

Université de Sherbrooke

**La perspective de femmes enceintes en contextes de vulnérabilité au regard de leur
expérience du suivi prénatal infirmier en soins de première ligne**

Par
Émilie Hudon

Programme de recherche en sciences de la santé (sciences infirmières)

Thèse présentée à la Faculté de médecine et des sciences de la santé
en vue de l'obtention du grade de philosophiae doctor (Ph. D.)
en recherche en sciences de la santé concentration sciences infirmières

Sherbrooke, Québec, Canada
Janvier 2023

Membres du jury d'évaluation

Pre Catherine Hudon, MD, Ph. D.,
Directrice de thèse

Département de médecine de famille et médecine
d'urgence, Faculté de médecine et des sciences
de la santé, Université de Sherbrooke

Pre Maud-Christine Chouinard, inf., Ph. D.,
Directrice de thèse

Faculté des sciences infirmières, Université de
Montréal

Pre Édith Ellefsen, inf., Ph. D.,
Directrice de thèse

École des sciences infirmières, Faculté de
médecine et des sciences de la santé, Université
de Sherbrooke

Pre Julie Noël, trav. soc., Ph. D.,
Évaluatrice interne

École de travail social, Faculté des lettres et
sciences humaines, Université de Sherbrooke

Pre Christine Gervais, inf., Ph. D.,
Évaluatrice externe

Département des sciences infirmières, Université
du Québec en Outaouais

SOMMAIRE

La perspective de femmes enceintes en contextes de vulnérabilité au regard de leur expérience du suivi prénatal infirmier en soins de première ligne

Par Émilie Hudon

Programme de recherche en sciences de la santé concentration sciences infirmières

Thèse présentée à la Faculté de médecine et des sciences de la santé en vue de l'obtention du diplôme de philosophiae doctor (Ph.D.) en recherche en sciences de la santé, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

Introduction : Le suivi prénatal infirmier permet de prévenir les complications et d'améliorer les résultats de santé des femmes et de leur fœtus, notamment chez les femmes enceintes en contextes de vulnérabilité. L'expérience du suivi peut affecter l'utilisation des services prénataux. Les infirmières et les infirmiers doivent s'adapter aux besoins de cette population et contribuer à une expérience positive du suivi prénatal. Or, il y a peu de données probantes pour soutenir et encadrer la pratique infirmière auprès des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité. Il devient nécessaire de mieux comprendre la perspective des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité. **Questions de recherche :** Cette étude vise à répondre aux questions suivantes selon la perspective de femmes enceintes en contextes de vulnérabilité : 1) Quels sont les facteurs influençant leur expérience du suivi prénatal infirmier en soins de première ligne? 2) De quelle façon la relation infirmière/infirmier-femme enceinte influence-t-elle le suivi? et 3) Quelles sont les pistes d'amélioration du suivi prénatal? **Devis :** Une étude qualitative descriptive interprétative selon l'approche de Thorne a été réalisée. **Méthodologie :** Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de 24 femmes enceintes en contextes de vulnérabilité recrutées par un échantillonnage par choix raisonné et par boule de neige. Elles étaient : 1) âgées de 16 ans et plus; 2) dans leur 2^e ou 3^e trimestre de grossesse, ou avaient accouché dans les 12 derniers mois; 3) suivies par une infirmière ou un infirmier d'un programme gouvernemental de soutien en cours de grossesse offert par les centres locaux de services communautaires du Québec. L'analyse des données a été effectuée selon l'approche inductive proposée par De Casterlé et al. **Résultats :** L'étude a permis d'identifier que les attentes et les besoins à l'égard du suivi prénatal infirmier, la perception des infirmières et infirmiers ainsi que la perception de l'organisation des soins prénataux en première ligne des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité influencent leur expérience du suivi. Les infirmières et les infirmiers peuvent agir sur ces facteurs ou du moins en avoir conscience afin d'améliorer l'expérience de ces femmes. L'environnement et les caractéristiques de la relation ont aussi un impact sur l'expérience du suivi prénatal infirmier. D'ailleurs, la relation de confiance avec les femmes enceintes est un élément clé de l'expérience. Les infirmières et les infirmiers peuvent aussi agir en considérant les contextes de vulnérabilité des femmes en améliorant leur pouvoir décisionnel, en les informant, en améliorant la coordination des soins, l'accessibilité et l'équité à l'intérieur de ces programmes. **Conclusion :** Les infirmières et les infirmiers peuvent contribuer à rendre l'expérience du suivi prénatal des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité positive, favorisant ainsi l'utilisation des services à travers une approche holistique et individualisée. **Mots clés :** Femmes enceintes, contextes de vulnérabilité, suivi prénatal, infirmière, infirmier, soins de première ligne, expérience, approche descriptive interprétative.

SUMMARY

The perspective of pregnant women in contexts of vulnerability regarding their experience of prenatal nursing care in primary care

By Émilie Hudon

Health Sciences Research Program

A thesis presented to the Faculty of Medicine and Health Sciences in partial fulfillment of the requirements of the degree of Doctor of Philosophy in Health sciences research, Faculty of Medicine and Health Sciences, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

Background: Prenatal nursing care prevents health-related complications and improves health outcomes and for women's and their fetus health, especially pregnant women in contexts of vulnerability. The experience of care can affect the use of prenatal care. Nurses must adapt their interventions to the needs of this population and contribute to a positive prenatal follow-up experience. However, there is little evidence to support and guide nursing practice among this population. We need to have a better understanding of the perspective of pregnant women in contexts of vulnerability. **Research questions:** This study aims to answer the following questions from the perspective of pregnant women in contexts of vulnerability: 1) Which factors influence their experience of prenatal nursing care in primary care? 2) How does the nurse-pregnant woman relationship influence the prenatal care? and 3) What are the avenues for improving prenatal care? **Design:** An interpretive descriptive qualitative study using Thorne's approach was used. **Methods:** Semi-structured interviews were conducted with 24 pregnant women in contexts of vulnerability recruited through reasoned and snowball sampling. They were 1) 16 years of age or older; 2) in their 2nd or 3rd trimester of pregnancy or had given birth in the previous 12 months; 3) being followed by a nurse in a government pregnancy support program offered by local community service centres in Quebec. Data analyses were conducted using the inductive approach proposed by De Casterlé et al. **Results:** The study identified that the prenatal nursing care expectations and needs of pregnant women in contexts of vulnerability, their perception of nurses, and their perception of the primary prenatal care organization all influence the women's prenatal follow-up experience. Nurses can act on these factors or at least be aware of them to improve the experience. The setting and the characteristics of this relationship have an impact on the prenatal nursing experience. Building a relationship of trust with the woman is a key element of the experience. Moreover, nurses can take the women's contexts of vulnerability into account, improve their decision-making power, provide the women with information, improve coordination of care or improve accessibility and equity within these programs. **Conclusion:** Nurses can contribute to the positive experience of prenatal care for pregnant women in contexts of vulnerability and, therefore, promote the use of services through a holistic and individualized approach.

Keywords: Experience, descriptive interpretative approach, nurses, pregnant women, prenatal care, contexts of vulnerability, primacy care.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 – PROBLÉMATIQUE	3
1.1 Présentation des principaux concepts	3
1.1.1 Femmes enceintes en contextes de vulnérabilité	3
1.1.2 Soins de première ligne	7
1.1.3 Suivi prénatal infirmier des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité	10
1.1.4 Expérience du suivi prénatal des femmes enceintes	12
1.2 Énoncé du problème	12
CHAPITRE 2 – RECENSION DES ÉCRITS	16
2.1 Synthèse thématique de la littérature (article 1)	16
2.1.1 Résumé en français de l'article 1	18
2.1.2 Résumé en anglais de l'article 1	19
2.1.3 Statements of significance	20
2.1.4 Background	21
2.1.5 Methods	22
2.1.6 Results	24
2.1.7 Discussion	37
2.1.8 Conclusion	39
References	40
Supplement digital content 1	45
2.2 Complément de discussion de l'article 1	46
2.3 Contributions scientifiques et constats de la recension des écrits	46
CHAPITRE 3 – OBJECTIF GÉNÉRAL ET QUESTIONS DE RECHERCHE	49
CHAPITRE 4 – MÉTHODOLOGIE ET RÉSULTATS	50

4.1 Article 2	50
4.1.1 Résumé en français de l'article 2	52
4.1.2 Résumé en anglais de l'article 2	54
4.1.3 Background	56
4.1.4 Aim	57
4.1.5 Methods	57
4.1.6 Results	62
4.1.7 Discussion	67
4.1.8 Conclusions	70
References	71
Additional File 1 Interview Guide	74
Additional File 2 Factors influencing the prenatal nursing care experience of women in contexts of vulnerability	75
CHAPITRE 5 – PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES	80
5.1 Posture épistémologique et devis de recherche	80
5.2 Processus de recrutement	83
5.2.1 Recrutement dans les CLSC	83
5.2.2 Recrutement via les médias sociaux	84
5.3 Outils et méthode de collecte de données	85
5.3.1 Questionnaire sociodémographique	85
5.3.2 Entretien individuel/Guide d’entretien	85
5.3.3 Journal de bord	86
5.4 Déroulement de la collecte de données	87
5.5 Méthode d’analyse	87
5.6 Considérations éthiques	89
5.6.1 Considérations éthiques au projet doctoral	89
5.6.2 Considérations éthiques spécifiques aux médias sociaux	91

CHAPITRE 6 – COMPLÉMENT DES RÉSULTATS	92
6.1 Description des participantes	92
6.2 Question 1 – Quels sont les facteurs influençant leur expérience du suivi prénatal infirmier en soins de première ligne?	95
6.2.1 Influence de la femme sur son expérience	95
6.2.2 Influence de l'environnement	95
6.2.3 Influence de la relation avec les infirmières sur l'expérience des femmes	96
6.3 Question 2 – De quelle façon la relation infirmière-femme enceinte en contextes de vulnérabilité influence-t-elle l'expérience du suivi prénatal?	97
6.3.1 Caractéristiques de la relation	97
6.3.2 Conséquences de la relation sur l'expérience du suivi prénatal	100
6.3.3 Synthèse de la deuxième question	103
6.4 Question 3 – Quelles sont les pistes d'amélioration au suivi prénatal infirmier en soins de première ligne?	106
6.4.1 Comprendre et considérer davantage le vécu des contextes de vulnérabilité propre à chaque femme	106
6.4.2 Favoriser une relation de confiance	107
6.4.3 Informer davantage les femmes	107
6.4.4 Améliorer le pouvoir décisionnel des femmes	109
6.4.5 Améliorer la coordination des soins	111
6.4.6 Améliorer l'accessibilité et l'équité aux programmes	113
CHAPITRE 7 – DISCUSSION	115
7.1 Contributions du projet doctoral	115
7.1.1 Connaissance approfondie des facteurs influençant l'expérience du suivi prénatal infirmier des femmes enceintes québécoises en contextes de vulnérabilité	115
7.1.2 Contribution relative à l'identification d'objectifs qui ne sont pas pleinement mobilisés	121

7.1.3 Contribution sur les pistes d'amélioration au suivi prénatal infirmier selon la perspective des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité	124
7.2 Retombées du projet doctoral	124
7.2.1 Retombées pour les femmes et les milieux participants au projet	125
7.2.2 Retombées pour la pratique infirmière	125
7.2.3 Retombées scientifiques	133
7.2.4 Retombées sociétales	134
7.3 Critères de rigueur	135
7.4 Forces	138
7.4.1 Cohérence épistémologique, méthodologique et théorique	139
7.4.2 Diversité des expériences	139
7.5 Limites	140
7.5.1 Biais de désirabilité sociale	140
7.5.2 Biais de sélection des participantes	140
7.5.3 Absence de cas contraire	141
7.5.4 Contexte de la pandémie mondiale	141
CONCLUSION	144
LISTE DES RÉFÉRENCES	146
ANNEXES	169
Annexe 1 – Exemple de la grille d'extraction des données en fonction du SRQR	169
Annexe 2 – Feuille de présentation aux milieux	173
Annexe 3 – Feuille de présentation aux participantes potentielles	174
Annexe 4 – Consentement au partage des données	175
Annexe 5 – Plan COVID-19 pour le recrutement	176
Annexe 6 – Annonce de présentation sur Facebook	178
Annexe 7 – Questionnaire sociodémographique	179
Annexe 8 – Guide d'entretien semi-dirigé version finale	184

Annexe 9 – Extrait du journal de bord	189
Extrait des notes méthodologiques	189
Extrait dénominalisé des notes des personnes-ressources	190
Extrait dénominalisé des notes d’activité - Recrutement	191
Extrait des notes descriptives	192
Extrait des notes réflexives	193
Extrait des notes théoriques (idées de conceptualisation)	194
Annexe 10 – Étapes d’analyse	195
Étape 2 Rapport narratif – Entretien 1	195
Étape 3 Schéma d’entretien conceptuel – Entretien 1	196
Étapes 6 à 8 Liste de codes – V1 liste de codes	197
Étapes 9 à 10 Framework – Entretiens 1 à 3	201
Annexe 11 – Approbation éthique du Comité éthique du CIUSSS de l’Estrie-CHUS	202
Annexe 12 – Formulaire de consentement	205
Annexe 13 – Listes de pages et groupes Facebook	213

LISTE DES TABLEAUX

Tableau de la thèse

Tableau 1. Caractéristiques des participantes à l'étude	93
Tableau 2. Pistes d'amélioration pour le suivi prénatal infirmier	128

Tableaux de l'article 1

Table 1. <i>Study characteristics</i>	26
Table 2. <i>Examples of woman's experience is shaped by the prenatal primary nursing care</i>	29
Table 3. <i>Quality assessment of included studies using the SRQR</i>	35
Table 4. <i>Sensitivity analysis</i>	36

Tableaux de l'article 2

Table 1. <i>Characteristics of pregnant women in contexts of vulnerability</i>	58
Table 2. <i>Characteristics of prenatal primary nursing care</i>	60

LISTE DES FIGURES

Figures de la thèse

Figure 1. Phases et étapes de la Méthode QUAGOL	88
Figure 2. Nombre de femmes enceintes par régions du Québec	94
Figure 3. Influence de la relation infirmière/infirmier-femme enceinte en contextes de vulnérabilité sur leur expérience du suivi prénatal infirmier.....	104
Figure 4. Modèle d'intégration des résultats de la synthèse thématique et des résultats de la thèse	117

Figures de l'article 1

Figure 1. <i>PRISMA Flowchart</i>	25
Figure 2. <i>Prenatal primary nursing care experience of pregnant women in contexts of vulnerability</i>	34

Figures de l'article 2

Figure 1. <i>Pregnant women's contexts of vulnerability</i>	59
Figure 2. <i>Conceptual framework – Factors influencing the prenatal primary nursing care experience of women in contexts of vulnerability</i>	66

LISTE DES ABRÉVIATIONS

Abréviations de la thèse

CAPWHN	<i>Canadian Association of Perinatal and Women's Health Nurses</i>
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
COVID-19	<i>CoronaVirus Disease appeared in 2019</i>
CR-CHUS	Centre de recherche du centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CRSH	Conseil de recherches en sciences humaines du Canada
CRSNG	Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada
CSDH	<i>Commission of Social Determinants of Health</i>
DPJ	DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE
ÉPTC-2	Énoncé de politique des trois conseils-2
FMSS	Faculté de médecine et des sciences de la santé
FRQS	Fonds de recherche du Québec en Santé
GARE	Grossesse à risque élevé
GMF	Groupe de médecine de famille
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPSPL	Infirmière praticienne spécialisée de première ligne ou infirmier praticien spécialisé de première ligne
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
IUPLSSS	Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux
LGBTQ2I+	Lesbiennes, Gais, Bisexuels, Transgenres, en Questionnement, Intersexués et Bispirituels
MEES	Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
Olo	Œuf-lait-orange

OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des Nations Unies
QUAGOL	<i>Qualitative Analysis Guide of Leuven</i>
RRISIQ	Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SFR	Seuil de faible revenu
SRQR	<i>Standards for Reporting Qualitative Research</i>
UMF	Unité de médecine de famille
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WHO	<i>World Health Organization</i>

Abréviations de l'article 1

ANHSU	<i>Antenatal health service utilization</i>
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CSDH	<i>Commission of Social Determinants of Health</i>
GDM	<i>Gestational diabetes mellitus</i>
HIV	<i>Human immunodeficiency virus</i>
LGBQP2S	<i>Lesbian, Gay, Bisexual, Queer, Pansexual and Two-Spirit</i>
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
QSEN	<i>Quality of safety education for nurses</i>
SDOH	<i>Social determinants of health</i>
SRQR	<i>Standards for Reporting Qualitative Research</i>
RNs	<i>Registered nurses</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

Abréviations de l'article 2

HIV	<i>Human immunodeficiency virus</i>
LCSC	<i>Local community services centre</i>
LGBTQ2S+	<i>Lesbian, Gay, Bisexual, Queer, Pansexual and Two-Spirit</i>
Olo	Œuf-lait-orange correspondant à <i>Eggs-Milk-Orange</i>
QUAGOL	<i>Qualitative Analysis Guide of Leuven</i>

SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance correspondant à <i>Integrated perinatal and early childhood services</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
YPS	<i>Youth protection services</i>

À mes parents, Christian et Marie-Rose, pour leur soutien inconditionnel, merci.

Et

*À mon conjoint, Guillaume, je ne pouvais demander mieux comme compagnon de vie
pendant ces années!*

*“One of the most valuable things any person can learn
is the art of using knowledge and experience of others.”*

Napoleon Hill

*“Nothing in life is to be feared, it is only to be understood.
Now is the time to understand more, so that we may fear less.”*

Marie Curie

REMERCIEMENTS

Le doctorat est un long cheminement qui nécessite d'être bien accompagné au cours de cette étape de la vie. Durant ce parcours, j'ai eu la chance d'être bien entourée de trois directrices qui m'ont permis d'exploiter mon potentiel et de m'accomplir en tant qu'étudiante-chercheuse. Ainsi, je tiens d'abord à remercier mon équipe de direction qui a été présente à chacune des étapes importantes de ce projet. D'abord, je tiens à remercier Pre Maud-Christine Chouinard de m'avoir interpellée, il y a sept ans, pour une bourse de recherche dans l'équipe V1SAGES. Sans cette bourse, je n'aurais pu apprécier toute la beauté de l'univers de la recherche. Merci Maud-Christine pour ta compréhension, ton soutien dans les difficultés rencontrées, ta disponibilité et ton sens de l'observation, un vrai œil de lynx. Tu es un modèle de directrice d'étudiantes et d'étudiants auquel j'aspire. En acceptant la bourse de recherche, j'ai pu faire la rencontre de Pre Catherine Hudon qui est un modèle de chercheuse à mes yeux. Une attitude d'ouverture, de douceur, de souplesse tout en faisait preuve de rigueur. Merci à Catherine pour ton écoute et tes précieux conseils qui ont su me faire cheminer tout en me respectant. J'ai appris qu'il y avait toujours une solution à tout problème et que cette solution est souvent bien simple. Merci à vous deux d'avoir fait naître en moi la passion pour la recherche scientifique et de m'avoir accompagnée depuis sept ans dans mes apprentissages. Le sentiment de confiance que j'avais à votre égard m'a motivée à poursuivre au doctorat. Lors de ce nouveau projet de vie, le doctorat, j'ai eu la chance d'être la dernière étudiante de Pre Édith Ellefsen avant sa retraite. Les circonstances de la vie ont fait en sorte que tu m'accompagnes tout au long de mon doctorat. Tes réflexions m'ont fait cheminer à voir la recherche autrement, mais aussi la vie en étant dans le moment présent! Tout comme cette thèse, la pensée est évolutive, c'est un « *work in progress* ». Merci pour ta patience, ton honnêteté, ta disponibilité au cours de ces quatre dernières années. Merci à vous trois d'avoir cru en moi, contribuant par le fait même à croire en mes propres capacités.

Je voudrais témoigner tout mon respect et ma reconnaissance à Pre Christine Gervais et Pre Julie Noël, les membres de mon jury, ainsi qu'à Pre Christine Loignon, la présidente de jury, qui ont accepté de lire et d'évaluer cette thèse. Grâce à vos commentaires, j'ai pu peaufiner celle-ci afin que la thèse soit de plus grande qualité.

Merci à l'équipe de recherche V1SAGES qui a été une école d'apprentissage grâce à cette belle équipe dynamique, ouverte, collaborative et efficace. Merci à Danielle B. qui m'a aidée à intégrer cette équipe, à Mireille pour ta générosité ainsi qu'à Mathieu et Olivier. Merci aux organismes subventionnaires qui m'ont soutenue pendant mes études doctorales : le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES) par le biais de son programme MEES/Universités en partenariat avec l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIQ), le Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ), les Fonds de recherche du Québec en Santé (FRQS), l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS) et l'Axe santé – populations, organisation et pratiques du Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CR-CHUS). Merci aux gestionnaires et aux infirmières qui ont collaboré à ce projet. Merci également aux femmes enceintes qui ont gentiment donné de leur temps afin de rendre ce projet concret en acceptant gracieusement de partager leur expérience du suivi prénatal infirmier.

Merci à mes parents d'avoir été une source d'inspiration et d'avoir partagé tous les soirs vos expériences de travail. Sans le savoir, vous avez par la même occasion fait naître en moi une passion envers les soins infirmiers. Cette passion se traduit aujourd'hui par ma contribution au développement de cette belle profession. Merci à mes sœurs, Julie et Stéphanie, sur qui je peux compter. Merci à mon conjoint, Guillaume, pour son soutien, son écoute et ses encouragements. Tu as été à mes côtés et tu m'as épaulé tout au long de ce marathon qui a commencé à la fin de mon baccalauréat. Au cours de ces années, j'ai pu évoluer tant au niveau personnel que professionnel. J'ai pu approfondir ma compréhension de l'expérience au-delà de celle des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité en découvrant l'importance du soin, l'importance des relations reposant fondamentalement sur le respect de soi et de l'autre.

INTRODUCTION

Au Canada, plus de 31 000 naissances annuelles sur 390 000 sont associées à de la prématurité (Instituts de recherche en santé du Canada [IRSC], 2017), alors que près de 3 200 sont associées à la mortinaissance (Statistique Canada, 2021). Les lignes directrices de l’Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2017) recommandent un suivi prénatal dans le but de restreindre ces complications. Malgré ces recommandations, certaines femmes peuvent décider de ne pas utiliser les services prénataux. D’ailleurs, les femmes enceintes en contextes de vulnérabilité utilisent moins et plus tardivement les services prénataux (Mahieu-Caputo, 2010). L’expérience de soins peut affecter leur utilisation (Slaughter-Acey et al., 2019; Vedam, Stoll, Taiwo, et al., 2019) alors qu’il est reconnu qu’une expérience positive chez les femmes enceintes lors du suivi prénatal contribue aux bases d’une maternité en bonne santé (OMS, 2017).

Actuellement, au Québec, les infirmières et les infirmiers^{1,2} offrent un suivi prénatal à travers les programmes gouvernementaux d’Œuf-lait-orange (Olo) et des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) pour les femmes en contextes de vulnérabilité. Les infirmières et les infirmiers disposent d’un cadre de référence pour guider leur pratique auprès de ces femmes, mais ce cadre s’adresse à toutes les prestataires et tous les prestataires de la santé, et ne présente donc pas d’interventions spécifiques pour la pratique infirmière (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2019b). Il devient alors pertinent de s’intéresser au phénomène de l’expérience du suivi prénatal infirmier afin de mieux outiller les infirmières et les infirmiers ainsi que d’améliorer l’utilisation des services prénataux par les femmes enceintes en contextes de vulnérabilité, et par conséquent contribuer à l’amélioration des résultats de santé pour les mères et les fœtus. Cette étude vise donc à

¹ Cette thèse est rédigée selon la Directive sur la rédaction inclusive (Directive 2600-087) de l’Université de Sherbrooke, adoptée le 8 novembre 2021 (Comité de direction de l’Université de Sherbrooke, 2021). Selon l’École des sciences infirmières de l’Université de Sherbrooke (Université de Sherbrooke, 2021a, 2021b) appuyée par l’OIIQ (2021), l’usage des termes infirmières et infirmiers est privilégié.

² Dans le cadre de la thèse, les infirmières et les infirmiers font référence aux infirmières cliniciennes et aux infirmiers cliniciens qui détiennent un baccalauréat en sciences infirmières (Gouvernement du Québec, 2022).

mieux comprendre l'expérience du suivi prénatal infirmier en soins de première ligne de ces femmes.

Le premier chapitre, consistant en la problématique, présente la description des principaux concepts, puis l'énoncé du problème. Cette section permet de mieux comprendre les enjeux actuels des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité. Le deuxième chapitre, présentant la recension des écrits, consiste en une synthèse thématique qualitative publiée dans la revue *Advances in Nursing Science*. Cette synthèse thématique porte sur l'expérience des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité concernant leur suivi prénatal infirmier en soins de première ligne. Le troisième chapitre présente l'objectif général de l'étude et les questions de la recherche. Un article soumis à la revue *BMC Nursing* est présenté au quatrième chapitre, comprenant à la fois la méthodologie de ce projet et ses résultats. Dans le cinquième chapitre, des précisions méthodologiques non exposées dans l'article de résultats sont ajoutées concernant la posture épistémologique, la méthodologie et les considérations éthiques du projet doctoral. Des résultats complémentaires concernant la description des participantes à l'étude ainsi qu'aux questions de recherche sont présentés dans le sixième chapitre. Finalement, le septième chapitre correspond à la discussion, un complément à la discussion des résultats exposée dans l'article du quatrième chapitre. Il comprend la présentation des contributions de la thèse dont un modèle d'intégration des résultats de la synthèse thématique avec ceux de la thèse, les retombées du projet doctoral, les critères de rigueur, les forces ainsi que les limites.

CHAPITRE 1 – PROBLÉMATIQUE

Malgré les nombreuses politiques encadrant le suivi des femmes enceintes, des défis se font sentir dans le suivi des femmes en contextes de vulnérabilité. Le chapitre suivant présente les principaux concepts pertinents à cette thèse, incluant les femmes enceintes en contextes de vulnérabilité, les soins de première ligne, le suivi prénatal infirmier des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité ainsi que l’expérience des femmes enceintes. Cette section se termine par l’énoncé du problème.

1.1 Présentation des principaux concepts

1.1.1 Femmes enceintes en contextes de vulnérabilité

Les termes « vulnérabilité », « vulnérable » et « population vulnérable » sont parfois utilisés de façon interchangeable dans la littérature. Lorsqu’il s’agit d’une population, d’un groupe ou d’une communauté vulnérable, ce sont des personnes qui présentent les mêmes caractéristiques (De Chesnay, 2020). Les termes « vulnérable » et « vulnérabilité » sont applicables dans le contexte spécifique d’un individu, l’un étant un adjectif et le second un nom (Le grand Robert, 2001a; 2001b). La définition du concept de vulnérabilité n’est pas consensuelle (Birkmann, 2013). Cela peut s’expliquer par la complexité du concept, qui réside dans ses caractéristiques multiples et son utilisation distincte dans plusieurs disciplines ou sujets d’investigation, notamment la géographie, l’environnement, l’écologie, l’anthropologie, l’économie, l’informatique, l’éthique, la justice, la psychologie, la famine et la sécurité alimentaire, la santé publique et le domaine médical (Briscoe et al., 2016; Kipnis, 2001; Paul, 2013; Wisner, 2016). Bien que plusieurs analyses de concepts aient été menées sur le sujet (Briscoe et al., 2016; Brocklehurst & Laurenson, 2008; Cline, 2016; Dorsen, 2010), il semble encore difficile d’identifier une définition qui s’inscrive dans une perspective multidisciplinaire.

Dans une perspective de santé publique, Scheele et al. (2020) définissent la vulnérabilité chez la femme enceinte comme « une expérience de menace par des facteurs de risque physiques, psychologiques, cognitifs et/ou sociaux, combinés à l'absence d'un soutien adéquat et/ou de capacités d'adaptation adéquates » [traduction libre] (p. 1). Cette définition est cohérente avec celle de Briscoe et al. (2016). Dans leur analyse de concept portant sur la vulnérabilité des femmes durant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale, ces autrices mentionnent que « les femmes enceintes sont vulnérables lorsqu'elles subissent une menace physique, psychologique ou sociale, où les barrières et les processus réparateurs influencent le degré de vulnérabilité » [traduction libre] (p. 9). Par le biais de cette étude, les autrices ont élaboré une théorie intermédiaire, comprenant trois dimensions : 1) les menaces/obstacles biologiques, physiques, psychologiques et sociales; 2) les barrières; et 3) les processus réparateurs. La complexité du phénomène de la vulnérabilité découle d'une interaction entre ces trois dimensions. Les menaces, les barrières et les processus réparateurs doivent être considérés dans leur globalité. La présence de processus réparateurs se traduit par un soutien adéquat à la gestion des menaces et influence le degré de vulnérabilité. La vulnérabilité est évolutive et contextuelle, qu'elle soit temporaire ou permanente (Briscoe et al., 2016; Colciago et al., 2020; Scheele et al., 2020; World Health Organization [WHO], 2010) et il existe une grande variabilité temporelle dans la présence d'un contexte de vulnérabilité (Barbosa et al., 2019; Bryan et al., 2020; Cousley et al., 2014; Lange et al., 2013; Spini et al., 2017). Le modèle conceptuel de la *Commission of Social Determinants of Health* (CSDH) de l'OMS (2010) propose que la combinaison des contextes et des déterminants sociaux entraîne la vulnérabilité et, par conséquent, des iniquités en santé, dont la discrimination de la part des personnes professionnelles de la santé (Chen et al., 2016; Krist et al., 2017; Vedam, Stoll, McRae, et al., 2019).

Il est possible de retrouver plus d'un contexte de vulnérabilité chez une personne (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2016), notamment chez les femmes enceintes. Ainsi, la vulnérabilité est vécue différemment par les femmes enceintes en fonction de divers facteurs internes dont leurs déterminants (c.-à-d. l'âge, le sexe, le genre, le patrimoine génétique et l'origine ethnique), leurs capacités et leurs comportements (Briscoe et al., 2016; Dorsen, 2010; Scheele et al., 2020; Varming et al., 2018; WHO, 2010),

ou de facteurs externes notamment en lien avec l'environnement physique, politique, social, culturel et économique (WHO, Wisner, 2016; 2010).

Les contextes de vulnérabilité incluent les difficultés (ou menaces/obstacles) physiques, psychologiques et cognitives, comme la présence d'une maladie, d'un handicap ou d'un trouble de santé (Scheele et al., 2020) ainsi que les caractéristiques biologiques comme le jeune âge ou le fait d'être âgé (Briscoe et al., 2016; Grabovschi et al., 2013). Le statut social engendre aussi des contextes de vulnérabilité associés à des barrières sociales, culturelles ou linguistiques, comme l'absence d'emploi, le faible revenu, le faible niveau d'éducation/littératie, la faible couverture ou l'absence de couverture d'assurance pour les soins et services de santé, les difficultés reliées aux différences culturelles ou à l'immigration (Bhatt & Bathija, 2018; Grabovschi et al., 2013) et les difficultés reliées aux différences d'identité/orientation sexuelle (Bhatt & Bathija, 2018). Les comportements à risque pour la santé, comme le trouble de consommation, la présence de partenaires sexuels multiples ou la réalisation d'activités criminelles, peuvent créer des contextes de vulnérabilité (Dorsen, 2010). Finalement, des difficultés reliées à l'environnement sont aussi associées à des contextes de vulnérabilité, dont le manque d'accessibilité aux soins et aux services de santé (Bhatt & Bathija, 2018; Grabovschi et al., 2013), les difficultés reliées au milieu de vie, rural ou urbain ou encore les difficultés reliées au contexte d'un milieu (p. ex. non sécuritaire, pollution de l'air, instabilité des logements) (Bhatt & Bathija, 2018).

Étant donné le manque de consensus sur le concept de vulnérabilité, il est difficile d'établir un portrait clair des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité³ au Québec. Néanmoins, ces femmes vivent des problématiques qui leur sont singulières, notamment la précarité au niveau du logement (Fondation Olo, 2021d; Mahieu-Caputo, 2010) exacerbée par la hausse récente du coût de la vie (Statistiques Canada, 2022). La violence conjugale (Mahieu-Caputo, 2010) fait aussi partie des problématiques et était en hausse dans les deux dernières années. Affectant 10,9% des femmes enceintes québécoises (Observatoire des tout-petits, 2021a), la violence conjugale peut nuire au lien d'attachement maternofœtal, c'est-à-dire le

³ Par souci d'inclure tous les contextes de vulnérabilité qu'une femme enceinte peut présenter, le terme contexte au pluriel est utilisé tout au long de la thèse (INSPQ, 2016; Office québécois de la langue française, 2020).

lien émotionnel entre la mère et son fœtus (Michel & Wendland, 2020). Les femmes enceintes en contextes de vulnérabilité peuvent présenter une consommation insuffisante d'aliments (Mahieu-Caputo, 2010), causant alors des carences nutritionnelles ou de l'anxiété (Fondation Olo, 2020). La Fondation Olo (2022a) s'attend à une augmentation du nombre de femmes enceintes qui seront admissibles à leurs services en raison d'une hausse de contextes de vulnérabilité économiques, passant de 7 250 femmes à 11 500 pour 2022-2023. L'isolement représente une autre problématique (Mahieu-Caputo, 2010) en hausse selon la Fondation Olo (2021d), reliée à la solitude (Arulthas, 2021) et à l'absence de réseau de soutien (Fondation Olo, 2021d). D'ailleurs, l'isolement social et la violence conjugale renvoient à des besoins affectifs non comblés (Mahieu-Caputo, 2010, 2011). Enfin, les difficultés d'accessibilité au système de santé afin de bénéficier de soins de qualité (Aday, 1994; Samb et al., 2019) en raison de leurs déterminants de la santé, de difficultés reliées à l'environnement - comme le dépistage tardif de la clientèle ou le fait de vivre en région éloignée (Heaman et al., 2018; Mahieu-Caputo, 2010) - représentent d'autres défis pour les femmes en contextes de vulnérabilité.

Bien qu'il n'y ait pas de politique dédiée à cette clientèle au Québec, plusieurs politiques viennent soutenir une pratique infirmière adaptée auprès des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité. D'abord, la Politique de périnatalité de 2008-2018 (MSSS, 2008) met en évidence le besoin de développer des interventions adaptées aux contextes des femmes. Le Plan d'action de la santé et du bien-être des femmes 2020-2024 du MSSS (2020b) propose d'accroître le soutien durant la grossesse et la petite enfance, particulièrement aux femmes et aux familles en contextes de vulnérabilité. Sur le plan international, la *Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant* de l'Organisation des Nations Unies (ONU) (2017) souligne les inégalités en santé comme un enjeu majeur concernant les femmes en contextes de vulnérabilité et vise à intervenir sur les facteurs qui contribuent à la vulnérabilité, notamment la discrimination ou la privatisation des soins et des services de santé. Ainsi, le suivi prénatal devrait être adapté aux contextes de vulnérabilité des femmes. Dans l'ensemble du Québec, les principaux services offerts à cette clientèle sont en soins de première ligne (MSSS, 2019b), plus précisément dans les centres locaux de services communautaires (CLSC).

1.1.2 Soins de première ligne

La hiérarchisation des services de soins de santé permet de les répartir en trois niveaux. Aussi nommés soins primaires, les soins de première ligne (premier niveau) représentent la porte d'entrée du système de santé et sont offerts à l'ensemble de la population (Table sectorielle mère-enfant, 2018). Ils constituent le point d'ancrage des services de santé physique et mentale (Conseil canadien de la santé, 2012). Les visées des soins de première ligne, qui sont des services généraux et courants, comprennent : la promotion de la santé; la prévention et le traitement de blessures ou de maladies courantes; la coordination des soins et le continuum des soins; les soins en santé mentale; les soins palliatifs et de fin de vie; les soins maternels et infantiles; et les services d'urgence et de réadaptation. Les soins de deuxième et de troisième ligne (deuxième et troisième niveaux) sont des soins spécialisés et ultraspecialisés offerts uniquement si la personne nécessite des services spécifiques sur référence (MSSS, 2012, 2018). Au Québec, la prestation des soins de première ligne s'effectue entre autres dans les groupes de médecine de famille (GMF) universitaires ou non, les cliniques réseaux, les cliniques médicales, les services Info-santé et Info-social et les CLSC (MSSS, 2020a; Trottier, 2003).

Les CLSC ont pour mission « d'offrir, en première ligne, à la population du territoire qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux courants, de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion » (MSSS, 2017, p. 3). Ils offrent un éventail de services, dont les soins prénataux, qui comprennent les cours prénataux qui sont offerts à l'ensemble de la population, en plus d'offrir des soins prénataux pour les femmes enceintes en contextes de vulnérabilité à travers le programme Œuf-lait-orange (Olo) et le programme Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) (Durand & Harvey, 2015). Ces deux programmes sont décrits plus en détail ci-après.

Programme Œuf-lait-orange (Olo). Le programme Olo s'adresse aux femmes enceintes vivant sous le seuil de faible revenu (SFR) (Deschamps et al., 2019). Ce seuil représente un revenu insuffisant où la majorité du revenu sert aux dépenses reliées aux besoins élémentaires, dont l'alimentation, le logement et l'habillement. Le SFR dépend de la taille de la famille, du nombre de résidents de la communauté où demeure la personne ainsi que de l'année d'imposition (Statistique Canada, 2015). En 2020, le SFR d'une femme enceinte monoparentale variait entre 14 431 \$ et 22 899 \$ selon le nombre d'habitants par région. En comparaison, pour un couple ayant deux enfants, le SFR variait de 27 284 \$ à 41 710 \$ pour cette même année de référence (Hurteau et al., 2021; Statistique Canada, 2022). Néanmoins, d'autres critères d'admissibilité au programme peuvent être ajoutés selon les CLSC (Fondation Olo, 2021a). Ce programme vise à offrir un suivi régulier aux femmes enceintes dans leurs choix alimentaires afin de favoriser le déroulement optimal de la grossesse et le développement normal du fœtus. Le programme offre l'accessibilité à des suppléments de vitamines et minéraux, et à des coupons Olo donnant accès gratuitement à une douzaine d'œufs, un sac de légumes surgelés par semaine, de même qu'à un litre de lait par jour (Fondation Olo, 2021b). Il offre également une trousse d'outils éducatifs relatifs à une saine alimentation nommée *1000 jours pour savourer la vie*, soit des recettes, des planificateurs de repas, des accessoires de cuisine, des livres, etc. (Fondation Olo, 2021c). Le programme débute dès la 12^e semaine de grossesse et se poursuit jusqu'à l'accouchement ou jusqu'à la fin de l'allaitement, pour celles qui décident d'allaiter après l'accouchement.

Programme Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE). Le programme SIPPE (MSSS, 2019a; 2019b) est offert aux femmes enceintes et aux parents d'enfants de moins de cinq ans vivant sous le SFR et dans un contexte d'isolement social ou de sous-scolarisation, correspondant à l'absence d'un diplôme d'études secondaires ou professionnelles. Le jugement des infirmières et des infirmiers selon le nombre de facteurs de risque et de protection présents peut permettre l'admission d'une femme au sein du programme. Les facteurs de risque considérés comprennent le jeune âge et les femmes vivant une première grossesse. Les facteurs de protection sont la présence d'un réseau de soutien, l'accessibilité à des services de soutien, les habiletés sociales, la motivation à résoudre des problèmes et la capacité de s'adapter à des situations. Le programme SIPPE vise à améliorer

l'état de santé des femmes enceintes ainsi que celui de leur fœtus, en plus d'améliorer les conditions de vie des parents en contextes de vulnérabilité. Le programme est offert dès la 12^e semaine de grossesse, et ce jusqu'à cinq ans suivant l'accouchement. Le suivi est basé sur une approche écologique⁴ (MSSS, 2004) qui reconnaît la capacité d'agir des mères et des pères, de même que l'importance des rapports sociaux et de leur renforcement. La fréquence des visites, exprimée dans le programme sous forme d'intensité du suivi, se déroule aux deux semaines au cours de la période prénatale, puis varie selon les besoins après l'accouchement (MSSS, 2019a; 2019b).

Une intervenante ou un intervenant pivot, correspondant à une personne professionnelle de la santé travaillant au sein des programmes Olo ou SIPPE, est attitré à la femme, soit une infirmière ou un infirmier, une nutritionniste ou un nutritionniste, une psychoéducatrice ou un psychoéducateur, une technicienne spécialisée ou un technicien spécialisé, une travailleuse sociale ou un travailleur social. Les autres intervenantes et intervenants peuvent tout de même être sollicités dans le suivi selon les besoins. L'intervenante ou l'intervenant pivot assure la continuité des soins, en plus de favoriser l'établissement d'un lien de confiance, de soutenir la coparentalité et de renforcer le pouvoir d'agir des femmes, notamment par la prise de décision (MSSS, 2019b). Les infirmières et les infirmiers jouent un rôle clé lors du suivi prénatal auprès des femmes enceintes compte tenu des activités réservées à sa profession (Durand et al., 2016). Ainsi, ce sont principalement les infirmières et les infirmiers qui jouent le rôle d'intervenante ou d'intervenant pivot dans le suivi prénatal des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité dans les programmes Olo et SIPPE (Deschamps et al., 2019; Vanier & Toussaint-Lachance, 2009). Le Commissaire à la santé au bien-être (2011) recommande d'ailleurs la présence d'infirmières et d'infirmiers dans le suivi prénatal. Il est privilégié que les services offerts par ces programmes se déroulent au domicile des femmes enceintes (MSSS, 2019a). Toutefois, elles peuvent bénéficier des services au bureau de l'intervenante ou de l'intervenant pivot (Deschamps et al., 2019), au CLSC, dans un organisme communautaire (Bossé, 2012; Therrien, 2011) ou dans un autre

⁴ L'appellation de l'approche ou le modèle écologique a évolué en 2001 vers la théorie ou le modèle bioécologique de développement humain (Bronfenbrenner, 2001). Plus spécifiquement, c'est dans la deuxième phase de ce modèle, soit la phase 2, que les caractéristiques de la personne ainsi que le contexte sont considérés (Rosa & Tudge, 2013).

milieu selon la situation des femmes (p. ex. environnement instable) (MSSS, 2004; 2019a; Therrien, 2011). Les services peuvent également se réaliser autrement, comme des rencontres téléphoniques (Bossé, 2012; Lemieux & Boulanger, 2016).

1.1.3 Suivi prénatal infirmier des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité

Le suivi périnatal des femmes enceintes comprend le suivi de la préconception jusqu'au post-partum. Ce suivi porte sur différentes périodes incluant la préconception, la conception ou la fécondation, le prénatal, le travail ainsi que le postnatal (Perry, 2012a). La période prénatale, nommée parfois anténatale ou de gestation, correspond au moment où la femme est enceinte jusqu'au début du travail, ce qui représente neuf mois ou 280 jours répartis en trois trimestres (Lowdermilk, 2012a, 2012b; Perry, 2012b; Pessel & Tsai, 2013). Dans le modèle de soins prénataux de l'OMS (2017), il est recommandé que les femmes enceintes aient au moins huit contacts avec les prestataires de santé au cours de cette période. Ce suivi prénatal est fortement recommandé afin de diminuer les complications durant la grossesse et le nombre de mortinaiances, c'est-à-dire le décès du fœtus avant l'accouchement, ayant plus de 20 semaines ou plus de 500 grammes (INSPQ, 2011). Le suivi prénatal vise une expérience positive de soins tout au long de la grossesse (OMS, 2017).

Les infirmières et les infirmiers possèdent des compétences à effectuer des activités auprès des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité dans le cadre du suivi de grossesse en soins de première ligne (Durand & Harvey, 2015). Depuis l'avènement de la loi 90 (Assemblée nationale du Québec, 2002), 17 activités réservées leur ont été attribuées. Parmi ces activités réservées (Tessier, 2009), les infirmières et les infirmiers doivent évaluer la condition physique et mentale des femmes enceintes, effectuer la surveillance et le monitorage clinique des femmes dont la condition présente des risques, contribuer au suivi de grossesse et effectuer un suivi des problèmes de santé complexes (Durand & Harvey, 2015). Ainsi, le suivi des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité fait partie des activités des infirmières et des infirmiers. Dans le cadre de ce suivi prénatal, les infirmières et les infirmiers réalisent la promotion de la santé, le contrôle des infections et des parasites, la prévention et le dépistage, la prise en charge globale, la coordination et à la continuité des soins, la gestion des problèmes de santé courants et ponctuels, la collaboration avec la femme

et au sein de l'équipe interdisciplinaire ainsi qu'à la qualité des soins de santé (Durand & Harvey, 2015). L'étude Dos Santos Araujo et al. (2017) souligne particulièrement l'importance du suivi effectué par les infirmières et les infirmiers auprès des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité afin de contribuer à une expérience positive de l'utilisation des services prénataux. La complexité des contextes de vulnérabilité et la présence de culpabilité en lien avec les préjugés sociaux à l'égard de ces femmes, dont celles consommant des substances psychoactives, suggèrent qu'une approche d'accueil et d'ouverture à travers la relation infirmière/infirmier-femme enceinte favoriserait une expérience positive.

Le suivi prénatal infirmier procure plusieurs bienfaits pour les femmes enceintes et leur fœtus, tant pendant la grossesse que pour le dénouement de celle-ci (Hollowell et al., 2011) : détection de la violence conjugale et par conséquent sa réduction (Mejdoubi et al., 2013); amélioration de l'accessibilité aux soins et aux services par un suivi téléphonique auprès des femmes enceintes vivant en région éloignée (Evans & Bullock, 2017); et prévention des complications obstétricales par le biais de la promotion de saines habitudes de vie, comme la pratique de l'activité physique régulière (Gennaro & Melnyk, 2016). Le suivi prénatal infirmier semble avoir un impact chez le nouveau-né en réduisant la mortalité (Hollowell et al., 2011) et la prématurité (Cramer et al., 2007; Wells et al., 2008). En contribuant à ce que les femmes enceintes en contextes de vulnérabilité respectent les recommandations pour une grossesse sécuritaire (Moore et al., 1981; Tough et al., 2006), les infirmières et les infirmiers favorisent le bon développement du fœtus et préviennent ces complications.

Dans la réalisation de leurs activités, les infirmières et les infirmiers doivent élaborer un plan d'intervention en collaboration avec les femmes enceintes en contextes de vulnérabilité afin d'identifier des objectifs dans le cadre du suivi prénatal. Le plan d'intervention doit être adapté, voire individualisé aux femmes, évolutif en fonction de leur situation, être axé sur leurs forces, en plus de favoriser une expérience de réussite qui est positive pour elles (MSSS, 2019a; 2019b).

1.1.4 Expérience du suivi prénatal des femmes enceintes

L’expérience peut se manifester de différentes façons, comme le suggère Watson (1991) dans une analyse de ce concept. L’usage privilégié ici est l’expérience d’une situation, représentée par le suivi prénatal infirmier (Olorunfemi & Ojewole, 2017; Watson, 1991). L’OMS soutient l’importance d’une expérience positive durant la grossesse à travers le suivi prénatal. Une expérience de suivi est définie dans l’analyse de concept sur l’expérience des soins maternels de Beecher et al. (2020) comme étant :

Un concept complexe qui renvoie à l’interprétation que font les femmes de leurs soins maternels. Elle est de nature subjective et évolutive tout au long de la grossesse [...]. Elle dépend des besoins et des attentes individuels de la femme, est façonnée par des circonstances personnelles et est influencée par la manière dont les soins sont organisés et dispensés. [traduction libre] (p. 5)

La revue intégrative de Novick (2009), qui portait sur l’expérience du suivi prénatal des femmes vivant aux États-Unis, démontre que les femmes en contextes de vulnérabilité présentent davantage d’expériences négatives. Dans cette étude, l’autrice recommande de s’intéresser plus particulièrement à l’expérience des femmes en contextes de vulnérabilité afin de bien comprendre les facteurs qui affectent cette expérience. L’amélioration des soins et des services de santé prénataux doit nécessairement inclure une analyse de l’expérience des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité ainsi qu’une meilleure compréhension de celle-ci (Burt et al., 2017). De plus, l’expérience de santé humaine permet de guider les décisions futures en matière de services de santé (Morse, 2007).

1.2 Énoncé du problème

Malgré la diminution du nombre de naissances annuellement au Québec dans les dix dernières années (Observatoire des tout-petits, 2021a) et la présence de programmes et de politiques ayant pour cible les femmes enceintes en contextes de vulnérabilité, de nombreux défis persistent dans leur utilisation des services prénataux. Parmi ces défis, notons le manque de conformité face aux recommandations des personnes professionnelles de la santé, le non-respect des suivis recommandés, le taux élevé de visites à l’urgence ou encore le recours tardif à des soins de santé (Mahieu-Caputo, 2010). Notamment, au Québec, l’utilisation des services prénataux demeure précaire. En 2010, le taux d’abandon ou de refus d’inscription dans les programmes SIPPE était élevé (Bossé, 2012; Carrier & Bouffard,

2006; INSPQ, 2010). En 2021, une diminution de 35 % de l'utilisation des services du programme Olo a été notée en comparaison à 2015, passant de 7337 à 4752 femmes en contextes de vulnérabilité admises annuellement (Fondation Olo, 2022b). Une diminution de l'utilisation des services est aussi observée dans le reste du Canada (Centre de ressources Meilleur départ, 2014; Moreau et al., 2015).

Une faible utilisation des services prénataux peut s'expliquer d'une part, par un manque de considération de l'expérience des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité. Il est observé qu'environ 25 % de moins de femmes enceintes en contextes de vulnérabilité utilisent les cours prénataux comparativement aux femmes sans contextes de vulnérabilité (Observatoire des tout-petits, 2021c). Le faible niveau d'éducation, le faible revenu, le statut d'immigrantes ou de réfugiées sont des contextes de vulnérabilité reliés à une faible utilisation des services prénataux (Institut de la statistique du Québec, 2016; Observatoire des tout-petits, 2021b). De plus, dans les nombreux rapports d'implantation et d'évaluation des programmes Olo et SIPPE (Bossé, 2012; Carrier & Bouffard, 2006; Lepage & Schoonbroodt, 2005; Poirier et al., 2019; Richard & Badlissi, 2011; Therrien, 2011; Vanier & Toussaint-Lachance, 2009), la perspective des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité n'est pas suffisamment prise en compte. Plusieurs constats ont été formulés provenant principalement de la perspective des intervenantes ou des intervenants pivots des programmes Olo et SIPPE, dont les infirmières et les infirmiers. Parmi ces constats formulés, notons l'absence de mécanismes permettant aux personnes inscrites au programme SIPPE de mentionner leurs besoins (Bossé, 2012). D'ailleurs, il est recommandé de s'intéresser aux réalités des personnes inscrites aux programmes Olo et SIPPE, aux obstacles face à leur utilisation des services prénataux, et aux raisons de cessation d'utilisation des services prénataux (Bossé, 2012; Carrier & Bouffard, 2006; Guay et al., 2015). Leur expérience permet d'améliorer la qualité des soins (Kumah et al., 2017), contribuant ainsi à l'utilisation des soins et des services de santé (Gabrani et al., 2020; Gage et al., 2018; Heaman et al., 2015).

D'autre part, un manque de soutien à la pratique infirmière auprès des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité est noté. Mentionnons le manque de formation des intervenantes et intervenants des programmes Olo et SIPPE afin d'intervenir auprès de la clientèle (Carrier & Bouffard, 2006; Lepage & Schoonbroodt, 2005; Richard & Badlissi, 2011; Vanier & Toussaint-Lachance, 2009); le manque de définition du rôle de chaque intervenante et intervenant du programme SIPPE, dont celui de l'infirmière et de l'infirmier (Vanier & Toussaint-Lachance, 2009), ainsi que la présence de contextes de vulnérabilité particuliers (c.-à-d. l'immigration, la violence, la dépendance, la négligence et la santé mentale) qui imposent des défis pour les intervenantes et intervenants auprès de cette clientèle (Bossé, 2012; Carrier & Bouffard, 2006).

L'INSPQ identifiait, en 2019, « une dérive vers une approche plus interventionniste et plus individualiste » de la part des intervenantes et intervenants du programme SIPPE (INSPQ, 2019, p. 28), en plus d'un manque de formation adéquate dans ce programme où il y a un roulement important de personnel. En effet, les cadres de référence encadrant la pratique infirmière dans le suivi prénatal considèrent peu les contextes de vulnérabilité (Durand & Harvey, 2015) ou encore, ils ne sont pas spécifiques au suivi prénatal infirmier (Deschamps et al., 2019; MSSS, 2004; 2019b). Certaines politiques sont axées sur des contextes de vulnérabilité spécifiques, dont le contexte de vulnérabilité socioéconomique (MSSS, 2019b). Or, les femmes peuvent présenter plusieurs contextes de vulnérabilité, complexifiant la pratique auprès de cette clientèle, comme le soulignent de nombreux rapports (Bossé, 2012; Carrier & Bouffard, 2006; Lepage & Schoonbroodt, 2005; Therrien, 2011; Vanier & Toussaint-Lachance, 2009). Il devient alors pertinent de s'intéresser à l'expérience des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité concernant leur suivi prénatal infirmier en soins de première ligne⁵.

⁵ Le suivi prénatal infirmier en soins de première ligne sera par la suite désigné suivi prénatal infirmier afin d'alléger la lecture de la thèse.

Une meilleure compréhension de leur expérience permettra d'identifier des pistes d'interventions infirmières pour favoriser un suivi prénatal adapté à ces femmes et améliorer le suivi prénatal. Ainsi, les infirmières et infirmiers pourraient contribuer à une expérience davantage positive du suivi prénatal infirmier des femmes en contextes de vulnérabilité (Nakamura, 2010) et, par conséquent, favoriser leur utilisation des services prénataux (Slaughter-Acey et al., 2019). Une utilisation adéquate du suivi prénatal infirmier contribue à des résultats de santé favorables tant pour les femmes enceintes que pour leur fœtus (Durand & Harvey, 2015; OMS, 2017).

CHAPITRE 2 – RECENSION DES ÉCRITS

Dans ce chapitre, une revue systématique de type synthèse thématique qualitative sur l’expérience des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité de leur suivi prénatal infirmier en soins de première ligne publiée sous forme d’un article fait office de recension des écrits. En complément à cet article, l’annexe 1 (Annexe 1 – Exemple de la grille d’extraction des données en fonction du *SRQR*]) présente la grille d’extraction des caractéristiques des études incluses. La deuxième section de ce chapitre présente les conclusions de l’article permettant d’orienter l’objectif général de l’étude.

2.1 Synthèse thématique de la littérature (article 1)

Titre de l’article : *The prenatal primary nursing care experience of pregnant women in contexts of vulnerability : A systematic review with thematic synthesis*

Titre court de l’article : *Experience of pregnant women in contexts of vulnerability*

Autrices de l’article : Émilie Hudon, Catherine Hudon, Maud-Christine Chouinard, Sarah Lafontaine, Louise-Catherine de Jordy et Édith Ellefsen. Les co-autrices ont donné leur autorisation à ce que l’article soit intégré à la thèse.

