours des trois derniers mois. La méthode d'échantillonnage non probabiliste de convenance a été utilisée. Cette méthode consiste à inclure les sujets qui se portent volontaires au fur et à mesure qu'ils se présentent jusqu'à l'obtention de la taille voulue de l'échantillon (Fortin, 2010).

### **3.7. Taille de l'échantillon**

Avant d'amorcer la collecte de données, il est important d'estimer la taille de l'échantillon soit le nombre de sujets souhaités. Dans une étude quantitative, « la taille de l'échantillon a une incidence directe sur la validité des conclusions de l'étude » (Fortin, 2010, p.241). Il existe des facteurs à considérer pour déterminer la taille de l'échantillon ce sont : le but et la nature de l'étude, l'homogénéité de la population, le seuil de signification, la puissance du test et la taille de l'effet (Fortin, Côté & Fillion, 2006; Fortin, 2010).

Dans le cadre de cette étude descriptive, la population cible est homogène puisque les infirmières travaillent toutes dans la même culture de soins périnataux soit le même CFN. Toutes les infirmières du CFN ont reçu une formation générale en soins infirmiers et une formation continue dans le domaine de la périnatalité. La méthode d'échantillonnage utilisée

est une méthode non probabiliste de convenance qui ne nécessite pas de justifier la taille de l'échantillon.

Les trois facteurs suivants soit le seuil de signification, la puissance du test et l'ampleur de l'effet attendu sont tous liés au calcul de la puissance du test qui a été utilisé dans le cadre de cette étude. Le seuil de signification (valeur  $\alpha$ ) fait référence à la probabilité que le chercheur rejette par erreur l'hypothèse nulle ( $H_0$ ), c'est-à-dire qu'il n'existe pas de différence entre les variables alors qu'en réalité il en existe (Fortin, 2010). La taille de l'effet se définit comme la force de la relation qui unit des variables ou la grandeur de l'écart entre des groupes (Fortin, 2010). Dans le cadre de cette étude, l'utilisation du pré-test a permis de concrétiser l'ampleur de l'effet attendu. Autrement dit, la différence entre le plus grand score du questionnaire était de 63 % et le plus petit de 46 %, soit une différence de 17 %. Cette différence équivaut à un degré de l'effet moyen. En conséquence, la taille de l'échantillon requise devait être moyenne (Fortin, 2010). Le dernier facteur est la puissance du test, aussi appelé l'analyse de puissance. Ce test statistique permet de déterminer la taille qu'il faut donner à l'échantillon pour vérifier adéquatement les hypothèses de recherche (Cohen, 1988). Il est aussi défini comme la capacité à rejeter à bon escient l'hypothèse nulle (Fortin, 2010). Cependant, la puissance du test n'est pas une technique destinée seulement à déterminer la taille idéale de l'échantillon, mais également à estimer la probabilité de commettre des erreurs de type II (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007). Ce type d'erreur se produit lorsque l'hypothèse nulle est acceptée, alors qu'elle est fausse. Autrement dit, le chercheur conclut qu'il n'y a pas de relation significative, alors qu'en fait il y en a une (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007). Quand la puissance du test est faible, le risque de commettre l'erreur de type II est plus élevé (Fortin, 2010).

Dans cette étude, la taille de l'échantillon a été calculée en émettant une valeur par défaut des proportions de 0.5. Cette valeur a été estimée à l'aide de la moyenne du pré-test (qui était de 55 %). La formule pour calculer la puissance du test s'illustre ainsi :  $n = (pqN) / (ET^2 N) + (pq)$ . Dans cette formule, l'estimé de la variance (pq) est défini comme le (p= maximum possible de proportion) (q= 1-maximum possible de proportion), c'est-à-dire 0.55 multiplié par 0.45; la population (N) est égal à 95 infirmières autorisées et infirmières auxiliaires autorisées; l'étendue de l'erreur (ET) est égale à la marge d'erreur tolérée divisé par 1,96 étant l'intervalle de confiance à 95 %. En somme, un échantillon aléatoire de 76 infirmières autorisées et infirmières auxiliaires autorisées sur un total de 95 infirmières devrait permettre de mesurer les connaissances et perceptions des infirmières au regard des femmes obèses enceintes, selon une étendue de l'erreur de 5 % (95 fois sur 100).

### **3.8. Instrument de mesure : Le questionnaire VERO (2011)**

La collecte des données relatives aux savoirs empiriques, personnels et éthiques a été réalisée à partir du questionnaire VERO (2011). Ce questionnaire a été élaboré parce que selon la recension des écrits effectuée, il ne semble pas exister d'instrument validé pour recueillir ce type de données.

C'est un questionnaire semi-structuré qui se compose de 54 questions et qui a pour but d'identifier les connaissances et les perceptions des infirmières sur les effets de l'obésité durant la période perinatale et postnatale chez les femmes obèses et leurs nouveaux nés (Annexe B).

Le questionnaire VERO (2011) est composé de dix questions sociodémographiques, de type fermé dichotomiques, à choix multiples et de type ouvert à courte réponse, 28 questions sur les savoirs empiriques et personnels, de types fermés dichotomiques et à choix multiples, une question sur le savoir empirique de type ouvert à courte réponse, ainsi que 15

items de type Likert couvrant les savoirs personnels et éthiques. Par ailleurs, l'échelle de type Likert comprend quatre points allant de « oui, tout à fait », « oui, un petit peu », « plus ou moins » jusqu'à « non, pas du tout ». Au total, il y a huit questions sur le savoir personnel, huit questions sur le savoir éthique et 28 questions sur le savoir empirique. Les questions sociodémographiques permettent de recueillir les informations suivantes : l'âge du sujet, la taille et le poids du sujet, le nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière, le niveau de scolarité, le statut d'emploi, le nombre d'années d'expérience au CFN, le nombre d'années d'expérience en périnatalité, l'expérience avec les patientes obèses, ainsi que l'acquisition de connaissances grâce à des formations, cours ou conférences sur les femmes obèses.

Le contenu du questionnaire VERO (2011) a été élaboré à partir d'une recension des écrits portant sur divers aspects de l'obésité sur la santé périnatale, des attentes sociétales et médicales vis-à-vis de la femme enceinte et du rôle de l'infirmière en périnatalité. Certains ouvrages ont cependant servi de base à l'élaboration de quelques items : Arendas et al. (2008); Brown, Stride, Psarou, Brewins et Thompson (2007); Lachat et al. (1995); Mahlmeister (2007); Morin (1998); Morin & Reilly (2007) et plusieurs autres. On y retrouve les effets de l'obésité sur la santé physique, psychologique et sociale des femmes en périnatalité; les attentes de la société et de l'institution médicale vis-à-vis de la femme enceinte et de la femme enceinte obèse; ainsi que le rôle de l'infirmière en périnatalité et plus spécifiquement auprès des femmes obèses.

Ce questionnaire a été élaboré selon trois des quatre savoirs infirmiers de Carper (1975) soit le savoir empirique, le savoir personnel et le savoir éthique. Le quatrième savoir de Carper, soit le savoir esthétique n'a pas été considéré dans cette étude, car il aurait été difficile d'identifier l'art infirmier par l'intermédiaire d'un questionnaire comme instrument de collecte de données.

### **3.8.1. Les savoirs empiriques**

Le savoir empirique est issu de la recherche scientifique, de l'observation, de l'exploration, de la description et de l'explication des phénomènes (Kérouac et al., 2003). Les questions 17 à 44 couvrent les savoirs empiriques, qui portent sur les aspects biopsychosociaux du surpoids et de l'obésité chez la femme enceinte et son bébé. Ces questions sont de type fermé ou à courte réponse, dichotomiques ou à choix multiples.

### **3.8.2. Les savoirs personnels**

Le savoir personnel comprend la connaissance de soi et les expériences personnelles de l'infirmière (Carper, 1975). Ce savoir a été couvert par les items 1, 2, 3, 6, 8, 9, 13 et 16 respectivement. Les infirmières doivent indiquer leur impression et/ou perception des femmes obèses, leur niveau d'empathie pour ces patientes à l'item n° 1 et aux items n° 2 et n° 3, tandis que l'item n° 6 mesure le sentiment d'indifférence envers ces patientes, les items n° 8 et n° 16 mesurent le sentiment de préoccupation ou d'anxiété, l'item n° 9 mesure les croyances des infirmières envers les complications de l'obésité. Finalement, l'item n° 13 mesure la perception que l'infirmière a de l'obésité.

### **3.8.3. Les savoirs éthiques**

Le savoir éthique fait appel à ce qui est juste, bon et désirable. Il fait référence aux processus de prise en compte des valeurs et de la morale qu'exigent de nombreuses situations de soins (Pépin et al., 2010). Les items 4, 5, 7, 10, 11, 12, 14 et 15 couvrent les savoirs éthiques. Pour ces items, les infirmières doivent indiquer leurs perceptions, croyances ou jugements envers ces patientes.

### **3.8.4. Pré-test**

Le questionnaire VERO (2011) a subi un pré-test auprès de trois infirmières autorisées et une infirmière auxiliaire autorisée ne faisant pas partie de l'échantillon. Une des

infirmières autorisées occupaient un poste à temps plein dans une unité périnatale. Les deux autres infirmières ont déjà travaillé au CFN où l'étude se déroule, mais travaillaient en soins primaires et en cardiologie au moment où le pré-test a été effectué. Le nombre d'années d'expérience de ces quatre infirmières variaient de 7 à 26 ans et aucune d'elles n'avait reçu de formation sur les soins aux femmes obèses qui donnent naissance. Le pré-test avait pour but de vérifier la compréhension du contenu, l'appréciation de la forme et la durée d'achèvement du questionnaire VERO (2011). Le pré-test a ainsi permis de vérifier les éléments suivants: 1) la clarté et la compréhension des questions, 2) la présence d'ambiguïtés quant à la formulation, 3) l'ordre des scénarios et des questions et 4) la présence d'items blessants ou offensants.

Les infirmières ont jugé le questionnaire intéressant parce que très clinique, elles ont également constaté leur faible niveau de connaissances du sujet. Elles ont trouvé que le questionnaire était très bien écrit et facile à lire. Elles ont proposé à l'investigatrice d'effectuer quelques changements qui sont explicités dans le prochain paragraphe. Le temps utilisé pour remplir le questionnaire variait de 18 à 45 minutes.

À la suite des résultats au pré-test et des commentaires des participantes, quelques questions et choix de réponses ont été reformulés, supprimés ou ajoutés au questionnaire VERO (2011). Les changements effectués sont présentés dans les deux prochains paragraphes.

Des changements au contenu ont été apportés à l'item n° 9 et aux questions 1, 24, 25, 38, 39, 48, ainsi que 52. À la question 1, trois choix de réponses positives ont été ajoutés (les choix de réponses f, g et h), car les participantes ont indiqué qu'il semblait n'y avoir que des choix de réponses négatives et un choix neutre. L'item n° 9 a été modifié, puisque les infirmières ont indiqué ne pas connaître la signification du mot «affût» ce mot a été

remplacé par « surveiller davantage ». De plus, toujours à l'item n° 9, les mots « reliées à l'obésité » ont été ajoutés afin de clarifier l'item. À la question 24, un élément de la question « le tracé de monitoring fœtal démontre une décélération prolongée » a été supprimé, parce qu'il rendait la réponse trop facile. À la question 25, le mot *intrapartum* a été ajouté entre parenthèses après le mot *pernatal*, car la signification de ce dernier mot est encore peu connue. Les choix de réponses de la question 32 ont été simplifiés à : sous-cutanée, *per os*, intraveineuse et intramusculaire. Par ailleurs, deux choix de réponses ont été ajoutés à la question 37 afin de pouvoir supprimer le choix de réponses « toutes ces réponses ». En ce qui concerne les questions 38 et 39, l'avis « Seules les infirmières autorisées sont invitées à répondre aux questions 38 et 39 » a été ajouté afin que ces questions ne soient répondues que par des infirmières autorisées, car les infirmières auxiliaires autorisées n'exécutent pas de prélèvement sanguin ou d'intraveineuse. De plus, l'expression « veines du dessus de la main » a remplacé le choix de réponses « veines dorsales » aux questions 38 et 39. À la question 48, le choix de réponse « occasionnel » a été ajouté. Finalement, l'ajout de la fréquence à laquelle les participantes ont déjà suivi un cours, une formation ou assister à des conférences sur les femmes obèses a été demandé à la question 52.

Des changements dans la forme ont été apportés aux items 2 à 16, et aux questions 19, 21 à 24, 26, 27, 31, 33, 37, 39, 42 à 44, ainsi que 46. Aux questions 2 à 16, les choix de réponses (oui, tout à fait; oui, un petit peu; plus ou moins; non, pas du tout) ont été répétés en haut des pages trois et quatre. À la question 19, la question a été écrite au singulier et au pluriel afin de ne pas influencer le choix de réponses de la participante. Parallèlement, l'ordre des questions 21 à 24 a été modifié afin de regrouper les questions semblables. Les questions 26 et 27 ont été reformulées afin de créer des questions à choix multiples plutôt que des questions à courtes réponses. La question 31 a été déplacée après la question 25, car

elle s'adresse seulement aux infirmières qui prodiguent des soins périnataux, c'est-à-dire les soins durant le travail, l'accouchement et les deux premières heures qui suivent l'accouchement. Les questions 33 et 37 ont été modifiées et regroupées parce qu'elles sont semblables. À la question 39, une illustration visuelle d'une lumière à fibre optique a été ajoutée pour améliorer la compréhension. Les questions 42 à 44 ont été reformulées afin que les participantes puissent inscrire (↑) au lieu d'augmenter et (↓) au lieu de diminuer. Enfin, la question 46 a été supprimée et remplacée par « Depuis combien d'années exercez-vous la profession d'infirmière? »

### **3.8.5. Validité de contenu**

Fortin (2010) explique que la validité de l'instrument de mesure démontre jusqu'à quel point l'instrument mesure ce qu'il devrait mesurer. Également, il correspond au degré de précision avec lequel le concept est représenté par des énoncés particuliers (Fortin, 2010). Il existe trois types de validité soit la validité de contenu, la validité liée au critère et la validité conceptuelle. Dans le cadre de cette étude, seule une validation de contenu a été effectuée au moment de la construction du questionnaire. La validation de contenu se mesure d'après le degré de représentativité des énoncés sélectionnés au regard du concept représenté. L'auteure de la présente étude s'est donc référée aux cinq étapes d'examen de la validité de Green et Lewis (1986) pour améliorer la validité de contenu de l'instrument nouvellement développé. Les cinq étapes sont les suivantes : 1) recenser les écrits portant sur le concept à l'étude; 2) réfléchir sur la signification du concept dans le contexte de la recherche en cours; 3) préciser les dimensions du concept; 4) représenter les indicateurs empiriques par des données et 5) examiner les relations entre les énoncés. Fortin (2010) recommande de faire appel à des experts, afin d'évaluer le choix des énoncés ou des questions et de déterminer si l'instrument mesure ce qu'il est censé mesurer. Dans le cadre de cette étude, deux

professeures, dont une experte en mesure et évaluation et une experte en périnatalité se sont prononcées sur la pertinence, la représentativité et la clarté des énoncés et des questions. De plus, la première experte a aidé à travailler la forme du questionnaire et la deuxième experte a aidé à l'élaboration du contenu du questionnaire. L'instrument a été ainsi modifié en fonction des recommandations soumises par ces deux expertes.

### **3.9. Recrutement**

Les participantes de l'étude ont été recrutées par l'intermédiaire d'affiches de recrutement qui ont été apposées sur les murs du poste central des infirmières et de la salle à manger du CFN. Chaque affiche sollicitait la participation des infirmières à la collecte des données à des périodes prédéterminées. Les informations inscrites sur chaque affiche étaient les suivantes : le titre et le but de l'étude, les critères de sélection des sujets, le lieu et les dates où se déroulaient les périodes de collecte des données ainsi que le nom et les coordonnées de l'investigatrice principale (Annexe C). Les infirmières étaient ainsi invitées à se présenter à la période de collecte des données de leur choix d'une durée d'environ 45 minutes avant ou après leur quart de travail pour répondre au questionnaire VERO (2011).

### **3.10. Déroulement de la collecte des données**

Le recrutement et la collecte de données ont été entrepris après avoir obtenu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche en sciences de la santé et sciences de l'Université d'Ottawa et celui du Comité d'éthique du milieu hospitalier.

Le recrutement et la collecte des données ont été effectués par deux assistants de recherche. Les sessions se sont déroulées dans la salle de conférence du CFN, ainsi que dans une autre salle de conférence du centre hospitalier. Afin de rejoindre le plus grand nombre d'infirmières, 56 sessions ont été planifiées sur une période de dix jours à raison de six sessions par jour. Mais, il n'a fallu que six jours pour atteindre la taille voulue de

l'échantillon, soit 2 au 6 janvier 2012, ainsi que les 9 et 10 janvier 2012. L'investigatrice avait alloué quatre à six sessions dans la journée où chaque infirmière pouvait se rendre à la salle de conférence qui avait été réservée préalablement. Par contre, ces dernières sessions n'ont pas toujours été respectées, car les infirmières ne se présentaient pas aux périodes de collecte de données seulement avant ou après leur quart de travail, mais majoritairement pendant leur quart de travail. Par conséquent, l'assistant de recherche restait sur place pour distribuer les questionnaires.

Durant la période de collecte de données, l'investigatrice de la recherche se rendait sur les lieux à chacune des périodes pour aviser le personnel de la tenue d'une session de collecte des données. Si l'investigatrice était dans l'incapacité de se rendre sur les lieux, l'assistant de recherche se rendait au poste infirmier du CFN afin de rencontrer les infirmières présentes, leurs expliquer la recherche pour ensuite solliciter leur participation. L'assistant de recherche demandait aux infirmières présentes d'informer les autres infirmières de la collecte des données en cours dans la salle réservée à cette fin.

Au début de chaque rencontre, l'assistant de recherche se présentait et informait les infirmières présentes du sujet de l'étude. Lors de chacune des périodes de collecte de données, l'assistant de recherche s'assurait d'expliquer le but de la recherche et de faire la lecture à voix haute de la lettre d'information et de consentement à toutes les infirmières présentes. Dans un deuxième temps, les sujets étaient informés que leur participation était volontaire, qu'elles pouvaient en tout temps se retirer ou refuser de répondre à certaines questions sans préjudice et que les résultats de cette étude devraient permettre de faire des recommandations qui serviraient à améliorer la formation des infirmières en périnatalité. Dans un troisième temps, l'assistant de recherche invitait les infirmières désireuses de participer à remplir le questionnaire. L'assistant de recherche informait aussi les sujets de ne

pas répondre à la section intrapartum si ces dernières ne travaillaient pas à la salle d'accouchement. L'assistant de recherche les informait qu'il n'avait pas le droit de parler durant l'achèvement du questionnaire et qu'il ne pouvait pas répondre à leurs questions, à moins que cela soit une question de compréhension du texte. Lorsqu'une infirmière se présentait à la salle de conférence et que la session de collecte de données avait déjà commencée, l'assistant de recherche allait les voir et lisait à voix basse la lettre d'information et de consentement afin de ne pas déconcentrer les autres infirmières présentes. Selon les assistants de recherche, le temps moyen d'achèvement était de 20 à 45 minutes.

Pendant la période de collecte de données, les questionnaires remplis ont été recueillis au fur et à mesure par l'assistant de recherche et ont été insérés dans une enveloppe qui a été scellée et conservée dans un casier fermé à clé dans le casier de la chercheuse à l'hôpital. Lorsque la période de collecte de données a été terminée, les enveloppes ont été entreposées dans le bureau de la superviseure Denise Moreau Pièce RGN 3236B. Par la suite, chaque questionnaire a été identifié par un code alpha numérique afin de respecter l'anonymat et la confidentialité des données.

### **3.11. Plan de l'analyse des données**

Dans le cadre de cette recherche, les données quantitatives ont été recueillies à l'aide du questionnaire VERO (2011). Les données extraites de ce questionnaire ont été soumises à des analyses en utilisant SPSS version 19 et 20. Des analyses descriptives univariées telles que des distributions de fréquence ont été effectuées afin d'illustrer les caractéristiques de l'échantillon comme l'âge, le statut d'emploi et le niveau de scolarité infirmière.

Des analyses descriptives univariées telles que des distributions de fréquences ont été faites avec sept autres variables. Ces variables étaient : l'IMC, les domaines de soins à la

mère et au nouveau-né au CFN, le niveau d'expérience en soins infirmiers, en périnatalité et au CFN, le niveau d'expérience spécifique aux soins des obèses, ainsi que la participation à un cours, une formation ou une conférence sur les soins spécifiques aux femmes enceintes obèses.

Des tests de khi-deux de Pearson ( $\chi^2$ ) ont été effectués afin d'évaluer le lien entre deux groupes indépendants soit les caractéristiques de l'échantillon (âge, statut d'emploi et niveau de scolarité) et les sept autres variables mentionnées précédemment. Le seuil de signification a été fixé à 5 % ( $\alpha = 0,05$ ), ce qui selon Fortin (2010) est considéré comme un risque faible.

Des analyses descriptives univariées et des analyses inférentielles, telles que des distributions de fréquences, des mesures de tendances centrales (moyenne), ainsi que des mesures de dispersion (écart-type) ont ensuite été effectuées avec les données recueillies.

### **3.12. Considérations éthiques**

Avant d'amorcer la collecte des données, l'autorisation éthique a été obtenue le 5 octobre 2011 auprès du Comité d'éthique de la recherche en sciences de la santé et sciences de l'Université d'Ottawa et le 2 novembre 2011 auprès du comité d'éthique du centre hospitalier (Annexe D et Annexe E). Les participants ont reçu une information complète sur la recherche. La nature de l'étude était décrite dans le formulaire de consentement de la participante (voir Annexe F). Chaque participante recevait l'explication verbale du contenu du formulaire de consentement. Ce formulaire expliquait en détail la méthode de collecte de données, le rôle de la participante, les bénéfices et les risques prévus pour la participante de même que les mesures de protection de la confidentialité des données. De plus, la participante a été informée de son droit de refuser de participer et que sa non-participation n'affecterait pas son emploi. Un consentement libre et éclairé a été obtenu avant le début de

la collecte des données. Les participantes ont été mises au courant qu'un code numérique serait utilisé pour empêcher tout lien avec leur identité réelle. De plus, elles ont été informées que les questionnaires seraient entreposés de façon sécuritaire dans un cabinet sous clé à l'Université d'Ottawa jusqu'à la fin de l'étude et seraient ensuite conservés sous clé, pour une période de cinq ans suivant la fin de l'étude, soit de l'année 2011 à l'année 2016, et qui représente la période suivant laquelle les questionnaires seront finalement détruits par déchiquetage.

## CHAPITRE 4

### Présentation des résultats

La présentation et l'analyse des résultats des trois questions de recherche font l'objet de ce chapitre. Elles sont basées sur les données obtenues du questionnaire VERO (2011). Le présent chapitre se divise en quatre parties. La première présente les caractéristiques de l'échantillon. La seconde est consacrée aux analyses descriptives univariées. La troisième partie est orientée sur les analyses descriptives bivariées. Tandis que la dernière partie présente les analyses inférentielles de chaque question de recherche de l'étude. En bref, ce chapitre présente les caractéristiques des participantes de l'étude et trace un portrait actuel du savoir infirmier au niveau empirique, personnel et éthique quant aux effets de l'obésité sur l'accouchement et la période postnatale autant pour les femmes enceintes que pour leurs nouveaux nés.

#### 4.1. Caractéristiques de l'échantillon

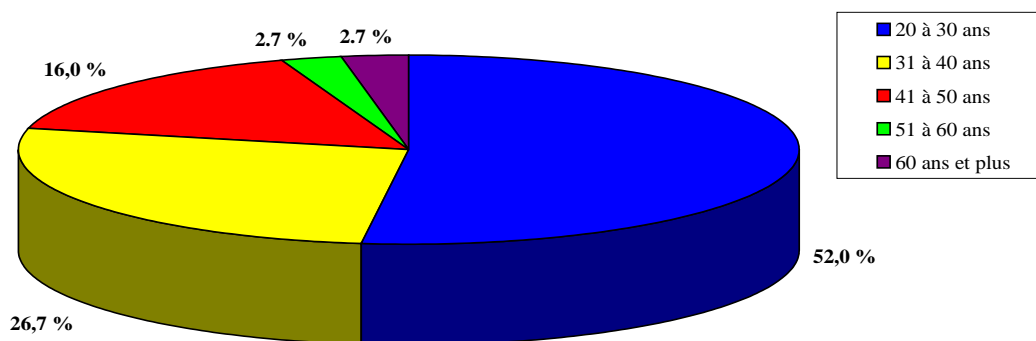
L'échantillon de cette étude se compose de 76 infirmières. Par contre, étant donné que pour certaines questions, certaines participantes n'ont pas répondu, l'échantillon oscille entre 71 et 76 sujets selon les résultats présentés. L'échantillon de cette étude présente les caractéristiques démographiques suivantes : l'âge, le statut d'emploi et le niveau de scolarité infirmière.

##### 4.1.1. Âge

La majorité des infirmières de cette étude sont âgées de 20 à 30 ans (52 %). L'échantillon est très jeune, puisque 78,7 % des infirmières ont moins de 40 ans. Le Tableau 1 présente la répartition des sujets selon le groupe d'âge.

Tableau 1

*Répartition en pourcentage des infirmières autorisées et infirmières auxiliaires autorisées selon le groupe d'âge*



*Note.* n = 75 (le sujet 050 n'a pas répondu à la question sur l'âge).

#### 4.1.2. Statut d'emploi

Tel qu'illustré au Tableau 2, près des trois quarts des infirmières de l'échantillon (73,3 %) détiennent un statut d'emploi à temps plein, alors que les autres (26,6 %) occupent un emploi à temps partiel (21,3 %), sur appel ou occasionnel (5,3 %).

Tableau 2

#### *Répartition des infirmières selon le statut d'emploi au CFN*

Statut d'emploi	N	Pourcentage (%)
Temps plein	55	73,3
Temps partiel	16	21,3
Sur appel ou occasionnel	4	5,3
Total	75	100,0

*Note.* Les différentes définitions des statuts d'emploi sont présentées aux pages 51 et 52. n = 75 (le sujet 050 n'a pas répondu à la question sur le statut d'emploi).

#### 4.1.3. Niveau de scolarité infirmière

Au CFN, plus de la moitié (50,7 %) des participantes détiennent un diplôme universitaire (baccalauréat et/ou maîtrise en sciences infirmières) alors qu'environ 42,7 % des infirmières de l'étude détiennent un diplôme d'études collégiales ou professionnelles comme infirmière autorisée (DEC de 3 ans) ou infirmière auxiliaire autorisée (DEC de 2 ans et DEP) (voir Tableau 3). Afin de diminuer la possibilité d'identifier des résultats à une participante les infirmières ayant un diplôme universitaire soit un baccalauréat ou une maîtrise en sciences infirmières sont jumelés. De plus, toutes les infirmières auxiliaires autorisées ayant un diplôme d'études collégiales ou un diplôme d'études professionnelles

sont amalgamés. Au total, les infirmières de cette étude sont à 84,0 % des infirmières autorisées et à 16 % des infirmières auxiliaires autorisées.

Tableau 3

*Répartition des infirmières selon leur niveau de scolarité*

Niveau de scolarité infirmière	N	Pourcentage (%)
Diplôme traditionnel (Hôpital) (infirmière autorisée)	5	6,7
Diplôme d'études collégiales (DEC de 3ans) (infirmière autorisée)	20	26,7
Diplôme universitaire (Baccalauréat et/ou Maîtrise en sciences infirmières) (infirmière autorisée)	38	50,7
Diplôme d'études collégiales (DEC de 2 ans) et diplôme d'études professionnelles (infirmière auxiliaire autorisée)	12	16,0
Total	75	100

*Note.* n=75 (le sujet 050 n'a pas répondu à la question sur le niveau de scolarité).

## **4.2. Analyses descriptives univariées**

Des analyses descriptives ont été effectuées selon l'IMC, le ou les domaines de soins à la mère et au nouveau-né au CFN, le niveau d'expérience infirmière, le niveau d'expérience spécifique aux soins des obèses, ainsi que la participation à un cours, une formation ou une conférence sur les soins spécifiques aux femmes enceintes obèses.

### **4.2.1. L'indice de masse corporelle**

Dans le questionnaire VERO (2011), les participantes devaient inscrire leur grandeur et leur poids. Deux sujets n'ont pas répondu à cette question. Les analyses ont donc été faites à partir d'un échantillon de 74 infirmières. La grandeur et le poids ont été transformés en un IMC à l'aide de la formule appropriée, disponible sur le site internet suivant

(<http://www.nhlbisupport.com/bmi/bmi-m.htm>). L'IMC des sujets de l'échantillon varie entre 18 et 42. Afin de diminuer la possibilité d'identifier des résultats à une participante, la catégorie poids insuffisant a été jumelée à la catégorie de poids santé et un seul groupe d'obésité a été créé. Tel que démontré au Tableau 4, les six catégories d'IMC sont représentées.

La moyenne de l'IMC de tout l'échantillon est de 25,81 (Écart-type= 4,93) ce qui veut dire que la majorité des sujets ont une surcharge pondérale. Toutefois, même si 40,7 % (n=30) des infirmières se situent dans la catégorie de poids santé (IMC 18,6 – 24,9), 37,8 % (n=28) des infirmières de l'échantillon font de l'embonpoint (IMC 25-29,9) et une infirmière sur cinq est obèse, soit 18,9 % (n=14).

Tableau 4

*Répartition des infirmières selon leur IMC*

IMC	n	Pourcentage (%)
Poids insuffisant et poids santé ≤ 18,5 – 24,9	32	43,2
Embonpoint 25,0- 29,9	28	37,8
Obésité 30,0 – ≥40	14	18,9
Total	74	100

*Note.* IMC = Indice de masse corporelle.  $IMC = \text{poids (Kilogramme)} / \text{taille (mètre)}^2$ . n = 74 (les sujets 006 et 050 n'ont pas répondu à la question sur le poids et la taille).

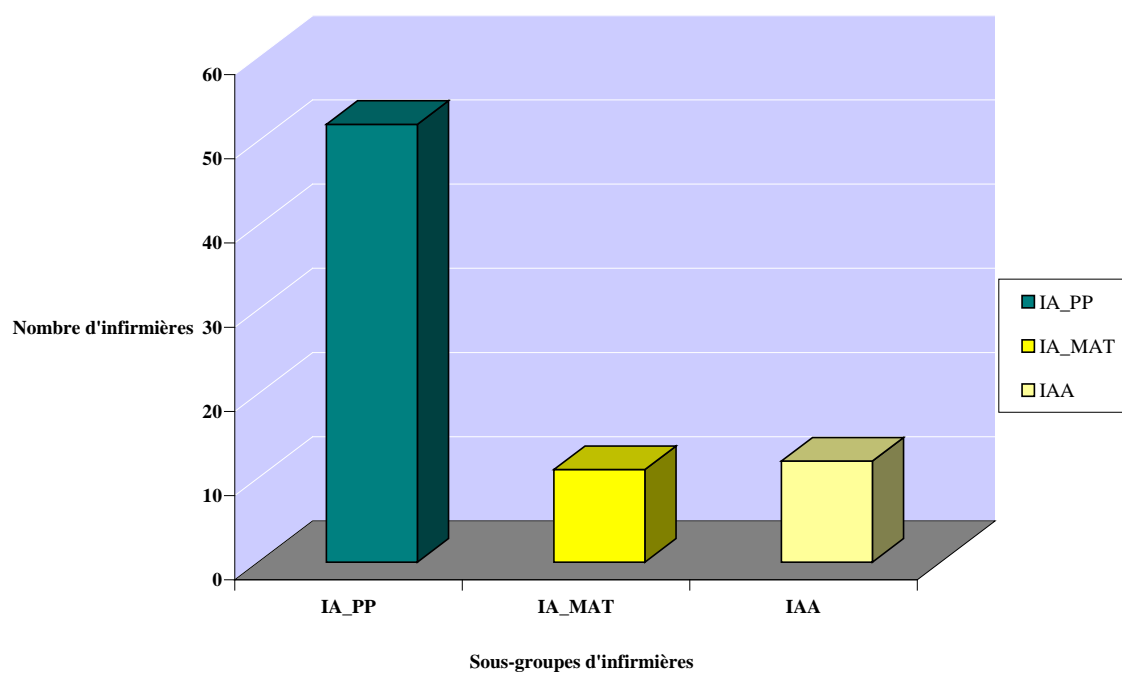
#### **4.2.2. Domaines de soins à la mère et au nouveau-né**

Dans le milieu choisi pour cette étude, on retrouve quatre des cinq domaines de soins à la mère et au nouveau-né. Il s'agit du domaine prénatal (évaluation obstétricale), du domaine pernatal (travail et accouchement), du domaine postnatal et du domaine néonatal. Dans ce CFN, l'infirmière autorisée est polyvalente, elle peut travailler, selon sa formation, dans un ou plusieurs domaines de soins à la mère et au nouveau-né, tandis que les infirmières auxiliaires autorisées peuvent uniquement travailler dans le domaine des soins postnatals. Parmi les 75 infirmières ayant répondu à la question sur le niveau de scolarité, 63 étaient des infirmières autorisées et 12 des infirmières auxiliaires autorisées. Ces 75 infirmières ont été subdivisées en trois sous-groupes selon leur(s) domaine (s) de soins.

Le premier sous-groupe (IA\_PP) rassemble les infirmières autorisées qui travaillent dans les domaines pernatal et postnatal, le deuxième sous-groupe (IA\_MAT) réunit les infirmières autorisées qui travaillent seulement dans le domaine postnatal alors que le troisième sous-groupe (IAA) se compose d'infirmières auxiliaires autorisées dont l'unique domaine est le soin postnatal. Des 63 infirmières autorisées qui ont participé à cette étude, 52 font partie du groupe des IA\_PP alors que 11 font partie du groupe IA\_MAT. Toutes les infirmières auxiliaires autorisées (n=12) font partie du groupe IAA (voir Tableau 5).

Tableau 5

*Répartition des trois sous-groupes d'infirmières selon le domaine de soins*



*Note.* IA\_PP = infirmières autorisées qui travaillent en périnatal et postnatal. IA\_MAT = infirmières autorisées qui travaillent en postnatal. IAA = infirmières auxiliaires autorisées qui travaillent en postnatal seulement. n=75.

#### 4.2.3. Niveau d'expérience

Les Tableaux 6 et 7 font état du total des années d'expérience en soins infirmiers, en périnatalité en milieu hospitalier, ainsi qu'au CFN.

Tableau 6

*Répartition des infirmières selon leur nombre d'années d'expérience en soins infirmiers*

Années d'expérience	N	Pourcentage (%)
Moins de 5 ans	29	38,66
5 à 10 ans	23	30,67
11 ans et plus	23	30,67
Total	75	100,0

*Note.* n= 75 (le sujet 050 n'a pas répondu à la question sur les années d'expérience en soins infirmiers).

Tableau 7

*Répartition des infirmières selon leur nombre d'années d'expérience en périnatalité en milieu hospitalier*

	Années d'expérience en périnatalité, en milieu hospitalier		Années d'expérience au CFN du milieu étudié	
	N	Pourcentage (%)	N	Pourcentage (%)
Moins de 3 ans	34	45,9	42	56
4 à 8 ans	17	23,0	20	26,7
9 ans et plus	23	31,1	13	17,3
Total	74	100,0	75	100,0

*Note.* Dans la 1<sup>ère</sup> colonne, les sujets 050 et 052 n'ont pas répondu, donc n=74. Dans la 3<sup>e</sup> colonne, le sujet 050 n'a pas, donc n=75.

Le Tableau 6 présente la répartition des sujets selon leur nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière. On remarque que près de la moitié (38,66 %, n=29) ont moins de cinq années d'expérience et près du trois quart des infirmières (69,4 %, n=52) sont en début de carrière avec moins de dix ans d'expérience.

Le Tableau 7 illustre la répartition des infirmières selon leur nombre d'années d'expérience en périnatalité en milieu hospitalier. Le nombre moyen d'années d'expérience s'étend de moins de trois ans à plus de neuf ans. Près de la moitié des infirmières (45,9 %, n=34) ont moins de trois années d'expérience en périnatalité en milieu hospitalier. Ce dernier tableau démontre la répartition des infirmières selon leur nombre d'années d'expérience au CFN. On distingue que plus de la moitié des infirmières (56 %, n=42) ont moins de trois ans d'expérience dans ce milieu.

#### **4.2.4. Soins donnés aux patientes obèses**

À la question 53, « Avez-vous déjà soigné des femmes obèses ou ayant un surplus de poids? », toutes les infirmières (100 %, n=75) révèlent avoir déjà prodigué des soins à une femme obèse au CFN.

### **4.3. Analyses descriptives bivariées**

Cette section a pour but de caractériser les relations entre les variables suivantes: l'IMC, les domaines de soins à la mère et au nouveau-né, le niveau d'expérience, ainsi que les soins donnés aux patientes obèses. Toutes ces variables ont été analysées en relation avec l'âge, le statut d'emploi et le niveau de scolarité infirmière.

### 4.3.1. Âge et niveau de scolarité - années d'expérience - statut d'emploi

Le Tableau 8 révèle que l'âge des infirmières est significativement relié au niveau de scolarité infirmière dans ce CFN, puisque 59,3 % (n=35) des infirmières de moins de 40 ans possèdent un baccalauréat et/ou une maîtrise. Ainsi, plus les infirmières sont âgées plus elles sont nombreuses à détenir un diplôme collégial ou un diplôme traditionnel plutôt qu'un diplôme universitaire ( $\chi^2 (1, N=75) = 56,46, p = .000$ ). Les résultats présentés au Tableau 8 montrent que 81,2 % (n=13) des infirmières de 41 ans et plus possèdent soit un diplôme d'études collégiales ou un diplôme traditionnel d'infirmière.

Tableau 8

*Répartition des infirmières selon le groupe d'âge et le niveau de scolarité infirmière*

Niveau de scolarité infirmière	Groupes d'âge					Total
	20-30 ans	31-40 ans	41-50 ans	51-60 ans	60 et plus	
Diplôme traditionnel (hôpital) (infirmière autorisée)	0	2	1	0	2	5
Diplôme d'études collégiales (DEC) (infirmière autorisée)	5	5	8	2	0	20
Diplôme universitaire (Baccalauréat et/ou Maîtrise en sciences infirmières) (infirmière autorisée)	26	9	3	0	0	38
Diplôme d'études collégiales et Diplôme d'études professionnelles (Infirmière auxiliaire autorisée)	8	4	0	0	0	12
Total	39	20	12	2	2	75

*Note.* n=75. Le sujet 050 n'a pas répondu aux questions sur le niveau de scolarité et le groupe d'âge.

L'âge des infirmières a aussi été examiné en fonction des années d'expérience en périnatalité et une relation significative a été observée  $\chi^2 (1, N=74) = 55,513, p = .000$ . Le

Tableau 9 montre qu'une grande proportion d'infirmières ayant moins de quatre années d'expérience en périnatalité (n=26) est âgée entre 20 et 30 ans (n=39).

Tableau 9

*Répartition des infirmières selon leurs années d'expérience comme infirmière en périnatalité et leur groupe d'âge*

Années d'expérience en périnatalité	Groupes d'âge					Total
	20 à 30 ans	31 à 40 ans	41 à 50 ans	51 à 60 ans	60 et plus	
Moins d'un an	9	0	1	0	0	10
1 à 3 ans	17	3	4	0	0	24
4 à 8 ans	11	5	1	0	0	17
9 à 15 ans	2	10	3	1	0	16
15 ans et plus	0	1	3	1	2	7
Total	39	19	12	2	2	74

*Note.* n=74 (Le sujet 050 n'a pas répondu aux questions sur le groupe d'âge et le nombre d'année d'expérience en périnatalité. Le sujet 052 n'a pas répondu à la question sur le nombre d'année d'expérience en périnatalité).

Il existe également une relation significative entre l'âge des infirmières et le nombre d'années d'expérience au CFN. Les résultats démontrent que les infirmières ayant moins de trois années d'expérience au CFN sont âgées entre 20 et 30 ans et entre 41 et 50 ans. ( $\chi^2 (1, N=75) = 61,39, p = .000$ ).

L'âge des infirmières du CFN s'avère être significativement relié au statut d'emploi au ( $\chi^2 (1, N=75) = 41,21, p = .000$ ). Au Tableau 10, on observe que la majorité des infirmières qui occupent un poste à temps plein sont âgées de 30 ans et moins (n=31).

Tableau 10

*Répartition des infirmières selon le groupe d'âge et le statut d'emploi au CFN*

Statut d'emploi au CFN	Groupes d'âge					total
	20-30 ans	31-40 ans	41-50 ans	51-60 ans	60 et plus	
Temps plein	31	15	8	1	0	55
Temps partiel	7	4	3	1	1	16
Sur appel ou Occasionnel	1	1	1	0	1	4
Total	39	20	12	2	2	75

*Note.* n=75 (le sujet 050 n'a pas répondu à la question).

Aucune relation significative n'a été observée entre l'âge et l'IMC ( $\chi^2(20, N=74) = 14,76, p = .790$ ). Toutefois, au Tableau 11, il est intéressant de noter que 11 infirmières sur 16 (68,8 %) ayant plus de 40 ans font de l'embonpoint ou sont obèses. Les résultats montrent également que les infirmières plus jeunes ne souffrent pas beaucoup plus d'embonpoint ou d'obésité que les infirmières plus âgées, mais il y a quand même un peu plus d'obésité chez les jeunes. Le Tableau 11 illustre que 20 infirmières sur 30 (66,7 %) âgées entre 20 et 30 ans font de l'embonpoint ou sont obèses, comparativement à 22 infirmières sur 36 (61,1 %) qui sont âgées de plus de 30 ans.

Tableau 11

*Répartition des infirmières selon le groupe d'âge et leur IMC*

IMC	Âge (années)					Total
	20-30	31-40	41-50	51-60	60 et plus	
Poids insuffisant et poids santé	18	9	3	0	0	32
Embonpoint	13	7	7	1	0	28
Obésité	7	4	2	1	0	14
Total	38	20	12	2	2	74

*Note.* IMC = Indice de masse corporelle.  $IMC = \text{poids (Kilogramme)} / \text{taille (mètre)}^2$ . n=74 (le sujet 050 n'a pas répondu aux questions sur le groupe d'âge et sur le poids et la taille; le sujet 006 n'a pas répondu à la question sur le poids et la taille).

#### 4.3.2. Statut d'emploi et années d'expérience

Une relation significative a été notée entre le statut d'emploi et le groupe d'âge ( $\chi^2 (1, N=75) = 41,21, p = .000$ ) (Tableau 10). De plus, le statut d'emploi et le nombre d'années d'expérience en périnatalité ( $\chi^2 (1, N=74) = 21,214, p = .000$ ) (voir Tableau 12), ainsi que le nombre d'années d'expérience au CFN ( $\chi^2 (1, N=75) = 28,81, p = .000$ ) (voir Tableau 13) ont démontré des relations significatives. Dans ce CFN, les infirmières qui possèdent le plus grand nombre d'années d'expérience en périnatalité sont les moins nombreuses à occuper un statut d'emploi à temps plein. Les données présentées aux Tableaux 12 et 13 montrent que la majorité des infirmières ayant moins de huit ans d'expérience en périnatalité occupent un statut d'emploi à temps plein. Il semble donc que dans ce CFN, les infirmières avec moins d'expérience (en périnatalité et expérience à ce CFN) occupent surtout un emploi à temps plein, alors que les infirmières avec plus d'expérience occupent un emploi à temps partiel.

Tableau 12

*Répartition des infirmières selon leurs années d'expérience en périnatalité et leur statut d'emploi*

Années d'expérience en périnatalité	Statut d'emploi au CFN			Total
	Temps plein	Temps partiel	Sur appel ou Occasionnel	
Moins d'un an	9	1	0	10
1 à 3 ans	18	5	1	24
4 à 8 ans	14	3	0	17
9 à 15 ans	11	3	2	16
15 ans et plus	2	4	1	7
Total	54	16	4	74

*Note.* n=74 (le sujet 050 n'a pas répondu aux questions sur le statut d'emploi et sur les années d'expérience en périnatalité. Le sujet 052 n'a pas répondu à la question sur les années d'expérience en périnatalité).

Tableau 13

*Répartition des infirmières selon leurs années d'expérience au CFN et leur statut d'emploi*

Années d'expérience au CFN	Statut d'emploi au CFN			Total
	Temps plein	Temps partiel	Sur appel ou Occasionnel	
Moins d'un an	11	2	1	14
1 à 3 ans	22	5	1	28
4 à 8 ans	16	3	1	20
9 à 15 ans	6	3	0	9
15 ans et plus	0	3	1	4
Total	55	16	4	75

*Note.* n=75 (le sujet 050 n'a pas répondu).

### 4.3.3. Niveau de scolarité infirmière - domaines de soins – années d'expérience

La première relation significative est celle entre le niveau de scolarité et les différents domaines de soins ( $\chi^2(1, N=75) = 79,33, p = .000$ ). Cette relation est plus significative chez les infirmières bachelières qui travaillent dans le domaine périnatal et postnatal que chez les infirmières ayant un niveau de scolarité moins élevé comme un diplôme traditionnel, un DEC en tant qu'infirmière autorisée ou un DEC comme infirmière auxiliaire autorisée qui travaillent dans le domaine postnatal. Tel qu'illustré au Tableau 14, plus de la moitié des infirmières autorisées qui détiennent un diplôme traditionnel ou un diplôme d'études collégiales (DEC) comme infirmière autorisée (n=7) travaillent dans le domaine postnatal (n=11) alors que près de 89,5 % des infirmières ayant un baccalauréat et/ou une maîtrise en sciences infirmières (n=34) travaillent dans le domaine périnatal et postnatal (n=52).

Tableau 14

*Répartition des infirmières selon le niveau de scolarité infirmière et le domaine de soins*

Groupes	DT	(DEC) IA	(Bacc) IA et M. Sc. Inf	DEC et DEP (IAA)	Total
IA_PP	4	14	34	0	52
IA_MAT	1	6	4	0	11
IAA	0	0	0	12	12
Total	5	20	38	12	75

*Note.* DT= Diplôme traditionnel. (DEC) IA = Diplôme d'études collégiales infirmière autorisée (DEC de 3 ans). Bacc (IA) = Baccalauréat infirmière autorisée. M. Sc. Inf = Maîtrise en sciences infirmières. (DEC) IAA = Diplôme d'études collégiales infirmière auxiliaire autorisée (DEC de 2 ans). DEP (IAA) = Diplôme d'études professionnelles infirmière auxiliaire autorisée. IA\_PP = infirmières autorisées travaillant en périnatal et postnatal. IA\_MAT = infirmières autorisées travaillant en postnatal. IAA = infirmières auxiliaires autorisées travaillant seulement en postnatal. n=75 (le sujet 050 n'a pas répondu à la question sur le niveau de scolarité).

Le niveau de scolarité et le nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière constitue la deuxième relation significative ( $\chi^2(1, N=75) = 40,249, p = .005$ ). Tel que le démontre le Tableau 15, les infirmières moins expérimentées, c'est-à-dire celles ayant moins

de 5 années d'expérience (n=29), sont majoritairement plus scolarisées détenant un baccalauréat et/ou une maîtrise (n=38) comparativement aux infirmières plus âgées.

Tableau 15

*Répartition des infirmières selon leur nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière et leur niveau de scolarité*

Années d'expérience en tant qu'infirmière	DT	(DEC) IA	(Bacc) IA et M. Sc. Inf	DEC et DEP (IAA)	Total
Moins de 5 ans	0	2	20	7	29
5 à 10 ans	1	6	12	4	23
11 à 15 ans	0	3	5	2	9
16 à 20 ans	2	3	0	0	5
20 ans et plus	2	6	1	0	9
Total	5	20	38	13	75

*Note.* DT= Diplôme traditionnel. (DEC) IA = Diplôme d'études collégiales infirmière autorisée (DEC de 3 ans). Bacc (IA) = Baccalauréat infirmière autorisée. M. Sc. Inf = Maîtrise en sciences infirmières. (DEC) IAA = Diplôme d'études collégiales infirmière auxiliaire autorisée (DEC de 2 ans). DEP (IAA) = Diplôme d'études professionnelles infirmière auxiliaire autorisée. n=75 (le sujet 050 n'a pas répondu aux questions sur le niveau de scolarité et le nombre d'années d'expérience en soins infirmiers).

Une relation significative existe entre le niveau de scolarité et le nombre d'années d'expérience en périnatalité  $\chi^2 (1, N=74) = 30,665, p = .015$ . Le Tableau 16 permet de constater que près de la moitié (47,4 %, n= 18) des infirmières ayant moins de quatre années d'expérience en périnatalité détiennent un niveau de scolarité plus élevé, c'est-à-dire un baccalauréat en sciences infirmières ou une maîtrise en sciences infirmières. Par ailleurs, la majorité des infirmières (85,71 %, n=6) ayant plus de 15 ans d'expérience détiennent un diplôme traditionnel ou un diplôme d'études collégiales comme infirmière autorisée. Ces résultats nous montrent que près de la moitié des infirmières au CFN ont un niveau de scolarité plus élevé, mais très peu d'expérience en périnatalité.

Tableau 16

*Répartition des infirmières selon leur nombre d'années d'expérience en périnatalité et leur niveau de scolarité*

Années d'expérience en périnatalité	Niveau de scolarité				Total
	DT	(DEC) IA	(Bacc) IA et M. Sc. Inf	DEC et DEP (IAA)	
Moins d'un an	0	3	5	2	10
1 à 3 ans	1	3	13	7	24
4 à 8 ans	0	4	11	2	17
9 à 15 ans	1	7	8	0	16
15 ans et plus	3	3	1	0	7
Total	5	20	38	11	74

*Note.* DT= Diplôme traditionnel. (DEC) IA = Diplôme d'études collégiales infirmière autorisée (DEC de 3 ans). Bacc (IA) = Baccalauréat infirmière autorisée. M. Sc. Inf = Maîtrise en sciences infirmières. (DEC) IAA = Diplôme d'études collégiales infirmière auxiliaire autorisée (DEC de 2 ans). DEP (IAA) = Diplôme d'études professionnelles infirmière auxiliaire autorisée. n=74 (les sujets 050 et le sujet 056 n'ont pas répondu à la question sur le nombre d'années d'expérience en périnatalité. Le sujet 050 n'a pas répondu à la question sur le niveau de scolarité).

#### 4.4. Analyses inférentielles

Les prochains paragraphes présentent les résultats obtenus permettant de répondre aux trois questions de recherche de cette étude.

##### 4.4.1. Première question de recherche

*Quels sont les savoirs empiriques des infirmières sur les effets de l'obésité chez la femme enceinte et son nouveau-né durant la période perinatale (le travail et l'accouchement) et postnatale?*

Les questions 17 à 44 du questionnaire VERO (2011) couvrent les savoirs empiriques et portent sur les aspects biopsychosociaux du surpoids et de l'obésité chez la femme enceinte et son bébé. Les données recueillies permettent de présenter l'état des

connaissances empiriques des infirmières sur les soins aux femmes obèses enceintes et leur bébé.

Le Tableau 17 présente la répartition des sujets selon le groupe d'appartenance et la moyenne obtenue aux questions sur le savoir empirique. Les résultats montrent qu'un peu plus de la moitié (51,2 %) de l'ensemble des infirmières de l'étude possède les connaissances empiriques nécessaires pour donner des soins appropriés. C'est le groupe d'infirmières autorisées qui travaillent seulement dans le domaine postnatal (IA\_MAT) qui obtient les meilleurs résultats avec un score moyen de 54,9 % aux questions empiriques. Les infirmières auxiliaires autorisées réussissent moins bien, avec un score moyen aux questions empiriques de 46,28 %. Le sujet de recherche 045 a été éliminé de l'analyse de la première question de recherche pour réponses incomplètes au questionnaire.

Tableau 17

*Répartition des trois groupes d'infirmières selon le résultat moyen aux questions sur le savoir empirique*

Groupes d'infirmières	N	Moyenne obtenue minimum (%)	Moyenne obtenue maximum (%)	Moyenne obtenue aux questions empiriques (%)	ET
IA_PP	51	32,1	71,4	52,9	9,6
IA_MAT	11	33,3	66,7	54,9	9,5
IAA	12	37,5	62,5	46,3	10,3
Total	74	17,9	71,4	51,2	10,2

*Note.* IA\_PP = infirmières autorisées travaillant en pernatal et postnatal. IA\_MAT = infirmières autorisées travaillant en postnatal. IAA = infirmières auxiliaires autorisées travaillant seulement en postnatal. ET= écart-type. n = 74 (le sujet 045 a été éliminé pour réponses incomplètes et le sujet 050 n'a pas répondu à la question sur le niveau de scolarité donc impossible de déterminer dans quel groupe d'infirmière il appartient).

Les Tableaux 18, 19 et 20 illustrent le pourcentage de bonnes réponses aux questions d'ordre empirique selon chaque groupe d'infirmières. Chaque question sur le savoir empirique a été classifiée selon un type de savoir parmi les trois types de savoir de Larouche (1984). Ces trois types de savoirs sont : le savoir-science, le savoir-faire et le savoir-faire-faire.

Dans les prochains tableaux, les questions 17 à 26 concernent les infirmières qui travaillent dans le domaine périnatal. Les questions 27 à 37, ainsi que les questions 40 à 44, s'adressent autant aux infirmières qui travaillent en périnatal qu'en postnatal. Enfin, les questions 38 et 39 s'adressent uniquement aux infirmières autorisées. Les tableaux ont été harmonisés allant de la question avec le pourcentage de bonnes réponses le plus élevé, à la question ayant le pourcentage de bonnes réponses le moins élevé.

Le Tableau 18, présenté à l'annexe G, illustre le pourcentage de bonnes réponses pour chacune des questions sur les savoirs empiriques pour les infirmières du groupe IA\_PP. Ce dernier tableau démontre que les questions les mieux réussies portent sur le savoir-faire et le savoir-science. Ces questions touchent: les interventions qui se rapportent aux complications associées à une césarienne, la prévention de thromboembolie, les risques d'hypervolémie, ainsi que l'utilisation de la bonne grandeur de brassard à tensiomètre. Tandis que les questions les moins bien réussies se rapportent à la technique de prélèvement sanguin et celle de l'insertion de cathéter intraveineux, ainsi que les soins postnatals immédiats chez les patientes obèses.

Le Tableau 19, présenté à l'annexe H, présente le pourcentage de bonnes réponses pour chacune des questions sur les savoirs empiriques pour les infirmières du groupe IA\_MAT. Les questions sur le savoir-faire et le savoir-science sont parmi les questions les mieux réussies. Les questions ayant un meilleur taux de réussite sont semblables au groupe

des IA\_PP. Par contre, toutes les infirmières de ce groupe ont obtenu la bonne réponse aux questions qui touchent les interventions qui se rapportent aux complications associées à une césarienne et aux risques d'hypervolémie. Les résultats étaient aussi très bons aux questions qui touchent le risque d'occlusion intestinale chez les femmes obèses, la prévention de la thromboembolie, ainsi que l'utilisation de la bonne grandeur de brassard à tensiomètre. Il est aussi intéressant de constater qu'aucune infirmière n'a obtenu la bonne réponse pour ce qui est de la technique appropriée pour améliorer les chances de réussite d'insertion de cathéter intraveineux.

En ce qui concerne le groupe IAA, le Tableau 20 présenté à l'annexe I, démontre qu'encore une fois les infirmières connaissent bien les méthodes de prévention de la thromboembolie veineuse et les interventions qui se rapportent aux complications associées à une césarienne. Par contre, il est à souligner que les questions les moins bien réussies concernent les bienfaits de l'allaitement chez la femme obèse et son nouveau-né, l'enseignement à donner à une étudiante infirmière sur la technique associée à la prise de la tension artérielle, les facteurs de risque de la dépression postnatale ou du « cafard du post-partum », ainsi que les signes et symptômes de la pré-éclampsie.

#### **4.4.1.1. Répartition des infirmières selon le groupe d'appartenance ayant obtenu un résultat supérieur et inférieur à la moyenne de toutes les infirmières de l'échantillon aux questions empiriques**

Pour chacune des infirmières, une relation significative a été observée entre la moyenne obtenue aux questions empiriques et le groupe d'appartenance ( $\chi^2 (1, N=75) = 103,95, p = .000$ ). Le Tableau 21 montre le nombre d'infirmières selon le groupe d'appartenance qui ont une moyenne supérieure à la moyenne de tout le groupe ( $n=74$ ). Lorsqu'on observe ce tableau, on constate que ce sont les infirmières autorisées faisant partie du groupe IA\_MAT qui réussissent le mieux. En effet 7 infirmières sur 11 obtiennent une

moyenne supérieure à la moyenne, soit 63,6%, de ce groupe d'infirmières, alors que seulement 4 infirmières sur 12, soit 33,3 %, des infirmières auxiliaires autorisées et 29 infirmières sur 51, soit 56.9%, des infirmières autorisées du groupe des IA\_PP ont réussi les questions empiriques avec un résultat supérieur à la moyenne obtenue de tout le groupe (n=74).

Tableau 21

*Répartition des infirmières selon le groupe d'appartenance ayant obtenu un résultat supérieur et inférieur à la moyenne de toutes les infirmières de l'échantillon aux questions empiriques*

	Groupes d'appartenance			Total
	IA_PP n=51	IA_MAT n=11	IAA n=12	
Moyenne obtenue aux questions empiriques				
Nombre d'infirmières ayant obtenu une moyenne supérieure à la moyenne du groupe aux questions empiriques ( $\geq 51,5$ %)	29	7	4	40
Nombre d'infirmières ayant obtenu une moyenne inférieure à la moyenne du groupe aux questions empiriques ( $\leq 51,5$ %)	22	4	8	34

*Note.* La moyenne obtenue aux questions empiriques est de 51,5 % pour toutes les infirmières de l'échantillon. (n=74, car le sujet 045 a été éliminé pour réponses incomplètes et le sujet 050 n'a pas répondu à la question sur les niveaux de scolarité ce qui rend impossible de déterminer quel domaine de soins il appartient).

#### **4.4.1.2. Répartition des infirmières selon le groupe d'âge, le groupe d'appartenance et la moyenne obtenue aux questions sur le savoir empirique**

La moyenne obtenue aux questions sur le savoir empirique a été calculée pour chaque groupe d'âge et pour chaque groupe d'infirmières. Il est intéressant de noter que c'est encore une fois le groupe des IA\_MAT qui réussit le mieux et ce, chez les 20 à 30 ans.

Tableau 22

*Répartition des infirmières selon le groupe d'âge, le groupe d'appartenance et la moyenne obtenue aux questions sur le savoir empirique*

Groupes d'âge	Groupes d'appartenance		
	IA_PP	IA_MAT	IAA
	Moyenne obtenue aux questions empiriques (%)	Moyenne obtenue aux questions empiriques (%)	Moyenne obtenue aux questions empiriques (%)
20 à 30 ans	51,6	63,0	45,3
31 à 40 ans	55,7	51,4	48,2
41 à 50 ans	53,2	53,0	0,0
51 à 60 ans	50,0	50,0	0,0
60 ans et plus	57,1	0,0	0,0

*Note.* n=74 (car le sujet 045 a été éliminé pour réponses incomplètes et le sujet 050 n'a pas répondu à la question sur le groupe d'âge et sur les niveaux de scolarité ce qui rend impossible de déterminer dans quel domaine de soins il appartient). IA\_PP = les infirmières autorisées qui travaillent dans les domaines périnatal et postnatal. n=51. IA\_MAT= infirmières autorisées travaillant en postnatal seulement. n=11. IAA= Infirmières auxiliaires autorisées travaillant en postnatal seulement. Aucune infirmière n'a plus de 41 ans. n=12.