Statut de l’article : L’article a été soumis à la revue *Advances in Nursing Science* le 18 septembre 2021 et des modifications ont été demandées le 22 novembre 2021. Une version corrigée a été soumise à nouveau le 30 janvier 2022. L’article a finalement été accepté le 10 février 2022 et rendu disponible en libre accès sur le site officiel de la revue le 11 avril 2022. La référence complète est la suivante :

Hudon, É., Hudon, C., Chouinard, M.C, Lafontaine, S., de Jordy, L.C., & Ellefsen, É. (2022). The prenatal primary nursing care experience of pregnant women in contexts of vulnerability: A systematic review with thematic synthesis. *Advances in Nursing Science*, 45(3). P. 274-290. 10.1097/ANS.0000000000000419.

L'autorisation de reproduction dans la thèse de doctorat a été demandée à l'éditeur en chef de la revue *Advances in Nursing Science*, Mme Peggy Chinn. Cette autorisation a été obtenue le 17 février 2022.

Contribution détaillée : L'étudiante-chercheuse a participé activement à toutes les étapes de cette revue systématique. Elle a élaboré la stratégie de recherche en collaboration avec deux spécialistes de l'information. Elle a procédé à la sélection des articles en fonction des critères de sélection déterminés avec l'équipe de direction composée de Catherine Hudon, Maud-Christine Chouinard et Édith Ellefsen. Afin d'assurer un processus indépendant et rigoureux de sélection des articles, Sarah-Lafontaine a contribué au processus. L'étudiante-chercheuse a ensuite fait l'extraction des données, puis l'analyse et l'interprétation de celles-ci. Édith Ellefsen et Louise-Catherine de Jordy ont également contribué à l'extraction, à l'analyse et à l'interprétation des données afin d'assurer la rigueur du processus. L'étudiante-chercheuse et l'équipe de direction sont parvenues à un consensus sur l'interprétation des données à la lumière des résultats obtenus. L'étudiante-chercheuse a rédigé l'article en anglais, puis l'a révisé à la lumière des commentaires de l'équipe de direction, de Sarah Lafontaine et de Louise-Catherine de Jordy. Tout le processus de soumission et de révision à la suite des commentaires des réviseurs a été réalisé par l'étudiante-chercheuse sous la supervision de l'équipe de direction.

2.1.1 Résumé en français de l'article 1

Les contextes de vulnérabilités sont diversifiés et couvrent un large éventail de situations où les femmes enceintes sont susceptibles de subir des menaces ou des disparités. Les infirmières et infirmiers doivent tenir compte des circonstances particulières des femmes en contextes de vulnérabilité. Nous avons mené une synthèse thématique qualitative afin de décrire l'expérience de ces femmes concernant leur suivi prénatal infirmier en soins de première ligne. Nous avons constaté que l'expérience des femmes est façonnée par les soins prénataux. La réponse aux attentes et aux besoins des femmes guidera leur décision quant à l'utilisation des soins prénataux. Nous proposons un modèle théorique pour guider la pratique infirmière, en promouvant une approche de soins centrée sur la personne.

Mots clés : Femmes enceintes, contextes de vulnérabilité, soins prénataux, soins infirmiers, expérience, revue systématique.

2.1.2 Résumé en anglais de l'article 1

The contexts of vulnerability are diversified and cover a wide range of situations where pregnant women are likely to experience threats or disparities. Nurses should consider the particular circumstances of women in contexts of vulnerability. We used a qualitative thematic synthesis to describe the experience of these women regarding their prenatal primary nursing care. We identified that the women's experience is shaped by the prenatal care. The fulfillment of their needs and expectations will guide their decision regarding the utilization of their prenatal care. We propose a theoretical model to guide nurses, promoting person-centered delivery of prenatal care.

Keywords: Contexts of vulnerability, experience, nursing, pregnant women, prenatal care, systematic review.

2.1.3 Statements of significance

What is known, or assumed to be true, about this topic:

During prenatal care, clinicians, including nurses, should adapt their interventions according to the clientele they are following. However, no guidelines and few studies have investigated the experience of pregnant women in contexts of vulnerability. Some literature reviews are available on the subject, but they are not specific to this population, to the prenatal period, or to pregnant women's perspectives.

What this article adds:

This article documents that the experience of pregnant women in contexts of vulnerability is shaped by the development of a quality nurse-woman relationship, the consideration of her vulnerability contexts, adequate information and support, and by the accessibility, organization, and continuity of prenatal primary nursing care. By considering women's needs and expectations, nurses could positively influence the experience of care and, consequently, foster the utilization of prenatal care. The theoretical model will help nurses and nursing educators to understand the interaction between the nurse and the pregnant woman in contexts of vulnerability. This model contributes to the development of knowledge within the nursing discipline. Also, this model will guide nurses in identifying new research questions, such as the characteristics of a quality nurse-woman relationship or the experience of pregnant women's particular contexts.

The prenatal primary nursing care experience of pregnant women in contexts of vulnerability: A Systematic review with thematic synthesis

Shortened title: Experience of pregnant women in contexts of vulnerability

2.1.4 *Background*

During the prenatal period, women receive nursing care through primary care services.¹ Primary care is integrated, accessible, and accountable for addressing a large majority of personal health care needs, enabling the development of a sustained partnership with pregnant women.² Prenatal care may contribute to optimizing pregnancy and birth outcomes.³ Nurses play a key role by improving women's access to prenatal care,³ increasing the application of recommendations during pregnancy and the use of prenatal care.¹

However, pregnant women in certain contexts may underuse such prenatal care.^{4, 5} It is the case for women living in rural areas,^{4, 6} who are younger than 19 years,^{4, 7} benefit from government financial support or have low income,⁶⁻⁸ are single parents,^{4, 7} are socially isolated,⁴ have a low level of education,^{4, 6-8} or are immigrants.⁷ These contexts put women at risk of adopting less healthy behaviors (i.e., prenatal smoking, alcohol, and/or illicit drug use),⁴ or experiencing pregnancy complications (i.e., multiple birth, hypertensive disorders, antepartum hemorrhage, diabetes, and prenatal psychological distress).⁴ All of these contexts combined with determinants of health engender vulnerability according to the World Health Organization (WHO) Commission of Social Determinants of Health (CSDH) conceptual framework.⁹ Contexts of vulnerability put women at risk of inequities, such as low access to health care or discrimination.^{9, 10}

Contexts of vulnerability is an evolutive^{11, 12} and complex concept, given the multitude and variability of situations.^{11, 13} Scheele et al¹³ provide a broader definition, stating that a woman in contexts of vulnerability is “a woman who is threatened by physical, psychological, cognitive and/or social risk factors in combination with lack of adequate support and/or adequate coping skills”, putting her at risk of marginalization, exclusion, and inequity.^{14(p.4)}

The WHO¹⁵ emphasizes the importance of a positive experience during pregnancy. However, contexts of vulnerability can affect women's experience.¹⁶ Nurses' attitudes are among the various factors influencing women's prenatal care experience.¹⁷ For instance, the nurses' respect of women's beliefs, the quality of support nurses provide, whether or not they include the woman in her health care decisions, will influence women's experience.¹⁸ The relationship nurses develop with these women will also impact their experience of prenatal care.^{18, 19} Van den Berg et al²⁰ outlined the importance of "being treated as an individual person experiencing a significant life event rather than a common condition"(p. 113).

Although many studies have described the experience of women in different contexts of vulnerability, no currently available review synthesizes this experience to provide a global perspective. This would be helpful to nurses working with this clientele, who may be living with a wide range of vulnerability contexts.²¹ To this end, we aimed to systematically review the literature to describe the prenatal primary nursing care (hereafter prenatal care) experience of pregnant women in contexts of vulnerability (hereafter women).

2.1.5 Methods

We conducted a systematic review with thematic synthesis of qualitative studies, following the Thomas and Harden method.²² This article is presented according to the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA).²³

Stage 1: Searching articles

We worked with 2 information specialists to develop search strategies in the Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), EmCare, MEDLINE, and PsycINFO bibliographic databases. We limited our search to English or French articles published between 1995 and 2020. The strategies included terms related to "pregnancy", "nursing," and "experience" (see Supplement Digital Content 1). Terms related to vulnerability were not included in the search strategies. To ensure that we covered all contexts of vulnerability, they were considered in the inclusion criteria. To be included, articles had to (1) document the primary care registered nurses' (RNs) role during prenatal care, including phone care, clinics, and community sites, (2) describe the prenatal nursing

care experience of pregnant women in contexts of vulnerability, and (3) use qualitative or mixed methods.

We operationalized the vulnerability context inspired by the CSDH conceptual framework as one in which a woman is likely to experience threats or disparities, because of either individual or environmental contexts. Individual contexts include physical/biological/behavioral (e.g., health condition, pregnancy complications, tobacco use), psychological (e.g., mental illness), cognitive (e.g., cognitive disease), and/or social (e.g., low income or unemployment, cultural and linguistic barriers, sexual and gender orientation minority, low level of education or health literacy) factors.^{10, 11, 13, 24} Environmental contexts include the lack of access to primary care, geographic area (i.e., living in rural area), air pollution or unsafe streets.^{11, 13, 24}

We excluded studies that were (1) exclusive to fecundation, delivery or the postnatal period, (2) about miscarriage, abortion, or perinatal loss because these situations may influence women's experience of prenatal care,²⁵ (3) conducted in hospital settings, (4) unclear about nurses' follow-up in primary care, and (5) using only quantitative methods because this study used a thematic synthesis of qualitative results.

We also examined the reference lists of included articles for other relevant articles (hand searching). One author conducted the first screening using titles and abstracts of the retrieved records. Two authors independently screened the selected full-text articles. A third author helped to resolve disagreements, as needed.

Stage 2: Assessing quality

We used the *Standards for Reporting Qualitative Research* (SRQR),²⁶ a 21-item checklist including items regarding study rationale and context. Two authors independently evaluated each article, indicating the presence (line and page number) or absence of each SRQR item and then met to compare their results and finalize their assessment of the studies' methodological quality. We considered articles lacking detail about the justification of qualitative approach/paradigms, contexts, sampling strategies, data collection methods, data

analysis, and enhance trustworthiness to be of low quality. As recommended by Thomas and Harden,²² we did not exclude low-quality studies but rather conducted a sensitivity analysis to examine their contribution to the thematic synthesis.

Stage 3: Extracting data

We extracted the following information: authors, year of publication, study purpose and design, country, contexts of vulnerability, and sample size. We also extracted qualitative results to perform the thematic synthesis.

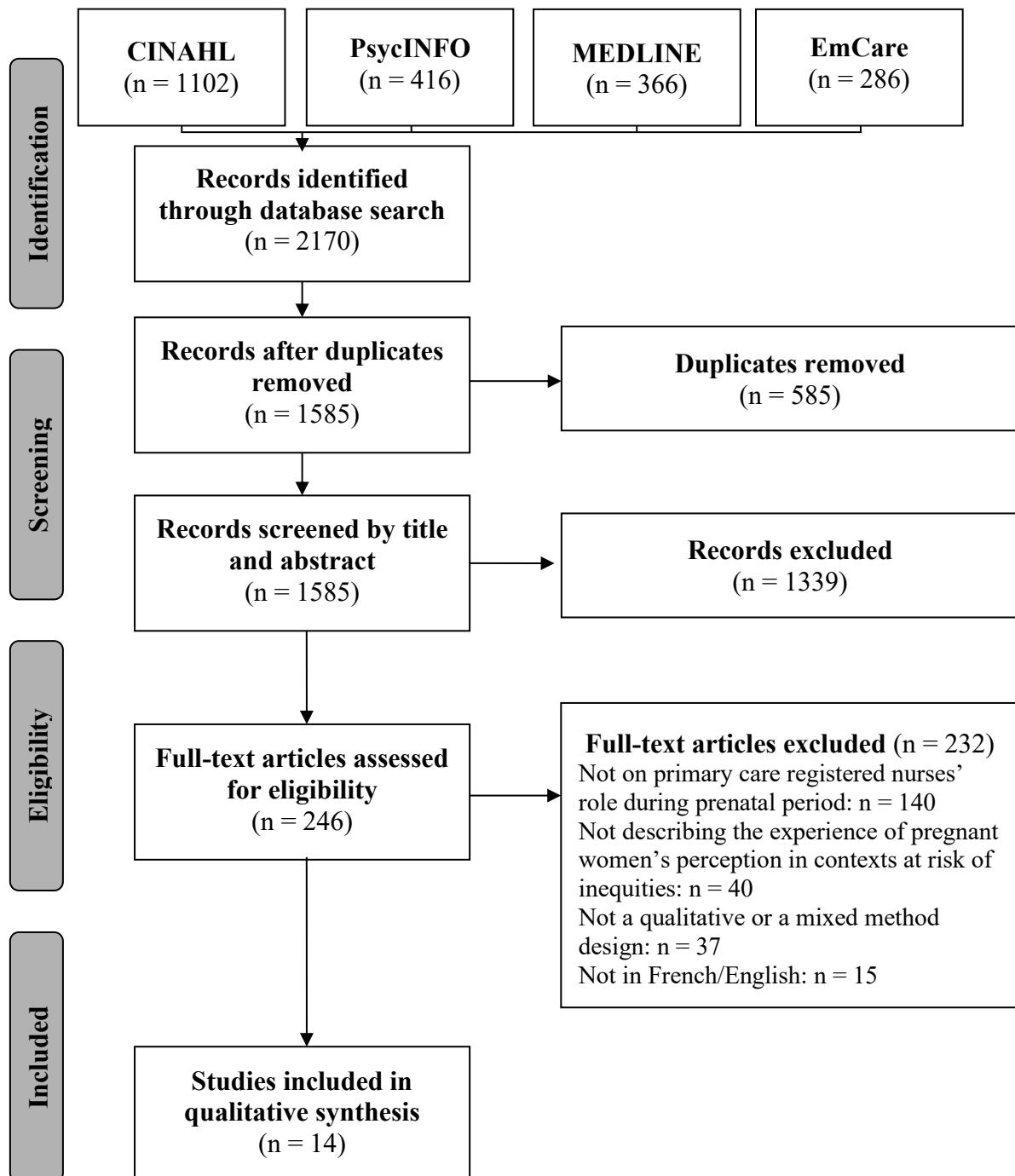
Stage 4: Conducting a thematic synthesis

Two authors independently performed thematic line-by-line coding of the results of each article²² following an iterative process.²⁷ The first author reviewed codes to formulate descriptive themes to describe the prenatal care experience. We grouped descriptive themes into analytical themes by authors, corresponding to our interpretation to “go beyond”²² the findings. We used researcher triangulation and peer debriefing to ensure the dependability and credibility of results.²⁷

2.1.6 Results

Search results and study characteristics

We retrieved 1585 unique records, 14 of which met our inclusion criteria and were included in the synthesis, as showed in Figure 1. These 14 studies (Table 1), published between 1995 and 2019, used qualitative designs except one,²⁸ which used mixed methods. The studies were conducted in the United States (n = 5), Canada (n = 4), Brazil (n = 3), Ghana (n = 1), and South Africa (n = 1). They addressed a variety of contexts of vulnerability, namely physical/biological/behavioral (i.e., transmitted diseases, deaf condition, pregnancy complications) (n = 6),²⁹⁻³⁴ social (i.e., low income) (n = 6),^{29, 33-37} cultural and linguistic barriers (n = 5),^{33, 35, 38-40} sexual and gender orientation minority (n = 1),⁴¹ low level of education or health literacy (n = 2),^{28, 40} weak social networks (n = 4)^{31-33, 39} and environmental contexts (i.e., living in a rural area) (n = 3).^{28, 40, 41} Sample size ranged from 4 to 27 participants.

Figure 1.*PRISMA Flowchart*

Legend Figure 1. Abbreviation: CINAHL, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature.

Table 1.
Study characteristics

First Author (Publication Year)	Study Purpose	Study Design	Country	Contexts of Vulnerability	Sample Size, n
Berry (1999) ³⁸	Describe and explain the meanings, expressions, and experiences of generic and professional care during pregnancy of Mexican American women in their home and prenatal clinic contexts.	Exploratory descriptive	United States	Mexican American pregnant women	16
Blackford (2000) ²⁹	Describe how prenatal nurse educators are well prepared to meet the learning needs of mothers with disabilities.	Exploratory descriptive	Canada	Pregnant women with chronic conditions/ disabilities and low income	8
Burns (2019) ³⁹	Gain a more comprehensive understanding of Mi'kmaq women's experiences accessing prenatal care.	Feminist participatory action research	Canada	Mi'kmaq pregnant women socially isolated in rural context	4
Cricco-Lizza (2006) ³⁵	Describe low-income Black non-Hispanic women's perspectives about the promotion of infant-feeding methods by nurses and physicians.	Ethnographic	United States	Black non-Hispanic pregnant women with low income	11
De Andrade Costa (2018) ³⁰	Identify the perceptions of deaf women regarding nursing care during pregnancy, childbirth and postpartum.	Exploratory descriptive	Brazil	Deaf pregnant women	9
Fernandes Demarchi (2017) ³⁶	Investigate pregnant women's and primiparous mothers' perceptions of maternity.	Exploratory descriptive	Brazil	Primiparous pregnant women with low income	11
Hubbard (2008) ³¹	Explore the experiences of deaf women receiving perinatal care and suggest implications for nursing practice within the QSEN framework.	Descriptive qualitative	United States	Deaf pregnant women	5

First Author (Publication Year)	Study Purpose	Study Design	Country	Contexts of Vulnerability	Sample Size, n
Omar (1995) ³⁴	Describe pregnant women's perceptions regarding their expectations of and their satisfaction with prenatal care.	Exploratory	United States	At-risk pregnant women with low income	22
Pretorius (2004) ³²	Explore and describe the perceptions of the pregnant women regarding ANHSU.	Mixed methods	South Africa	Pregnant women in rural context	14
Sanders (2008)	Explore the meaning of pregnancy after diagnosis with HIV.	Phenomenological	United States	Pregnant women with HIV	9
Searle (2017) ⁴¹	Examine structural marginalization within perinatal care relationships provides insights into the impact of dominant models of care on queer birthing women.	Feminist interpretative phenomenological	Canada	Queer pregnant women in a rural context	13
Teixeira (2013) ³⁷	Examine the perceptions of primiparae on the guidance received in prenatal care regarding breastfeeding.	Descriptive qualitative	Brazil	Primiparous pregnant women with low income	10
Whitty-Rogers (2016) ³³	Explore and gain insight into the experiences of Mi'kmaq women with GDM in 2 First Nations communities and explore how these experiences have been shaped by a variety of SDOH and existing health policies.	Participatory action research	Canada	Mi'kmaq pregnant women with gestational diabetes and low income	9
Yakong (2010) ⁴⁰	Describe rural women's perspectives of their experiences seeking reproductive care from nurses.	Ethnographic	Ghana	Pregnant women in rural context with linguistic barriers	27

Legend Table 1. Abbreviations: ANHSU, antenatal health service utilization; GDM, gestational diabetes mellitus; HIV, human immunodeficiency virus; SDOH, social determinants of health; QSEN, quality of safety education for nurses, Queer, member of the lesbian, gay, bisexual, queer, pansexual and two spirit (LGBQP2S) communities.⁴¹

Prenatal primary nursing care experience of pregnant women in contexts of vulnerability

The experience of these women was shaped by the prenatal care provided (Theme 1). Women had needs and expectations throughout their pregnancy, influencing their experience (Theme 2). Their experience and the fulfillment of their needs and expectations modulated their decision regarding their prenatal care (Theme 3). These 3 themes are described below with examples of adequate and inadequate prenatal care.

Women's experience is shaped by the prenatal care. The experience of prenatal care was shaped by 4 subthemes: quality of the relationship with the nurse; consideration of their contexts; quality of the information and support; and accessibility, organization, and continuity of prenatal care. Detailed examples and quotes are provided in Table 2.

Quality of the nurse-woman relationship. Women described a quality relationship with their prenatal care nurse as one where the nurse respected, accepted and listened to them, and treated them with dignity and humanity and without judgment.^{29, 33, 35, 36, 38, 40} As described by one woman, if “the nurse will speak respectfully to you, [...] you will be happy”.^{40(p.2435)}

Lack of humanistic care or disrespect could hamper the relationship.^{33, 40} Women perceived disrespect when nurses were not open to hearing what they had to say, provided depersonalized services, did not respect confidentiality, stigmatized them, treated them like a “child”, lost patience with them, or were verbally or physically abusive.^{29, 30, 32-35, 40}

Consideration of women's contexts. Some nurses considered women's vulnerability contexts and others did not. A woman mentioned that the nurse understood her financial constraints and showed consideration by giving her free vitamin samples.²⁹ Other studies provided examples of how not accounting women's contexts may generate a negative experience.^{30, 41} For instance, a queer woman expressed the difficulty navigating a system less inclusive, given a heteronormative approach: “I felt a little disempowered and had to struggle a little bit with that, and tell myself that it was okay to ask questions or to say no or to... You know, I felt a little bit at the mercy of the medical system”.^{41(p.3851)}

Quality of information and support. According to women, information should be sufficient,^{29, 30, 34, 39} unbiased, and consistent³² and should cover prenatal care, pregnancy, delivery, postpartum, parenthood, and breastfeeding. Yet, many women expressed that the information they received was insufficient,^{29, 30, 34-40} redundant,³⁶ inconsistent,^{34, 35} or unclear.³¹ With respect to support, women appreciated when nurses provided information or facilitated navigation through the healthcare system.^{32-34, 36, 39}

Accessibility, organization, and continuity of prenatal care. Accessibility to health care varied from one study to another as well as among women in the same studies. It included accessibility to nursing follow-up,³⁶ to an interpreter for women with a hearing impairment or a different mother tongue,^{30, 31, 38} and to early prenatal care.³⁸ Some organizational factors such as long wait times,^{28, 34, 40} rigid schedules,³⁴ legal and bureaucratic constraints, especially for immigrants,³⁸ and limited privacy⁴⁰ influenced women's experience negatively. Women also identified transportation constraints,⁴⁰ and limited choice of care settings.³³ Having the same nurse⁴⁰ or the same interpreter³¹ throughout the prenatal care helped to improve continuity of services according to women and contributed to a positive experience (Table 2).

Table 2.

Examples of woman's experience is shaped by the prenatal primary nursing care

Subthemes	Examples	Quotes
Quality nurse-woman relationship	Quality relationship	“I talked to the nurse and she was honest with me ... but nice about it and gave me some ideas.” ^{34(p.136)}
	Nurse does not respect the confidentiality	“I really had a good relationship with our nurse.” ^{33(p.194)}
		“[Pregnant woman] found out that this nurse in office actually spread it, I [pregnant woman] probably could have gotten her in trouble, she [the nurse] spread it to everybody. Everybody was looking at [pregnant woman] so strange.” ^{32(p.52)}

Subthemes	Examples	Quotes
	Nurse stigmatizes women	Pregnant women with HIV condition expressed that: "I feel like I'm a piece of [expletive deleted]. [...] That hurts. Just the way they look at you. [...] They are professional people. You come to them for help. They should not tear you down like that." ^{32(p.51)}
	Nurse infantilizes women	"[The nurse] said why is it that I did not come to the clinic till six months to tell her that I am pregnant. Was she the one who impregnated me?" ^{40(p.2435)}
	Nurse loses patience with women	"The frustration related to extra time took to speak to pregnant women with deaf condition causes nurses to tend to be impatient and to use exaggerated facial expressions or lip movement." ^{31(p.132)}
	Nurse is verbally or physically abusive with women	"They bully and mistreat us" ^{28(p.78)} "Nurses yell at you" ^{40(p.2435)}
Consideration of the women's contexts	Physical/biological/behavioral (living with a disease/ condition)	"Priscilla, a mother with diabetes, and Coreen, who has systemic lupus erythematosus, reported that they were given no alternative suggestions for addressing these concerns such as increased exercise, hydration, nutrition or rest." ^{29(p.901)}
	Cultural and linguistic barriers	"When I call, they speak English. I ask for a Spanish person, and they say wait; then they hang up the telephone." ^{38(p.208)}
	Low income	The women knew that when they received a diagnosis of gestational diabetes mellitus, they had to follow a healthy diet, but for some, it presented a challenge because they did not have easy access to grocery stores and/or because they did not have the financial resources to buy food, let alone healthy food. ^{33(p.191)}
	Low level of education or health literacy	"Clinic walls were decorated with posters and pictures containing information about contraceptives and immunizations, these forms of information dissemination had little impact because the majority of women were not educated and had limited literacy." ^{40(p.2436)}
	Weak social networks	A pregnant woman identified that inadequate communication with her partner is caused by a lack of education by nurses: "If he would have had the proper training or instructions he would have been able to [help], but he wasn't aware of what to look for." ^{29(p.902)}

Subthemes	Examples	Quotes
	Sexual and gender orientation minority	“I’m queer, I have a female body partner, and you told me not to have sex before the pap test. What do you mean by that? Why?” And they were like, ‘Oh, no, it’s just sperm.’ And I was like, ‘Well, then use a different word. Use different languages. Use different languages because my partner just wouldn’t have sex with me.” ^{41(p.3582)}
Quality of information and support	Adequate information	“At the clinic the nurse gave the lecture once a month.” ^{37(p.181)}
	Inadequate information	“All the information I got is real good... And you know she [the nurse] gave me pictures of how to do it and stuff like that.” ^{35(p.176)}
	Adequate support	“I don’t know... I didn’t really get a gist of like... What exactly was going on. Or what they were saying. [She] indicated that she was not properly educated during her prenatal check-up appointments.” ^{42(p.151)}
	Inadequate support	“I have never been oriented in my prenatal, only when I came [to the hospital that] I knew I should breastfeed until six months.” ^{37(p.182)}
		Anna mentioned that “the nurses here supported me to get prenatal care.” She values the nurses at the Health Centre, as indicated by how the support made her feel [...] really good knowing that [she] wasn’t alone trying to figure it all out on [her] own, cause when [she] first became a mother [she] was only 16.” ^{39(p.150)}
		“During prenatal care I was not oriented, the nurse only said it was important, but here in the hospital someone gave a lecture and I learned its true importance.” ^{37(p.182)}
Accessibility, organization, and continuity of prenatal care	Accessibility of care	“I see a nurse every time I have my prenatal visits.” ^{34(p.136)}
	Same nurse or interpreter throughout the prenatal care	“She [the interpreter] knows my signing style so it’s better to just have the same interpreter.” ^{31(p.131)}
	Limited services	“It would be good if at least one team professional knew how to talk to us [...]. Nurses stay longer, so they should be trained.” ^{30(p.128)}
	Long wait times	“I have never had contact with the [Estratégia de Saúde da Família] nurse.” ^{30(p.126)}
		“It took a long time before they got me in, 4, 5, 6 weeks.” ^{34(p.138)}

Subthemes	Examples	Quotes
Legal and bureaucratic constraints		For immigrant contexts by Mexican women having received care in the United States: “here there is so much paperwork”; “I put the papers in the box, and they lost them”; and “something’s wrong with the papers”, “One barrier to prenatal care in this study was the lack of understanding of the legal, political, and bureaucratic processes to access the health care system.” ^{38(p.209)}
Limited privacy		“As for that place (reception area), everybody is sitting there and looking at each other. You cannot talk about all your concerns. The kind of sickness that brought you there, you cannot say it before other people. [...] You feel that they are listening.” ^{40(p.2437)}
Frequent change of healthcare providers		Pregnant women expressed that “they had too many different providers, resulting in the providers not knowing them personally”, so they have to “tell their story” with every healthcare providers. ^{34(p.137)}
Transportation		“It’s hard to go to the appointments. I have to take a bus. I get dizzy, so I have to get off and wait. Then I take another bus, and I have to walk my girl to school. If my daughter is slow, I miss the bus. The next bus doesn’t transfer, so I have to walk to the clinic. So then, it takes me an hour.” ^{38(p.290)}
Limited choice of care settings		Pregnant women in rural regions expressed that they want to: “Have more mobile clinics.” ^{28(p.78)} For some pregnant woman “the clinic is too far to walk, and they stay at home.” ^{28(p.78)}

Legend Table 2. Abbreviations: HIV: human immunodeficiency virus.

Fulfillment of women’s needs and expectations guides their decision regarding prenatal care. Several factors influenced the needs and expectations of women at the beginning of their prenatal nursing care, previous experience being one of them. For example, when referring to the accessibility of healthcare, one woman said: “I expected to be seen sooner than that.”^{34(p.138)} The women’s context of vulnerability such as living with a deaf condition or having a particular situation³⁶ also influenced their needs and expectations.

Fulfillment of their needs and expectations positively impacted their prenatal care experience. For example, a woman said she liked her prenatal care because the nurse “asks [her] how [she is] doing and if [she has] any questions, is there anything [she wants] to know.^{34(p.136)} Another reported feeling less anxious after receiving the support she needed.³² In contrast, unfulfilled needs and expectations may generate negative feelings. For instance, a primiparous woman said she “was frustrated enough, [she] expected more [...]” Information.^{36(p.2670)}

Women’s decision regarding their prenatal care. In situations where women felt their needs and expectations not being met, they made one of 3 decisions. They may choose to continue the prenatal care, as illustrated by a woman living with chronic conditions who preferred not to express her worries, in order to continue prenatal group sessions.²⁹ They may choose to find alternatives to prenatal care, such as requesting a different prenatal care nurse,^{38, 40} changing clinics,^{32, 40} or finding solutions to compensate for their unmet needs and expectations.^{31, 33} Finally, some women may choose to cease their prenatal care.^{28, 32, 33} The reasons for a modification or a cessation of prenatal care highlighted in all articles were often related to the quality of the relationship with the nurse.³³

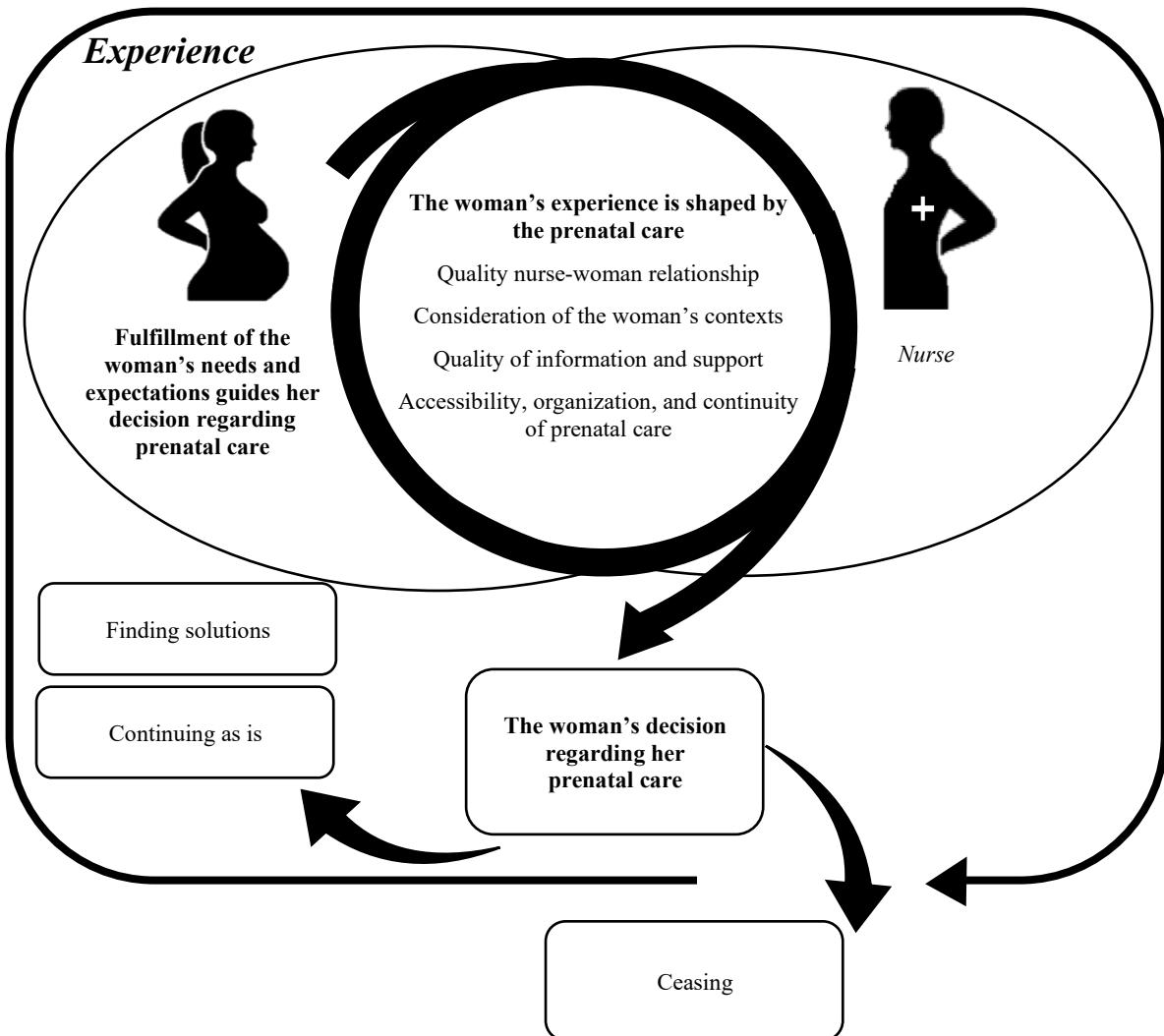
Thematic synthesis

Together, the themes and subthemes represent the prenatal care experience of women in contexts of vulnerability. All results are presented as a theoretical model in Figure 2.

Their experience is influenced by the quality of the relationship with nurses, consideration of their context and situation, adequate information and support, and accessibility, organization, and continuity of prenatal care. Women express needs or expectations through their prenatal care. The fulfillment, or not, of their needs and expectations influences their decision about further use of prenatal care. Some women experience disappointing prenatal care, so they find solutions to fulfill their needs and expectations. Others cease prenatal care and “[leave] the system”, which compromised continuity of prenatal care. This quote summarizes the entire situation: “For two years I moved from place to place. If I trust you, I will stay with you.”^{32(p.52)}

Figure 2.

Prenatal primary nursing care experience of pregnant women in contexts of vulnerability



Legend Figure 2. The arrows indicate the interaction between themes.

Quality assessment and sensitivity analysis

The results of the quality assessment of each study are presented in Table 3. The SRQR criteria regarding research paradigm ($n = 9$), ways to enhance trustworthiness ($n = 8$), conflicts of interest ($n = 11$), and researcher characteristics ($n = 8$) were frequently missing in the included studies. In one study,³⁷ several criteria were either insufficiently described or not described at all. This study brought only one theme (Table 4) to the synthesis. In contrast, studies assessed as high quality according to the SRQR^{32, 33, 38, 40} identified 3 themes and 7 subthemes. All themes and subthemes were present in more than one study.

Table 3.
Quality assessment of included studies using the SRQR^a

SRQR Items	First Author (Publication Year)
1. Title	Berry (1999) ³⁸
2. Abstract	Blackford (2000) ²⁹
3. Problem formulation	Burns (2019) ³⁹
4. Purpose/research question	Cricco-Lizza (2006) ³⁵
5. Qualitative approach/ research paradigm ^b	De Andrade Costa (2018) ³⁰
6. Researcher characteristics	Fernandes (2017) ³⁶
7. Context ^b	Hubbard (2008) ³¹
8. Sampling strategy ^b	Omar (1995) ³⁴
9. Ethical issues	Pretorius (2004) ²⁸
10. Data collection methods ^b	Sanders (2008) ³²
11. Data collection instruments	Searle (2017) ⁴¹
12. Units of study	Teixeira (2013) ³⁷
13. Data processing	Whitty-Rogers (2016) ³³
14. Data analysis ^b	Yakong (2010) ⁴⁰
15. Enhance trustworthiness ^b	
16. Synthesis and interpretation	
17. Links to empirical data	
18. Prior work/ implications/ transferability/ contributions	
19. Limitations	
20. Conflicts of interest	
21. Funding	

Legend Table 3. Abbreviation: SRQR, Standards for Reporting Qualitative Research

^aThe letter “x” indicates presence of SRQR item. The blank space indicates that SRQR items are not present in the article.

^bElements related to study rationale or justification of methodological decisions.

Table 4.*Sensitivity analysis*

	First Author (Publication Year)										
Themes and Subthemes											
About Prenatal Primary Nursing Care Experience of Pregnant Women in Contexts of Vulnerability											
Berry (1999) ³⁸											
Blackford (2000) ²⁹											
Burns (2019) ³⁹											
Cricco-Lizza (2006) ³⁵											
De Andrade Costa (2018) ³⁰											
Fernandes (2017) ³⁶											
Hubbard (2008) ³¹											
Omar (1995) ³⁴											
Pretorius (2004) ²⁸											
Sanders (2008) ³²											
Searle (2017) ⁴¹											
Teixeira (2013) ³⁷											
Whitty-Rogers (2016) ³³											
Yakong (2010) ⁴⁰											
Women’s experience is shaped by the prenatal care	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Quality of the nurse-woman relationship	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X
Respectful humanistic care	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X
Consideration of the women’s contexts	X	X		X	X		X	X	X	X	X
Physical/biological		X			X		X		X		
Cultural and linguistic barriers		X								X	X
Low income		X			X				X		X
Low level of education/ health literacy									X		X
Weak social networks								X			
Sexual and gender orientation minority										X	
Quality of information and support	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Enough information	X	X	X	X	X	X		X		X	X
Consistent, reliable information		X	X					X	X		
Redundant information							X				
Clear information								X			

	First Author (Publication Year)													
Themes and Subthemes About Prenatal Primary Nursing Care Experience of Pregnant Women in Contexts of Vulnerability	Berry (1999) ³⁸	Blackford (2000) ²⁹	Burns (2019) ³⁹	Cricco-Lizza (2006) ³⁵	De Andrade Costa (2018) ³⁰	Fernandes (2017) ³⁶	Hubbard (2008) ³¹	Omar (1995) ³⁴	Pretorius (2004) ²⁸	Sanders (2008) ³²	Searle (2017) ⁴¹	Teixeira (2013) ³⁷	Whitty-Rogers (2016) ³³	Yakong (2010) ⁴⁰
Nurses' adequate support	X	X	X		X	X	X	X	X		X			
Accessibility, organization, and continuity of prenatal care	X	X		X	X	X	X	X			X	X		
Organizational factor	X	X		X	X	X	X	X			X			
Transportation constraints	X	X						X			X			
Fulfillment of the women's needs and expectations guides their decision regarding prenatal care	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X		
Women's decision regarding their prenatal care	X	X			X	X	X	X			X	X		
Continuing as is		X		X		X		X			X	X		
Finding solutions	X			X		X		X			X	X		
Ceasing							X	X			X	X		

Legend Table 4. ^aThe letter "X" indicates that themes and sub-themes are present in the article. The blank space indicates that they are not present.

2.1.7 Discussion

The quality of the nurse-woman relationship is an important focal point of the prenatal care experience. A positive experience of relationships reinforces the desire to continue follow-up, whereas a negative experience of the relationship appears to incite women to consult other resources.^{17, 19} Another study⁴² found that nurses' negative attitudes were an important cause of non-utilization of healthcare services.

The quality of the relationship with nurses and the consideration of their own context of vulnerability are key aspects of person-centered care. Person-centered nursing care, in opposition to task-oriented care,⁴³ encourages interactions and helps to develop trust. In addition, person-centered care focuses on needs and expectations.⁴⁴ As women's needs and expectations evolve over time, they have to be reassessed regularly.

The studies included in this review reported mainly negative experiences. Another systematic review specific to Muslim women,⁴⁵ highlighted similar results regarding women having experienced poor maternity care during the prenatal to postnatal periods. Indeed, it can be more challenging for nurses to provide care to women in some contexts of vulnerability.⁴⁶

Clinical implications

It is essential that nurses take a woman's context into account when providing prenatal care. As documented by our work and by Briscoe et al.,¹¹ nurses make an important contribution to a positive experience. Providing woman-centered prenatal care based on her contexts of vulnerability is a way to ensure equity and social justice, which are foundations of nursing practice.¹⁰

Prenatal nursing care also need to be based on women's needs and expectations. To this end, nurses should give women the opportunity to express their concerns, needs and expectations, and to pose questions. With regard to the quality of nurse-women relationships, nurses should provide person-centered care with respect and without judgment. In addition, nurses could offer support by accompanying women or by integrating family members in their prenatal care.

Research implications

Future studies should investigate how nurses operationalize their role to promote positive prenatal care experiences for women in contexts of vulnerability. One strategy could be to better understand the woman-nurse relationship and its influence on the utilization of prenatal care. The gender of the nurse was scarcely explored in included articles. It would be interesting to look at its influence on the relationship. It would also be valuable to investigate specific contexts of vulnerability, including pregnant women with chronic conditions or pregnant women of lesbian, gay, bisexual, queer, pansexual and two spirit (LGBQP2S) community.

Limitations

Other healthcare providers contribute to prenatal care. This study focused on nursing care, but studies could include other professionals, such as physicians, midwives and gynecologists.^{18, 19, 47, 48} The low articles included and the limited diversity of vulnerability contexts found in these articles support the need to validate the generated theoretical model through subsequent research. Other contexts (i.e., cognitive or psychological) and situations (i.e., domestic violence, victims of sexual assault, or legal problems) may deserve further attention and some settings, such as prenatal classes, have scarcely been addressed. We do not purport our results to be transferable to other contexts of care, such as hospital and postnatal care settings.

2.1.8 Conclusion

This article proposes a theoretical model to be used by nurses to describe the experience of pregnant women in contexts of vulnerability. To promote a positive experience of prenatal care, nurses should fulfill pregnant women's needs and expectations and favorized a quality relationship, accounting for their contexts when providing care, providing quality information and support, and ensuring the accessibility, organization, and continuity of prenatal care. In so doing, nurses can help to ensure women in contexts of vulnerability foster utilization of prenatal care and reap its benefits.

References

1. World Health Organization. Sexual and reproductive health: New guidelines on antenatal care for a positive pregnancy experience. Available at: <https://www.who.int/reproductivehealth/news/antenatal-care/en/>. Accessed August 27, 2021.
2. Institute of Medicine (IOM), Donaldson M, Yordy K, Vanselow N. Part 3: The new definition and an explanation of terms. *Defining primary care: An interim report*. Washington: National Academies; 1994:15-32.
3. Dawson A, Nkowane A, Whelan A. Approaches to improving the contribution of the nursing and midwifery workforce to increasing universal access to primary health care for vulnerable populations: A systematic review. *Hum Resour Health*. Vol 13; 2015: 97.
4. Heaman MI, Martens PJ, Brownell MD, et al. Inequities in utilization of prenatal care: A population-based study in the Canadian province of Manitoba. *BMC Pregnancy Childbirth*. Vol 18; 2018: 430.
5. Bhatt J, Bathija P. Ensuring access to quality health care in vulnerable communities. *Acad Med*. Vol 93; 2018: 1271-1275.
6. Titaley CR, Dibley MJ, Roberts CL. Factors associated with underutilization of antenatal care services in Indonesia: Results of Indonesia Demographic and Health Survey 2002/2003 and 2007. *BMC Public Health*. Vol 10; 2010: 1-10.
7. Blakeney EL, Herting JR, Bekemeier B, Zierler BK. Social determinants of health and disparities in prenatal care utilization during the Great Recession period 2005-2010. *BMC Pregnancy Childbirth*. Vol 19; 2019: 1-20.
8. Khanal V, da Cruz JLNB, Mishra SR, Karkee R, Lee AH. Under-utilization of antenatal care services in Timor-Leste: Results from Demographic and Health Survey 2009–2010. *BMC Pregnancy Childbirth*. Vol 15; 2015: 1-7.
9. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44489/?sequence=1>. Accessed January 13, 2022.

10. Wakefield M, Williams DR, Le Menestrel S. *The future of nursing 2020-2030: Charting a path to achieve health equity*: National Academy of Sciences; 2021.
11. Briscoe L, Lavender T, McGowan L. A concept analysis of women's vulnerability during pregnancy, birth and the postnatal period. *J Adv Nurs*. Vol 72; 2016: 2330-2345.
12. Colciago E, Merazzi B, Panzeri M, Fumagalli S, Nespoli A. Women's vulnerability within the childbearing continuum: A scoping review. *Eur J Midwifery*. Vol 4; 2020.
13. Scheele J, van der Vliet-Torij HH, Wingelaar-Loomans E, Goumans M. Defining vulnerability in European pregnant women, a Delphi study. *Midwifery*. Vol 86; 2020: 102708.
14. Kröner SM, Beedholm K. How discourses of social vulnerability can influence nurse–patient interactions: A Foucauldian analysis. *Nurs Inq*. Vol 26; 2019: e12309.
15. World Health Organization. Nurses and midwives: A vital resource for health. Available at: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/287356/Nurses-midwives-Vital-Resource-Health-Compendium.pdf?ua=1. Accessed August 27, 2021.
16. Sochas L. Women who break the rules: Social exclusion and inequities in pregnancy and childbirth experiences in Zambia. *Soc Sci Med*. Vol 232; 2019: 278-288.
17. Alnuaimi K, Oweis A, Habtoosh H. Exploring woman–nurse interaction in a Jordanian antenatal clinic: A qualitative study. *Midwifery*. 2019;72:1-6.
18. Downe S, Finlayson K, Tunçalp Ö, Gülmezoglu AM. Provision and uptake of routine antenatal services: A qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev*. Vol 6; 2019: 1-90.
19. Novick G. Women's experience of prenatal care: An integrative review. *J Midwifery Women's Health*. Vol 54; 2009: 226-237.
20. Van den Berg MMJ, Dancet EAF, Erlikh T, Van der Veen F, Goddijn M, Hajenius PJ. Patient-centered early pregnancy care: A systematic review of quantitative and qualitative studies on the perspectives of women and their partners. *Hum Reprod Update*. Vol 24; 2017: 106-118.
21. Sossauer L, Schindler M, Hurst S. Vulnerability identified in clinical practice: A qualitative analysis. *BMC Med Ethics*. Vol 20; 2019: 1-10.
22. Thomas J, Harden A. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Med Res Methodol*. Vol 8; 2008: 45.

23. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman D, The PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and metaanalyses: The PRISMA statement. *PloS Med.* Vol 6; 2009: e1000097.
24. Grabovschi C, Loignon C, Fortin M. Mapping the concept of vulnerability related to health care disparities: A scoping review. *BMC Health Serv Res.* Vol 13; 2013: 1-11.
25. World Health Organization. Why we need to talk about losing a baby. *World Health Organization.* Available at: <https://www.who.int/news-room/spotlight/why-we-need-to-talk-about-losing-a-baby>. Accessed December 10, 2021.
26. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Acad Med.* Vol 89; 2014: 1245-1251.
27. Nowell LS, Norris JM, White DE, Moules NJ. Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. *Int J Qual Methods.* Vol 16; 2017: 1-13.
28. Pretorius CF, Greeff M. Health-service utilization by pregnant women in the greater Mafikeng-Mmabatho district. Vol 27; 2004: 72-81.
29. Blackford KA, Richardson H, Grieve S. Prenatal education for mothers with disabilities. *J Adv Nurs.* Vol 32; 2000 : 898-904.
30. De Andrade Costa A, Vogt SE, Gomes Ruas EdF, Ferreira Holzmann AP, Nogueira da Silva PL. Welcome and listen to the silence: Nursing care from the perspective of deaf woman during pregnancy, childbirth and postpartum. *Rev Pesqui Cuid Fundam.* Vol 10; 2018 : 123-129.
31. Hubbard LJ, D'Andrea E, Carman LA. Promoting best practice for perinatal care of deaf women. *Nurs Womens Health.* Vol 22; 2018: 126-136.
32. Sanders LB. Women's voices: The lived experience of pregnancy and motherhood after diagnosis with HIV. *J Assoc Nurses AIDS Care.* Vol 19; 2008: 47-57.
33. Whitty-Rogers J, Caine V, Cameron B. Aboriginal women's experiences with gestational diabetes mellitus. *ANS Adv Nurs Sci.* Vol 39; 2016: 181-198.
34. Omar MA, Schiffman RF. Pregnant women's perceptions of prenatal care. *Matern Child Nurs J.* Vol 23: Blackwell Publishing; 1995: 132-142.

35. Cricco-Lizza R. Black non-Hispanic mothers' perceptions about the promotion of infant-feeding methods by nurses and physicians. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* Vol 35; 2006: 173-180.
36. Fernandes Demarchi R, Ferreira do Nascimento V, Pereira Borges A, Pereira Terças AC, Duarte Grein TA, Baggio É. Perception of pregnant women and primiparous puerperas on maternity. *J Nurs UFPE.* Vol 11 : Revista de Enfermagem UFPE; 2017 : 2663-2673.
37. Teixeira MM, Vasconcelos VM, Silva DMAAd, Martins EmdCS, Martins MC, Frota MA. Primiparae perception on guidance in prenatal care regarding breastfeeding. *Rev Rene.* Vol 14; 2013: 179-186.
38. Berry AB. Mexican American women's expressions of the meaning of culturally congruent prenatal care. *J Transcult Nurs.* Vol 10; 1999: 203-212.
39. Burns L, Whitty-Rogers J, MacDonald C. Understanding Mi'kmaq women's experiences accessing prenatal care in rural Nova Scotia. *ANS Adv Nurs Sci.* Vol 42; 2019: 139-155.
40. Yakong VN, Rush KL, Bassett-Smith J, Bottorff JL, Robinson C. Women's experiences of seeking reproductive health care in rural Ghana: Challenges for maternal health service utilization. *J Adv Nurs.* Vol 66: Wiley-Blackwell; 2010: 2431-2441.
41. Searle J, Goldberg L, Aston M, Burrow S. Accessing new understandings of trauma-informed care with queer birthing women in a rural context. *J Clin Nurs.* Vol 26: Wiley-Blackwell; 2017: 3576-3587.
42. Nachinab GT-e, Adjei CA, Ziba FA, Asamoah R, Attafuah PA. Exploring the determinants of antenatal care services uptake: A qualitative study among women in a rural community in northern Ghana. *J Pregnancy.* Vol 2019; 2019: 1-6.
43. McCabe C. Nurse-patient communication: An exploration of patients' experiences. *J Clin Nurs.* Vol 13; 2004: 41-49.
44. Morgan S, Yoder LH. A concept analysis of person-centered care. *J Holist Nurs.* Vol 30; 2012: 6-15.

45. Firdous T, Darwin Z, Hassan SM. Muslim women's experiences of maternity services in the UK: Qualitative systematic review and thematic synthesis. *BMC Pregnancy Childbirth*. Vol 20; 2020: 1-10.
46. Prodan-Bhalla N, Browne AJ. Exploring women's health care experiences through an equity lens: Findings from a community clinic serving marginalised women. *J Clin Nurs.* Vol 28; 2019: 3459-3469.
47. Van Dijk MG, Wilson KS, Silva M, Contreras X, Fukuda HD, García SG. Health care experiences of HIV-infected women with fertility desires in Mexico: A qualitative study. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2014;25(3):224-232.
48. O'Brien B, Chalmers B, Fell D, Heaman M, Darling EK, Herbert P. The experience of pregnancy and birth with midwives: Results from the Canadian maternity experiences survey. *Birth.* 2011;38(3):207-215.

Supplement digital content 1

Supplemental digital content 1 (literature search strategies) are available for this article.

Direct URL citations appear in the printed text and are provided in the HTML and PDF versions of this article on the journal's Web site (<https://links.lww.com/ANS/A40>).

Supplement Digital Content 1.

Literature search strategies

Database	Strategy
CINAHL	((MH "Expectant Mothers") OR (MH "Pregnancy") OR pregnan* OR gestation* OR "Expectant Mother*") AND ((MH "Nursing Role") OR (MH "Nurses+") OR (MH "Nurse Practice Acts") OR (MH "Nursing Practice") OR (Nurs* N3 role*) OR (nurs* N3 practic*) OR (nurs* N3 car*)) AND ((MH "Patient Satisfaction") OR ((Wom?n* OR patient* pregnan* OR mother*) AND (perception* OR satisfaction* OR view* OR experience*)))
Emcare	(pregnan* or gestation* or "Expectant Mother*") AND ((Nurs* adj3 role*) or (nurs* adj3 practic*) or (nurs* adj3, car*)) AND ((Wom?n* OR patient* OR pregnan* OR mother*) AND (perception* OR satisfaction* OR view* OR experience*))
Medline	("Pregnant Women"[Mesh] OR "Pregnancy "[MESH] OR pregnan* OR gestation* OR "Expectant Mother*") AND ("Nurse's Role"[Mesh] OR "Practice Patterns, Nurses"[Mesh] OR "Nursing"[Mesh] OR (Nurs* N3 role*) OR (nurs* N3 practic*) OR (nurs* N3 car*)) AND ("Patient Satisfaction"[Mesh] OR ((Wom?n* OR patient* OR pregnan* OR mother*) AND (perception* OR satisfaction* OR view* OR experience*)))
PsycINFO	((DE "Pregnancy") OR (DE "Expectant Mothers") OR pregnan* OR gestation* OR "Expectant Mother*") AND ((DE "Nurses") OR (DE "Nursing") OR (Nurs* N3 role*) OR (nurs* N3 practic*) OR (nurs* N3 car*)) AND ((DE "Client Satisfaction") OR ((Wom?n* OR patient* OR pregnan* OR mother*) AND (perception* OR satisfaction* OR view* OR experience*)))

Legend Supplement Digital Content 1. Abbreviations: CINAHL = Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, MH or [Mesh] = MeSH subheadings is a set of controlled vocabulary on a specific topic or on a biomedical term, DE = Thesaurus is a controlled vocabulary on a specific topic, asterisk (*) = truncating search terms means that the search includes all alternate endings after it, Plus (+) = this allows the inclusion of an associated subheading or specific subheading, N3 or adj3 = means that the concept "nurse" and second term ("care," "role" and "practice," must be three words or less from one another, question mark (?) = used to replace a letter in similar terms (e.g., women and woman = wom?n), plus (+) = explore a controlled vocabulary.

2.2 Complément de discussion de l'article 1

Cette section apporte un complément d'information à la discussion présentée dans l'article 1 concernant des éléments de rigueur ainsi que le manque de spécificité des études recensées au regard du suivi infirmier au cours de la période pré natale. D'une part, l'étude a été réalisée selon une méthode rigoureuse de revue systématique de type synthèse thématique de Thomas et Harden (2008). La crédibilité a été assurée pour chaque étape (c.-à-d. la sélection des articles, l'évaluation de la qualité des articles et l'analyse) par deux personnes, et ce, en effectuant la vérification par les pairs (*peer debriefing*) et avec une triangulation des chercheuses⁶. L'étudiante-chercheuse a conservé une piste de vérification des décisions pour la confirmation des résultats.

D'autre part, bien que les articles sélectionnés répondaient au premier critère d'inclusion de documenter la pratique infirmière lors du suivi pré natal infirmier, aucun d'entre eux n'était exclusivement spécifique à la pratique infirmière et à la période pré natale. Par conséquent, les résultats peuvent manquer de profondeur en ce qui concerne les expériences du suivi pré natal infirmier des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité. D'autres revues de littérature portant sur l'expérience du suivi pré natal identifiaient la même problématique, puisque les études incluses présentaient aussi l'expérience du suivi postnatal (Novick, 2009; Williamson et al., 2017).

2.3 Contributions scientifiques et constats de la recension des écrits

La synthèse thématique représente la première revue systématique de l'expérience du suivi pré natal infirmier présentant une diversification des contextes de vulnérabilité, alors que les études antérieures portaient généralement sur des contextes spécifiques de vulnérabilité (p. ex. la présence d'asthme, l'immigration) (Amauri dos Santos et al., 2017; Araki, 2010; De Jesus Hernández Rodriguez et al., 2014; Megnin-Viggars et al., 2015; Williamson et al., 2017; Winn et al., 2017) ou n'étaient pas spécifiques à l'expérience du suivi pré natal infirmier (Downe et al., 2019; Hirose et al., 2017; Lou et al., 2019; Novick, 2009; van den Berg et al., 2017). Considérant que les femmes peuvent présenter plusieurs contextes de

⁶ La synthèse thématique a été réalisée uniquement par une équipe de recherche féminine d'où la formulation au féminin.

vulnérabilité, la synthèse thématique présente une perspective globale de l’expérience de ces femmes. Cette expérience des femmes repose sur leur relation entretenue avec les infirmières et les infirmiers, la considération des leurs contextes de vulnérabilité, la qualité de l’information et du soutien qu’elles reçoivent, ainsi que l’accessibilité, l’organisation et la continuité de leurs soins prénataux. Elle est aussi influencée par les attentes et les besoins des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité. Ainsi, l’expérience peut se traduire positivement pour certaines femmes, alors que pour d’autres, elle prend une connotation plutôt négative. Les résultats sont cohérents à ceux de Beecher et al. (2020), qui soutiennent que l’expérience du suivi prénatal des femmes enceintes est un phénomène subjectif d’une grande variabilité. Cependant, la recension des écrits ne permet pas une compréhension approfondie des facteurs qui influencent cette expérience.

Les études incluses dans la recension des écrits permettent de comprendre les décisions que les femmes prennent lors de leur suivi. Ainsi, en fonction de leur expérience, les femmes peuvent continuer, modifier ou cesser le suivi. Considérant les bienfaits du suivi prénatal infirmier (Hollowell et al., 2011), il est dans l’intérêt de la pratique infirmière d’identifier des pistes d’amélioration au suivi afin de mieux répondre aux attentes et aux besoins des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité et ainsi favoriser une expérience positive afin de privilégier la poursuite du suivi prénatal infirmier.

La relation infirmière/infirmier-femme enceinte apparaît primordiale dans l’expérience du suivi prénatal. D’ailleurs, toutes les études en font mention. La relation correspond à « l’ensemble des rapports et des liens existant entre personnes qui se rencontrent » (Larousse, s.d.). Cette relation peut être de qualité selon la perspective des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité, de par le fait que les infirmières et infirmiers respectent, acceptent, écoutent et traitent les femmes avec dignité et sans jugement. À l’inverse, selon leur perspective, un manque de respect ou de soins humanistes entraîne une relation de moins bonne qualité. Considérant l’importance de cette relation dans les soins prénataux, les infirmières et infirmiers devraient tenter comprendre ce qui affecte la relation avec la femme enceinte en contextes de vulnérabilité et comment cette relation affecte leur expérience du suivi prénatal.

Dans une perspective pragmatique, le fait de se pencher sur l'expérience des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité permet d'apporter de nouvelles connaissances pouvant être utilisées pour améliorer la pratique infirmière auprès de cette clientèle (Burt et al., 2017). Or, plusieurs questions demeurent ainsi en suspens. Les résultats des études incluses ne permettaient pas d'élaborer en profondeur les réponses à ces questions. Par conséquent, la recension des écrits permet de guider le projet doctoral dans l'élaboration des questions de recherche (Thorne, 2016).

CHAPITRE 3 – OBJECTIF GÉNÉRAL ET QUESTIONS DE RECHERCHE

L'objectif général de l'étude est de mieux comprendre l'expérience de femmes enceintes en contextes de vulnérabilité du suivi prénatal infirmier en soins de première ligne.

Les questions de recherche sont : Selon la perspective des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité,

1. Quels sont les facteurs influençant leur expérience du suivi prénatal infirmier en soins de première ligne?
2. De quelle façon la relation infirmière/infirmier-femme enceinte en contextes de vulnérabilité influence-t-elle l'expérience du suivi prénatal?
3. Quelles sont les pistes d'amélioration au suivi prénatal infirmier en soins de première ligne?

CHAPITRE 4 – MÉTHODOLOGIE ET RÉSULTATS

Dans ce chapitre, un article (article 2 de la thèse) présente la méthodologie et les résultats portant sur la première question de recherche : Selon la perspective des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité, quels sont les facteurs influençant leur expérience du suivi prénatal infirmier en soins de première ligne?

4.1 Article 2

Titre de l'article : *The experience of pregnant women in contexts of vulnerability of prenatal primary nursing care: A descriptive interpretative qualitative study.*

Titre court de l'article : *Prenatal nursing care experience of women in contexts of vulnerability.*

Autrices et auteurs de l'article : Émilie Hudon, Maud-Christine Chouinard, Édith Ellefsen, Jérémie Beaudin et Catherine Hudon. Les coautrices et le coauteur ont donné leur autorisation à ce que l'article soit intégré à la thèse.

Statut de l'article : L'article a été soumis à la revue *BMC Nursing* le 12 juillet 2022. La référence complète est la suivante :

Hudon, É., Chouinard, M.C, Ellefsen, É., Beaudin J., & Hudon, C. (Soumis 12 juillet 2022)
The experience of pregnant women in contexts of vulnerability of prenatal primary nursing care : A descriptive interpretative qualitative study. *BMC Nursing*.

Contribution détaillée : L'étudiante-chercheuse a participé activement à toutes les étapes de cet article. L'étudiante-chercheuse a produit l'écriture du protocole et la demande éthique pour le projet ainsi que tous les documents liés au recrutement. Elle a approché les milieux afin de présenter le projet. Par la suite, elle a procédé au recrutement des participantes et à la collecte de données. En parallèle, elle a réalisé l'analyse et l'interprétation des données. Afin d'assurer un processus rigoureux d'analyse, Jérémie Beaudin a contribué à ce processus en tant qu'assistant de recherche. À plusieurs reprises, des rencontres ont eu lieu, entre l'étudiante-chercheuse et l'équipe de direction -composée de Catherine Hudon, Maud-Christine Chouinard et Édith Ellefsen-, et ce, afin de perfeuiner l'interprétation des données au moyen d'un processus de co-construction. L'étudiante-chercheuse a rédigé l'article en anglais, puis l'a révisé à la lumière des commentaires de l'équipe de direction et de Jérémie Beaudin. Tout le processus de soumission a été réalisé par l'étudiante-chercheuse sous la supervision de l'équipe de direction.

4.1.1 Résumé en français de l'article 2

Introduction : Les soins prénataux infirmiers de première ligne contribuent à améliorer les résultats de santé pour les femmes enceintes et leur fœtus. Certaines femmes en contextes de vulnérabilité rapportent des expériences positives lors du suivi prénatal infirmier, alors que d'autres femmes vivent des expériences négatives. Une meilleure compréhension des facteurs influençant cette expérience pourrait améliorer les soins prénataux infirmiers. L'objectif de cette étude est de décrire les facteurs influençant l'expérience du suivi prénatal infirmier en soins de première ligne des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité.

Méthodologie : L'approche qualitative interprétative descriptive de Thorne a été utilisée afin de réaliser cette étude. Vingt-quatre femmes enceintes en contextes de vulnérabilité ont été recrutées dans les centres locaux de services communautaires du Québec, Canada, en utilisant un échantillonnage raisonné et de boule de neige, afin de réaliser des entretiens semi-dirigés. Les participantes étaient âgées de 16 ans et plus, étaient dans leur deuxième ou troisième trimestre, ou avaient accouché au cours de l'année précédente, et recevaient des soins prénataux infirmiers par le biais de services de santé communautaires. Les méthodes de collecte de données incluent un journal de bord, un questionnaire sociodémographique et un entretien portant sur l'expérience du suivi prénatal infirmier des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité. La méthode Qualitative Analysis Guide of Leuven a permis de réaliser des analyses thématiques inductives, suivant un processus d'analyse itérative comparative constante.

Résultats : L'expérience des femmes a été initialement influencée par la réponse à leurs attentes et besoins. Ceux-ci découlent de leurs expériences de grossesse précédentes ou actuelles, de leur motivation à recevoir des soins prénataux, de leurs préoccupations familiales ainsi que de leurs contextes de vulnérabilité. Selon la perspective des femmes enceintes, les principaux facteurs qui ont influencé leur expérience sont l'approche, les caractéristiques et les interventions de l'infirmière ou de l'infirmier qui ont toutes un impact sur la relation infirmière/infirmier-femme enceinte, ainsi que l'organisation des soins prénataux en première ligne, y compris les modalités des soins prénataux (c.-à-d. l'horaire, le lieu, la durée, le nombre et la fréquence des rencontres), la continuité et les soins prénataux

du programme, comme l'orientation vers une nutritionniste ou un nutritionniste, une travailleuse sociale ou un travailleur social, ou vers d'autres services.

Conclusion : Un cadre conceptuel est proposé pour 1) décrire la relation entre les facteurs regroupées en trois dimensions influençant l'expérience des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité et pour 2) guider les infirmières et les infirmiers dans l'amélioration des soins et des services prénataux en soins de première ligne. Considérant la complexité de cette expérience, une approche centrée sur la personne est indispensable pour promouvoir une expérience positive, l'équité et une meilleure utilisation des services prénataux.

Mots clés : Femmes enceintes, contextes de vulnérabilité, soins prénataux, infirmières et infirmiers, expérience, approche descriptive interprétative, recherche qualitative, soins de première ligne.

4.1.2 Résumé en anglais de l'article 2

Background: Prenatal primary nursing care contributes to improving the health outcomes of mothers and fetuses. Some pregnant women in contexts of vulnerability experience prenatal nursing care in a positive way, while some do not. A better understanding of factors influencing this experience could help improve prenatal nursing care. The aim of this study was to describe factors influencing the prenatal primary nursing care experience of pregnant women in contexts of vulnerability.

Methods: Thorne's qualitative interpretative descriptive approach was used. Twenty-four pregnant women in contexts of vulnerability were recruited in local community service centers in Quebec, Canada, using purposive and snowball samplings, to carry out a semi-structured interview. Participants were 16 years old and over, in their second or third trimester, or had given birth in the previous year, and received prenatal nursing care through community health services. Data collection methods included a logbook, a sociodemographic questionnaire and semi-structured interview on vulnerable pregnant women's experience with prenatal primary nursing care. The Qualitative Analysis Guide of Leuven guided the inductive thematic analysis, following a constant comparative iterative process.

Results: The women's experience was initially influenced by the fulfillment of their expectations and needs. These stem from their previous or current pregnancy experiences, their motivation to receive prenatal care, their family concerns as well as their contexts of vulnerability. From the pregnant women's perspective, the main factors that influenced their experience were the nurse's approach, characteristics, and interventions that all impact on their relationship with nurses, as well as the prenatal primary care organization, including the modalities of prenatal care (i.e., schedule, setting, duration, number and frequency of meetings), the continuity and the program's prenatal care services, such as referral to a nutritionist, social worker or other services.

Conclusion: A conceptual framework is proposed to describe relationships among the factors distributed in three dimensions that influence the experience of pregnant women in contexts of vulnerability and to guide nurses in the improvement of prenatal primary care.

Considering the complexity of this experience, a person-centered approach is mandatory to promote a positive experience, equity and a better use of prenatal services.

Keywords: Pregnant women, contexts of vulnerability, prenatal care, nurses, experience, interpretative descriptive approach, qualitative research, primary care.

The experience of pregnant women in contexts of vulnerability of prenatal primary nursing care: A descriptive interpretative qualitative study

Short title: Prenatal nursing care experience of women in contexts of vulnerability

4.1.3 Background

A pregnant woman who “is threatened by physical, psychological, cognitive and/or social risk factors in combination with lack of adequate support and/or adequate coping skills” [1, 2], is considered to be in a context of vulnerability [3]. According to the World Health Organization (WHO) [4-6], these contexts contribute to maternal death, stillbirths, prematurity or growth restriction. Prenatal nursing care can improve pregnancy outcomes in women [7] who are likely to underuse prenatal care, namely by delaying seeking medical attention or having an insufficient number of follow-ups [8, 9]. The primary care nurse can play a key role in prenatal care by promoting maximum utilization of services [7]. Nurse can contribute to the early detection and management of complications [10], in addition to preparing women for childbirth, as well as maintaining and improving health. Specifically, the nurse must support women in contexts of vulnerability by identifying their needs to prepare them for their new role [11].

WHO prenatal care guidelines [6] propose recommendations to improve utilization and quality of prenatal care. While the aim should be the promotion of a positive experience [6], pregnant women’s experience is complex and stems from a subjective interpretation of their prenatal nursing care [12]. A thematic synthesis by our research team [13] aimed to systematically review the literature to describe the prenatal primary nursing care experience of pregnant women in contexts of vulnerability. We observed that women in contexts of vulnerability have needs and expectations throughout their pregnancy. The fulfillment of these needs and expectations shapes their experience and guides their decision to continue, cease or modify their prenatal nursing care. However, their experience may be influenced by some factors not identified in this review. A better understanding of factors influencing this experience could help improve prenatal primary nursing care.

4.1.4 Aim

The aim of this study was to describe factors influencing the prenatal primary nursing care experience of pregnant women in contexts of vulnerability (hereafter women).

4.1.5 Methods

Design and Setting

This study used Thorne's qualitative interpretative descriptive approach (2016). This approach helps to address a clinical concern in order to improve care experience from the perspective of women in their natural context [14]. Multicenter ethic approval was obtained from the Eastern Townships Integrated University Health and Social Services Center – Sherbrooke University Hospital Ethic Board.

Sampling Methods and Participants

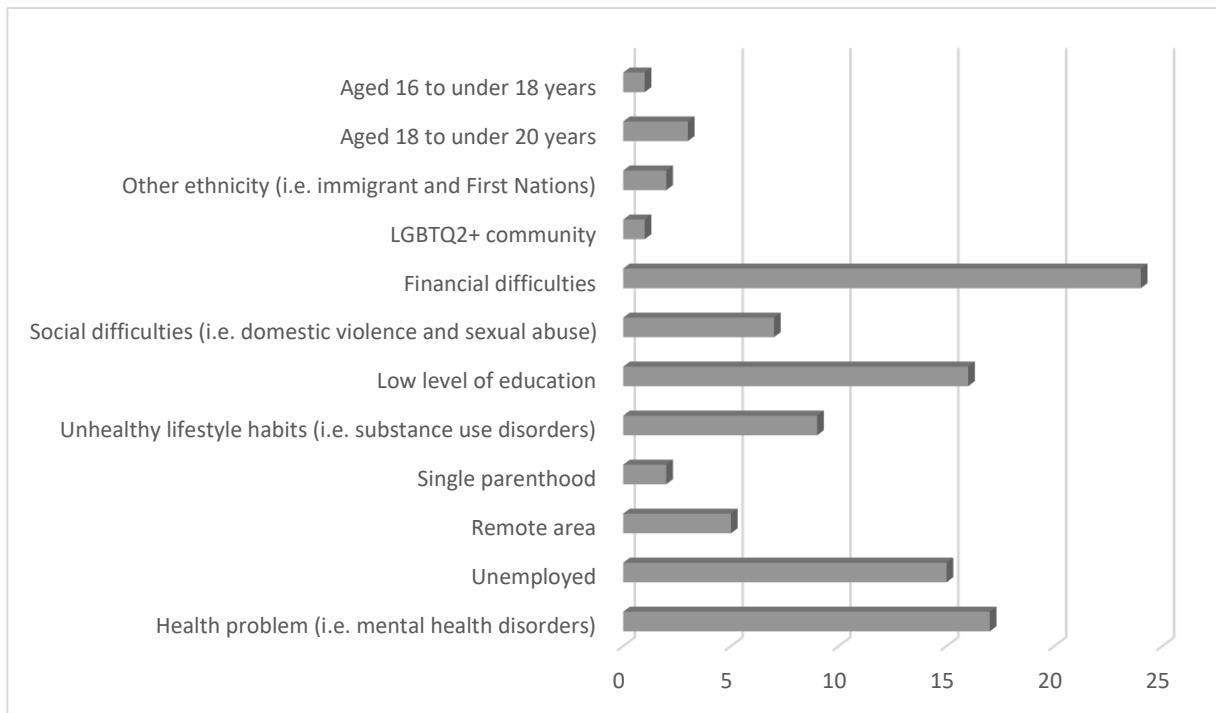
Participants were recruited using a purposive sample method in local community service centers (LCSC) (n=21), in Quebec, Canada; a snowball approach (n=1); and through social media (i.e., Facebook) (n=2). To ensure anonymity and confidentiality, we assigned fictional names to the pregnant women. In Quebec, nurses deliver prenatal care to women in contexts of vulnerability through government programs provided by LCSC, including the Integrated Perinatal and Early Childhood Services (SIPPE [Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance]) program, and the Eggs, milk and orange (Olo [Œuf-lait-orange]) program. SIPPE is a program provided to inform and support pregnant women who have a low income, who are undereducated or who are socially isolated [15]. This program aims to improve the health status of unborn babies, children and pregnant women. The Olo program provides pregnant women living below the low-income threshold for their region with an equal opportunity to give birth to a healthy child by offering coupons or vouchers for food (i.e., one egg per day, a liter of milk and prenatal multivitamins, plus bag of frozen vegetables per week) [16, 17].

Prenatal care was provided by a nurse in the women's home through the SIPPE and Olo programs. Nurses handed out a leaflet explaining the research project to every woman they met. Then, a meeting was planned to conduct an individual interview with the interested women. A consent form was emailed in advance. The average age of participants, 10 pregnant women and 14 women who had given birth in the last 12 months, was 25 years old and all of them were able to communicate in French (Table 1). Half of the participants were primigravida women. All of the women were experiencing different contexts of vulnerability (Figure 1). Among these, the most common were financial difficulties, lack of employment, the presence of a health problem and a low level of education. Provision of prenatal nursing care began on average at the 12th week of pregnancy. Meetings lasted approximately 60 minutes, twice a month (Table 2).

Table 1.
Characteristics of pregnant women in contexts of vulnerability

Characteristics		Descriptive frequency
Age (in years)	16–19	n=4
	20–24	n=9
	25–29	n=3
	30–34	n=5
	35–39	n=3
Expected fetuses	1	n=23
	2	n=1
Previous pregnancies	0	n=12
	1	n=10
	2	n=2
Pregnant women	21–36 weeks pregnant	n=10
Women who had given birth	1–9 months postpartum	n=14
Previous prenatal follow-up received through the programs	1	n=8
	2	n=2

Figure 1.
Pregnant women's contexts of vulnerability



Legend Figure 1 Abbreviations: LGBTQ2S+: lesbian, gay, bisexual, transgender, queer (or sometimes questioning), and two-spirited.

Table 2.
Characteristics of prenatal primary nursing care

Characteristics	Median
Weeks of pregnancy at start of prenatal care	3–30
Frequency of prenatal follow-up per month	1–2 meetings
Total number of meetings	2–20
Duration of meetings (minutes)	20–90
Care delivery setting	
LCSC (n=8)	-
Home (n=17)	-
Telephone (n=4)	-
Virtual (n=1)	-
Number of nurses	
1 nurse (n=18)	1
2 nurses (n=6)	
Number of providers involved in prenatal care	2–8
Programs used	
Olo (n=3)	-
SIPPE (n=4)	-
Olo and SIPPE (n=17)	-

Legend Table 2 abbreviations : LCSC : local community service centers; Olo : Eggs, milk and orange corresponding to Œuf-lait-orange; SIPPE : Integrated Perinatal and Early Childhood Services corresponding to Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance

Data Collection

Data was collected by the Principal Investigator between October 2020 and October 2021 through recorded semi-structured interviews lasting approximately 60 minutes. The women were contacted by telephone or virtually (Zoom) at their convenience. Prior to the interview, the women completed a sociodemographic questionnaire composed of 24 closed-ended questions. Twenty-four semi-structured interviews were carried out. Data collection ended when redundancy was achieved [14, 18].

The Interview Guide (Additional File 1) was developed based on a synthesis of the literature [13] and was adjusted according to the interviews in order to gain a thorough understanding of identified patterns. The Interview Guide helped to collect information on women's perspective of their prenatal nursing care experience. The interviews were recorded in full. The Principal Investigator used a logbook to detail each of the project's steps, including descriptive interview notes, activity notes, notes from the various resource persons, methodological notes, reflexive notes and analytical notes, which provided the investigator with an interpretative view [19]. Reflexive notes helped her take an introspective look at her opinions, beliefs, perceptions and potential biases that must be taken into account [20]. The Investigator's Logbook improves the confirmability and reliability of the findings [21].

Data Analysis

Analysis of the data from the sociodemographic questionnaire and the characteristics of care was carried out with descriptive statistics using Nvivo 12 Plus software. Data analysis was conducted in parallel with the interviews to guide subsequent interviews. The transcriptions of interviews were read several times in order to be "immersed in the details" [18]. The Qualitative Analysis Guide of Leuven (QUAGOL) [22, 23] was used to analyze the interviews, a method suited to an interpretative description [24] and to proposing a conceptual framework [22]. The QUAGOL method has two phases, a "paper and pencil" phase and a "qualitative software" phase.

The initial phase helped to create narrative interview report and to represent them in the form of conceptual scheme in order to compare them. During the second phase, meaning units were coded using Nvivo 12 Plus software, which helped to identify a list of codes. These codes were grouped together in order to reveal any patterns [14]. The iterative process of constant comparative data analysis through inductive and interpretative reasoning enabled the identification of patterns, thus improving credibility [25]. Investigator triangulation and peer debriefing were used throughout the project in accordance with the collaborative approach favored by the QUAGOL method.

4.1.6 Results

Factors Influencing Pregnant Women's Experience

From the women's perspective, fulfillment of their prenatal nursing care expectations and needs influenced their experience. Women's perception of the nurse and of the prenatal primary care organization also influenced their experience, depending on whether contexts of vulnerability were taken into consideration and whether care was adapted accordingly (Additional File 2).

Fulfillment of Pregnant Women's Prenatal Care Needs and Expectations. Positive past experiences of the services provided by LCSC programs created an expectation of receiving care identical to what the women had experienced in the past, while previous negative experiences raised concerns about future care. Women's current experience of pregnancy gave rise to expectations and to a need for information related to the pregnancy, breastfeeding, childbirth, the couple and parenthood, prenatal care or continuing with the pregnancy. Family concerns experienced by the fathers as well as behavioral or adaptation problems—prompted by the arrival of a newborn—in the children of women with multiple births could also lead to family-related needs.

Some women were motivated by a loved one who recommended prenatal care or by a health care professional who motivated them to use the service. Other pregnant women could be motivated to use prenatal care programs to meet their personal needs and expectations. Among these needs and expectations, the women mentioned needing a resource person with knowledge of prenatal care and to whom they could address their questions, ask for support, and voice their concerns related to the pregnancy or to their life in general.

Needs and expectations stemmed from "problems" and "difficulties", terms used by women to define their contexts of vulnerability, such as accessing financial hardship vouchers. Women used the following terms to talk about their contexts of vulnerability: "I have a mental health problem"; "I have a low income"; or "I have dysphasia". Some needs were specific to contexts of vulnerability, such as the need for support for a woman living with cerebral palsy, the need to be reassured during a teen pregnancy (i.e., under 20), the need to

talk in a context of isolation or the need for education regarding her partner's role for a woman from the LGBTQ2S+ community.

Pregnant Women's Perception of Nurses. A “caring” approach, where the nurse acted in a frank, open, humorous, reassuring and engaging manner, positively influenced their experience. On the other hand, participants described some nurses as using a colder approach, as mentioned by Helena: “The nurse was not there because it was a passion for her, she was there because she had to be there”. Helena felt like a number. The nurse's lack of caring or proactivity or the presence of a judgmental attitude negatively affected the women's experience.

The women mentioned the nurse's age and experience as having influenced their prenatal care experience. For some women, having a nurse from the same age group helped build their relationship, while other women appreciated having an older nurse. Some women preferred a nurse who had experience, both as a mother and as a professional, to support them. Some women associated the nurse's young age with inexperience: “She's not a little 20-year-old who's never a child, who doesn't know what she's doing” (Christina).

The women reported that different nursing interventions were carried out, including maternal and fetal assessment and evaluation, or counselling and education, for example. According to the women, their prenatal nursing care experience was also influenced by the nursing interventions. The same intervention, such as counselling and education, could be perceived as reassuring for some, while it was not for others. Ramona didn't want to watch a birthing video: “I didn't feel like being traumatized by watching that”. For her part, Julia was reassured by these videos: “Yes, the delivery stressed me a lot; then, she showed me some videos and it all reassured me”. Therefore, interventions can lead to a positive or a negative experience depending on the woman's interpretation of it.

These interventions varied from one LCSC to another, from one woman to another, or from one follow-up to another for women with multiple pregnancies. All of the women identified strategies used by the nurse to foster their involvement in prenatal care. Nurses supported the women in managing their health, such as in the management of false labor for an immigrant woman, because, in her culture, she had to go to the birthing center before the onset of contractions. Other nurses explained how to contact other health professionals or access services, often related to their contexts of vulnerability, such as by providing the contact information of a chiropractor who offers services for low-income families. These women felt engaged: I found it fun [...]. I could choose to receive the care or not [...]. It wasn't stressful and it made me feel confident (Élisa).

Pregnant Women's Perception of Prenatal Primary Care Organization. Each woman had her own preferences in terms of setting, schedule, duration, number of meetings and content. Some women living with anxiety said they were relieved when the meetings took place at home, while others would have preferred meetings at the LCSC as they were not comfortable showing their home. Although none of the women considered the start of the prenatal care to be too early, some felt that it had started too late given their fear of suffering a miscarriage. At the beginning of her pregnancy, Sarah was afraid that she would lose her baby when she had stomach pain or had contractions. Her young age (19 years old) caused her a lot of worry. She would have preferred meetings that were closer together: "At the beginning, it was once a month; I might have enjoyed meeting every two weeks, because I think that during that period, I texted her a lot by email. I had a lot of questions at the beginning". Sarah did not enjoy her pregnancy because she was always worried: "I didn't experience this moment as I should have".

With regard to continuity of care, all of the women preferred to keep the same nurse if they had a good relationship with her. The women were afraid that they would not be comfortable with their new nurse or that continuity of care would be affected. In terms of the available services, the women felt overloaded when they had to meet with several providers. For example, Christina ended her meetings with the nutritionist: "I told them that I was going to skip it because I already had several appointments". For women who were referred to other

services, such as the LCSC nutritionist or community organizations, some were disappointed because they received the service later or not at all. For example, Isabella would have liked the continuity of care “with the social worker to be more regular”. She wanted to meet with the social worker early in her pregnancy, which was not the case. Thus, nurses sometimes offered women the services of other health professionals, but the women did not receive them.

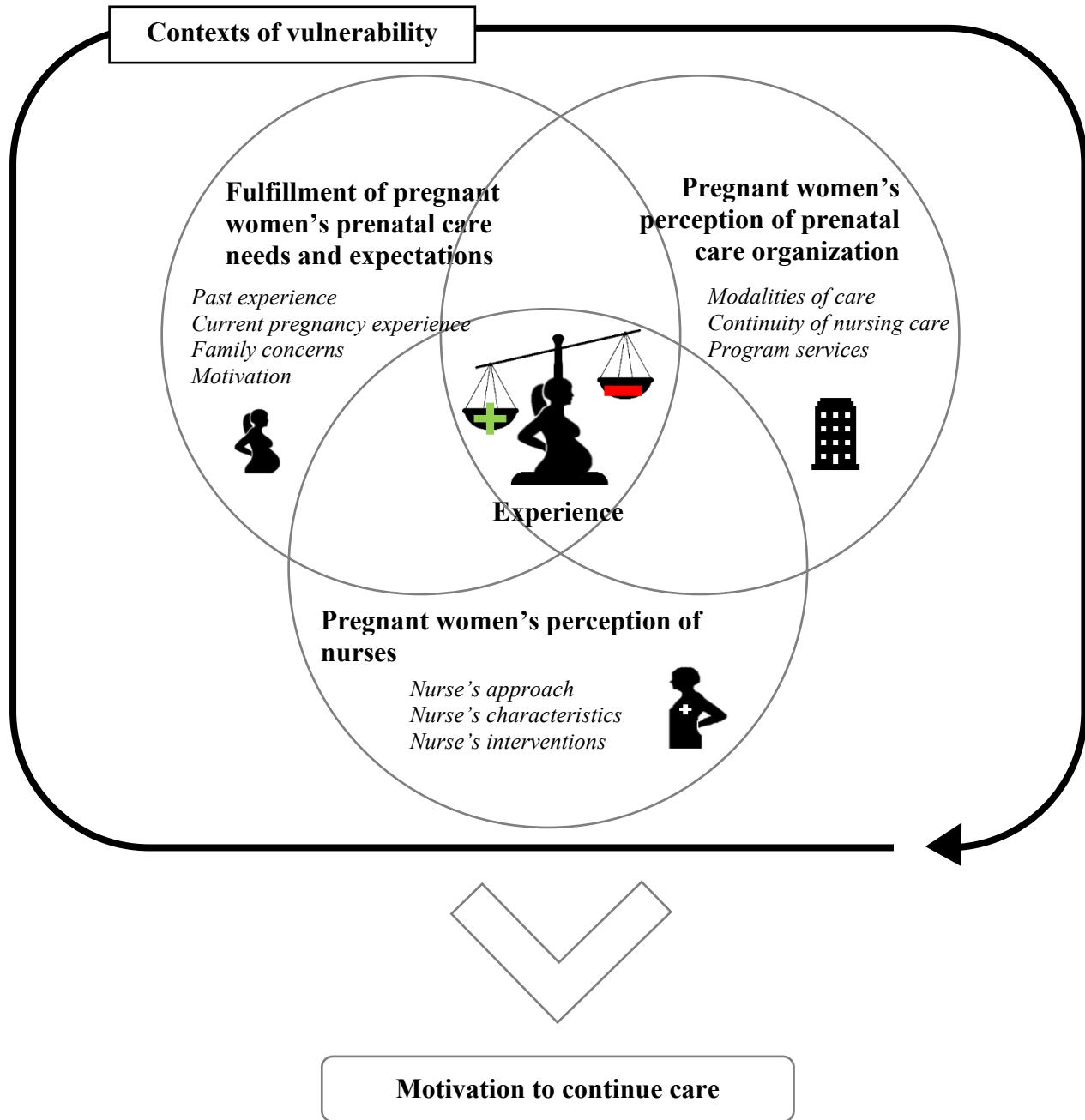
Conceptual Framework

Figure 2, which is a diagram representing the factors influencing the prenatal nursing care experience of women in vulnerable contexts, illustrates the complexity of the experience. This complexity stems from the cross-influence of the three dimensions, as well as of each factor included in a dimension. The presence of contexts of vulnerability complicates the experience as each woman who is in a particular context can affect each of the factors influencing the experience. In addition, women may be dealing with more than one vulnerability context, thus affecting several factors. For example, Helena had syphilis, a low income, a low level of education (no high school diploma), a daily tobacco habit and follow-ups with youth protection services (YPS), for her other child. She needed reassurance regarding the risks of syphilis affecting the baby, as well as food vouchers and information about smoking cessation. With the prenatal care and the YPS follow-ups, she said she was exhausted by all the meetings with these professionals (i.e., nutritionist, doctor, social worker, high-risk pregnancy clinic, SIPPE nurse).

Therefore, the overall experience of prenatal care translates to a balance between the factors leading to a positive or a negative experience. This experience has an impact on women’s motivation to engage in their care, and thus, to continue using the services. For example, Aria did not enjoy having two nurses intervene in her care, that her family concerns were not taken into account by her first nurse and that having the meetings at her home was imposed on her when she was not comfortable showing her home to others. Nevertheless, she had a “good” experience, as she appreciated the caring attitude of the second nurse, the proactive way in which she met Aria’s needs and expectations, and the fact that they were similar in age, which made the relationship easier according to Aria.

Figure 2.

Conceptual framework – Factors influencing the prenatal primary nursing care experience of women in contexts of vulnerability



4.1.7 Discussion

This study documents the factors influencing the prenatal nursing care experience of women in contexts of vulnerability. The results illustrate the complexity of the experience, due to its multidimensionality combined with the cross-influence of the many factors that impact this experience [12]. Each woman experiences her care differently depending on her contexts of vulnerability and the factors that influence her. With this in mind, prenatal nursing care must favor a woman-centered approach [26] that is holistic, individualized, respectful, and that promotes women's empowerment [27]. Taking a holistic approach means considering the woman as a whole, including biological, psychosocial and spiritual aspects [27]. According to El-Haddad et al. [28], women's needs and expectations are directed toward the nurse, the prenatal care organization and the benefits they will derive from the care. However, our findings indicate that it is necessary to take into account all vulnerability and family contexts as they influence women's prenatal care-related needs and expectations. Providing holistic care enables the nurse to better understand how a pregnancy affects the entire person and how to respond to the person's actual needs [27].

An individualized approach requires providing the woman with personalized care that takes into account her unique personality, history and perspective [27]. This uniqueness is reflected in the intersectionality of the different vulnerability contexts, i.e., the intersection of several contexts related to the woman's unique situation that may explain this vulnerability [29]. The women's experience is also influenced by their relationship with the nurse. The nurse must opt for a respectful approach "to create a supportive relationship and to develop women's knowledge, skills, power within oneself, and self-determination" [30].

Empowerment promotes the self-attitude and autonomy of women in contexts of vulnerability [27]. The nurse can foster women's engagement and empowerment by giving them the power to decide on the content, the duration of the meetings, the setting, the objectives of the intervention plan or the frequency of the meetings, as they request. The woman's involvement in decision-making is essential to enabling her to exercise some control over her prenatal care. This involvement also contributes to more woman-centered care, thus promoting a positive care experience [31, 32]. Vedam et al. [33] demonstrated that

pregnant women in contexts of vulnerability may have limited decision-making power. This is reflected in their struggle to express their needs and expectations or in their low level of involvement in care-related decisions as they seek to conform to the existing care structure offered by the programs.

Whether or not they present contexts of vulnerability, during their prenatal care, all women have needs and expectations related to the clinician, the organization of care or to their personal circumstances [12, 34]. However, it is the complexity of this experience that differs for those in contexts of vulnerability as these contexts impact their entire prenatal care experience. For example, for an immigrant woman, language barriers and cultural differences add to the other usual pregnancy-related concerns and complicate the care experience. Similarly, being isolated and not receiving the support of their social circle, combined with problems in their family, school or married life will represent a major challenge for these women. Women in contexts of vulnerability will encounter more obstacles to a positive prenatal care experience [34], such as impersonal care, discrimination and receiving inadequate information.

Clinical Implications

The aim of the proposed conceptual framework is to support nursing practice in the promotion of a positive prenatal nursing care experience for women, as suggested by the WHO [6]. The results highlight the fact that during prenatal care, the nurse can make the women's experience easier by considering the dimensions and factors proposed in the conceptual framework.

One of the key activities that should be prioritized consists in taking greater account of pregnant women's contexts of vulnerability. The program regularly takes women's financial difficulties into account by providing food vouchers. However, it is also important to consider other contexts, such as low health literacy, social isolation or the presence of a health issue. For example, the nurse can support a woman who doesn't know how to complete the parental benefit forms that will help her receive an income during her pregnancy or help the woman get involved in organizations to reduce her isolation. Contexts

of vulnerability expose women to inequity [13]. Thus, the nurse must promote equity in care [3, 26] through interventions that are specific to each woman's different contexts of vulnerability. When caring for a woman living with financial difficulties and dysphasia, nursing interventions must take both of these contexts into account.

Strengths and Limitations

The study was conducted in the province of Quebec. The in-depth description of pregnant women's different contexts may allow to transfer the findings to similar contexts. An investigator's logbook and investigator triangulation were used to enable self-reflective practice [14, 18] intended to maximize credibility. She works as a maternal and child health nurse and her research focuses on vulnerability and pregnant women.

The number of local community service centers included in the study (n=11) enabled the observation of a variety of experiences, namely with regard to geographical context (n=5 regions of Quebec). The same can be said for the variability in the contexts of vulnerability and in the age of participants (16 to 39 years old). Finally, the women's experiences varied greatly based on prenatal nursing care characteristics, namely setting, frequency, number of meetings, number of providers, duration of meetings [14].

The study was conducted against the backdrop of the global COVID-19 pandemic, which may have influenced the pregnant women's statements and contexts. This may have contributed to the fact that several women reported being socially isolated or having been imposed the setting of the prenatal care.

The results suggest that there is a need for future research to better understand the influence of certain factors and to study other contexts of vulnerability. As explained above, many vulnerability contexts have been individually studied in depth as part of other studies. Here, we present an overview of the experience of pregnant women who may be experiencing more than one context, as shown in our results. However, in this study, some contexts were not included, such as homeless pregnant women or those with a judicial record. The judicial record could add other factors, such as the influence of correctional officers or delays in

communication with the nurses [35]. The findings of the study by McGeough et al. [36] on pregnant women experiencing homelessness reached the same conclusion as our study. Due to the inclusion and exclusion criteria, immigrant women who did not speak French were excluded. However, one of the participants did fit this context.

4.1.8 Conclusions

The prenatal nursing care experience of women in contexts of vulnerability is complex. This complexity stems from the many factors influencing the experience as well as the cross-influence of these factors. It also depends on each woman's specific contexts of vulnerability, which affect each of the factors, thus adding an additional challenge for nurses. A woman-centered approach is necessary to properly address the multidimensionality of the factors influencing the experience. The nurse must adopt a woman-centered approach and foster the woman's empowerment in order to improve health outcomes and ensure the equity of available services. By taking into account each of the factors influencing the woman's experience, the nurse can contribute to a positive prenatal care experience, which will increase these women's utilization of prenatal services, and ultimately improve health outcomes for this population.

References

1. Scheele J, Harmsen van der Vliet-Torij HW, Wingelaar-Loomans EM, Goumans MJB. Defining vulnerability in European pregnant women, a delphi study. *Midwifery*. 2020, 86(102708):1-6. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102708>.
2. Briscoe L, Lavender T, McGowan L. A concept analysis of women's vulnerability during pregnancy, birth and the postnatal period. *J Adv Nurs*. 2016, 72(10):2330-2345. <https://doi.org/10.1111/jan.13017>.
3. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health. 2010. https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf
4. World Health Organization. Newborns: Reducing mortality. 2019. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>
5. World Health Organization. Sexual and reproductive health: New guidelines on antenatal care for a positive pregnancy experience. 2016. <https://www.who.int/reproductivehealth/news/antenatal-care/en/>
6. World Health Organization. Who recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. 2016. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
7. Dos Santos Araujo, A., Pereira dos Santos, A. A., Martins Leite Lúcio, I., Tavares, C. M., & Bezerra Fidélis, E. P. (2017). The context of the pregnant woman in the situation of street and vulnerability: Its look at the pre-natal. *Journal of Nursing*, 11(10), 4103-4110. <https://doi.org/10.5205/reuol.10712-95194-3-SM.1110sup201713>.
8. Feijen-de Jong EI, Jansen DE, Baarveld F, van der Schans CP, Schellevis FG, Reijneveld SA. Determinants of late and/or inadequate use of prenatal healthcare in high-income countries: A systematic review. *Eur J Public Health*. 2012, 22(6):904-913. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr164>.
9. Johnson AA, Hatcher BJ, El-Khorazaty MN, Milligan RA, Bhaskar B, Rodan MF, Richards L, Wingrove BK, Laryea HA. Determinants of inadequate prenatal care utilization by African American women. *J Health Care Poor Underserved*. 2007, 18(3):620-636. <https://doi.org/10.1353/hpu.2007.0059>.
10. Adams ED. In: *Perinatal nursing (K R Simpson, P A Creehan, N O'Brien-Abel, C K Roth, & A J Rohan, Eds)*. 5th ed. Edited by Association of Women's Health O, and Neonatal Nurses Lippincott Williams & Wilkins; 2021.
11. Mutch L. Public health nursing prenatal services clinical practice guidelines. In.: Population and Public Health Prenatal and Postpartum Working Group; 2016.

12. Beecher C, Devane D, White M, Greene R, Dowling M. Women's experiences of their maternity care: A principle-based concept analysis. *Women Birth*. 2020, 33(5):419-425. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.11.001>.
13. Hudon, É., Hudon, C., Chouinard, M.-C., Lafontaine, S., Jordy, L. C. d., & Ellefsen, É. (2022). The prenatal primary nursing care experience of pregnant women in contexts of vulnerability: A Systematic review with thematic synthesis. *Advances in Nursing Science*, 45(3), 274-290. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000419>
14. Thorne SE. Interpretive description: Qualitative research for applied practice, 2^e ed. Routledge, Taylor & Francis Group; 2016.
15. Institut national de santé publique du Québec. Needs analysis grid for families followed by integrated perinatal and early childhood services (SIPPE): English summary. 2021. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESS_S_SIPPE_Summary.pdf
16. Fondation Olo. Joining the olo program. 2021. <https://fondationolo.ca/en/im-pregnant/joining-program/>
17. Fondation Olo. Our actions. 2021. <https://fondationolo.ca/en/what-we-do/our-actions/>
18. Patton MQ. Qualitative research & evaluation methods : Integrating theory and practice, 4^e ed. SAGE; 2015.
19. Lincoln YS, Guba EG. Establishing dependability and confirmability in naturalistic inquiry through an audit. Indiana University; 1982.
20. Buetow S. Apophenia, unconscious bias and reflexivity in nursing qualitative research. *Int J Nurs Stud*. 2019, 89:8-13. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.09.013>.
21. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. SAGE; 1985.
22. De Casterlé, B. D., De Vliegher, K., Gastmans, C., & Mertens, E. (2021). Complex qualitative data analysis: Lessons learned from the experiences with the qualitative analysis guide of Leuven. *Qualitative Health Research*, 31(6), 1083-1093. <https://doi.org/10.1177/1049732320966981>.
23. De Casterlé BD, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. Quagol: A guide for qualitative data analysis. *Int J Nurs Stud*. 2012, 49(3):360-371. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.09.012>.
24. McCall M, Thorne S, Ward A, Heneghan C. Yoga in adult cancer: An exploratory, qualitative analysis of the patient experience. *BMC Complement Altern Med*. 2015, 15(1):1-9.

25. Frambach JM, van der Vleuten CP, Durning SJ. Am last page: Quality criteria in qualitative and quantitative research. *Acad Med.* 2013, 88(4):552. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31828abf7f>.
26. Wakefield M, Williams DR, Le Menestrel S. The future of nursing 2020-2030: Charting a path to achieve health equity. National Academy of Sciences; 2021.
27. Morgan S, Yoder LH. A concept analysis of person-centered care. *J Holist Nurs.* 2012, 30(1):6-15.
28. El-Haddad C, Hegazi I, Hu W. Understanding patient expectations of health care: A qualitative study. *J Patient Exp.* 2020, 7(6):1724-1731. <https://doi.org/10.1177/2374373520921692>.
29. Kuran CHA, Morsut C, Kruke BI, Krüger M, Segnestam L, Orru K, Nævestad TO, Airola M, Keränen J, Gabel F. Vulnerability and vulnerable groups from an intersectionality perspective. *Int J Disaster Risk Reduct.* 2020, 50:101826.
30. Wåhlin I. Empowerment in critical care—a concept analysis. *Scand J Caring Sci.* 2017, 31(1):164-174.
31. Krist AH, Tong ST, Aycock RA, Longo DR. Engaging patients in decision-making and behavior change to promote prevention. *Inf Serv Use.* 2017, 37(2):105-122.
32. Chen J, Mullins CD, Novak P, Thomas SB. Personalized strategies to activate and empower patients in health care and reduce health disparities. *Health Educ Behav.* 2016, 43(1):25-34.
33. Vedam S, Stoll K, McRae DN, Korchinski M, Velasquez R, Wang J, Partridge S, McRae L, Martin RE, Jolicoeur G. Patient-led decision making: Measuring autonomy and respect in Canadian maternity care. *Patient Educ Couns.* 2019, 102(3):586-594. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.10.023>.
34. Novick G. Women's experience of prenatal care: An integrative review. *J Midwifery Womens Health.* 2009, 54(3):226-237.
35. Bard E, Knight M, Plugge E. Perinatal health care services for imprisoned pregnant women and associated outcomes: A systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016, 16(1):1-19.
36. McGeough C, Walsh A, Clyne B. Barriers and facilitators perceived by women while homeless and pregnant in accessing antenatal and or postnatal healthcare: A qualitative evidence synthesis. *Health Soc Care Community.* 2020, 28(5):1380-1393.

Additional File 1***Interview Guide*****Opening**

- Please tell me about your prenatal nursing care experience.

Question #1

- What has led you to consult the LCSC nurses for your prenatal care?

Question #2

- Can you tell me about your prenatal care/nursing-related needs or expectations (e.g., occupation, work, home)?

Question #3

- Please tell me what you enjoy about the prenatal care.

Question #4

- Please describe what you enjoy the least about your prenatal care or your experience with the nursing staff.

Question #5

- Please describe how you feel during your meetings.

- Emotions
- Questions

Question #6

- Please explain why you feel this way during your meetings?

Question #7

- How would you describe your relationship with the nurse?
 - What type of relationship is it?
 - Please describe the impact of this relationship on your care.

Question #8

- What keeps you coming back for the care?

Question #9

- What change(s) could we make to your care to improve your experience?

Closing

- Is there anything else that you haven't mentioned during the interview and that you would like to add? If so, please specify.

Legend Additional File 1 abbreviations. LCSC: local community service center

Additional File 2

Factors influencing the prenatal nursing care experience of women in contexts of vulnerability

Dimensions	Factors	Examples	Verbatim
Fulfillment of pregnant women's prenatal care needs and expectations	Past experiences	Prenatal care at the LCSC	Whether I was going to connect with the person because this is something that is important [...]. I was apprehensive [...] about knowing how things were going to happen or knowing that it was someone from the LCSC since I've never really had a good relationship with people from the LCSC. (Sarah)
		Previous pregnancy	If I had never given birth, I certainly I would have had more questions on how things happen. (Dalhia)
		Prenatal nursing care	I had already been through it for my son in the past, so I knew what it was. I like my nurse very much, so I feel like seeing her again. (Ella)
	Current pregnancy experience	New role as a parent	The nurse was very present, reassuring me about my role as a mother, as well as about becoming a parent. (Isabella)
		Pregnancy signs, symptoms and complications	[The nurse] answered my questions about diabetes as well. She showed me how to inject myself with insulin and explained how to do it correctly. (Kiara)
		Couple	We also had questions about sex; can it affect the baby? Things like that. (Hélène)
		Newborn development	[The follow-up] was really to check on my baby. (Ella)
		Relationship with the nurse	That's what I needed from my nurse, a bond of trust. (Isabella)

Fulfillment of pregnant women's prenatal care needs and expectations

Dimensions	Factors	Examples	Verbatim
Family concerns	Services for partner		[My spouse] is struggling with parenting, in terms of his self-confidence. [...] I wish he could have had a follow-up with an outside person who is not... who is impartial [...]. A social worker or a [psychologist] who could help him get through this and finally move it along, get it over with. When I found out [that this service was available through the Olo program], it was added along the way. (Aria)
	Services for children		[The nurse] focuses a lot on my pregnancy and not on my son. (Flora)
Motivation	Recommendation from health professionals		Christina, who was receiving care for her second pregnancy, mentioned: “[The nurse] said—normally, when we have follow-ups with [women in your situation] [...]—I can’t see why the YPS would take the child from you because we’re [supporting you].” This influenced her motivation to take part in the program: “I didn’t take any chances since the YPS was involved in my daughter’s case. I said to myself—darn, if I have help with this child, like from the Olo program at the LCSC, [and] I’m taking part in the SIPPE program, well, maybe the YPS won’t come and take it away from me right away.”
	Initial contact		[The nurse] had a good approach on the phone from the very beginning [...]. I liked it, it made me want to go, to find out more about what her job is and what she could do for me. (Fernanda)
	Social circle		It was my sister who recommended it to me [prenatal nursing care], because she had taken part [in the SIPPE and Olo programs], especially because of my financial situation, it helped me [...], I knew I was going to get help. (Emilia)

Dimensions	Factors	Examples	Verbatim
Fulfillment of pregnant women's prenatal care needs and expectations	Contexts of vulnerability	Limited financial resources	I needed more [help] in terms of being able to get proper groceries for the kids, for me and the baby, and then to be able to carry on with that. (Dalhia)
	Health issue (dysphasia)	Because I suffer from dysphasia, I have a greater need to have someone with me so I really know what to do... Really do the right thing during my pregnancy. (Alya)	
	Health literacy	I have forms to fill out that I don't understand. [The nurse] helped me answer the questions on the questionnaire [...], as I needed a medical report for social assistance, for a pregnancy certificate. (Jenna)	
Pregnant women's perception of nurses	Nurse's approach	Openness	If [the nurse] hadn't been as open-minded as she was, I think I would have felt more like things were being imposed on me, and I would have enjoyed the meeting less. (Elisa)
	Woman-centered approach	There's really someone who cares about you, and it's really about how you are doing, because, often, when you're pregnant, people just see the belly. [...] It may sound silly, but it feels good. Yes, I'm pregnant and, yes, my friends and family have concerns, but that's not all there is. [Camilla] is still here, it is not just about the belly (Camilla)	
Pregnant women's perception of nurses	Nurse's characteristics	Age	Of course, the fact [that the nurse] is younger helps because when you're young, it's more reassuring to have someone who is closer to your age group. Of course, I am more comfortable speaking with my nurse, who must be 27–28, than with my nutritionist [...], who, I would say, is closer to her late forties. It's different. (Brenda)
	Experience	She was a 23-year-old, with no kids, looking at me with a big smile and then, she was like—what do you want to talk about today? It was not easy to forge a bond. The nurse's level of experience has to weigh a little in the balance. Having a nurse who is experienced, and who knows her stuff can help build trust (Félicia)	

Dimensions	Factors	Examples	Verbatim
Pregnant women' s perception of nurses	Nurse's interventions	Consideration of expectations/needs	I didn't feel [that the LCSC nurses] were forcing us or that they absolutely wanted us to check things on the list. That's not true... The first nurse really insisted that I check as many things as possible [things that I need], yes, but I don't need them (Aria)
		Consideration of contexts of vulnerability	[The nurse] provided resources for me to call or check out. Thanks to that nurse, I was able to get several things, [...] such as social pediatric services in my city, telephone numbers to find out if physiotherapy or osteopathy were available for low-income individuals, lots of little things like that. She took care of me because I'd had lumbar sprains (Lyvia)
		Counselling and education	[The nurse] could see that I was stressed, because she had told me about the baby blues [...] When she started explaining the baby blues to me, I looked at her like a stranger, she told me, "No, it's not that you [are going to have] the baby blues, it's just to explain it to you because it's very important that you know what it is" (Bonita)
Pregnant women' s perception of prenatal primary care organization	Modalities of care	Content of the care	[The nurses] were pushing to finish the meeting, to rush it. I told them that we were really tired, and that it would have been nice if we could stop the video and just resume another day. (Hélène)
		Care delivery setting	My nurse was really kind, but I didn't get to know her that much as we met over the phone; it's not the same bond as face-to-face either. (Clara)
		Making an appointment	It's easy, if I want an appointment in two weeks, I can have one. I like that. (Brenda)
	Continuity of nursing care	Changing nurses	It was stressful, because I hate change; it makes me very anxious. So changing nurses made me really scared. (Bonita)
	Program services	Follow-up with other providers	After three meetings to discuss it [a follow-up for her son], [the nurses] told me that I might get something, but I haven't heard from them yet. (Aria)

Dimensions	Factors	Examples	Verbatim
Pregnant women's perception of prenatal primary care organization	Number of providers	You meet so many people when you are pregnant, you have appointments, especially for high-risk pregnancies [...], at some point, it becomes dizzying. So the fewer people you have to meet, the better. (Hélène)	

Legend Additional File 2 abbreviations. YPS: Youth protection services; Olo: Œuf-lait-orange (Egg, milk, orange); SIPPE: Services Intégrés en Périnatalité et Petite Enfance (Integrated Perinatal and Early Childhood Services).

CHAPITRE 5 – PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES

Dans ce chapitre, des précisions méthodologiques non abordées dans l'article 2 présenté au chapitre précédent sont présentées en ce qui a trait à la posture épistémologique et au devis de recherche, au processus de recrutement, aux outils et à la méthode de collecte de données, à la méthode d'analyse ainsi qu'aux considérations éthiques du projet doctoral.

5.1 Posture épistémologique et devis de recherche

Le projet doctoral s'inscrit dans le paradigme constructiviste/interprétatif en utilisant le devis de l'approche descriptive interprétative de Thorne (2016). Comme souligné par Thorne, l'approche descriptive interprétative est teintée de l'enquête naturaliste de Lincoln et Guba (1985). Ces derniers définissent l'enquête naturaliste ou constructiviste comme étant un paradigme d'enquête (Lincoln, 2007) qui comprend cinq axiomes. Les quatre premiers axiomes correspondent aux présuppositions philosophiques en recherche qualitative, définies par Creswell et Poth (2017a), qui sont l'ontologie, l'épistémologie, l'axiologie et la méthodologie. Le cinquième axiome de Lincoln et Guba (1985) est la transférabilité. La posture épistémologique du projet doctoral est abordée sous l'angle de ces cinq axiomes.

Au niveau ontologique, les réalités représentent une construction mentale et sociale de nature subjective; conséquemment, les vérités sont multiples. Il est accepté que les vérités peuvent se contredire (Thorne, 2016; Thorne et al., 2004). Ainsi, les femmes enceintes en contextes de vulnérabilité⁷ présentent des expériences uniques et subjectives de leur suivi prénatal infirmier. D'un point de vue épistémologique, le savoir provient des expériences humaines, se traduisant par une construction sociale contextuelle (Thorne et al., 1997). La participante ou le participant développe une relation inséparable avec la chercheuse ou le chercheur, où ce dernier agit à titre d'instrument et module son entretien selon la participante ou le participant. Newman (2009) souligne la nature intersubjective du dialogue (Bae, 2017), tant par la subjectivité de la chercheuse ou du chercheur que par celle de la participante ou du

⁷ Femmes sera utilisé pour désigner femmes enceintes en contextes de vulnérabilité dans la présente section.

participant avec qui la relation s'établit. De cette intersubjectivité apparaît un processus de co-construction (Hunt, 2009) entre la construction mentale subjective de la participante ou du participant combinée à l'interprétation de la chercheuse ou du chercheur à partir des données (Thorne, 2016; Thorne et al., 2004). Dans cette mesure, le phénomène de l'expérience du suivi prénatal infirmier des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité résulte d'une co-construction entre les femmes participantes à l'étude et l'étudiante-chercheuse.