#### **4.4.1.3. Répartition des infirmières selon le niveau de scolarité, le groupe d'appartenance et la moyenne obtenue aux questions sur le savoir empirique**

Le Tableau 23 montre la répartition des infirmières selon le niveau de scolarité et la moyenne obtenue aux questions sur le savoir empirique. On peut voir que la plus basse moyenne obtenue (42,3 %) se trouve chez les infirmières du groupe des IAA ayant un diplôme d'études collégiales ou un diplôme d'études professionnelles. Par ailleurs, la moyenne obtenue la plus élevée (56,9 %) se retrouve chez le groupe d'infirmières IA\_MAT ayant un baccalauréat et/ou une maîtrise suivi de près par le groupe IA\_PP chez les infirmières d'expérience qui ont un diplôme traditionnel (hôpital) avec une moyenne de 56,0 %.

Tableau 23

*Répartition des infirmières selon le niveau de scolarité, le groupe d'appartenance et la moyenne obtenue aux questions sur le savoir empirique*

Niveau de scolarité	Groupes d'appartenance		
	IA_PP	IA_MAT	IAA
	Moyenne obtenue aux questions empiriques (%)	Moyenne obtenue aux questions empiriques (%)	Moyenne obtenue aux questions empiriques (%)
Diplôme traditionnel (hôpital) (infirmière autorisée)	56,0	55,6	0,0
Diplôme d'études collégiales (DEC) (infirmière autorisée)	49,2	53,4	0,0
Baccalauréat et/ou une Maîtrise en sciences infirmières (infirmière autorisée)	50,0	56,9	0,0
Diplôme d'études collégiales et Diplôme d'études professionnelles (infirmière auxiliaire autorisée)	0,0	0,0	42,3

*Note.* n=74 (car le sujet 045 a été éliminé pour réponses incomplètes; le sujet 050 n'a pas répondu aux questions sur le niveau de scolarité et sur le groupe d'âge et sur les niveaux de scolarité ce qui rend impossible de déterminer dans quel domaine de soins il appartient). IA\_PP= les infirmières autorisées travaillant en périnatal et postnatal. n=51. IA\_MAT= infirmières autorisées travaillant seulement dans le domaine postnatal. n=11. IAA= Infirmières auxiliaires autorisées travaillant seulement en postnatal. n=12.

#### **4.4.1.4. Répartition des infirmières selon le nombre d'années d'expérience en périnatalité, le groupe d'appartenance et la moyenne obtenue aux questions sur le savoir empirique**

Le Tableau 24 illustre les moyennes obtenues de chaque groupe d'infirmières selon leur nombre d'années d'expérience en périnatalité. Ce dernier tableau permet de noter que la moyenne obtenue la plus élevée se retrouve chez les IA\_MAT ayant entre quatre et huit ans d'expérience en périnatalité. Tandis que la moyenne la plus basse se retrouve encore une fois chez les IAA, ayant moins d'une année et entre quatre à huit ans d'expérience en périnatalité, car les deux groupes ont une moyenne de 37,5 %.

Tableau 24

*Répartition des infirmières selon le nombre d'années d'expérience en périnatalité, le groupe d'appartenance et la moyenne obtenue aux questions sur le savoir empirique*

Années d'expérience en périnatalité	Groupes d'appartenance		
	IA_PP	IA_MAT	IAA
	Moyenne obtenue aux questions empiriques (%)	Moyenne obtenue aux questions empiriques (%)	Moyenne obtenue aux questions empiriques (%)
Moins d'un an	45,2	61,1	37,5
1 à 3 ans	50,5	55,6	52,6
4 à 8 ans	55,2	63,9	37,5
9 à 15 ans	57,7	46,3	
15 ans et plus	50,0	51,8	

Note. n=73 (car le sujet 045 a été éliminé pour réponses incomplètes; le sujet 006 n'a pas répondu à la question sur le nombre d'années d'expérience en périnatalité; le sujet 050 n'a pas répondu aux questions sur les années d'expérience en périnatalité, le niveau de scolarité et sur le groupe d'âge ce qui rend impossible de déterminer à quel domaine de soins il appartient). IA\_PP= les infirmières autorisées travaillant dans les domaines périnatal et postnatal. n= 50. IA\_MAT= infirmières autorisées travaillant seulement dans le domaine postnatal. n=11. IAA= Infirmières auxiliaires autorisées dont l'unique domaine est le soin postnatal. n=12. Aucune infirmière parmi ce groupe ne possède plus de 9 ans d'expérience en périnatalité.

#### **4.5. Deuxième question de recherche**

*Quels sont les savoirs personnels des infirmières sur les effets de l'obésité chez la femme enceinte et son nouveau-né durant la période périnatale (le travail et l'accouchement) et postnatale?*

Les savoirs personnels ont été couverts par les items 1, 2, 3, 6, 8, 9, 13 et 16 du questionnaire VERO (2011). L'item n° 1 indique la première impression et la perception des infirmières lors de leur première rencontre avec une patiente obèse. Pour cet énoncé, les sujets pouvaient choisir la ou les réponses qui s'appliquaient davantage à leur première réaction. Les 76 infirmières ont choisi une, deux ou trois réponses, pour un total de 82 choix

réponses (n=82). Presque toutes les réactions ont été choisies par les sujets de l'étude. Seulement le choix de réponse « êtes choquée (offensée ou fâchée) » n'a pas été sélectionné. Les choix de réponses « b, c, d et e » sont identifiés comme négatifs et les choix de réponse « f, g et h » sont identifiés comme positifs. Le choix de réponse « i » est identifié comme une réaction neutre. Le Tableau 25 montre que la répartition des sujets est très dispersée, mais la plupart des infirmières répondent à 50 % (n=41) qu'elles n'ont aucune réaction. De plus, tel qu'illustré dans le Tableau 25, 34 % (n=28) des infirmières ont une réaction négative lorsqu'elles rencontrent une patiente obèse pour la première fois, tandis que seulement 16 % (n=13) des infirmières éprouvent une réaction positive.

Tableau 25

*Répartition des premières réactions des infirmières envers les patientes obèses*

Choix de réponse	Connotation de la réaction	Premières réactions envers une patiente obèse	f	Pourcentage (%)
I	Neutre	N'avez aucune réaction, vous vous dites que c'est une patiente comme une autre	41	50,0
F	Positive	Avez le sentiment que vous allez accomplir quelque chose de bien	3	3,7
G	Positive	Avez le sentiment que vous allez-vous sentir valorisée à la fin de la journée	2	2,4
H	Positive	Anticipez une journée remplie de défi intéressant	8	9,8
B	Négative	Êtes répugnée (dégoûtée)	3	3,7
C	Négative	Êtes embarrassée (mal à l'aise)	5	6,1
D	Négatif	Êtes étonnée qu'elle ait accouché par voie vaginale malgré sa grosseur	13	15,8
E	Négative	Éprouvez de la pitié	7	8,5
A	Négative	Être choquée (offensée ou fâchée)	0	0

Note. f= fréquence. f = 82, car les infirmières avaient droit de choisir plus d'une réponse pour un total de 82 choix de réponses.

Lorsque l'on regarde ces réactions par rapport au groupe d'appartenance des infirmières, on peut voir que les infirmières réagissent différemment selon leurs domaines de soins. Le Tableau 26 illustre les réactions énumérées au Tableau 25 en relation avec le groupe d'appartenance infirmière. De façon générale, on peut dire que la plupart des infirmières de tous les groupes d'appartenance n'ont aucune réaction, elles se disent que c'est une patiente comme une autre. Toutefois, comparativement au groupe des IAA qui sont majoritairement neutres (n=9), les infirmières autorisées du groupe IA\_PP (n=23) ont plutôt une perception négative des patientes obèses.

Tableau 26

*Répartition des infirmières selon le groupe d'appartenance et leurs premières réactions envers les patientes obèses*

Choix de réponse	Connotation de la réaction	Premières réactions envers une patiente obèse	IA_PP		IA_MAT		IAA	
			f	%	f	%	f	%
I	Neutre	N'avez aucune réaction, vous vous dites que c'est une patiente comme une autre	27	<b>45,8</b>	5	<b>50,0</b>	9	<b>69,2</b>
F	Positive	Avez le sentiment que vous allez accomplir quelque chose de bien	3	5,1	0	0	0	0
G	Positive	Avez le sentiment que vous allez-vous sentir valorisée à la fin de la journée	1	1,7	1	10,0	0	0
H	Positive	Anticipez une journée remplie de défi intéressant	5	8,5	2	<b>20,0</b>	1	7,7
B	Négative	Êtes répugnée (dégoûtée)	3	5,1	0	0	0	0
C	Négative	Êtes embarrassée (mal à l'aise)	4	6,8	1	10,0	0	0
D	Négatif	Êtes étonnée qu'elle ait accouché par voie vaginale malgré sa grosseur	10	<b>16,9</b>	1	10,0	2	15,4
E	Négative	Éprouvez de la pitié	6	10,2	0	0	1	7,7

*Note.* IA\_PP= les infirmières autorisées travaillant en périnatal et postnatal. IA\_MAT= infirmières autorisées travaillant en postnatal seulement. IAA= Infirmières auxiliaires autorisée en postnatal seulement. *f*= fréquence. *f totale* = 82, car les infirmières avaient droit de choisir plus d'une réponse pour un total de 82 choix de réponses. *f totale* des IA\_PP = 59. *f totale* des IA\_MAT= 10. *f totale* des IAA = 13.

Tel que démontré au Tableau 27, une répartition des infirmières selon le groupe d'appartenance, leur IMC et leurs premières réactions envers les patientes obèses a été effectuée, afin d'évaluer s'il y avait une relation significative, aucune relation n'a été observée ( $\chi^2 (70, N=75) = 87,40, p = .078$ ). Le tableau montre que 39,8 % (n=29) des infirmières obèses ou avec un embonpoint ont une réaction neutre contrairement à 19,1 % (n=14) des infirmières ayant un poids insuffisant ou un poids santé qui ont plutôt une réaction négative lorsqu'elles rencontrent leur patiente pour la première fois. Toutefois, les

items identifiés comme des réactions positives ont été choisis par plus d'infirmières (9,6 %, n = 7) ayant un poids insuffisant ou un poids santé, que d'infirmières avec un embonpoint ou une obésité (1,4 %, n=1).

Par contre, il est intéressant de constater que les infirmières du groupe IAA et IA\_PP obèses ou avec embonpoint ont majoritairement une réaction neutre lorsqu'elles rencontrent leur patiente obèse pour la première fois. Toutefois, les résultats obtenus pour IA\_PP, ayant un poids insuffisant ou un poids santé montrent que la moitié d'entre elles ont des réactions négatives.

Tableau 27

*Répartition des infirmières selon le groupe d'appartenance, leur IMC et leurs premières réactions envers les patientes obèses*

		Premières réactions envers une patiente obèse selon la connotation		
		Neutre	Positive	Négative
		<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
IA_PP	Poids insuffisant et poids santé	9	5	14
	Embonpoint	12	1	3
	Obésité	6	1	3
IA_MAT	Poids insuffisant et poids santé	2	2	2
	Embonpoint	2	1	0
IAA	Embonpoint	5	0	3
	Obésité	4	0	0

*Note.* IA\_PP= les infirmières autorisées travaillant en périnatal et postnatal. IA\_MAT= infirmières autorisées travaillant en postnatal seulement. IAA= Infirmières auxiliaires autorisées en postnatal seulement. *f*= fréquence. *f totale* = 75. *f totale* des IA\_PP = 54. *f totale* des IA\_MAT= 9. *f totale* des IAA = 12.

Le Tableau 28 illustre la répartition des moyennes, des écarts-types et des pourcentages d'accord pour chacun des savoirs personnels selon une échelle de type Likert allant de « Oui, tout à fait » à « Non, pas du tout ». Dans le questionnaire VERO (2011), les savoirs personnels sont dissimulés à travers les items 2, 3, 6, 8, 9, 13 et 16. Ces derniers items tentent de refléter les différentes perceptions de l'obésité chez les infirmières. Chaque item a été identifié selon le cas comme une perception positive (items n° 8, n° 9 et n° 13), négative (items n° 2, n° 3 et n° 16) ou neutre (item n° 6).

Lorsque l'on observe les résultats des perceptions négatives au Tableau 28, que pour l'item n° 2 (Difficulté à ressentir de l'empathie) plus de la moitié des infirmières (55,4 %) n'ont pas de difficulté à ressentir de l'empathie. Par contre, lorsque les choix de réponses « *oui, un petit peu* » et « *plus ou moins* » sont additionnés, on remarque que 41,9 % des infirmières ont plus ou moins de difficulté à ressentir de l'empathie. Avec l'item n° 3 (Mérite plus de reconnaissance pour mon travail), les résultats ont clairement démontré que 81,1 % des infirmières ne ressentent pas le besoin de mériter davantage de reconnaissance pour leur travail auprès des femmes obèses. Finalement l'item n° 16 (Plus nerveuse lorsque soigne une patiente obèse) montre que 67,6 % ne se sentent pas plus nerveuses lorsqu'elles soignent une patiente obèse.

L'item n° 6 qui représente une perception neutre (L'obésité de ma patiente ne me regarde pas) montre que les infirmières trouvent à 33,8 % que l'obésité de leur patiente ne les regarde pas du tout.

Avec l'item n° 8 (Soigner une patiente obèse ne m'inquiète pas), lorsque les choix de réponses « *oui, tout à fait* », « *oui, un petit peu* » et « *plus ou moins* » sont additionnés les résultats permettent de voir que 87,8 % des infirmières ne sont pas plus inquiètes lorsqu'elles soignent une patiente obèse. À l'item n° 9 (Je me dois de surveiller davantage les

complications possibles reliées à l'obésité), les résultats montrent que plus de 62,2 % d'entre elles savent qu'elles doivent surveiller davantage les complications possibles reliées à l'obésité. Enfin les résultats à l'item n° 13 illustrent que près du trois quart des infirmières (74,3 %) font un consensus sur le fait que l'obésité ne relève pas seulement de la volonté de perdre du poids, même si 24,4 % des participantes sont plus ou moins d'accord avec cet item.

Tableau 28

*Répartition des moyennes, écarts-types et pourcentages d'accord pour chacun des savoirs personnels*

Numéro de l'énoncé	Connotation de la perception	Perception	n	M	ET	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)
2	Négative	Difficulté à ressentir de l'empathie	74	3,31	0,875	2,7	<b>18,9</b>	<b>23,0</b>	<b>55,4</b>
3	Négative	Mérite plus de reconnaissance pour mon travail	74	3,65	0,818	5,4	5,4	8,1	<b>81,1</b>
6	Neutre	L'obésité de ma patiente ne me regarde pas	74	2,39	1,168	<b>33,8</b>	14,9	29,7	21,6
8	Positive	Soigner une patiente obèse ne m'inquiète pas	74	2,27	1,011	<b>28,4</b>	<b>28,4</b>	31,1	12,2
9	Positive	Je me dois de surveiller davantage les complications possibles reliées à l'obésité	74	1,47	0,667	<b>62,2</b>	28,4	9,5	0
13	Positive	L'obésité ne relève pas seulement de la volonté de perdre du poids	74	1,38	0,716	<b>74,3</b>	<b>14,9</b>	<b>9,5</b>	1,4
16	Négative	Plus nerveuse lorsque soigne une patiente obèse	74	3,55	0,743	2,7	6,8	23,0	<b>67,6</b>

*Note.* M = moyenne. ET = écart-type. 1 = tout à fait; 2 = Oui, un petit peu; 3 = Plus ou moins; 4 = Non, pas du tout. n = 74 (les sujets 044 et 069 n'ont pas répondu aux questions sur les savoirs personnels).

Chacun des items a été examiné en relation avec les caractéristiques de l'échantillon, l'IMC, le niveau d'expérience, les groupes d'appartenance, l'expérience des infirmières auprès des femmes enceintes obèses. Deux relations significatives ont été identifiées pour l'item n° 8. La première relation significative est entre l'item n° 8 et le groupe d'appartenance des infirmières ( $\chi^2(6, N=73) = 14,08, p = .029$ ). On peut donc en déduire à l'aide du Tableau 29 que la majorité des infirmières des groupes IA\_MAT et IAA ne sont pas inquiètes de soigner une patiente obèse, comparativement au groupe des IA\_PP dont les réponses sont plus réparties entre les quatre choix de réponses.

Tableau 29

*Répartition des trois groupes d'infirmières selon la perception de ne pas être plus inquiète lorsqu'elles procurent des soins à une patiente obèse*

Numéro de l'item	Connotation de la perception	Perception	Choix de réponse	IA_PP	IA_MAT	IAA
8	Positive	Soigner une patiente obèse ne m'inquiète pas	Oui, tout à fait	11	3	7
			Oui, un petit peu	15	5	1
			Plus ou moins	20	0	2
			Non, pas du tout	6	2	1

*Note.* n= 73 (car le sujet 050 n'a pas répondu à la question sur le niveau de scolarité ce qui rend impossible de déterminer dans quel domaine de soins il appartient; les sujets 044 et 069 n'ont pas répondu à l'item n° 8)  
 IA\_PP= les infirmières autorisées travaillant en périnatal et postnatal. n = 52. IA\_MAT= infirmières autorisées travaillant en postnatal seulement = 10. IAA= Infirmières auxiliaires autorisées travaillant en postnatal seulement. n= 11.

De plus, deux items ont démontré des relations significatives, soit les items n° 8 ( $\chi^2$  (30, N=72) = 49,32, p = .015) et n° 16 ( $\chi^2$  (30, N=72) = 50,42, p = .011), avec le groupe d'appartenance de l'infirmière et son IMC. Les deux items ont démontré que peu importe le groupe d'appartenance de l'infirmière, une infirmière avec embonpoint ou obèse sera moins nerveuse et moins inquiète à prodiguer des soins à une personne obèse qu'une infirmière de poids insuffisant ou de poids santé (voir Tableaux 30 et 31).

Tableau 30

*Répartition des infirmières selon le groupe d'appartenance, l'IMC et le choix de réponse à l'item n° 8: Soigner une patiente obèse ne m'inquiète pas*

		Item n° 8 (Soigner une patiente obèse ne m'inquiète pas)				
		Oui, tout à fait	Oui, un petit peu	Plus ou moins	Non, pas du tout	Total
IA_PP	Poids insuffisant et poids santé	4	6	12	4	26
	Embonpoint	6	5	5	0	16
	Obésité	1	4	3	2	10
IA_MAT	Poids insuffisant et poids santé	2	4	0	0	6
	Embonpoint	1	1	0	1	3
IAA	Embonpoint	5	0	2	0	7
	Obésité	2	1	0	1	4

*Note.* n=72 (car le sujet 050 n'a pas répondu à la question sur le poids et la taille, ainsi qu'à la question sur le niveau de scolarité ce qui rend impossible de déterminer quel domaine de soins il appartient; les sujets 044 et 069 n'ont pas répondu à l'item n° 8; le sujet 006 n'a pas répondu à la question sur le poids et la taille) IA\_PP= les infirmières autorisées travaillant en périnatal et postnatal. n= 52. IA\_MAT= infirmières autorisées travaillant en postnatal seulement. n=9. IAA= Infirmières auxiliaires autorisées en postnatal seulement. n= 11.

Tableau 31

*Répartition des infirmières selon le groupe d'appartenance, leur IMC et le choix de réponse à l'item n° 16 : Plus nerveuse lorsque je soigne une patiente obèse*

		Item n° 16 (Plus nerveuse lorsque je soigne une patiente obèse)				
		Oui, tout à fait	Oui, un petit peu	Plus ou moins	Non, pas du tout	Total
IA_PP	Poids insuffisant et poids santé	2	3	4	17	26
	Embonpoint	0	1	6	9	16
	Obésité	0	0	2	8	10
IA_MAT	Poids insuffisant et poids santé	0	1	1	4	6
	Embonpoint	0	0	0	3	3
IAA	Embonpoint	0	0	4	3	7
	Obésité	0	0	0	4	4

*Note.* n= 72 (car le sujet 050 n'a pas répondu à la question sur le poids et la taille, ainsi qu'à la question sur le niveau de scolarité ce qui rend impossible de déterminer à quel domaine de soins il appartient; les sujets 044 et 069 n'ont pas répondu à l'item n° 16; le sujet 006 n'a pas répondu à la question sur le poids et la taille). IA\_PP= les infirmières autorisées travaillant en périnatal et postnatal. n= 52. IA\_MAT= infirmières autorisées travaillant en postnatal seulement. n=9. IAA= Infirmières auxiliaires autorisées en postnatal seulement. n= 11.

#### 4.6. Troisième question de recherche

*Quels sont les savoirs éthiques des infirmières sur les effets de l'obésité chez la femme enceinte et son nouveau-né durant la période périnatale (le travail et l'accouchement) et postnatale?*

Les savoirs éthiques sont couverts par les items 4, 5, 7, 10, 11, 12, 14 et 15. Ils permettent aux infirmières d'indiquer leurs perceptions, croyances ou jugements au regard des patientes enceintes obèses. Ces items sont identifiés comme négatif, positif ou neutre. Les moyennes et les écarts-types de ces items sont présentés au Tableau 32. Les moyennes

sont calculées selon une échelle additive de type Likert allant de « Oui, tout à fait » à « Non, pas du tout ». Chaque réponse a reçu une valeur individuelle allant de 1 à 4.

Les items 4, 5, 10, 11 et 14 ont été classifiés comme des perceptions négatives. À l'item n° 4 (Une personne est obèse, car elle ne bouge pas assez et est paresseuse), on peut remarquer qu'aucune infirmière ne trouve qu'une patiente est obèse, car elle est paresseuse et ne bouge pas assez. Par contre, près de 48,6 % sont plus ou moins d'accord avec cet item. Avec l'item n° 5 (Inconfortable de discuter d'alimentation et d'activité physique avec une patiente obèse), on peut constater que 54,1 % des infirmières se sentent plus ou moins inconfortables avec l'idée de discuter d'alimentation et d'activité physique avec les patientes obèses. Les résultats à l'item n° 10 (Ce que je pense des grosses personnes influence les soins que je prodigue), montrent que plus de 62,2 % des infirmières croient que leurs soins ne sont pas influencés par leur perception des personnes obèses. Les résultats obtenus à l'item n° 11 (Les patientes obèses manquent de contrôle et de volonté vis-à-vis leur poids) indiquent que près de 66,2 % des infirmières sont plus ou moins en accord avec cet item. Finalement l'item n° 14 (J'ai de la difficulté à accepter les patientes obèses) révèle que la majorité (85,1 %) des infirmières dit n'avoir aucune difficulté à accepter les patientes obèses.

En ce qui concerne l'item n° 7 à connotation positive (Je crois que même si une patiente est obèse, je dois lui offrir les mêmes soins que ceux offerts à mes autres patientes), les résultats indiquent que près de la totalité des infirmières (97,3 %) sont d'accord avec l'idée de donner les mêmes soins aux patientes obèses qu'aux autres patientes de poids normal. Tandis que l'item n° 15 (Il est important de modifier les soins lorsque je soigne une patiente obèse) montre que 55,4 % sont plus ou moins d'accord à modifier leurs soins lorsqu'elles soignent une patiente obèse.

Pour ce qui est du seul item à connotation neutre, l'item n° 12 (Indifférence aux moqueries de mes collègues envers ma patiente obèse) démontre que 53,4 % des infirmières sont plus ou moins indifférentes aux moqueries de leurs collègues envers leur patiente obèse.

Tableau 32

*Répartition des moyennes, écarts-types et pourcentages d'accord pour chacun des savoirs éthiques*

Numéro de l'énoncé	Connotation de la perception	Perception	n	M	ET	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)
4	Négative	Une personne est obèse, car elle ne bouge pas assez et est paresseuse	74	3,43	0,643	0	<b>8,1</b>	<b>40,5</b>	51,4
5	Négative	Inconfortable de discuter d'alimentation et d'activité physique avec patiente obèse	74	2,93	0,998	8,1	<b>28,4</b>	<b>25,7</b>	37,8
7	Positive	Je crois que même si une patiente est obèse, je dois lui offrir les mêmes soins que ceux offerts à mes autres patientes	74	1,05	0,366	<b>97,3</b>	1,4	0	1,4
10	Négative	Ce que je pense des grosses personnes influence les soins que je prodigue	74	3,27	1,051	9,5	16,2	12,2	<b>62,2</b>
11	Négative	Les patientes obèses manquent de contrôle et de volonté vis-à-vis leur poids	74	2,97	0,844	4,1	<b>24,3</b>	<b>41,9</b>	29,7
12	Neutre	Indifférence aux moqueries de mes collègues envers ma patiente obèse	73	2,84	1,041	15,1	<b>17,8</b>	<b>35,6</b>	31,5
14	Négative	J'ai de la difficulté à accepter les patientes obèses	74	3,82	0,449	0	2,7	12,2	<b>85,1</b>
15	Positive	Il est important de modifier les soins lorsque je soigne une patiente obèse	74	2,85	1,016	12,2	<b>23,0</b>	<b>32,4</b>	32,4

*Note.* M = moyenne. ET = écart-type. 1 = tout à fait; 2 = Oui, un petit peu; 3 = Plus ou moins; 4 = Non, pas du tout. n = 74 (les sujets 044 et 069 n'ont pas répondu aux questions sur les savoirs éthiques).

De nouveau, chacun des items énumérés précédemment a fait l'objet de test statistique non paramétrique (test de Khi deux ( $\chi^2$ )). Chacun des items a été examiné en relation avec les caractéristiques de l'échantillon, l'IMC, le niveau d'expérience, les groupes d'appartenance, l'expérience des infirmières auprès des femmes enceintes obèses.

Une analyse statistique entre l'item n° 4 (Une personne est obèse, car elle ne bouge pas assez et est paresseuse), le groupe d'appartenance de l'infirmière et l'IMC, n'a pas montré une relation significative. Toutefois, ces résultats ont quand même démontré que les infirmières obèses ou avec embonpoint ne perçoivent pas leurs patientes obèses comme des femmes paresseuses. Les résultats illustrés au Tableau 33 indiquent que 23 infirmières sur 40, en surpoids ou obèses, choisissent « non, pas du tout » lorsqu'on leur demande si elles croient que leur patiente est obèse, car elle ne bouge pas assez ou est paresseuse.

Tableau 33

*Répartition des infirmières selon le groupe d'appartenance, leur IMC et le choix de réponse à l'item n° 4 : Une personne est obèse, car elle ne bouge pas assez et est paresseuse*

		Item n° 4 (Une personne est obèse, car elle ne bouge pas assez et est paresseuse)				
		Oui, tout à fait	Oui, un petit peu	Plus ou moins	Non, pas du tout	Total
IA_PP	Poids insuffisant et poids santé	0	1	13	12	26
	Embonpoint	0	1	5	10	16
	Obésité	0	2	4	4	7
IA_MAT	Poids insuffisant et poids santé	0	1	2	3	6
	Embonpoint	0	0	1	2	3
IAA	Embonpoint	0	0	3	4	7
	Obésité	0	0	1	3	4

*Note.* n = 72 IA\_PP= les infirmières autorisées travaillant en périnatal et postnatal. n = 52. IA\_MAT= infirmières autorisées travaillant en postnatal seulement. n = 9. IAA= Infirmières auxiliaires autorisées en postnatal seulement. n= 11.

Malgré qu'aucune relation significative n'ait été observée entre l'item n° 11, le groupe d'appartenance de l'infirmière et l'IMC, il est intéressant de constater que les infirmières obèses ou avec embonpoint portent un jugement beaucoup moins négatif sur leur patiente obèse. Tel que constaté au Tableau 34, lorsque les choix de réponses « plus ou moins » et « non, pas du tout » sont additionnés ensemble, on peut voir que 21 infirmières sur 26 du groupe des IA\_PP, une infirmière sur trois du groupe des IA\_MAT et neuf infirmières sur dix du groupe IAA obèses ou avec ne croient pas que les femmes obèses manquent de contrôle ou de volonté vis-à-vis leur poids.

Tableau 34

*Répartition des infirmières selon le groupe d'appartenance, leur IMC et le choix de réponse à l'item n° 11 : Les patientes obèses manquent de contrôle et de volonté vis-à-vis leur poids*

		Item n° 11 (Les patientes obèses manquent de contrôle et de volonté vis-à-vis leur poids)				
		Oui, tout à fait	Oui, un petit peu	Plus ou moins	Non, pas du tout	Total
IA_PP	Poids insuffisant et poids santé	1	7	12	6	26
	Embonpoint	0	2	7	7	16
	Obésité	0	3	3	4	10
IA_MAT	Poids insuffisant et poids santé	0	4	2	0	6
	Embonpoint	1	1	1	0	3
IAA	Embonpoint	1	1	2	3	7
	Obésité	0	0	2	2	4

*Note.* IA\_PP= les infirmières autorisées travaillant en perinatal et postnatal. n= 52. IA\_MAT= infirmières autorisées travaillant en postnatal seulement. n=9. IAA= Infirmières auxiliaires autorisées en postnatal seulement. n= 11.