La positionnalité fait partie de l'axiome de l'axiologie. Cette positionnalité de la chercheuse ou du chercheur par rapport au projet doctoral inclut la considération de ses caractéristiques personnelles (p. ex. son sexe, son genre, son âge, son origine ethnique) (Guba & Lincoln, 1982; Lincoln & Guba, 1985) ainsi que son expérience personnelle, professionnelle et politique (Creswell & Poth, 2017a). La chercheuse ou le chercheur n'agit donc pas à l'aveugle ou en mettant de côté ses connaissances et son expérience. Dans le cadre du projet doctoral, l'étudiante-chercheuse a une expérience de pratique infirmière dans les soins maternels et infantiles. Cette expertise clinique lui a permis de mettre en évidence le manque de connaissances en ce qui a trait au suivi prénatal des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité. Cette préoccupation d'ordre disciplinaire, dérivée de la pratique clinique, motive l'étudiante-chercheuse à vouloir améliorer la qualité des soins et l'accessibilité aux soins de ces femmes (Thorne et al., 1997). Au-delà de l'intérêt personnel de l'étudiante-chercheuse, il existe un réel besoin de développer des connaissances scientifiques et pratiques (Thorne et al., 2016) sur le sujet, comme démontré par l'énoncé du problème et la recension des écrits. De plus, l'étudiante-chercheuse a conscience que son statut social professionnel et social doit être considéré dans le projet. En effet, Thorne (2016) souligne que les participantes et les participants à la recherche peuvent avoir d'autres motivations que la contribution au développement des connaissances lorsqu'ils sont avec une personne professionnelle de la santé. Ainsi, l'étudiante-chercheuse doit porter une attention à la façon de présenter la participation au projet et son rôle.

En ce qui a trait au statut social, l'étudiante-chercheuse présente un statut social de femme caucasienne ayant un diplôme d'études de deuxième cycle. Considérant que l'expérience peut varier d'une personne à l'autre selon son sexe/genre, son statut socioéconomique et son origine ethnique (Carde et al., 2015), l'étudiante-chercheuse peut, au préalable des entretiens, ne pas avoir conscience de l'expérience des femmes faisant partie de la clientèle à l'étude. Ce statut d'étudiante-chercheuse peut aussi amener une vulnérabilité de part et d'autre des parties prenantes de l'entretien. D'une part, Gagnon et al. (2019) suggèrent de prendre soin de la personne. Parmi les stratégies proposées par ceux-ci, l'entretien a été réalisé dans un endroit confortable pour la femme, la description du projet a été acheminée au préalable de l'entretien, puis il a été expliqué aux femmes qu'il n'y avait pas de bonnes ou de mauvaises réponses lors de cet entretien. L'étudiante-chercheuse a évité de rappeler aux femmes de leur vulnérabilité en ayant recours à cette terminologie, car cela aurait pu favoriser une relation infirmière-patiente rappelant les milieux de soins, alors que la relation doit être de nature étudiante-chercheuse-femme enceinte. Il leur a été mentionné que l'entretien visait spécifiquement à connaître leur expérience. D'autre part, l'étudiante-chercheuse a pu vivre une vulnérabilité face à son impuissance auprès de ces femmes (Lupien, 2020). Au niveau méthodologique, la recherche se déroule dans un contexte le plus naturel et le plus représentatif possible de celui des participantes ou des participants (Hammersley & Atkinson, 2007). Elle s'effectue par un processus souple et itératif et par une analyse inductive complexe (Thorne, 2016). La chercheuse ou le chercheur interprète les résultats des expériences communes et individuelles par une démarche dialectique, afin d'en dégager des associations, des relations ou des modèles récursifs (*patterns*) (Thorne et al., 1997). Ainsi, l'analyse permet de dégager des modèles récursifs dans l'expérience des femmes en considérant l'ensemble des expériences du suivi prénatal de ces femmes, autant les expériences qui sont récurrentes que celles qui sont uniques (Thorne, 2016).

Le dernier axiome de Lincoln et Guba (1982; 1985) établit que la réalisation d'hypothèses individuelles met l'accent sur les différences. Par conséquent, les résultats ne peuvent être généralisés, mais plutôt être transférés à d'autres contextes qui présenteront des caractéristiques similaires, d'où l'importance d'une description en profondeur du suivi prénatal des participantes à l'étude et de leurs caractéristiques. Ces cinq axiomes sont cohérents avec les critères de rigueur spécifique à la recherche qualitative (7.3 Critères de rigueur).

5.2 Processus de recrutement

Le recrutement s'est effectué à travers les CLSC et les réseaux sociaux. Au Québec, la continuité des soins est assurée par 13 centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et neuf centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). C'est à travers les CLSC de ces CISSS/CIUSSS que sont dispensés les soins prénatals en soins de première ligne aux femmes (Trottier, 2003).

5.2.1 Recrutement dans les CLSC

Trois CISSS (Côte-Nord, Montérégie-Est, Montérégie-Centre) et un CIUSSS (Saguenay-Lac-Saint-Jean) de la province du Québec ont accepté de collaborer au projet de recherche. Les CISSS/CIUSSS ont été sélectionnés par convenance (Fortin & Gagnon, 2022) avec des critères de diversification géographique (p. ex. la taille de la population) et de profil des clientèles (p. ex. présence d'immigrants, de membres des Premières Nations). Les pratiques infirmières en matière de suivi prénatal sont sensiblement les mêmes dans l'ensemble des établissements du Québec et sont assujetties aux mêmes politiques ministérielles (Durand & Harvey, 2015; MSSS, 2008; 2015). Les directions des CISSS/CIUSSS ont été approchées afin d'obtenir leur autorisation d'effectuer le recrutement dans leur établissement. Une rencontre a eu lieu avec les gestionnaires des continuums jeunesse des CLSC de chaque CISSS/CIUSSS afin d'expliquer le projet, l'objectif de l'étude, les risques et les bénéfices pour les femmes ainsi que le rôle attendu des infirmières et infirmiers. Des feuilles explicatives du projet ont été remises aux milieux afin qu'elles soient distribuées à l'ensemble des infirmières et infirmiers pour les informer du projet (Annexe 2 – Feuille de présentation aux milieux).

Étant donné la présence d'un lien de confiance déjà préétabli entre les infirmières ou infirmiers et les femmes lors du suivi prénatal effectué, les infirmières et infirmiers ont réalisé le contact initial auprès des femmes répondant aux critères d'inclusion en leur transmettant une feuille explicative du projet (Annexe 3 – Feuille de présentation aux participantes potentielles). Les infirmières et les infirmiers leur demandaient si elles acceptaient d'être contactées pour participer au projet. Puis, l'étudiante-chercheuse leur téléphonait afin d'expliquer le projet, de s'assurer qu'elles répondent aux critères d'inclusion et de planifier une rencontre pour effectuer l'entretien. Les infirmières et les infirmiers étaient invités à compléter une note infirmière dans le dossier clinique en mentionnant que les femmes acceptaient que leurs coordonnées soient transmises à l'étudiante-chercheuse. Les infirmières et les infirmiers pouvaient utiliser un formulaire disponible dans le milieu, lequel est similaire à celui présenté en annexe 4 (Annexe 4 – Consentement au partage des données) que les femmes pouvaient remplir. Un plan de collecte de données a été mis en place afin de répondre aux exigences de la pandémie mondiale reliée au *CoronaVirus Disease appeared in 2019 (COVID-19)* (Annexe 5 – Plan COVID-19 pour le recrutement).

5.2.2 Recrutement via les médias sociaux

La deuxième méthode de recrutement s'est effectuée via les médias sociaux, plus spécifiquement via la plate-forme Facebook qui renvoyait à une plage web créée uniquement pour ce projet de recherche via Wix où une annonce explicative du projet était présentée (Annexe 6 – Annonce de présentation sur Facebook). La méthode d'échantillonnage était également par convenance avec des critères de diversification. Les critères spécifiques aux médias sociaux étaient : 1) le lieu de résidence, soit au Québec; 2) l'âge de 18⁸ à 50 ans; et 3) le sexe féminin. Les centres d'intérêt ciblés à travers les pages Facebook consultées étaient : un bébé à bord; allô maman, ici bébé; aide; grossesse; solitude; vulnérabilité; programme; et revenu. Cette méthode a l'avantage de pouvoir recruter des femmes distribuées géographiquement à travers le Québec, mais aussi des femmes éprouvant des difficultés à se déplacer en raison d'un contexte de vulnérabilité (Thoër & Millerand, 2016)

⁸ Afin de respecter les règlements concernant la publicisation via les réseaux sociaux, l'âge minimal était de 18 ans au lieu de 16 ans (Meta Business, 2022).

ou même en raison de la pandémie liée à la COVID-19. Le processus de recrutement était basé sur le guide de recrutement via les médias sociaux de Gelinas et al. (2017).

5.3 Outils et méthode de collecte de données

Trois outils de collecte de données ont été utilisés afin de collecter les données et de répondre à l'objectif général ainsi qu'aux questions de la recherche : un questionnaire sociodémographique; un guide d'entretien; et un journal de bord.

5.3.1 Questionnaire sociodémographique

Afin d'avoir un portrait complet des caractéristiques des participantes, chaque femme remplissait un questionnaire sociodémographique (Annexe 7 – Questionnaire sociodémographique). Le questionnaire sociodémographique était complété avant l'entretien, alors que l'étudiante-chercheuse posait les questions aux femmes et inscrivait la réponse dans le formulaire. Les questions ont permis de documenter les contextes de vulnérabilité (p. ex. le niveau d'éducation, le revenu), les caractéristiques de la grossesse (p. ex. la date prévue d'accouchement, le nombre de semaines de grossesse) ainsi que les caractéristiques du suivi prénatal (p. ex. le nombre de semaines de suivi prénatal, le lieu des visites, le nombre d'infirmières ou d'infirmiers impliqués dans le suivi).

5.3.2 Entretien individuel/Guide d'entretien

Les entretiens semi-dirigés s'avèrent une méthode de collecte de données appropriée puisque le savoir se développe au cours d'une conversation entre la chercheuse ou le chercheur et la participante ou le participant (Brinkmann & Kvale, 2015a). Cette méthode permet de collecter de l'information sur des sujets plus intimes ou complexes, comme celui de l'expérience des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité (Savoie-Zajc, 2009). Les entretiens semi-dirigés laissent une liberté dans les propos des personnes interrogées (Fortin & Gagnon, 2022), permettant de collecter de l'information riche sur le phénomène, tout en assurant une certaine ligne de conduite. L'entretien permet de respecter les fondements de l'approche descriptive interprétative où il existe une multitude de réalités (Lincoln & Guba, 1985; Thorne, 2016). Ainsi, l'entretien semi-dirigé a permis de collecter des données

subjectives concernant l’interprétation des femmes de leur propre réalité contextuelle (Brinkmann & Kvale, 2015b). Les entretiens ont été réalisés par l’étudiante-chercheuse.

La première version du guide d’entretien a été développée à partir de la synthèse thématique présentée dans la recension des écrits en tentant de respecter les principes de Savoie-Zajc (2009). Dans cette optique, sept à huit questions ouvertes ont été formulées, dont les premières étaient plus générales, celles du milieu étaient plus précises et intimes, et celles de la fin étaient plus factuelles. Une certaine flexibilité était possible au cours des entretiens, permettant d’ajouter d’autres questions en lien avec les réponses des participantes (Kallio et al., 2016). Le guide d’entretien a évolué en fonction des thèmes à approfondir à la suite des analyses effectuées en parallèle (Annexe 8 – Guide d’entretien semi-dirigé version finale).

Avant le début du recrutement, l’étudiante-chercheuse a effectué deux essais d’entretien auprès de deux participantes ne faisant pas partie de l’échantillon en leur demandant leurs avis sur la clarté des questions et leur compréhension (Sylvain, 2002). Aucun changement n’a été fait à la suite de ces essais, mais ceux-ci ont permis une introspection de la part de l’étudiante-chercheuse sur la façon de réaliser ces entretiens.

5.3.3 Journal de bord

Le journal de bord permet une réflexivité sur le processus de recherche (Baribeau, 2005). L’implication de l’étudiante-chercheuse a été documentée en lien avec la collecte de données auprès des participants, les analyses et l’interprétation des résultats. Le journal comprend six types de notes : les notes descriptives de l’entretien; les notes des activités; les notes des différentes personnes-ressources; les notes méthodologiques; les notes réflexives; et les notes analytiques (Lincoln & Guba, 1982) (Annexe 9 – Extrait du journal de bord).

5.4 Déroulement de la collecte de données

En raison du contexte de la pandémie mondiale, parmi les mesures d'adaptation à la pandémie (Annexe 5 – Plan COVID-19 pour le recrutement), le plan C a été mis en application tout au long du recrutement. Cela signifie que les femmes pouvaient réaliser les entretiens selon leur convenance, soit par téléphone ou de façon virtuelle par la plate-forme Zoom qui comprend un système d'enregistrement.

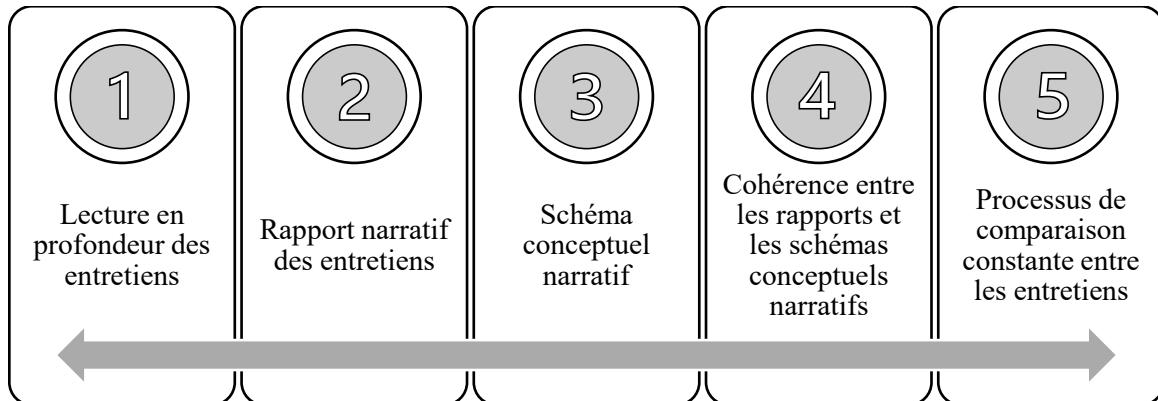
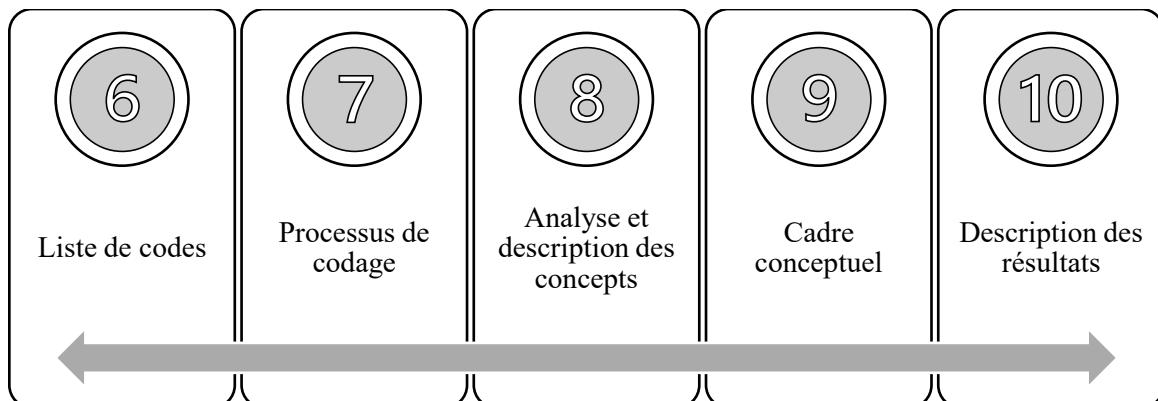
5.5 Méthode d'analyse

Afin de s'approprier le contenu des entretiens (Brinkmann & Kvale, 2015c), leur transcription en *verbatim* a été effectuée par l'étudiante-chercheuse ainsi que par une transcriptrice professionnelle dans le logiciel de traitement de textes Word (MacLean et al., 2004). L'analyse thématique inductive s'est effectuée selon un processus itératif comparatif constant avec la méthode *Qualitative Analysis Guide of Leuven* (QUAGOL) proposée par De Casterlé et al. (2012) (Figure 1), une méthode cohérente avec l'approche descriptive interprétative de Thorne (2016).

La méthode QUAGOL (De Casterlé et al., 2012; 2021) comprend 10 étapes réparties en deux phases, soit la phase de préparation au codage dite papier-crayon (étapes 1 à 5) et celle du codage avec le logiciel Nvivo version 2.0.10 (étapes 6 à 10) (Annexe 10 – Étapes d'analyse). Cette méthode met l'accent sur la collaboration en équipe au moyen du partage d'idées entre l'étudiante-chercheuse et les directrices de sa thèse. Les données codées correspondent aux *patterns*, aussi nommés modèles récursifs, répondant aux questions de recherche au moyen des *verbatim* des participantes. Par exemple, les données codées de la question 1 étaient relatives aux facteurs qui influencent l'expérience des femmes lors de leur suivi prénatal infirmier. Un assistant de recherche a validé les étapes un à dix de la méthode QUAGOL. Par la suite, l'étudiante-chercheuse et les directrices se sont rencontrées afin d'assurer une interprétation commune des résultats (Paillé & Mucchielli, 2021) et d'avoir une meilleure compréhension de l'expérience du suivi prénatal infirmier des femmes en contextes de vulnérabilité.

Figure 1.

Phases et étapes de la Méthode QUAGOL

Phase de préparation au codage (papier-crayon)**Phase de codage (logiciel de codage)**

Inspirée de De Casterlé, B. D., Gastmans, C., Bryon, E., & Denier, Y. (2012). QUAGOL: A guide for qualitative data analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 49(3), 360-371.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.09.012>

Le processus était évolutif, car les thèmes ont été identifiés tout au long de l'analyse des données (Thorne, 2016). L'analyse inductive permet de reconnaître les connaissances de l'étudiante-chercheuse sur le sujet et que celle-ci puisse consulter d'autres référents empiriques afin de valider sa démarche en cours d'analyse (Thorne, 2016; Thorne et al., 2004).

En ce qui concerne le questionnaire sociodémographique, les données ont été analysées sous forme de statistiques descriptives; notamment de moyennes pour les variables continues (p. ex. le nombre de semaines de grossesse, etc.) et de fréquences pour les variables catégoriques (p. ex. le revenu, le niveau d'éducation, etc.) (Fortin & Gagnon, 2022).

5.6 Considérations éthiques

5.6.1 *Considérations éthiques au projet doctoral*

Le projet a été accepté par le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) à l'intérieur d'une approbation éthique multicentrique (Annexe 11 – Approbation éthique du Comité éthique du CIUSSS de l'Estrie-CHUS). La convenance institutionnelle a été autorisée par chaque CISSS/CIUSSS afin que la collecte de données se déroule dans leurs installations. Le consentement libre, éclairé et continu a été obtenu via un formulaire écrit auprès de chaque participante à l'étude, joint d'un consentement visuel pour les femmes ayant un contexte de faible littératie ou d'immigration (Heerman et al., 2015) (Annexe 12 – Formulaire de consentement). Le formulaire de consentement a été acheminé à l'avance afin que les participantes puissent en prendre connaissance. Le formulaire abordait le projet de recherche, le rôle des participantes, les risques et bénéfices de leur participation ainsi que les éléments de confidentialité. Des stratégies ont été mises en place afin d'assurer l'anonymat des participantes, dont la dénominalisation lors de la transcription des *verbatim*, le retrait d'expressions et de toute autre donnée permettant l'identification d'une participante, de ses proches, d'intervenantes ou d'intervenants impliqués dans son suivi ainsi que l'attribution d'un prénom fictif aux femmes (Saunders et al., 2015). Afin de préserver un consentement libre et éclairé, l'étudiante chercheuse procérait au recrutement par téléphone plutôt que par une sollicitation directe par les infirmières, car ces dernières auraient pu exercer une influence indue

découlant d'une relation de pouvoir entre l'infirmière/infirmier-femme enceinte (Creswell & Poth, 2017b). En effet, les femmes auraient pu accepter de participer à l'étude par crainte d'influencer négativement leur relation avec leur infirmière ou infirmier (Conseil de recherches en sciences humaines du Canada [CRSH], Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada [CRSNG], & IRSC, 2018). Également, les femmes étaient avisées que le contenu de l'entretien ou encore le nom des femmes qui acceptaient ou refusaient de participer n'étaient pas transmis à leur infirmière ou infirmier, réduisant les impacts potentiels sur leur suivi prénatal infirmier (CRSH, CRSNG, & IRSC, 2018).

Les enregistrements et les *verbatim* ont été classés de façon logique dans un fichier sécurisé. Selon l'Énoncé de politique des trois conseils-2 (ÉPTC-2) (CRSH, CRSNG, & IRSC, 2018), les données sont entreposées de façon sécuritaire selon le principe des trois clés pour une période de dix ans et l'accès aux données a été restreint à l'équipe de direction et l'étudiante-chercheuse. Ces stratégies ont permis d'assurer la confidentialité des données. Les membres de l'équipe de direction avaient accès aux données originales (Laperrière, 1997) afin de valider la justesse des analyses (Lincoln & Guba, 1985).

Advenant le cas où les participantes auraient ressenti le besoin de verbaliser davantage à la suite de l'entretien, avec leur consentement, elles pouvaient être référées à leur intervenante ou intervenant pivot du programme SIPPE ou, sinon, à d'autres services, tels que TEL AIDE ou Info-social. Afin de compenser les minutes téléphoniques utilisées et le temps des femmes pour la réalisation des entretiens, une compensation financière de 20,00 \$ leur était attribuée à la fin de l'entretien. Comme mentionné par l'ÉPTC-2 (CRSH, CRSNG, & IRSC, 2018), le faible montant compensatoire permet d'éviter qu'il soit perçu comme une incitation financière qui pourrait nuire au volontariat.

5.6.2 Considérations éthiques spécifiques aux médias sociaux

Le recrutement via les médias sociaux s'est fait de façon passive en respectant les mesures respectives de chaque page Facebook consultée et les règlements de la plate-forme Facebook. Une liste des pages de publications abordant des thèmes relatifs à la grossesse a été fournie au préalable au Comité éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie-CHUS (Annexe 13 – Listes de pages et groupes Facebook). Ces pages ont été sélectionnées en fonction du nombre d'abonnés, de la thématique abordée et de la clientèle cible. La participation volontaire a été respectée en laissant les femmes effectuer le premier contact. Dans un souci de préoccupation pour le bien-être des participantes (CRSH, CRSNG, & IRSC, 2018), la confidentialité a été respectée par des interactions avec les femmes non visibles aux utilisateurs des plates-formes. Ces interactions ne portaient pas sur des sujets sensibles, tels que leurs contextes de vulnérabilité ou leurs coordonnées. La collecte des données s'est ensuite déroulée par téléphone ou Zoom selon la convenance des participantes.

CHAPITRE 6 – COMPLÉMENT DES RÉSULTATS

Dans ce chapitre, un complément de résultats portant sur la description des participantes est présenté, suivi d'un complément de la question 1 de la thèse. Ce chapitre répond ensuite aux questions 2 et 3 de la thèse.

6.1 Description des participantes

Vingt-quatre femmes⁹ ont réalisé les entretiens semi-dirigés (Tableau 1). Les femmes provenaient de 11 CLSC différents répartis à travers 6 CISSS/CIUSSS¹⁰ de cinq régions du Québec (Figure 2). Toutes les femmes présentaient plus d'un contexte de vulnérabilité. Ces contextes étaient très diversifiés : présence de difficultés physiques, psychologiques et cognitives, c'est-à-dire des problèmes de santé (comme une maladie chronique, une infection, un état ou un syndrome); un jeune âge (c.-à-d. 16 à 20 ans); des difficultés sociales (c.-à-d. isolement social ou suivi avec la direction de la protection de la jeunesse [DPJ]); sans emploi; la monoparentalité; des difficultés financières; un faible niveau de scolarité ou de littératie; un statut d'immigrante ou une origine ethnique minoritaire; l'appartenance à la communauté Lesbiennes, Gais, Bisexuels, Transgenres, Queer ou en Questionnement, Intersexués et Bispirituels (LGBTQI2+); des comportements délétères pour la santé (c.-à-d. consommation d'alcool, de tabac, de drogues ou de la vapoteuse); ou le fait de vivre dans une région éloignée.

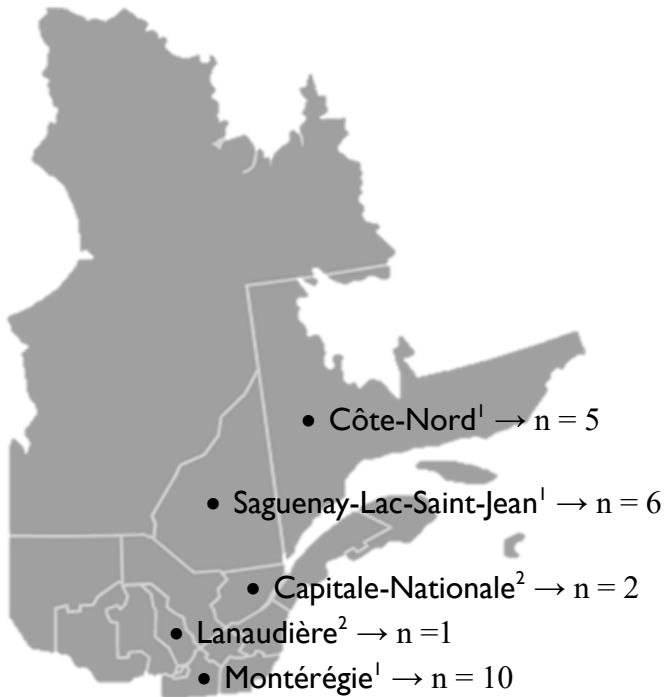
⁹ Afin de simplifier la lecture de ce chapitre, femmes sera utilisé pour désigner femmes enceintes en contextes de vulnérabilité.

Tableau 1.
Caractéristiques des participantes à l'étude

Prénoms fictifs des participantes	Âge	Nombre de semaines jours de grossesse	Nombre de mois semaines après l'accouchement	Nombre d'enfants vivants	Nombre de suivis aux programmes Olo/ SIPPE incluant la grossesse actuelle	Nombre de visites aux programmes Olo/ SIPPE pendant la présente grossesse
Alya	22	26 ^{0/7}	-	0	1	4
Aria	30	24 ^{3/7}	-	1	1	3
Bonita	37	-	9 ⁰	1	1	>10
Brenda	16	22 ^{4/7}	-	0	1	5
Camilla	31	29 ^{5/7}	-	0	1	3-4
Christina	23	24 ^{0/7}	-	1	2	6
Clara	35	-	1 ³	1	2	6
Dalhia	34	-	9 ²	2	3	4-5
Ella	21	30 ^{4/7}	-	1	2	10
Élisa	20	-	5 ²	1	1	>10
Émilie	21	-	9 ³	0	1	>10
Félicia	30	36 ^{5/7}	-	1	2	>10
Fernanda	18	27 ^{4/7}	-	0	1	>10
Flora	19	21 ^{5/7}	-	1	2	10
Gabriella	21	-	8 ²	0	1	8
Hélène	29	-	1	1	2	>10
Isabella	27	-	1 ²	0	1	>10
Jenna	33	24 ^{2/7}	-	0	1	2-3
Julia	20	-	1 ¹	0	1	>10
Kiara	24	-	1 ¹	1	2	6-7
Lena	20	-	8 ¹	0	1	>10
Lyvia	26	-	2 ⁰	1	2	2
Ramona	38	-	6 ⁰	2	3	>10
Sarah	19	-	5 ⁰	0	1	10

Légende Tableau 1. Abréviations : Olo, Œuf-lait-orange; SIPPE, Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance.

Figure 2.
Nombre de femmes enceintes par régions du Québec



Légende Figure 2. ¹Régions où les CISSS/CIUSSS (n = 4) participaient au recrutement.

²Régions où les CISSS/CIUSSS (n = 2) ne participaient pas au recrutement, mais dont il a été possible de les inclure grâce à la collecte de données via les médias sociaux.

Les femmes ont reçu au moins deux visites prénatales. Elles étaient dans le 2^e ou 3^e trimestre de grossesse. Aucun suivi n'a été réalisé par des infirmiers de sexe¹¹ et de genre¹² masculin¹³. Le suivi prénatal débutait en moyenne de la 12 à la 14^e semaine de grossesse; les rencontres duraient environ 60 minutes à une fréquence moyenne de deux fois par mois. Les femmes avaient plus d'une prestataire ou d'un prestataire de soins dans leur suivi prénatal global. Ceux-ci étaient principalement une infirmière du CLSC, une nutritionniste ou un nutritionniste et une ou un médecin.

¹¹ Le sexe fait référence au sexe biologique correspondant aux caractéristiques physiques et physiologiques des organes génitaux à la naissance en fonction du niveau d'hormones, de la fonction hormonale et de l'anatomie des parties génitales (Encyclopédie canadienne, 2022).

¹² L'identité de genre fait référence à la façon dont une personne caractérise son sexe (Encyclopédie canadienne, 2022).

¹³ Puisque ce sont uniquement des infirmières qui ont réalisé le suivi prénatal infirmier des femmes participantes, seule l'appellation infirmière sera utilisée dans ce chapitre.

6.2 Question 1 – Quels sont les facteurs influençant leur expérience du suivi prénatal infirmier en soins de première ligne?

Les résultats de la première question présentés dans l'article 2 mettent en lumière les facteurs influençant l'expérience du suivi prénatal infirmier des femmes. Ces facteurs sont la réponse face aux attentes et aux besoins de la femme, la perception de l'infirmière qui porte sur son approche, ses caractéristiques et ses interventions, ainsi que l'organisation des soins de santé, l'environnement et la relation infirmière-femme enceinte. L'analyse des données afin de répondre aux autres questions de la thèse a permis de bonifier les résultats en ajoutant des éléments propres à la femme, à l'environnement (p. ex. le contexte sociétal, l'expérience des proches) et à la relation infirmière-femme enceinte comme autres facteurs influençant l'expérience de ces femmes, lesquels avaient été peu élaborés dans l'article de résultats.

6.2.1 *Influence de la femme sur son expérience*

Le thème précédemment identifié au chapitre 4, la réponse aux attentes et aux besoins de la femme enceinte, a été reformulé par l'influence de la femme enceinte et réponses face à ses attentes/besoins. De cette manière, il a été possible d'ajouter que chaque femme avait une influence sur son expérience :

J'en ai parlé avec des amies, qui n'ont pas eu accès à tout ce que c'était [le suivi prénatal infirmier] [...]. Je suis pas mal sûre que ça doit être de la façon que les participants ont l'air intéressés à la chose [au suivi prénatal infirmier]. (Clara)

Par ailleurs, les femmes ont souligné que leurs perceptions, leur attitude (p. ex. leur écoute) ou même leur implication dans le suivi pouvaient faciliter leur relation avec l'infirmière : « [L'infirmière] me donne des bons conseils. Je les écoute comme il faut. Je pense que ça facilite juste plus ce qui se passe entre moi et elle » (Gabriella).

6.2.2 *Influence de l'environnement*

Le contexte sociétal de la pandémie de la COVID-19 peut avoir des répercussions sur l'expérience des femmes. Pour certaines d'entre elles, porter un masque et préserver une distanciation rendait plus difficile la création d'un lien. À l'inverse, d'autres ont souligné qu'elles s'étaient habituées à ces mesures : « ce n'était pas pareil, mais je n'ai pas

l'impression d'avoir manqué de rien » (Dalthia). Les expériences des proches pouvaient aussi influencer leur implication dans les programmes et par conséquent, affecter leur expérience.

6.2.3 Influence de la relation avec les infirmières sur l'expérience des femmes

Tous les facteurs influençant l'expérience du suivi prénatal infirmier peuvent avoir un impact sur la relation et le partage de valeurs communes. Lorsque ces facteurs influençant la relation étaient perçus positivement par les femmes, la relation était, par le fait même, décrite de manière positive. Par exemple, si l'infirmière avait une approche plus impersonnelle, cela ne facilitait pas la relation. D'ailleurs, plusieurs femmes ont comparé leur relation avec celle d'un ou d'une médecin et ont mentionné qu'elle était plus difficile à développer qu'avec celle d'une infirmière, comme l'a soulevé Gabriella :

Je ne l'aimais pas beaucoup mon médecin de famille, fait que l'infirmière, elle a comme été, je pourrais dire, mon petit rayon de soleil, comme pendant ma grossesse. [...] Tu sais, elle était tout le temps gentille, elle répondait tout le temps à mes questions, tout le temps présente pour moi. Mon médecin, lui, il n'était pas très sérieux, je veux dire, la manière qu'il parlait, je n'aimais pas ça, il n'était pas là pour répondre aux questions, les rendez-vous, il s'en foutait un peu.

Les interventions peuvent aussi avoir un impact sur la relation : « [L'infirmière] a pu me référer beaucoup d'aide en même temps, ç'a fait que j'ai tissé un lien avec mon infirmière » (Félicia). Pour d'autres femmes, c'était plutôt la compatibilité au niveau des valeurs qui influençait la relation :

J'ai beaucoup de valeurs puis de principes, puis je suis bien attachée à ça. C'est sûr que moi si on m'arrive, puis on me parle de certaines choses qui ne fonctionnent pas avec moi, je ne me fermerai pas. Je reste ouverte quand même pour pouvoir prendre des conseils puis des suggestions. Mais c'est sûr que je ne créerai pas de lien d'attache avec cette personne-là. (Christina)

À l'inverse, lorsque ces facteurs étaient perçus négativement, la relation avec l'infirmière était alors décrite de manière plus négative, et par conséquent, affectait l'expérience du suivi prénatal. La perception de la relation par les femmes a pour conséquence d'influencer l'expérience. Les femmes associaient une relation positive à une expérience positive : « Je pense que c'est une très belle relation, comme je te dis, je n'ai pas de côté négatif, fait que, à quelque part, je pense que ça se passe bien ». (Ramona)

6.3 Question 2 – De quelle façon la relation infirmière-femme enceinte en contextes de vulnérabilité influence-t-elle l'expérience du suivi prénatal?

Les caractéristiques de la relation infirmière-femme enceinte ont des conséquences sur l'expérience du suivi prénatal. Ces résultats correspondent à la deuxième question de la thèse. Dans cette section, la description des caractéristiques de la relation infirmière-femme enceinte sera d'abord présentée suivi de la relation entre ces thèmes, exposée sous forme de figure.

6.3.1 *Caractéristiques de la relation*

La relation implique la femme et l'infirmière. Selon la perceptive des femmes, leur relation avec l'infirmière était caractérisée par la présence ou non de réciprocité, de confiance et d'un pouvoir décisionnel; ces caractéristiques n'étant toutefois pas exclusives.

La réciprocité se caractérise par la proximité, soit amicale ou familière, dans laquelle les femmes comparaient l'infirmière à une amie. Pour Dalhia, l'infirmière et elle « ... se seraient rencontrées dans un autre contexte, [elles auraient] très bien pu être amies ». D'autres femmes qualifiaient l'infirmière comme un membre de la famille, une « mère », une « tante », ou une « grand-mère ». Cette proximité, amicale ou familière, était déterminée par des rencontres ne portant pas uniquement sur la grossesse, mais aussi sur leur famille ou leurs projets : « Je me sens comme si je parlerais avec une amie [...], elle me parle tout le temps puis, elle veut vraiment, elle s'informe vraiment sur ma vie » (Fernanda). L'interaction de l'infirmière avec le partenaire, la famille, les amies, les amis ou les animaux de compagnie était aussi des exemples d'interactions démontrant de la réciprocité aux yeux des femmes. La réciprocité se manifeste aussi par des échanges bidirectionnels lorsque l'infirmière échangeait et partageait avec les femmes. Le fait de raconter une blague et que l'infirmière rit démontrait par exemple un échange bidirectionnel. Les femmes appréciaient quand l'infirmière se confiait sur ses propres expériences personnelles ou professionnelles avec d'autres femmes, tout en respectant la confidentialité des propos. Il y avait absence d'échanges bidirectionnels lorsqu'à l'inverse, l'infirmière ne faisait pas part de ses expériences, affectant alors la relation comme le démontre Hélène : « J'aurais aimé le voir

aussi, comme plus personnel pour être plus intime on va dire, connaître ses expériences à elle.

Les aspects reliés à l'organisation des soins prénataux en première ligne (c.-à-d. le lieu de la rencontre à domicile selon leur aisance à recevoir l'infirmière au domicile, les rencontres en face à face, le nombre élevé de rencontres, la récurrence des rencontres et la continuité des soins prénataux par la même infirmière) facilitaient la réciprocité : « Le fait que ce soit à la maison aussi, je te dirais que ça l'a peut-être aidé aussi, c'est peut-être un peu impersonnel dans un bureau » (Ramona). Alors que les rencontres téléphoniques, le faible nombre de rencontres, l'intervalle espacé des rencontres et le changement d'infirmière dans le suivi prénatal sont apparus comme des défis à la réciprocité avec l'infirmière, puisque cela ne permettait pas une connaissance approfondie des femmes. Par exemple, Hélénna a peu connu l'une des infirmières :

Je te dirais que [la première infirmière], qui n'était pas [prénom de la deuxième infirmière], ça l'a été assez court, ça duré trois rencontres. Donc, ce n'était pas une relation très haute, c'était vraiment plus des rencontres de base, plus protocolaires si on veut.

La confiance envers l'infirmière était présente à différents degrés : « pour l'instant je commence à avoir un petit peu de confiance en elle » (Christina); « elle a toute ma confiance » (Ella); « je n'avais pas établi le lien de confiance avec elle » (Hélénna). Cette confiance porte sur la confiance envers les compétences et l'information qui leur était transmise par les infirmières :

Je n'avais pas établi le lien de confiance avec elle, je ne la connaissais pas beaucoup, donc quand elle venait... C'était plus, on prend la pression, on regarde les signes vitaux, on répond aux petites questions dans le feuillet puis on ressort, c'était vraiment plus ça quand elle venait. C'était moins personnel. (Hélénna)

La présence de jugement de la part de l'infirmière affectait aussi la confiance. Les femmes percevaient si les infirmières les jugeaient ou non : « Je suis quand même jeune [...], puis souvent, quand tu es jeune maman, il y a un jugement autour, mais [l'infirmière], elle n'en avait pas » (Élisa). Elles associaient le jugement à l'ouverture : « elle est ouverte dans le fond, elle est très ouverte d'esprit, elle ne juge pas » (Félicia); « leur approche est vraiment ouverte, sans aucun jugement » (Hélénna). Lorsque les femmes ne sentaient pas jugées,

notamment face à leurs contextes de vulnérabilité, les femmes pouvaient développer de la confiance. Inversement, si elles se sentaient jugées par l'infirmière, elles développaient alors un faible degré de confiance envers elles. Pour Hélène, il y avait un peu de confiance, car l'infirmière adoptait une approche centrée sur la tâche. D'autres facteurs environnementaux peuvent aussi affecter la confiance. Gabriella mentionnait avoir confiance envers les infirmières parce qu'elle connaissait des amies qui avaient eu des expériences positives de suivi prénatal infirmier : « Deux amies [...] ont eu une aussi bonne expérience que moi avec les infirmières. C'est sûr que ça m'a aidée un peu plus à leur faire confiance ».

Certaines femmes développaient une relation où elle sentait qu'elles avaient le pouvoir de décider alors que d'autres ne le sentaient pas. Le sentiment de pouvoir décisionnel était présent lorsqu'il n'y avait pas d'imposition de la part de l'infirmière et qu'il y avait un partage de ce pouvoir. Élisa explique que, lorsqu'elle recevait de l'enseignement, elle se faisait toujours expliquer le pour et le contre pour chaque décision : « [L'infirmière] m'a présenté le cododo, puis pas le cododo. Dans le fond, les solutions qu'on pouvait faire les deux types ». Flora a vécu la même situation avec son infirmière en ce qui a trait à la vaccination pour la COVID-19 :

J'ai dit que je le refusais et je suis mise à me justifier. Elle m'a dit que je n'ai pas à me justifier, c'est mon choix. C'est vrai que j'ai tendance à me justifier quand j'en parle parce que les autres me jugent. C'est cool, elle m'a laissé libre dans ça.

Il était important pour les femmes de se faire nommer autant les avantages que les inconvénients sur l'allaitement maternel ou la préparation de lait commercial, la consommation de drogues ou non pendant la grossesse ou encore la poursuite de la grossesse ou non. Cette stratégie permettait aux femmes d'avoir une décision reposant sur la balance entre les risques versus les bénéfices.

Il était important pour les femmes de sentir qu'elles pouvaient prendre des décisions et qu'elles étaient respectées par l'infirmière, mais aussi qu'elles pouvaient transmettre des conseils aux infirmières. Christina a expliqué à l'infirmière que ce ne sont pas toutes les femmes qui aiment les vitamines Materna, alors elle lui a suggéré de faire prendre aux femmes des suppléments vitaminiques sous forme de gomme et l'infirmière l'a remerciée pour ce conseil. Christina s'est sentie considérée. Selon certaines femmes, leur pouvoir

décisionnel dépendait de l'infirmière ou de la situation. Dans le cas de Bonita, la relation était autoritaire. L'infirmière lui disait : « Pourquoi as-tu regardé ça sur Internet? Je t'ai donné un livre, tu aurais pu le lire ». Dans cette situation, Bonita appréciait tout de même sa relation, car son infirmière était franche avec elle et utilisait l'humour pour transmettre de l'information. Cependant, plusieurs femmes ne désiraient pas se faire dire comment éduquer leurs autres enfants ou se faire imposer des façons de faire qui allaient à l'encontre de leurs valeurs et de leur vision.

Dans tous les cas, les femmes reconnaissaient l'infirmière comme une personne professionnelle de la santé et respectaient le fait qu'il n'y ait pas d'échanges ou de discussions en dehors du travail. La relation infirmière-femme enceinte était un aspect crucial de l'expérience pour chacune des femmes et elle pouvait englober plusieurs de ces caractéristiques à la fois.

6.3.2 Conséquences de la relation sur l'expérience du suivi prénatal

Les conséquences de la relation se traduisaient par l'aisance à se confier à l'infirmière, la réponse aux attentes et aux besoins des femmes enceintes, la consultation d'autres ressources informationnelles, la motivation à revoir l'infirmière, puis la décision de poursuivre le suivi prénatal.

Aisance à se confier aux infirmières. Lorsque les femmes développaient de la réciprocité et de la confiance envers l'infirmière, elles exprimaient plus facilement leurs attentes, leurs besoins, leurs préoccupations, leurs inquiétudes ou leurs questionnements : « Comme l'autre fois, j'avais des questions sexuelles, parce que ça arrive pendant la grossesse que ça va moins bien. Il n'y avait pas de gêne à en parler » (Flora). C'était aussi le cas de Julia :

Je n'avais pas peur de me confier. J'avais quelque chose à dire, je le disais ou je sentais qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas avec ma grossesse, admettons que je ne sentais pas bébé bouger assez ou que je ne me sentais pas bien par rapport à quelque chose, j'allais lui dire tout de suite, je n'avais pas peur de lui dire. Je savais qu'il n'y aurait pas de jugement.

C'était aussi plus facile pour les femmes de parler de leurs contextes de vulnérabilité. Dalhia a pu verbaliser avec son infirmière sur l'immigration, la détention, la consommation de marijuana pendant la grossesse. Elle ne se sentait pas jugée :

Avec mon chum qui est en prison, ce n'est pas toujours super le *fun* à dire, c'est comme – qu'est-ce que tu fumes? [...] je fume du pot, puis j'ai toujours été transparente malgré le fait que je sais que, professionnellement, elle ne va peut-être rien dire, mais que dans sa tête de femme ou de mère, elle va dire – bien voyons, c'est une *marde*, mais elle ne m'a jamais fait sentir de même, même si, effectivement, elle m'encourageait à diminuer ou, elle me disait – ben déjà d'être honnête, puis de me le mentionner, c'est quand même déjà bon. Puis elle me mettait quand même en garde des conséquences de la consommation avec l'allaitement, quand il était encore dans mon ventre, fait que pour vrai, j'ai vraiment apprécié ça, de pouvoir être honnête parce que c'est plate d'avoir un suivi puis de mentir dans le fond.

À l'inverse, lorsqu'il y avait peu de réciprocité et de confiance, les femmes exprimaient peu leurs attentes, leurs besoins, leurs préoccupations, leurs inquiétudes ou leurs questionnements. Kiara n'était pas à l'aise de dire à son infirmière que sa fille lui « tapait vraiment sur les nerfs » par peur que la DPJ en soit avisée. Ainsi, par peur des conséquences, certaines préféraient ne rien dire ou filtraient l'information. Aria expliquait que : « Ça arrive souvent que je suis obligée de filtrer parce que je sais que je ne suis pas conventionnelle dans la vie, ni mon mode de vie, ni ma personne ».

Réponse aux attentes et aux besoins de la femme. Concernant les attentes et les besoins, ces termes étaient utilisés de façon interchangeable par les femmes. Lorsque les femmes se sentaient en confiance pour s'exprimer, les infirmières pouvaient mieux répondre aux attentes et aux besoins des femmes, entraînant une expérience positive. Bonita a rapidement été traitée pour son infection vaginale du fait qu'elle se sentait suffisamment en confiance avec l'infirmière pour lui révéler les mauvaises odeurs qui se dégageaient de ses parties génitales. Tout comme la relation facilitait la réponse aux besoins des femmes, elle facilitait également la compréhension de l'information. Pour Clara, sa relation amicale avec l'infirmière lui permettait de mieux comprendre l'enseignement reçu lors du suivi prénatal : « Ça se passe dans un mode de conversation comme si je parlais à une amie, fait que la matière elle rentre très bien, c'est toujours clair ». Au contraire, une faible degré de confiance

pouvait nuire à la communication et occasionner une non-réponse face aux attentes et aux besoins des femmes.

Consultation d'autres ressources informationnelles. Lorsque les femmes n'étaient pas à l'aise de s'exprimer auprès de l'infirmière ou qu'il y avait peu de réciprocité vis-à-vis leur infirmière, elles consultaient d'autres ressources informationnelles afin de répondre à leurs questionnements. Par exemple, Kiara et Bonita ont consulté des pages web afin de se renseigner respectivement sur la normalité ou non de crier après son enfant ou sur la mortinaissance. D'autres femmes ont préféré poser les questions à leur entourage : « Les seules préoccupations que j'aurais pu avoir, j'en ai parlé avec d'autres mamans [...]. On n'en parlait pas d'expérience personnelle justement, j'allais chercher cette information-là ailleurs » (Élisa). D'autres femmes n'avaient pas le soutien nécessaire de leur entourage. C'est d'ailleurs pour cette raison que Kiara a consulté les pages web. Ainsi, en consultant d'autres ressources informationnelles, les femmes pouvaient être rassurées ou non. Pour Bonita, la préoccupation de mortinaissance est demeurée présente même en consultant d'autres ressources informationnelles.

Motivation à revoir l'infirmière. Lorsque les femmes appréciaient leur relation avec l'infirmière, elles désiraient la revoir : « On avait vraiment un bon lien, puis j'étais vraiment contente de la voir à chaque fois » (Kiara); « C'est une relation de proximité, qui était vraiment plus agréable. Quand elle arrivait, j'étais contente de la voir » (Hélénna). Ainsi, cette caractéristique relationnelle avait pour effet de les motiver à revoir l'infirmière lors d'une prochaine rencontre, mais aussi au prochain suivi de prénatal : « Je l'avais déjà vue pour mon garçon avant, je savais ce que c'était. Je l'apprécie beaucoup mon infirmière, alors j'ai le désir de l'avoir encore » (Ella). Cependant, lorsque les femmes n'appréciaient pas leur relation avec l'infirmière, elles perdaient de l'intérêt à la revoir : « C'est sûr que je n'avais plus d'intérêt à voir [prénom de la première infirmière] à ce moment-là, étant donné que j'étais moins à l'aise » (Hélénna).

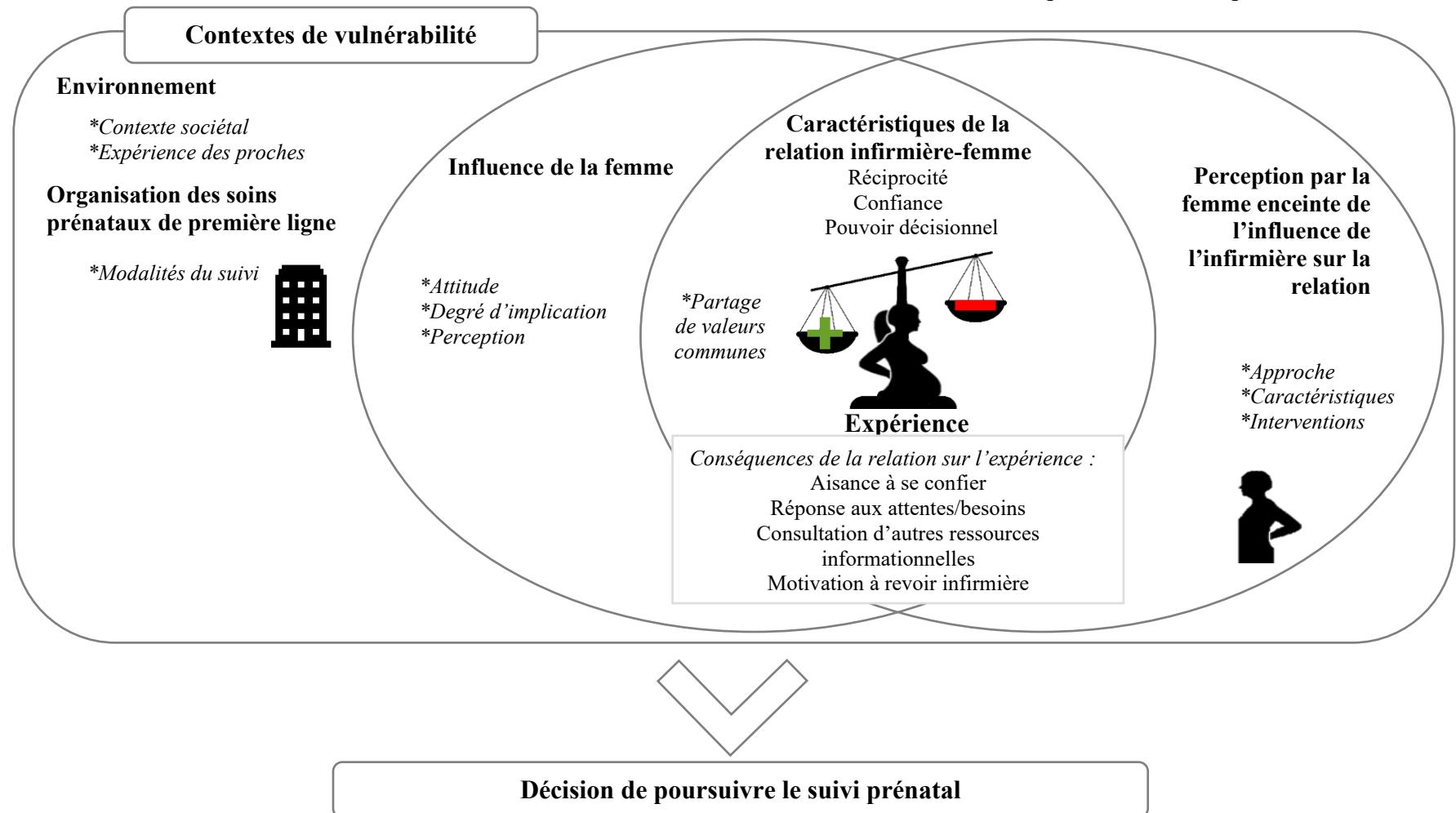
Décision de poursuivre le suivi prénatal. La relation pouvait influencer la décision de poursuivre le suivi prénatal. Les femmes ont exprimé que si elles n'avaient pas été à l'aise ou ne s'étaient pas senties bien dans leur suivi avec l'infirmière, elles l'auraient cessé : « C'est sûr que si [...], j'avais eu l'impression que [l'infirmière] fait juste te servir les questions, écrire les réponses, tout le monde a fini bye, peut-être que j'aurais été plus enclue à ne pas continuer le suivi tant que ça ou à espacer les rencontres ou à moins m'ouvrir » (Dalhia); « Si je n'avais pas eu une bonne relation avec l'infirmière, je n'aurais pas voulu vraiment continuer le programme, mais étant donné qu'elle était super fine, qu'elle m'aidait beaucoup, ben ça m'a encouragée à continuer » (Lena). Kiara a donné l'exemple d'un suivi qu'elle a cessé avec sa psychoéducatrice parce qu'elle vivait de l'inconfort dans son suivi : « Je l'ai vécu avec la psychoéducatrice, à ma fille, que je n'aimais pas pantoute. J'en ai parlé, puis elle n'est pu jamais revenue ».

6.3.3 Synthèse de la deuxième question

La Figure 3 représente une synthèse visuelle de la façon dont la relation infirmière-femme enceinte en contextes de vulnérabilité influence l'expérience du suivi prénatal, laquelle comporte plusieurs caractéristiques. Plusieurs facteurs (c.-à-d. l'influence de la femme, la perception de l'infirmière, la perception de l'organisation des soins prénatals en première ligne et l'environnement) influencent cette relation (voir les éléments en astérisque propre à chacun de ces facteurs dans la Figure 3). L'ensemble de ces facteurs affectent la relation infirmière-femme enceinte, soit de manière positive ou négative selon la perception des femmes. Une perception positive de ces facteurs influence positivement la perception de la relation, contribuant principalement à la réciprocité et à la confiance, favorisant par le même une expérience positive.

Figure 3.

Influence de la relation infirmière/infirmier-femme enceinte en contextes de vulnérabilité sur leur expérience du suivi prénatal infirmier



Légende Figure 3. L'astérisque (*) représente les facteurs influençant les caractéristiques de la relation.

Étant donné que Clara a eu plusieurs rencontres avec son infirmière et que celle-ci interagissait avec son partenaire, était drôle et à l'écoute de ses attentes et besoins, Clara se sentait très proche d'elle. Elle a développé de la réciprocité et de la confiance : « [mon partenaire et moi] ne se sont jamais sentis diminués ou tu sais, regardés de haut ou non, on sait [que l'infirmière] est là pour répondre à toutes nos questions puis c'est pour elle qu'on les garde nos questions [...], c'est une relation de confiance ». La réciprocité et la confiance facilitent les confidences de la femme sur ses attentes, ses besoins, ses préoccupations; facilite la réponse à ceux-ci, réduisant ainsi le recours à d'autres ressources informationnelles -notamment des sites web non fiables ou des blogues- et motivant la femme à revoir l'infirmière. D'ailleurs, Clara mentionnait que son partenaire et elle ne se « sont jamais sentis gênés de lui poser des questions ». La balance de l'expérience tend alors vers une expérience positive. Par conséquent, la femme décide de poursuivre son suivi prénatal.

À l'inverse, ces facteurs peuvent influencer négativement la relation. Les rencontres courtes et sur une courte période, par différentes infirmières, contribuent à une relation impersonnelle, non familière, où l'infirmière a une connaissance peu approfondie de la femme. Ce faible degré de réciprocité ne favorise pas la confidence des attentes, des besoins et des préoccupations de la femme. Il est plus difficile pour l'infirmière de répondre adéquatement à ceux-ci. La femme risque de se diriger vers d'autres ressources informationnelles afin de répondre à ses attentes, ses besoins ou ses préoccupations. Ces ressources informationnelles comprennent la famille, les proches qui vivent ou qui ont vécu la grossesse, puis la consultation de sites web sur Google ou de médias sociaux incluant les groupes Facebook. L'absence d'une relation satisfaisante pour la femme peut amener à une perte d'intérêt à revoir l'infirmière. La balance de l'expérience tend alors vers une expérience négative. Par conséquent, la femme cesse son suivi prénatal.

6.4 Question 3 – Quelles sont les pistes d'amélioration au suivi prénatal infirmier en soins de première ligne?

L'analyse thématique inductive a permis de dégager six pistes d'amélioration au suivi prénatal infirmier auprès des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité : 1) comprendre et considérer davantage le vécu des contextes de vulnérabilité propre à chaque femme; 2) favoriser une relation de confiance; 3) informer davantage les femmes; 4) améliorer le pouvoir décisionnel des femmes; 5) améliorer la coordination des soins; et 6) améliorer l'accessibilité et l'équité aux programmes.

6.4.1 Comprendre et considérer davantage le vécu des contextes de vulnérabilité propre à chaque femme

Les contextes de vulnérabilité n'étaient pas toujours compris par les infirmières. Élisa s'est fait offrir par son infirmière, de visiter la maison de la famille afin de recevoir du soutien supplémentaire, alors qu'elle ne considérait pas qu'elle présentait un faible soutien social : « Je n'y suis pas allée, on avait déjà beaucoup d'aide de tous nos proches, nous autres ». Tout comme elle ne percevait pas de problème sur le plan financier, alors elle n'utilisait pas les coupons alimentaires que lui offrait l'infirmière. Bonita, qui est immigrante, et Alya, qui est dysphasique, ne comprenaient pas toujours ce que l'infirmière disait; elles devaient parfois rappeler leur besoin d'explications à l'infirmière. À ce moment-là, les infirmières adaptaient leur vocabulaire pour elles ou sinon le partenaire pouvait expliquer les propos de l'infirmière. Selon les femmes, le fait de ne pas se sentir jugées sur leurs contextes de vulnérabilité était un aspect important qui devait être considéré par les infirmières. Alya a expliqué qu'elle a déjà pleuré parce qu'elle avait l'impression qu'une intervenante ne la croyait pas lorsqu'elle disait qu'elle ne comprenait pas.

Les femmes présentaient différents contextes de vulnérabilité qui n'étaient pas toujours pris en considération par les infirmières dans leurs interventions du suivi prénatal. Par exemple, les infirmières ne réalisaient pratiquement aucun suivi des maladies chroniques ou des autres conditions de santé des femmes : « On n'aborde pas tant que ça ces choses-là. [...] Tout ce qui a rapport avec mes conditions de santé particulières, ça va être les résidents de l'[unité de médecine de famille (UMF)] » (Aria); « Je lui ai dit que je faisais de l'asthme, elle a dit –

ok c'est beau, je vais le noter par souci d'intérêt » (Christina). Cela ne dérangeait pas les femmes lorsqu'elles avaient un suivi avec une personne professionnelle de la santé pour ce contexte de vulnérabilité. Par exemple Jenna, qui vit avec l'épilepsie, avait un neurologue pour sa condition de santé. Camilla, qui vit avec la paralysie cérébrale, recevait un suivi de l'ergothérapeute pour l'adaptation de son domicile avant l'arrivée de son futur bébé. Ainsi, le besoin de considérer leurs contextes de vulnérabilité n'était pas nécessaire, ce dernier étant pallié par une autre personne professionnelle de la santé. Lorsque ce n'était pas le cas ou que le suivi prénatal infirmier n'était pas adapté à la perception des femmes de leurs contextes de vulnérabilité, les femmes exprimaient un manque de considération de leurs contextes.

6.4.2 Favoriser une relation de confiance

La relation avec les infirmières était importante pour les femmes. C'était d'ailleurs l'un des éléments les plus appréciés par les femmes lors de leur suivi. Lorsqu'elles avaient confiance, les femmes étaient plus à l'aise d'exprimer leurs attentes, leurs besoins et même leurs préoccupations. Kiara expliquait : « j'étais un peu mal de lui parler parce que c'était – est-ce qu'elle va être de mon bord ou genre ». Ainsi, la relation devait être améliorée lorsque la confiance était insuffisante ou peu présente afin que les femmes se confient. La relation de confiance est alors nécessaire afin que les infirmières connaissent les attentes, les besoins, les questionnements, les préoccupations ou les difficultés des femmes.

6.4.3 Informer davantage les femmes

Cette piste d'amélioration est principalement en lien direct avec le besoin d'information que vivaient les femmes. Les infirmières ont pu répondre à plusieurs questionnements des femmes. Cependant, certains d'entre eux sont demeurés sans réponses. Par exemple, lorsque les femmes étaient questionnées sur les raisons entourant les modalités de leur suivi, elles n'étaient pas en mesure de répondre. Les femmes ne savaient pas si c'était en raison de la pandémie, si c'était la façon habituelle de faire dans les programmes ou s'il y avait une autre explication. Ainsi, Julia n'était pas certaine de savoir pourquoi le suivi était à domicile : « C'est à cause de la COVID, ils venaient chez nous, je pense que c'était pas mal juste à cause de ça, je ne suis pas sûre ». Par ailleurs, certaines femmes pouvaient vivre de l'incompréhension ou des inquiétudes reliées à un manque d'information quant au suivi ou

aux interventions infirmières qui étaient mises en place. C'était le cas d'Aria qui était inquiète de recevoir l'infirmière à son domicile par peur d'être jugée sur son environnement et qui s'interrogeait à savoir pourquoi les rencontres se déroulaient à son domicile. Aussi, elle disait ne pas savoir : « pourquoi [la première infirmière] a débuté des suivis qu'elle ne finira pas, moi c'est ça que je trouve qui est bizarre. Elle l'a su avant qu'on se rencontre la première fois, qu'elle n'allait pas finir le suivi. Pourquoi c'est elle qui débute pareil? ». Ainsi, les femmes ne comprenaient pas bien les décisions qui entouraient leur suivi.

Comme l'aspect administratif de la parentalité n'était pas abordé dans le programme du suivi prénatal, quelques femmes soulignaient qu'elles éprouvaient des difficultés à compléter les documents gouvernementaux, notamment pour demander la prestation parentale. D'ailleurs, l'une des femmes a recommandé de l'ajouter au programme :

Une formation sur les allocations, sur comment faire des démarches, qu'est-ce que ça prend comme papier, tout le côté paperasse de la chose. Je sais qu'il n'y a comme pas, dans ses modules à elle, ça n'en faisait pas partie. On lui en a parlé aussi comme quoi que, ça serait peut-être bien de l'apporter comme sujet parce que, en tout cas, ni moi ni mon chum, on est des personnes organisées, on va dire [...]. Même la déclaration de naissance et tout ça, je pense que ça pourrait être quelque chose pour les nouveaux parents, [...] avoir un petit cours genre, un petit module si tu veux, avant l'accouchement, parce qu'après, tu ne sors pas, tu viens d'accoucher, faut que tu déclares ton bébé, tu ne sais pas trop comment ça marche, puis c'est facile de te perdre. (Ramona)

Pour d'autres femmes, dont Lena et Bonita, l'inscription à la garderie posait un défi. Lena savait qu'elle devait faire les démarches durant la grossesse, mais elle ne savait pas où ni comment.

Le manque d'information sur le programme ressortait également des entretiens. Les femmes qui avaient déjà utilisé les programmes lors d'une grossesse antérieure connaissaient les services, mais la plupart des femmes primipares avaient peu ou pas entendu parler de ces programmes : « Je ne savais pas c'était quoi OLO, je savais que c'était œuf, lait, orange, mais à part ça, je ne savais pas vraiment c'était quoi, de quelle manière les coupons pouvaient me servir » (Camille); « Je ne savais même pas qu'on rencontrait [l'infirmière] » (Fernanda); « Je ne connaissais pas, je savais seulement qu'il y avait des coupons » (Flora); « Moi je ne connaissais pas le programme du tout, le programme SIPPE » (Ramona). D'autres femmes

ont expliqué que leurs amies ou même les personnes professionnelles de la santé ne connaissaient pas les services :

En région éloignée, on n'est pas toujours au courant des ressources, il y a un manque d'informations à quelque part parce qu'on a beaucoup de ressources qui sont peu utilisées. Le monde ne le sait pas. Comme moi, il y a beaucoup de mes amies qui disaient – comment ça se fait que tu as un suivi avec une infirmière? [...] Ce n'est pas tous les médecins non plus qui savent que le programme existe, ça dépend. C'est vraiment parce que moi je travaille à l'hôpital que je savais qu'il y avait une infirmière qui pouvait me suivre. (Félicia)

Le fait de ne pas connaître les programmes pouvait engendrer des répercussions sur leurs soins et services prénataux. En effet, leur connaissance de ces programmes reposait sur ce que l'infirmière leur disait. Ainsi, certaines ne savaient pas que leur partenaire pouvait être impliqué « ça n'a jamais été abordé qu'il pourrait être là » (Aria). D'ailleurs, certaines femmes pensaient que le suivi était seulement destiné à elles : « c'était seulement pour moi, puis le bébé vu que j'étais enceinte » (Gabriella).

6.4.4 Améliorer le pouvoir décisionnel des femmes

Certaines femmes mentionnaient avoir peu de pouvoir dans les décisions concernant leur suivi. Par exemple, leurs attentes ou leurs besoins étaient peu considérés par les infirmières, ces dernières les impliquaient peu dans leur suivi ou elles ne possédaient pas suffisamment de connaissances pour prendre des décisions. Certaines femmes remarquaient un manque de pouvoir décisionnel en discutant de leurs suivis entre elles ou en assistant au suivi des autres femmes. Le pouvoir décisionnel n'était pas le même pour toutes les femmes. Celles-ci utilisaient les termes « insister », « obliger » et « imposer » lorsqu'elles ne sentaient pas avoir le pouvoir de décider de leur suivi.

Plusieurs femmes ont mentionné qu'elles auraient aimé pouvoir choisir les modalités de suivi, c'est-à-dire l'horaire, la fréquence, le lieu et la durée des rencontres : « En fait, de nous donner le choix, de nous donner le choix de le faire chez nous, là-bas, par téléphone, par vidéo. De nous donner le choix de la façon qu'on veut procéder au suivi » (Aria). Lorsque les femmes se faisaient imposer des modalités, elles le mentionnaient clairement : « On est obligé de la rencontrer chaque mois pour notre suivi de grossesse » (Hélène). D'autres

femmes auraient aimé pouvoir choisir leur infirmière, c'était le cas de Dalhia : « Ce n'est pas nous qui choisissons, c'est – tiens voici ton infirmière, c'est ça ton infirmière et puis voilà ». Très peu de femmes ont mentionné avoir eu la possibilité de choisir leur infirmière.

D'autres femmes auraient préféré avoir plus de flexibilité sur le contenu abordé lors des rencontres afin de mieux les outiller pour prendre des décisions. C'est le cas de Ramona qui n'a pas réussi à ajouter de thématique parmi celles abordées dans le programme, affectant alors son pouvoir décisionnel et son autonomie dans les démarches administratives. Certaines femmes pouvaient choisir le contenu des rencontres en cochant une liste. Cependant, même ces femmes n'ont pas senti qu'elles étaient libres dans leur décision avec l'exemple d'Aria qui sentait de la pression de la part de l'infirmière afin qu'elle accepte le contenu des rencontres. D'autres femmes ont soulevé que le contenu devrait être ajusté en fonction de l'expérience des femmes et le nombre de grossesses antérieures.

Tel que mentionné précédemment, certaines femmes percevaient que les infirmières imposaient des façons de faire, les empêchant de décider par elles-mêmes. Cela transparaissait lorsque les infirmières imposaient des méthodes d'apprentissage chez les enfants issus de grossesses antérieures : « elle insistait pour que j'essaie de capter de son attention » (Aria). Lyvia mentionnait que certaines infirmières disaient aux femmes : « tu devrais faire ça avec ton enfant, ce n'est pas de même que tu devrais faire ça ». D'autres femmes se faisaient dire comment élever leurs enfants ou encore comment réaliser leur projet d'études : « tu vas aller porter ton bébé le matin, tu vas aller l'université, tu vas finir, tu vas aller le chercher le soir, tu n'auras même pas besoin de garderie, il va aller à l'école » (Brenda).

Le manque de connaissances impacte également le pouvoir décisionnel des femmes. Par exemple, certaines femmes ne prenaient pas de décision, notamment sur l'implication du partenaire, car elles ne savaient pas qu'il pouvait être impliqué dans le suivi. Aussi, Bonita ne savait pas comment gérer les malaises et les signaux d'alarme comme les contractions de Braxton Hicks, et ce malgré l'enseignement reçu. Ainsi, il ne suffit pas d'informer, mais aussi de s'assurer de l'intégration de ces connaissances par les femmes.

Lorsque les femmes avaient la possibilité de choisir les modalités du suivi prénatal, les décisions entourant leur vie personnelle (p. ex., l'éducation des enfants, la relation avec le partenaire, la poursuite de la grossesse) et que ces décisions étaient considérées par l'infirmière, elles n'identifiaient alors aucun élément qu'elles n'appréciaient pas de leur suivi. Par exemple, Clara n'a pas été en mesure d'identifier des éléments qu'elle a moins appréciés lorsque la question lui a été adressée. Elle a expliqué que c'était : « parce que ç'a toujours été à [son] choix ». Leur pouvoir dépendait de l'information transmise par l'infirmière sur les éléments qu'elles pouvaient décider.

6.4.5 Améliorer la coordination des soins

Cette piste d'amélioration porte sur la coordination des soins de l'infirmière et celle de l'organisation des soins prénataux. La coordination des soins comprend toutes les activités de l'infirmière afin d'assurer un suivi dans les soins, que ce soit de sa part ou de celle d'une autre intervenante ou d'un autre intervenant ou d'une personne professionnelle de la santé interne ou externe aux programmes. Certaines infirmières accompagnaient les femmes dans les organismes communautaires. Émilie a été accompagnée afin d'aller visiter la Nichée, une expérience qu'elle a appréciée. Néanmoins, la coordination des soins n'était pas positive pour toutes les femmes. Plusieurs femmes ont mentionné que la travailleuse sociale ou le travailleur social, la nutritionniste ou le nutritionniste ou encore la psychologue ou le psychologue ne les avaient jamais contactées alors que leur infirmière avait mentionné avoir communiqué avec eux pour leurs services. Cela comprend aussi la communication intradisciplinaire et interdisciplinaire où des lacunes ont été observées par les femmes :

J'ai cru comprendre que les dossiers avaient été plus ou moins bien remplis [par la première infirmière], puis qu'après quand ça été transmis, ça n'a comme pas été transmis super clair. J'ai cru que le *switch* [d'infirmières] n'avait pas été aussi bien fait qu'il aurait pu l'être. (Aria)

Dans le même ordre d'idée, plusieurs femmes ont fait part de situations où elles répétaient des informations à une personne professionnelle de la santé, plus particulièrement en ce qui a trait à la communication avec la infirmière ou le médecin. Les infirmières faisaient répéter ce qui avait été discuté dans la rencontre médicale des femmes. Ainsi, celles-ci prévoyaient leur rendez-vous en conséquence :

Quand je prends mon rendez-vous avec mon infirmière, souvent je le prends le lendemain de mon rendez-vous avec la médecin. Comme ça, je peux tout lui dire ce que la médecin m'a dit. (Brenda)

En ce qui a trait à la coordination des soins prénataux au niveau organisationnel, lorsque les femmes avaient plusieurs intervenants et intervenantes dans leur suivi, elles devaient recevoir plusieurs visites, ce qui chargeait l'horaire de certaines. Hélène pense que si les intervenantes et les intervenants : « avaient pu venir ensemble, faire comme une rencontre à la place de 2-3 [...], regrouper les services, ça [pourrait] être une bonne chose ». Sinon, les suivis s'étaisaient sur plusieurs jours. D'autres femmes ont suggéré de réduire le nombre de visites des différentes intervenantes et des différents intervenants du suivi prénatal :

On rencontre tellement de monde quand on est enceinte, on fait des rendez-vous, surtout les grossesses à risque, tu as encore plus de rendez-vous. Ça vient un moment donné étourdissant donc c'est sûr que moins on a de monde à rencontrer, mieux c'est pour ma part. (Hélène)

Une autre piste d'amélioration en lien avec la coordination des soins consistait à améliorer la prise de notes par les infirmières afin de ne pas poser les mêmes questions à chaque visite ou encore ne pas faire répéter la femme, comme le mentionne Flora : « Elle ne prend pas de notes dans nos suivis, alors on se répète beaucoup ». Aussi, la coordination des soins prénataux par la même infirmière assurait un meilleur suivi prénatal.

Le manque de coordination avait un impact sur la durée des rencontres, car : « Des fois, c'est 30 minutes, des fois c'est 1 heure [...], c'est sûr que c'est plus long quand [la femme] résume pour le médecin » (Jenna). Ce manque de coordination a aussi un impact sur le dédoublement de tâche : « Je sais [que l'infirmière] prend ma pression, mais j'ai mes rendez-vous [médicaux] aux mois. Ce n'est pas comme si ma pression n'était pas prise de façon régulièrement » (Aria), car la médecin ou le médecin mesure aussi la pression artérielle.

6.4.6 Améliorer l'accessibilité et l'équité aux programmes

Les programmes destinés aux femmes enceintes vivant en contextes de vulnérabilité reposent sur des critères d'admissibilité. Cependant, les femmes ont identifié que les programmes n'étaient pas suffisamment accessibles en raison de ces critères. Plusieurs suggéraient de rendre les programmes accessibles à toutes les femmes vivant une grossesse, incluant celles sans contexte de vulnérabilité. Félicia est l'une de ces femmes qui en ont fait la suggestion :

Bien ça facilite la vie quelque part moi je trouve. C'est bien, c'est vraiment bien comme programme. Puis je pense que les mamans devraient toutes en bénéficier. Je crois que les personnes qui apprennent qu'elles sont enceintes devraient être suivies par une infirmière au programme.

Bonita a déménagé dans une autre ville et elle n'était plus admissible au programme. L'infirmière lui a expliqué que c'était parce qu'à « [nom de sa ville] », il y a beaucoup de gens qui sont pauvres, qui ont vraiment besoin de ce service ». Bonita ne s'attendait pas à perdre son suivi infirmier.

Même si les femmes ont confié que l'équité des soins était importante pour elles, la présence d'iniquité dans les soins pouvait être notée. Certaines femmes pouvaient choisir l'horaire, l'infirmière, le lieu alors que d'autres non. Kiara, Julia et Sarah ont été suivies dans le même CLSC par la même infirmière et leur date d'accouchement respective était le 6 mars, le 18 mars et le 18 avril. Ces trois femmes n'ont pas pu exercer le même pouvoir décisionnel. Kiara a reçu un suivi à domicile, puis par téléphone, mais elle n'a pas pu choisir le lieu. Pour Julia, les rencontres étaient exclusivement à domicile « à cause de la COVID ». Sarah mentionne que l'infirmière lui : « avait offert au CLSC, [chez elle] ou à [nom d'une salle], en pédiatrie sociale, il y avait un local qu'[elles] pouvaient utiliser durant la semaine, puis à ce moment-là, il y avait la COVID, [elle aimait] mieux que ce soit [chez elle] ». La majorité des femmes se faisaient imposer la fréquence, aux deux semaines; cependant, certaines femmes comme Fernanda pouvaient choisir la fréquence. Dans son cas, le suivi se déroulait aux quatre semaines même s'il est recommandé un suivi aux deux semaines. Un autre exemple d'iniquité était de celui de Lyvia. Son suivi a débuté tardivement, soit à la 30^e semaine de grossesse comparativement aux suivis habituels qui débutent vers la 12-14^e semaines de grossesse : « C'est sûr, j'ai trouvé ça long attendre, puis je me demandais quand

est-ce que ça allait arriver, il a fallu que je leur pose la question. J'aurais aimé ça que je l'aie un peu plus tôt ». En comparant leur suivi prénatal, certaines femmes ont pu constater un manque d'équité, comme le mentionne Clara : « J'en ai parlé avec des amies, qu'eux n'ont pas eu accès à tout ce que c'était [...] mais il faudrait vraiment que tout le monde puisse avoir accès à tous ces services ».

En conclusion, l'amélioration de l'expérience du suivi prénatal infirmier des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité peut non seulement entraîner des répercussions sur les motivations à utiliser les services, mais aussi sur la promotion des programmes Olo et SIPPE que les femmes feront à leurs amies ou proches. Dalhia, qui a eu une expérience positive, a conseillé le programme à une amie. Alors que les amies de Lyvia avaient des expériences négatives, elle leur a expliqué qu'il était possible d'avoir une expérience positive du suivi prénatal infirmier en demandant « de ne plus ravoir cette [infirmière], il y a de bonnes personnes comme mon infirmière ». Ce que les femmes disent sur leur suivi affecte les attentes et les perceptions des autres femmes ou encore leur motivation à utiliser les programmes gouvernementaux Olo et SIPPE.

CHAPITRE 7 – DISCUSSION

Le projet doctoral permet de répondre à l'objectif général de l'étude en ayant une meilleure compréhension de l'expérience des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité du suivi prénatal infirmier en soins de première ligne, et ce à travers trois questions de recherche portant sur leur perspective : 1) Quels sont les facteurs influençant leur expérience du suivi prénatal infirmier en soins de première ligne? 2) De quelle façon la relation infirmière/infirmier-femme enceinte influence-t-elle l'expérience du suivi prénatal? et 3) Quelles sont les pistes d'amélioration du suivi prénatal? Ce chapitre présente les contributions, les retombées, les critères de rigueur, les forces et les limites du projet doctoral.

7.1 Contributions du projet doctoral

Trois contributions principales dans le suivi prénatal infirmier des femmes enceintes découlent des résultats du projet doctoral. D'abord, les résultats permettent de mieux comprendre l'expérience du suivi prénatal infirmier des femmes enceintes québécoises en contextes de vulnérabilité en ayant une connaissance approfondie des facteurs influençant cette expérience. Les résultats de la thèse mettent également en lumière que certains objectifs favorisés par l'OMS et les programmes Olo et SIPPE qui s'en inspirent ne semblent pas pleinement mobilisés. Enfin, ils contribuent à identifier des pistes d'amélioration au suivi prénatal infirmier selon la perspective de femmes enceintes en contextes de vulnérabilité.

7.1.1 Connaissance approfondie des facteurs influençant l'expérience du suivi prénatal infirmier des femmes enceintes québécoises en contextes de vulnérabilité

Les résultats permettent d'approfondir les connaissances des facteurs influençant l'expérience des femmes enceintes québécoises, et ce, à partir d'une diversité de contextes de vulnérabilité. Les études québécoises antérieures s'intéressant à l'expérience de ces femmes étaient principalement en lien avec l'accessibilité des programmes chez les femmes enceintes immigrantes (Hassan, 2013; Mercier et al., 2020), auprès des pères ou des intervenantes et intervenants des programmes (Guay et al., 2015; Le Hénaff, 2006), auprès

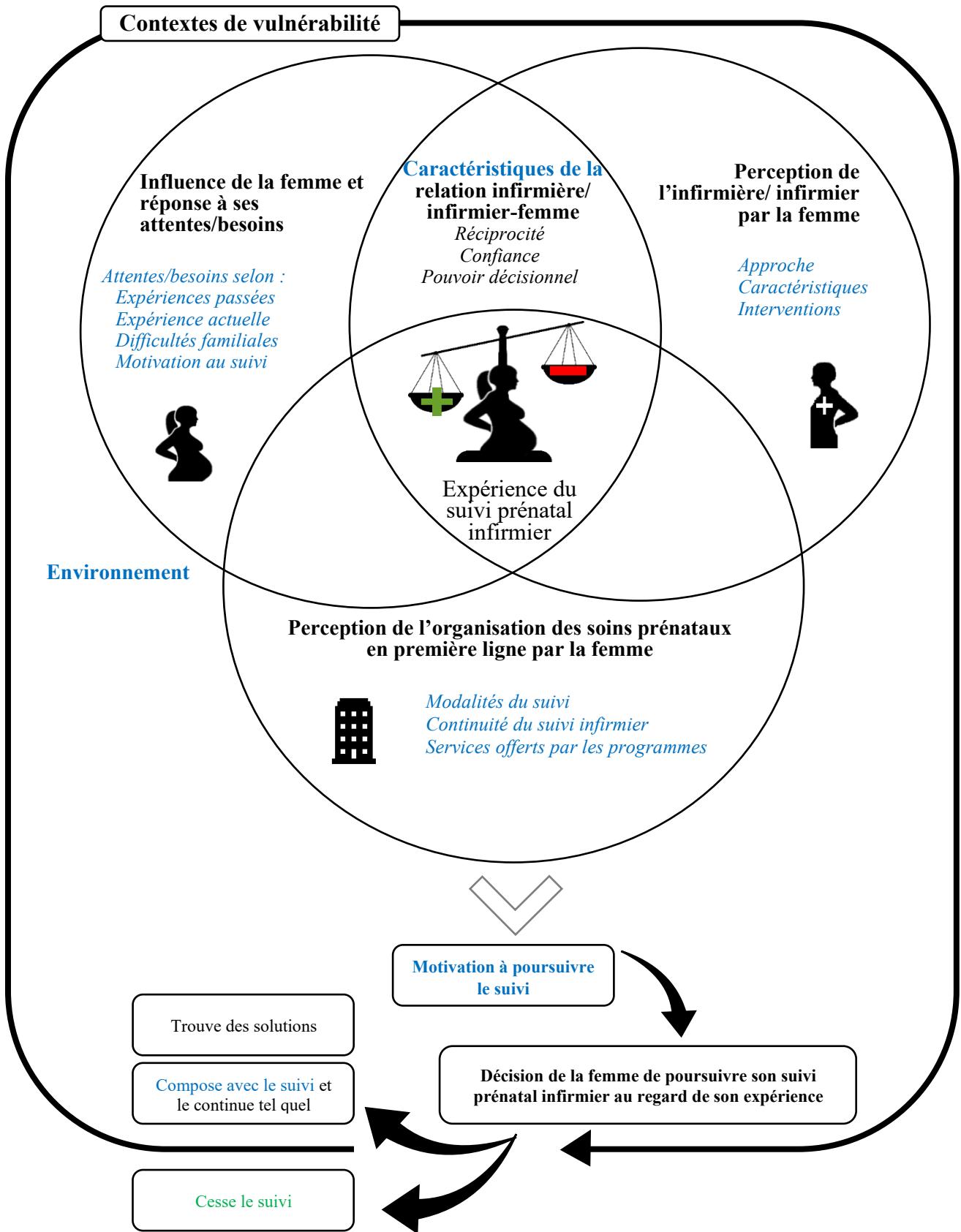
des parents en période postnatale ou encore portait sur l'ensemble des intervenantes pivots ou intervenants pivots (Gendron et al., 2014). Ainsi, aucune de ces études québécoises ne permettait d'approfondir les facteurs influençant l'expérience des femmes enceintes dans des contextes diversifiés de vulnérabilité.

L'intégration des résultats de la synthèse thématique et de la thèse a mené à l'élaboration d'un modèle, présenté à la Figure 4. Ce modèle représente l'expérience des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité et les facteurs influençant cette expérience. L'expérience du suivi prénatal des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité repose sur : l'influence de la femme et la réponse à ses attentes et besoins; la perception qu'elle a de l'infirmière/infirmier; la relation avec l'infirmière/infirmier; la perception qu'elle a de l'organisation des soins prénatals en première ligne; et l'influence de l'environnement. Dans cette figure, les contextes de vulnérabilité englobent l'ensemble de l'expérience, car ils peuvent influencer chacun des facteurs compris dans ce modèle. Cette représentation visuelle des contextes de vulnérabilité est cohérente avec la littérature où ceux-ci sont inséparables des femmes enceintes (Magnusson & Stattin, 1998) et sont influencés par des facteurs internes et des facteurs externes aux femmes (Briscoe et al., 2016; Dorsen, 2010; Scheele et al., 2020; Varming et al., 2018; Wisner, 2016; World Health Organization, 2010).

Toutes les femmes enceintes avec ou sans contextes de vulnérabilité peuvent être confrontées aux mêmes facteurs influençant leur expérience du suivi prénatal infirmier. À l'instar de l'étude doctorale, d'autres auteurs (Beecher et al., 2020; Sword et al., 2012) identifient des facteurs reliés aux attentes et aux besoins des femmes, aux personnes professionnelles de la santé, ainsi qu'à l'organisation des soins prénatals.

Figure 4.

Modèle d'intégration des résultats de la synthèse thématique et des résultats de la thèse



Légende Figure 4. Les facteurs sont en caractères gras alors que les sous-facteurs sont en italiques. Les résultats communs aux résultats de la synthèse thématique et ceux de la thèse sont **en noir**. Les résultats spécifiques à la synthèse thématique sont **en vert**, alors que les résultats spécifiques à la thèse sont **en bleu**.

Or, les résultats de notre étude mettent en lumière que les contextes de vulnérabilité ont un impact sur l'ensemble des facteurs influençant l'expérience des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité. Comme Haidar et al. (2018) le mentionnent, les femmes enceintes en contextes de vulnérabilité n'expérimenteront pas leur suivi de la même façon lorsque ces facteurs deviennent des obstacles. Par exemple, si deux femmes enceintes éprouvent des difficultés d'accessibilité aux soins et aux services, celle ayant un faible niveau de littératie risque d'avoir plus de difficulté à naviguer dans le système de la santé (Ngo Bikoko Piemeu et al., 2021), d'autant plus si elle présente plus d'un contexte de vulnérabilité. Les facteurs influençant l'expérience des femmes enceintes sont donc modulés par les contextes de vulnérabilité et peuvent contribuer à une expérience négative. D'ailleurs, dans l'étude de Novick (2009), les femmes en contextes de vulnérabilité présentaient davantage d'expériences négatives que celles sans contextes de vulnérabilité, telles que des soins impersonnels, de la discrimination et l'obtention d'information inadéquate.

Plus spécifiquement, la thèse contribue à mettre en lumière l'importance des attentes et des besoins des femmes selon leur source de motivation au suivi prénatal infirmier. Certaines femmes utilisaient les services prénataux pour des raisons personnelles. D'autres étaient davantage influencées par une personne professionnelle de la santé, notamment lorsque la DPJ était impliquée dans le suivi prénatal des femmes via le programme Concerto. Ce programme, exclusif au suivi prénatal québécois, vise entre autres à améliorer le partenariat entre les parents et les personnes professionnelles de la santé et à prévenir la négligence parentale (Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2013; Boivin, 2016). Par conséquent, les attentes et les besoins étaient orientés sur la garde du nouveau-né après l'accouchement.

Les résultats de la thèse démontrent également que les attentes et les besoins des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité étaient parfois considérés, alors que d'autres fois ils ne l'étaient pas. Lorsque les besoins n'ont pas été respectés, les femmes enceintes en contextes de vulnérabilité ont exprimé avoir ressenti de la colère, de l'épuisement et de l'anxiété. Lorsque les besoins ont été répondus, elles ont exprimé avoir ressenti du contentement, de l'apaisement face à leurs inquiétudes ainsi que s'être senties informées, soutenues et écoutées. La considération des attentes et des besoins par les infirmières et les infirmiers est nécessaire dans le processus de prise de décision (Hoefel et al., 2020; Murugesu et al., 2021). Or, le manque de confiance de certaines participantes envers les infirmières pouvait faire en sorte que les celles-ci étaient moins à l'aise d'exprimer leurs besoins et leurs attentes, comme cela a été identifié dans d'autres études (Alnuaimi et al., 2019; Raine et al., 2010). Par conséquent, les attentes et les besoins ne pouvaient pas être répondus.

Les résultats révèlent aussi que la perception qu'ont les femmes enceintes en contextes de vulnérabilité concernant les interventions infirmières est tout aussi significative dans leur expérience du suivi prénatal infirmier que l'approche et les caractéristiques de l'infirmière ou de l'infirmier, qui ont été préalablement identifiées dans d'autres études (Edwards, 1998; Moore et al., 2017). Ces résultats enrichissent les résultats des études antérieures (Heaman et al., 2015; Novick, 2009; Sword et al., 2012) où l'influence des interventions infirmières est peu élaborée comme un facteur influençant l'expérience. Rappelons que les interventions infirmières représentent un ensemble d'activités (c.-à-d. des comportements ou des actions) mises de l'avant par l'infirmière ou l'infirmier (Butcher et al., 2018) auprès des femmes, comme l'implication dans la prise de décision, l'enseignement, la communication interprofessionnelle, etc. Alors que les infirmières et les infirmiers réalisent une vaste étendue d'interventions infirmières, les seules interventions rapportées dans la littérature comme exerçant une influence sur l'expérience du suivi prénatal infirmier étaient la transmission d'informations, le soutien et la référence à d'autres ressources (Downe et al., 2019; Heaman et al., 2015; Winn et al., 2017). De plus, ces interventions peuvent à la fois être perçues positivement ou négativement selon les explications qui les accompagnent. Les interventions infirmières étaient appréciées principalement lorsque les femmes en retiraient

des bénéfices comme l'écoute de la fréquence cardiaque fœtale, leur démontrant que leur fœtus se portait bien.

Pour toutes les femmes enceintes en contextes de vulnérabilité, la relation avec l'infirmière était primordiale. Dans le cadre de cette étude, ces relations ont été caractérisées par la confiance, la réciprocité et le pouvoir de décider pour ces femmes. Les résultats suggèrent aussi que cette relation se développe plus facilement avec les infirmières qu'avec les autres personnes professionnelles de la santé. Ces résultats sont en accord avec ceux de Plomp et Ballast (2010) qui mentionnent qu'il est plus difficile pour les personnes en contextes de vulnérabilité de créer un lien de confiance envers la médecin ou le médecin. Les modalités du suivi prénatal dans les programmes Olo et SIPPE pourraient aussi expliquer ce résultat. La fréquence des rencontres avec l'intervenante ou l'intervenant pivot, le plus souvent une infirmière ou un infirmier, deux fois par mois (Moore et al., 2017), et la durée des rencontres, plus de trente minutes avec les femmes (Loignon et al., 2015; Moore et al., 2017), sont favorables à l'établissement d'une relation de confiance, alors qu'en milieu clinique comme dans les GMF, les rencontres sont plus courtes et moins fréquentes (Loignon et al., 2015). Malgré l'importance d'une relation caractérisée par la confiance, celle-ci n'était pas présente dans toutes les relations infirmières-femmes enceintes en contextes de vulnérabilité de l'étude.

À l'instar de plusieurs études (Baciu et al., 2017; Bhatt & Bathija, 2018; Grabovschi et al., 2013), l'organisation des soins prénatals en première ligne a été identifié comme un obstacle dans l'expérience de soins de personnes en contextes de vulnérabilité. Le fait d'imposer des modalités du suivi prénatal sans tenir compte du pouvoir décisionnel des femmes peut amener des iniquités comme cela a été décrit dans des études antérieures (Burns et al., 2019; Vedam, Stoll, Taiwo, et al., 2019; Whitty-Rogers et al., 2016). Le fait que les femmes pouvaient comparer leur suivi entre elles permettent de faire ressortir ces iniquités.

Les résultats de la thèse démontrent qu'à partir de ces facteurs d'influence, les femmes balancent les aspects positifs et négatifs de leur expérience du suivi prénatal infirmier. Ainsi, même si les femmes soulèvent des aspects négatifs de cette expérience, elles peuvent en identifier davantage de positifs, occasionnant une expérience positive. D'autres femmes vont également trouver des solutions afin de réduire les aspects négatifs de leur suivi prénatal et vivre une expérience positive qui les amèneront à le poursuivre. Les femmes manifestaient de la compréhension quant à certains aspects négatifs et voyaient même le bon côté de la situation afin d'être en mesure d'apprécier davantage leur expérience. Cependant, la présence de plusieurs aspects négatifs du suivi contribuait à une expérience négative et ultimement, à la cessation du suivi. D'ailleurs, Heaman et al. (2015) mentionnent que la complexification de l'expérience du suivi prénatal par la présence de contextes de vulnérabilité peut expliquer la cessation de l'utilisation des services prénataux.

7.1.2 Contribution relative à l'identification d'objectifs qui ne sont pas pleinement mobilisés

Certains objectifs ciblés par l'OMS (2017) et les programmes prénataux québécois ne semblent pas être pleinement mobilisés dans les suivis prénataux des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité. Tant dans les programmes Olo que SIPPE (Deschamps et al., 2019; MSSS, 2019a; 2019b), l'inclusion du partenaire est encouragée dans le suivi prénatal, alors que ce n'était pas le cas pour toutes les femmes participantes à l'étude.

Dans ces programmes, il est aussi encouragé d'améliorer l'accès à des ressources communautaires par des références à celles-ci (Deschamps et al., 2019; MSSS, 2019a; 2019b). Cependant, les femmes participantes n'ont pas toutes été orientées vers des ressources communautaires même si elles présentaient des contextes de vulnérabilité économique, physique ou psychologique.

En accord avec les stratégies des programmes Olo (Deschamps et al., 2019) et SIPPE (MSSS, 2019b), il est souhaitable de favoriser une relation de confiance entre l'intervenante ou l'intervenant pivot, notamment l'infirmière ou l'infirmier, et la femme enceinte. Ceci est particulièrement vrai chez les femmes présentant des contextes de vulnérabilité, comme celles ayant des troubles de consommation, et ce afin qu'elles soient à l'aise de verbaliser leurs difficultés (Marcellus et al., 2015), leurs attentes et leurs besoins. À l'inverse, une approche directive ou coercitive peut entraîner des conséquences négatives et être contreproductive. Par exemple, lorsque les femmes cachent leurs troubles de consommation, un syndrome de sevrage néonatal imprévu pourrait survenir (Goodman et al., 2019). Pourtant, les résultats démontrent que certaines femmes avaient peu confiance en leur infirmière, certaines étant distantes voire méfiantes.

Afin de favoriser cette relation, il est suggéré, dans les orientations des programmes, de respecter une intensité du suivi aux deux semaines, toutefois pour certaines participantes, les rencontres se déroulaient aux mois. Cette relation de confiance infirmière/infirmier-femme enceinte se développe aussi par la réciprocité en se mettant en position de vulnérabilité par le partage d'informations personnelles (Angel & Vatne, 2017). Les résultats de la thèse démontrent que ce ne sont pas uniquement les femmes qui ont exposé leur vulnérabilité. Certaines infirmières abordaient leur difficulté à être enceinte ou leurs expériences maternelles personnelles. Cette réciprocité était appréciée par certaines femmes, mais pas de toutes. D'où la nécessité de tenir compte des attentes et des besoins de chaque femme concernant la relation qu'elle désire entretenir avec les infirmières et les infirmiers.

Finalement, dans les programmes Olo et SIPPE, les intervenantes et les intervenants doivent favoriser le pouvoir d'agir des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité (Deschamps et al., 2019; MSSS, 2019a; 2019b). De nombreuses études (Murugesu et al., 2021; O'Brien et al., 2021; Viana et al., 2013) soutiennent l'importance d'améliorer le pouvoir décisionnel des femmes enceintes et de les impliquer dans les décisions concernant leur suivi prénatal et leur grossesse. Cette proposition s'inscrit dans une perspective d'approche centrée sur la femme enceinte (Morgan & Yoder, 2012), une approche appropriée au suivi prénatal infirmier de cette clientèle (Wakefield et al., 2021) qui contribue au développement de leur

pouvoir d'agir (Chen et al., 2016). Or, les résultats de la thèse mettent en lumière que le pouvoir décisionnel n'a pas pu être exercé par toutes les femmes enceintes en contextes de vulnérabilité.

Comme le suggère l'étude de Murugesu et al. (2021), le manque d'information peut nuire à la capacité de prise de décision des femmes ainsi qu'à un faible sentiment de pouvoir dans la relation. Les résultats démontrent que les infirmières n'informaient pas toujours adéquatement les femmes. Cela pourrait expliquer pourquoi certaines femmes mentionnaient ne présenter aucune attente ou aucun besoin puisqu'elles ne connaissaient pas l'ensemble des soins et des services offerts par les programmes Olo et SIPPE avant d'y participer ou encore, elles ne savaient pas sur quels aspects de leur suivi elles pouvaient prendre des décisions. Leurs connaissances des programmes dépendaient de l'information qu'elles recevaient de leur infirmière durant le suivi. Ceci avait pour conséquence que certaines femmes ne savaient pas que leur partenaire pouvait être impliqué dans le suivi prénatal, par exemple.

D'autres moyens sont proposés par le programme SIPPE (MSSS, 2019a) afin d'améliorer le pouvoir décisionnel des femmes enceintes. Parmi ceux-ci, notons par exemple le soutien dans la recherche d'information concernant la grossesse et le futur bébé afin de les guider dans leurs décisions et d'éviter que les femmes se retrouvent face à des informations erronées ou non rassurantes, les amenant à prendre des décisions non éclairées. Or, les résultats de la thèse suggèrent que cela n'a pas été fait pour certaines femmes. Les infirmières et les infirmiers doivent ainsi accompagner les femmes afin qu'elles puissent s'outiller et s'informer adéquatement pour prendre des décisions éclairées. Également, les résultats de la présente étude soulignent l'importance de comprendre que le pouvoir décisionnel peut se manifester lorsque les femmes prennent des décisions entourant leur grossesse, le déroulement et le contenu du suivi prénatal, la modification d'habitudes de vie, l'implication d'autres intervenantes ou intervenant pivot, la poursuite de leur suivi, et l'éducation de leurs autres enfants issus de grossesses antérieures.

7.1.3 Contribution sur les pistes d'amélioration au suivi prénatal infirmier selon la perspective des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité

Trop souvent, la voix est donnée aux personnes professionnelles de la santé et peu aux personnes qui reçoivent les soins (Ashby, 2011), dont les femmes enceintes en contextes de vulnérabilité (Wild, 2012). Tel qu'expliqué dans l'énoncé du problème, la perspective des femmes est rarement considérée lorsqu'il s'agit d'évaluer les programmes Olo et SIPPE (Bossé, 2012; Carrier & Bouffard, 2006; Poirier et al., 2019; Richard & Badlissi, 2011; Therrien, 2011; Vanier & Toussaint-Lachance, 2009). Ainsi, ce projet doctoral a permis aux femmes d'avoir une voix et de se prononcer, en identifiant elles-mêmes des pistes d'amélioration au suivi prénatal infirmier, représentant à la fois une force de l'étude et une contribution à l'amélioration des soins et des services prénataux. Ces pistes sont détaillés dans la prochaine section.

Ainsi, en s'intéressant à l'expérience des personnes qui reçoivent des prestations de soins de santé, il est possible d'améliorer la sécurité, l'efficacité et la qualité des soins, en plus de contribuer à une expérience de soins positive (Burt et al., 2017; Doyle et al., 2013). Ces expériences peuvent aussi guider la recherche, la pratique clinique, la politique, la formation et la gestion (Cook, 2008; Pinto, 2019) ainsi que les décisions futures en matière de soins et de services de santé (Morse, 2007).

7.2 Retombées du projet doctoral

Les femmes qui ont participé peuvent ressentir des bienfaits reliés à leur participation, tout comme les milieux participants pourront bénéficier d'un résumé des résultats qui leur sera transmis une fois les résultats publiés. Le projet doctoral contribue à la pratique infirmière, à la communauté scientifique, en plus des répercussions possibles à long terme au niveau sociétal.

7.2.1 Retombées pour les femmes et les milieux participants au projet

En donnant la possibilité aux femmes d'identifier elles-mêmes des pistes d'amélioration au suivi prénatal infirmier, cela a pu jusqu'à un certain point, contribuer à améliorer le pouvoir décisionnel de ces femmes (Vahdat et al., 2014). D'ailleurs, à la suite des entretiens, certaines femmes ont eu une réflexion critique quant à leur suivi prénatal. En ce sens, elles ont souligné des changements qu'elles désireraient apporter à leur suivi, comme de demander à leur infirmière de recevoir le suivi à domicile ou de parler de leurs inquiétudes reliées au diabète de grossesse. Finalement, la participation à ce projet de recherche a permis aux femmes de verbaliser sur leur expérience et d'avoir possiblement un sentiment de contribution à l'avancement des connaissances. Certaines femmes ont mentionné qu'elles se sentaient à l'aise et étaient contentes de partager leur expérience.

Tel qu'identifié dans la Feuille de présentation aux milieux (Annexe 2 – Feuille de présentation aux milieux), les milieux participants recevront, une fois les résultats publiés, un résumé des résultats du projet doctoral. Les milieux pourront adopter des modifications immédiates dans leur offre de services afin d'améliorer l'expérience du suivi prénatal infirmier des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité en tenant compte des pistes d'amélioration présentées dans la section suivante.

7.2.2 Retombées pour la pratique infirmière

Retombées disciplinaires. La proposition du modèle intégrant les résultats de la synthèse thématique et ceux de la thèse contribue à l'avancement disciplinaire théorique afin de mieux renseigner les infirmières et les infirmiers sur l'expérience du suivi prénatal des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité et ses facteurs d'influence. Le développement de ces connaissances théoriques contribue à l'identité de la profession infirmière (Watson, 2018).

Retombées académiques et formatives. D'un point de vue académique, le développement des connaissances théoriques pourra servir à former les infirmières et les infirmiers en ciblant le contenu à inclure dans le ou les cours abordant le suivi prénatal infirmier des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité aux personnes étudiantes en sciences infirmières. Ces notions pourraient inclure, entre autres, la définition et la description des contextes de vulnérabilité, ainsi que celles du suivi prénatal infirmier. La formation devrait s'inspirer du modèle théorique où chaque facteur du modèle devrait être approfondi en se référant à des exemples concrets issus des *verbatim*. La formation devra inclure les retombées d'une expérience positive de même que les stratégies permettant de favoriser une expérience positive chez ces femmes en s'inspirant des pistes d'amélioration proposées par les participantes de ce projet doctoral.

D'un point de vue de formation continue auprès de l'ensemble des infirmières et des infirmiers, le projet doctoral vient répondre à un enjeu préalablement énoncé (1.2 Énoncé du problème) concernant le manque de soutien en matière de formation pour intervenir auprès des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité (Carrier & Bouffard, 2006; Richard & Badlissi, 2011; Vanier & Toussaint-Lachance, 2009). La réponse à l'objectif général de la thèse, visant à accroître les connaissances de cette clientèle, permettra de développer des formations pour les infirmières et les infirmiers afin que ceux-ci développent un sentiment de compétence lors du suivi prénatal des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité. Des formations portant sur l'ensemble des contextes de vulnérabilité devraient être développées pour mieux outiller les infirmières et les infirmiers à intervenir auprès des femmes pouvant en présenter plusieurs.

Retombées cliniques. Les résultats viennent soutenir la pratique infirmière sur les facteurs à prendre en considération dans le suivi des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité afin de favoriser une expérience positive. Le facteur lié à l'influence de la femme et de la réponse aux attentes et aux besoins de la femme enceinte – incluant les attentes/besoins selon les expériences passées, la motivation au suivi, l'expérience actuelle, les difficultés familiales et les contextes de vulnérabilité – guide les infirmières et les infirmiers sur les

attentes et besoins des femmes à considérer au moyen d'une approche holistique centrée sur la femme enceinte. La perception de l'infirmière par la femme enceinte – correspondant à l'approche de l'infirmière/infirmier, aux caractéristiques de l'infirmière/infirmier et aux interventions infirmières – permet aux infirmières et aux infirmiers d'avoir une autoréflexion de leur influence sur l'expérience du suivi des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité. La relation infirmière/infirmier-femme enceinte vient aiguiller les infirmières et les infirmiers sur les caractéristiques relationnelles à développer avec les femmes et les conséquences de ces relations sur le suivi des femmes. L'environnement amène les infirmières et les infirmiers à se préoccuper du contexte sociétal dans lequel est réalisé le suivi, comme la pandémie, ou encore les proches et leur influence sur la femme enceinte. Finalement, le facteur de la perception de l'organisation des soins prénataux en première ligne par la femme enceinte – correspondant aux modalités du suivi, à la continuité du suivi infirmier et les services offerts par le programme – suggère d'accorder une attention particulière à l'équité, l'accessibilité et la coordination des soins prénataux d'autant plus que les femmes partagent leur expérience de suivi prénatal entre elles, les amenant à comparer leur suivi. À travers les facteurs influençant l'expérience identifiés dans cette thèse, il est observé que la femme se retrouve au centre et que les contextes de vulnérabilité affectent chacun de ceux-ci, ce qui est similaire aux autres modèles théoriques (Andrew & Keefe, 2014; Birkmann, 2013; Bronfenbrenner, 2001; Charette, 2017; Dunn et al., 1994; Squires et al., 2016). Par conséquent l'approche holistique est d'autant plus importante auprès des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité.

Les pistes d'amélioration suggérées par les femmes enceintes ont une orientation pragmatique pour la pratique infirmière (Thorne, 2016) dans la mesure où elles permettent d'identifier des stratégies pour améliorer le suivi prénatal infirmier auprès de cette clientèle. Le tableau 2 propose des stratégies que les infirmières et les infirmiers peuvent mettre en place dans les programmes Olo et SIPPE.

Tableau 2.

Pistes d'amélioration pour le suivi prénatal infirmier

Pistes d'amélioration	Stratégies
<i>Comprendre et considérer le vécu des contextes de vulnérabilité propre à chaque femme</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Demander à la femme les difficultés qu'elle perçoit • Évaluer comment les contextes de vulnérabilité peuvent affecter l'expérience du suivi prénatal infirmier • Réaliser le plan d'intervention en considérant les attentes et les besoins selon les contextes de vulnérabilité de la femme
<i>Favoriser une relation de confiance</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Demander à la femme ses attentes et besoins concernant la relation infirmière/infirmier-femme enceinte • Évaluer les facteurs pouvant nuire à la relation infirmière/infirmier-femme enceinte • Respecter l'intensité des rencontres aux deux semaines • Préserver, dans la mesure du possible, la même infirmière ou le même infirmier • Aborder les autres sphères de la vie de la femme (p. ex. le travail, les ambitions, les activités) • Interagir avec l'environnement de la femme (p. ex. les proches, les animaux de compagnies)
<i>Informier davantage la femme</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Informer la femme sur les interventions infirmières réalisées dans le suivi • Informer la femme sur les programmes et les services offerts • Informer la femme sur l'implication du partenaire dans le suivi • Informer la femme sur les stratégies pour chercher de l'information et reconnaître des informations fiables
<i>Améliorer le pouvoir décisionnel de la femme</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Informer la femme des différentes options en présentant les avantages et les inconvénients, sans présenter une direction • Informer sur son implication dans le programme et les décisions qu'elle peut prendre • Donner la possibilité à la femme de prendre des décisions sur des aspects du suivi : modalités du suivi, modification des habitudes de vie, gestion des signes et symptômes de la grossesse, contenu du suivi, références à d'autres services ou ressources, éducation des enfants

<p><i>Améliorer la coordination des soins</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Considérer les attentes et les besoins de la femme lorsqu'elles les expriment • Utiliser le dossier informatisé • Utiliser le consentement au transfert d'informations entre les personnes professionnelles de la santé • Assurer le suivi auprès des autres personnes professionnelles de la santé intégrées au suivi et les relancer au besoin • Réduire le nombre de personnes professionnelles de la santé impliquées dans le suivi prénatal • Planifier des rencontres avec plus d'une personne professionnelle dans la même plage horaire
<p><i>Améliorer l'accessibilité et l'équité aux programmes</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recevoir une formation sur l'ensemble des contextes de vulnérabilité • Prévoir une offre de soins et de services adaptés pouvant tenir compte des différents contextes de vulnérabilité possibles

La compréhension et la considération des contextes de vulnérabilité des femmes enceintes avaient été identifiées dans la synthèse thématique présentée à la recension des écrits (Hudon et al., 2022). Les résultats de la thèse permettent néanmoins de préciser l'importance de considérer les contextes de vulnérabilité des femmes enceintes qui sont significatifs pour elles. C'est le cas d'une femme enceinte vivant avec une maladie chronique stable et qui n'a aucune répercussion dans son quotidien ou sa grossesse. Il est possible que ce contexte de vulnérabilité soit moins significatif pour elle que d'autres contextes. Or, d'autres contextes de vulnérabilité n'étaient pas suffisamment considérés comme celui de l'isolement.

Outre le fait de favoriser une relation de confiance, d'informer davantage les femmes et d'améliorer leur pouvoir décisionnel, des éléments préalablement abordés dans ce chapitre, les infirmières et les infirmiers doivent favoriser la coordination des soins des femmes enceintes (Durand & Harvey, 2015; MSSS, 2019a). Dans les résultats du projet doctoral, les femmes enceintes en contextes de vulnérabilité ont identifié des lacunes concernant la coordination de leur suivi prénatal. La coordination des soins de santé inclut toutes les activités relatives à la continuité des soins (Anderson & Hewner, 2021; Karam et al., 2021). Dans les écrits, l'importance de la continuité des soins auprès des femmes enceintes en

contextes de vulnérabilité a été identifiée (Bacchus et al., 2003; McLeish & Redshaw, 2019; Wilton & Kaufmann, 2001). D'ailleurs, les programmes Olo et SIPPE recommandent que le suivi soit assuré par une intervenante principale ou un intervenant principal (ou pivot), favorisant par le fait même le suivi d'une rencontre à l'autre (Novick, 2009). Or, en ayant plusieurs infirmières qui les suivent, la coordination des soins n'étaient pas toujours assurées par celles-ci selon la perspective des femmes.