#### 4.7. Le résumé analytique

Les résultats sur les savoirs empiriques indiquent que la majorité des infirmières dans les trois domaines de soins ont des lacunes tant au niveau du savoir science, du savoir-faire, que du savoir-faire-faire. Toutes les infirmières dans chaque domaine de soins réussissent mieux le savoir-faire et savoir-science. Les lacunes des infirmières se retrouvent au niveau des éléments suivants :

Les lacunes du savoir-science :

- Complications possibles chez la femme enceinte obèse et son nouveau-né
- Complications possibles lors du travail et de l'accouchement d'une femme enceinte obèse
- Augmentation du risque de dépression postnatale ou du cafard du post-partum
- Bénéfices de l'allaitement chez les femmes obèses
- Raisons pour lesquelles les femmes obèses ont des difficultés d'allaitement

Les lacunes du savoir-faire :

- Soins postnataux immédiats
- Techniques d'insertion de cathéter intraveineux et de prélèvement sanguin chez les femmes obèses

Les lacunes du savoir-faire-faire :

- Conseils à donner pour déterminer la meilleure façon de prendre la Tension artérielle chez les femmes enceintes obèses

Dans le domaine des savoirs personnels, la moitié des sujets de l'échantillon ont une réaction d'indifférence lorsqu'elles voient une patiente obèse pour la première fois, alors que les infirmières autorisées du groupe (IA\_PP) ont plutôt une perception négative des patientes obèses. Il faut également souligner, que l'IMC des infirmières semble influencer la perception que ces dernières ont de leurs patientes obèses. Ainsi, les résultats montrent que les infirmières obèses ou avec embonpoint perçoivent les femmes obèses de façon plus

positive, que les infirmières de poids normal ou insuffisant. Il est aussi intéressant de constater qu'une infirmière sur quatre a de la difficulté à ressentir de l'empathie envers les femmes obèses. Il est permis de se questionner sur le fait que plusieurs infirmières disent surveiller les complications reliées à l'obésité chez leurs patientes, bien que les résultats obtenus par ces mêmes infirmières au questionnaire démontrent des lacunes au niveau de leurs connaissances empiriques sur l'obésité. Ces infirmières avouent ne pas être plus inquiètes ou nerveuses de prendre soin des femmes obèses, nonobstant leur manque de connaissances à ce niveau.

Les résultats sur les savoirs éthiques montrent que les réponses des infirmières de l'étude sont partagées. Ainsi, près de la moitié d'entre elles sont plus ou moins en accord avec l'idée que l'obésité est due à la paresse et à un manque de contrôle. Par contre, plus de la moitié se sentent inconfortables de parler d'alimentation et d'activité physique avec leur patiente obèse. Presque toutes les participantes de l'étude offrent les mêmes soins aux patientes obèses qu'à celles de poids normal. Seulement 55,4 % des infirmières modifient leurs soins lorsqu'elles soignent une patiente obèse. Il faut souligner que parmi les quatre domaines de soins à la mère et au nouveau-né, force est de constater que c'est chez 70 % des infirmières autorisées travaillant en postnatal que les patientes obèses sont perçues le plus négativement. Les résultats indiquent que cette perception négative est associée à un manque de contrôle et de volonté de ces patientes. Par ailleurs, la perception négative des patientes obèses semble s'amenuiser à mesure que l'IMC de l'infirmière augmente.

## CHAPITRE 5

### Interprétation des résultats

Le but de cette étude est d'identifier les connaissances des infirmières sur les effets de l'obésité, en périnatalité, pour les femmes enceintes et pour leurs nouveaux nés. L'objectif principal de cet examen des connaissances est non seulement de déceler les lacunes, mais aussi de fournir des recommandations pour l'amélioration de la formation des infirmières en périnatalité.

Les connaissances des infirmières ont été évaluées selon trois des quatre types de savoir proposés par Carper (1975) : le savoir empirique (la dimension scientifique des soins infirmiers), le savoir personnel (l'effort de compréhension de soi et de l'autre, ainsi que la promotion de la relation thérapeutique) et le savoir éthique (la dimension morale des soins infirmiers) (Carper, 1975; Meleis, 2005; Pépin, Kérouac & Ducharme, 2010).

Ce projet vise à répondre aux questions de recherche suivantes : 1) Quels sont les savoirs empiriques des infirmières sur les effets de l'obésité chez la femme enceinte et son nouveau-né durant la période périnatale et postnatale? 2) Quels sont les savoirs personnels des infirmières sur les effets de l'obésité chez la femme enceinte et son nouveau-né durant la période périnatale et postnatale? 3) Quels sont les savoirs éthiques des infirmières sur les effets de l'obésité chez la femme enceinte et son nouveau-né durant la période périnatale et postnatale?

La compilation des connaissances empiriques, personnelles et éthiques des participantes selon leur groupe d'appartenance permet de dresser le portrait des participantes à l'étude. Sont aussi discutées dans ce chapitre, les limites de l'étude et les implications pour la profession infirmière. En guise de conclusion, des recommandations sont présentées pour la formation, la recherche, la pratique clinique et la gestion en soins infirmiers.

### **5.1. Portrait des participantes de l'étude**

L'échantillon total de cette étude est formé de 76 infirmières autorisées et infirmières auxiliaires autorisées qui travaillent dans un CFN et qui offrent des soins de santé aux femmes et à leurs nouveaux nés durant la période périnatale et postnatale. L'âge des infirmières de l'échantillon s'étend de 20 ans à plus de 60 ans et la moyenne d'âge se situe entre 20 et 30 ans. Ces chiffres font contraste à la moyenne d'âge des infirmières de l'Ontario qui est de 46,7 ans pour les infirmières autorisées et de 44,1 ans pour les infirmières auxiliaires autorisées (Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario [OIIO], 2011). Près des trois quart (73.3%) des infirmières de l'étude occupent un emploi à temps plein, alors que 21% de ces dernières occupent un emploi à temps partiel. Cette particularité confirme les statistiques de l'OIIO, selon lesquelles 66,4 % des infirmières autorisées et 61 % des infirmières auxiliaires autorisées de l'Ontario ont un statut d'emploi à temps complet (OIIO, 2011).

Plus de la moitié (50,7 %) des infirmières de l'échantillon détiennent un baccalauréat et/ou une maîtrise et presque la totalité de ces infirmières (92,1 %) ont moins de 41 ans. Il est probable que ceci soit relié au fait que depuis 2005, chaque infirmière doit obtenir un baccalauréat en sciences infirmières pour exercer en tant qu'infirmière autorisée (Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario [AIIO], 2012b). D'ailleurs, 42,7 % des infirmières possèdent un diplôme d'études collégiales ou un diplôme d'études professionnelles.

Dans cette étude, l'obtention de l'IMC des participantes a permis d'établir un lien entre le poids des participantes et celui de la population féminine de l'Ontario. Les infirmières de l'échantillon ont un IMC qui varie entre 18 et 42. Bien que 43,2 % des infirmières aient un poids insuffisant ou santé, 37,8 % présentent un surplus de poids et 18,9 % sont obèses. Ces statistiques sont plus élevées que la population féminine en Ontario où

l'on retrouve 47 % des femmes avec un surplus de poids ou obèses (Rapport du Médecin hygiéniste en chef de l'Ontario, 2004).

Selon l'Agence de la santé publique du Canada (2009), le taux d'obésité augmente avec l'âge. Cette proportion est comparable à celle de la présente étude où 68,8 % des infirmières âgées de 40 ans ou plus font de l'embonpoint ou sont obèses. Par ailleurs, selon le rapport de 2004 du Médecin hygiéniste en chef de l'Ontario, 7 % de la population de moins de 30 ans est obèse alors que dans l'échantillon, 18,4% des infirmières âgées de moins de 30 ans sont obèses. Ce dernier résultat illustre bien comment la prévalence de l'obésité se démarque chez les femmes en âge de procréer.

Plus de la moitié (69,4 %) des infirmières de l'échantillon ont dix ans d'expérience ou moins, ce qui signifie que la majorité des infirmières de l'échantillon sont non seulement en début de carrière en soins infirmiers, mais aussi en début de carrière en périnatalité. Plus précisément, 45,9 % ont moins de trois années d'expérience infirmière en périnatalité. De plus, 56 % ont moins de trois années d'expérience au CFN. Aucune relation significative entre la moyenne obtenue aux questions sur les savoirs empiriques et le nombre d'années d'expérience n'a été observée.

La majorité des infirmières de l'échantillon détiennent un baccalauréat et/ou une maîtrise, occupent un statut d'emploi à temps complet et ont peu d'expérience en soins infirmiers, en périnatalité et au CFN. Plusieurs de ces jeunes infirmières font partie ou ont fait partie du programme du Ministère de l'Ontario intitulé « Garantie d'emploi des diplômés en soins infirmiers ». Ce programme, qui existe depuis 2008, garantit à tous les nouveaux diplômés en sciences infirmières un emploi à temps complet, et ce, immédiatement après l'obtention de leur diplôme (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2011, 2012).

Dans cette étude, les infirmières bachelières ou avec une maîtrise travaillent surtout dans le domaine pernatal et postnatal tandis que les infirmières autorisées et les infirmières auxiliaires autorisées ayant un diplôme traditionnel ou un diplôme d'études collégiales travaillent davantage dans le domaine postnatal.

L'infirmière typique qui a le mieux réussi dans l'échantillon est âgée de 20 à 30 ans, détient un baccalauréat et/ou une maîtrise, œuvre dans le domaine postnatal et possède un statut d'emploi à temps complet. Son expérience en soins infirmiers et/ou en périnatalité est récente ou de longue date.

## **5.2. Connaissances empiriques des infirmières de l'étude**

*Première question de recherche : Quels sont les savoirs empiriques des infirmières sur les effets de l'obésité chez la femme enceinte et son nouveau-né durant la période prénatale (l'accouchement) et la période postnatal?*

À la suite de l'analyse des réponses aux questions empiriques, on constate que de façon générale, pour toutes les participantes de l'étude, les questions portant sur les soins de base en périnatalité ont été mieux réussies que les questions relatives aux soins spécifiques des patientes obèses ou en surpoids.

Les paragraphes suivants donnent les détails des résultats des connaissances empiriques pour chacun des groupes d'appartenance.

### **5.2.1. Connaissances empiriques des infirmières autorisées travaillant en pernatal et postnatal (IA\_PP)**

Il s'avère que le groupe IA\_PP est celui qui a le mieux répondu aux questions sur le savoir-science. Soulignons que seulement cinq participantes ont eu un taux de réussite supérieur à 60% aux 14 questions sur le savoir-science. Les infirmières de ce groupe ont montré certaines faiblesses dans le domaine des connaissances théoriques nécessaires pour

prodiguer des soins appropriés à la clientèle cible. Elles éprouvent des difficultés à justifier leurs interventions et à reconnaître les réactions physiques et psychologiques normales de leurs patientes. Plus précisément, seulement le tiers des participantes du groupe IA\_PP sait percevoir les complications possibles tels un accouchement difficile, un retard de croissance intra-utérine, une anomalie congénitale, une hypoglycémie chez le nouveau-né, une dystocie de l'épaule, une lacération du troisième ou quatrième degré, une hémorragie postpartum ou d'autres complications. Puisqu'en soins de la santé, la priorité est accordée à la sécurité des patients, il est primordial pour les infirmières de posséder de telles connaissances. On s'attend à ce que l'infirmière réagisse promptement pour prévenir les complications (OIIO, 2002).

En ce qui concerne les connaissances sur l'allaitement maternel, moins du tiers des infirmières déterminent adéquatement les raisons pour lesquelles l'allaitement devrait être fortement encouragé chez la femme obèse. Pourtant, les infirmières sont responsables de promouvoir les bienfaits de l'allaitement chez la femme obèse. Parmi les bienfaits, on retrouve : l'accélération de la perte de poids lié de la grossesse, l'amélioration de la contractilité utérine, la diminution du risque d'hémorragie postnatale et d'hypoglycémie chez le nouveau-né ainsi que la diminution de la probabilité d'obésité infantile (Jevitt, 2009; Morin & Reilly, 2007).

Selon LaCoursiere, Baksh, Bloebaum et Varner (2006), le risque de dépression postnatale et de cafard post-partum est plus élevé chez les femmes obèses. Pourtant, seulement 28% du groupe IA\_PP sait déceler les signes de dépression postnatale. Les infirmières de ce groupe sont moins aux aguets des signes et symptômes de problèmes de santé mentale associés aux femmes durant la période périnatale. Ainsi, il se pourrait que leurs patientes ne reçoivent pas les soins et le suivi nécessaires.

Les résultats aux questions sur le savoir-faire sont semblables. Les plus importantes lacunes mises en évidence lors de l'analyse des résultats, sont les suivantes :

- Seulement 2 % des infirmières savent comment positionner les patientes obèses afin d'améliorer la capacité pulmonaire et de diminuer la postcharge cardiaque;
- Seulement 13,5 % des infirmières connaissent les mesures à prendre pour améliorer le taux de succès des prélèvements sanguins.
- Une proportion comparable (10 %) possède le savoir-faire nécessaire à l'installation de cathéters intraveineux. Un tel manque de connaissances peut entraîner un plus grand nombre de procédures invasives chez ces patientes.

Les conséquences d'un manque de connaissances sont directement liées à un risque accru de complications. Les infirmières de ce groupe ont des difficultés à distinguer la différence dans les soins à prodiguer à une personne de poids normal et à une personne obèse. Leur jugement clinique en est affecté de même que la pertinence de leurs interventions. En somme, le problème ne relève pas seulement de leurs habiletés psychomotrices, mais plutôt d'un manque de connaissances théoriques pour appuyer leurs interventions.

En ce qui concerne le savoir-faire, la moitié (51%) du groupe d'infirmières est en mesure de conseiller correctement une étudiante infirmière quant aux soins complexes de la patiente obèse. Les infirmières de ce groupe reconnaissent qu'un brassard traditionnel peut être utilisé sur l'avant-bras, le mollet ou la cuisse. De plus, elles savent que la tension d'une personne obèse doit être prise en position assise ou semi-assise. Savoir mesurer la tension artérielle est une habileté de base pour l'infirmière puisque cette mesure sert à évaluer l'état général du système cardiovasculaire. Une mesure erronée peut être obtenue si un brassard

trop grand ou trop petit est utilisé. Ces lacunes sur le savoir empirique peuvent mener à de graves complications pour la patiente.

### **5.2.2. Connaissances empiriques des infirmières autorisées travaillant en postnatal (IA\_MAT)**

Le groupe IA\_MAT obtient une moyenne supérieure au groupe IA\_PP pour les questions du savoir-science.

Les infirmières du groupe IA\_MAT sont capables d'identifier des interventions qui diminuent les risques et complications de la césarienne en période postnatale. À titre d'exemple, toutes les infirmières du groupe savent que la patiente obèse est plus à risque d'hypervolémie. Elles savent que le risque d'occlusion intestinale après un accouchement est plus élevé chez la patiente obèse. Elles sont également en mesure de poser des interventions précises pour prévenir la thromboembolie veineuse. Elles connaissent la taille appropriée du brassard à tensiomètre à utiliser.

Les infirmières du groupe IA\_MAT maîtrisent relativement bien les causes d'un allaitement difficile. Les femmes obèses sont plus propices à une réponse diminuée de prolactine lors des tétées du bébé, ce qui contribue à une production de lait insuffisante. Les patientes obèses sont plus enclines à ce que leur montée de lait soit retardée. Posséder de telles connaissances est indispensable pour une infirmière qui travaille en périnatalité puisqu'elle est responsable d'identifier les problèmes d'allaitement envisageable chez la femme obèse durant son séjour à l'hôpital et de lui offrir du soutien (Morin & Reilly, 2007).

On peut constater que seulement le tiers des infirmières de ce groupe sont au courant du risque d'hypothermie plus élevé chez les patientes obèses. Dans un cas d'hypothermie, l'infirmière doit intervenir rapidement afin de cesser la chute de température corporelle. Le cas échéant, la patiente peut développer des frissons incontrôlables, une perte de mémoire,

une difficulté à se concentrer, une hypotension, une bradycardie, une arythmie cardiaque et une indifférence aux stimuli (Potter & Perry, 2010).

Malgré leurs résultats supérieurs, ce groupe fait preuve de certaines lacunes en terme de savoir-faire et du savoir-faire-faire. D'une part pour ce qui est du savoir-faire, on note que le tiers du groupe IA\_MAT reconnaît les interventions infirmières qui peuvent diminuer les risques de thromboembolie; les raisons pour lesquelles la patiente obèse devrait allaiter plus souvent; les symptômes de pré-éclampsie; le risque d'hypothermie chez la patiente obèse; les moyens à prendre pour réussir l'insertion d'un cathéter intraveineux ; et l'utilisation d'un brassard approprié pour prendre la tension artérielle.

D'autre part, il est essentiel pour les infirmières d'encourager les exercices de respiration et d'encourager la mobilisation précoce chez la patiente obèse afin de diminuer les risques de thromboembolie (Arendas et al., 2008; Blackwood, 2004; Mahlmeister, 2007). Les infirmières doivent aussi être en mesure de reconnaître que les nausées et les vomissements peuvent être des signes de troubles hypertensifs chez la patiente obèse (Preeclampsia Foundation, 2012).

Pour ce qui a trait au savoir-faire-faire, environ le quart des infirmières du groupe IA\_MAT sont aptes à conseiller une étudiante infirmière sur la mesure adéquate de la tension artérielle.

### **5.2.3. Connaissances empiriques des infirmières auxiliaires autorisées travaillant en postnatal (IAA)**

L'ensemble des résultats obtenus aux questions d'ordre empirique par le groupe des IAA nous oblige à constater que leur niveau de connaissances est plus faible que celui des deux autres groupes. Leur savoir-faire est plus fort que leur savoir-science. À titre d'exemple, ces infirmières ne savent pas la cause des symptômes de nausées et

vomissements, ni les causes d'un allaitement difficile chez les patientes obèses en postpartum. De plus, aucune infirmière du groupe IAA n'est en mesure de déterminer les raisons pour lesquelles les patientes obèses devraient être encouragées à allaiter fréquemment, dès la naissance de leurs nouveaux nés. Ce résultat démontre des lacunes qui sont étonnantes, car l'allaitement occupe une grande partie des soins postnataux. Par contre, en matière de savoir-faire, les IAA excellent dans l'évaluation physique postnatale des patientes qui ont subi une césarienne. Elles sont par conséquent très habiles dans la prévention des complications post-opératoires, telle la thromboembolie veineuse. Étant donné que la formation des IAA se distingue de celle des infirmières autorisées, il n'est pas étonnant de constater que les infirmières auxiliaires autorisées démontrent de meilleures capacités de savoir-faire que de savoir-science.

### **5.3. Connaissances personnelles des infirmières de l'étude**

*Deuxième question de recherche : Quels sont les savoirs personnels des infirmières sur les effets de l'obésité chez la femme enceinte et son nouveau-né durant la période périnatale (le travail et l'accouchement) et postnatale?*

Le savoir personnel fait référence à la connaissance de soi et de l'autre (Carper, 1978; Pépin et al., 2010). Ce concept est décrit par Gagnon (2002) comme étant un « ensemble intégral d'attitudes, de perceptions, de sentiments conscients et inconscients de l'individu à l'égard de lui-même » (p.511). Les infirmières ont la responsabilité de préciser leurs propres valeurs et elles doivent veiller à ce que ces valeurs n'entravent pas les soins et services qu'elles prodiguent. S'intéresser au savoir personnel, c'est vouloir vérifier si les infirmières savent ce qu'elles font et font ce qu'elles savent (Chinn & Kramer, 1999). Ce savoir inclut l'écoute, l'attention, l'empathie et le toucher lors de la prestation des soins (Pépin et al., 2010). Intrinsèque est la relation d'aide au concept de savoir personnel. Pour Marchand

(2002), la relation d'aide est la mise en œuvre de l'acceptation inconditionnelle du patient. Dans le cadre de cette étude, huit items ont été retenus pour évaluer les savoirs personnels des infirmières.

### **5.3.1. Les items reliés aux savoirs personnels**

Item n° 1 : *Les premières réactions des infirmières envers les patientes obèses*

Les résultats observés à l'item n° 1 démontrent que les infirmières n'ont pas toutes un regard neutre face à leurs patientes obèses. Ainsi, 50 % des infirmières dévoilent n'avoir aucune réaction et 34 % avouent avoir un regard négatif quant à cette même clientèle. King (1981) explique que les perceptions forment un aspect fondamental de la communication, de l'interaction et de la relation entre l'infirmière et le patient. Les savoirs personnels influencent grandement la qualité des soins prodigués aux patients obèses.

Pour l'échantillon, les résultats aux questions du savoir personnel sont moins négatifs que ceux recensés dans les écrits. Ce qui contredit les résultats rapportés par Petrich (2000) et par Poon et Tarrant (2009). En effet, les résultats de la présente étude démontrent que seulement 4 % des infirmières éprouvent de la répulsion envers les patientes obèses. Ces résultats font contraste avec ceux de Petrich (2000) où 25 % des étudiantes infirmières ressentent de la répulsion, ainsi que ceux de Poon et Tarrant (2009) dont 8 % de l'échantillon ressent ce même sentiment. De plus, seulement 6 % des infirmières avouent se sentir mal à l'aise envers leur clientèle obèse. Ces résultats s'opposent à ceux de Maroney et Golub (1992) où 34,6 % des infirmières avouent se sentir mal à l'aise.

L'écart entre les résultats de l'étude et ceux obtenus dans la recension des écrits peut être expliqué en partie par la désirabilité sociale. Les infirmières en général ont l'obligation, en vertu du Code international de déontologie des infirmières, de promouvoir la santé et de réduire la souffrance par des soins qui véhiculent la dignité et le respect (Whitfield, 2008).

Les infirmières de l'échantillon doivent respecter les normes professionnelles de l'OIIO, il serait possible que leurs réponses aient été influencées par leur sens du devoir auprès des patientes.

Les analyses par domaine d'appartenance démontrent que le groupe IAA est majoritairement neutre (n=9) quant à sa clientèle obèse. Tandis que 39 % du groupe IA\_PP ont plutôt une perception négative des patientes obèses. Les analyses multivariées de cet item avec l'IMC des infirmières semblent démontrer que les infirmières des groupes IAA et IA\_PP, qui font de l'embonpoint ou qui sont obèses ont davantage une réaction neutre lorsqu'elles rencontrent leur patiente obèse pour la première fois. De plus, la moitié des infirmières du groupe IA\_PP qui ont un poids insuffisant ou un poids santé démontrent une réaction négative quant à leur clientèle obèse. Ces observations coïncident avec les résultats obtenus dans l'étude de Brown (2007), qui affirme que les infirmières ayant un IMC élevé ont généralement une perception moins négative quant à leur clientèle obèse.

#### Item n° 2 : *Difficulté à ressentir de l'empathie*

Il est intéressant de noter que près du quart (21,6 %) des infirmières dit avoir de la difficulté à ressentir de l'empathie pour leur clientèle obèse. Ce résultat est similaire à celui de l'étude de Maroney et Golub (1992) où 24,5 % des infirmières de leur échantillon ont dit éprouver de la difficulté à ressentir de l'empathie pour leur clientèle obèse. Par contre, la présente étude contredit l'étude de Poon et Tarrant (2009) où 6,1 % des infirmières de leur échantillon ont dit éprouver de la difficulté à ressentir de l'empathie pour leur clientèle obèse.

Items n° 8 (*Soigner une patiente obèse ne m'inquiète pas*), n° 9 (*Je me dois de surveiller davantage les complications possibles reliées à l'obésité*) et n° 16 (*Plus nerveuse lorsque soigne une patiente obèse*)

Les résultats de l'étude montrent que 90,6 % des infirmières surveillent les complications possibles reliées à l'obésité. De plus, 90,6 % ne sont pas ou sont peu nerveuses de soigner une patiente obèse. Tandis que 57,6 % des infirmières ne sont pas ou sont peu inquiètes de soigner une patiente obèse. Ces résultats se démarquent de ceux de Poon et Tarrant (2009) où 49 % des infirmières de l'échantillon avouent être plus nerveuses lorsqu'elles prodiguent des soins à une patiente obèse.

Comparativement aux infirmières du groupe IA\_PP, les infirmières des groupes IA\_MAT et IAA se disent moins inquiètes de soigner une patiente obèse. On pourrait penser que les différences de complexité des soins caractérisant la période perinatale et la période postnatale pourrait avoir une influence sur la perception des infirmières.

D'un autre point de vue, les résultats sur les savoirs empiriques énumérés dans la section 5.2 semblent démontrer que les infirmières ne connaissent pas les risques et complications de l'obésité sur la femme enceinte et son nouveau-né. Il est donc normal que ces infirmières soient plus inquiètes ou nerveuses si elles connaissent les complications réelles et potentielles durant les périodes perinatale et postnatale. Pour reprendre les propos de Chinn et Kramer (1999), il serait permis de se demander si elles connaissent ce qu'elles font et font ce qu'elles savent.

L'analyse multivariée des items n° 8 et n° 16 avec l'IMC ne permet pas de différencier les groupes de façon significative. Par contre, il semble qu'une infirmière qui présente de l'embonpoint ou de l'obésité soit moins nerveuse et moins inquiète lors de la prestation des soins à une clientèle obèse, qu'une infirmière qui a un poids insuffisant ou un poids santé. Ces résultats correspondent aux résultats de Poon et Tarrant (2009) qui confirment, en effet, que les infirmières de poids santé sont plus inquiètes de soigner une patiente obèse que leurs collègues de poids supérieur.

Item n° 13 : *L'obésité ne relève pas seulement de la volonté de perdre du poids*

L'analyse de l'item n° 13 a démontré que près des trois quarts (74,3%) des infirmières affirment que l'obésité ne relève pas seulement de la volonté de perdre du poids. Par contre, 24,4 % des infirmières de l'échantillon sont plus ou moins d'accord avec cet item. Les résultats obtenus sont en accord avec ceux de Petrich (2000), où 20 % des étudiantes infirmières croient que les patients qui font de l'embonpoint manquent de contrôle et de volonté vis-à-vis leur poids. Quelques études, telles celles d'Epstein et Ogden (2005) ainsi que celle de Hoppe et Ogden (1997) ont démontré que les infirmières croient que l'obésité est causée par des mauvais choix de vie et une responsabilité personnelle.

Item n° 6 : *L'obésité de ma patiente ne me regarde pas*

Il est à noter que 33,8 % des infirmières croient que le poids de leur patiente ne les regarde pas. Ceci suggère que près du tiers des infirmières sont indifférentes à l'obésité de leur patiente. Il serait pertinent de se demander si cette indifférence a des répercussions sur les soins et l'enseignement donnés à leurs patientes. La grossesse est le moment idéal pour promouvoir de meilleures habitudes de vie. Les infirmières peuvent s'engager à fournir des soins infirmiers qui assurent le meilleur état de santé pour leurs patientes obèses.

Selon les résultats aux questions du savoir personnel, il est permis de croire que les infirmières de l'étude n'ont pas une attitude particulière avec les femmes obèses. Par contre, il reste le doute à savoir si les infirmières répondent de façon authentique ou si elles sont portées à répondre de façon désirable. La désirabilité sociale, aussi surnommée variable confondante, est décrite comme une tendance, consciente ou non, qui pousse la personne à évaluer ses attitudes ou ses caractéristiques et à donner des réponses correspondant aux points de vue sociaux dominants plutôt qu'à ses propres perceptions. Lors de l'utilisation d'un questionnaire, comme dans cette étude, la désirabilité sociale peut pousser les

participants à omettre ou à déguiser les faits afin de préserver leur image et leur estime de soi (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007).

#### **5.4. Connaissances éthiques des infirmières de l'étude**

*Troisième question de recherche : Quels sont les savoirs éthiques des infirmières sur les effets de l'obésité chez la femme enceinte et son nouveau-né durant la période périnatale (le travail et l'accouchement) et postnatale?*

Dans les paragraphes qui suivent, les savoirs éthiques des infirmières sont examinés. Les perceptions des infirmières, ainsi que l'influence de ces perceptions sur les soins prodigués sont discutées. Les items 4, 5, 7, 10, 11, 12, 14, et 15 forment un portrait des savoirs éthiques de l'infirmière travaillant en périnatalité. Pour ces items, les infirmières se prononcent davantage que dans la section précédente.

##### **5.4.1. Les items reliés aux savoirs éthiques**

*Item n° 12 : Indifférence aux moqueries de mes collègues envers ma patiente obèse*

Dans cette étude, près du tiers (31,5 %) des infirmières ne sont pas indifférentes aux moqueries de leurs collègues envers leur patiente obèse. On constate que ce résultat est élevé comparativement à l'étude de Petrich (2000). Dans l'étude de Petrich, seulement 12 % des étudiantes infirmières se sentent préoccupées par le fait que les patientes obèses peuvent être victimes de discrimination.

*Item n° 5 : Inconfortable de discuter d'alimentation et d'activité physique avec patiente obèse*

Pour cet item, 36,5 % des infirmières se disent mal à l'aise de discuter d'alimentation et d'activité physique avec leur patiente obèse. La majorité est donc à l'aise d'aborder les bonnes habitudes de vie avec leurs patientes. Encore une fois, ces résultats diffèrent de ceux

de l'étude de Miller, Alpert et Cross (2008) où 76 % des infirmières n'aiment pas parler de bonnes habitudes de vie avec leurs patientes.

Item n° 14 : *J'ai de la difficulté à accepter les patientes obèses*

D'après les résultats, la majorité (97,3 %) des infirmières dit n'avoir aucune difficulté à accepter les patientes obèses. Pourtant, il est évident, en regardant les résultats aux autres items, que plusieurs infirmières dans l'échantillon affirment avoir une perception négative quant à la clientèle obèse. Comment peut-on expliquer ce résultat? Il y a de fortes chances que l'infirmière connaissant ses responsabilités et sachant quelle est la réponse attendue ait choisi la réponse désirable plutôt que la réponse réelle. Tout comme l'item n° 6, la désirabilité sociale peut avoir influencé la réponse donnée.

Item n° 11 : *Les patientes obèses manquent de contrôle et de volonté vis-à-vis leur poids*

Plus du quart des infirmières (29,2 %) affirment que les patientes obèses manquent de contrôle vis-à-vis leur poids. Ce résultat ne concorde pas celui de l'étude de Maroney et Golub (1992), où plus de 63 % des infirmières croient que l'obésité peut être prévenue par un certain contrôle personnel. Toutefois, Budd, Mariotti, Graff et Falkenstein (2011) ont démontré qu'il s'est produit une certaine amélioration des attitudes à l'égard des personnes obèses entre l'année 1990 et 2007. Par contre, ces auteurs prétendent que les professionnels de la santé perçoivent encore négativement les personnes obèses, mais que leurs attitudes négatives affectent moins leurs soins prodigués.

Item n° 4 : *Une personne est obèse, car elle ne bouge pas assez et est paresseuse*

Dans la présente étude, 8,1 % des infirmières affirment que la clientèle obèse est paresseuse et insuffisamment active. Ce résultat est en désaccord avec les conclusions de Maroney et Golub (1992) et Petrich (2000). Maroney et Golub (1992) ont démontré que 23,1 % des infirmières affirment que la clientèle obèse est paresseuse. L'étude de Petrich (2000)

rapporte que 17 % sont du même avis. Si l'on compare les domaines d'appartenance pour cet item, il y a peu de différence entre les groupes. Par contre, on remarque que les infirmières qui font de l'embonpoint ou qui sont obèses ne perçoivent pas leurs patientes comme étant paresseuses. Ces résultats soutiennent ceux de Brown (2007) qui a démontré une corrélation entre l'IMC des infirmières et leurs perceptions envers leur clientèle obèse.

Item n° 10 : *Ce que je pense des grosses personnes influence les soins que je prodigue*

Plus du quart (25,7 %) des infirmières dans cette étude sont conscientes qu'elles ont des perceptions négatives quant à la clientèle obèse. Elles avouent que ces perceptions nuisent aux soins prodigués à leurs patientes. Ce résultat va dans le même sens que l'étude de King (1981) qui démontre que nos perceptions influencent la qualité de nos soins. Par contre, il va à l'encontre du cadre déontologique de l'OIIO selon lequel les valeurs personnelles ne doivent pas entraver les soins ou les services prodigués. On s'attend à ce que les infirmières adoptent des attitudes et des comportements bienveillants qui favorisent la santé et le bien-être des patients.

Item n° 15 : *Il est important de modifier les soins lorsque je soigne une patiente obèse*

Un peu plus du tiers (35,2 %) des infirmières de l'échantillon disent modifier leurs soins en raison de l'obésité de leur patiente. Ce taux indiquerait donc qu'une grande proportion des infirmières n'assurerait pas les meilleurs soins possibles pour leurs patientes, car elles auraient de la difficulté à prendre en considération les risques de complications perinatales et postnatales.

Item n° 7 : *Je crois que même si une patiente est obèse, je dois lui offrir les mêmes soins que ceux offerts à mes autres patientes*

Presque toutes les infirmières (98,7 %) dans cette étude offrent les mêmes soins aux patients obèses qu'elles offrent aux patientes de poids santé. Ce résultat confirme ceux de

Davies (2010), qui a démontré que les infirmières prodiguent des soins égaux aux personnes obèses et aux personnes de poids normaux. De plus, 36,5% des infirmières sont inconfortables de discuter des habitudes de vie saine; ce qui suggère que les infirmières sont conscientes de leurs perceptions des femmes obèses. Par contre, ceci démontre qu'elles ont de la difficulté à promouvoir des bonnes habitudes de vie, car elles n'arrivent pas à surmonter leurs perceptions de leurs patientes obèses.

Contrairement aux résultats obtenus dans les études de Teachman et Brownell (2001) et Petrich (2000), aucune relation significative n'a été démontrée entre les niveaux de scolarité et les perceptions négatives des infirmières quant aux patientes obèses. Comparativement à l'étude de Bagley et al. (1989), aucune relation n'a été observée entre le niveau d'expérience de l'infirmière et sa perception quant à l'obésité. Dans l'étude actuelle, aucune relation significative n'a été relevée entre l'âge de l'infirmière et la perception qu'une patiente obèse manque de contrôle et de volonté vis-à-vis son poids.

### **5.5. Limites méthodologiques**

Dans cette étude, comme dans toutes études, les limites influencent directement l'interprétation des résultats. La principale limite est l'instrument utilisé. Le questionnaire VERO (2011) a fait l'objet d'une première validation de contenu au moment de son élaboration. Quelques erreurs en matière de contenu du questionnaire n'ont pas été remarquées lors de cette validation. La première erreur se situe à la question 45 où un sujet de 60 ans pouvait cocher deux choix de réponses. Une deuxième erreur se retrouve à la question 51 et 52 où un sujet ayant 15 années d'expérience en périnatalité ou au CFN pouvait cocher deux choix de réponses. La troisième erreur est présente aux choix de réponses des questions 48, 50 et 51. Ces questions auraient dû employer les mêmes choix de réponses, car elles concernent toutes l'expérience en soins infirmiers. Il faut également souligner que

l'expertise d'un chercheur sur l'obésité aurait pu être bénéfique à la validation de contenu du questionnaire VERO.

La deuxième limite concerne le moment choisi par l'infirmière pour remplir le questionnaire. Malgré la planification des séances de collecte de données qui devaient avoir lieu avant et après les quarts de travail, plusieurs infirmières se sont présentées à une session pendant leur quart de travail. Voulant remplir le questionnaire le plus rapidement possible afin de retourner à leurs tâches, elles ont possiblement été moins attentives à certains détails des questions et/ou n'aient pas répondu à toutes les questions au meilleur de leurs connaissances. Les résultats de cette recherche auraient pu être différents si les temps précis pour remplir le questionnaire avaient été respectés par les participantes de l'étude.

La durée de la collecte de données est une autre limite. Puisque celle-ci s'est déroulée sur une période de sept jours, il se peut que certaines infirmières aient informé leurs collègues, de la nature des questions posées. Cette limite a peut-être agi comme variable confondante.

La compétence linguistique de certaines participantes est également une limite de cette étude. Les assistants de recherche présents lors des séances ont remarqué que certaines participantes étaient bilingues, mais avaient comme langue maternelle l'anglais. Il se pourrait que les réponses obtenues par ces participantes aient été affectées par leurs limites de compréhension du français.

Une autre limite pour cette étude est le fait qu'elle se restreigne à un CFN situé dans un hôpital communautaire ayant comme classification des soins, un niveau deux. Ceci signifie que l'on exige du CFN qu'il possède les ressources nécessaires au traitement des mères et des nouveaux nés à risque modéré (Lowdermilk, Perry & Bobak, 2003). Il ne possède pas les ressources plus complexes retrouvées dans un hôpital de niveau trois. De

telles ressources permettent de fournir des soins en périnatalité à des femmes qui ont une grossesse ou un accouchement à risque élevé. Comme les patientes atteintes d'obésité morbide sont considérées comme étant plus à risque de complications durant leur grossesse et leur accouchement, elles ne peuvent recevoir des soins dans ce CFN. Par conséquent, les infirmières qui travaillent dans ce CFN sont moins exposées aux femmes obèses atteintes d'obésité morbide et ont moins d'expérience auprès de cette population. L'expérience a plutôt une influence sur le développement de l'expertise. Cette expertise se développe lorsque l'infirmière est confrontée à des situations réelles qui ajoutent des nuances ou des différences subtiles à la théorie (Benner, 1984). Selon cette dernière auteure, l'infirmière devient compétente dans son rôle lorsqu'elle a traversé cinq stades (novice, débutant, compétent, performant et expert).

Également, le fait que l'étude se limite à un seul centre hospitalier réduit la possibilité de généraliser les résultats de l'étude (Burns & Grove, 2009). Il se pourrait que les caractéristiques de cet échantillon diffèrent selon chaque centre hospitalier sur les plans physique, psychologique ou comportemental (Fortin, 2010)

Cette étude est aussi limitée par des facteurs personnels transitoires. Étant donné que la collecte de données s'est déroulée avant, pendant ou après le quart de travail des infirmières, il se peut que les fonctions cognitives des infirmières aient été influencées par la fatigue, le manque de sommeil, ainsi que « l'envie de dormir ». La fatigue est un facteur personnel qui influence la motivation des sujets, mais aussi leur capacité de collaborer et de donner le meilleur d'eux-mêmes (Fortin, 1996; Fortin, Côté, Filion, 2006). D'ailleurs, l'étude de Rogers (2008) et celle de Shen, Barbara et Shapiro (2006) démontrent à quel point la performance et les fonctions cognitives et physiques peuvent être affectées par le manque de sommeil, la fatigue ou « l'envie de dormir ». De plus, il se peut que la période de l'année

choisie pour la collecte de données ait eu un effet sur les résultats. Celle-ci s'est produite durant le congé des fêtes; une période synonyme d'heures supplémentaires et d'horaires lourdement chargés pour les infirmières qui doivent souvent travailler le double des heures pour qu'on leur accorde quelques journées de congé.

Enfin, la désirabilité sociale constitue une limite déterminante pour l'interprétation des résultats des savoirs personnels et éthiques. Cette limite correspond à des indices que les sujets peuvent percevoir à la lecture de certaines questions. Ces indices peuvent les inciter à répondre de la façon que l'investigatrice souhaite. Dans le cadre de cette étude, étant donné que certaines questions cherchent à définir les perceptions des infirmières, il se peut que certaines participantes ne se soient pas senties à l'aise de répondre de façon sincère et qu'elles aient modifié leurs réponses pour des raisons de désirabilité sociale (Fortin, 1996; Fortin, Côté, Filion, 2006; Gillis & Jackson, 2002). Les sujets de recherche n'ont peut-être pas répondu aux questions de façon sincère, simplement parce qu'ils savaient que leurs réponses seraient étudiées (McCambridge, De Bruin & Witton, 2012) et qu'ils savaient que l'investigatrice principale était une collègue de travail. Toutefois, celle-ci n'était pas présente lors de la collecte de données et chaque questionnaire ont été identifiés par un code alpha numérique empêchant ainsi tout rapprochement avec l'identité réelle du participant.

## **5.6. Implications pour la formation, la recherche et la pratique**

Puisque les résultats de cette étude peuvent influencer la pratique des soins périnataux, certaines recommandations et implications pour la formation, la recherche et la pratique ont été identifiées et sont présentées dans cette section.

### **5.6.1. Recommandations et implications pour l'éducation**

Avec le taux d'obésité qui s'accroît rapidement, il est primordial que les étudiantes infirmières reçoivent une formation adéquate centrée sur les soins à prodiguer à une patiente

obèse et à son nouveau-né. Il est aussi nécessaire que les infirmières reçoivent une formation académique et clinique afin qu'elles utilisent une démarche de soins non discriminatoire auprès des patientes obèses (Hague & White, 2005). Au terme d'une formation complète, les étudiantes seraient en mesure d'identifier les risques et les complications possibles de l'obésité sur la santé de la personne. Elles maîtriseraient aussi les soins qui sont particuliers aux patientes obèses. En bref, il faut intégrer dans la formation des nouvelles infirmières, les aspects théoriques et pratiques des soins liés à l'obésité.

Une des méthodes pour réaliser cet objectif est d'inviter des experts dans le domaine de l'obésité et de la périnatalité à partager leurs connaissances et à sensibiliser les étudiantes quant à leurs perceptions de la clientèle obèse. Ces experts pourraient appuyer les institutions académiques dans leur but d'actualiser leur curriculum et de les réorienter pour inclure des cours et des sessions d'information sur l'obésité et la périnatalité. Des formations de ce genre devraient porter sur les soins à prodiguer à une femme enceinte obèse et à son nouveau-né, ainsi que des stratégies pour soigner les patientes obèses sans jugements ni préjugés. Les étudiantes doivent être encouragées à utiliser un langage clair, à parler honnêtement, à ne pas porter de jugement et à être ouvertes à la communication et à l'émergence des sentiments. Les professeurs et les infirmières cliniciennes jouent le rôle de modèle. Ils ont le pouvoir de promouvoir une attitude positive dans les soins infirmiers des patientes obèses.

### **5.6.2. Implications pour la recherche**

La recension des écrits démontre qu'il existe un besoin flagrant d'études sur l'identification des connaissances et des perceptions des infirmières de la femme enceinte obèse. Une amélioration des soins à cette clientèle découlera de la poursuite des recherches. Des études avancées, telle une recherche quantitative à plus grande échelle, sur plusieurs

sites, peuvent mener à l'élaboration de lignes directrices sur la pratique exemplaire de l'infirmière.

Il serait intéressant de répliquer l'étude dans un autre centre hospitalier, situé dans la même ville, mais comme population des infirmières anglophones. De plus, une étude dans un centre hospitalier de niveau trois, où l'on retrouve davantage de femmes enceintes atteintes d'obésité morbide, permettrait de comparer les résultats avec ceux de cette étude. La même étude pourrait être répliquée avec une méthode d'échantillonnage aléatoire, stratifiée par âge ou par expérience ou par niveau d'éducation. Les résultats pourraient être vérifiés de manière à déterminer s'il existe ou non un effet causal entre les lacunes des infirmières au niveau de leurs savoirs empiriques et les complications médicales des patientes obèses.

Des recherches qualitatives ayant comme méthodologie des groupes « focus » ou des entrevues sont des moyens qui donnent la possibilité de déterminer les savoirs personnels et éthiques des infirmières travaillant avec les femmes enceintes obèses.

Finalement, un autre aspect à étudier est l'influence qu'ont certains facteurs, tels la culture, la langue maternelle et le sexe de l'infirmière, sur les savoirs personnels et éthiques.

### **5.6.3. Implications pour la pratique clinique**

Les résultats de cette étude ont permis de développer quatre objectifs pour la pratique clinique :

- Les infirmières reconnaissent les soins particuliers à prodiguer aux femmes obèses enceintes;
- Les infirmières modifient leurs soins selon les besoins des femmes obèses et de leurs nouveaux nés;

- Les infirmières connaissent leurs propres valeurs, perceptions et croyances, et savent ne pas les laisser entraver le droit des patients à recevoir des soins; et
- Les infirmières adoptent une communication verbale et non verbale neutre, ouverte, rassurante et respectueuse.

Ces objectifs peuvent faire partie d'un programme éducatif offert à toutes les infirmières travaillant en périnatalité. Ce programme, lorsque mis en place, augmenterait la confiance des infirmières à prodiguer des soins à la clientèle obèse et réduirait le risque de certaines complications.

En se basant sur des études fiables sur le sujet, les CFN pourraient mettre en place des politiques et procédures, ainsi que des plans de soins standards appropriées à la clientèle (Bernier & Hanson, 2012; Mahlmeister, 2007). De plus, il est très important que ces centres développent la formation continue sur les soins infirmiers liés à l'obésité. Chaque infirmière devrait recevoir une formation spécifique aux problèmes d'allaitement rencontrés chez les femmes obèses et sur les moyens de les corriger. Une formation sur les différentes méthodes pour améliorer les chances de succès de prélèvement sanguin et d'installation de cathéter intraveineux pourrait diminuer le nombre de procédures invasives chez les femmes obèses. L'utilisation de jeux de rôles est à favoriser comme modalité d'apprentissage dans le cadre de programme éducatif. Les jeux de rôles permettent d'améliorer les techniques de communication, les stratégies de gestion de situation et la façon dont les infirmières réagissent dans des situations variées (Deeny, Johnson, Boore, Ledyden & McCaughan, 2001). À la suite de ces formations, les infirmières seraient en mesure reconnaître les soins à prodiguer ou les techniques de communication à utiliser selon la situation devant laquelle elles se trouvent.

Des groupes de soutien, des séances ou des rondes éducatives interprofessionnelles sont autant de méthodes qui permettraient aux infirmières d'échanger avec d'autres professionnels de la santé au sujet des soins à prodiguer aux femmes enceintes obèses et à leurs nouveaux nés. Les thèmes des perceptions et des attitudes à l'égard des patientes obèses pourraient aussi faire partie de ces échanges. Si des livres, des brochures et des articles scientifiques sur les soins à prodiguer aux femmes enceintes obèses et leurs nouveaux nés étaient offerts dans l'environnement de travail des infirmières, la sensibilisation et l'éducation des infirmières en périnatalité en seraient améliorées.

L'étude de Whitfield (2008) a essayé de comprendre et interpréter l'expérience des infirmières lorsqu'elles prennent soins de patients ayant une obésité morbide. Selon les résultats de cette recherche, les infirmières ont révélé que les soins aux patients atteints d'obésité morbide sont remplis de défis très ardues. De plus, les résultats ont démontré que les infirmières prodiguent des soins plus adéquats et consciencieux après avoir reçu un témoignage d'une patiente obèse qui a reçu des soins dans le milieu de travail des infirmières. Lors de cette même étude, on a relevé que lorsque les infirmières étaient informées des traitements discriminatoires que subissaient les patientes obèses, les infirmières étaient en mesure de trouver des stratégies pour améliorer les soins qu'elles offrent. Les infirmières prendraient plus aisément conscience des répercussions possibles de leurs attitudes et perceptions à l'égard des patientes obèses une fois qu'elles ont entendu parler une telle patiente de son expérience.

Drake et al., (2005) ont découvert que les infirmières sont hésitantes à soigner une patiente obèse, par crainte de se blesser. L'étude de Zuzelo et Seminara (2006) a montré que les infirmières perçoivent positivement les patients obèses et sont plus enthousiastes dans leurs soins lorsqu'elles ont accès à des équipements adaptés à cette clientèle. L'infirmière

peut donc agir comme défenseur de sa patiente. Elle peut exiger, auprès des équipes de gestion, de l'équipement approprié pour les patientes obèses tels des civières et des fauteuils roulants bariatriques, des jaquettes et des brassards à tensiomètre de taille plus convenable (Gallagher, 1998; Gallagher et al., 2004). Il est primordial d'augmenter l'accessibilité des équipements adaptés dans les milieux de soins.

#### **5.6.4. Implications pour les rôles de l'infirmière en pratique de niveau avancé**

L'infirmière en pratique de niveau avancé [IPNA] joue un rôle important dans les milieux de soins mais particulièrement au niveau des infirmières. Les recommandations qui sont présentées dans cette étude ont été élaborées en relation avec les cinq rôles principaux de l'IPNA, soit le rôle de l'éducation, de la recherche, de la pratique, de leadership et de consultation. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada décrit l'IPNA comme étant une personne qui a la formation, l'expertise clinique, les qualités de leadership et la compréhension des organisations, des politiques de santé et des processus de la prise de décision qui leur permet de jouer un rôle important dans les résultats pour les patients et le système de santé (AIIC, 2008b). Les infirmières en pratique de niveau avancé ont un rôle très important de formation et de soutien auprès des infirmières dans un CFN. Elles doivent 1) élaborer et faciliter l'implantation de protocoles et de plans de soins, 2) développer des programmes de formation continue, 3) soutenir les infirmières autant novices qu'expertes sur les soins infirmiers liés à l'obésité et 4) préconiser l'utilisation de données probantes sur les soins infirmiers de la femme obèse enceinte. Par conséquent, elle améliore la prestation des soins des femmes enceintes obèses et leurs nouveaux nés en promouvant la santé et prévenant la maladie (AIIC, 2006).

Un rôle de l'IPNA est de « coordonner et présenter des programmes de formation fondés sur les besoins, les priorités et les ressources de l'organisation » (AIIC, 2008b, p.

23). L'IPNA pourrait développer des programmes de formation continue auprès du personnel infirmier du CFN. Ceci pourrait être accompli en créant des dîners-causeries ou en invitant une femme obèse à venir parler de son expérience dans un CFN. Ces sessions permettraient aux infirmières de rester à jour sur la recherche sur l'obésité en périnatalité. De plus, ces sessions permettraient aux infirmières de connaître les nouvelles pratiques fondées sur des données probantes. Il est très important que tous les programmes de formation continue, mis en œuvre par l'IPNA, soient planifiés, implantés et évalués sur les besoins des infirmières afin de promouvoir la qualité des soins (De Grasse & Nicklin, 2001).

Pour remplir son rôle en recherche, l'IPNA pourrait encourager les projets de recherche dans le CFN afin de contribuer à l'avancement du savoir. De plus, l'IPNA pourrait aussi aider les infirmières du CFN à identifier différents besoins dans leur pratique et qui méritent d'être étudiés davantage. Les besoins qui seront identifiés pourront être disséminés par l'IPNA dans différents comités multidisciplinaires du milieu de soins, dans des conférences sur l'obésité, en publiant des documents dans des journaux scientifiques ou en assistant à des conférences sur le sujet.

L'IPNA doit agir comme un leader auprès des gestionnaires dans les CFN en facilitant l'implantation de nouvelles politiques qui reconnaissent l'obésité comme un problème important en périnatalité.

Finalement, en tant que consultante, l'IPNA peut favoriser le transfert des connaissances à la communauté, par l'entremise des médias, sur les effets de l'obésité sur la grossesse, l'accouchement et la période postnatale. De plus, elle peut écrire des articles dans le journal du centre hospitalier ou de la région sur la problématique et de l'influence de l'obésité sur nos soins prodigués à cette population.

### **5.6.5 Recommandations et implications pour la théorie**

Du point de vue théorique, l'utilisation du cadre conceptuel de Carper a permis de dégager l'importance des différentes sources de savoir pour la pratique infirmière. Ce cadre conceptuelle a agi comme pierre angulaire dans l'établissement des savoirs infirmiers. L'utilisation de ce cadre conceptuel en lien avec les résultats de cette étude permet d'accroître les connaissances sur le sujet. Les écrits de Carper sont très peu utilisés dans la formation de questionnaire en soins infirmiers. Cette étude permet de comprendre de quelle façon le cadre conceptuel de Carper peut être intégrer dans une étude quantitative. Il serait très pertinent d'incorporer ce cadre conceptuel dans plus d'études sur les savoirs infirmiers dans tous les milieux de soins.

## CONCLUSION

L'obésité et le surpoids sont associés à des conséquences néfastes sur la santé physique, psychologique et sociale des femmes enceintes. Leurs fœtus et leurs nouveaux nés sont aussi à risque. L'obésité d'une patiente influence les soins prodigués par l'infirmière en périnatalité. Pour assurer des soins de santé de la plus haute qualité, les infirmières doivent posséder les connaissances théoriques et cliniques spécifiques à cette clientèle. Elles doivent aussi adopter un comportement neutre et ouvert pour donner confiance aux femmes enceintes obèses (Furber & McGowan, 2010). Furber et McGowan recommandent aux professionnels de la santé d'utiliser une communication verbale et non verbale respectueuse et rassurante.

Les écrits consultés mettent en évidence les risques et complications de l'obésité en périnatalité. Les soins infirmiers appropriés y sont présentés. Entre autres, les infirmières doivent être à l'affût des complications probables telles qu'un arrêt de progression du travail, une dystocie de l'épaule, une césarienne (Arendas et al., 2008; Jevitt, 2009; Jevitt et al., 2008; Orphan, 2008). Elles doivent maîtriser les soins explicites aux patientes obèses, comme le monitoring fœtal électronique continu, le positionnement qui favorise l'oxygénation des poumons et diminue la postcharge cardiaque (Orphan, 2008), ainsi que le suivi rigoureux de leurs ingérés et leurs excrétés. Ces mesures visent entre autres, à réduire leur risque de développer une insuffisance cardiaque (Cesario, 2003; Lachat et al., 1995; Sinha, 2006).

La recension des écrits a permis la mise en lumière de l'impact des perceptions des professionnels de la santé sur les soins. Schmied et al. (2011) ont constaté que les perceptions négatives des professionnels de la santé envers les femmes enceintes obèses influencent la communication verbale et non verbale de la relation thérapeutique.

Vu la pénurie d'études sur le sujet, ce projet se base sur trois questions de recherche pour identifier les connaissances et les perceptions des infirmières quant à la femme obèse et son nouveau-né. Les réponses ont été obtenues à l'aide du questionnaire VERO (2011). Le questionnaire est organisé en conformité avec le cadre conceptuel des modes de développement et d'utilisation du savoir « *patterns of knowing* » de Carper (1975). Trois des quatre savoirs infirmiers, soit le savoir empirique, le savoir personnel et le savoir éthique ont été utilisés.

Les résultats sur le savoir empirique démontrent que les infirmières qui travaillent durant la période périnatale et/ou postnatale ont davantage de lacunes au niveau du savoir-faire et faire-faire tel que les mesures à prendre pour améliorer le taux de succès des prélèvements sanguins et d'installation de cathéters intraveineux. Pour leur part, les infirmières qui travaillent durant la période postnatale ont davantage de lacunes dans le savoir-science tels les risques et complications associés à l'obésité durant l'accouchement et la période postnatale. Pour ce qui est des savoirs personnels et éthiques, les résultats de cette étude se démarquent. Comparativement aux autres recherches sur les perceptions des infirmières envers les patientes obèses, la majorité des infirmières de cet échantillon sont neutres ou ont une perception plus positive quant aux patientes obèses.

Les résultats de cette recherche contribuent à une meilleure compréhension des connaissances des infirmières travaillant en périnatalité auprès de femmes obèses. L'analyse des résultats fournit des pistes pour orienter la formation des infirmières dans ce domaine. Des implications pertinentes découlent de cette recherche sur le plan de la pratique infirmière clinique et dans le domaine de l'enseignement et de la recherche. La mise en place de formation sur les savoirs empiriques, personnels et éthiques permettra aux infirmières de

fournir des soins infirmiers optimaux aux femmes enceintes obèses ou en surpoids, ainsi qu'à leurs nouveaux nés.

## RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada. (2009). *Obésité au Canada – Aperçu*. Consulté le 16 novembre 2012, à <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2009/oc/pdf/oc-fra.pdf>.
- Amador, N., Judrez, J. M., Guízar, J. M., Linares, B. (2008). Quality of life in obese pregnant women: a longitudinal study. *American Journal of Obstetrics Gynaecology*, 198(2): 203, e1-5.
- Apfeldorfer, G. & Zermati, J-P. (2006). Dictature des régimes: attention! Dans J. Csargo (Éd.), *Trop gros? L'obésité et ses représentations*. Paris: Éditions Autrement.
- Arendas, K., Qui, Q. & Gruslin, A. (2008). Obesity in pregnancy: Pre-conceptional to postpartum consequences. *Journal of Obstetrics and Gynecology of Canada*, 30(6), 477-488.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC]. (2006). *Rapport sur le Dialogue sur la pratique infirmière avancée de 2005*. Ottawa : Association des infirmières et infirmiers du Canada.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC]. (2008a). *Certification infirmière en périnatalité*. Consulté le 20 janvier 2010, à [http://cna-aiic.ca/cna/documents/pdf/publications/CERT\\_Perinatal\\_2\\_f.pdf](http://cna-aiic.ca/cna/documents/pdf/publications/CERT_Perinatal_2_f.pdf)
- Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC]. (2008b). *La pratique infirmière avancée : un cadre national*. Consulté le 17 mars 2013, à [http://www2.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/ANP\\_National\\_Framework\\_f.pdf](http://www2.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/ANP_National_Framework_f.pdf)
- Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC]. (2010). *Guide de préparation à l'examen d'autorisation infirmière au Canada (5<sup>e</sup> ed)*. Ottawa : AIIC.

- Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2012a). *Convention collective : L'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario*. Consulté le 30 mars 2012, à [http://www.ona.org/documents/File/pdf/cas/hospitals/HospitalCentralAgreement-French\\_March312014.pdf](http://www.ona.org/documents/File/pdf/cas/hospitals/HospitalCentralAgreement-French_March312014.pdf)
- Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2012b). *Types of Nursing*. Consulté le 13 juillet 2012, à <http://rmao.ca/about/types-nursing>
- Bagley, C., Conklin, D., Isherwood, R., Pechiulis, D. & Watson, L. (1989). Attitudes of nurses toward obesity and obese patients. *Perceptual and Motor skills*, 68, 954.
- Benner, P. (1984). *De novice à expert : excellence en soins infirmiers*. Saint-Laurent : Éditions du Renouveau Pédagogique.
- Bernier, J. R. & Hanson, Y. (2012). *Overweight and obesity in pregnancy: A review of evidence*. Halifax: Atlantic Centre of Excellence for Women's Health.
- Best Start: Ontario's Maternal, Newborn and Early Child Development Resource Centre. (2007). *Prenatal Education in Ontario: Better practices*. Consulté le 15 décembre 2009, à [http://www.beststart.org/resources/rep\\_health/pdf/prenatal\\_education\\_web.pdf](http://www.beststart.org/resources/rep_health/pdf/prenatal_education_web.pdf)
- Blackwood, H. S. (2004). Obesity a rapidly expanding challenge. *Nursing Management*, 35 (5), 27-36.
- Bograd Gordon, J. & Tobias, A. (1984). Fat, female and the life course. *Marriage & family*, 7(1), 65-92.
- Boyer, P. S. (2008). *Correlates and determinants of nurse practitioners' self-efficacy in adult obesity treatment and weight management tactics* (Thèse de doctorat). Disponible sur ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. 3307136).