Le manque de continuité influence la relation de confiance comme mentionné préalablement, en plus d'obliger les femmes enceintes à répéter leur histoire personnelle, un aspect aussi identifié dans plusieurs études (Olander et al., 2019; Omar & Schiffman, 1995; Sword et al., 2012; Wilton & Kaufmann, 2001). Dans ce même ordre d'idée, selon les femmes de cette étude, l'évaluation physique des infirmières et le contenu des rencontres se dédoublaient avec ceux d'autres personnes professionnelles de la santé, plus particulièrement avec la médecin ou le médecin. Ce constat a été peu présenté dans les études antérieures. Cela peut s'expliquer par le fait que dans le suivi prénatal des femmes enceintes québécoises sans contextes de vulnérabilité ce sont davantage les médecins de famille, les sages-femmes, les gynécologues, les infirmières praticiennes spécialisées ou les infirmiers praticiens spécialisés de première ligne (IPSPL) qui réalisent le suivi (Table sectorielle mère-enfant, 2018). Ainsi, les résultats de la thèse portant sur les infirmières cliniciennes et infirmiers cliniciens des programmes Olo et SIPPE démontrent que ceux-ci contribuent au suivi prénatal infirmier au regard de l'activité 9¹⁴ (Durand et al., 2016), ainsi qu'à la coordination des soins en faisant le pont avec la médecin ou le médecin, les organismes communautaires et l'équipe interdisciplinaire, et ce afin d'assurer le partage d'informations. Les infirmières et les infirmiers devraient prendre en considération le rôle de chacun pour assurer une meilleure transmission des informations pour éviter le dédoublement des tâches et des questionnements auprès des femmes.

¹⁴ Parmi les 17 activités réservées de l'infirmière et de l'infirmier, l'activité 9 correspond à la contribution au suivi de grossesse, de la pratique des accouchements et du suivi postnatal (Durand et al., 2016). Les modalités de cette activité sont décrites dans les *standards de la pratique de l'infirmière : soins de proximité en périnatalité* (Durand & Harvey, 2015).

La coordination implique aussi la réalisation du suivi avec les organismes en assurant leur intégration dans le suivi prénatal (Anderson & Hewner, 2021; Karam et al., 2021). Les organismes communautaires interpellés comprenaient les Relevailles, la Maison de la famille, la Nichée, les banques alimentaires, les groupes de soutien ou Jeunes mères en action. En ce qui a trait à l'équipe interdisciplinaire interne et externe aux programmes, ce sont entre un et cinq intervenantes et intervenants qui réalisaient le suivi des femmes de cette étude. Les infirmières et les infirmiers intégraient généralement une nutritionniste ou un nutritionniste, une diététicienne ou un diététicien, une travailleuse sociale ou un travailleur social, une psychoéducatrice ou un psychoéducateur, une psychologue ou un psychologue dans le suivi, augmentant alors le nombre de rendez-vous de la femme, ce qui chargeait leur horaire. Ceci est sans considérer les références médicales, celles vers d'autres spécialistes ou organismes communautaires. Toutefois, plusieurs femmes n'ont jamais reçu les services des autres intervenantes et intervenants proposés par l'infirmière. Bien que celle-ci mentionnait avoir fait une demande pour intégrer une intervenante ou un intervenant nommé ci-haut, certaines femmes ne recevaient aucun suivi. Il est alors important que les infirmières et les infirmiers informent les femmes enceintes en contextes de vulnérabilité des démarches réalisées auprès de ces autres intervenantes et intervenants.

Bien que les femmes préfèrent avoir une seule intervenante ou un seul intervenant dans leur suivi (Novick, 2009), comme c'est le cas dans le cas dans cette étude, cela n'était pas toujours possible. Dans cet ordre d'idée, il est suggéré qu'il y ait minimalement une bonne coordination lorsqu'il y a présence de plusieurs intervenantes et intervenants (Novick, 2009). Pour certaines femmes la coordination était excellente lors de la transition d'infirmière. Lorsque pour quelques rencontres, l'infirmière était assistée par celle qui la remplacerait dans le suivi des femmes, celles-ci appréciaient la délicatesse de cette transition. D'autres femmes avaient l'impression que les infirmières ne communiquaient pas entre elles, affectant négativement leur expérience. Alors qu'il est reconnu qu'une meilleure coordination des soins prénatals contribue à la continuité de soins, à une meilleure utilisation des services en plus de réduire les risques de complications pour le fœtus (Kroll-Desrosiers et al., 2016).

Finalement, les infirmières et les infirmiers doivent assurer l'accessibilité et l'équité aux programmes Olo et SIPPE. Cet aspect est cohérent avec les rôles des infirmières et des infirmiers, soit ceux d'assurer la justice sociale et d'*advocacy* (Azar, 2021; Canadian Association of Perinatal and Women's Health Nurses [CAPWHN], 2018; Wakefield et al., 2021). L'accessibilité restreinte au suivi médical a motivé plusieurs femmes vivant dans un contexte de région éloignée à avoir recours au suivi prénatal infirmier. Malgré tout, plusieurs femmes soulevaient le manque d'accessibilité comme une faiblesse du programme SIPPE.

Selon les femmes, les barrières organisationnelles réduisent l'accessibilité à ces programmes. D'une part, la présence de critères spécifiques ne permet pas à toutes les femmes d'être prises en charge par ces programmes malgré leurs contextes de vulnérabilité. Cette difficulté à intégrer ces programmes avait été soulevée par des femmes enceintes immigrantes ou réfugiées (Mercier et al., 2020). Cependant, les femmes déclarent que ce problème s'applique à toutes les femmes avec ou sans contextes de vulnérabilité. D'autre part, les contraintes organisationnelles des soins prénataux réduisent le nombre de places disponibles pour ces suivis. Cette problématique a été rapportée par plusieurs gestionnaires des milieux de recrutement, dont certains avaient une liste d'attente.

Le concept d'équité est indissociable de celui de l'égalité en santé, où il désigne l'atteinte du plein potentiel de santé, sans être désavantagé socialement (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, et al., 2017). Il est possible d'assurer une équité à l'égard de chaque femme en proposant un suivi personnalisé. Les infirmières semblaient plus outillées pour certains contextes de vulnérabilité que pour d'autres. Comme Carrier et Bouffard (2006) le mentionnent, certains contextes de vulnérabilité représentent un enjeu pour les infirmières et les infirmières et leur occasionnent de l'insécurité. Il a été observé que les femmes enceintes vivant un contexte de difficultés financières se sont rapidement fait offrir des services, comme les banques alimentaires ou les coupons pour la gratuité alimentaire. Celles vivant un contexte de difficultés physiques, psychologiques et cognitives se sont fait offrir des services de la travailleuse sociale ou du travailleur social, du psychoéducateur ou de la psychoéducatrice, du psychologue ou de soutien à domicile. Les femmes vivant un contexte de troubles nutritionnels se sont fait offrir les services d'une nutritionniste ou d'un

nutritionniste. Cependant, les contextes de difficulté sociale, comme ceux concernant l’implication de la DPJ dans le suivi prénatal, la monoparentalité, le jeune âge lors de la grossesse ou l’isolement représentent des contextes pour lesquels les services ont été moins offerts, comme l’offre de ressources communautaires ou des rencontres de groupe. Cela contribue à une iniquité dans les soins en ne pouvant offrir la même qualité de soins ou de services pour chaque femme, peu importe leurs contextes. Ainsi, les infirmières et les infirmiers doivent contribuer à réduire les iniquités en santé.

7.2.3 Retombées scientifiques

Grâce à ce projet doctoral, les chercheuses et les chercheurs s’intéressant au suivi infirmier en période prénatale pourront mieux comprendre l’expérience des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité. L’approfondissant des connaissances sur ce sujet orientera les chercheurs vers des études portant sur l’amélioration, la création, l’évaluation, en plus de la modification des programmes et des suivis mis en place pour cette clientèle. Des études ultérieures sur l’utilisation par les infirmières et les infirmiers du modèle d’intégration des résultats de la synthèse thématique et des résultats de la thèse permettraient de soutenir les prochains guides de pratique des programmes Olo et SIPPE. Dans une prochaine étude, l’étudiante-chercheuse pourra s’intéresser à l’expérience des femmes en contextes de vulnérabilité qui ont cessé le suivi prénatal infirmier. La synthèse thématique inclut des expériences de femmes qui ont cessé le suivi, des cas contraires, ce que les résultats de la thèse n’ont pu présenter. L’inclusion de ces expériences permettrait de confirmer le cadre théorique proposé auprès de ces femmes. De plus, les recherches futures pourront permettre d’approfondir l’expérience du suivi prénatal infirmier en incluant la perspective des infirmières et des infirmiers. L’inclusion de leur perspective pourra mettre en lumière d’autres facteurs organisationnels afin de présenter des pistes d’amélioration davantage applicables aux contextes du suivi prénatal infirmier des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité. De plus, l’identification de stratégies par les infirmières et les infirmiers afin de composer avec certains facteurs qu’elles ne peuvent contrôler -dont leur âge, leur degré d’expérience maternelle et professionnelle- apparaît comme une autre piste de recherche future.

7.2.4 Retombées sociétales

Au niveau sociétal, il est souhaitable pour la population de connaître les expériences vécues par les femmes enceintes en contextes de vulnérabilité (Parant, 2012). Ces expériences entraînent des répercussions sur l'utilisation des services de santé et les coûts de santé en raison d'un manque d'adhérence aux traitements et à la consultation tardive lors de situations urgentes (Mahieu-Caputo, 2010). Le projet identifie des pistes d'amélioration à l'utilisation des services prénataux par les personnes femmes en contextes de vulnérabilité. En offrant des services et en réalisant des interventions infirmières qui répondent aux besoins réels des femmes, il devient alors possible de réduire les contraintes budgétaires et les contraintes de ressources humaines auxquelles font face les programmes gouvernementaux, tels que les programmes Olo et SIPPE (Carrier & Bouffard, 2006; Le Hénaff, 2006; Lepage & Schoonbroodt, 2005; Richard & Badlissi, 2011). Également, une meilleure compréhension des besoins de cette clientèle peut diminuer la stigmatisation vécue et offrir des soins et des services adaptés à leurs contextes.

Une pratique équitable des soins infirmiers impliquant les femmes pourrait réduire les écarts et les iniquités, tout comme la considération de l'ensemble des contextes de vulnérabilité (Wakefield et al., 2021). De ce fait, il est suggéré : d'augmenter la promotion et la publicisation de ces programmes gouvernementaux afin de les faire connaître; d'élargir les critères d'admissibilité des programmes, notamment le programme SIPPE, et ce afin d'intégrer d'autres contextes de vulnérabilité; de revoir l'offre de services afin de se diversifier selon les contextes de vulnérabilité; d'uniformiser l'information transmise sur les programmes et de permettre les mêmes possibilités de prise de décision des femmes concernant leur suivi.

La piste d'amélioration proposée par les femmes portant sur la coordination des soins suggère de réduire la durée des visites en améliorant la communication entre les personnes professionnelles de la santé, évitant par le fait même le dédoublement de tâche (Manca, 2015). L'utilisation optimale d'une intervenante ou d'un intervenant pivot pour réduire le nombre de visites. Combiner des visites, comme recommandée dans les programmes (MSSS, 2019b), pourrait libérer des intervenantes et des intervenants en plus d'éviter une surcharge de visites pour les femmes, si elles le désirent.

Enfin, cette étude vient approfondir les recommandations du Programme national de santé publique du Québec (MSSS, 2015) concernant la mise en œuvre de services visant l'amélioration de la santé des personnes en contextes de vulnérabilité. Ces résultats permettront d'améliorer les services prénataux, favorisant la poursuite par les femmes enceintes de l'utilisation de ces programmes qui ont fait leurs preuves pour contrer les inégalités sociales et favoriser le développement des enfants.

7.3 Critères de rigueur

Les critères de rigueur (*trustworthiness*) seront abordés selon la perspective de Lincoln et Guba (1985). Ces critères spécifiques à la recherche qualitative sont la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la confirmabilité. Le critère de la crédibilité a été complété avec les écrits de Thorne (2016).

7.3.1 Crédibilité

La crédibilité se caractérise par les activités qui visent à favoriser une interprétation reflétant l'expérience vécue par les participants à l'étude (Lincoln & Guba, 1985), ici les femmes enceintes en contextes de vulnérabilité. À cette fin, l'étudiante-chercheuse demandait à la fin de l'entretien si elle avait bien saisi l'expérience de la participante en résumant les éléments clés de l'entretien aux femmes, et en leur demandant si cela reflétait bien leur expérience. Ensuite, l'enregistrement des entretiens permettait de réduire le biais de sélectivité de la part de l'étudiante-chercheuse, soit de noter uniquement le contenu retenu (Castillo, 2021), tout en favorisant une description interprétative fidèle aux propos des femmes. L'écoute répétée des enregistrements des entretiens et la lecture des *verbatim* ont permis à l'étudiante-

chercheuse d'intégrer les données en s'assurant que les résultats représentent bien l'expérience décrite par les femmes (Frambach et al., 2013; Lincoln & Guba, 1985). La vérification des analyses par les pairs (*peer debriefing*) permet de réduire le biais de sélection des informations (Lionet, 2021) retenues pour l'analyse et l'interprétation des données. Les discussions d'équipe aux deux à quatre semaines au fur et à mesure des analyses des résultats du projet ont permis de promouvoir l'élaboration d'interprétations représentatives du phénomène (Laperrière, 1997). D'ailleurs, les expertises diversifiées des directrices ont favorisé une diversité des visions dans le projet (Laperrière, 1997) en favorisant par le fait même des discussions plus riches. Ces expertises portaient sur l'organisation et des soins de santé, les interventions visant à soutenir les personnes ayant des besoins de santé complexes, l'expérience de personnes vivant avec une maladie chronique, le soutien à l'autogestion et la recherche qualitative. Les rétroactions des directrices et de l'assistant de recherche, Jérémie Beaudin, quant à l'analyse assurent une certaine neutralité permettant de prévenir la présence d'un jugement de la part de l'étudiante-chercheuse (Thorne, 2016).

L'étudiante-chercheuse a utilisé un journal de bord afin de clarifier ses préconceptions et sa posture. Cela permet d'avoir une certaine distanciation par rapport aux biais personnels, cognitifs et affectifs qui auraient pu influencer le projet (Castro, 2021). Les décisions méthodologiques, les préconceptions de l'étudiante-chercheuse ainsi que son implication dans la relation chercheuse-participante, les analyses et l'interprétation des résultats ont été consignées dans ce journal de bord (Baribeau, 2005; Lincoln & Guba, 1985; Thorne, 2016). Cette réflexivité a permis à l'étudiante-chercheuse d'être un instrument plutôt qu'un biais à la collecte et l'analyse des données. L'analyse s'est réalisée selon un processus d'analyse par comparaison constante, c'est-à-dire un processus itératif entre les différentes étapes de la méthode QUAGOL (De Casterlé et al., 2012), où à chaque étape, les entretiens étaient comparés entre eux, et ce, tout au long du processus. Ce processus favorise une uniformité dans l'identification des thèmes (Frambach et al., 2013) et permet de rester centré sur l'objectif général de l'étude et les questions de recherche. Ce processus a amélioré la crédibilité ainsi que la fiabilité des données (Laperrière, 1997), tout en réduisant les biais cognitifs qui auraient pu influencer le traitement des données. Ces biais comprenaient le biais d'holiste, qui consiste à « accorder aux événements plus de convergence et de cohérence

qu'ils n'en ont en réalité»; et le biais d'élite, qui correspond au fait de conclure trop rapidement que toutes les femmes pensent de la même manière en surestimant les propos des femmes qui s'expriment clairement, avec plus de facilité ou qui semblent mieux maîtriser le sujet de l'entretien (Miles et al., 2014; Piot, 2021). Finalement, l'intégration de *verbatim* dans les résultats de la thèse a permis de soutenir les thèmes identifiés (Thorne, 2016).

7.3.2 Transférabilité

La transférabilité se caractérise par la possibilité d'appliquer les résultats à d'autres contextes. La description complète et approfondie (*thick description*) du suivi prénatal infirmier des femmes à l'étude permet aux lecteurs de juger de la transférabilité (Lincoln & Guba, 1985). Étant donné que l'étude se déroule dans un contexte précis et unique, les résultats ne sont pas transférables à tous les types de suivi prénatal infirmier, comme les femmes suivies pour une grossesse à risque élevé (GARE). Toutefois, les services offerts en CLSC suivent les mêmes orientations à travers la province du Québec. Chacune des femmes à l'étude était inscrite aux programmes gouvernementaux Olo et SIPPE. Le fait de couvrir des régions distinctes du Québec (n=5) permet d'améliorer le potentiel de transférabilité des résultats à d'autres régions du Québec.

Il n'y avait aucun homme infirmier qui réalisait le suivi prénatal infirmier. Cela peut nuire à la transférabilité des résultats à un suivi prénatal infirmier réalisé par des hommes. Des études (Donohue, 2003; Edwards, 1998) démontrent que les femmes préféreraient recevoir des soins par une personne du même sexe. Ainsi, le sexe ou même le genre des infirmières et des infirmiers pourraient correspondre à des attentes pour les femmes au regard de leur suivi prénatal et cela pourrait influencer la relation avec les infirmières et les infirmiers. Le sexe et le genre pourraient alors s'inscrire à l'intérieur des caractéristiques des infirmières et des infirmiers, n'ajoutant pas de nouveaux facteurs à ceux identifiés à la question 1.

7.3.3 Fiabilité

La fiabilité correspond à l'authenticité de l'étude, soit l'absence de fraude, l'honnêteté de la démarche scientifique et l'exactitude des données (Lincoln & Guba, 1985) en lien avec le contexte (Frambach et al., 2013). Les stratégies mises en place lors de la réalisation du projet assurent la fiabilité des données, dont le processus itératif d'analyse par comparaison constante. Cela permet d'assurer une analyse en profondeur des entretiens en incluant tous les thèmes en lien avec les questions de recherche (Frambach et al., 2013). Les discussions avec les directrices et l'assistant de recherche préservent la fidélité des données. Les notes du journal de bord, quant à elles, sont une piste de vérification (*audit trail*) qui soutient le processus d'analyse et de raisonnement menant à son interprétation (Thorne, 2016).

7.3.4 Confirmabilité

La confirmabilité est assurée par une piste de vérification (*audit trail*), soit les décisions prises tout au long du projet inscrites dans le journal de bord (Lincoln & Guba, 1985). Cette piste de vérification inclut la documentation de l'évolution du guide d'entretien, de la grille de codification pour les analyses, les annotations de chaque entretien ainsi que l'évolution du cadre conceptuel après chaque entretien. La documentation détaillée de chaque étape du projet de recherche soutient la démarche scientifique et l'interprétation de l'étudiante-chercheuse (Laperrière, 1997). Finalement, les discussions d'équipe tout au long de l'étude sont un autre moyen d'obtenir la confirmation que les interprétations de l'étudiante-chercheuse sont issues des données et non de ses préconceptions (Laperrière, 1997).

7.4 Forces

En plus d'offrir une voix aux femmes, tel qu'abordé dans les contributions de la thèse, le projet doctoral présente plusieurs forces, dont la cohérence épistémologique et méthodologique ainsi que la diversité des expériences du suivi prénatal infirmier des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité.

7.4.1 Cohérence épistémologique, méthodologique et théorique

Le projet doctoral démontre une intégrité quant aux fondements épistémologiques de l'approche descriptive interprétative. Le projet doctoral démontre une cohérence entre les questions de recherche, l'approche qualitative descriptive interprétative de Thorne (2016), le paradigme constructiviste/interprétatif ainsi que les méthodes de recrutement, de collecte et d'analyse des données, comme le soulignent Carter et Little (2007). Thorne (2016) identifie que la cohérence épistémologique et méthodologique améliore la crédibilité de la recherche. L'approche descriptive interprétative a permis de dépeindre une problématique d'ordre disciplinaire en lien avec les sciences infirmières (Thorne, 2016). Les questions de recherche ont été élaborées à partir de situations cliniques pour lesquelles les connaissances étaient insuffisantes. Les expériences vécues par les femmes ont été étudiées de façon holistique, en considérant les contextes des participantes (Thorne, 2016; Thorne et al., 2004). L'étudiante-chercheuse a agi à titre d'instrument et participait au processus de co-construction (Hunt, 2009; Thorne, 2016) entre la construction mentale subjective des participantes et son interprétation des données (Thorne et al., 2004). Dans cette mesure, l'étudiante-chercheuse a considéré son influence sur le projet, tel que décrit précédemment.

Enfin, une cohérence théorique a été préservée. L'approche qualitative descriptive interprétative de Thorne (2016), appuyée par Morse (1994), réfère à différents processus cognitifs dont celui de la théorisation qui permet de conceptualiser les résultats de façon structurée et cohérente. La méthode d'analyse de Thomas et Harden (2008) utilisée pour la rédaction de la revue systématique a permis de développer un cadre théorique, alors que la neuvième étape d'analyse du guide QUAGOL (De Casterlé et al., 2012; 2021) réalisée pour la thèse a permis la structuration des concepts sous forme de schéma.

7.4.2 Diversité des expériences

Les critères d'inclusion spécifiques aux programmes Olo et SIPPE (Fondation Olo, 2021a; MSSS, 2019b) occasionnent une prédominance des contextes de vulnérabilité financière et de faible niveau de scolarité. Néanmoins, une diversité des contextes de vulnérabilité a été mise en évidence dans cette étude. D'ailleurs, toutes les femmes incluses dans le projet doctoral présentaient au minimum deux contextes de vulnérabilité. La diversification des

milieux de recrutement a aussi permis d'obtenir des expériences variées. De son côté, la diversification des expériences a permis d'obtenir une meilleure compréhension de l'expérience du suivi prénatal infirmier des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité (Thorne et al., 1997).

7.5 Limites

Le projet doctoral comporte quelques biais possibles et limites pour lesquels des mesures ont été prises afin de les réduire ou encore de les considérer lors de l'interprétation des résultats.

7.5.1 *Biais de désirabilité sociale*

Il pourrait y avoir eu un biais de désirabilité sociale lors des entretiens, soit un risque que les femmes répondent aux questions en fonction de ce qui est socialement attendu plutôt que de partager leur propre perception (Savoie-Zajc, 2009). Étant donné que les femmes abordaient leur suivi prénatal infirmier, elles pouvaient être portées à rapporter seulement les aspects positifs de leur expérience dans une perspective de désirabilité sociale ou encore pour ne pas nuire à leur suivi prénatal. Afin de minimiser ce biais, il a été expliqué aux participantes que l'information révélée lors des entretiens demeurait confidentielle et que celle-ci ne serait transmise en aucun cas à leur infirmière attitrée. De plus, il leur a été expliqué qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses et que l'objectif général de l'étude était de mieux comprendre comment elles percevaient leur suivi prénatal (Savoie-Zajc, 2009).

7.5.2 *Biais de sélection des participantes*

Il pourrait y avoir eu un biais de sélection des participantes au projet de recherche de la part des infirmières des milieux participants au projet (Bhandari, 2020; Collier & Mahoney, 1996). Afin de limiter ce biais, il avait d'abord été demandé aux infirmières de remettre une feuille explicative du projet à l'ensemble des femmes inscrites dans leur charge de cas (*caseload*). Par la suite, les femmes devaient communiquer avec l'étudiante-chercheuse. Or, cette méthode de recrutement n'a pas été fructueuse. Les gestionnaires des milieux de recrutement ont plutôt suggéré que les infirmières transmettent à l'étudiante-chercheuse le nom des femmes qui avaient un intérêt à participer. En appliquant cette mesure de recrutement, il a tout de même été demandé aux infirmières de remettre une feuille

explicative du projet à l'ensemble des femmes afin d'éviter qu'elles ne sélectionnent les candidates pour le projet.

7.5.3 *Absence de cas contraire*

Une limite de l'étude est l'absence de cas contraire. Les cas contraires, des cas négatifs ou aussi nommés des cas déviants permettent d'augmenter la variation des expériences (Lincoln & Guba, 1985). Aucune femme ayant participé à l'étude n'a cessé son suivi prénatal infirmier. Cependant, les propos des femmes ont permis de soulever les raisons pour lesquelles elles cesseraient leur suivi.

7.5.4 *Contexte de la pandémie mondiale*

La pandémie mondiale de la COVID-19 a complexifié le recrutement. Elle a pu influencer le projet doctoral en accroissant certains contextes de vulnérabilité et en affectant l'expérience du suivi prénatal infirmier des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité.

Complexification du recrutement. Initialement, il était attendu qu'il pouvait y avoir des difficultés de recrutement. Il avait alors été prévu de recruter les participantes dans trois sites au moins, et ce via six CLSC environ. Cependant, l'impossibilité de communiquer avec certains milieux de recrutement lors des vagues de contamination reliées à la pandémie de la COVID-19 a affecté le processus de recrutement. L'ouverture des milieux de recrutement a été retardée ou n'a tout simplement pas eu lieu. Les milieux de recrutement ont été ajustés en conséquence. Par exemple, la région de la Côte-Nord présentait moins de cas au début de la pandémie. L'ouverture de ce site était alors réalisable et répondait au besoin d'avoir des expériences diversifiées des femmes. Une autre stratégie mise en place a été l'ajout d'une méthode de recrutement via les réseaux sociaux.

La pandémie a aussi entraîné des répercussions sur l'utilisation des services prénatals. La Fondation Olo (2022a) identifie que la pandémie a augmenté l'isolement des Québécoises et des Québécois pouvant expliquer la diminution de l'utilisation des services et une diminution des consultations (Fondation Olo, 2021d; Observatoire des tout-petits, 2021a) et par le fait même, complexifiant le recrutement.

Caractéristiques des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité. Davantage de femmes pourraient répondre aux critères d'inclusion dans les programmes puisqu'une hausse de problèmes de santé mentale a été détectée chez toutes les femmes enceintes (Berthelot et al., 2020). La pandémie a amplifié la présence de contextes de vulnérabilité financière, d'itinérance, d'isolement social, de violence conjugale, de troubles de santé mentale d'accessibilité aux technologies de l'information pour les femmes ayant un faible niveau de littératie numérique ainsi que d'accessibilité aux soins et aux services (Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, 2021; Observatoire des tout-petits, 2021b). Cela a pu contribuer à la prédominance de contextes de vulnérabilité financière et de problème de santé mentale dans la présente étude. De plus, le rapport d'Olo (Fondation Olo, 2022a) souligne une complexification des contextes de vulnérabilité reliés à la pandémie, car il y a plusieurs contextes de vulnérabilité dont les répercussions sont notables sur le développement des fœtus.

Expérience du suivi prénatal infirmier des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité. L'analyse a mis en lumière les impacts associés aux mesures de distanciation sociale. Quelques femmes ont rapporté s'être senties seules, sans soutien pendant la pandémie en raison des restrictions émises interdisant les rassemblements, imposant un couvre-feu et réduisant les activités de toutes sortes (p. ex. aller au cinéma, manger au restaurant, magasiner, voir des spectacles, etc.) (Gouvernement du Québec, 2021). Le suivi prénatal infirmier a contribué à réduire cet isolement et à le verbaliser. Cette intervention fait déjà partie des objectifs du programme SIPPE. Plusieurs femmes enceintes en contextes de vulnérabilité de l'étude ayant besoin de verbaliser ont perçu leur infirmière comme une psychologue lors de leur suivi. Les mesures de distanciation ont finalement eu un impact sur les modalités du suivi. Habituellement, le suivi du programme SIPPE se réalise au domicile des femmes à moins d'une raison particulière (MSSS, 2019b). Tel que mentionné préalablement, avant la pandémie, le lieu des rencontres pouvait varier. Cependant, la pandémie a occasionné une diversification des modes de prestations du suivi, soit en présentiel au CLSC ou au domicile des femmes, via une plate-forme numérique ou par le téléphone. Les modalités ont été déterminées indépendamment pour chaque CLSC. Quelques femmes ont mentionné qu'elles avaient la possibilité de choisir le mode de prestation malgré

la pandémie. Or, une grande majorité de femmes n'avaient pas de pouvoir décisionnel sur le mode de prestation. Il est donc possible que la pandémie ait affecté le pouvoir décisionnel des femmes quant au mode de prestation du suivi prénatal. De plus, le pouvoir décisionnel des femmes est dépendant de l'information transmise par les infirmières et les infirmiers des programmes. Il aurait été intéressant d'identifier davantage d'éléments sur lesquels les femmes n'avaient pas de pouvoir décisionnel, notamment en lien avec les soins reliés à l'enfant ou à son arrivée, mais les entretiens n'ont pas été en mesure de répondre à cet aspect.

CONCLUSION

Cette thèse visait à mieux comprendre l'expérience du suivi prénatal infirmier en soins de première ligne des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité en explorant les facteurs influençant cette expérience, la relation infirmière/infirmier-femme enceinte et les pistes d'améliorations au suivi prénatal infirmier. Les résultats obtenus grâce à l'utilisation d'une approche de recherche descriptive interprétative ont montré que les femmes en contextes de vulnérabilité rencontrent de grands défis, car les contextes de vulnérabilité influencent l'expérience du suivi prénatal infirmier. Par ailleurs, leurs attentes, leurs besoins, leur perception des infirmières et des infirmiers, de la relation infirmière/infirmier, de l'organisation des soins prénatals ainsi que de l'environnement seront influencés par ces contextes. Toutefois, les infirmières et les infirmiers peuvent contribuer à un dénouement positif de l'expérience du suivi prénatal infirmier. Pour ce faire, les infirmières et les infirmiers doivent privilégier une approche centrée sur la femme enceinte (Fontein-Kuipers et al., 2018). Cette approche permet de considérer les femmes de façon holistique favorisant ainsi des soins adaptés aux contextes de vulnérabilité des femmes. Ce changement de paradigme qui permet aux femmes d'être davantage impliquées dans les soins et par le fait même d'être plus actives dans les décisions de santé constitue la clé du succès pour une expérience positive du suivi prénatal infirmier. Également, cette approche, tout comme la transmission d'information claire et complète auprès d'elles, facilite la création d'une relation de confiance qui est nécessaire avec les femmes en contextes de vulnérabilité. La relation de confiance facilite la réponse aux attentes, aux besoins aux inquiétudes et aux préoccupations des femmes au regard de leur suivi prénatal infirmier. Dans leurs activités, les infirmières et les infirmiers doivent favoriser le pouvoir décisionnel des femmes en contextes de vulnérabilité par leur implication dans la prise de décision concernant le suivi ainsi qu'assumer le rôle d'*advocacy* de ces femmes par l'équité et l'accessibilité aux soins prénatals. Les infirmières et les infirmiers doivent aussi s'assurer d'offrir un suivi qui soit personnalisé à chaque femme et holistique afin de proposer des ressources communautaires ou des services professionnels adaptés tout en considérant l'influence que l'environnement pourrait avoir. Les ressources et services impliqués doivent être coordonnés afin d'optimiser

l'organisation des soins prénataux en première ligne, mais aussi respecter les contextes des femmes. Une fois l'ensemble de ces éléments mis en place pour favoriser cette expérience positive du suivi, les chances que les femmes soient motivées dans leur suivi, qu'elles continuent d'utiliser les services et qu'elles fassent la promotion des programmes prénataux gouvernementaux à leurs proches et amies sont optimisées. Il s'avère néanmoins encore nécessaire de mieux comprendre la perspective des infirmières et infirmiers dans le but de développer un cadre théorique qui considérera les réalités de la pratique infirmière.

LISTE DES RÉFÉRENCES

- Aday, L. A. (1994). Health status of vulnerable populations. *Annual Review of Public Health*, 15(1), 487-509.
- Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2013). *Cadre de référence régional - programme CADOE*. Bibliothèque et Archives nationales du Québec. Repéré le 15 novembre 2022 à <https://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2283444>
- Alnuaimi, K., Oweis, A., & Habtoosh, H. (2019). Exploring woman–nurse interaction in a Jordanian antenatal clinic: A qualitative study. *Midwifery*, 72, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.01.008>
- Amauri dos Santos, A., Amuzza Aylla Pereira dos, S., Ingrid Martins Leite, L., Clodis Maria, T., & Elainy Priscila Bezerra, F. (2017). The context of the pregnant woman in the situation of street and vulnerability : Its look at the pre-natal. *Journal of Nursing*, 11(10), 4103-4110. <https://doi.org/10.5205/reuol.10712-95194-3-SM.1110sup201713>
- Anderson, A., & Hewner, S. (2021). Care coordination: A concept analysis. *American Journal of Nursing*, 121(12), 30-38. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000803188.10432.e1>
- Andrew, M. K., & Keefe, J. M. (2014). Social vulnerability from a social ecology perspective: A cohort study of older adults from the National Population Health Survey of Canada. *BMC Geriatrics*, 14(1), 1-14. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-90>
- Angel, S., & Vatne, S. (2017). Vulnerability in patients and nurses and the mutual vulnerability in the patient–nurse relationship. *Journal of Clinical Nursing*, 26(9-10), 1428-1437. <https://doi.org/10.1111/jocn.13583>
- Araki, N. (2010). The experiences of pregnant women diagnosed with a fetal abnormality. *Journal of Japan Academy of Midwifery*, 24(2), 358-365. <https://doi.org/10.3418/jjam.24.358>
- Arulthas, S. (2021). *État des connaissances sur l'isolement social et la solitude des parents, de la grossesse à la fin de la petite enfance : définitions, instruments de mesure, ampleur et facteurs associés*. Institut national de santé publique du Québec. Repéré le 17 décembre 2022 à https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2721_isolement_social_solidude_parents_grossesse_petite_enfance.pdf

- Ashby, C. E. (2011). Whose" voice" is it anyway?: Giving voice and qualitative research involving individuals that type to communicate. *Disability Studies Quarterly*, 31(4), 1-21. <https://doi.org/https://doi.org/10.18061/dsq.v31i4.1723>
- Assemblée nationale du Québec. (2002). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. Éditeur officiel du Québec. Repéré le 3 août 2022 à <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306047/Cahier-explicatif-PL90-5.pdf/fd8ab62e-4a8f-70c1-3b92-6e6750b17266>
- Azar, K. M. (2021). The evolving role of nurse leadership in the fight for health equity. *Nurse Leader*, 19(6), 571-575. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2021.08.006>
- Bacchus, L., Mezey, G., & Bewley, S. (2003). Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence. *Health & Social Care in the Community*, 11(1), 10-18. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2524.2003.00402.x>
- Baciu, A., Negussie, Y., Geller, A., Weinstein, J. N., & National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2017). Chapter 3: The root causes of health inequity. Dans A. Baciu, Y. Negussie, A. Geller, J. N. Weinstein, & National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (Éds.), *Communities in action: Pathways to health equity*. National Academies Press (US).
- Bae, S. (2017). Intersubjectivity. Dans J. Matthes, C. S. Davis, & R. F. Potter (Éds.), *The International Encyclopedia of Communication Research Methods*. Wiley-Blackwell.
- Barbosa, K. T. F., Oliveira, F. M. R. L. d., & Fernandes, M. d. G. M. (2019). Vulnerability of the elderly: A conceptual analysis. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 337-344. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0728>
- Baribeau, C. (2005). L'instrumentation dans la collecte de données : le journal de bord du chercheur. *Recherches qualitatives*, (2), 98-114. http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v2/CBaribeau%20HS_2-issn.pdf
- Beecher, C., Devane, D., White, M., Greene, R., & Dowling, M. (2020). Women's experiences of their maternity care: A principle-based concept analysis. *Women and Birth*, 33(5), 419-425. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.11.001>
- Berthelot, N., Lemieux, R., Garon-Bissonnette, J., Drouin-Maziade, C., Martel, É., & Maziade, M. (2020). Uptrend in distress and psychiatric symptomatology in pregnant women during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 99(7), 848-855. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/aogs.13925>
- Bhandari, P. (2020, 8 décembre 2021). *Sampling bias and how to avoid it: Types & examples*. Repéré le 24 mars 2022 à <https://www.scribbr.com/methodology/sampling-bias/>

- Bhatt, J., & Bathija, P. (2018). Ensuring access to quality health care in vulnerable communities. *Academic Medicine*, 93(9), 1271. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002254>
- Birkmann, J. (2013). Chapter 15: Measuring vulnerability to promote disaster-resilient societies and to enhance adaptation: Conceptual frameworks and definitions. Dans J. Birkmann (Éd.), *Measuring vulnerability to natural hazards: Towards disaster resilient societies* (2^e éd., pp. 9-79). United Nations University Press.
- Boivin, M.-È. (2016). *La protection des enfants à naître : expérimentation du programme Concerto au Saguenay-Lac-Saint-Jean* [Mémoire, Université du Québec à Chicoutimi]. <http://bibvir2.uqac.ca/archivage/travaux/031077616.pdf>
- Bossé, M. A. (2012). *Bilan de l'implantation des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité dans Lanaudière de 1998 à 2012*. Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique. Repéré le 3 août 2022 à https://www.cisss-lanaudiere.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/cisss_lanaudiere/Documentation/Sante_publique/Themes/Developpement_de_1_enfant_0-5_ans/DOC_BilanSIPPE_1998-2012.pdf
- Brinkmann, S., & Kvale, S. (2015a). Chapter 7: Conducting an interview. Dans S. Brinkmann & S. Kvale (Éds.), *InterViews : Learning the craft of qualitative research interviewing* (3^e éd., pp. 149-166). SAGE Publications.
- Brinkmann, S., & Kvale, S. (2015b). Chapter 9: Interview quality. Dans S. Brinkmann & S. Kvale (Éds.), *InterViews : Learning the craft of qualitative research interviewing* (3^e éd., pp. 189-202). SAGE Publications.
- Brinkmann, S., & Kvale, S. (2015c). Chapter 10: Transcribing interviews. Dans S. Brinkmann & S. Kvale (Éds.), *InterViews : Learning the craft of qualitative research interviewing* (3^e éd., pp. 203-214). SAGE Publications.
- Briscoe, L., Lavender, T., & McGowan, L. (2016). A concept analysis of women's vulnerability during pregnancy, birth and the postnatal period. *Journal of Advanced Nursing*, 72(10), 2330-2345. <https://doi.org/10.1111/jan.13017>
- Brocklehurst, H., & Laurenson, M. (2008). A concept analysis examining the vulnerability of older people. *British Journal of Nursing*, 17(21), 1354-1357. <https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17.21.31738>
- Bronfenbrenner, U. (2001). The bioecological theory of human development. Dans N. J. Smelser & P. B. Baltes (Éds.), *International encyclopaedia of the social and behavioural sciences* (pp. 6963-6970). Elsevier.
- Bryan, C. J., Butner, J. E., May, A. M., Rugo, K. F., Harris, J. A., Oakey, D. N., Rozek, D. C., & Bryan, A. O. (2020). Nonlinear change processes and the emergence of suicidal

- behavior: A conceptual model based on the fluid vulnerability theory of suicide. *New Ideas in Psychology*, 57, 1-22. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2019.100758>
- Burns, L., Whitty-Rogers, J., & MacDonald, C. (2019). Understanding Mi'kmaq women's experiences accessing prenatal care in rural Nova Scotia. *Advances in Nursing Science*, 42(2), 139-155. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000248>
- Burt, J., Campbell, J., Abel, G., Aboulghate, A., Ahmed, F., Asprey, A., Barry, H., Beckwith, J., Benson, J., & Boiko, O. (2017). Chapter 1: Introduction to the IMPROVE (improving patient experience in primary care) programme. Dans *Improving patient experience in primary care: A multimethod programme of research on the measurement and improvement of patient experience*. NIHR Journals Library. Repéré le 3 août 2022 à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK436537/>
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Docterman, J. M., & Wagner, C. M. (2018). *Nursing interventions classification (NIC)-E-Book*. (7^e éd.). Elsevier Health Sciences.
- Canadian Association of Perinatal and Women's Health Nurses. (2018). *Perinatal nursing standards in Canada*. Repéré le 3 août 2022 à https://capwhn.ca/wp-content/uploads/2019/10/PERINATAL_NURSING_STANDARDS_IN_CANADA.pdf
- Carde, E., Bernheim, E., Bernier, D., & Giguère, N. (2015). L'approche «intégrée» des rapports sociaux inégalitaires: intersectionnalité, inégalités sociales et santé. *Revue du CREMIS*, 8(2), 22-27.
- Carrier, A., & Bouffard, M. (2006). *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) : bilan 2006 de l'implantation à Laval*. Agence de la santé et des services sociaux de la Laval. Repéré le 3 août 2022 à <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/1764254>
- Carter, S. M., & Little, M. (2007). Justifying knowledge, justifying method, taking action: Epistemologies, methodologies, and methods in qualitative research. *Qualitative Health Research*, 17(10), 1316-1328. <https://doi.org/10.1177/1049732307306927>
- Castillo, M.-C. (2021). Chapitre 13 : L'analyse de contenu en psychologie clinique. Dans A. Bioy, M.-C. Castillo, & M. Koenig (Éds.), *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie* (pp. 217-237). Dunod.
- Castro, D. (2021). Chapitre 5 : Construire un cadre de recherche clinique. Dans A. Bioy, M.-C. Castillo, & M. Koenig (Éds.), *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie* (pp. 79-93). Dunod.
- Centre de ressources Meilleur départ. (2014). La prestation de l'éducation prénatale en Ontario : un résumé des conclusions de l'étude. Nexus Santé. Repéré le 17 décembre 2022 à https://www.meilleurdepart.org/resources/repro/BSRC_Prenatal_Summary_FR_rev.pdf

- Charette, M. (2017). *Les facteurs d'apparition et de maintien de la vulnérabilité sociale : parcours de vie d'individus en situation de vulnérabilité à Sherbrooke* [Mémoire, Université de Sherbrooke]. https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/11800/Charette_Maxime_MServSoc_2018.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Chen, J., Mullins, C. D., Novak, P., & Thomas, S. B. (2016). Personalized strategies to activate and empower patients in health care and reduce health disparities. *Health Education & Behavior*, 43(1), 25-34. <https://doi.org/10.1177/1090198115579415>
- Cline, D. D. (2016). A concept analysis of vulnerability during transitions. *Nursing Education Perspectives*, 37(2), 91-96. <https://doi.org/10.5480/14-1363>
- Colciago, E., Merazzi, B., Panzeri, M., Fumagalli, S., & Nespoli, A. (2020). Women's vulnerability within the childbearing continuum: A scoping review. *European Journal of Midwifery*, 4, 1-9. <https://doi.org/10.18332/ejm/120003>
- Collier, D., & Mahoney, J. (1996). Insights and pitfalls: Selection bias in qualitative research. *World Politics*, 49(1), 56-91. <https://doi.org/10.1353/wp.1996.0023>
- Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. (2021). *Avis préliminaire portant sur les impacts de la pandémie sur les populations vulnérables*. Gouvernement du Québec. Repéré le 3 août 2022 à https://www.cclp.gouv.qc.ca/publications/pdf/CCLP_avis_impact_pandemie.pdf
- Comité de direction de l'Université de Sherbrooke. (2021). *Directive 2600-087 - directive sur la rédaction inclusive*. Repéré le 3 août 2022 à <https://www.usherbrooke.ca/decouvrir/fileadmin/sites/decouvrir/documents/direction/directives/2600-087.pdf>
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2011). *Rapport d'appréciation de la performance du système de Santé et de Services sociaux 2011. Pour une vision à long terme en périnatalité et en petite enfance : enjeux et recommandations*. Gouvernement du Québec. Repéré le 3 août 2022 à https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2011_PPE/CSBE_T4EnjeuxRecommandations_PPE_2011.pdf
- Conseil canadien de la santé. (2012). *Soutien à l'autogestion pour les Canadiens atteints de maladies chroniques : point de mire sur les soins de santé primaires*. Conseil canadien de la santé. Repéré le 3 août 2022 à http://www.rqesr.ca/stock/fra/hcc_selfmanagement_fr_fa.pdf
- Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH), Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada (CRSNG), & Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). (2018). *Énoncé de politique des trois Conseils : éthique de la recherche avec des êtres humains*. Éthique de la recherche avec des êtres humains. Repéré le 3 août 2022 à <https://ethics.gc.ca/fra/documents/tcps2-2018-fr-interactive-final.pdf>

- Cook, K. (2008). Marginalized Populations. Dans P. J. Lacarkas (Éd.), *The Sage encyclopedia of qualitative research methods*. SAGE Publications.
- Cousley, A., Martin, D. S. E., & Hoy, L. (2014). Vulnerability in the perioperative patient: A concept analysis. *Journal of Perioperative Practice*, 24(7-8), 164-171. <https://doi.org/10.1177/1750458914024007-802>
- Cramer, M. E., Chen, L. W., Roberts, S., & Clute, D. (2007). Evaluating the social and economic impact of community-based prenatal care. *Public Health Nursing*, 24(4), 329-336. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2007.00641.x>
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2017a). Chapter 2: Philosophical assumptions and interpretative frameworks. Dans J. W. Creswell & C. N. Poth (Éds.), *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4^e éd., pp. 15-40). SAGE Publications.
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2017b). Chapter 3: Designing a qualitative study. Dans J. W. Creswell & C. N. Poth (Éds.), *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (pp. 41-63). Sage publications.
- De Casterlé, B. D., De Vliegher, K., Gastmans, C., & Mertens, E. (2021). Complex qualitative data analysis: Lessons learned from the experiences with the qualitative analysis guide of Leuven. *Qualitative Health Research*, 31(6), 1083-1093. <https://doi.org/10.1177/1049732320966981>
- De Casterlé, B. D., Gastmans, C., Bryon, E., & Denier, Y. (2012). QUAGOL: A guide for qualitative data analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 49(3), 360-371. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.09.012>
- De Chesnay, M. (2020). Chapter 1: Vulnerable populations: Vulnerable people. Dans M. De Chesnay & B. A. Anderson (Éds.), *Caring for the vulnerable: Perspectives in nursing theory, practice, and research* (5^e éd., Vol. 2, pp. 1-14). Jones & Bartlett Learning.
- De Jesus Hernández Rodriguez, M., Kotzias Atherino dos Santos, E., Horner Schlindwein Meirelles, B., Frigo, J., & Hernández Rodriguez, A. (2014). Perception of HIV-positive woman about prenatal care and puerperium: Integrative review. *Journal of Nursing UFPE*, 8(10), 3492-3501. <https://doi.org/10.5205/reuol.6039-55477-1-ED.081020129>
- Deschamps, J., Boyer, É., & Brochu, M. D. (2019). *L'intervention nutritionnelle Olo : cadre de référence version 2*. Repéré le 5 mai 2021 à <https://fondationolo.ca/wp-content/uploads/2017/12/fondation-olo-cadre-de-reférence-olo-2017.pdf>
- Donohue, R. K. (2003). Nurse practitioner-client interaction as resource exchange in a women's health clinic: An exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*, 12(5), 717-725. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00790.x>

- Dorsen, C. (2010). Vulnerability in homeless adolescents: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 66(12), 2819-2827. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05375.x>
- Dos Santos Araujo, A., Pereira dos Santos, A. A., Martins Leite Lúcio, I., Tavares, C. M., & Bezerra Fidélis, E. P. (2017). The context of the pregnant woman in the situation of street and vulnerability: Its look at the pre-natal. *Journal of Nursing*, 11(10), 4103-4110. <https://doi.org/10.5205/reuol.10712-95194-3-SM.1110sup201713>
- Downe, S., Finlayson, K., Tunçalp, Ö., & Gürmezoglu, A. M. (2019). Provision and uptake of routine antenatal services: A qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6), 1-93. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/14651858.CD012392.pub2>
- Doyle, C., Lennox, L., & Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*, 3(1), 1-18. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001570>
- Dunn, W., Brown, C., & McGuigan, A. (1994). The ecology of human performance: A framework for considering the effect of context. *The American Journal of Occupational Therapy*, 48(7), 595-607.
- Durand, S., & Harvey, B. (2015). *Standards de pratique pour l'infirmière : soins de proximité en périnatalité*. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/4443-perinatalite-web.pdf/8a67229f-0fa7-0573-9013-cc2cff1316b0>
- Durand, S., Harvey, B., & D'anjou, H. (2016). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers*. (3^e éd.). Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306047/1466-exercice-infirmier-activites-reservees-web%29.pdf/84aaaa05-af1d-680a-9be1-29fcde8075e3>
- Edwards, S. C. (1998). An anthropological interpretation of nurses' and patients' perceptions of the use of space and touch. *Journal of Advanced Nursing*, 28(4), 809-817. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1998x.00706.x>
- Encyclopédie canadienne. (2022). *Identité de genre*. Repéré le 3 août 2022 à <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/identite-de-genre#:~:text=Identit%C3%A9%20de%20genre%20et%20orientation,le%20plan%20%C3%A9motionnel%20ou%20sexuel>
- Evans, E. C., & Bullock, L. F. (2017). Supporting rural women during pregnancy: Baby BEEP nurses. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 42(1), 50. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000305>
- Fondation Olo. (2020). *La Fondation Olo lance une campagne d'urgence pour aider des milliers de femmes enceintes vulnérables*. Repéré le 2 octobre 2022 à

<https://fondationolo.ca/nouvelle/la-fondation-olo-lance-une-campagne-durgence-pour-aider-des-milliers-de-femmes-enceintes-vulnerables/>

Fondation Olo. (2021a). *Avoir accès au programme Olo*. Repéré le 5 mai 2021 à <https://fondationolo.ca/je-suis-enceinte/avoir-acces-au-programme/>

Fondation Olo. (2021b). *Coupons Olo : comment ça marche?* Repéré le 5 mai 2021 à <https://fondationolo.ca/que-faisons-nous/les-aliments-olo/comment-ca-marche/>

Fondation Olo. (2021c). *Outils pour les parents*. Repéré le 5 mai 2021 à <https://fondationolo.ca/que-faisons-nous/bien-manger-cuisiner-manger-famille/outils-parents/#:~:text=Ces%20outils%20ont%20%C3%A9t%C3%A9%20d%C3%A9velop%C3%A9s,en%20Forme%20Avenir%20d'enfants>.

Fondation Olo. (2021d). Pandémie et suivi Olo - Focus sur le travail des intervenantes et la réalité des familles à l'automne 2021. Repéré le 17 décembre 2022 à <https://fondationolo.ca/wp-content/uploads/2021/11/publication-pandemie-et-suivi-olo.pdf>

Fondation Olo. (2022a). *Le suivi Olo avant, pendant et après les mesures sanitaires : une histoire de données changeantes et de réalités préoccupantes*. Repéré le 2 octobre 2022 à <https://fondationolo.ca/nouvelle/le-suivi-olo-avant-pendant-et-apres-les-mesures-sanitaires/>

Fondation Olo. (2022b, 11 mars 2022). *Ma grossesse : une nouvelle porte d'entrée pour le suivi Olo*. Repéré le 27 septembre 2022 à <https://fondationolo.ca/nouvelle/ma-grossesse-une-nouvelle-porte-dentree-pour-le-suivi-olo/>

Fontein-Kuipers, Y., de Groot, R., & van Staa, A. (2018). Woman-centered care 2.0: Bringing the concept into focus. *European Journal of Midwifery*, 2(5), 1-12. <https://doi.org/10.18332/ejm/91492>

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. (4^e éd.). Chenelière éducation.

Frambach, J. M., van der Vleuten, C. P., & Durning, S. J. (2013). AM last page: Quality criteria in qualitative and quantitative research. *Academic Medicine*, 88(4), 552. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31828abf7f>

Gabrani, J., Schindler, C., & Wyss, K. (2020). Factors associated with the utilisation of primary care services: A cross-sectional study in public and private facilities in Albania. *BMJ Open*, 10(12), 1-11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-040398>

Gage, A. D., Leslie, H. H., Bitton, A., Jerome, J. G., Joseph, J. P., Thermidor, R., & Kruk, M. E. (2018). Does quality influence utilization of primary health care? Evidence from Haiti. *Global Health*, 14(1), 59. <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0379-0>

- Gagnon, M., Beaudry, C., & Deschenaux, F. (2019). «Prendre soin» des participants lors d'entretiens réalisés en contexte de recherches sensibles. *Recherches qualitatives*, 38(2), 71-92.
- Gelinas, L., Pierce, R., Winkler, S., Cohen, I. G., Lynch, H. F., & Bierer, B. E. (2017). Using social media as a research recruitment tool: Ethical issues and recommendations. *The American Journal of Bioethics*, 17(3), 3-14. <https://doi.org/10.1080/15265161.2016.1276644>
- Gendron, S., Dupuis, G., Moreau, J., Lachance-Fiola, J., & Dupuis, F. (2014). Évaluation de l'actualisation du Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) : l'axe accompagnement des familles. Évaluation du Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Repéré le
- Gennaro, S., & Melnyk, B. M. (2016). Improving prenatal care for minority women. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 41(3), 147. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000227>
- Goodman, D., Whalen, B., & Hodder, L. C. (2019). It's time to support, rather than punish, pregnant women with substance use disorder. *JAMA Network Open*, 2(11), e1914135-e1914135. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.14135>
- Gouvernement du Québec. (2021). *Pandémie de la COVID-19 - plusieurs mesures additionnelles entreront en vigueur dès demain*. Repéré le 3 août 2022 à <https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/pandemie-de-la-covid-19-plusieurs-mesures-additionnelles-entreront-en-vigueur-des-demain-37240>
- Gouvernement du Québec. (2022). *Infirmière clinicienne ou infirmier clinicien*. Repéré le 19 décembre 2022 à <https://avenirensante.gouv.qc.ca/carrieres/infirmier-clinicien>
- Grabovschi, C., Loignon, C., & Fortin, M. (2013). Mapping the concept of vulnerability related to health care disparities: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 13(1), 94-94. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-94>
- Guay, A., Bell, L., Doré, C., & Gallagher, F. (2015). SIPPE : comment maintenir la fidélité des familles au programme ? *Perspective infirmière*, 12(2), 55-57. <https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol12no2/16-sante-publique.pdf>
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1982). Epistemological and methodological bases of naturalistic inquiry. *Educational Communication and Technology Journal*, 30(4), 233-252. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/BF02765185>
- Haidar, O. M., Lamarche, P. A., Levesque, J.-F., & Pampalon, R. (2018). The influence of individuals' vulnerabilities and their interactions on the assessment of a primary care experience. *International Journal of Health Services*, 48(4), 798-819. <https://doi.org/10.1177/0020731418768186>

- Hammersley, M., & Atkinson, P. (2007). *Ethnography: Principles in practice*. (4^e éd.). Routledge.
- Hassan, G. (2013). Services de prévention en petite enfance auprès des familles vulnérables: quelle accessibilité pour les mères immigrantes? Entrevue avec Ghayda Hassan. *Bulletin Entre-Vues*, 4.
- Heaman, M. I., Martens, P. J., Brownell, M. D., Chartier, M. J., Thiessen, K. R., Derksen, S. A., & Helewa, M. E. (2018). Inequities in utilization of prenatal care: a population-based study in the Canadian province of Manitoba. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 430. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2061-1>
- Heaman, M. I., Sword, W., Elliott, L., Moffatt, M., Helewa, M. E., Morris, H., Gregory, P., Tjaden, L., & Cook, C. (2015). Barriers and facilitators related to use of prenatal care by inner-city women: Perceptions of health care providers. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0431-5>
- Heerman, W. J., White, R. O., & Barkin, S. L. (2015). Advancing informed consent for vulnerable populations. *Pediatrics*, 135(3), e562-e564. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3041>
- Hirose, A., Owolabi, O., Imamura, M., Okonofua, F., & Hussein, J. (2017). Systematic review of obstetric care from a women-centered perspective in Nigeria since 2000. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 136(1), 13-18. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12007>
- Hoefel, L., O'Connor, A. M., Lewis, K. B., Boland, L., Sikora, L., Hu, J., & Stacey, D. (2020). 20th anniversary update of the Ottawa decision support framework Part 1: A systematic review of the decisional needs of people making health or social decisions. *Medical Decision Making*, 40(5), 555-581. <https://doi.org/10.1177/0272989X20936209>
- Hollowell, J., Oakley, L., Kurinczuk, J. J., Brocklehurst, P., & Gray, R. (2011). The effectiveness of antenatal care programmes to reduce infant mortality and preterm birth in socially disadvantaged and vulnerable women in high-income countries: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11(1), 1-20. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-11-13>
- Hudon, É., Hudon, C., Chouinard, M.-C., Lafontaine, S., Jordy, L. C. d., & Ellefsen, É. (2022). The prenatal primary nursing care experience of pregnant women in contexts of vulnerability: A Systematic review with thematic synthesis. *Advances in Nursing Science*, 45(3), 274-290. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000419>
- Hunt, M. R. (2009). Strengths and challenges in the use of interpretive description: Reflections arising from a study of the moral experience of health professionals in humanitarian work. *Qualitative Health Research*, 19(9), 1284-1292. <https://doi.org/10.1177/1049732309344612>

Hurteau, P., Labrie, V., & Nguyen, M. (2021). *Le revenu viable 2021 : pour une sortie de pandémie sans pauvreté*. Institut de recherche et d'informations socioéconomiques. Repéré le 25 août 2022 à <https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2021/06/Revenu-viable-2021-WEB.pdf>

Institut de la statistique du Québec. (2016). Mieux connaître la parentalité au Québec : un portrait à partir de l'Enquête québécoise sur l'expérience des parents d'enfants de 0 à 5 ans 2015. (pp. 171). Gouvernement du Québec. Repéré le 17 décembre 2022 à <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/mieux-connaître-la-parentalité-au-quebec-un-portrait-a-partir-de-enquête-québécoise-sur-l'expérience-des-parents-denfants-de-0-a-5-ans-2015.pdf>

Institut national de santé publique du Québec. (2010). *Avis scientifique sur la rétention des clientèles des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance*. Gouvernement du Québec. Repéré le 3 août 2022 à www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1142_RetentionClientèlesSIPPE.pdf

Institut national de santé publique du Québec. (2011, 2019). *Décès et deuil périnatal*. Repéré le 3 août 2022 à <https://www.inspq.qc.ca/information-perinatale/fiches/deces-et-deuil-perinatal>

Institut national de santé publique du Québec. (2016). *Contextes de vulnérabilité*. Repéré le 3 août 2022 à <https://www.inspq.qc.ca/violence-conjugale/comprendre/contextes-de-vulnerabilite>

Institut national de santé publique du Québec. (2019). *Évaluation de la mise en oeuvre de Programme national de santé publique 2015-2024 - analyse de l'impact de nouveaux mécanismes de gouvernance*. Gouvernement du Québec. Repéré le 3 août 2022 à www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1142_RetentionClientèlesSIPPE.pdf

Instituts de recherche en santé du Canada. (2017). *Le gouvernement du Canada investit dans la santé des prématurés*. Repéré le 3 août 2022 à https://www.canada.ca/fr/instituts-recherche-sante/nouvelles/2017/05/le_gouvernement_ducanadainvestitdanslasantedesprematures.html

Kallio, H., Pietilä, A. M., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: Developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), 2954-2965. <https://doi.org/10.1111/jan.13031>

Karam, M., Chouinard, M.-C., Poitras, M.-E., Couturier, Y., Vedel, I., Grgurevic, N., & Hudon, C. (2021). Nursing care coordination for patients with complex needs in primary healthcare: A scoping review. *International Journal of Integrated Care*, 21(1). <https://doi.org/10.5334/ijic.5518>

Kipnis, K. (2001). Vulnerability in research subjects: A bioethical taxonomy. Dans National Bioethics Advisory Commission (Éd.), *Ethical and policy issues in research*

- involving human participants* (pp. G1-G13). National Bioethics Advisory Commission. Repéré le 3 août 2022 à <https://bioethicsarchive.georgetown.edu/nbac/human/overvol1.html>
- Krist, A. H., Tong, S. T., Aycock, R. A., & Longo, D. R. (2017). Engaging patients in decision-making and behavior change to promote prevention. *Information Services & Use*, 37(2), 105-122. <https://doi.org/10.3233/ISU-170826>
- Kroll-Desrosiers, A. R., Crawford, S. L., Simas, T. A. M., Rosen, A. K., & Mattocks, K. M. (2016). Improving pregnancy outcomes through maternity care coordination: A systematic review. *Women's Health Issues*, 26(1), 87-99. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2015.10.003>
- Kumah, E., Osei-Kesse, F., & Anaba, C. (2017). Understanding and using patient experience feedback to improve health care quality: Systematic review and framework development. *Journal of Patient-Centered Research and Reviews*, 4(1), 24-31. <https://doi.org/10.17294/2330-0698.1416>
- Lange, M. M., Rogers, W., & Dodds, S. (2013). Vulnerability in research ethics: A way forward. *Bioethics*, 27(6), 333-340. <https://doi.org/10.1111/bioe.12032>
- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientifcité des méthodes qualitatives. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & A. Pires (Éds.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 365-389). Gaëtan Morin.
- Larousse, P. (s.d.). Relation. Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré le 11 novembre 2022 à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/relations/67845#:~:text=%EE%A0%AC%20relations&text=1.,diplomatiques%20avec%20un%20autre%20%C3%89tat.>
- Le Hénaff, L. (2006). *Le programme des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité: évaluation de l'implantation de l'action intersectorielle à travers la composante soutien à la création d'environnements favorables* [Mémoire, Université Laval]. <https://corpus.ulaval.ca/jspui/handle/20.500.11794/18294?locale=fr>
- Lemieux, G., & Boulanger, M.-E. (2016). Rapport d'évaluation du programme lait-oeuf-vitamines (LOV). Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'-Île-de-Montréal. Repéré le 17 décembre 2022
- Lepage, M.-C., & Schoonbroodt, C. (2005). *Processus d'implantation et pratiques d'intervention liées à la composante accompagnement des familles : services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*. Direction régionale de santé publique; Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale. Repéré le 3 août 2022 à <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/1560113>

- Lincoln, Y. S. (2007). Naturalistic inquiry. Dans G. Ritzer (Éd.), *The blackwell encyclopedia of sociology* (pp. 3161-3163). John Wiley & Sons.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1982). *Establishing dependability and confirmability in naturalistic inquiry through an audit*. Papier présenté au American Educational Research Association. <https://eric.ed.gov/?id=ED216019>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. SAGE Publications.
- Lionet, B. (2021). Chapitre 9 : L'analyse phénoménologique interprétative. Dans A. Bioy, M.-C. Castillo, & M. Koenig (Éds.), *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie* (pp. 145-157). Dunod.
- Loignon, C., Fortin, M., Bedos, C., Barbeau, D., Boudreault-Fournier, A., Gottin, T., Goulet, É., Laprise, E., & Haggerty, J. L. (2015). Providing care to vulnerable populations: A qualitative study among GPs working in deprived areas in Montreal, Canada. *Family Practice*, 32(2), 232-236. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmu094>
- Lou, S., Hvidman, L., Uldbjerg, N., Neumann, L., Jensen, T. F., Haben, J. G., & Carstensen, K. (2019). Women's experiences of postterm induction of labor: A systematic review of qualitative studies. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 46(3), 400-410. <https://doi.org/10.1111/birt.12412>
- Lowdermilk, D. L. (2012a). Chapitre 2 : Évaluation clinique et promotion de la santé. Dans D. L. Lowdermilk, S. E. Perry, K. Cashion, F. Courville, & Y. Brassard (Éds.), *Soins infirmiers : périnatalité* (pp. 34-71). Chenelière éducation.
- Lowdermilk, D. L. (2012b). Chapitre 7 : Soins infirmiers pendant la grossesse. Dans D. L. Lowdermilk (Éd.), *Soins infirmiers : périnatalité* (pp. 221-273). Chenelière éducation.
- Lupien, P.-L. (2020). L'éthique dans la recherche auprès de personnes dites «vulnérables» : analyse et réflexion à partir de situations tirées de projets de recherche menés auprès de personne «en situation de précarité résidentielle». *Sociologie et sociétés*, 52(1), 165-187.
- MacLean, L. M., Meyer, M., & Estable, A. (2004). Improving accuracy of transcripts in qualitative research. *Qualitative Health Research*, 14(1), 113-123. <https://doi.org/10.1177/1049732303259804>
- Magnusson, D., & Stattin, H. (1998). *Person-context interaction theories*. John Wiley & Sons Inc.
- Mahieu-Caputo, D. (2010). Prise en charge des femmes enceintes et nouveau-nés en situation de vulnérabilité sociale : faut-il une prise en charge spécifique ? *Gynécologie obstétrique & fertilité*, 38(2), 83-91. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2009.09.014>

- Mahieu-Caputo, D. (2011). 19. Les femmes enceintes en situation de vulnérabilité sociale: quelle prise en charge? Dans *Stress et grossesse* (pp. 183-188). Érès.
- Manca, D. P. (2015). Do electronic medical records improve quality of care? Yes. *Canadian Family Physician*, 61(10), 846-847.
- Marcellus, L., MacKinnon, K., Benoit, C., Phillips, R., & Stengel, C. (2015). Reenvisioning success for programs supporting pregnant women with problematic substance use. *Qualitative Health Research*, 25(4), 500-512. <https://doi.org/10.1177/1049732314551058>
- McLeish, J., & Redshaw, M. (2019). Maternity experiences of mothers with multiple disadvantages in England: A qualitative study. *Women and Birth*, 32(2), 178-184. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.05.009>
- Megnin-Viggars, O., Symington, I., Howard, L., & Pilling, S. (2015). Experience of care for mental health problems in the antenatal or postnatal period for women in the UK: A systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *Archives of Women's Mental Health*, 18(6), 745-759. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0548-6>
- Mejdoubi, J., van den Heijkant, S. C., van Leerdam, F. J., Heymans, M. W., Hirasing, R. A., & Crijnen, A. A. (2013). Effect of nurse home visits vs. usual care on reducing intimate partner violence in young high-risk pregnant women: A randomized controlled trial. *PloS One*, 8(10), e78185. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0078185>
- Mercier, M.-J., Hassan, G., LeBrun, A., & Boivin, M. (2020). Critères d'admissibilité aux SIPPE: le point de vue d'intervenantes quant à leur pertinence pour identifier les mères immigrantes ou réfugiées vulnérables. *Nouvelles pratiques sociales*, 31(2), 269-297. <https://doi.org/10.7202/1076656ar>
- Meta Business. (2022). *La publité pour les jeunes*. Repéré le 6 septembre 2022 à <https://www.facebook.com/business/help/229435355723442>
- Michel, L., & Wendland, J. (2020). L'attachement des femmes en période périnatale: de la vulnérabilité à la responsabilité. *Périnatalité*, 12(1), 8-14.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). Chapter 11: Drawing and verifying conclusions. Dans M. B. Miles, A. M. Huberman, & J. Saldaña (Éds.), *Qualitative data analysis* (4^e éd., pp. 289). SAGE Publications.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : cadre de référence*. Bibliothèque et Archives nationales du Québec. Repéré le 3 août 2022 à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000992/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018 : un projet porteur de vie*. Gouvernement du Québec. Repéré le 3 août 2022 à

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000731/#:~:text=La%20Politique%20de%20p%C3%A9rinatalit%C3%A9%202008%2D2018%20propose%20une%20vision%20globale,besoins%20actuels%20de%20la%20population.>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne*. Gouvernement du Québec. Repéré le 3 août 2022 à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-942-01F.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Programme national de santé publique 2015-2025 : pour améliorer la santé de la population du Québec*. Bibliothèque et Archives nationales du Québec. Repéré le 3 août 2022 à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017). *Glossaire : définition de termes relatifs au réseau de la Santé et des Services sociaux*. Gouvernement du Québec. Repéré le 3 août 2022 à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-127-03W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Le système des soins de santé du Canada : mode de prestation des services de soins de santé*. Gouvernement du Québec. Repéré le 3 août 2022 à <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/regime-soins-sante/canada.html>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2019a). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : balises de l'intervention*. Bibliothèque et Archives nationales du Québec. Repéré le 3 août 2022 à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-836-02W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2019b). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : cadre de référence*. Bibliothèque et Archives nationales du Québec. Repéré le 3 août 2022 à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-836-03W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020a). Chapitre 3 : Mesure de l'accès aux soins de santé et aux services sociaux: indicateurs. Dans *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2020-2021*. Repéré le 24 août 2022 à https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/165/vgq_ch03_sante_web.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020b). *Plan d'action en santé et bien-être des femmes 2020-2024*. Repéré le 3 août 2022 à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-730-01W.pdf>

- Moore, D. S., Bingham, P. R., & Keesling, O. (1981). Nursing care of the pregnant woman with diabetes mellitus. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 10(3), 188-194. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1981.tb00653.x>
- Moore, L., Britten, N., Lydahl, D., Naldemirci, Ö., Elam, M., & Wolf, A. (2017). Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), 662-673. <https://doi.org/10.1111/scs.12376>
- Moreau, D., Polomeno, V., de Pierrepont, C., Tourigny, J., & Ranger, M.-C. (2015). Les rencontres prénatales: sont-elles utiles? La perception des couples parentaux franco-ontariens de la région d'Ottawa. *Recherche en soins infirmiers*, 4(123), 36-48. <https://doi.org/10.3917/rsi.123.0036>
- Morgan, S., & Yoder, L. H. (2012). A concept analysis of person-centered care. *Journal of Holistic Nursing*, 30(1), 6-15. <https://doi.org/10.1177/0898010111412189>
- Morse, J. M. (1994). Chapter 3: Emerging from the data: The cognitive processes of analysis in qualitative inquiry. Dans J. M. Morse (Éd.), *Critical issues in qualitative research methods* (pp. 23-43). SAGE Publications.
- Morse, J. M. (2007). What is the domain of qualitative health research? *Qualitative Health Research*, 17(6), 715-717. <https://doi.org/10.1177/1049732307303820>
- Murugesu, L., Damman, O. C., Derksen, M. E., Timmermans, D. R., de Jonge, A., Smets, E. M., & Fransen, M. P. (2021). Women's participation in decision-making in maternity care: A qualitative exploration of clients' health literacy skills and needs for support. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1-16. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031130>
- Nakamura, Y. (2010). Nursing intervention to enhance acceptance of pregnancy in first-time mothers: Focusing on the comfortable experiences of pregnant women. *Japan Journal of Nursing Science*, 7(1), 29-36. <https://doi.org/10.1111/j.1742-7924.2010.00134.x>
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, Health and Medicine Division, Board on Population Health and Public Health Practice, & Committee on Community-Based Solutions to Promote Health Equity in the United States. (2017). *Communities in action: Pathways to health equity*. National Academies Press. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28418632/>
- Newman, M. A. (2009). Chapter 24: Prevailing paradigms in nursing. Dans G. R. Pamela & N. B. C. Sheare (Éds.), *Perspectives on nursing theory* (5^e éd.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Ngo Bikoko Piemeu, C. S., Loignon, C., Dionne, É., Paré-Plante, A.-A., Haggerty, J., & Breton, M. (2021). Expectations and needs of socially vulnerable patients for

- navigational support of primary health care services. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06811-8>
- Novick, G. (2009). Women's experience of prenatal care: An integrative review. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 54(3), 226-237. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2009.02.003>
- O'Brien, D., Butler, M. M., & Casey, M. (2021). The importance of nurturing trusting relationships to embed shared decision-making during pregnancy and childbirth. *Midwifery*, 98, 102987. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.102987>
- Observatoire des tout-petits. (2021a). Comment se portent les tout-petits au Québec pendant la grossesse et à la naissance? Portrait 2021. Fondation Lucie et André Chagnon. Repéré le 17 décembre 2022 à <https://tout-petits.org/fichiers/portrait2021/Portrait2021-V00-SectionGrossesseNaissance.pdf>
- Observatoire des tout-petits. (2021b). Comment se portent les tout-petits au Québec? Portrait 2021. Fondation Lucie et André Chagnon. Repéré le 17 décembre 2022 à <https://tout-petits.org/publications/portraits-annuels/portrait-2021/>
- Observatoire des tout-petits. (2021c). *Que faisons-nous au Québec pour nos tous-petits et leur famille? Portrait des politiques 2021*. Repéré le 3 août 2022 à <https://tout-petits.org/publications/portraits-annuels/politiques-publiques/>
- Office québécois de la langue française. (2020, 2021). *La grammaire : nom après certaines prépositions*. Repéré le 22 juillet 2022 à http://bdl.oqlf.gouv.qc.ca/bdl/gabarit_bdl.asp?id=1599
- Olander, E. K., Aquino, M. R. J., Chhoa, C., Harris, E., Lee, S., & Bryar, R. M. (2019). Women's views of continuity of information provided during and after pregnancy: A qualitative interview study. *Health & Social Care in the Community*, 27(5), 1214-1223. <https://doi.org/10.1111/hsc.12764>
- Olorunfemi, O., & Ojewole, F. O. (2017). Client experience: A concept analysis. *International Journal of Innovative Research and Advanced Studies*, 4(8), 219-223. <https://doi.org/https://www.researchgate.net/publication/327670175>
- Omar, M. A., & Schiffman, R. F. (1995). Pregnant women's perceptions of prenatal care. *Maternal-Child Nursing Journal*, 23(4), 132-142.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2021). *Politique éditoriale*. Repéré le 3 août 2022 à <https://www.oiiq.org/documents/20147/3371718/politique-editoriale.pdf/#:~:text=L'OIIQ%20a%20choisi%20d,des%20hommes%20et%20des%20femmes.>
- Organisation des Nations Unies. (2017). *Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030): santé de l'adolescent: rapport du*

- Secrétariat. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. Repéré le 3 août 2022 à <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274951?locale-attribute=fr&>
- Organisation mondiale de la Santé. (2017). *Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive*. Repéré le 3 août 2022 à <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259584>
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2021). Chapitre 7 : L'équation intellectuelle du chercheur. Dans P. Paillé & A. Mucchielli (Éds.), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (5^e éd., pp. 161-182). Armand Colin.
- Parant, A. (2012). *Populations vulnérables et politiques*. Papier présenté au 16^e colloque national de démographie. <http://calenda.org/208171>
- Paul, S. K. (2013). Vulnerability concepts and its application in various fields: A review on geographical perspective. *Journal of Life and Earth Science*, 8, 63-81. <https://doi.org/10.3329/jles.v8i0.20150>
- Perry, S. E. (2012a). Chapitre 1 : Les soins infirmiers périnataux au XXI^e siècle : une pratique adaptée à la culture, à la famille et à la communauté. Dans D. L. Lowdermilk, S. E. Perry, K. Cashion, F. Courville, & Y. Brassard (Éds.), *Soins infirmiers : périnatalité* (pp. 2-31). Chenelière éducation.
- Perry, S. E. (2012b). Chapitre 5 : Génétique, conception et développement foetal. Dans D. L. Lowdermilk, S. E. Perry, K. Cashion, F. Courville, & Y. Brassard (Éds.), *Soins infirmiers : périnatalité* (pp. 34-71). Chenelière éducation.
- Pessel, C., & Tsai, M. C. (2013). Chapter 10: The normal puerperium. Dans A. H. DeCherney & L. Nathan (Éds.), *Current diagnosis & treatment obstetrics & gynecology* (10^e éd.). McGraw Hill.
- Pinto, N. (2019). Assessing Perceptions: A Scoping Review of Qualitative Research Tools for Engaging with Vulnerable Populations. Repéré le 17 décembre 2022 à https://methods.cochrane.org/sites/methods.cochrane.org.equity/files/uploads/e-face_scoping_review_v1_pinto.pdf
- Piot, M.-A. (2021). Chapitre 15 : Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie. Dans *La rigueur de l'analyse qualitative : critères de scientifilité* (pp. 259 à 275). Repéré le 24 août 2022 à <https://www.cairn.info/les-methodes-qualitatives-en-psychologie-clinique--9782100819355-page-259.htm>
- Plomp, H. N., & Ballast, N. (2010). Trust and vulnerability in doctor–patient relations in occupational health. *Occupational Medicine*, 60(4), 261-269. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqq067>
- Poirier, L.-R., Pineault, R., Gutierrez, M., Vien, L.-P., & Morisset, J. (2019). *Évaluation de la mise en œuvre du Programme national de santé publique 2015-2025: analyse de l'impact des nouveaux mécanismes de gouvernance: rapport d'évaluation*. Institut

national de santé publique du Québec. Repéré le 3 août 2022 à <https://www.inspq.qc.ca/publications/2552>

Raine, R., Cartwright, M., Richens, Y., Mahamed, Z., & Smith, D. (2010). A qualitative study of women's experiences of communication in antenatal care: Identifying areas for action. *Maternal and Child Health Journal*, 14(4), 590-599. <https://doi.org/10.1007/s10995-009-0489-7>

Richard, C., & Badlissi, D. (2011). *Évaluation du programme Olo dans les centres de Santé et de Services sociaux du Québec*. Direction de santé publique et d'évaluation; Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière; Fondation Olo. Repéré le 3 août 2022 à <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2037262>

Robert, P., Rey, A., & Robert, P. (2001a). Vulnérabilité. Dans *Le Grand Robert de la langue française [dictionnaire en ligne]*. Le Robert. Repéré le 5 mai 2021 à <https://www.lerobert.com/dictionnaires/francais/langue/dictionnaire-le-grand-robert-de-la-langue-francaise-edition-abonnes-3133099010289.html>

Robert, P., Rey, A., & Robert, P. (2001b). Vulnérable. Dans *Le Grand Robert de la langue française [dictionnaire en ligne]*. Le Robert. Repéré le 5 mai 2021 à <https://www.lerobert.com/dictionnaires/francais/langue/dictionnaire-le-grand-robert-de-la-langue-francaise-edition-abonnes-3133099010289.html>

Rosa, E. M., & Tudge, J. (2013). Urie Bronfenbrenner's theory of human development: Its evolution from ecology to bioecology. *Journal of Family Theory & Review*, 5(4), 243-258. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jftr.12022>

Samb, O. M., Loignon, C., & Contandriopoulos, D. (2019). Innovations pour l'amélioration de l'accès aux soins des personnes vulnérables dans les pays de l'OCDE. *Santé publique*, 31(4), 497-505. <https://doi.org/10.3917/spub.194.0497>

Saunders, B., Kitzinger, J., & Kitzinger, C. (2015). Anonymising interview data: Challenges and compromise in practice. *Qualitative Research*, 15(5), 616-632. <https://doi.org/10.1177/1468794114550439>

Savoie-Zajc, L. (2009). Chapitre 13 : L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (Éd.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (6^e éd., Vol. 5, pp. 337-360). Presses de l'Université du Québec.

Scheele, J., Harmsen van der Vliet-Torij, H. W., Wingelaar-Loomans, E. M., & Goumans, M. J. B. M. (2020). Defining vulnerability in European pregnant women, a Delphi study. *Midwifery*, 86(102708), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102708>

Slaughter-Acey, J. C., Sneed, D., Parker, L., Keith, V. M., Lee, N. L., & Misra, D. P. (2019). Skin tone matters: Racial microaggressions and delayed prenatal care. *American Journal of Preventive Medicine*, 57(3), 321-329. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.04.014>

- Spini, D., Bernardi, L., & Oris, M. (2017). Toward a life course framework for studying vulnerability. *Research in Human Development*, 14(1), 5-25. <https://doi.org/10.1080/15427609.2016.1268892>
- Squires, G., Kalambouka, A., & Bragg, J. (2016). A Study of the Experiences of Post Primary Students with Special Educational Needs: Research Report 23.
- Statistique Canada. (2015). *Les seuils de faible revenu*. Repéré le 5 mai 2021 à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75f0002m/2012002/lico-sfr-fra.htm>
- Statistique Canada. (2021). *Mortinaissances - 2019*. Repéré le 24 janvier 2022 à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210120/dq210120d-fra.htm>
- Statistique Canada. (2022). *Seuils de faible revenu (SFR) avant et après impôt selon la taille de la communauté et la taille de la famille, en dollars courants*. Repéré le 23 août 2022 à <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1110024101>
- Statistiques Canada. (2022). *Les défis liés au logement persistent chez les populations vulnérables en 2021*. Repéré le 2 octobre 2022 à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220721/dq220721b-fra.htm>
- Sword, W., Heaman, M. I., Brooks, S., Tough, S., Janssen, P. A., Young, D., Kingston, D., Helewa, M. E., Akhtar-Danesh, N., & Hutton, E. (2012). Women's and care providers' perspectives of quality prenatal care: A qualitative descriptive study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1), 1-18. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-29>
- Sylvain, L. (2002). *Le guide d'entrevue : son élaboration, son évolution et les conditions de réalisation d'une entrevue*. Papier présenté au 12^e Colloque de l'Association pour la recherche au collégial. https://cdc.qc.ca/actes_arc/2000/sylvain_actes_ARC_2000.pdf
- Table sectorielle mère-enfant. (2018). *Organisation des services d'obstétrique au Québec 2018-2025. Volet 1 : hiérarchisation des services et complémentarité des rôles des intervenants*. Repéré le 3 août 2022 à https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/acces_info/demandes-acces/2020-2021/2020-2021-697-Document.pdf
- Tessier, M. (2009). *Révision du système professionnel : les impacts de la Loi 90*. Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ). Repéré le 3 août 2022 à http://www.fiqsante.qc.ca/wp-content/uploads/2009/03/2013_-Fascicule_TOT_1_Loi_90_Fr.pdf?download=1
- Therrien, L. (2011). *Optimisation des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité: rapport du Comité conseil post-chantiers sur les SIPPE déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Repéré le 3 août 2022 à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000577/>

- Thoër, C., & Millerand, F. (2016). Chapitre 8 : Internet comme terrain d'investigation et mode de collecte de données qualitatives en santé. Dans J. Kivits, F. Balard, C. Fournier, & M. Winance (Éds.), *Les recherches qualitatives en santé* (pp. 151-164). Armand Colin.
- Thomas, J., & Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 8(1), 45. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-45>
- Thorne, S. (2016). *Interpretive description: Qualitative research for applied practice*. (2^e éd.). Routledge, Taylor & Francis Group.
- Thorne, S., Kirkham, S. R., & MacDonald-Emes, J. (1997). Interpretive description: A noncategorical qualitative alternative for developing nursing knowledge. *Research in Nursing & Health*, 20(2), 169-177. <https://doi.org/chzd4q>
- Thorne, S., Kirkham, S. R., & O'Flynn-Magee, K. (2004). The analytic challenge in interpretive description. *International Journal of Qualitative Methods*, 3(1), 1-11. <https://doi.org/10.1177/160940690400300101>
- Thorne, S., Stephens, J., & Truant, T. (2016). Building qualitative study design using nursing's disciplinary epistemology. *Journal of Advanced Nursing*, 72(2), 451-460. <https://doi.org/10.1111/jan.12822>
- Tough, S. C., Johnston, D. W., Siever, J. E., Jorgenson, G., Slocombe, L., Lane, C., & Clarke, M. (2006). Does supplementary prenatal nursing and home visitation support improve resource use in a universal health care system? A randomized controlled trial in Canada. *Birth*, 33(3), 183-194. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00103.x>
- Trottier, L.-H. (2003). *Les soins de santé primaires au Québec*. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé; Université de Montréal. Repéré le 3 août 2022 à <http://www.irspum.umontreal.ca/rapportpdf/R03-03.pdf>
- Université de Sherbrooke. (2021a). *Guide de rédaction inclusive de l'Université de Sherbrooke*. Repéré le 3 août 2022 à https://www.usherbrooke.ca/langue/fileadmin/sites/langue/documents/Guide_redaction_inclusive_vf.pdf
- Université de Sherbrooke. (2021b). *Infirmier, infirmière*. Repéré le 3 août 2022 à <https://usito.usherbrooke.ca/d%C3%A9finitions/infirmier>
- Vahdat, S., Hamzehgardeshi, L., Hessam, S., & Hamzehgardeshi, Z. (2014). Patient involvement in health care decision making: A review. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(1), 1-7. <https://doi.org/10.5812/ircmj.12454>
- van den Berg, M. M. J., Dancet, E. A. F., Erlikh, T., van der Veen, F., Goddijn, M., & Hajenius, P. J. (2017). Patient-centered early pregnancy care: A systematic review of

- quantitative and qualitative studies on the perspectives of women and their partners. *Human Reproduction Update*, 24(1), 106-118. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmx030>
- Vanier, C., & Toussaint-Lachance, M. (2009). *Bilan de l'implantation des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) en Montérégie*. Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Repéré le 3 août 2022 à <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/2388/N%20PE%20SIPPE%20BIL%20BILANSIPPE-Sept09.pdf>
- Varming, A. R., Torenholt, R., Andersen, T. H., Møller, B. L., & Willaing, I. (2018). Targeting “hardly reached” people with chronic illness: A feasibility study of a person-centered self-management education approach. *Patient Preference and Adherence*, 12, 275-289. <https://doi.org/10.2147/PPA.S148757>
- Vedam, S., Stoll, K., McRae, D. N., Korchinski, M., Velasquez, R., Wang, J., Partridge, S., McRae, L., Martin, R. E., & Jolicoeur, G. (2019). Patient-led decision making: Measuring autonomy and respect in Canadian maternity care. *Patient Education and Counseling*, 102(3), 586-594. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.10.023>
- Vedam, S., Stoll, K., Taiwo, T. K., Rubashkin, N., Cheyney, M., Strauss, N., McLemore, M., Cadena, M., Nethery, E., & Rushton, E. (2019). The giving voice to mothers study: Inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reproductive Health*, 16(1), 1-18. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0729-2>
- Viana, R. B., Ferreira, H. C., dos Santos, M. L. S. C., & Cabrita, B. A. C. (2013). Experiences of HIV-positive pregnant women in relation to nursing care: A descriptive study. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 12(3), 550-557. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v12i3.18903>
- Wakefield, M., Williams, D. R., & Le Menestrel, S. (2021). *The future of nursing 2020-2030: Charting a path to achieve health equity*. National Academy of Sciences.
- Watson, S. J. (1991). An analysis of the concept of experience. *Journal of Advanced Nursing*, 16(9), 1117-1121. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb03373.x>
- Watson, S. J. (2018). Clarifying the discipline of nursing as foundational to development of professional nursing. *Texto Contexto Enfermagem*, 26(4), 1-2. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002017EDITORIAL4>
- Wells, N., Sbrocco, T., Hsiao, C.-W., Hill, L. D., Vaughn, N. A., & Lockley, B. (2008). The impact of nurse case management home visitation on birth outcomes in African-American women. *Journal of the National Medical Association*, 100(5), 547-552. [https://doi.org/10.1016/s0027-9684\(15\)31301-8](https://doi.org/10.1016/s0027-9684(15)31301-8)

- Whitty-Rogers, J., Caine, V., & Cameron, B. (2016). Aboriginal women's experiences with gestational diabetes mellitus. *Advances in Nursing Science*, 39(2), 181-198. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000115>
- Wild, V. (2012). How are pregnant women vulnerable research participants? *IJFAB: International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 5(2), 82-104. <https://doi.org/https://doi.org/10.2979/intjfemappbio.5.2.82>
- Williamson, G. R., O'Connor, A., & Kayleigh, E.-J. (2017). Women's experiences of personalised support for asthma care during pregnancy: A systematic review of the literature. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(69), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1241-8>
- Wilton, T., & Kaufmann, T. (2001). Lesbian mothers' experiences of maternity care in the UK. *Midwifery*, 17(3), 203-211. <https://doi.org/10.1054/midw.2001.0261>
- Winn, A., Hetherington, E., & Tough, S. (2017). Systematic review of immigrant women's experiences with perinatal care in north america. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 46(5), 764-775. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2017.05.002>
- Wisner, B. (2016). *Vulnerability as concept, model, metric, and tool*. Oxford University Press; Oxford Research Encyclopedia of Natural Hazard Science. Repéré le 3 août 2022 à <https://oxfordre.com/naturalhazardscience/view/10.1093/acrefore/9780199389407.01.0001/acrefore-9780199389407-e-25>
- World Health Organization. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Repéré le 3 août 2022 à https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf

ANNEXES

Annexe 1 – Exemple¹⁵ de la grille d'extraction des données en fonction du SRQR

# SRSR	Sujet	Énoncés	Article 181
Info article	Autrices et auteurs		Lorraine B. Sanders
	Année de publication		2008
	Revue		Journal of the Association of Nurses in AIDS Care
	Pays		États-Unis
S1	Titre	Titre concis, nature sujet	Women's voices: The lived experience of pregnancy and motherhood after diagnosis with HIV
		Type étude (quali/quant) ou approche (ethnographie/ phénoménologique) ou méthode de collecte de données (focus group)	Non mentionné
S2	Résumé	Introduction, but, méthodes résultats et conclusion	p. 47, pas de background
S3	Problème	Problème/phénomène	p. 47, HIV affect baby = inquiétude chez la mère
		Revues littérature ou théorie	p. 48, revue de littérature
S4	But ou question de recherche	But de l'étude	Explorer la signification/ expérience de la grossesse après un DX d'HIV
		Objectifs spécifiques	Aucun
S5	Approche qualitative et paradigme	Approche qualitative (phénologie, narrative, ethno)	p. 48 para 4, ligne 2, Étude phénoménologique
		Théorie rapportée (pas obligatoire)	Non mentionnée
		Paradigme (post positivisme, interprétatif)	Non mentionné
		Rationnel	p. 47 para 3, lignes 14-17
S6	Caractéristiques du chercheur	Influence la recherche (assomptions, préconceptions, attributs, qualifications, expériences)	Non mentionnée

¹⁵ Données extraites de : Sanders, L. B. (2008). Women's voices: The lived experience of pregnancy and motherhood after diagnosis with HIV. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 19(1), 47-57. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2007.10.002>

# SRSR	Sujet	Énoncés	Article 181
		Relation avec le participant (idées préconçues qui influencent l'interprétation)	p. 48 para 6, ligne 4 p. 49 para 1, lignes 3-5 p. 49 para 1, lignes 10-12 p. 49 para 4, lignes 1-2
S7	Contexte	Site ou lieu étude	p. 49 Deux centres de santé académique à New York, bureau privé
		Rationnel	Non mentionné
S8	Stratégie échantillonnage	Critères de sélection des participantes	p. 48 para 5, lignes 2-5 Femmes : 18 ans et plus; parlant anglais; DX VIH; enceintes ou enceintes après le DX VIH
		Méthodes d'échantillonnage	p. 48 para 5, lignes 5-9 Échantillonnage par volontariat (journal) et bulletin en ligne
		Rationnel de la saturation	p. 49 para 2, lignes 12-15
S9	Éthique	Approuvé par éthique et formulaire de consentement	p. 48 para 6, lignes 6-9 Oui
		Confidentialité et sécurité des données	p. 48 para 6, lignes 1-6 Oui
S10	Collecte des données : type de données, méthode et rationnel	Types de données collectées	p. 49 para 2, lignes 1-6 Description expérience après DX
		Procédure de collecte de données (interview)	p. 48 para 4, lignes 7-8 p. 49 Interviews de 45 à 90 min, un interview pas enregistré suite à des problèmes techniques = prises de notes
		Rationnel	Non mentionné
S11	Instruments de collecte de données et technologies	Description des instruments (guide, questionnaire)	p. 49 para 2, lignes 2-10 Guide d'entretien peu développé (seulement décrire leur expérience et dites-moi davantage)
		Appareils (pas obligatoire)	p. 48 para 4, ligne 8 enregistrement audi
		Données changent (pas obligatoire)	Non mentionnées
S12	Unité d'étude : caractéristiques des participants et leur participation	Nombre de participants et leurs caractéristiques	p. 49 para 5, lignes 1-11 9 participantes : age from 34 to 53, with a mean age of 36.5 years; 7 participants reporting that they were single and 1 each reporting being married or separated; 7 of the participants reported their race as Black, and 2 reported their race as White; 7 of the participants had living children, and 1 reported being pregnant with her first child.

# SRSR	Sujet	Énoncés	Article 181
			Educational levels varied from 11th grade in high school to a master's degree in a professional field. Time from diagnosis ranged from 10 to 20 years (see Table 1).
		Degré de participation (peut être dans résultats)	p. 49 para 1, ligne 8-10 Interview de 45 à 90 min
S13	TX données	Transcription, saisie, gestion, sécurité, vérification des données (codage, anonymat)	p. 49 para 3, lignes 1-21 The transcribed text was read for a sense of the whole and then separated into meaning units. The tape was reviewed a second time after transcription was complete. At this point, the tape and typed transcript were reviewed for agreement, and corrections were made as needed. This step assured accuracy of the data.
S14	Analyse des données : façon identification thème, implication chercheur, méthode et rationnel	Processus identification des thèmes	p. 49 para 3, lignes 1-7
		Participation des chercheurs	p. 49 para 3, 1-3 The researcher was present at each interview to collect data but interjected little into the process, trusting that each participant was sharing her experience explicitly.
		Paradigme ou approche	p. 49 para 1, ligne 1 Giorgi méthode
		Rationnel	Non mentionné
S15	Techniques améliorer la crédibilité	Member checking, audit trail, triangulation	p. 49 para 3, lignes 11-14 p. 49 para 4, ligne 1 Révision des entretiens par une seconde personne Consultation d'autres personnes
		Rationnel	p. 49 para 3, lignes 16-17 p. 49 para 4, lignes 1-2 Assurer exactitude des données Diminuer la probabilité des biais du chercheur
S16	Synthèse et interprétation des résultats concernant l'attitude et ses caractéristiques de la femme	Principaux résultats	p. 49 para 6, lignes 1-9 Émotions avec la grossesse (peur de transmettre VIH au fœtus, sécurité du TX, effet de la grossesse sur leur santé)
		Attentes	Non mentionnées

# SRSR	Sujet	Énoncés	Article 181
	Synthèse et interprétation des résultats sur les personnes professionnelles de la santé		Stigmatisation par les personnes professionnelles de la santé/soit : influence décision de garder fœtus Personnes professionnelle de la santé : stigmatisé au moins une fois par une personne professionnelle de la santé = affecte relation patient-prof Émotions avec la grossesse (peur de transmettre VIH au fœtus, sécurité du TX, effet de la grossesse sur leur santé, peur leur énergie)
	Synthèse et interprétation des résultats sur infirmière		Non mentionnée
	Synthèse et interprétation des résultats sur le contexte de soins		Si participante pas satisfaite du suivi = va à une autre clinique : For two years I moved from place to place. If I trust you, I will stay with you. (Participant 5)
	Synthèse et interprétation des résultats sur l'environnement (famille, communauté)		Pas de manque de soutien cjt/famille, mais peur de dire VIH (stigmatisation)
S17	Liens avec données	Évidence suite aux analyses	p. 49-54
S18	Discussion	Intégration des principaux résultats	p. 54 para 4; 6-7
		Lien avec autres études	p. 54 para 5-8 p. 55 para 1-4
		Application/transférabilité ou généralisabilité	p. 56 para 2, lignes 1-15
		Contribution à la pratique	p. 55 para 5
S19	Limites	Limite de crédibilité	p. 56 para 2, lignes 1-14
		Limites des résultats	p. 56 para 2, lignes 14-16
S20	Autres	Conflit intérêt	Non mentionné
		Gestion du conflit d'intérêts (non obligatoire)	Non mentionnée
		Financement	p. 56 para 4, lignes 1-2
S21		Rôle du financement	Non mentionné

Légende. Diagnostic : DX; traitement : TX; virus de l'immunodéficience humaine: VIH.

Annexe 2 – Feuille de présentation aux milieux

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hôpitalier universitaire
de Sherbrooke



Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Saguenay-
Lac-Saint-Jean



Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Est



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE



Projet portant sur l'expérience du suivi prénatal infirmier en soins de première ligne

Étudiante-chercheure au doctorat : Émilie Hudon, inf., MSc, ét. au doctorat de l'UdeS

Superviseures :

Catherine Hudon, MD, CFPC, PhD, UdeS

Maud-Christine Chouinard, inf., PhD, UQAC

Édith Ellefsen, inf., PhD, UdeS

Population à l'étude : Les femmes enceintes inscrites au programme SIPPE/OLO

Échantillon : 36 femmes seront recrutées par un échantillonnage à variation maximale dans les CLSC de l'Estrie-CHUS, du CIUSSS Saguenay-Lac-Saint-Jean et du CISSS de la Montérégie.

Les *critères d'inclusion* seront d'être :

- 1) enceinte de 14 semaines et plus ou avoir accouché dans les derniers 12 mois;
- 2) âgée de 16 ans ou plus;
- 3) capable de s'exprimer en français;
- 4) suivi par une infirmière du programme SIPPE/OLO et d'avoir reçu au moins deux visites prénatales.

Seront exclues, les femmes présentant une condition particulière (p. ex. diagnostic récent, repos complet, MC non stable, etc.)

Implication des milieux: Les infirmières devront transmettre un dépliant explicatif du projet à toutes les femmes enceintes faisant partie de leur charge de cas et de prendre en note le nom des femmes intéressées à participer ainsi que leur consentement à me transmettre leurs coordonnées, puis de me les transmettent.

La collecte de données consistera en une entrevue individuelle avec les femmes désirant participer à leur domicile ou au CLSC.

Bénéfices pour les femmes : Les femmes pourront : verbaliser sur leur expérience de suivi prénatal; avoir une réflexion critique de leurs besoins en termes de suivi prénatal; et identifier des pistes d'améliorations au suivi prénatal infirmier.

Bénéfices pour les milieux : Les milieux recevront une présentation des résultats visant à :

- permettre aux infirmières de mieux comprendre l'expérience du suivi prénatal infirmier auprès de cette clientèle;
- identifier des pistes d'amélioration au suivi prénatal infirmier qui peuvent être bénéfiques pour l'adhérence au suivi.

Annexe 3 – Feuille de présentation aux participantes potentielles

Projet : expérience du suivi prénatal infirmier

Si vous êtes âgée de 16 ans et plus et suivie par une infirmière SIPPE alors que vous êtes **enceinte ou vous avez accouché dans les 12 derniers mois**,

Vous êtes invitée à participer à un projet de recherche avec une étudiante-rechercheure
Mme Émilie Hudon

Cela consiste à une rencontre téléphonique ou virtuelle d'environ une heure afin de partager
votre expérience du suivi de grossesse



Compensation financière

Pour plus d'information, vous pouvez m'écrire
au

Au plaisir de se parler



Annexe 4 – Consentement au partage des données



Consentement au partage des données

J'ai été informée d'un projet de recherche portant sur l'expérience des femmes enceintes du suivi prénatal, est en cours dans le centre local de services communautaires (CLSC) que je fréquente par _____.

Je refuse que mes données à caractère personnel soient transférées auprès de l'étudiante au doctorat, Émilie Hudon.

J'accepte que mes données à caractère personnel soient transférées auprès de l'étudiante au doctorat, Émilie Hudon*

Données	Nom / Prénom
	Numéro de téléphone

**Ces données serviront uniquement à des fins de recherche afin que l'étudiante au doctorat, Émilie Hudon, communique avec moi afin de me demander si je désire participer à un projet de recherche. Ces données demeureront confidentielles.*

Prénom/nom de la femme sollicitée en lettres moulées : _____

Signature de la femme : _____

Date : _____

Annexe 5 – Plan COVID-19 pour le recrutement

Plan A si les mesures de distanciation sociale sont terminées.

Le recrutement se déroulera comme prévu, c'est-à-dire que l'infirmière effectuera un premier contact auprès des femmes enceintes en leur remettant une feuille explicative du projet et celles intéressées par le projet seront téléphonées par l'étudiante afin de valider qu'ils répondent aux critères de sélection, d'expliquer le projet aux femmes. Puis, une rencontre sera planifiée et le recrutement s'effectuera au domicile des femmes ou au CLSC selon leur convenance.

Un consentement libre et éclairé obtenu par la signature du formulaire de consentement par chaque participante.

Plan B s'il y a encore des mesures de distanciation sociale, mais où les visites à domicile sont permises.

Le recrutement se déroulera selon le plan A, à l'exception que l'étudiante respectera une distance de deux mètres avec les femmes lors de l'entretien, que l'étudiante portera un masque lors de l'entretien et que l'entretien se déroulera selon la convenance de la femme enceinte dans son domicile ou au CLSC.

Un consentement libre et éclairé obtenu par la signature du formulaire de consentement par chaque participante.

Plan C s'il y a encore des mesures de distanciation sociale et qu'il n'est pas possible d'aller au domicile des femmes enceintes.

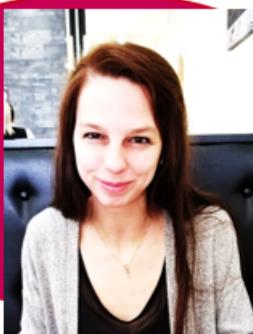
Le recrutement se déroulera selon le plan A, mais la méthode de collecte de données ne se déroulera pas en personne. Les femmes pourront effectuer l'entretien par téléphone ou par l'utilisation de plates-formes de conférence vidéo, telles que Zoom ou Team. De préférence par une plate-forme de communication vidéo en direct qui permettra de voir la personne, les émotions ainsi que le non verbal. Pour l'une ou l'autre de ces méthodes de collecte de données, les entretiens seront enregistrés. Par téléphone, le téléphone sera sur main libre et une enregistreuse ou une application sera utilisée afin d'enregistrer la conversation avec l'accord de la femme. En ce qui a trait à la plate-forme Zoom, elle est équipée d'un système d'enregistrement.

Un consentement libre et éclairé obtenu verbalement lors de l'entretien et le formulaire de consentement sera signé par l'étudiante lors de la transmission du consentement. Le formulaire de consentement sera acheminé par leur adresse courrielle aux femmes enceintes.

Annexe 6 – Annonce de présentation sur Facebook



Projet de recherche : expérience du suivi prénatal infirmier



Étude

Si vous êtes âgée de 16 ans et plus et suivie par une infirmière SIPPE ou OLO alors que vous êtes **enceinte** ou vous avez **accouché dans les 12 derniers mois** ...

... je vous invite à partager votre expérience auprès de moi, Émilie Hudon, étudiante-rechercheure au doctorat.

Cela consiste à une rencontre téléphonique ou virtuelle d'environ une heure afin de partager votre expérience du suivi de grossesse

Compensation financière

Comment

Pour plus d'information, vous pouvez me contacter

Courriel :

Facebook : Projet de recherche sur les femmes enceintes

Au plaisir de se parler !



Annexe 7 – Questionnaire sociodémographique



Questionnaire sociodémographique

Cette partie est réservée à l'équipe de recherche, veuillez ne rien inscrire

Identification de la participante

□ □ □

Identification de l'employé

(Responsable de l'administration du questionnaire)

10 of 10

Date de l'entretien

Jour **mois** - **année**

Le présent questionnaire est personnel et doit être rempli seulement avec la participante.

Pour toutes questions ou assistance, veuillez nous contacter au

* * *

Questionnaire sociodémographique

Veuillez répondre à chacune des questions, en choisissant la réponse, comme indiqué. Si vous n'êtes pas certain, veuillez quand même cocher ce qui correspond le mieux à votre expérience ou inscrire la réponse lorsque nécessaire.

1. Quelle est votre date de naissance?

jour _____ mois _____ année _____

2. Quel est votre lieu de naissance?

- Québec
- Autre province du Canada
- Autre pays, précisez : _____

3. Quelle est votre origine ethnique?

- Autochtone
- Caucasiennes
- Autre pays, précisez : _____

4. Dans quel CLSC êtes-vous suivie?

- CLSC du CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean
- CLSC du CIUSSS de l'Estrie-CHUS
- CLSC du CISSS de la Montérégie centre
- Autres, précisez : _____

5. Quelle est votre langue maternelle ?

- Français
- Autres, précisez : _____

6. Quel est votre plus haut niveau d'étude complété?

- Aucune scolarité formelle
- École primaire partielle
- École primaire complétée
- École secondaire partielle
- École secondaire complétée
- Formation professionnelle complétée
- CÉGEP ou collège technique complété
- Université complétée

7. Quelle phrase décrit le mieux votre occupation actuelle?

- Travail (temps plein ou temps partiel, travailleur autonome ou programme de formation à l'emploi)
- À la recherche d'un emploi
- À l'école à temps plein
- Ne travaille pas pour des raisons de santé
- À la maison /s'occupe des enfants/congé de maternité
- Autres Spécifiez s.v.p. : _____

8. Comment percevez-vous votre situation financière par rapport aux gens de votre âge?

- Je me considère à l'aise financièrement
- Je considère mes revenus suffisants
- Je considère mes revenus insuffisants
- Je considère mes revenus très insuffisants

9. Au total, le revenu de votre ménage provenant de toutes sources avant impôts et autres déductions est-il de :

- Moins de \$10 000
- \$10 000 à \$14 999
- \$15 000 à \$19 999
- \$20 000 à \$24 999
- \$25 000 à \$29 999
- \$30 000 à \$39 999
- \$40 000 à \$49 999
- \$50 000 à \$59 999
- \$60 000 à \$74 999
- \$75 000 à \$99 999
- \$100 000 et plus

10. Avec qui habitez-vous?

- Seule
- Avec vos parents
- Avec vos enfants
- Avec votre partenaire
- Avec votre partenaire et vos enfants
- Autre, préciser : _____

11. Vous êtes mère de combien d'autres enfants, excluant cette grossesse? _____

12. Quel est votre état matrimonial actuel ?

- Mariée ou en union de fait
- Séparée ou divorcée
- Veuve
- Célibataire

13. Avez-vous du soutien de votre entourage (p. ex. vos amis ou de vos parents) lorsque vous en avez besoin?

- Non
- Oui

14. Êtes-vous enceinte?

- Non (Ne pas effectuer les questions 15 et 16)
- Oui (Ne pas effectuer la question 17)

15. Quelle est votre date prévue d'accouchement ? jour mois année**16. À combien de semaines de grossesse êtes-vous ?** _____ /⁷ sem**17. Quelle était la date de votre accouchement?** jour mois année**18. Nombre de visites reçus à ce jour de l'infirmière du CLSC dans le cadre de votre suivi de grossesse ?** (approximatif) _____**19. Quels services recevez-vous parmi les suivants ?** (Vous pouvez cocher plus d'une réponse)

- Suivi nutrition, Olo
- Suivi SIPPE
- Autre, préciser : _____

20. Est-ce la première fois que vous êtes suivie par une infirmière SIPPE? (Vous pouvez cocher plus d'une réponse)

- Oui
- Non

21. Quelle est la durée des rencontres? (approximatif) _____

22. Quel est le lieu des rencontres?

- Domicile
- CLSC
- Téléphone
- Autre, préciser : _____

23. Combien d'infirmières avez-vous eues dans votre suivi? _____**24. Avez-vous un problème de santé physique ou mentale? Si oui, précisez :**

Merci de votre précieuse collaboration !

Annexe 8 – Guide d’entretien semi-dirigé version finale

Guide d’entretien

Ouverture

- Lire le formulaire de consentement avec la participante et répondre à ses questions
- Faire signer le formulaire de consentement
- Rappeler l’objectif de l’étude, le déroulement de l’entretien et la durée de l’entretien
- Expliquer qu’il n’y a pas de bonnes réponses ni de mauvaises réponses
- Demander une autorisation pour enregistrer
- Vérifier que la femme répond aux critères de sélection

Question #1

- Parlez-moi de votre expérience du suivi de grossesse effectué par les infirmières

Thèmes à aborder si non abordés spontanément

- Comment se déroule la grossesse ? les maladies chroniques ?
- Est-ce une première grossesse ? Sinon comment expérience passée influence celle-ci ?
- Comment qualifiez-vous votre expérience ?
- Comment se déroule le suivi (p. ex. recommandations, interventions)
- Première expérience de suivi infirmier
- Fonctionnement du suivi (téléphonique, rencontre, durées des rencontres, rendez-vous adapté aux besoins de la femme, lieu des rencontres)
- Contenu des rencontres : HDV, interventions, conseils, signes et SX de la grossesse, maladie ou vulnérabilité

Commentaires :

Question #2

- Qu’est-ce qui vous amène à consulter les infirmières au CLSC lors de votre suivi de grossesse ?

Thèmes à aborder si non abordés spontanément

- Soutien précis, p. ex. financier (Olo) ou autre (SIPPE)
- Présence de maladie
- Condition familiale
- Soutien
- Origine culturelle
- Difficultés financières

Commentaires :

Question #3

- J'aimerais connaître quels sont vos attentes ou vos besoins concernant votre suivi prénatal/personnel infirmier. (p. ex. occupation, travail, habitation, etc.)

Thèmes à aborder si non abordés spontanément :

- Début de suivi
- Développer en cours de route : grossesse, la santé en général, les autres sphères
- Attentes et besoins influencés pas grossesse ou suivi précédent
- Attentes ou besoins en fonction de ta motivation à faire le suivi
- Attentes répondues ou non

Commentaires :

Question #4

- Parlez-moi ce que vous appréciez de votre suivi pendant votre grossesse.

Thèmes à aborder si non abordés spontanément :

- Suivi de grossesse, soutien reçu de la part des infirmières
- Gestion de la maladie si applicable
- Conseils nutritionnels
- Promotion de la santé (p. ex. activité physique, consommation d'alcool, consommation de drogue)
- Référence à d'autres services
- Gestion des symptômes reliés à la grossesse
- Suivi du fœtus
- Accès aux services
- Santé physique ou mentale
- Contexte (p. ex. soutien entourage)
- Clarté des informations

Commentaires :

Question #5

- J'aimerais que vous décriviez ce que vous appréciez le moins dans votre suivi ou avec le personnel infirmier.

Thèmes à aborder si non abordés spontanément :

- Obstacles à être mère
- Suivi de grossesse, soutien reçu de la part des infirmières
- Gestion de la maladie si applicable
- Conseils nutritionnels
- Promotion de la santé (p. ex. activité physique, consommation d'alcool, consommation de drogue)
- Référence à d'autres services
- Gestion des symptômes reliés à la grossesse
- Suivi du fœtus
- Accès aux services
- Clarté des informations

Commentaires :

Question #6

- Décrivez-moi comment vous vous sentez lors de vos suivis.

Thèmes à aborder si non abordés spontanément :

- Émotions (inquiétudes, confiance, rassurée, autre)
- Questionnements
- Retourner au même endroit ou aller ailleurs

Commentaires :

Question #7

Qu'est-ce qui explique que vous vous sentez ainsi lors de votre suivi ?

Thèmes à aborder si non abordés spontanément :

- Attitude de l'infirmière
- Fréquence des rencontres
- Âge
- Interventions
- Autre

Commentaires :

Question #8

- Comment décririez-vous votre relation avec l'infirmière ?
- Quel type de relation est-ce ?
- Pouvez-vous me décrire l'impact de cette relation sur ton suivi ?

Commentaires :

Question #9

➤ Quel(s) changements pourrions-nous apporter à votre suivi pour améliorer votre expérience ?