- Brentin, L. & Sieh, A. (1991). Caring for morbidly obese. *American Journal of Nursing*, 91(8), 40-43.
- Brown, I. (2006). Nurses' attitudes towards adult patients who are obese: literature review. *Journal of advanced nursing*, 53(2), 221-232.
- Brown, I., Stride, C., Psarou, A., Brewins, L. & Thompson, J. (2007). Management of obesity in primary care: nurses' practices, beliefs and attitudes. *Journal of advances Nursing*, 59, 329-341.
- Brown, I., Thompson, J., Todd, A., & Jones, G. L. (2006). Obesity, stigma and quality of life: a qualitative study. *The International Journal of Interdisciplinary Social Sciences*, 1, 169-178.
- Budd, G. M., Mariotti, M., Graff, D., Falkenstein, K. (2011). Health care professionals' attitudes about obesity: An integrative review. *Applied Nursing Research*, 24 (3), 127-137.
- Burns, N. & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence (6<sup>th</sup> ed)*. St-Louis: Saunders Elsevier.
- Buteau, R-A., Garant-Rochette, S. Thibault, M. & Tremblay, J. (2009). Les ateliers de pratique réflexive lieu d'intégration des données probantes, moteur de changement de la pratique. Consulté le 23 février 2011, à [http://www.oiiq.org/congres2009/pdf/a28\\_atelier\\_pratique\\_reflexive\\_lieu\\_integration\\_donnees\\_probantes\\_moteur\\_changement\\_pratique.pdf](http://www.oiiq.org/congres2009/pdf/a28_atelier_pratique_reflexive_lieu_integration_donnees_probantes_moteur_changement_pratique.pdf)
- Calle, E. E., Thun, M. J., Petrelli, J. M. Rodriguez, C. & Heath, C. W. (1999). Body-mass index and mortality in a prospective cohort of U.S. adults. *New England Journal of Medicine*. 341, 1097-2105.

Carper, B. (1975). *Fundamental patterns of knowing in nursing (Thèse de Doctorat)*.

Disponible avec ProQuest Dissertations and theses database. (UMI No. 7607772)

Carper, B. (1978). « Fundamental patterns of knowing in nursing ». *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13-23.

Catalano, P. M. & Ehrenberg, H. M. (2006). The short and long-term implications of maternal obesity on the mother and her offspring. *British journal of obstetrics and gynecology*, 113(10), 1126-1133.

Catlin, A. (2005). Thinking outside the box: Prenatal Care and the Call for a Prenatal advance Directive. *Journal of perinatal neonatal nursing*, 19(2), 169-176.

Cedergren, M. L. (2006). Effects of gestational weight gain and body mass index on obstetric outcome in Sweden. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 93, 269–274

Centre for consumer freedom. (2005). Myth: You Can't Be Overweight and Healthy. Dans Centre for consumer freedom, *An Epidemic of Obesity Myths* (pp. 77-84). Washington: The Center for Consumer Freedom.

Centre for Maternal and Child Enquiries [CMACE] & Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [RCOG]. (2010). *Management of women with obesity in pregnancy*. London: Centre for Maternal and Child Enquiries [CMACE] & Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [RCOG].

Cesario, S. (2003). Obesity in pregnancy: What every nurses needs to know. *AWHONN Lifelines*, 7(2), 118-125.

Chinn, P. L. & Kramer, M. K. (1999). *Theory and nursing: A systematic approach (5<sup>th</sup> ed.)*. St. Louis: Mosby Elsevier.

- Chinn, P. L. & Kramer, M. K. (2008). *Integrated theory and knowledge development in nursing (7th ed.)*. St Louis: Mosby Elsevier.
- Clements, P. T. & Averill, J. B. (2004). Patterns of knowing as a method of assessment and intervention for children exposed to family-member homicide. *Archives of Psychiatric Nursing, 18* (4), 143-150.
- Cogan, J. C. & Ernsberger, P. (1999). Dieting, weight, and health: Reconceptualizing research and policy. *Journal of social issues, 55*(2), 187-205.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences (2<sup>e</sup> ed.)*. Mahwah: Erlbaum.
- Collège royal des obstétriciens et gynécologues [CROG]. (2001). *The use of electronic fetal monitoring: the use and interpretation of cardiotocography in intrapartum fetal surveillance*. London: Evidence-based clinical guideline no 8.
- Crandall, C. (1994). Prejudice against fat people : ideology and self-interest. *Journal of Personality and social psychology, 19*, 429-451.
- Crandall, C. & Biernat, M. (1990). The ideology of anti-fat attitudes. *Journal of Applied social psychology, 20*, 227-243.
- Crandall, C. & Martinez, R. (1996). Culture, ideology and antifat attitudes. *Personality and social Psychology Bulletin, 22*, 116S-117S.
- Culbertson, M. & Swollen, D. (1999). Attitudes of RN students toward obese adult patients. *Journal of Nursing Education, 38*(2), 84-87.
- Daniels, S. R. (2006). The consequences of childhood overweight and obesity. Dans Princeton University and the Brookings Institution 2008, *Childhood Obesity: The future of children*. Consulté le 15 février 2010, à [http://www.futureofchildren.org/futureofchildren/publications/docs/16\\_01\\_FullJournal.pdf](http://www.futureofchildren.org/futureofchildren/publications/docs/16_01_FullJournal.pdf)

- Darby, A., Hay, P., Mond, J., Rodgers, B. & Owen, C. (2007). Disordered eating behaviours and cognitions in young women with obesity: relationship with psychological status. *International Journal of Obesity*, 31, 876-882.
- Davies, D. M. (2010). *Nursing attitudes towards obese patients* (Thèse de maîtrise). Disponible sur ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. 1489750).
- Davies, G. A. L., Wolfe, L. A., Mottola, M. F. & MacKinnon, C. (2003). Exercice physique pendant la grossesse et le postpartum. *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, 25, 516-522.
- Davies, G. L., Maxwell, C. & McLoed, L. (2010). Directive clinique de la SOGC : Obésité et grossesse. *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, 239, 165-173.
- Davies, M. J. (2006). Evidence for effects of weight on reproduction in women. *Reproductive BioMedicine Online*, 12, 552-561.
- Deeny, P., Johnson, A., Boore, J., Ledyden, C. & McCaughan, E. (2001). Drama as an Experiential Technique in Learning How to Cope with Dying Patients and their Families. *Teaching in Higher education*, 6(1), 99-112.
- De Grasse, C. & Nicklin, W. (2001). Advanced nursing practice: Old hat, new design. *Nursing Leadership*, 14(2), 7-12.
- DeVader, S. R., Neeley, H.L., Myles, T. D. & Leet, T. L. (2007). Evaluation of gestational weight gain guidelines for women with normal prepregnancy body mass index. *Obstetrics and Gynecology*, 110(4), 745-751.
- Drake, D., Dutton, K., Engelke, M, McAuliffe, M., & Rose, M. A. (2005). Challenges that nurses face in caring for morbidly obese patients in the acute care setting. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 1(5), 462-466.

- Ducarne G., Rodrigues A., Aissaoui F., Davitian C., Pharisien I. & Uzan M. (2007). Grossesse des patientes obèses : quels risques faut-il craindre? *Généologie Obstétrique et fertilité*, 35, 19-24.
- Edwards, L. E., Hellerstedt, W. L., Alton, I. R., Story, M. & Himes, J. H. (1996). Pregnancy complications and birth outcomes in obese and normal-weight women: effects of gestational weight change. *Obstetrics and Gynaecology*, 87(3), 389-394.
- Epstein, L. & Ogden, J. (2005). A qualitative study of GPs' views of treating obesity. *British Journal of General Practice*, 55, 750-754.
- Faulkner, K. (2001). *Attitudes towards Obesity*. Consulté le 28 juin 2011, à <http://www.missouriwestern.edu/psychology/research/psy302/spring96/KevinFaulkner.html>
- Fawcett, J., Watson, J., Neuman, B., Walker, P. H. & Fitzpatrick, J. J. (2001). On nursing theories and evidence. *Journal of nursing scholarship*, 33(2), 115-119.
- Ferrari, R. M. (2008). *Influence of provider advice and maternal attitudes on weight change and physical activity during pregnancy and postpartum* (Thèse de doctorat). Disponible sur ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. 3304369).
- Ferraro, Z. & Adamo, K. B. (2008). Pediatric obesity: It's time for prevention before conception can maternal obesity program pediatric obesity. *Clinical Medicine: Pediatrics*, 2, 37-46.
- Fontaine, K. L. (1991). The conspiracy of culture: Women's issues in body size. *Nursing Clinics of North America*, 16, 669-676.
- Fortin, M-F. (1996). *Le processus de la recherche: de la conception à la réalisation*. Ville Mont-Royal: Décarie Editeur inc.

- Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal: Chenelière Éducation.
- Fortin, M-F., Côté, J. & Filion, F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal: Chenelière Éducation.
- Foster, G. D. & Kendall, P.C. (1994). The realistic treatment of obesity: Changing the scales of success. *Clinical Psychology Review*, 14(8), 701-736.
- Fox, P. & Yamaguchi, C. (1997). Body image change in pregnancy: A comparison of normal weight and overweight primigravidas. *Birth*, 24(1), 35-40.
- Fry, S. T. (1988). The nature of knowledge. Dans V.C. Bridges & N. Wells (Éds.), *Proceedings of the fifth nursing science colloquium: strategies for theory development in nursing: V*. Boston: Boston University.
- Furber, C. M. & McGowan, L. (2010). The psychological impact of being overweight/obese during pregnancy. Dans, Y. Richens & T. Lavender (Éds.), *Care for pregnant women who are obese*. London: Quay Books.
- Gagnon, N. (2002). Concept de soi. Dans P. Potter & A.G. Perry (Éds.), *Soins infirmiers – Tome 1*. Laval : Éditions Études Vivantes.
- Gallagher, S. M. (1998). Caring for obese patients. *Nursing* 98, 28(3), 32hnl-32hn5.
- Gallagher, S. M., Arzouman, J., Lacovara, J., Blackett, A., McDonald, P. K., Traver, G., et al. (2004). Criteria-based protocols and the obese patient: Pre-planning care for a high-risk population. *Ostomy Wound Management*, 50(5), 32-42.
- Galthier-Deneure, F., Boegner, C. & Bringer, J. (2000). Obesity and pregnancy: complications and cost. *American Journal of Clinical Nutrition*, 7, 1242S-1248S.

- Germov, J. & Williams, L. (1999). The thin ideal: Women, food, and dieting. Dans J. Germov & L. Williams (Éds.), *A sociology of food and nutrition: The social appetite*. New York: Oxford University Press.
- Gillis, A. & Jackson, W. (2002). *Research for nurses : Methods and Interpretation*. Philadelphia : F.A. Davis Company.
- Gilmore, J. (1999). L'indice de masse corporelle et la santé. *Rapport sur la santé*, 11(1), 33-47.
- Girard, S. (2003). Soins infirmiers pendant la période périnatale: le travail de l'accouchement. Dans D.L. Lowdermilk, S. Perry & I.M. Bobak (Éds.), *Soins infirmiers périnatalité*. Laval : Beauchemin.
- Gouvernement de l'Ontario. (2004). *Rapport de 2004 du médecin hygiéniste en chef: Poids santé, vie saine*. Toronto: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.
- Green, L. & Lewis, F. (1986). *Measurement and evaluation in health education and health promotion*. Palo Alto: Mayfield.
- Green, S. M., McCoubrie, M. & Cullingham, C. (2000). Practice Nurse's and Health Visitors' knowledge of obesity assessment and management. *Journal of human nutrition and dietetics*, 13(6), 413-423.
- Grillo, C. M, Masheb, R. M., Brody, M., Toth, C., Burke-Martindale, C. H. & Rothschild, B. S. (2005). Childhood maltreatment in extremely obese male and female bariatric surgery candidates. *Obesity research*, 13(1), 123-30.
- Hague, A. L. & White, A. A. (2005). Web-based intervention for changing attitudes of obesity among current and future teachers. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 37(2), 58-66.

- Hall, L. F. & Neubert, A. G. (2005). Obesity and pregnancy. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 60(4), 253-260.
- Hanson, L. (2008). Prenatal Education: Priorities for perinatal nurses. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 22(4), 254-256.
- Heslehurst, N., Lang, R., Rankin, J., Wilkinson, J. R. & Summerbell, C. D. (2007). Obesity in pregnancy: a study of the impact of maternal obesity on NHS maternity services. *British journal of obstetrics and gynaecology*, 114, 334-342.
- Hoppe, R. & Ogden, J. (1997). Practice nurses' beliefs about obesity and weight related interventions in primary care. *International Journal of Obesity*, 21, 141-146.
- Houde, G. & Gagnon, M. (2004). Docteur, j'ai pris du poids à ma première grossesse et je suis encore enceinte... *Le médecin du Québec*, 39(2), 71-79.
- Illich, I. (1976). *Limits to Medicine*. Londres : Marion Boyars.
- Illich, I. (1977). Disabling Professions. Dans I. Illich, J. Zola, T. McNight, J. Chaplan & J. Shaiken (Éds.), *Disabling Professions*. Londres: Marion Boyars.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2003). *Tendances de la main-d'oeuvre des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés au Canada, 2002*. Consulté le 30 mars 2012, à [http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2011/icis-cihi/H115-19-2002-fra.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2011/icis-cihi/H115-19-2002-fra.pdf)
- Institute of Medicine [IOM]. (2004). *Preventing childhood obesity: Health in the balance*. Washington: The National Academies Press.
- Institute of Medicine [IOM]. (2009). *Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines*. Consulté le 11 septembre 2009, à [http://www.bocvf.org/pregnancy\\_weight\\_guidelines\\_brief.pdf](http://www.bocvf.org/pregnancy_weight_guidelines_brief.pdf)

- James, C. (2001). Obesity and pregnancy: Obstetrics and anesthetic implications. *Current Reviews for perianesthesia nurses*, 23(19), 221-232.
- James, D. C. & Maher, M. A. (2009). Caring for the extremely obese during pregnancy and birth. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 34(1), 24-30.
- James, P. J. (2003a). Overweight and Obesity worldwide now estimated to involved 1.7 billion people. *Obesity Surgery*, 13, 329-330.
- James, P. J. (2003b). *Call for obesity review as overweight numbers reach 1.7 billion*. Consulté le 18 août 2009, à <http://www.iaso.org/popout.asp?linkto=http%3A//www.iotf.org/media/iotfmar17.htm>
- Jevitt, C. (2009). Pregnancy complicated by obesity: Midwifery Management. *Journal of Midwifery & Women's health*, 54(6), 445-451.
- Jevitt, C. M., Morse, S. & O'Donnell, Y. S. (2008). Shoulder Dystocia: Nursing Prevention and Posttrauma Care. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 22(1), 14-20.
- Johns, C. (1995). Framing learning through reflection within Carper's fundamental ways of knowing in nursing. Dans Pépin, J., Kérouac, S., Ducharme, F. (Éds.), *La pensée infirmière (3<sup>e</sup> éd.)*. Montréal: Chenelière Éducation.
- Johns, C. (2004). Becoming a reflective practitioner (2<sup>e</sup> éd.). Dans Pépin, J., Kérouac, S., Ducharme, F. (Éds.), *La pensée infirmière (3<sup>e</sup> éd.)*. Montréal: Chenelière Éducation.
- Jones, G. (2008). The psychology of obesity in women and pregnancy. Dans M. Rees, M. Karoshi & L. Keith (Éds.), *Obesity and Pregnancy* (pp. 41-53). London: The royal society of Medicine Press limited.
- Keppel, K. G. & Taffel, S. M. (1993). Pregnancy-related weight gain and retention: implications of the 1990 Institute of Medicine guidelines. *American Journal of Public Health*, 83(8), 1100-1103.

- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F. & Major, F. (2003). *La pensée infirmière (2<sup>e</sup> éd.)*. Montréal: Beauchemin.
- Kilbourne, J. (1994). Still killing us softly: Advertising and the obsession with thinness. Dans P. Fallon, M.A. Katzman & S.C, Wooley (Éds.), *Feminist perspectives on eating disorders* (pp. 395-418). New York: Guilford Press.
- King, I. M. (1981). *A theory for nursing, system, concepts, process*. Albany: Delma
- Krause, K., Østbye, T., & Swamy, G. (2009). Occurrence and correlates of postpartum depression in overweight and obese women: Results from the active mothers postpartum (AMP) study. *Journal of Maternal and Child Health, 13*, 832-838.
- Kuczarski, R. J., Flegal, K. M., Campbell, S. M. & Johnson, C. L. (1994). Increasing prevalence of overweight among US adults. The National Health and Nutrition Examination Surveys, 1960 to 1991. *Journal of American medical association, 272*(3), 205-211
- Lachat, M. F., Owen, J. & Ebel, M. (1995). Care of the morbidly obese obstetrical patient. *The American Journal of Maternal/Child Nursing, 20*(2), 101-106.
- LaCoursiere, D. Y., Baksh, L., Bloebaum, L., & Varner, M. W. (2006). Maternal body mass index and self-reported postpartum depressive symptoms. *Maternal and Child Health Journal, 10*(4), 385-90.
- LaCoursiere, D. Y., Bloebaum, L., Duncan, J. D., & Varner, M. W. (2005). Population-based trends and correlates of maternal overweight and obesity, Utah 1991-2001. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 192*, 832 -839.
- LaCoursiere, D., Hutton, A., & Varner, M. (2007). The association of obesity, body image, and postpartum depression. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 197*(6), S93.

- Ladewig, P. A., London, M. L. & Davidson, M. R. (2010). *Soins en périnatalité (4<sup>e</sup> éd.)*. Saint-Laurent : ERPI.
- Langlois, L. (2003). Soins infirmiers pendant la grossesse. Dans D.L. Lowdermilk, S. Perry & I.M. Bobak, *Soins infirmiers périnatalité* (pp. 249- 305). Laval : Beauchemin.
- Larouche, R. (1984). La socialisation professionnelle des éducateurs physiques. *Revue des sciences de l'éducation*, 10(3), 515-540.
- Legendre, R. (1993). *Dictionnaire actuel de l'éducation*. Montréal: Guérin.
- Lewis, S. M., Heitkemper, M. M. & Dirksen, S. R. (2003). *Soins infirmiers Médecine-Chirurgie*. Laval: Beauchemin.
- Lobstein, T., Baur, L., Uauy, R., & IASO International Obesity Task Force (2004). Obesity in children and young people: A crisis in public health. *Obesity Reviews*, 5(Suppl 1), 4-85.
- Loiselle, C. G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent : Éditions du Renouveau Pédagogique Inc.
- Lowdermilk, D.L., Perry, S. & Bobak, I.M. (2003). *Soins infirmiers périnatalité*. Laval : Beauchemin.
- Lowdermilk, D. L. & Perry, S. E. (2004). *Maternity & women's health care (8<sup>th</sup> ed)*. St-Louis: Mosby.
- Lu, G. C., Rouse, D. J., Dubard, M., Cliver, S., Kimberlin, D. & Hauth, J. C. (2001). « The effect of increasing prevalence of maternal obesity on perinatal morbidity ». *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 185, 845-849.

- Lupton, D. (1999). Risk and the ontology of pregnant embodiment. Dans D. Lupton (Éd.), *Risk and sociocultural theory: new directions and perspectives*. New York: Cambridge University Press.
- Mahlmeister, L. R. (2007). Best practices in perinatal nursing: Improving outcomes for obese and morbidity obese women during the intrapartum and postpartum periods. *Journal of perinatal & neonatal nursing*, April-June, 86-88.
- Marchand, D. (2002). Relation infirmière-client. Dans P. Potter & A.G. Perry (Éds.), *Soins infirmiers – Tome 1*. Laval : Éditions Études Vivantes.
- Maroney, D. & Golub, S. (1992). Nurses' attitudes toward obese persons and certain ethnic groups. *Perceptual and Motor skills*, 75, 387-391.
- Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M-C., Turcotte, D. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Montréal: Gaëtan Morin.
- McCabe, C. & Timmins, F. (2006). *Communications skills for nursing practice*. New York: Palgrave McMillan.
- McCabe, L. (2008). *Caring for the pregnant bariatric woman: are we prepared?*  
Consulté le 8 février 2011, à [http://www.pppeso.on.ca/en/pppeso/Handouts\\_p654.html](http://www.pppeso.on.ca/en/pppeso/Handouts_p654.html)
- McCambridge, J., De Bruin, M. & Witton, J. (2012). *The Effects of Demand Characteristics on Research Participant Behaviours in Non-Laboratory Settings: A Systematic Review*. Consulté le 30 août 2012, à <http://www.plosone.org/article/info:doi/10.1371/journal.pone.0039116>
- Meleis, A. I. (2005). *Theoretical nursing : Development & Progress (3<sup>th</sup> ed.)*. New York: Lippincott Williams & Wilkins.

- Milhomme, D. (2010). *Étude descriptive des facteurs facilitant et contraignant le développement de la compétence des infirmières en soins critiques* (Thèse de doctorat). Consulté le 3 août 2012, à [www.theses.ulaval.ca/2010/27197/27197.pdf](http://www.theses.ulaval.ca/2010/27197/27197.pdf)
- Miller, S. K., Alpert, P. T. & Cross, C. L. (2008). Overweight and obesity in nurses, advanced practice nurses, and nurse educators. *American Academy of Nurse Practitioners*, 20, 259-265
- Ministère de la Santé de l'Ontario. (2004). *2004 Chief Medical Officer of Health Report: Healthy Weights, healthy Lives*. Consulté le 4 novembre 2009, à [http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ministry\\_reports/cmoh04\\_report/healthy\\_weights\\_112404.pdf](http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ministry_reports/cmoh04_report/healthy_weights_112404.pdf).
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (2011). *Professions Santé Ontario - Lignes directrices de participation à la Garantie d'emploi des diplômés en soins infirmiers*. Consulté le 25 novembre 2012, à <http://www.professionssanteontario.ca/upload/en/work/ngg-participation-guidelines-jan-2011-fr.pdf>
- Ministère de la Santé et des soins de longue durée. (2012). *Création de plus de 900 postes d'infirmière pour accroître l'accès aux soins pour les patients*. Consulté le 25 novembre 2012, à [http://www.health.gov.on.ca/fr/news/release/2012/may/nr\\_20120510\\_1.aspx](http://www.health.gov.on.ca/fr/news/release/2012/may/nr_20120510_1.aspx)
- Mokdad, A. H., Serdula, M. K., Dietz, W. H., Bowman, B. A., Marks, J. S. & Koplan, J. P. (1999). The spread of the obesity epidemic in the United States, 1991-1998. *Journal of American medical association*, 282(16), 1519-1522.
- Morin, K. H. (1998). Perinatal Outcomes of obese women: a review of the literature. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 27(4), 431-440.

- Morin, K. H. & Reilly, L. (2007). Caring for obese pregnant women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 36, 482-489.
- Moynihan, A. T., Hehir, M. P., Glavey, S. V., Smith, T. J. & Morrison, J. J. (2006). « Inhibitory effect of leptin on human uterine contractility in vitro ». *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 195, 504-509.
- Must, A., Spadano, J., Coakley, E. H., Field, A. E., Colditz, G. & Dietz, W. H. (1999). The disease burden associated with overweight and obesity. *Jama*, 282(16), 1523-1529.
- Myers, A. & Rosen, J. C. (1999). Obesity stigmatization and coping: relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem. *International Journal of Obesity*, 23, 221-230.
- Nelson Piercy, C. (2009). *Reducing the risk of thrombosis and embolism during pregnancy and the puerperium*. Consulté le 8 février 2011, à <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/GTG37aReducingRiskThrombosis.pdf>
- Nyman, M. K., Prebensen, A. K. & Flensner, G. E. M. (2008). Obese women's experiences of encounters with midwives and physicians during pregnancy and childbirth. *Midwifery*, 26(4), 424-429.
- Ogden, C. L., Yanovski, S. Z., Carroll, M. D. & Flegal, K. M. (2007). The epidemiology of obesity. *Gastroenterology*, 132, 2087-3102.
- Ogden, J. & Hoppe, R. (1998) Changing practice nurses' management of obesity. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 11, 249-256.
- Oliver, J. E. (2006). *Fat politics: The real story behind America's obesity epidemic*. New York: Oxford University Press.
- OMS. (1995). *Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry*. Consulté le 10 février 2011, à [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_854.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854.pdf)

- OMS. (2000). Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. *World health Organization technical report series*, 894(i-xii), 1-253.
- OMS. (2003). *Obésité: Prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale*. Rapport d'une consultation de l'OMS. Consulté le 25 mars 2009, à <http://books.google.ca/books?id=8FYUUXJxl50C&printsec=frontcover&dq=ob%C3%A9sit%C3%A9&hl=fr#PPP1,M1>
- OMS. (2004). *Le surpoids et l'obésité au Canada : une perspective de la santé de la population*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé.
- OMS. (2012). *Obesity and overweight*. Consulté le 13 septembre 2012, à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>
- Onyike, C. U., Crum, R. M., Lee, H. B., Lyketsos, C. G. & Eaton, W. W. (2003). Is obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *American Journal of Epidemiology*, 158(12), 1139-1147.
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario [OIIIO]. (2002). *Normes professionnelles (Éd. révisée 2002)*. Toronto: Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario.
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario [OIIIO]. (2012). *Membership Statistics Report 2011*. Consulté le 19 septembre 2012, à [http://www.cno.org/Global/docs/general/43069\\_stats/43069\\_MembershipStatistics2011.pdf](http://www.cno.org/Global/docs/general/43069_stats/43069_MembershipStatistics2011.pdf)
- Oron, G., Yogev, Y. & Hod, M. (2008). Pregravid obesity and excessive weight gain: implications on pregnancy. Dans M. Rees, M. Karoshi & L. Keith (Éds.), *Obesity and Pregnancy* (pp. 20-40). London: The royal society of Medicine Press limited.
- Orphan, S.A. (2008). *Maternity, Newborn & Women's Health nursing*. New York: Lippincott Williams & Wilkins.

- Peeters, A., Barendregt, J. J., Willekens, F., Mackenbach, J. P., Mamun, A. A. & Bonneux, L. (2003). « Obesity in Adulthood and Its Consequences for Life Expectancy: A Life-table Analysis ». *Annals of Internal Medicine*, 138 (1), p. 24-33.
- Pépin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière (3<sup>e</sup> éd.)*. Montréal: Chenelière Éducation.
- Peternelj-Taylor, C. (1989). The effects of patient weight and sex on nurses' perceptions: a proposed model of nurse withdrawal. *Journal of advanced nursing*, 14, 744-754.
- Petrich, B. (2000). Medical and nursing students' perceptions of obesity. *Journal of addictions nursing*, 12(1), 3-16.
- Picard, L. & Hébert, D. (1999). L'état de santé de la population francophone de l'Ontario. *Reflets : Revue ontaroise d'intervention sociale et communautaire*, 5(2), 66-102.
- Poon, M-Y. & Tarrant, M. (2009). Obesity: attitudes of undergraduate student nurses and registered nurses. *Journal of clinical nursing*, 18, 235S-236S.
- Potter, P. A. & Perry, A. G. (2010). *Soins infirmiers : fondements généraux – Tome 2 (3<sup>e</sup> eds.)*. Montréal: Chenelière-éducation.
- Poulain, J-P. (2009). *Sociologie de l'obésité*. Paris : Presses Universitaire de France.
- Preeclampsia Foundation. (2012). *Signs & Symptoms*. Consulté le 12 décembre 2012, à <http://www.preeclampsia.org/signs-and-symptoms>
- Puhl, R. & Brownell, K. (2001). Bias, discrimination and obesity. *Obesity research*, 9, 788-805.
- Quiéniart, A. (1988). *Le corps paradoxal : Regards de femmes sur la maternité*. Montréal: Les éditions Saint-Martin.

- Quéniart, A. (1992). Risky business: Medical definitions of pregnancy. Dans, D.H. Currie & V. Raoul (Éds.), *Anatomy of Gender: Women's struggle for the body*. Ottawa: Carleton University Press.
- Ram, K. T., Bobby, P., Hailpern, S. M., Lo, J. C., Schocken, M., Skurnick, J. & Santoro, N. (2008). Duration of lactation is associated with lower prevalence of the metabolic syndrome in midlife--SWAN, the study of women's health across the nation. *American Journal of Obstetrics and gynaecology*, 198(3), 268.e1-6
- Ramsay, J. E., Greer, I. & Sattar, N. (2006). ABC of obesity: Obesity and reproduction. *British Journal of Medicine*, 333, 1159-1162.
- Rand, C. S. W. & MacGregor, A. M. C. (1990). Morbidly obese patients' perceptions of social discrimination before and after surgery for obesity. *Southern Medical Journal*, 83(12), 1390-1395.
- Rapport du Médecin hygiéniste en chef de l'Ontario. (2004). *Healthy Weights, Healthy Lives*. Consulté le 9 octobre 2012, à [http://www.health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/cmoh04\\_report/healthy\\_weights\\_112404.pdf](http://www.health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/cmoh04_report/healthy_weights_112404.pdf)
- Rasmussen, K. M. & Yaktine, A. L. (2009). *Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines*. Consulté le 16 août 2009, à <http://www.nap.edu/catalog/12584.html>
- Ricci, S. S. & Kyle, T. (2009). *Maternity and pediatric nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Robinson, B. E, Bacon J. G. & O'Reilly, J. (1993). Fat phobia: Measuring, understanding, and changing anti-fat attitudes. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 467-480.

- Robinson, H. E., O'Connell, C. M., Joseph, K. S. & McLeod, N. L. (2005). Maternal outcomes in pregnancies complicated by obesity. *Obstetrics and Gynecology*, 106 (6), 1357-1364.
- Rodgers, B. L. & Knafl, K. A. (2000). Concept development in nursing: Foundations, techniques and application. Dans J. Pépin, S. Kérouac, F. Ducharme (Éds.), *La pensée infirmière (3<sup>e</sup> éd.)*. Montréal: Chenelière Éducation.
- Rogers, A. E. (2008). The Effects of Fatigue and Sleepiness on Nurse Performance and Patient Safety. Dans R.G. Hughes (Ed.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* (pp. 2-509 – 2-545). Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Rogge, M. M., Greenwald, M. & Golden, A. (2004). Obesity, stigma, and civilized oppression. *Advances in Nursing Science*, 27(4), 301-315.
- Royal Women's Hospital. (2007). *Obesity and pregnancy*. Consulté le 22 janvier 2009, à [http://www.thewomens.org.au/uploads/downloads/HealthInformation/FactSheets/ObesityPregnancy\\_English.pdf](http://www.thewomens.org.au/uploads/downloads/HealthInformation/FactSheets/ObesityPregnancy_English.pdf)
- Rubarth, L. (2005). *Nursing patterns of knowing in assessment of newborn sepsis*. Consulté le 22 février 2011, à [http://www.nursing.arizona.edu/Library/Rubarth\\_LB.pdf](http://www.nursing.arizona.edu/Library/Rubarth_LB.pdf)
- Ruhl, L. (1999). Liberal governance and prenatal care: risk and regulation in pregnancy. *Economy and Society*, 28(1), 95-117.
- Salihu, H. M. & Richman, A. R. (2008). Epidemiology and long-term health consequences of obesity. Dans M. Rees, M. Karoshi & L. Keith (Éds.), *Obesity and Pregnancy* (pp. 3-19). London: The royal society of Medicine Press limited.