Thèmes à aborder si non abordés spontanément :

- Accessibilité
- Attitude de l'infirmière
- Durée du suivi
- Durée des rencontres
- Fréquence des rencontres
- Horaire
- Lieu du suivi
- Même infirmière ou non
- Possibilité de choisir
- Services
- Contenu des rencontres

Commentaires :

Question #10

- Qu'est-ce qui fait que vous continuez votre suivi ?

Commentaires :



Question #11

- Y a-t-il autre chose que vous n'avez pas mentionné au cours de l'entretien et que vous aimeriez ajouter ? Si oui, préciser.

Thèmes à aborder si non abordés spontanément :

- Sujets difficiles à aborder
- Questions difficiles à comprendre
- Émotions vécues lors de l'entretien

Commentaires :

Fermeture

- Demander à la participante comment elle a trouvé son expérience
- Remercier la participante

Synthèse

- Rappeler les principaux points abordés et valider ce qui a été dit auprès de la participante

Fin

- Cesser l'enregistrement
- Remettre le questionnaire sociodémographique

Annexe 9 – Extrait du journal de bord

Extrait des notes méthodologiques

Date	Décisions méthodologiques	Justifications
18 avril 2018	Premier résumé du projet	
30 avril 2018	Choix du devis : approche qualitative descriptive interprétative	Devis approprié en fonction de la question de recherche et qui a une visée pragmatique pour la pratique infirmière
30 avril 2018	Choix de la méthode de collecte de données via un guide d'entretien	Méthode de collecte de données qui permet de recueillir la perception, l'expérience, méthode dont le dialectique important et cohérent avec le devis
30 avril 2018	Identification des critères de sélection	Critères aux 2 ^e ou 3 ^e trimestre de grossesse afin d'avoir eu le temps d'avoir un suivi, en français
30 avril 2018	Choix de la stratégie d'échantillonnage intentionnel	Afin de recruter des femmes qui répondent aux critères de sélection
1 mai 2018	Choix du milieu en première ligne	Lieu de prestation des soins prénataux infirmiers
2 mai 2018	Choix du milieu de recrutement	Projet multicentrique afin d'améliorer d'avoir une diversité des expériences
4 août 2018	Décision de ne pas utiliser de modèle théorique	Modèle théorique force les données catégoriques prédéfinies ce qui n'est pas cohérent avec l'analyse inductive.
31 août 2018	Réalisation d'un examen de la portée pour la recension des écrits	La revue des écrits (incluant des modèles s'il y a lieu) permet de 1) cibler des questions à poser dans la collecte des données et 2) de comparer les résultats obtenus avec les écrits recensés dans cette revue des écrits.
Novembre	Choix de la posture épistémologique	L'approche de Thorne est ancrée dans le paradigme du naturaliste-constructivisme/paradigme interprétatif de Lincoln et Guba (lecture Lincoln, Lynham et Guba, 2011; Thorne 1997; 2004)
26 novembre 2018	Modification type de recension des écrits pour une revue systématique	Revue systématique qualitative afin de rapporter les écrits sur l'expérience des femmes, recherche qualitative
16 janvier 2019	Ajout d'un objectif	A la suite des commentaires de Mme Loignon, reprise d'un ancien objectif retiré
2 avril 2019	Modification du milieu	Recrutement dans les CLSC, plus spécifique au suivi des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité
Mai à Avril	Élaboration du guide d'entretien et du questionnaire sociodémographique	Guide d'entretien élaboré à partir de la recension des écrits
10 mai 2019	Identification taille d'échantillon, reformulation du but de l'étude	25 à 35 femmes, limite ou intervalle comme recommandée par Thorne Décrire et comprendre dans le même but

Légende. Centre local de services communautaires : CLSC.

Extrait dénominalisé des notes des personnes-ressources

Région /Ville	Milieu (éthique ou clinique)	Nom de la personne ressource	Fonction/Titre	Coordonnées téléphoniques	Adresse courriel	Moyen de communication et dates	Nombre de références
Région/ Ville	Éthique	Nom	Fonction/Titre	xxx-xxx-xxxx	-		
Région/ Ville	Clinique	Nom	Fonction/Titre	xxx-xxx-xxxx	-	C : 10 mars 2021 Z : 25 mars 2021	3 références : 2 participantes 1 refus
		Nom	Fonction/Titre	xxx-xxx-xxxx	-	Z : 25 mars 2021 C : 15 avril 2021 C : 29 avril 2021 C : 18 juin 2021 C : 1 novembre 2021 C : 15 décembre 2021	
Région/ Ville	Clinique	Nom	Fonction	xxx-xxx-xxxx	-	C : 4 août 2020 C : 20 août 2020 P : 8 sept 2020 C : 10 sept 2020 C : 5 octobre 2020 C : 11 février 2021	2 références : 2 participantes
		Nom	Fonction	xxx-xxx-xxxx	-	P : 8 sept 2020 C : 10 sept 2020 C : 5 octobre 2020 C : 4 novembre 2020 C : 6 novembre 2020 C : 11 février 2021 C : 12 février 2021 C : 15 avril 2021 C : 27 avril 2021 C : 2 septembre 2021 C : 7 septembre 2021 C : 20 octobre 2021 C : 14 décembre 2021	

Légende. Courriel : C; Personne : P; Saguenay-Lac-Saint-Jean : SLSJ; Téléphone : T; Zoom : Z.

Extrait dénominalisé des notes d'activité - Recrutement

	Date de réception des coordonnées	# Entretien	Nom du transmetteur	Titre	Milieu	CLSC	Nom de la femme	Date d'entrée en communication	Date entretien	Raison exclusion	Suivi	Formulaire de consentement envoyé	Compensation
1	2021-10-13	1	Nom inf.	Inf.	Ville	CLSC	Nom	2020-10-13	2020-10-14		Complet	Oui	Oui
2	2021-10-13	2	Nom inf.	Inf.	Ville	CLSC	Nom	2020-10-13	2020-10-21		Complet	Oui	Oui
3	2021-03-24	-	Réseaux sociaux	Réseaux sociaux		CLSC	Nom	2021-03-24		Pas suivi par inf.	Exclusion		
4	2021-03-29	3	Réseaux sociaux	Réseaux sociaux		CLSC	Nom	2021-03-29	2021-04-09		Complet	Oui	Oui
5	2021-04-15	4	Nom inf.	Inf.	Ville	CLSC	Nom	2021-04-15	2021-04-18		Complet	Oui	Oui
6	2021-04-15	6	Nom inf.	Inf.	Ville	CLSC	Nom	2021-04-15	2021-05-26		Complet	Oui	Oui
7	2021-04-27	5	Réseaux sociaux	Réseaux sociaux		CLSC	Nom	2021-04-27	2021-05-03		Complet	Oui	Oui
8	2021-04-29	-	Nom inf.	Inf.	Ville	CLSC	Nom	2021-04-29		Refuse, car n'a pas le temps	Exclusion		
9	2021-05-07	-	Nom inf.	Inf.	Ville	CLSC	Nom	2021-05-12		Pas de suivi SIPPE	Exclusion		
10	2021-05-17	-	Nom inf.	Inf.	Ville	CLSC	Nom	2021-05-20		Pas suivi par inf.	Exclusion	Oui	Oui
11	2021-05-25	14	Nom inf.	Inf.	Ville	CLSC	Nom	2021-05-26	2021-06-23		Complet	Oui	Oui
12	2021-05-25	7	Nom inf.	Inf.	Ville	CLSC	Nom	2021-05-26	2021-05-28		Complet	Oui	Oui
13	2021-05-26	17	Nom inf.	Inf.	Ville	CLSC	Nom	2021-08-06	2021-08-06		Complet	Oui	Oui
14	2021-05-27	12	Nom inf.	Inf.	Ville	CLSC	Nom	2021-05-28	2021-06-18		Complet	Oui	Oui

Légende. Centre local de services communautaires : CLSC; infirmière : inf.

Extrait des notes descriptives

ENTRETIEN	DATE	LIEU	CONTEXTE	PENSÉES, SENTIMENTS, IMPRESSIONS, ÉMOTIONS
1	14 octobre 2020	Téléphone	COVID	J'avais l'impression que la participante était peu volubile en raison de sa dysphasie. Déroutée en cours d'entretien, j'avais l'impression de ne pas savoir si mes questions étaient claires pour elle, mais elle me confirme que oui. Elle semblait comprendre les questions puisque les réponses étaient cohérentes avec les questions. Elle était à l'aise de nommer ce qui était important pour elle. Également, je me mettais de la pression de faire un entretien d'une heure. Donc, me rendant compte que la participante ne développait pas beaucoup, je me demandais si je devais la faire parler davantage, reformuler ou si c'était normal. Je me suis demandé à ce moment-là, si c'était parce que j'étais une mauvaise intervieweuse. = Rectification après discussion avec mes directrices (MCC et ÉE, il est possible de faire moins d'une heure, ce n'est pas la quantité, mais la qualité qui compte).
2	21 octobre 2022	Zoom	COVID	Participante volubile, difficile de l'interrompre dans ses idées. Je n'avais pas l'impression qu'elle filtrait l'information. Elle semble avoir eu une expérience qui répondait moins à ses attentes/besoins (1 ^{ère} inf.) et une autre que oui (2 ^e inf.). Elle a soulevé à plusieurs reprises que le fait que les rencontres soient à domicile la dérange. En me mettant moins de pression, j'ai pu plus apprécier l'entretien et la discussion semble moins forcée.
3	9 avril 2021	Téléphone	COVID	La participante est très à l'aise de se confier. Elle semble avoir eu une expérience qui répondait à ses attentes/besoins. J'étais à l'aise de poser les questions dans cet entretien. Il y avait quelques termes qui étaient plus difficiles à comprendre, mais en discutant et en répétant si j'avais bien compris, j'étais en mesure de comprendre. Cela s'explique parce que la femme était immigrante (accent). Cet entretien apporte plusieurs éléments en lien avec l'aspect culturel. Elle répond facilement à mes questions et développe.
4	18 avril 2021	Zoom	COVID	Plus intimidant puisque qu'elle avait 16 ans. Nous avons abordé son âge et cela semblait délicat. Elle semblait être stigmatisée par le fait d'être enceinte à son âge. J'ai tenté de paraître en contrôle de mes moyens malgré tout. Je perçois qu'êtant donné son jeune âge, elle ne semble pas avoir d'attentes ou moins de besoins. La participante est peu volubile. Elle semble avoir peu d'attentes, ce qui facilite son expérience et apprécie davantage son suivi. Il y avait quelques sujets plus difficiles, comme le fait que ce ne soit pas le père du bébé qui soit avec elle, le fait qu'elle ait eu des conflits judiciaires avec son ancien partenaire. Elle était tout de même à l'aise de m'exposer ses difficultés.

Légende. *CoronaVirus Disease appeared in 2019; COVID-19; infirmière : inf.*

Extrait des notes réflexives

<i>Date</i>	<i>Thématique</i>	<i>Réflexions</i>
<i>18 avril 2018</i>	Devis	Hésitation entre une approche qualitative descriptive interprétative ou un devis phénoménologique, les deux abordent l'expérience. Devis phénoménologique semble vraiment approprié pour l'expérience, même si d'autres chercheurs ont utilisé l'approche descriptive interprétative.
<i>30 avril 2018</i>	Stratégie d'échantillonnage	Hésitation dans la méthode d'échantillonnage. Thorne suggère variation maximale, intentionnel ou de convenance.
<i>30 avril 2018</i>	Devis	Thorne mentionne que son livre n'est pas un livre de recettes, mais ce n'est pas clair s'il faut respecter ce qui est dit ou s'il faut inventer des façons de faire ou s'il y a une liberté.
<i>1 mai 2018</i>	Choix du milieu de recrutement	Décision de diversifier les milieux. Afin d'être cohérente avec un échantillonnage diversifié de Thorne, j'ai fait l'analyse complète de chaque région administrative du Québec afin d'avoir un portrait des contextes de vulnérabilité. Au Saguenay-Lac-Saint-Jean, il est intéressant d'observer des Premières Nations. Pour les autres régions, je suis embêtée, car on veut de la diversité, mais pas trop pour avoir une certaine saturation des données. Donc, soit je prends des régions similaires (Estrie) ou différentes (Côte-Nord).
<i>31 août 2018</i>	Examen de la portée	Examen de la portée afin de me guider dans mes questions. Hésitation entre s'intéresser au rôle de l'infirmière dans le suivi prénatal ou à l'expérience des femmes enceintes ou à l'expérience des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité. Le rôle permet de comprendre ce qui est attendu par les femmes, alors que les deux autres sujets sont plus directs avec mon sujet. L'expérience des femmes enceintes en général comporte beaucoup d'articles ne permettant pas d'être spécifique aux contextes de vulnérabilité.
<i>Octobre 2018</i>	Devis	Le cours de recherche qualitative m'amène à me questionner sur ce qui doit être interprété en recherche qualitative. De plus, le cours amène de la confusion dans les devis et leurs caractéristiques. Ils semblent tous appropriés. Un cas pourrait être une femme, une expérience en phéno, une culture de soins pour une ethno ou descriptif interprétatif.

Extrait des notes théoriques (idées de conceptualisation)

Date	Questions	Notes théoriques à inclure
4 novembre 2020	Q2	Relation infirmière-femme enceinte mise de l'avant, il en ressort des sentiments pour la femme. En ce qui a trait à l'infirmière, les femmes parlent de son attitude et de ses interventions.
5 novembre 2020	Q1	L'expérience est positive et négative. Les femmes ont des besoins.
18 avril 2021	Q1	Les femmes plus jeunes ne semblent pas avoir d'attentes ou de besoins, peut-être un manque de connaissance ou un manque d'expérience
17 mai 2021	Q1	Les femmes ont un environnement familial, cela devrait ressortir (partenaire, enfant, etc.) en plus des contextes de vulnérabilité. Les femmes ont des inquiétudes, des besoins, des attentes, des motivations dans leur suivi.
	Q2	Influence de l'expérience sur la continuité du suivi. Certains sont considérés par l'infirmière, d'autres noms ou encore l'infirmière crée des besoins. Par exemple, elle explique le <i>baby blues</i> , alors que ce n'était pas un besoin de la femme. Puis, cela l'insécurise.
	Q3	Il y a des éléments qui affectent la relation avec l'infirmière (durée par exemple), ce qui complexifie la relation. Le changement d'infirmière soulevé par deux femmes est une problématique dans la continuité des soins.
27 mai 2021	Expérience	Expérience pour certaines femmes est un sentiment de changement, de suivi utile qui comble les attentes. Aucune femme ne décrit clairement leur expérience. Celle-ci est présentée sous forme de qualificatif : agréable, utile, correct, etc.
	Q1 et Q2	Présence de relation : Attitude infirmière – Expérience Appréciée
3 mai 2021	Q2	Les relations par téléphone semblent se développer moins facilement
1 ^{er} juin 2021	Q1	Diviser les attitudes que les femmes apprécient de l'infirmière de celles qu'elles n'apprécient pas). Ajouter des interventions qui ne sont pas faites.
		Présence de relation : Vulnérabilité – Attentes et besoins Intervenants au dossier – Interventions Attentes et besoins – Interventions Charge de travail infirmière – Durée rencontre Explications – rassurance des inquiétudes
		Malgré le retrait du critère de MC, toutes les femmes présentent une maladie chronique, même si elles prétendent que non.
3 juin 2021	Q1	Interventions de l'infirmière (motivation) peuvent amener des conséquences sur la femme dont le changement HDV
16 juin 2021	Conceptualisation	Ajouter les questions dans le schéma afin de faciliter la visualisation de celui-ci et voir les relations entre les éléments

Légende. maladie chronique : MC; habitudes de vie : HVD; question : Q.

Annexe 10 – Étapes d’analyse***Étape 2 Rapport narratif – Entretien 1*****Quelles sont les caractéristiques essentielles de l’entretien 1 qui peuvent contribuer à une meilleure compréhension du sujet de recherche ?**

Alya est une jeune femme de 22 ans. Elle est à sa première grossesse, au deuxième trimestre de grossesse (26 0/7 semaines). Alya vit avec l’asthme, l’hypothyroïdie et le syndrome des ovaires polykystiques, ce qui ne la dérange pas pendant la grossesse. Elle prend aussi des médicaments pour sa migraine, ce qui fait en sorte que celle-ci est bien contrôlée. Toutefois, Alya est dysphasique, ce qui nuit à sa compréhension, principalement en ce qui concerne les papiers que le médecin lui transmet. Ce handicap occasionne aussi de la tristesse, elle ne se sent pas traitée « comme une personne » par le médecin, qui utilise d’ailleurs des pictogrammes pour communiquer avec elle.

Alya a reçu 4 visites à domicile de l’infirmière du programme SIPPE du CLSC à ce jour. Elle a pris les services du CLSC pour les enseignements qu’elle reçoit et parce qu’elle a un faible revenu (30 000 \$ revenu familial annuel) qui lui permet de cadrer dans les critères. Dans les visites, l’infirmière prend la tension artérielle, prend le poids, se renseigne sur sa médication, son partenaire, comment ça se passe entre eux et la grossesse. L’infirmière fait de l’enseignement sur la grossesse, l’accouchement, les méthodes d’accouchement dont l’épidural, les exercices pour le dos et les soins du nouveau-né, c’est-à-dire les biberons et les lits de bébé.

L’un des points forts de l’infirmière est qu’elle aide à ce que Alya comprenne l’information qu’elle reçoit du médecin; c’était d’ailleurs son principal besoin concernant le suivi avec l’infirmière SIPPE. Elle considère sa condition en prenant le temps et en ne faisant pas de soupirs lorsque celle-ci parle. L’infirmière écoute, rassure, est patiente, est disponible et réfère au besoin à l’hôpital (c’est-à-dire pour une migraine ou des pertes de sang). Alya se sent proche de son infirmière. Le point à améliorer est la durée des rencontres qui n’est pas assez longue. L’infirmière démontre qu’elle a d’autres rendez-vous en regardant beaucoup sa montre.

Étape 3 Schéma d'entretien conceptuel – Entretien 1

Objectif général

Cette étude vise à mieux comprendre l'expérience du suivi prénatal infirmier en soins de première ligne selon la perspective des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité.

Question 1

Quels sont les facteurs influençant l'expérience du suivi prénatal infirmier en soins de première ligne des femmes en contextes?

Contextes de vulnérabilité : dysphasie et littératie en santé considérée par l'infirmière :

Des fois c'est un peu de précision, mais à peine. Elle sait comment que je suis, donc elle fait les phrases pour m'aider.

Ben, c'est plus dur pour moi la compréhension puis toute, dans le fond quand j'ai des papiers avec mon médecin puis que je ne comprends pas tout, ben je l'explique avec mon infirmière.

MC : asthme, hypothyroïdie et migraine contrôlée. La gestion des maladies chroniques : elle n'est pas abordée dans le suivi. L'infirmière réfère à l'hôpital pour les migraines.

Question 2

De quelle façon la relation infirmière/infirmier-femme enceinte en contextes de vulnérabilité influence-t-elle l'expérience du suivi prénatal?

- Inclusion des proches = sentiment d'être écoutée, que le suivi est centré sur ses besoins :
L'infirmière ne parle pas juste de moi, elle parle aussi de mon conjoint comment il va, comment que ça se passe nous deux.
- Proximité avec l'infirmière : On est proche dans le fond. Ben... Pas proche, proche. Mais tsé, ce n'est pas avec toutes les infirmières que tu es autant proche, mettons.
- Disponibilité de l'infirmière : Elle est disponible, elle prend temps là. Elle va pas vite malgré ses autres rendez-vous. Ben, a prend pas le temps beaucoup beaucoup longtemps, mais tsé a prend le temps qu'il faut.
- Patience de l'infirmière, met à l'aise pour qu'elle parle : Elle est patiente. Puis en plus de ça, ... même si j'ai de la misère a parlé, elle fait ça. Puis tsé, elle te fait pas comme des soupirs.

Question 3

Quelles sont les pistes d'amélioration au suivi prénatal infirmier en soins de première ligne?

- Avoir deux rencontres par mois au lieu d'une : J'aimerais ça en avoir un autre de plus dans le mois. Des fois c'est le temps. Je trouve que des fois, c'est pas assez long. Des fois, c'est sûr qu'elle regarde beaucoup sa montre dans le fond, parce que ... pour pas plus que dépasser pour avoir son rendez-vous.

Étapes 6 à 8 Liste de codes – V1 liste de codes

Thème	Sous-thème	Description
Caractéristique	Description des caractéristiques de la femme	
	Grossesse	À combien de semaines de grossesse la femme en est lors de l'entretien
	Accouchée	Date d'accouchement ou âge de l'enfant
Vulnérabilité	Description des contextes de vulnérabilité	
	Âge	Âge de la femme au moment de l'entretien mineur (16-18ans) ou majeur
	Ethnie/immigrante	Femme d'une immigrante au Québec
	Financière/revenu	Difficulté financière, faible revenu
	HDV	Habitudes de vie délétère pour la santé
	Maladie	Présence d'une maladie, un état, un syndrome ou une maladie chronique
	Niveau d'études	Niveau de scolarité
	Occupation	Occupation
	Soutien	Soutien de la famille, du partenaire, d'autres organismes
Suivi	Description du déroulement du suivi	
	Durée	Durée des rencontres
	Expérience elle	Expérience passée de la femme
	Expérience des autres	Expérience des autres femmes
	Fréquence	Fréquence des rencontres
	Lieu du suivi	Lieu des rencontres
	SIPPE/Olo	Service infirmier via Olo ou SIPPE
	Visites	Nombre de visites reçues
Motivation	Source de motivation à prendre le suivi infirmier SIPPE/Olo	
	Entourage	Encourager par son entourage
	Soutien financier	Soutien financier (p. ex. coupons)
	Soutien matériel	Soutien matériel offert par le programme
	Soutien prof	Soutien des personnes professionnelles de la santé
Besoins/attentes	Besoins/attentes pendant la grossesse	
	Écouter	Besoin d'être écoutée
	Encadrer	Besoin d'être encadrée, comment faire
	Guider	Savoir comment faire/où aller
	Informer	Besoin de conseils, explications, trucs
	Rassurer	Besoin d'être rassurée par rapport à ses préoccupations
	Soutien pour elle	Besoin de soutien pour elle (aide, soutien émotionnel)
	Soutien pour entourage	Besoin de soutien pour les membres de sa famille

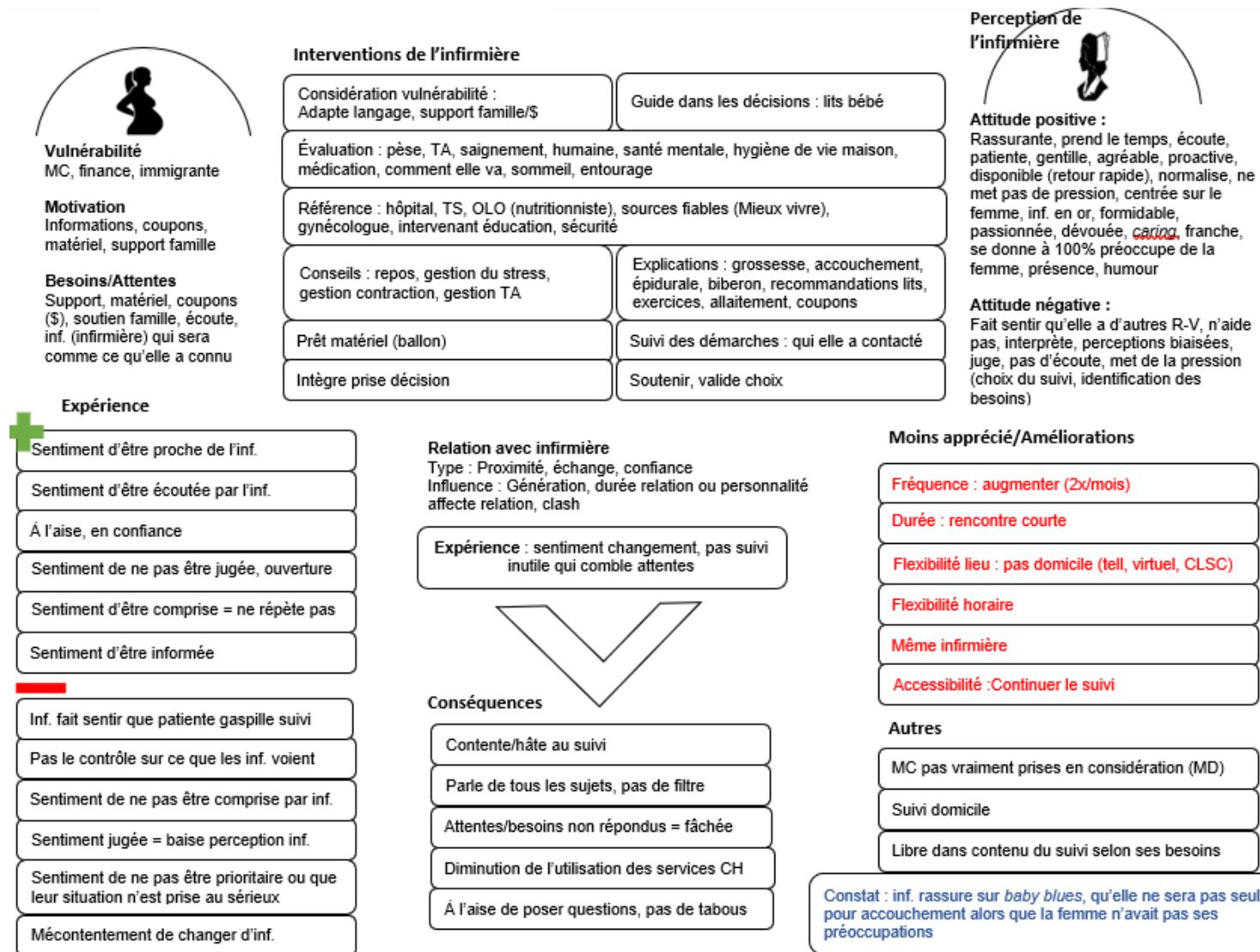
	Suivi même inf.	Avoir même genre d'infirmière
	Verbaliser	Besoin de parler
Inquiétudes	Raisons des préoccupations de la femme enceinte	
Émotions	Émotions vécues par rapport au suivi	
	Pas de contrôle	Pas contrôler information ou ce qui est vu par l'infirmière
Relation	Relation avec l'infirmière appréciée par la femme	
	Aide	Infirmière aide la femme
	Ø Aide	Infirmière n'aide pas la femme
	Amicale	Relation amicale avec l'infirmière, "chum" ou "friend"
	Proximité/relation	Connaît la femme, relation proximité
	Ø relation	Clash de relation
	Comprise	Sent que l'infirmière la comprend
	Ø Comprise	Sent que l'infirmière ne la comprend pas
	Confiance	Pas de gêne, relation de confiance, pas jugée
	Ø Confiance	Se sent jugée, perceptions biaisées de l'infirmière
	Conversation	Échanges bidirectionnels entre infirmière et patiente
Affecte relation	Éléments qui influencent la relation	
	Âge inf	Âge de l'infirmière
	Durée relation	Durée de la relation infirmière-femme enceinte
	Génération	Génération de l'infirmière vs celle de la femme enceinte
	Personnalité	Personnalité de l'infirmière
	Perception femme	Perception de la femme sur le déroulement du suivi
	Perception infirmière	Perception de l'infirmière sur la femme
Interventions	Interventions de l'infirmière pendant le suivi	
	Communication interdisciplinaire	Fait suivi avec les autres personnes professionnelles de la santé au dossier de la femme
	Considère vulnérabilité	Connaît la femme, adapte
	Évaluation	Évaluation de la santé physique, mentale, environnement
	Explications	Informations données
	Guide dans les décisions	Guide dans les bonnes décisions, les choix
	Implication de la femme	Prise de décision de la femme suivi, contenu, modalités, etc.
	Inclusion des proches	Évalue l'entourage, verbalise avec entourage
	Informé suite du suivi	Si change inf.

	Maladie chronique	Interventions avec les maladies chroniques
	Prêt matériel	
	Recommandations	Recommandations/conseils
	Références org.	Références à des organismes communautaires
	Références prof.	Références à d'autres personnes professionnelles de la santé ou services
	Références doc	Références à des documents utiles
	Renforcement positif	Soulève force, encourage, motive
	Suivi démarches	Communique le suivi de ces démarches
Pas interventions	<i>Interventions non réalisées par l'infirmière pendant le suivi</i>	
	Ø alimentation	Pas suivi alimentaire
	Ø communication interdisciplinaire	Pas de communication avec une personne professionnelle de la santé
	Ø considération MC	Pas de suivi de la maladie chronique (MC)
	Ø évalué BB-grossesse-SX	Pas de suivi sur le bébé, la grossesse ou les SX
	Ø inclusion proche	Pas inclusion de la famille, partenaire dans le suivi
	Ø Références	Pas de références à des ressources
	Suivi incomplet	Pas fait le suivi tel qu'il devrait l'être
Attitude appréciée	<i>Attitude de l'infirmière appréciée par la femme</i>	
	Agréable	
	À son affaire	
	Attentionnée	
	Caring	
	Centrée sur la femme	Préoccupe de la femme, soucie d'elle
	Dévouée	
	Disponible	Possibilité de rappeler, retour rapide, prend le temps
	Directe	Pas de détour
	Écoute	Sentiment d'être écoutée
	Inf. en or	
	Formidable	
	Franche	
	Gentille	
	Humour	
	Normalise	
	Optimiste	
	Ouverture	
	Passionnée	Fait profession par amour, et non parce qu'elle est obligée
	Patiente	
	Présence	
	Proactive	Proactive dans les démarches
	Rassurante	Dédramatise, désamorce bombe

	Relaxe	Ne met pas de pression, calme
<i>Attitude moins appréciée</i>	<i>Attitude de l'infirmière moins appréciée par la femme</i>	
	Interprète	
	Insécurise	Aborde sujet qui insécurise la femme
	Pas écoute	
	Pas relaxe	Met de la pression
	Temps	Démontre qu'elle a d'autres r-v
<i>Apprécie</i>	<i>Apprécie dans le suivi</i>	
	Attitude	Attitude de l'infirmière
	Durée des rencontres	
	Durée du suivi	
	Fréquence	
	Horaire	Moment de la rencontre
	Lieu	Lieu de la rencontre
	Même infirmière	Préserver la même infirmière
	Pas de déplacement	Pas besoin de se déplacer pour avoir le suivi
	Suivi visuel	Suivi visuel de l'avancement du suivi
<i>Améliorations</i>	<i>Améliorations à apporter dans le suivi ou éléments moins appréciés</i>	
	Accessibilité	Rejoindre le milieu pour la prise de r-v
	Communication interdisciplinaire	Pas de communication entre les personnes professionnelles de la santé
	Dédoublement tâche	Tâches effectuées par plus d'une personne professionnelle de la santé
	Durée suivi	Prolonger suivi après accouchement
	Durée rencontre	Rencontre courte
	Fréquence	Plus de rencontre
	Horaire	Moment de la rencontre
	Lieu rencontre	Lieu de la rencontre
	Long les services	Long avant que les autres suivis référés débutent
<i>Conséquences</i>	<i>Conséquences du suivi</i>	
	Continue	Contente d'avoir une rencontre
	À l'aise	Parle de tous les sujets, pas de sujet tabou
	Changement	Le suivi procure un changement
	Modification HDV	Modifie des habitudes de vie
	Satisfaction	Satisfaction du suivi
	Insatisfaction	Insatisfaction du suivi
	Utilisation des services	Impact sur l'utilisation des services

Légende. Bébé : BB; maladie chronique : MC; habitudes de vie : HVD; œuf-lait-orange : Olo; infirmière : inf.; rendez-vous : r-v; services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance : SIPPE; symptômes : SX.

Étapes 9 à 10 Framework – Entretiens 1 à 3



Légende. Centre local de services communautaires : CLSC; centre hospitalier : CH; infirmière : inf.; maladie chronique : MC; médecin : MD; œuf-lait-orange : Olo; téléphone : tell; tension artérielle : TA; travailleuse sociale ou travailleur social : TS.

Annexe 11 – Approbation éthique du Comité éthique du CIUSSS de l'Estrie-CHUS



Sherbrooke, le 10 mars 2020

Pre Catherine Hudon
 FMSS Département de médecine de famille
 Université de Sherbrooke

**Objet : Approbation finale du projet de recherche par le
 Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS**

Projet #MP-31-2020-3596 - Projet doctorat

Expérience du suivi prénatal infirmier en soins de première ligne

Bonjour Pre Hudon,

Le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, qui agit comme CÉR évaluateur pour le projet de recherche mentionné en titre, a pris connaissance en comité restreint de vos réponses et des documents suivants déposés via la plate-forme Nagano à la suite de l'approbation conditionnelle cité en rubrique.

Formulaire 20 #29517 déposé le **9 mars 2020** incluant :

- Protocole V2.docx)[4 mars 2020]
- FIC Femmes enceintes 2020-02-09.doc [9 mars 2020]
- Dépliant remis aux femmes.pptx [4 mars 2020]
- D. Présentation aux milieux 2.docx [4 mars 2020]

Comme les réponses soumises et les modifications apportées à ces documents ont été jugées satisfaisantes, il nous fait plaisir de vous informer que votre projet a été **approuvé au plan éthique** par le CÉR du CIUSSS de l'Estrie - CHUS le **10 mars 2020** et ce, pour l'ensemble des centres participants au Québec. Cette approbation est valide pour une période de 12 mois, soit jusqu'au **10 mars 2021**.

Liste des documents approuvés par le CÉR :

- Protocole de recherche v2 4 mars 2020
- Formulaire de consentement Femmes enceintes v2 9 mars 2020
- Guide d'entretien semi-dirigée.docx [v1, 17 février 2020]
- Questionnaire sociodémographique.docx [v1, 17 février 2020]
- Dépliant remis aux femmes.pptx [v2, 4 mars 2020]
- D. Présentation aux milieux 2.docx [v2, 4 mars 2020]

Notes importantes:

Seule la version finale du formulaire de consentement portant le sceau du CÉR devra être utilisée pour signature par les participants à la recherche (voir Nagano, onglet "Fichiers").

Vous devez attendre l'autorisation de la Direction de la coordination de la mission universitaire (DCMU) du

CIUSSS de l'Estrie - CHUS avant de débuter la recherche. Certains aspects de la convenance organisationnelle doivent être évalués avant le début du recrutement des participants. Cette autorisation de la DCMU s'ajoute à l'approbation du Comité d'éthique.

Il est à noter qu'aucun membre du comité d'éthique participant à l'évaluation et à l'approbation de ce projet n'est impliqué dans celui-ci.

De plus, le CÉR confirme que vous avez déposé les documents requis pour établir que votre projet de recherche a fait l'objet d'un examen scientifique dont le résultat est positif.

En acceptant la présente lettre d'approbation finale du Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, vous vous engagez à soumettre au Comité:

- Toute demande de modification au projet de recherche ou à tout document approuvé par le comité pour la réalisation de votre projet.
- Seuls les incidents thérapeutiques graves ou les réactions indésirables graves (ITG/RIG) qui sont à la fois inattendus, possiblement reliés au produit de l'étude ET survenus chez un participant rattaché dans votre site **dans un délai de 15 jours de calendrier** suivant la prise de connaissance par l'équipe de recherche. Les événements ayant entraîné la mort d'un participant doivent être rapportés dans **un délai de 7 jours de calendrier**; (réf.: formulaire #F3 dans Nagano)
- Tout nouveau renseignement sur des éléments susceptibles d'affecter l'intégrité ou l'éthicité du projet de recherche ou d'accroître les risques et les inconvénients des sujets, de nuire au bon déroulement du projet ou d'avoir une incidence sur le désir d'un sujet de recherche de continuer sa participation au projet de recherche;
- Toute modification constatée au chapitre de l'équilibre clinique à la lumière des données recueillies;
- La cessation prématurée du projet de recherche, qu'elle soit temporaire ou permanente;
- Tout problème identifié par un tiers, lors d'une enquête, d'une surveillance ou d'une vérification interne
- ou externe;
- Toute suspension ou annulation de l'approbation octroyée par un organisme de subvention ou de réglementation; Toute procédure en cours de traitement d'une plainte ou d'une allégation de manquement à l'intégrité ou à l'éthique ainsi que des résultats de la procédure.

La présente décision peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect de ces exigences. En plus du suivi administratif d'usage, le CÉR pourra effectuer un suivi actif au besoin selon les modalités qu'il juge appropriées.

Comme le prévoit l'article 11.1 du Cadre de référence des établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) pour l'autorisation d'une recherche menée dans plus d'un établissement, vous pouvez déposer une copie de la présente lettre de notre CER auprès des établissements publics du RSSS à qui vous demanderez l'autorisation de réaliser la recherche dans leurs murs ou sous leurs auspices.

Si un établissement vous demande d'apporter des modifications administratives (seules celles-ci étant autorisées) à la version finale d'un document qui a été approuvé par notre CÉR, veuillez-vous entendre avec cet établissement pour que notre CÉR reçoive une copie du document modifié indiquant clairement les modifications apportées.

Le Cadre de référence établit, à l'article 11.2, que vous pouvez fournir une copie de la présente lettre à un autre chercheur qui veut demander à son établissement l'autorisation d'y mener la même recherche. Lorsque vous

fournirez ainsi une copie de cette lettre, veuillez rappeler au chercheur de déposer à chaque année, deux semaines précédant la date d'anniversaire, un rapport d'étape sur le déroulement de la recherche dans son établissement. Ceci devra être fait via le fichier "Annexe au F9 Infos des centres participants" que vous trouverez l'onglet "Documentation" dans Nagano.

L'omission par le chercheur d'un établissement de déposer ce rapport ne compromettra pas le renouvellement annuel de l'approbation éthique couvrant l'ensemble de ce projet de recherche. Notre CER évaluateur pourra cependant demander à la personne qui a autorisé la réalisation de la recherche dans cet établissement de suspendre l'autorisation donnée à un chercheur qui n'a pas déposé le rapport d'étape demandé.

En terminant, nous vous rappelons que vous devez conserver pour une période d'au moins un an suivant la fin du projet, un répertoire distinct comprenant les noms, prénoms, coordonnées, date du début et de fin de la participation de chaque sujet de recherche.

Attestation du CÉR (REBA) :

En ce qui concerne ce projet de recherche, à titre de représentant du Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie CHUS, je certifie que:

1. La composition de ce Comité d'éthique satisfait aux exigences pertinentes prévues dans le titre 5 de la partie C du Règlement sur les aliments et drogues.
 2. Le Comité d'éthique de la recherche exerce ses activités de manière conforme aux bonnes pratiques cliniques.
 3. Ce Comité d'éthique a examiné et approuvé le formulaire de consentement et le protocole d'essai clinique qui sera mené par le chercheur susmentionné, au lieu d'essai indiqué. L'approbation et les opinions du présent comité ont été consignées par écrit.
 4. Ce Comité est conforme aux normes américaines. (FWA #00005894 et IRB #00003849)
-

Je vous prie d'accepter, Pre Hudon, mes meilleures salutations.

Mme Vanessa Chenel, Ph.D.
Vice-Présidente du CÉR du CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Annexe 12 – Formulaire de consentement

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hôpitalier universitaire
de Sherbrooke*

Québec 

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Saguenay–
Lac-Saint-Jean*

Québec 

*Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Est*

Québec 

*Centre intégré
de santé et de
services sociaux de
la Montérégie-Centre*

Québec 

 UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

*Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Côte-Nord*
Québec 

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT À LA RECHERCHE Femmes enceintes

Titre du projet : Expérience du suivi prénatal infirmier en soins de première ligne

Numéro du projet : 2020-3596

Financement du projet : Programme de soutien au développement de la mission universitaire

Chercheuse principale : Catherine Hudon, MD CFPC, PhD, Université de Sherbrooke

Étudiante chercheuse : Émilie Hudon, inf., MSc, Université de Sherbrooke

Co-chercheuses : Maud-Christine Chouinard, inf., PhD, Université du Québec à Chicoutimi
Édith Ellefsen, inf., PhD, Université de Sherbrooke

POUR INFORMATION

Du lundi au vendredi entre 8h et 16h, vous pouvez communiquer avec :

Mme Émilie Hudon
Étudiante-chercheuse

Tél. :

Vous pouvez écrire en tout temps à l'adresse :

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche afin d'en apprendre davantage sur votre expérience de suivi prénatal. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Si vous acceptez de participer au projet de recherche, vous devrez signer le formulaire de consentement à la fin du présent document et nous vous en remettrons une copie pour vos dossiers.

Ce formulaire d'information et de consentement vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les risques et inconvénients ainsi que les avantages, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Il peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions nécessaires à la chercheuse responsable du projet ou aux autres personnes affectées au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Les lignes directrices québécoises recommandent de permettre aux femmes enceintes d'avoir un accès à un suivi prénatal, d'avoir accès à un soutien informatif et d'être orientées vers des services adaptés à leur contexte. Les infirmières sont habilitées à effectuer ces activités dans le cadre du suivi de grossesse en soins de première ligne des programmes gouvernementaux, tels que le programme Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) et l'approche œuf-lait-orange (Olo). Le suivi prénatal infirmier permet d'intervenir précocement sur la santé des femmes et celle de leur futur bébé afin de prévenir les complications.

L'expérience de soins peut affecter le suivi prénatal. Les infirmières doivent s'adapter aux besoins de cette clientèle. Or, aucun guide de pratique infirmière n'existe actuellement pour cette clientèle. Ainsi, ce projet de recherche vise à mieux comprendre l'expérience du suivi prénatal infirmier en soins de première ligne selon la perspective des femmes enceintes en contextes de vulnérabilité.

Les objectifs de l'étude sont de : 1) décrire l'expérience des femmes vivant qui utilisent les services SIPPE ou Olo concernant leur suivi prénatal infirmier en soins de première ligne; 2) examiner la façon dont la relation infirmière-patiente module l'expérience de soins; et 3) identifier des pistes d'amélioration au suivi prénatal selon leur perspective.

Pour la réalisation de ce projet de recherche, nous souhaitons recruter 36 femmes enceintes inscrites aux programmes gouvernementaux, tels que SIPPE et Olo. Les femmes doivent : 1) être âgées de 16 ans et plus; 2) être suivies par une infirmière dans un CLSC du Québec; 3) être enceintes depuis plus 14 semaines ou avoir accouché dans les 12 derniers mois; et 4) être capable de s'exprimer en français. Les femmes qui présentent une condition particulière (p. ex. une condition de santé instable) sont exclues.

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Le recrutement de ce projet de recherche se déroulera en collaboration avec les centres locaux de services communautaires (CLSC): du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Saguenay-Lac-Saint-Jean (SLSJ), du CIUSSS de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS); du CISSS de la Montérégie-Centre; du CISSS de la Montérégie-Est; et du CISSS de la Côte-Nord. Il se déroulera aussi sur les plates-formes, dont Facebook.

COLLABORATION DU PARTICIPANT

Si vous acceptez de prendre part à ce projet, votre collaboration durera environ une heure et vous aurez à :

- a. Participer à un entretien semi-dirigé afin de discuter de votre expérience concernant votre suivi prénatal infirmier, la relation que vous avez avec la/ infirmière(s) et les pistes d'amélioration au suivi prénatal infirmier. Cet entretien sera d'environ une heure et elle sera enregistrée pour permettre de retranscrire fidèlement vos propos. La visite peut se dérouler à votre domicile ou au CLSC selon votre convenance.
- b. Remplir un questionnaire sociodémographique afin d'obtenir un portrait des participantes.

Si vous le souhaitez, vous pourrez partager des informations sur le projet à d'autres femmes que vous connaissez qui pourraient être intéressées. Vous pourrez aussi leur transmettre nos coordonnées et le dépliant du projet ou encore me transmettre les coordonnées des femmes intéressées qui acceptent que vous me les transmettiez. Vous référer au formulaire de consentement présenté à l'Appendix 1.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION AU PROJET DE RECHERCHE

Outre le temps consacré à la participation à ce projet de recherche, vous pourriez également ressentir une légère fatigue pouvant être occasionnée par la participation à l'entretien et l'attention requise pour répondre au questionnaire.

Les rencontres seront d'environ une heure afin de réduire le risque de fatigue. Dans le cas d'une fatigue plus prononcée, il serait possible de déplacer la rencontre à un autre moment plus opportun.

Advenant le cas où vous auriez besoin de verbaliser davantage à la suite de l'entretien, avec votre consentement, vous serez référée à votre travailleuse sociale attitrée ou sinon à d'autres services, tels que TEL AIDE ou Info-social.

Aucun risque n'est associé à la grossesse.

RISQUES ASSOCIÉS À LA DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS

Il est possible que vous ressentiez une certaine gêne liée à l'enregistrement de l'entretien ou un inconfort face à certaines questions. Si tel est le cas, vous serez libre de demander que l'enregistrement soit arrêté et libre de ne pas répondre aux questions que vous jugerez gênantes.

L'information collectée lors de l'entretien ne sera pas transmise à votre infirmière.

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION AU PROJET DE RECHERCHE

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais nous ne pouvons pas le garantir.

Par ailleurs, les informations découlant de ce projet de recherche pourraient contribuer à l'avancement des connaissances dans le domaine des soins de première ligne.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en informant la chercheuse responsable du projet de recherche ou un membre de l'équipe de recherche.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit ou sur votre relation avec les équipes qui les dispensent.

La chercheuse responsable de ce projet de recherche ou le comité d'éthique de la recherche peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement. Cela peut se produire si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que votre participation au projet de recherche n'est plus dans votre intérêt, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou encore s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez du projet de recherche ou si vous êtes retiré du projet, aucune autre donnée ne sera recueillie. L'information et le matériel déjà recueillis dans le cadre de ce projet de recherche seront néanmoins conservés, analysés ou utilisés pour assurer l'intégrité du projet du projet de recherche, comme le précise ce document.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet de recherche qui pourrait avoir un effet sur votre décision de continuer à y participer vous sera communiquée rapidement.

CONFIDENTIALITÉ

Cueillette –Oui? Fins (objets) pour lesquelles des renseignements personnels sont demandés

Durant votre participation à ce projet de recherche, les chercheuses du projet ainsi que l'équipe de recherche recueilleront, dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant et nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques du projet de recherche.

Cueillette – Quoi?

Ces renseignements comprennent votre date de naissance, votre lieu de naissance, votre langue maternelle, votre niveau de scolarité, votre occupation, votre statut matrimonial, votre revenu financier, votre CLSC, le nombre de visites reçues par l'infirmière, votre réseau social, votre nombre d'enfants, votre date prévue d'accouchement, votre nombre de semaines de grossesse et les types de services gouvernementaux que vous recevez.

Conservation des renseignements/données – Protection

Toutes les données recueillies (y compris les renseignements personnels) demeureront confidentielles dans les limites prévues par la loi. Vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par les chercheuses de ce projet de recherche.

Durée de conservation

Ces données de recherche seront conservées pendant 10 ans après la fin de l'étude par la chercheuse responsable de ce projet de recherche.

Diffusion des résultats généraux

Les données de recherche pourront être publiées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais ne permettront pas de vous identifier.

Droit d'accès à des fins de contrôle et sécurité

À des fins de surveillance, de contrôle, de protection, et de sécurité, votre dossier de recherche pourra être consulté par des représentants de l'établissement ou du comité d'éthique de la recherche. Ces personnes et ces auront accès à vos données personnelles, mais ils adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin.

COMPENSATION

En guise de compensation pour les frais engagés en raison de votre participation au projet de recherche, vous recevrez un montant de 20,00 \$ une fois l'entretien d'environ une heure terminée.

EN CAS DE PRÉJUDICE

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne libérez pas les chercheuses responsables du projet de recherche et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec la chercheuse responsable ou avec une personne de l'équipe de recherche. SVP, vous référer à l'encadré de la page 1.

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le Bureau des plaintes et de la qualité des services du CIUSSS de l'Estrie - CHUS via plaintes.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca ou au numéro suivant : 1877-662-3963. Vous retrouverez en Appendix 2 la démarche pour effectuer une plainte au Commissaire aux plaintes de votre région.

Le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie-CHUS a donné son approbation éthique au projet de recherche et en assurera le suivi, pour les établissements du réseau de la santé et des services sociaux du Québec participants.

Si vous désirez rejoindre l'un des membres de ce comité, vous pouvez communiquer avec le Bureau d'autorisation des projets de recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS via ethique.recherche.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca ou au numéro 819-346-1110, poste 12856.

SIGNATURE

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées, incluant l'utilisation de mes données personnelles.

OUI **NON**

Nom du participant
(lettres moulées)

Signature du participant

Date

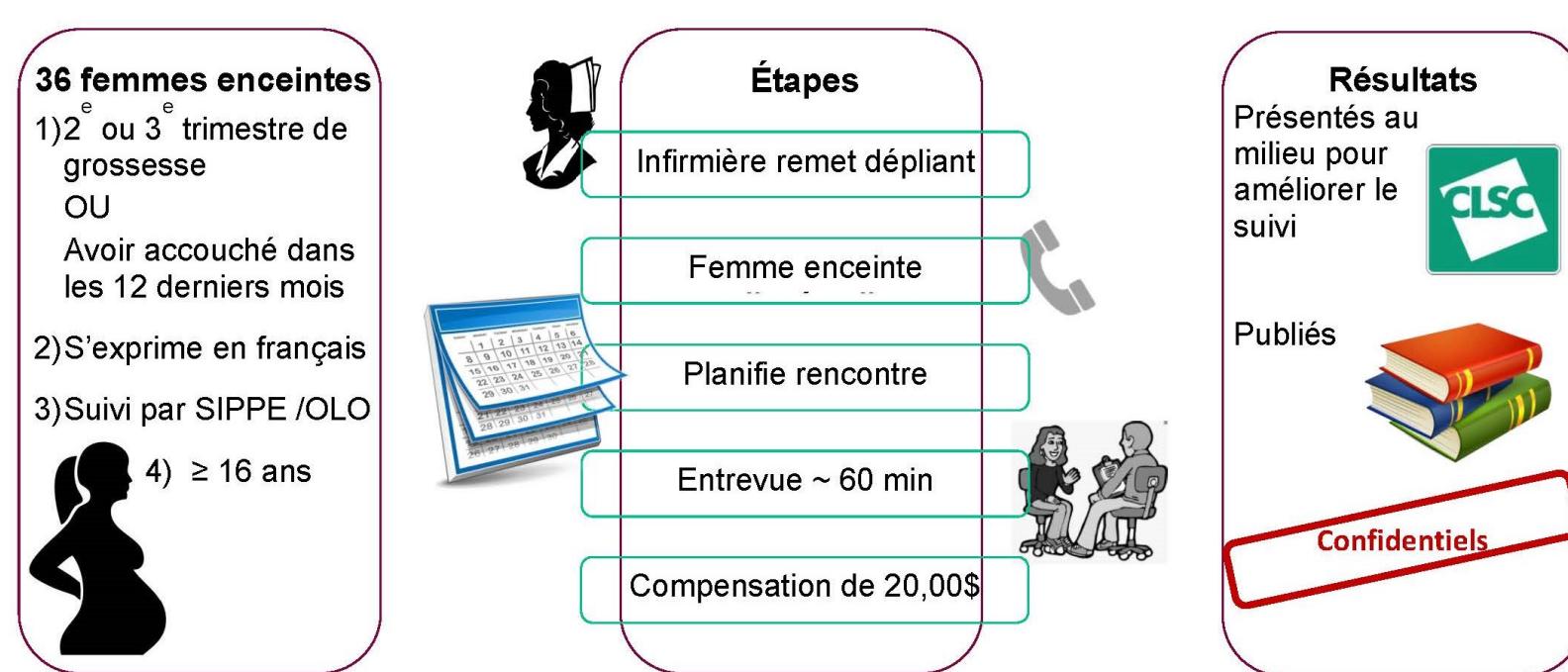
J'ai expliqué au participant le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom de la personne qui obtient le consentement
(lettres moulées)

Signature du participant

Date

APPENDIX 1. CONSENTEMENT VISUEL



Pour toutes questions, veuillez contacter Émilie Hudon au *** ou à l'adresse : ***

APPENDIX 2. COMMISSAIRE AUX PLAINTES

Voici les démarches pour formuler une plainte.

1) Région du Saguenay-Lac-Saint-Jean, contacter le Commissaire aux plaintes par :

En ligne via l'adresse :

https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=KP7hBotfdUC_bK4kvhp5knWp0oF3bqVCK7VE4CHe-vpUNDZZUVBJQlQwUVYyQzNNRzJOSTM5RjRNVS4u

Ou par téléphone : sans frais 1 866 917-7903

2) Région de l'Estrie, contacter le Commissaire aux plaintes par : En ligne via l'adresse :

<https://portail.santeestrie.qc.ca/index.php?id=55> Ou par téléphone : 450 468-8447 ou sans frais 1 844 302-8447

3) Région de la Montérégie-Centre, contacter le Commissaire aux plaintes par : En ligne via l'adresse :

https://santemc.quebec/icentre/?page_id=6551

Ou par téléphone : 450 466-5434 ou sans frais 1 866 967-4825, poste 8884

4) Région de la Montérégie-Est, contacter le Commissaire aux plaintes par :

En ligne via l'adresse : <https://www.santemonteregie.qc.ca/est/organisation/plaintes-eth>
<https://www.santemonteregie.qc.ca/est/organisation/plaintes-et-amelioration-des-servicesamelioration-des-services>

Ou par téléphone : 450 468-8447 ou sans frais 1 844 302-8447

5) Région de la Côte-Nord, contacter le Commissaire aux plaintes par :

En ligne via l'adresse : <https://www.cisss-cotenord.gouv.qc.ca/votre-cisss/commissariat-auxplaintes>
<https://www.cisss-cotenord.gouv.qc.ca/votre-cisss/commissariat-aux-plaintes/formulaire-de-plainte/plaintes/formulaire-de-plainte/>

Ou par téléphone : 418 962-9761, poste 452408 ou sans frais 1 877 962-9761, poste 452408

Annexe 13 – Listes de pages et groupes Facebook

1. Enceinte et maman
2. La Maison de la Famille d'Amos
3. Maison des Familles La Cigogne du Lac-St-Jean Est
4. Maison des familles Chicoutimi
5. Maison des familles à La Baie
6. Maison des Familles de l'Érable
7. Mélanie Bilodeau Psychoéducatrice • Périnatalité/petite enfance
8. Parenfant Réseau d'Entraide
9. Le Parenfant Montérégie
10. Maison de la Famille Parenfant Gaspé
11. La Nichée d'Alma
12. Maison Parenfant des Basses-Laurentides
13. Parenfant Réseau
14. Vivre avec une maladie chronique
15. Soutien, aide et conseils pour les femmes enceintes du Québec
16. Maladies auto-immunes, rares, génétiques, orphelines et chroniques
17. Conseils pour le diabète
18. Maladie de Crohn et RCH au Québec
19.  La Maternité entre Femmes - Grossesse Et Plus 
20. Diabète de grossesse pour mamans du QUÉBEC, entraide et recettes
21. Apprendre à vivre avec une maladie chronique