- Santé Canada. (2004). *Canadian Community Health Survey: A Guide to accessing and interpreting the data*. Consulté le 4 novembre 2009, à [http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt\\_formats/hpfb-dgpsa/pdf/surveill/cchs-guide-escs-eng.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/surveill/cchs-guide-escs-eng.pdf)
- Santé Canada. (2006). *Obésité*. Consulté le 5 octobre 2010, à [http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt\\_formats/pacrb-dgapcr/pdf/iyh-vsv/life-vie/obes-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt_formats/pacrb-dgapcr/pdf/iyh-vsv/life-vie/obes-fra.pdf).
- Santé Publique Ottawa. (2011). *Des activités sécuritaires en tout confort*. Consulté le 4 avril 2013, à [http://unenouvellevie.ca/book/oph/fr/module06/page\\_09](http://unenouvellevie.ca/book/oph/fr/module06/page_09)
- Schilling McCann, J. A. (2008). *Medical-surgical nursing made incredibly easy*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Schmied, V.A., Duff, M., Dahlen, H. G., Mills, A. E. & Kolt, G. S. (2011). 'Not waving but drowning': a study of the experiences and concerns of midwives and other health professionals caring for obese childbearing women. *Midwifery*, 27, 424-430.
- Seid, R. P. (1989). *Never too thin: Why women are at war with their bodies*. Toronto: Prentice-Hall.
- Shen, J., Barbera, J. & Shapiro, C. M. (2006). Distinguishing sleepiness and fatigue: focus on definition and measurement. *Sleep Medicine Review*, 10(1), 63-76.
- Shield, M. & Tremblay, M. S. (2008). Comportements sédentaires et obésité. *Rapport sur la santé*, 19(2), 21-33.
- Simpson, K. R. (2008). Extreme Obesity as a patient safety risk during labour and birth. *Perinatal Clinical Nursing*, 33(3), 196.
- Simpson, K. R. & Creehan, P. A. (2008). *Perinatal nursing*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins.
- Sinha, A. (2006). Anesthetic aspects of bariatric surgery. *ASA Newsletter*, 70 (12).

- Sloan, C., Pong, R., Rukholm, E., Larocque, S. & Pitblado, R. (2006). *Full-Time/Part-Time Employment of Nurses in Small Hospitals in Rural and Northern Ontario: Current Status, Issues and Options*. Consulté le 27 août 2012, à <http://ruralontarioinstitute.ca/file.aspx?id=54c661bd-7761-4acd-9127-c028f4f98767>
- Smith, D. & Lavender, T. (2011). The maternity experience for women with a body mass index > 30 kg/m<sup>2</sup>: A meta-synthesis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 118, 779-89.
- Smith, S. A., Hulsey, T. & Goodnight, W. (2008). Effects of obesity on pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37, 176-184.
- Somerville, J. (2009). *Development and psychometric evaluation of patients' perception of feeling known by their nurses (PPFKN) Scale* (Thèse de doctorat). Disponible sur ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. AAT 3349962).
- Starky, S. (2005). *The obesity epidemic in Canada*. Consulté le 22 janvier 2010, à <http://www2.parl.gc.ca/Content/LOP/ResearchPublications/prb0511-e.htm>
- Statistique Canada. (2005). *L'obésité chez les adultes au Canada: Poids et grandeur mesurés*. Consulté le 8 décembre 2010, à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82620m/2005001/article/adults-adultes/8060-fra.htm>.
- Statistique Canada. (2006). *Tendances de l'obésité chez l'adulte*. Consulté le 2 septembre 2009, à <http://www.statcan.ca/english/studies/82-003/archive/2006/17-3-d.pdf>
- Statistique Canada. (2011). *Obésité au Canada*. Consulté le 17 mars 2013, à <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/oic-oac/adult-fra.php>
- Stearns, P. N. (1997). *Fat History: Bodies and Beauty in the Modern west*. New York: New York University press.

- Stuebe, A. M., Rich-Edwards, J. W., Willett, W. C., Manson, J.E. & Michels, K.B. (2005). Duration of lactation and incidence of type 2 diabetes. *Journal of the American Medical Association*, 294, 2601-2610.
- Teachman, B. A. & Brownell, K. D. (2001). Implicit anti-fat bias among health professionals: is anyone immune? *International Journal of Obesity*, 25, 1525–1531
- Tjepkema, M. (2006). Obésité chez les adultes. *Rapport sur la santé*, 17(3), 9-26.
- Torrance, G. M., Hooper, M. D. & Reeder B. A. (2002). « Trends in overweight and obesity among adults in Canada (1970-1992): Evidence from national surveys using measured height and weight ». *International journal of obesity and related metabolic disorders*, 26, 797-804.
- Towles, M. A. & Adams, E. D. (2008). *Maternal-Child nursing care*. Upper Saddle River: Pearson Practice Hall.
- United Kingdom Department of Health [Ministère de la Santé (DH) du Royaume-Uni]. (1997). *The Health of the Nation: Briefing Pack (2<sup>e</sup> ed.)*. Londres: Crown.
- Vandereycken, W. (1993). The sociocultural roots of the fight against fatness: Implications for eating disorders and obesity. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 1(1), 7-16.
- Vickers, M. J. (1993). Understanding obesity in women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 22(1), 17-23.
- Vigarello, G. (2010). *Les métamorphoses du gras : L'histoire de l'obésité*. Paris: Éditions du Seuil.
- Wadden, T. A., Anderson, D. A., Foster, G. D., Bennett, A., Steinberg, C., & Sarwer, D. B. (2000). Obese women's perceptions of their physicians' weight management attitudes and practices. *Archives of Family Medicine*, 9, 854-860.

- Wadden, T. & Phelan, S. (2002). Assessment of quality of life in obese individuals. *Obesity research*, 10(1), 50S -57S.
- Walker, L. O. & Avant, K. C. (2004). *Strategies for theory construction in nursing (4<sup>e</sup> Éd)*. Norwalk: Appleton Lange.
- Waller, D., Shaw, G., Rasmussen, S., Hobbs, C., Canfield, M., Siega-Ritz, A et al. (2007). Prepregnancy obesity as a risk factor for structural birth defects. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161, 745-750.
- Walters, M. R. & Smith Taylor, J. (2009). Maternal Obesity: Consequences and Prevention strategies. *Nursing for women health*, 13(6), 486-495.
- Weir, Z., Bush, J., Robson, S. C., McParlin, C., Rankin, J., & Bell, R. (2010). Physical activity in pregnancy: a qualitative study of the beliefs of overweight and obese pregnant women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10(8), 1-7.
- White, J. (1995). Patterns of knowing: review, critique, and update. *Advances in Nursing Science*, 17(4), 73-86.
- Whitfield, P. J. (2008). *Nurses' experiences of caring for bariatric patients* (Thèse de doctorat). Disponible sur ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No. 3323674).
- Wiedenbach, E. (1964). *Clinical Nursing: a helping art*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Wiles, R. (1998). The views of women of above average weight about appropriate weight gain in pregnancy. *Midwifery*, 14, 254-60
- Wong, D. L., Perry, S. E. & Hockenberry, M. J. (2002). *Maternal child nursing care (2<sup>e</sup> ed.)*. Toronto: Mosby.

- Wong, S. (1998). Outcomes of nursing care: How do we know? *Clinical Nurse specialist*, 12 (4), 147-151.
- Wright, J. (1998). Female nurses' perceptions of acceptable female body size: An exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*, 7(4), 307-315.
- Zhang, J., Bricker, L., Wray, S. & Quenby, S. (2007). « Poor uterine contractility in obese women ». *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 114, 343-348.
- Zuzelo, P. R., & Seminara, P. (2006). Influence of registered nurses' attitudes toward bariatric patients on educational programming effectiveness. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 37(2), 65-73.

## ANNEXE A

## Stratégies de recherche

La stratégie de recherche utilisée pour cette étude a été restreinte aux écrits en français et en anglais, qui ont été publiés entre 1960 à 2012. Ces écrits incluent des livres, des articles scientifiques, des thèses universitaires, des rapports, ainsi que des publications électroniques. La recension des écrits a été effectuée à l'aide de bases de données telles que Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Medline (OVID), PsychINFO, Embase, Dissertations and Theses, Education Resources Information Center (ERIC), ProQuest, Pubmed, Scholars Portal, ainsi qu'Erudit. Les mots clés utilisés pour la recherche sont : « obesity », « weight », « overweight », « pregnancy », « pregnancy and complication », « pregnancy and determinants », « nursing », « nursing care », « nursing role », « attitudes », « behaviours », « perceptions », « perinatal », « conceptual Framework », « nurses or nursing and theoretical framework », « nursing or nurses and theoretical model », « nursing or nurses and conceptual model », « nurses or nursing and conceptual framework », « Carper », « ways of knowing », « nurses and knowledge and education », « nursing competency and nursing education and continuing education », « nurses knowledge of obesity », « nurses and nursing care for obese patient », « nursing care and pregnant obese women », etc.

ANNEXE B

Questionnaire VERO (2011)



uOttawa

L'Université canadienne  
Canada's university

Date		Numéro du sujet	

***Questionnaire sur les connaissances et perceptions des infirmières de la femme obèse qui donne naissance***

Votre honnêteté est très appréciée. Cette étude cherche à identifier vos connaissances et vos perceptions sur les effets de l'obésité au moment de l'accouchement et durant la période postnatale pour les femmes enceintes et leur nouveau-né. S'il vous plaît, répondre à chaque question en indiquant votre réponse dans la colonne de droite. Veuillez ne pas remplir la Section 1- Période Périnatale, si vous ne travaillez pas en salle d'accouchement (obstétrique).

***1<sup>er</sup> scénario – Chloé, âgée de 32 ans, mesure 5 pieds 2 pouces (158 cm) et pèse 245 livres (111 kg). Elle a un IMC de 44. Il y a 24 heures, elle a accouché d'un petit garçon. Vous êtes son infirmière pour la journée.***

**1. Lorsque vous voyez cette patiente obèse pour la première fois dans votre journée, vous : (encercler le ou les choix qui s'appliquent)**

- a) Êtes choquée (offensée ou fâchée)
- b) Êtes répugnée (dégoûtée)
- c) Êtes embarrassée (mal à l'aise)
- d) Êtes étonnée qu'elle ait accouché par voie vaginale malgré sa grosseur
- e) Éprouvez de la pitié
- f) Avez le sentiment que vous allez accomplir quelque chose de bien
- g) Avez le sentiment que vous allez vous sentir valorisée à la fin de la journée
- h) Anticipez une journée remplie de défi intéressant.
- i) N'avez aucune réaction, vous vous dites que c'est une patiente comme une autre

1. \_\_\_\_\_



uOttawa

L'Université canadienne  
Canada's university

Date			Numéro du sujet	

Ci-dessous se trouve une liste d'énoncés reflétant différentes perceptions de l'obésité. Indiquez ton accord ou ton désaccord avec chacun d'eux des énoncés en encerclant le chiffre qui correspond le mieux à ta réponse. Ensuite, inscrivez le chiffre dans la colonne de droite.

	Oui, tout à fait	Oui, un petit peu	Plus ou moins	Non, pas du tout	
2. J'ai de la difficulté à ressentir de l'empathie pour Chloé lorsqu'elle me demande de l'aide pour se laver.	1	2	3	4	2. ____
3. Je crois que je mérite plus de reconnaissance pour mon travail lorsque je prends soin d'une patiente obèse comme Chloé.	1	2	3	4	3. ____
4. Je crois que les patientes obèses comme Chloé, sont obèses parce qu'elles ne bougent pas assez ou parce qu'elles sont paresseuses.	1	2	3	4	4. ____
5. Je me sens inconfortable de discuter d'alimentation et d'activité physique avec Chloé.	1	2	3	4	5. ____



uOttawa

L'Université canadienne  
Canada's university

Date		Numéro du sujet	

	Oui, tout à fait	Oui, un petit peu	Plus ou moins	Non, pas du tout	
6. Je considère que le problème d'obésité de Chloé ne me regarde pas.	1	2	3	4	6.____
7. Je crois que même si Chloé est obèse, je dois lui offrir les mêmes soins que ceux offerts à mes autres patientes.	1	2	3	4	7.____
8. Je ne suis pas plus inquiète de soigner une patiente obèse que non obèse.	1	2	3	4	8.____
9. Je sens que je dois surveiller davantage les complications possibles reliées à l'obésité lorsque je prends soin d'une patiente comme Chloé.	1	2	3	4	9.____
10. Je crois que ce que je pense des grosses personnes influence les soins que je prodigue aux patientes comme Chloé.	1	2	3	4	10.____



uOttawa

L'Université canadienne  
Canada's university

Date		Numéro du sujet	

	Oui, tout à fait	Oui, un petit peu	Plus ou moins	Non, pas du tout	
11. Je crois que les patientes obèses comme Chloé manquent de contrôle et de volonté vis-à-vis leur poids.	1	2	3	4	11.____
12. Je suis indifférente aux moqueries de mes collègues envers Chloé.	1	2	3	4	12.____
13. Je crois que l'obésité est un problème complexe qui ne relève pas seulement de la volonté de perdre du poids.	1	2	3	4	13.____
14. J'ai de la difficulté à accepter les patientes obèses comme Chloé.	1	2	3	4	14.____
15. Je crois qu'il est important de modifier les soins que je donne lorsque je soigne une patiente obèse comme Chloé.	1	2	3	4	15.____
16. Je suis plus nerveuse lorsque je dois soigner une patiente obèse.	1	2	3	4	16.____



uOttawa

L'Université canadienne  
Canada's university

Date		Numéro du sujet	

**Section 1 - Période perinatale (intrapartum)**

**2<sup>e</sup> scénario - Zoé, 25 ans, primipare, mesure 5 pieds, 6 pouces (171 cm) et pèse 250 livres (113 kg). Elle vient d'être admise en travail actif au Centre familial de naissance.**

**17. Zoé est présentement dans le bain. Elle se plaint d'une douleur abdominale de 7/10. Les patientes obèses ont de la difficulté à distinguer si la douleur est une douleur de travail ou une douleur associée à un autre problème sous-jacent. Quelle devrait être votre prochaine intervention infirmière?**

- Demander à Zoé de signaler tous autres symptômes différents.
- Observer le comportement non verbal de Zoé.
- Attendre 1 heure et lui demander où se retrouve sa douleur sur une échelle de 0 à 10.
- Prendre les signes vitaux de la patiente.

17. \_\_\_\_\_

**18. Zoé décide de demander une anesthésie épidurale, car la douleur est devenue insupportable. Parmi les interventions suivantes en prévision de l'anesthésie épidurale, laquelle est spécifique aux patientes obèses ou en surpoids?**

- Installer un rouleau (wedge) sous la hanche gauche ou droite afin de réduire la pression sur la veine cave inférieure.
- Installer un saturomètre afin de vérifier le taux de saturation d'oxygène.
- Évaluer la tension artérielle plus fréquemment que les femmes de poids normal.
- Installer une intraveineuse de gros calibre et donner 2 litres de normal salin 0.9 % avant le début de la procédure.

18. \_\_\_\_\_



uOttawa

L'Université canadienne  
Canada's university

Date		Numéro du sujet	

**19. Natasha, 28 ans, est en travail actif. Elle mesure 5 pieds et 7 pouces (174 cm) et pèse 225 livres (102 kg). Elle a un IMC de 35. Quel(s) énoncé(s) explique le mieux la ou les raisons pour lesquelles Natasha devrait être sur monitoring fœtal électronique de façon continue?**

- a) Les femmes obèses sont plus à risque de décès périnatal, de mortinaissance, de retard de croissance non diagnostiqué et d'une augmentation d'anomalies de la fréquence cardiaque fœtale.
- b) La contractilité utérine chez les femmes obèses peut être altérée ou entravée.
- c) Les femmes obèses sont plus à risque d'hémorragie perinatale.
- d) Les femmes obèses sont plus à risque d'hypertonie utérine, de décollement placentaire et de chorioamnionite.

19. \_\_\_\_\_

**20. Marie-Pier, 18 ans, mesure 5 pieds et 10 pouces (183 cm) et pèse 280 livres (127 kg). Elle a un IMC de 40. Elle est présentement en début de phase active. Elle a été assignée à une nouvelle infirmière qui s'y connaît très peu dans les soins à donner aux femmes obèses ou en surpoids. Quels conseils pourriez-vous lui donner à l'infirmière?**

1. Encourager la patiente à prendre épidurale au début de la phase active lorsqu'elle n'est pas encore trop souffrante et la faire asseoir sur le bord du lit pour la procédure.
  2. Permettre à la patiente de changer de position lorsqu'elle est sous épidurale afin de ne pas mettre trop de poids sur les mêmes articulations.
  3. Être toujours accompagnée d'une collègue pour aider la patiente lors de son premier lever.
  4. Utiliser deux ceintures attachées ensemble si les ceintures du moniteur fœtal électronique sont trop petites.
- a) 1 et 3
  - b) 1 et 4
  - c) Toutes ces réponses
  - d) Aucune de ces réponses

20. \_\_\_\_\_



uOttawa

L'Université canadienne  
Canada's university

Date		Numéro du sujet	

**21. Florence est enceinte de son 2<sup>e</sup> bébé. Elle mesure 5 pieds et 1 pouce (155 cm) et pèse 180 livres (81 kg). Elle a un IMC de 34. Quelles complications pourraient se produire à la naissance de son bébé?**

- Une dystocie de l'épaule, un accouchement vaginal assisté, une rétention placentaire et une hémorragie postnatale.
- Un accouchement vaginal assisté, une dystocie de l'épaule, une lacération du 3<sup>e</sup> ou du 4<sup>e</sup> degré et une hémorragie postnatale.
- Une hémorragie postnatale, un bébé de faible poids et une hyperglycémie du bébé.
- Une dystocie de l'épaule, un bébé macrosomique, un apgar bas à cinq minutes de vie et un pneumothorax.

21. \_\_\_\_\_

**22. Vous êtes l'infirmière de Amirah, 30 ans, qui mesure 5 pieds et 4 pouces (1.65 m) et pèse 220 livres (100 kg). Elle a un IMC de 38. Quelles sont les complications possibles que vous pourriez rencontrer chez Amirah et son nouveau-né?**

- Une anomalie congénitale chez son nouveau-né.
  - Un accouchement difficile.
  - Une hypoglycémie du nouveau-né.
  - Un retard de croissance intra-utérine chez le nouveau-né qui a été camouflé par le poids d'Amirah.
- 1 et 3
  - 2 et 3
  - Toutes ces réponses
  - Aucune de ces réponses

22. \_\_\_\_\_



uOttawa

L'Université canadienne  
Canada's university

Date		Numéro du sujet	

**23. Nour, 25 ans, mesure 5 pieds (152 cm) et pèse 180 livres (82 kg). Elle a un IMC de 35. Elle est au début de la phase active du travail et elle vient tout juste de recevoir une épidurale. Vous remarquez que vous avez de la difficulté à capter le cœur fœtal, ainsi que la fréquence et la durée des contractions avec le moniteur fœtal électronique externe. Quelle est l'intervention infirmière la plus appropriée?**

1. Garder votre main sur le transducteur échographique continuellement afin d'avoir un tracé clair.
  2. Considérer l'option d'installer un moniteur fœtal électronique interne et en parler avec le médecin de la patiente.
  3. Considérer l'option d'installer une sonde de pression intra-utérine interne et en parler avec le médecin de la patiente, car la contractilité utérine peut-être altérée chez les femmes obèses.
  4. Tourner la patiente sur son côté gauche afin de vérifier si vous capterez mieux le cœur fœtal.
- a) 2 et 3
  - b) 1 et 3
  - c) 1 et 4
  - d) 2 et 4

23. \_\_\_\_\_

**24. Laurence, 27 ans, mesure 5 pieds et 6 pouces (171 cm) et pèse 250 livres (113 kg). Elle a un IMC de 40. Son col est présentement dilaté à 7 cm, 100 % effacé. Elle se plaint d'une douleur abdominale continue. Laurence est obèse, quelle serait la cause probable d'une anomalie du tracé?**

- a) Une présence de méconium
- b) Une rupture utérine
- c) Une compression de cordon ombilical
- d) Un saignement perinatal (intrapartum)

24. \_\_\_\_\_



uOttawa

L'Université canadienne  
Canada's university

Date		Numéro du sujet	

**25. Magalie (G3; P1), mesure 5 pieds et 3 pouces (162 cm) et pèse 225 livres (102 kg). Elle se présente au triage du CFN. Elle est enceinte de 34 +3 semaines et dit que ces membranes se sont rompues spontanément il y a deux heures, mais qu'elle n'a pas encore de contractions. Quelles seraient les complications périnatales (intrapartum) les plus susceptibles de se produire, compte tenu de son obésité?**

1. Un accouchement prématuré et un décollement placentaire.
2. Un accouchement prématuré et un déclenchement du travail.
3. Une anesthésie inefficace et une césarienne pour arrêt de progrès.
4. Une anesthésie inefficace et une césarienne d'urgence.

- a) 1 et 2
- b) 1 et 4
- c) 2 et 3
- d) 2 et 4

**26. Lily, 25 ans, primipare, mesure 5 pieds, 6 pouces (171 cm) et pèse 250 livres (113 kg). Elle vient tout juste d'accoucher d'un garçon. Quels sont les soins postnatals immédiats qui doivent être donnés à Lily?**

1. Lever la tête du lit en position semi-assise ou assise afin d'améliorer la capacité pulmonaire de la patiente et diminuer la postcharge cardiaque.
2. Vérifier le taux de saturation d'oxygène.
3. Évaluer les bruits intestinaux.
4. Évaluer le tonus du fond utérin et la quantité de lochies.

- a) 1, 2 et 3
- b) 1, 3 et 4
- c) 2 et 3
- d) 1 et 4

25. \_\_\_\_\_

26. \_\_\_\_\_



uOttawa

L'Université canadienne  
Canada's university

Date		Numéro du sujet	

### Section 2 - Période postnatale

**2<sup>e</sup> Scénario** - Vous êtes l'infirmière d'Isabelle qui mesure 5 pieds (152 cm) et pèse 285 livres (130 kg). Isabelle a accouché il y a 12 heures et elle présente des nausées et des vomissements depuis les deux dernières heures.

Inscrivez votre réponse dans la colonne de droite.

**27. Qu'est-ce qui pourrait expliquer la cause des symptômes d'Isabelle et qui est plus souvent observé en postpartum chez la femme obèse?**

- a) Une réaction à l'hémabate reçu post-accouchement.
- b) Une gastroentérite.
- c) Une pré-éclampsie
- d) Une réaction à la prostaglandine.

27. \_\_\_\_\_

**28. Quelles seront vos prochaines observations à effectuer auprès d'Isabelle?**

- a) Demander à Isabelle si d'autres membres de son entourage ont eu la gastroentérite dernièrement.
- b) Prendre ses signes vitaux et lui demander si elle a une céphalée, une douleur épigastrique, ou une vision trouble.
- c) Vérifier le dossier d'Isabelle afin de savoir le type d'induction qu'elle a reçue.
- d) Vérifier la dose d'hémabate reçu et informer le médecin traitant.

28. \_\_\_\_\_

**29. Comment l'utilisation d'un brassard régulier pourrait affecter le résultat de la prise de tension artérielle d'Isabelle?**

- a) Tension artérielle trop basse.
- b) Tension artérielle trop élevée.
- c) Systole demeure dans la normale, mais la diastole va augmenter.
- d) Aucun changement.

29. \_\_\_\_\_



uOttawa

L'Université canadienne  
Canada's university

Date		Numéro du sujet	

**30. Vous avez été jumelée à une étudiante en sciences infirmières pour le reste de la journée, quels conseils lui donneriez-vous lorsqu'elle prendra la tension artérielle d'Isabelle?**

1. Utiliser un brassard régulier sur son avant-bras ou son mollet, sinon utiliser un brassard pour cuisse.
2. Prendre la tension artérielle de la patiente lorsqu'elle est allongée ou au repos.
3. Prendre la tension artérielle de la patiente après qu'elle a mangé.
4. Prendre la tension artérielle de la patiente en position assise ou semi-assise.

- a) 1 et 2
- b) 1 et 4
- c) 1, 2 et 4
- d) 1, 3 et 4

**31. Comment savez-vous si le brassard à tensiomètre que vous utilisez est le bon choix pour Isabelle?**

- a) Je prends le plus grand des brassards disponibles.
- b) Je vérifie qu'il ne se détache pas lorsque je le gonfle.
- c) Je vérifie si sa tension artérielle n'est pas trop haute et si elle est trop haute je change de brassard.
- d) Je vérifie si le brassard à tensiomètre est 1,5 fois la circonférence du bras de la patiente.

30. \_\_\_\_\_

31. \_\_\_\_\_



uOttawa

L'Université canadienne  
Canada's university

Date		Numéro du sujet	

**3<sup>e</sup> Scénario - Justine, 39 ans (5 pieds et 2 pouces (158 cm), 230 livres (104 kg)), a un IMC de 42. Il y a 6 heures, elle a eu une césarienne d'urgence en raison d'un tracé non rassurant.**

*Inscrivez votre réponse dans la colonne de droite.*

**32. Lors de son retour de césarienne, Justine se plaint de douleur 10/10. Vous remarquez que l'anesthésiste lui a prescrit du tylenol 650 mg po q4hrs, du dilaudid 2mg sous-cutané q3hrs prn, de la morphine 10 mg IM q 4hrs prn, ainsi qu'une pompe PCA de dilaudid 2mg IV si nécessaire. Quelle serait la meilleure voie d'administration d'un analgésique pour une femme obèse comme Justine?**

- a) Sous-cutanée
- b) Per os
- c) Intraveineuse
- d) Intramusculaire

32. \_\_\_\_\_

**33. Les patientes obèses sont plus à risque de thromboembolie veineuse. Alors que devrait faire l'infirmière pour prévenir la formation de caillots chez Justine?**

1. Installer des bas anti-emboliques ou des jambières de compression séquentielles
2. Vérifier avec le médecin si la patiente est une bonne candidate pour des injections d'héparine prophylactique.
3. Vérifier avec le médecin si la patiente est une bonne candidate pour de l'aspirine à faible dose.
4. Encourager les mouvements actifs au lit et de se mouvoir lorsqu'elle pourra se lever.

- a) 1, 2
- b) 1, 2, 3
- c) 1, 2, 4
- d) 1, 3

33. \_\_\_\_\_



uOttawa

L'Université canadienne  
Canada's university

Date		Numéro du sujet	

**34. Parmi les énoncés suivants, quels seraient les interventions à effectuer pour diminuer les risques de thromboembolie chez Justine?**

34. \_\_\_\_\_

1. Encourager la patiente à se tourner, à tousser et à respirer profondément.
  2. Encourager la patiente à utiliser un spiromètre au moins une fois toutes les deux heures afin de diminuer la congestion pulmonaire postopératoire.
  3. Installer la patiente en position semi-assise afin de maximiser les efforts respiratoires
  4. Prodiguer le premier lever post-césarienne après 12 heures suivant la rachidienne.
  5. Évaluer la saturation d'oxygène, car l'obésité peut causer de l'hypoxie et de l'hypercapnie.
  6. Évaluer la fréquence des respirations chaque 4 heure.
  7. Évaluer les signes d'embolie pulmonaire et évaluer les résultats de laboratoire afin de détecter tout changement.
  8. Évaluer la patiente pour déceler un signe d'Homans positif.
  9. Revêtir la patiente de bas anti-embolique ou d'un moniteur à compression séquentiel.
  10. Encourager la patiente à se mobiliser davantage.
- a) 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9 et 10
  - b) 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9 et 10
  - c) 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9 et 10
  - d) 1, 2, 4, 5, 8, 9 et 10



uOttawa

L'Université canadienne  
Canada's university

Date		Numéro du sujet	

35. Il y a maintenant deux jours que Justine a eu sa césarienne. Vous remarquez qu'elle semble triste, qu'elle veut toujours dormir et qu'elle ne veut pas tenir son nouveau-né dans ses bras. Une patiente obèse est-elle plus à risque de développer un « cafard du post-partum » ou une dépression postnatale?

- Non, le poids de la patiente n'a aucun effet sur les troubles de l'humeur.
- Non, car les femmes obèses se sentent généralement mieux lorsqu'elles sont enceintes ou viennent d'accoucher, car la grossesse leur donne le droit à un surplus de poids.
- Oui, le fait d'être obèse augmente les risques de développer des symptômes de dépression postnatale.
- Non, les patientes de poids normal ont plus de risque de développer des symptômes de dépression postnatale que les patientes obèses.

35. \_\_\_\_\_

**4<sup>e</sup> Scénario** — Sienna, 29 ans, mesure 5 pieds 4 pouces (1.65 m) et pèse 210 livres (95 kg). Elle a un IMC de 36. Sienna a eu une césarienne il y a 24 heures. Son nouveau-né de 4,5 kg est présentement à l'unité de soins intensifs néo-natals, car il souffre d'hypoglycémie.

Inscrivez votre réponse dans la colonne de droite.

36. Vous êtes l'infirmière de Sienna pour le quart de soirée. Quelles sont les interventions infirmières à effectuer lors de l'évaluation postnatale d'une patiente obèse pour diminuer les risques de complications?

- Examiner les lochies et le fond utérin pour s'assurer qu'elle ne fait pas d'hémorragie postnatale.
- Examiner son incision chirurgicale pour identifier les signes possibles d'infection, de déhiscence, d'inflammation, d'écoulement, d'exsudat de la plaie, d'hémorragie interne.
- Évaluer ses signes vitaux, sa saturation d'oxygène, ainsi que son niveau de confort et sa source de douleur.
- Toutes ces réponses

36. \_\_\_\_\_



uOttawa

L'Université canadienne  
Canada's university

Date		Numéro du sujet	

37. Sienna vient vous voir au poste en fin de soirée et vous dit qu'elle a une douleur à la poitrine, qu'elle a vraiment de la difficulté à respirer et qu'une toute petite tâche lui demande beaucoup d'énergie. Lorsque vous marchez avec elle jusqu'à sa chambre, vous remarquez qu'elle respire rapidement. Quelle est la cause possible des symptômes de Sienna? (*question à réponse courte*)

37. \_\_\_\_\_

**Seules les infirmières autorisées sont invitées à répondre aux questions 38 et 39**

38. L'obstétricien de garde vous demande d'effectuer des prélèvements sanguins à Sienna. Vous anticipez des difficultés, à cause du tissu adipeux. Que devriez-vous faire pour améliorer vos chances de réussite?

38. \_\_\_\_\_

1. Mettre deux garrots de 10-15 cm au-dessus du site de ponction.
  2. Utiliser une aiguille à ailettes (papillon) au lieu d'une aiguille à prélèvement multiple.
  3. Mettre le bras en position déclive et entourer le membre avec des compresses chaudes pour quelques minutes.
  4. Utiliser les veines dorsales (veines du dessus de la main).
- a) 1, 2, 3
  - b) 2, 3 et 4
  - c) 1, 3 et 4
  - d) 1, 2 et 4



uOttawa

L'Université canadienne  
Canada's university

Date		Numéro du sujet	

**39. L'obstétricien de garde vous demande ensuite d'insérer un cathéter intraveineux. Vous anticipez encore des difficultés, à cause du tissu adipeux. Que devriez-vous faire pour améliorer vos chances de réussite?**



1. Utiliser une lumière à fibre optique
2. Utiliser un cathéter intraveineux plus long (2 pouces ou 5,1 cm)
3. Utiliser les veines dorsales
4. Utiliser le pli antécubital

- a) 1, 2, 3
- b) 2, 3 et 4
- c) 1, 3 et 4
- d) 1, 2 et 4

**40. Quelles pourraient être les causes d'un allaitement difficile chez Sienna?**

1. Une réponse diminuée de prolactine lors des tétées du bébé contribue à une production de lait insuffisante.
2. Un délai dans la montée de lait.
3. La morphologie des seins (gros seins avec mamelons plats).
4. La production réduite d'ocytocine.

- a) 2 et 4
- b) 1, 2 et 4
- c) 1, 2 et 3
- d) 2 et 3

39. \_\_\_\_\_

40. \_\_\_\_\_



uOttawa

L'Université canadienne  
Canada's university

Date		Numéro du sujet	

**41. Pour quelles raisons Sienna serait-elle encouragée à allaiter fréquemment dès la naissance de son nouveau-né?**

1. Améliorer ses chances de perdre son poids de grossesse
2. Diminuer la probabilité que son enfant devienne obèse
3. Pour améliorer sa contractilité utérine.
4. Diminuer le risque d'hémorragie postnatal.
5. Diminuer le risque d'hypoglycémie chez son nouveau-né.
6. Diminuer le délai dans sa production laiteuse.

- a) 1, 2, 3 et 6
- b) 1, 2, 3, 4, 5 et 6
- c) 3, 4, 5 et 6
- d) 2, 3, 5 et 6

**S.v.p., complétez les phrases suivantes par le symbole ↑ pour *augmenté* ou ↓ pour *diminué*. Inscrivez ensuite votre réponse dans la colonne de droite.**

42. Comme infirmière, il faut vérifier les ingesta et excréta des femmes obèses durant la période postnatale, car les risques d'hypervolémie sont \_\_\_\_↑\_\_\_\_.

43. Les femmes obèses ont un risque \_\_\_\_↑\_\_\_\_ d'occlusion intestinale après un accouchement.

44. Durant la période postopératoire, les femmes obèses ont un risque \_\_\_\_↑\_\_\_\_ d'hypothermie.

41. \_\_\_\_\_

42. \_\_\_\_\_

43. \_\_\_\_\_

44. \_\_\_\_\_





uOttawa

L'Université canadienne  
Canada's university

Date		Numéro du sujet	

50. Statut d'emploi au Centre familial de naissance de l' \_\_\_\_\_ ? 50. \_\_\_\_\_
- a) Temps plein
  - b) Temps partiel
  - c) Sur appel
  - d) Occasionnel
51. Année (s) d'expérience au Centre familial de naissance de l' \_\_\_\_\_ ? 51. \_\_\_\_\_
- a) Moins d'un an
  - b) 1-3 ans
  - c) 4-8 ans
  - d) 9-15 ans
  - e) 15 et plus
52. Année (s) d'expérience en périnatalité, en milieu hospitalier? 52. \_\_\_\_\_
- a) Moins d'un an
  - b) 1-3 ans
  - c) 4-8 ans
  - d) 9-15 ans
  - e) 15 et plus
53. Avez-vous déjà soigné des femmes obèses ou ayant un surplus de poids? 53. \_\_\_\_\_
- a) Oui
  - b) Non
54. Avez-vous déjà suivi un cours, une formation ou assisté à des conférences sur les femmes obèses qui donnent naissance? 54. \_\_\_\_\_
- a) Oui, quand : \_\_\_\_\_  
Combien de fois: \_\_\_\_\_
  - b) Non



uOttawa

L'Université canadienne  
Canada's university

Date			Numéro du sujet	

**Si vous avez des commentaires que vous aimeriez partager sur les soins aux femmes obèses qui donnent naissance, vous pouvez les inscrire dans l'espace ici-bas.**

---



---



---



---



---

*Merci de votre précieuse collaboration.*



## ANNEXE D

## Certificat d'approbation déontologique émis par l'Université d'Ottawa

Numéro de dossier: h06-11-04

Date (mm/jj/aaaa): 10/05/2011



**Université d'Ottawa** **University of Ottawa**  
 Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche Office of Research Ethics and Integrity

**Certificat d'approbation déontologique**  
**CÉR Sciences et science de la santé**

**Chercheur principal / Superviseur / Co-chercheur(s) / Étudiant(s)**

<u>Prénom</u>	<u>Nom de famille</u>	<u>Affiliation</u>	<u>Rôle</u>
Denise	Moreau	Sciences de la santé / Sciences infirmières	Superviseur
Véronique	Bertrand	Sciences de la santé / Sciences infirmières	Étudiant-chercheur

**Numéro du dossier:** h06-11-04**Type du projet:** Thèse de maîtrise**Titre:** Connaissance et perceptions des infirmières de la femme obèse qui donne naissance

<b>Date d'approbation (mm/jj/aaaa)</b>	<b>Date d'expiration (mm/jj/aaaa)</b>	<b>Approbation</b>
10/05/2011	10/04/2012	Ia

(Ia: Approbation complète, Ib: Autorisation préliminaire de libération de fonds de recherche)

**Conditions Spéciales / Commentaires:**

N/A

Numéro de dossier: h06-11-04

Date (mm/jj/aaaa): 10/05/2011



**Université d'Ottawa** **University of Ottawa**  
Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche Office of Research Ethics and Integrity

La présente confirme que le Comité d'éthique de la recherche (CER) de l'Université d'Ottawa identifié ci-dessus, opérant conformément à l'Énoncé de politique des Trois conseils et toutes autres lois et tous règlements applicables de l'Ontario, a examiné et approuvé la demande d'approbation déontologique du projet de recherche ci-nommé. L'approbation est valide pour la durée indiquée plus haut et est sujette aux conditions énumérées dans la section intitulée "Conditions Spéciales / Commentaires".

Lors de l'étude, le protocole ne peut être modifié sans approbation préalable écrite du CER sauf si le sujet doit être retiré en raison d'un danger immédiat ou s'il s'agit d'un changement ayant trait à des éléments administratifs ou logistiques de l'étude comme par exemple un changement de numéro de téléphone. Les chercheurs doivent aviser le CER dans les plus brefs délais de tout changement pouvant augmenter le niveau de risque aux participants ou affecter considérablement le déroulement du projet. Ils devront aussi rapporter tout événement imprévu et / ou dommageable et devront soumettre toutes les nouvelles informations pouvant nuire à la conduite du projet et/ou à la sécurité des participants. Toutes modifications apportées au projet, aux lettres d'information / formulaires de consentement ainsi qu'aux documents de recrutement doivent être soumises pour approbation à ce Service en utilisant le document intitulé "Modification au projet de recherche" au: [http://www.ssrld.uottawa.ca/deontologie/application\\_dwn\\_f.asp](http://www.ssrld.uottawa.ca/deontologie/application_dwn_f.asp).

Veillez soumettre un rapport annuel au Responsable de la déontologie en recherche, quatre semaines avant la date d'échéance indiquée afin de fermer le dossier ou demander un renouvellement de l'approbation déontologique. Le document nécessaire est disponible en ligne au: [http://www.rges.uottawa.ca/ethics/application\\_dwn.asp](http://www.rges.uottawa.ca/ethics/application_dwn.asp).

Pour toutes questions, vous pouvez communiquer avec le bureau de déontologie en composant le poste 5841 ou en nous contactant par courriel à: [ethics@uOttawa.ca](mailto:ethics@uOttawa.ca).

**Signature:**

Leslie-Anne Barber  
Responsable de la déontologie en recherche  
Pour Daniel Lagarec, Président du CÉR en Sciences et sciences de la santé

## ANNEXE E

## Certificat d'approbation déontologique émis par le centre hospitalier

---

Comité d'éthique de la recherche

Avis d'approbation déontologique  
Comité d'éthique de la recherche de

Le 2 novembre 2011

Chercheure principale et superviseures :

Chercheure principale :  
Véronique Bertrand  
Étudiante à la maîtrise  
École des sciences infirmières  
Université d'Ottawa

Superviseures :  
Denise Moreau, professeure adjointe  
Denyse Pharand, professeure adjointe  
École des sciences infirmières  
Université d'Ottawa

---

**Titre du projet :** « Connaissance et perceptions des infirmières de la femme obèse qui donne naissance »

**Numéro du dossier :** VB-02-11-11

**Type de projet :** Centrique avec questionnaire

**Date d'approbation :** 2011-11-02

**Date d'expiration :** 2012-11-02

**Commentaires ou restrictions :** Ajouter, en bas de page, sur l'affiche de recrutement l'information suivante : « Ce projet de recherche a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de Numéro de dossier : VB-02-11-11 ».

---

En concordance avec l'énoncé des trois conseils et les lois et règlements applicables je confirme que le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) a étudié et approuvé votre demande d'approbation déontologique pour une période d'un an et selon les commentaires nommés ci-dessus.

Le protocole de l'étude ne peut être modifié sans une approbation préalable du CÉR sauf s'il est question de la sécurité immédiate des participants ou de logistique administrative comme un changement de numéro de téléphone. Les chercheurs doivent aviser le CÉR immédiatement de tout changement, événement indésirable ou nouvelle information pouvant augmenter le risque de l'étude, modifier le cours de l'étude ou atteindre la sécurité des participants. Les modifications au projet, aux lettres d'informations, aux formulaires de consentements et aux outils de recrutements doivent être soumises au CÉR.

Veuillez acheminer un rapport annuel de l'étude au bureau du CÉR de l'Hôpital Montfort, quatre semaines avant la date d'échéance de cet avis d'approbation afin de fermer le dossier ou de faire une demande d'extension de l'étude.

Si vous avez des questions, vous pouvez contacter  
ou par courriel au

, coordonnateur du CÉR de , au

Présidente du Comité d'éthique de la recherche

ANNEXE F

Formulaire de consentement



uOttawa

Université d'Ottawa  
Faculté des sciences  
de la santé

École des sciences  
infirmières

University of Ottawa  
Faculty of Health  
Sciences

School of Nursing

## Lettre d'information et de consentement

Madame,

Vous êtes invitée à participer à une recherche intitulée:

### **Connaissances et perceptions des infirmières de la femme obèse qui donne naissance.**

**But de l'étude:** Le but de l'étude est : d'identifier les savoirs empiriques, personnels et éthiques des infirmières sur les effets de l'obésité au moment de l'accouchement et durant la période postnatale pour les femmes enceintes et leurs nouveaux nés.

### **Conditions de participation:**

Vous êtes infirmière autorisée ou infirmière auxiliaire autorisée au Centre familial de naissance de l' \_\_\_\_\_ depuis au moins trois mois et avez travaillé au moins un quart de travail de 8 heures au cours des trois derniers mois.

Votre participation ne nécessite qu'une seule rencontre d'une durée d'environ 45 minutes, durant laquelle vous devrez répondre à un questionnaire. Ce questionnaire vise à identifier vos connaissances sur les effets de l'obésité durant la période perinatale et postnatale chez les femmes obèses et leurs nouveaux nés. Ce questionnaire comprend 10 questions d'ordre sociodémographique, 29 questions portant sur les savoirs empiriques et personnels ainsi que 15 énoncés couvrant les savoirs personnels et éthiques.

Si vous désirez participer à l'étude, vous pouvez le faire après la lecture de cette lettre d'information et de consentement. Si vous acceptez de répondre au questionnaire VERO (2011), cette acceptation sous-entend que vous consentez à participer à cette étude.

La période de complétion du questionnaire que vous aurez choisi questionnaire se déroulera dans cette salle. Les résultats de cette recherche seront partagés avec l'administration de l' \_\_\_\_\_ .

**Risques et inconvénients associés à votre participation :** Cette étude ne comporte aucun risque d'inconfort physique, émotionnel, psychologique, social, économique ou autres.

**Bénéfices de votre participation à la recherche :** Il n'y a pas de bénéfices directs pour les participantes, mais votre participation à cette recherche contribuera certainement à améliorer la formation des infirmières quant aux soins périnataux des patientes obèses et de leurs nouveaux nés.

613 562-5473  
613 562-5443

451 Smyth  
Ottawa ON K1H 8M5 Canada

www.uOttawa.ca

**Confidentialité et anonymat:** La confidentialité sera assurée tout au long de l'étude, puisque vous n'aurez pas à fournir votre nom et/ou votre signature. Votre questionnaire sera identifié avec un code alphanumérique empêchant ainsi tout rapprochement avec votre identité réelle. Les questionnaires (format papier) et les données recueillies et analysées seront conservées sur une clé de mémoire (USB) pour une période de cinq ans, de septembre 2011 à septembre 2016, dans un classeur fermé à clé dans le bureau de la professeure superviseure Denise Moreau à l'Université d'Ottawa (pièce ) et seules la responsable de la recherche et ses superviseures auront accès aux données. À la fin de la période de conservation de 5 ans, tous les questionnaires seront déchiquetés et toutes les données seront détruites.

**Participation volontaire:** Votre participation à la recherche est volontaire, vous êtes libre de vous retirer en tout temps et/ou refuser de répondre à certaines questions, sans subir de préjudices. Puisque le questionnaire est soumis de façon anonyme, il sera impossible de retirer votre contribution si vous désirez vous retirez une fois le questionnaire complété et soumis. La décision de participer ou non au projet de recherche n'aura aucun impact sur la relation des employés avec leur employeur, l'.

**Compensation :** Aucune compensation financière ne vous sera accordée pour participer à cette étude.

Pour obtenir de l'information supplémentaire concernant l'étude, veuillez communiquer avec la responsable de la recherche ou l'une ou l'autre de ses superviseures dont les coordonnées sont les suivantes :

**Responsable de la recherche :** Véronique Bertrand, inf., BScN, Université d'Ottawa, Faculté des Sciences de la Santé, École des Sciences Infirmières, Pavillon Roger Guindon, 451 chemin Smyth, Université d'Ottawa (Ontario), K1H 8M5, Tél. : ,  
Courriel :

**Superviseures de la recherche :** Denise Moreau, inf., Ph.D et Denyse Pharand, inf., Ph.D, toutes deux professeures adjointes à l'École des sciences infirmières de la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université d'Ottawa. Pavillon Roger Guindon, 451 chemin Smyth, Université d'Ottawa (Ontario), K1H 8M5. Professeure Moreau, poste et Professeure Pharand,

L'institut de Recherche de appuie ce projet de recherche. L'étude a également été évaluée par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université d'Ottawa et a reçu son approbation éthique. Ainsi pour tout renseignement sur les aspects éthiques de cette recherche, veuillez communiquer avec la Responsable de l'éthique en recherche de l'Université d'Ottawa et/ou de l'.

Leslie-Anne Barber  
Responsable de la déontologie en recherche  
Pavillon Tabaret, 550, rue Cumberland, Ottawa, ON K1N 6N5  
Tél.:  
Courriel : ethics@uottawa.ca

Vice-présidente associée à la recherche.  
Tél:  
Courriel :

**Merci de votre précieuse collaboration!**

## ANNEXE G

Tableau 18 : Pourcentage de bonnes réponses à chacune des questions sur les savoirs empiriques pour les infirmières du groupe IA\_PP

Catégorie de pourcentage de bonnes réponses	Type de savoir	Numéro de la question	Savoirs empiriques	n	Taux de bonnes réponses (%)
Première catégorie : Bonnes réponses dans 80 à 100 % des cas	Savoir faire	36	Quelles sont les interventions infirmières à effectuer lors de l'évaluation postnatale d'une patiente obèse pour diminuer les risques de complications reliées à une césarienne?	51	96,1
	Savoir faire	33	Quelles sont les interventions infirmières en prévention de thromboembolie veineuse?	51	94,1
	Savoir science	42	Il faut vérifier les ingéré et excrété des femmes obèses durant la période postnatale, car les risques d'hypervolémie sont ____.	50	94,1
	Savoir faire	31	Comment savez-vous si le brassard à tensiomètre que vous utilisez est le bon choix pour votre patiente obèse?	50	92,7
	Savoir science	32	Quelle serait la meilleure voie d'administration d'un analgésique pour une patiente obèse?	51	88,2
	Savoir science	43	Les femmes obèses ont un risque _____ d'occlusion intestinale après un accouchement.	50	88,2
	Savoir science	37	Quelle est la cause possible des symptômes d'une patiente qui a de la douleur à la poitrine, une difficulté à respirer, un manque d'énergie, ainsi qu'une tachypnée?	44	84,1
Deuxième catégorie : Bonnes réponses dans 60 à 79,9 % des cas	Savoir faire	29	Comment l'utilisation d'un brassard régulier affecte-t-elle le résultat de la prise de tension artérielle d'une patiente obèse?	50	78,4
	Savoir science	24	Quelle serait la cause probable d'une anomalie du tracé, si la patiente est obèse et elle se plaint d'une douleur abdominale continue?	49	74,0
	Savoir faire	28	Quelles seront vos prochaines observations à effectuer auprès d'une patiente qui a des symptômes de nausée et vomissement?	50	66,0
	Savoir faire faire	20	Quels conseils pourriez-vous donner à une nouvelle infirmière qui s'y connaît très peu avec les soins à donner aux femmes obèses?	49	64,0

	Savoir science	27	Qu'est-ce qui pourrait expliquer la cause des symptômes de nausée et vomissement, plus souvent observés en postpartum chez les patientes obèses?	47	58,3
	Savoir faire	23	Quelle est l'intervention infirmière la plus appropriée si vous remarquez que vous avez de la difficulté à capter le cœur fœtal, ainsi que la fréquence et la durée des contractions avec le moniteur fœtal électronique externe?	49	54,0
	Savoir science	40	Quelles pourraient être les causes d'un allaitement difficile chez les patientes obèses?	49	54,0
	Savoir faire faire	30	Quels conseils donneriez-vous à une étudiante infirmière lorsqu'elle prendra la tension artérielle d'une patiente obèse?	51	51,0
Troisième catégorie : Bonnes réponses dans 40 à 59,9 % des cas	Savoir faire	17	Quel devrait être la prochaine intervention infirmière effectuée auprès d'une patiente obèse qui se plaint de douleur abdominale de 7/10.	49	48,0
	Savoir faire	34	Parmi les énoncés suivants, quelles seraient les interventions à effectuer pour diminuer les risques de thromboembolie chez Justine?	51	46,1
	Savoir science	19	Quel (s) énoncé (s) explique le mieux la ou les raisons pour lesquelles une patiente obèse devrait être sur monitoring fœtal électronique de façon continue?	48	44,9
	Savoir science	44	Durant la période postopératoire, les femmes obèses ont un risque _____ d'hypothermie.	50	43,1
	Savoir science	25	Quelles seraient les complications périnatales (intrapartum) les plus susceptibles de se produire chez une patiente obèse qui a rompu spontanément, mais qui n'a pas encore de contraction?	49	40,0
	Savoir science	22	Quelles sont les complications possibles que vous pourriez rencontrer chez une patiente obèse et son nouveau-né?	51	32,7
	Savoir science	41	Pour quelles raisons les patientes obèses devraient être encouragées à allaiter fréquemment dès la naissance de leurs nouveaux nés?	51	31,4
Quatrième catégorie : Bonnes réponses dans 20 à 39,9 % des cas	Savoir faire	18	Zoé décide de demander une anesthésie épidurale, car la douleur est devenue insupportable. Parmi les interventions suivantes en prévision de l'anesthésie épidurale, laquelle est spécifique aux patientes obèses ou en surpoids?	50	29,4
	Savoir science	35	Une patiente obèse est-elle plus à risque de développer un « cafard du post-partum » ou une dépression postnatale?	51	28,8

	Savoir science	21	Quelles complications pourraient se produire à la naissance d'un nouveau-né d'une patiente obèse?	51	25,0
Cinquième catégorie :  Bonnes réponses dans 0 à 19,9 % des cas	Savoir faire	38	Que devriez-vous faire pour améliorer vos chances de réussite de prélèvement d'échantillons sanguins chez une femme obèse?	51	13,5
	Savoir faire	39	Que devriez-vous faire pour améliorer vos chances de réussite d'installation de cathéter intraveineux chez les patientes obèses?	49	10,0
	Savoir faire	26	Quels sont les soins postnatals immédiats qui doivent être donnés à une patiente obèse?	50	2,0

*Note.* IA\_PP = les infirmières autorisées qui travaillent dans les domaines périnatal et postnatal. Le nombre total d'infirmières dans le groupes IA\_PP = 52 infirmières. Toutes les questions sur le savoir empirique s'adressaient aux IA\_PP.

## ANNEXE H

Tableau 19 : Pourcentage de bonnes réponses à chacune des questions sur les savoirs empiriques pour les infirmières du groupe IA\_MAT

Catégorie de pourcentage de bonnes réponses	Type de Savoir	Numéro de la question	Savoirs empiriques	n	Taux de bonnes réponses (%)
Première catégorie : Bonnes réponses dans 80 à 100 % des cas	Savoir faire	36	Quelles sont les interventions infirmières à effectuer lors de l'évaluation postnatale d'une patiente obèse pour diminuer les risques de complications reliées à une césarienne?	11	100,0
	Savoir science	42	Il faut vérifier les ingesta et excréta des femmes obèses durant la période postnatale, car les risques d'hypervolémie sont ____.	11	100,0
	Savoir science	43	Les femmes obèses ont un risque _____ d'occlusion intestinale après un accouchement.	11	90,9
	Savoir faire	33	Quelles sont les interventions infirmières en prévention de thromboembolie veineuse?	11	90,9
	Savoir faire	31	Comment savez-vous si le brassard à tensiomètre que vous utilisez est le bon choix pour votre patiente obèse?	10	90,0
Deuxième catégorie : Bonnes réponses dans 60 à 79,9 % des cas	Savoir science	37	Quelle est la cause possible des symptômes d'une patiente qui a de la douleur à la poitrine, une difficulté à respirer, un manque d'énergie, ainsi qu'une tachypnée?	9	77,8
	Savoir faire	29	Comment l'utilisation d'un brassard régulier affecte-t-elle le résultat de la prise de tension artérielle d'une patiente obèse?	11	72,7
	Savoir faire	32	Quelle serait la meilleure voie d'administration d'un analgésique pour une patiente obèse?	11	63,6
	Savoir science	35	Une patiente obèse est-elle plus à risque de développer un « cafard du post-partum » ou une dépression postnatale?	11	63,6
	Savoir science	40	Quelles pourraient être les causes d'un allaitement difficile chez les patientes obèses?	10	60,0

Troisième catégorie :  Bonnes réponses dans 40 à 59,9 % des cas	Savoir faire	28	Quelles seront vos prochaines observations à effectuer auprès d'une patiente qui a des symptômes de nausée et vomissement?	9	55,6
	Savoir faire	34	Parmi les énoncés suivants, quelles seraient les interventions à effectuer pour diminuer les risques de thromboembolie chez Justine?	11	36,4
	Savoir science	41	Pour quelles raisons les patientes obèses devraient être encouragées à allaiter fréquemment dès la naissance de leurs nouveaux nés?	11	36,4
Quatrième catégorie :  Bonnes réponses dans 20 à 39,9 % des cas	Savoir science	27	Qu'est-ce qui pourrait expliquer la cause des symptômes de nausée et vomissement, plus souvent observés en postpartum chez les patientes obèses?	10	30,0
	Savoir science	44	Durant la période postopératoire, les femmes obèses ont un risque _____ d'hypothermie.	10	30,0
	Savoir faire	38	Que devriez-vous faire pour améliorer vos chances de réussite de prélèvement d'échantillons sanguins chez une femme obèse?	10	30,0
	Savoir faire faire	30	Quels conseils donneriez-vous à une étudiante infirmière lorsqu'elle prendra la tension artérielle d'une patiente obèse?	11	27,3
Cinquième catégorie :  Bonnes réponses dans 0 à 19,9 % des cas	Savoir faire	39	Que devriez-vous faire pour améliorer vos chances de réussite d'installation de cathéter intraveineux chez les patientes obèses?	10	0,0

*Note.* IA\_MAT= infirmières autorisées qui travaillent seulement dans le domaine postnatal. Ce groupe compte 11 infirmières. Seulement les questions 27 à 44 s'adressaient aux IA\_MAT.

## ANNEXE I

Tableau 20 : Pourcentage de bonnes réponses à chacune des questions sur les savoirs empiriques pour les infirmières du groupe IAA

Catégorie de pourcentage de bonnes réponses	Type de savoir	Numéro de la question	Savoirs empiriques	n	Taux de bonnes réponses (%)
Première catégorie : Bonnes réponses dans 80 à 100 % des cas	Savoir faire	33	Quelles sont les interventions infirmières en prévention de thromboembolie veineuse?	12	91,7
	Savoir faire	36	Quelles sont les interventions infirmières à effectuer lors de l'évaluation postnatale d'une patiente obèse pour diminuer les risques de complications reliées à une césarienne?	12	91,7
	Savoir science	37	Quelle est la cause possible des symptômes d'une patiente qui a de la douleur à la poitrine, une difficulté à respirer, un manque d'énergie, ainsi qu'une tachypnée?	6	83,3
	Savoir science	42	Il faut vérifier les ingesta et excréta des femmes obèses durant la période postnatale, car les risques d'hypervolémie sont _____.	12	83,3
	Savoir faire	28	Quelles seront vos prochaines observations à effectuer auprès d'une patiente qui a des symptômes de nausée et vomissement?	11	81,8
Deuxième catégorie : Bonnes réponses dans 60 à 79,9 % des cas	Savoir faire	29	Comment l'utilisation d'un brassard régulier affecte-t-elle le résultat de la prise de tension artérielle d'une patiente obèse?	12	75,0
	Savoir faire	32	Quelle serait la meilleure voie d'administration d'un analgésique pour une patiente obèse?	12	75,0
	Savoir science	43	Les femmes obèses ont un risque _____ d'occlusion intestinale après un accouchement.	12	75,0
Troisième catégorie : Bonnes réponses dans 40 à 59,9 % des cas	Savoir faire	31	Comment savez-vous si le brassard à tensiomètre que vous utilisez est le bon choix pour votre patiente obèse?	12	41,7
	Savoir science	44	Durant la période postopératoire, les femmes obèses ont un risque _____ d'hypothermie.	12	41,7
Quatrième catégorie : Bonnes réponses dans 20 à 39,9 % des cas	Savoir faire	34	Parmi les énoncés suivants, quelles seraient les interventions à effectuer pour diminuer les risques de thromboembolie chez Justine?	12	33,3
	Savoir science	40	Quelles pourraient être les causes d'un allaitement difficile chez les patientes obèses?	11	27,3

---

	Savoir science	27	Qu'est-ce qui pourrait expliquer la cause des symptômes de nausée et vomissement, plus souvent observés en postpartum chez les patientes obèses?	11	18,2
Cinquième catégorie :	Savoir science	35	Une patiente obèse est-elle plus à risque de développer un « cafard du post-partum » ou une dépression postnatale?	12	16,7
Bonnes réponses dans 0 à 19,9 % des cas	Savoir faire faire	30	Quels conseils donneriez-vous à une étudiante infirmière lorsqu'elle prendra la tension artérielle d'une patiente obèse?	11	9,1
	Savoir science	41	Pour quelles raisons les patientes obèses devraient être encouragées à allaiter fréquemment dès la naissance de leurs nouveaux nés?	12	0

---

*Note.* IAA = Infirmières auxiliaires autorisées travaillant seulement en postnatal. Ce groupe compte 12 infirmières. Seulement les questions 27 à 37, ainsi que les questions 40 à 44 s'adressaient au groupe IAA.